

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

30 oktober 2002

**Gedachtewisseling over de nieuwe
ziekenhuisfinanciering**

VERSLAG

NAMENS DE VERENIGDE COMMISSIES
VOOR DE SOCIALE ZAKEN EN VOOR
DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Maggie DE BLOCK**

INHOUD

I. Betoog van de leden	3
II. Antwoorden van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen	4
III. Replieken	8
IV. Bijlagen	21

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

30 octobre 2002

**Echange de vues sur le nouveau
financement hospitalier**

RAPPORT

FAIT AU NOM DES COMMISSIONS RÉUNIES
DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU
DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MME **Maggie DE BLOCK**

SOMMAIRE

I. Interventions des membres	3
II. Réponses du ministre des Affaires sociales et des Pensions	4
III. Répliques	8
IV. Annexes	21

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
FN	:	Front National
MR	:	Mouvement Réformateur
PS	:	Parti socialiste
CDH	:	Centre démocrate Humaniste
SPA	:	Socialistische Partij Anders
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU&ID	:	Volksunie&ID21

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 50 0000/000 :	Parlementair document van de 50e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 50 0000/000 :	Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)	CRIV :	Compte Rendu Intégral, avec à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)
CRABV :	Beknopt Verslag (op blauw papier)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)
PLEN :	Plenum (witte kaft)	PLEN :	Séance plénière (couverture blanche)
COM :	Commissievergadering (beige kaft)	COM :	Réunion de commission (couverture beige)

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

Commissie voor de Sociale Zaken / Commission des Affaires Sociales

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

Voorzitter / Président : Joos Wauters

A. — Vaste leden / Titulaires :

VLD	Filip Anthuenis, Maggie De Block, Jef Valkeniers.
CD&V	Luc Goutry, Greta D'hondt, Trees Pieters.
Agalev-Ecolo	Bernard Baille, Joos Wauters.
PS	Jean-Marc Delizée, Bruno Van Grootenbrulle.
MR	Daniel Bacquelaine, Pierrette Cahay-André.
Vlaams Blok	Koen Bultinck, Guy D'haeseleer.
SP.A	Els Haegeman.
CDH	Raymond Langendries.
VU&ID	Annemie Van de Casteele.

B. — Plaatsvervangers / Suppléants :

Pierre Chevalier, Jacques Germeaux, Pierre Lano, Georges Lenssen.
Jos Ansoms, Joke Schauvliege, Jo Vandeurzen, Servais Verherstraeten.
Liliane De Cock, Anne-mie Descheemaeker, Michèle Gilkinet.
Colette Burgeon, Jean Depreter, Yvan Mayeur.
Olivier Chastel, Corinne De Permentier, Serge Van Overtveldt.
Gerolf Annemans, Alexandra Colen, Hagen Goyvaerts.
Hans Bonte, Magda De Meyer.
Luc Paque, Jean-Jacques Viseur.
Danny Pieters, Els Van Weert.

Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société

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

Voorzitter / Président : Yolande Avontroodt

A. — Vaste leden / Membres titulaires :

VLD	Yolande Avontroodt, Hugo Philtjens, Jacques Germeaux.
CD&V	Hubert Brouns, Luc Goutry, Roel Deseyn.
Agalev-Ecolo	Anne-Mie Descheemaeker, Michèle Gilkinet.
PS	Colette Burgeon, Yvan Mayeur.
MR	Robert Hondermarcq, Philippe Seghin.
Vlaams Blok	Koen Bultinck, Guy D'haeseleer.
SP.A	Magda De Meyer.
CDH	Luc Paque.
VU&ID	Els Van Weert.

B. — Plaatsvervangers / Membres suppléants :

Filip Anthuenis, Maggie De Block, Jef Valkeniers, Arnold Van Aperen.
Simonne Creyf, Greta D'Hondt, Dirk Pieters, Jo Vandeurzen.
Martine Dardenne, Simonne Leen, Joos Wauters.
Jean-Marc Delizée, André Frédéric, N.
Daniel Bacquelaine, Anne Barzin, Olivier Chastel.
Gerolf Annemans, Hagen Goyvaerts, John Spinnewyn.
Dalila Douifi, Jan Peeters.
Joseph Arens, Jean-Jacques Viseur.
Frieda Brepoels, Annemie Van de Casteele.

DAMES EN HEREN,

Uw commissies hebben deze gedachtewisseling gehouden tijdens hun vergadering van 2 oktober 2002.

I.— Betoog van de leden

In het licht van het technische karakter van de problematiek van de ziekenhuisfinanciering betreurt *de heer Jo Vandeurzen (CD&V)* dat de koepelorganisaties van de ziekenhuizen niet uitgenodigd werden voor de gedachtewisseling. Hij hecht eraan de administratie en de heer Yvan Mayeur te danken voor hun inzet bij de ontwikkeling van een nieuw financieringssysteem.

Grotere transparantie dient volgens de spreker een belangrijke doelstelling bij de hervorming van het systeem van ziekenhuisfinanciering te zijn. Vooral de relatie tussen de efficiënte werking van een ziekenhuis en de eigenlijke financiering komt vooralsnog onvoldoende duidelijk uit de verf. Het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) is vragende partij voor volledig en coherent verwerkt statistisch materiaal. Zal de minister die vraag positief beantwoorden ?

De hervorming leidt tot een vermindering van de inkomsten voor de private ziekenhuizen met 9 miljoen euro en tot een verhoging van de middelen voor de openbare instellingen met 13 miljoen euro. Ook is er een communautaire scheefftrekking: het Waals Gewest krijgt 9 miljoen euro bijkomende middelen. Wat veroorzaakt die verschuivingen ? Kan de minister aantonen dat ze resulteren uit vastgestelde verschillen inzake efficiënte organisatie ? Welke verantwoording geldt voor de voorafname ten voordele van universitaire ziekenhuizen en universitaire bedden in algemene ziekenhuizen ? Kunnen de beslissingen m.b.t. de B8-financiering (financiering van sociale factoren) hard gemaakt worden, in het bijzonder het overwicht van de Waalse ziekenhuizen in die financiering ?

Anderzijds, valt de beslissing om een bijkomend ziekenhuis (het Stuyvenbergziekenhuis) in aanmerking te laten komen voor B8-financiering te rijmen met het beginsel van de «gesloten begroting», dat de minister heeft vooropgesteld ? Is er nog een marge om onwenselijke effecten van de nieuwe financieringswijze weg te werken of te verzachten ? Kunnen ziekenhuizen die volgens de berekeningen aanspraak maken op bijkomende middelen die nieuwe inkomsten als verworven beschouwen ?

Mesdames, Messieurs,

Vos commissions ont procédé à cet échange de vues lors de leur réunion du 2 octobre 2002.

I.— Interventions des membres

Compte tenu du caractère technique que revêt la problématique du financement des hôpitaux, *M. Jo Vandeurzen (CD&V)* déplore que les organisations faîtières des hôpitaux n'aient pas été invitées pour l'échange de vues. Il tient à remercier l'administration et M. Yvan Mayeur pour leur investissement dans le développement d'un nouveau système de financement.

L'intervenant estime que la réforme du système de financement des hôpitaux doit avoir pour principal objectif d'accroître la transparence. C'est surtout la relation entre le bon fonctionnement d'un hôpital et le financement proprement dit qui n'est pas encore suffisamment mis en exergue. Le «Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)» aimerait disposer de statistiques ayant fait l'objet d'un traitement complet et cohérent. Le ministre donnera-t-il suite à cette demande ?

La réforme aura pour effet de diminuer les recettes des hôpitaux privés de 9 millions d'euros et d'augmenter celles des hôpitaux publics de 13 millions d'euros. Il y a aussi une distorsion communautaire : la région wallonne reçoit un supplément de 9 millions d'euros. Quelle est l'origine de ces glissements ? Le ministre peut-il montrer qu'ils résultent de différences constatées en ce qui concerne l'efficacité de l'organisation ? Qu'est-ce qui justifie le prélèvement en faveur des hôpitaux universitaires et des lits universitaires dans les hôpitaux généraux ? Les décisions relatives au financement B8 (financement de facteurs sociaux) peuvent-elles se justifier, en particulier la prépondérance des hôpitaux wallons dans ce financement ?

D'autre part, la décision de permettre à un hôpital supplémentaire (l'hôpital Stuyvenberg) de bénéficier du financement B8 est-elle conciliable avec le principe de l'«enveloppe fermée», que le ministre a défendu ? Y a-t-il encore une marge permettant d'éliminer ou d'atténuer les effets indésirables du nouveau mode de financement ? Les hôpitaux qui, selon les calculs, ont droit à des moyens supplémentaires peuvent-ils considérer ces nouveaux revenus comme étant acquis ?

In de B2-financiering leidt de nieuwe weging van decielen ertoe dat ziekenhuizen met veel ernstig zieken minder dan vroeger worden beloond. Zullen de medische materialen, die onder de B2-financiering ressorteren, in 2003 beter gefinancierd worden ? De minister heeft beloofd een lijst met materialen te laten opstellen, maar die laat zeer lang op zich wachten. Wanneer zal die lijst naar verwachting afgewerkt en voor publicatie vatbaar zijn ? Zullen de materialen die op de lijst figuren opgenomen worden in het systeem van de maximumfactuur ?

Terwijl binnen de administratie een werkgroep zich al enige tijd buigt over het probleem van de onderfinanciering van de ziekenhuizen, nemen de problemen in de praktijk in omvang toe. Bestaat de mogelijkheid dat de werkgroep haar conclusies pas kan bekendmaken na de goedkeuring van de begroting voor 2003, waardoor een structurele aanpak van de onderfinanciering verschoven wordt naar een volgende legislatuur ?

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) koesterde hoge verwachtingen ten aanzien van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering die meer gebaseerd is op verantwoorde activiteiten. Het vroegere systeem was immers te ondoorzichtig en zorgde voor heel wat scheefftrekkingen. Nu blijkt evenwel dat de toepassing van dat nieuwe systeem voor nieuwe scheefftrekkingen zou zorgen. Zij wil dat de minister het Parlement inzage verleent in al het voorhanden zijnde statistisch materiaal; zonder concrete cijfers is het immers voor het Parlement onmogelijk om daadwerkelijk controle uit te oefenen op beslissingen van de regering.

Uit de reeds beschikbare cijfers blijkt dat sommige ziekenhuizen geconfronteerd worden met een belangrijke inkomstenvermindering. Enkele Vlaamse instellingen beslisten reeds om tegen de nieuwe regeling een vernietigingsberoep in te stellen bij de Raad van State. Kan de minister verklaren waardoor de verschuiving die zij aanklagen wordt veroorzaakt ?

Hoe is inzake de B8-financiering de verhouding tussen de drie gewesten ? Leidt dit niet tot nieuwe transferen en zijn die objectief verantwoord ? Zijn er buiten het strikte kader van de gesloten begroting middelen beschikbaar voor de universitaire opdracht van ziekenhuizen (B7-financiering) en voor bijkomende aandacht voor sociaal zwakkere patiënten (B8-financiering) ? Ten gronde verkiest de spreekster een betere uitbouw van de sociale dienst in een ziekenhuis en de vlottere toekenning van leningen aan sociaal zwakke patiënten boven de voorziene B8-financiering.

Dans la sous-partie B2, la nouvelle pondération des déciles a pour conséquence que les moyens attribués aux hôpitaux comptant de nombreux patients atteints de maladie grave sont moins importants qu'autrefois. Le matériel médical, qui relève de la sous-partie B2, sera-t-il mieux financé en 2003 ? Le ministre a promis qu'il ferait dresser la liste de ce matériel, mais celle-ci se fait attendre depuis très longtemps. Quand cette liste pourrait-elle être prête et être publiée ? Le matériel qui figurera sur la liste sera-t-il repris dans le système de la facture maximum ?

Alors qu'au sein de l'administration, un groupe de travail examine depuis un certain temps la problématique du sous-financement des hôpitaux, les problèmes prennent de l'ampleur dans la pratique. Se pourrait-il que le groupe de travail ne puisse communiquer ses conclusions qu'après l'approbation du budget pour 2003, de sorte qu'il ne serait possible de s'attaquer de manière structurelle au problème du sous-financement qu'au cours d'une prochaine législature ?

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) nourrissait de grands espoirs à l'égard de la réforme du financement hospitalier, qui est davantage axé sur des activités justifiées. L'ancien système manquait en effet régulièrement de transparence et était à l'origine de nombreuses distorsions. Or, il apparaît à présent que le nouveau système va, lui aussi, provoquer des distorsions. Elle demande au ministre de communiquer toutes les statistiques disponibles au parlement ; faute de chiffres concrets, le parlement se trouve en effet dans l'impossibilité de contrôler effectivement les décisions prises par le gouvernement.

Il ressort des chiffres déjà disponibles que certains hôpitaux doivent faire face à une réduction sensible de revenus. Certains hôpitaux flamands ont déjà décidé de saisir le Conseil d'État d'un recours en annulation du nouveau système. Le ministre peut-il expliquer la cause du glissement dénoncé par ces hôpitaux ?

Quel est le rapport entre les trois régions en ce qui concerne la sous-partie B8 ? Cette situation ne provoque-t-elle pas de nouveaux transferts et ces transferts, s'ils existent, sont-ils justifiés ? Certains moyens peuvent-ils être affectés, en dehors du cadre strict de l'enveloppe budgétaire fermée, aux missions universitaires des hôpitaux (sous-partie B7) et aux patients plus faibles sur le plan social (sous-partie B8) ? Quant au fond, l'intervenante opte plutôt pour un meilleur développement du service social d'un hôpital et un octroi plus aisé de prêts aux patients plus faibles sur le plan social que pour l'application prévue de la sous-partie B8.

Kan de verschuiving van middelen van private naar openbare ziekenhuizen volledig verklaard worden door de hogere personeelskost in de openbare ziekenhuizen ?

De conclusie van de spreekster luidt dat het nieuwe financieringssysteem nog steeds zeer complex en weinig transparant is. Het gevaar bestaat dat de regeling niet consequent zal worden toegepast om bepaalde onwenselijk geachte effecten weg te werken, wat de coherentie van het systeem kan ondermijnen. Hoe zal de minister de onzekerheid, die in de sector leeft, wegnemen ? Hoe kunnen fouten zoals in het geval van het Stuyvenbergziekenhuis vermeden worden ? Hoe verloopt de communicatie over de hervorming ? Is de minister bereid de ziekenhuizen inzagerecht te verlenen in de middelen die aan andere ziekenhuizen toegekend worden ?

De heer Jef Valkeniers (VLD) heeft de stellige indruk dat het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest inzake ziekenhuisfinanciering bevoordeeld worden t.o.v. het Vlaams Gewest. Kunnen de verschillen wel volledig verklaard worden door de verschillen inzake sociaal-economisch profiel van de patiënten ? De gedifferentieerde subsidiëring van ziekenfondsen werd in het verleden door de werkgroep-Jadot reeds verantwoord door een verwijzing naar die profielverschillen; de spreker vermoedt dat de minister in het voorliggende dossier uit hetzelfde vaatje zal tappen.

De twijfel van de spreker m.b.t. de objectiviteit van de gedifferentieerde toekenning van middelen betreft ook de verschuiving van private naar openbare ziekenhuizen. Hij wijst op het feit dat wie aan zwartwerk doet wellicht onterecht tot een lagere sociale categorie wordt gerekend. De nieuwe B8-financiering, met daarin onder meer het inkomenscriterium, is zijns inziens het volmaakte vehikel om ongerechtvaardigde verschillen in stand te houden en te versterken.

Mevrouw Yolande Avondroodt (VLD) is vragende partij voor een debat over de vier criteria die aan de grondslag liggen van de beslissing om aan 21 «acute» ziekenhuizen bijkomende middelen toe te kennen via een beroep op sociale factoren (B8-financiering). Kan de minister overigens uitleggen waarom het Stuyvenbergziekenhuis aanvankelijk niet figureerde op die lijst van «acute» ziekenhuizen ?

Het eerste (het aantal OCMW-dagen t.o.v. het totale aantal dagen) en het derde criterium (het aantal patiënten dat de sociale franchise geniet t.o.v. het totale aantal opnamen) worden door de spreekster niet betwist. Het tweede (het aantal alleenstaande patiënten t.o.v. het to-

Le glissement de moyens des hôpitaux privés vers les hôpitaux publics peut-il être attribué intégralement au niveau plus élevé des coûts de personnel dans les hôpitaux publics ?

L'intervenante conclut que le nouveau système de financement demeure très complexe et peu transparent. Le système risque de ne pas être appliqué de façon conséquente afin d'éliminer certains effets jugés inopportuns, ce qui peut miner la cohérence du système. Comment le ministre dissipera-t-il l'incertitude, qui règne dans le secteur ? Comment peut-on éviter certaines fautes telles que celles qui ont été commises dans le cas de l'hôpital Stuyvenberg ? Quelles sont les modalités de la communication en ce qui concerne la réforme ? Le ministre est-il disposé à permettre aux hôpitaux de prendre connaissance des moyens accordés à d'autres hôpitaux ?

M. Jef Valkeniers (VLD) a la nette impression que la Région wallonne et la Région de Bruxelles-Capitale sont favorisées par rapport à la Région flamande en matière de financement des hôpitaux. Ces différences peuvent-elles entièrement être mises sur le compte des différences au niveau du profil socioéconomique des patients ? Autrefois, le groupe de travail Jadot avait déjà avancé l'argument du profil socioéconomique pour justifier les différences au niveau du financement des mutualités ; l'intervenant suppose que le ministre tiendra le même discours.

Le doute qu'émet l'intervenant à l'égard de l'objectivité de l'octroi différencié des moyens porte également sur le glissement des moyens des hôpitaux privés aux hôpitaux publics. Il fait observer que les personnes qui travaillent au noir sont peut-être considérées à tort comme ayant un profil socioéconomique assez bas. Il pense que le nouveau financement B8, comprenant entre autres le critère des revenus, est l'instrument parfait pour maintenir et renforcer des différences injustifiées.

Mme Yolande Avondroodt (VLD) préconise la tenue d'un débat sur les quatre critères à l'origine de la décision d'octroyer des moyens supplémentaires à 21 hôpitaux «aigus» en se basant sur les facteurs sociaux (financement B8). Du reste, le ministre pourrait-il expliquer pourquoi l'hôpital de Stuyvenberg ne figurait pas initialement sur la liste des hôpitaux «aigus» ?

L'intervenante ne conteste ni le premier critère (le nombre de jours CPAS par rapport au nombre global de jours) ni le troisième critère (le nombre de patients bénéficiant de la franchise sociale par rapport au nombre total d'admissions). En revanche, elle estime que le

tale aantal opnamen) en het vierde criterium (het aantal patiënten met inkomsten lager dan 12 394,68 euro t.o.v. het totale aantal patiënten) zijn daarentegen volgens haar onwetenschappelijk en niet of minder gerechtvaardigd.

M.b.t. het tweede criterium is het niet noodzakelijk zo dat een alleenstaande per definitie meer zorg behoeft dan wie met één of meer andere personen samenleeft. Wat het vierde criterium betreft, mag de minister er niet zonder meer van uitgaan dat mensen met een laag inkomen voor ziekenhuizen meer kosten veroorzaken dan gemiddeld. Ook kunnen twijfels rijzen over de objectieve meetbaarheid van inkomens, wat cruciaal is voor de relevantie van het criterium. Doordat er slechts één maximaal inkomensbedrag aangenomen werd, is het criterium tenslotte ook onvoldoende verfijnd.

Waren die criteria het voorwerp van debat binnen de regering ? Het gevaar bestaat dat de toepassing van de criteria leidt tot een mattheuseffect, waardoor degenen die ze het minst nodig hebben het meest profiteren van door de overheid in het leven geroepen voorzieningen.

De spreekster concludeert dat het systeem dient te evolueren naar een loutere financiering van reële activiteiten in de ziekenhuizen, weliswaar met een correctie voor de grootsteden. De kernopdracht van de minister in dit dossier is de financiering van ziekenhuizen; de opvang van sociale factoren daarentegen moet niet via de ziekteverzekering verlopen, maar is een bevoegdheid van de gemeenschappen. Het model van ziekenhuisfinanciering dat in Parijs gehanteerd wordt, kan tot voorbeeld strekken.

Geloof de minister dat de verschuiving van middelen van privé- naar openbare ziekenhuizen volledig veroorzaakt wordt door verschillen in loonkosten ? Welke houding dient vanuit die vaststelling dan te worden aangenomen ten overstaan van verregaande fusies van OCMW-ziekenhuizen en privé-instellingen ? Kan de minister aantonen dat de communautaire verschuivingen gewettigd zijn ?

Kent de minister tenslotte reeds de financiële gevolgen van de financiering van bijkomende Mobiele Urgentiediensten (MUG's) en de aangekondigde invoering van remgeld voor ongerechtvaardigde beroepen op spoedgevallendiensten ?

deuxième critère (le nombre de patients isolés par rapport au nombre total d'admissions) et le quatrième critère (le nombre de patients dont le revenu est inférieur à 12 394,68 euros par rapport au nombre total de patients) ne reposent sur aucun fondement scientifique et ne sont guères justifiés.

En ce qui concerne le deuxième critère, il n'est pas nécessairement exact qu'un patient isolé a par définition besoin de plus de soins qu'un patient qui vit avec une ou plusieurs autres personnes. En ce qui concerne le quatrième critère, le ministre ne peut partir du principe que les personnes bénéficiant d'un revenu modeste coûtent plus cher aux hôpitaux que la moyenne. On peut aussi s'interroger sur la mesurabilité objective des revenus, ce qui est capital pour la pertinence du critère. Du fait que seulement un seul montant maximum de revenus a été retenu, le critère n'est pas suffisamment affiné.

Ces critères ont-ils fait l'objet d'un débat au sein du gouvernement ? Le risque existe que l'application des critères ait un effet inverse, faisant que les patients qui en ont le moins besoin profitent le plus des mesures prises par les pouvoirs publics.

L'intervenante conclut que le système doit évoluer vers un simple financement des activités réelles dans les hôpitaux avec, certes, une correction pour les grandes villes. La mission centrale du ministre dans ce dossier est le financement des hôpitaux ; par contre, la prise en compte des facteurs sociaux ne relève pas de l'assurance maladie, mais bien des communautés. Le modèle de financement des hôpitaux, qui est appliqué à Paris, pourrait servir d'exemple.

Le ministre est-il d'avis que le glissement des moyens des hôpitaux privés vers les hôpitaux publics est dû entièrement à des différences dans les coûts salariaux ? A partir de ce constat, quelle attitude doit-on dès lors adopter à l'égard de fusions avancées entre hôpitaux de CPAS et institutions privées ? Le ministre peut-il démontrer que les glissements communautaires sont légaux ?

Enfin, le ministre connaît-il déjà les conséquences financières du financement des services mobiles d'urgence supplémentaires (SMUR) et de l'introduction annoncée du ticket modérateur pour les appels injustifiés aux services d'urgence ?

II. — ANTWOORDEN VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN PENSIOENEN

Minister van Sociale Zaken en Pensioenen Frank Vandenbroucke stipt aan dat de tenuitvoerlegging van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering al meermaals is besproken, met name in het parlement en in de afdeling Financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV).

Over een aantal aspecten van die hervorming die door sommigen als ongepast worden ervaren, had de NRZV nochtans een gunstig advies uitgebracht. Een en ander toont de kloof aan die vaak gaapt tussen een bespreking over beginselen, waaruit de positieve kant van een maatregel naar voor kan komen, en de concrete resultaten, die enige twijfel kunnen doen ontstaan omtrent diezelfde maatregel.

De krachtlijnen van de nieuwe ziekenhuisfinanciering kunnen als volgt worden samengevat: voortaan is de ziekenhuisfinanciering veeleer gebaseerd op de activiteiten die verband houden met de ziekte van de patiënt dan op de gegevens die voortvloeien uit de nomenclatuur van de gezondheidszorg. Die nieuwe financieringsvorm stimuleert de doeltreffendheid en de kwaliteit en zorgt er tevens voor dat een deel van de dagverpleegkunde wordt opgenomen in het budget van financiële middelen per ziekenhuis.

Voorts krijgen de ziekenhuizen ten belope van 80% budgettaire middelen in de vorm van voorlopige twaalfden die op geregelde basis door de verzekeringsinstellingen worden gestort; de overige 20% worden gestort afhankelijk van de activiteiten van de betrokken ziekenhuizen.

Vervolgens zijn er nog een aantal aspecten toegevoegd die evenwel niet van wezenlijk belang zijn voor deze hervorming, zoals de bijsturing, via een subsidie, van de gemiddelde loonkosten die de ziekenhuizen moeten dragen (cf. infra).

Naast de wezenlijke en niet-wezenlijke aspecten van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, wijzen we tot slot nog op de concrete voorwaarden waaronder die financiering haar beslag zal krijgen.

De bespreking draait grotendeels rond die bijkomende aspecten, alsook rond die concrete tenuitvoerlegging van de ziekenhuisfinanciering (de concrete visie van sommige ziekenhuizen op de voor hen geldende begrotingscijfers strookt immers niet met het theoretische beeld dat zij zich van die cijfers hadden gevormd).

II. — RÉPONSES DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DES PENSIONS

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions, Frank Vandenbroucke, indique que la mise en oeuvre de la réforme du financement hospitalier a déjà fait l'objet de nombreuses discussions, notamment au sein du Parlement et de la section financement du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH).

Certains aspects de cette réforme, que certains considèrent comme peu indiqués, avaient néanmoins fait l'objet d'un avis favorable du CNEH. Ceci démontre l'hiatus qu'il y a souvent entre une discussion de principe, qui peut laisser transparaître le caractère positif d'une mesure, et les résultats concrets qui peuvent faire apparaître certains doutes quant à cette même mesure.

Les lignes de force du nouveau financement hospitalier peuvent être résumées comme suit : le financement hospitalier se base dorénavant davantage sur l'activité liée aux pathologies des patients que sur les données liées à la nomenclature des soins de santé. Ce financement soutient la performance et la qualité et intègre pour partie l'hospitalisation de jour dans le budget des moyens financiers par hôpital.

Enfin, le budget est affecté aux établissements hospitaliers sous la forme, à concurrence de 80 %, de douzièmes provisoires versés de manière régulière par le biais des organismes assureurs et à concurrence de 20 % sur la base de l'activité des établissements considérés.

Divers éléments, non essentiels dans le cadre de cette réforme se sont néanmoins ajoutés, comme le mode de correction, par le biais d'une subvention, de la charge salariale moyenne dans le chef des hôpitaux (cfr infra).

Enfin, au-delà des éléments essentiels et non essentiels de la réforme du financement hospitalier, on mentionnera les modalités concrètes de mise en oeuvre de ce financement.

Une grande partie de la discussion a trait à ces éléments complémentaires ainsi qu'à cette mise en oeuvre concrète du financement hospitalier (certains hôpitaux étant confrontés au fait que leur vision concrète des chiffres budgétaires qui leur sont applicables ne coïncide pas avec l'image théorique ces hôpitaux se faisaient de ceux-ci).

Een ander probleem was dat de ziekenhuizen aan de federale overheidsdienst Volksgezondheid verkeerde gegevens (met name MKG's) hadden verstrekt; een en ander viel te verklaren door de snelle tenuitvoerlegging van de nieuwe ziekenhuisfinanciering. De acute onderfinanciering waarmee een Antwerps ziekenhuis onlangs te kampen heeft gekregen, is gedeeltelijk aan dergelijke verkeerde gegevens te wijten.

Voorts werden alle stappen gezet die nodig waren om de nieuwe ziekenhuisfinanciering op de sporen te zetten. Zo werden de adviesinstanties binnen de vereiste termijnen geraadpleegd, heeft het departement Volksgezondheid de ziekenhuizen van de nieuwe financieringsregeling op de hoogte gebracht, zijn de ziekenhuisbegrotingen tijdig kunnen worden opgesteld en hebben de ziekenhuizen, na betekening van de hen toegewezen begrotingsenveloppe, hun opmerkingen daaromtrent kunnen formuleren.

Voort het overige moeten een aantal concrete voorwaarden voor de tenuitvoerlegging van de nieuwe ziekenhuisfinanciering opnieuw worden bekeken en bijgesteld.

Kortom, de nieuwe ziekenhuisfinanciering blijft complex, maar dat neemt niet weg dat een unieke en belangrijke stap werd gezet - een trendbreuk als het ware. Een en ander blijkt volgens de minister duidelijk uit het feit dat de ziekenhuisverenigingen hem zeer onlangs een lijst hebben bezorgd van gegevens die zij wilden verkrijgen (begrotingsgegevens voor het beschouwde boekjaar, nadere uitleg bij de berekeningsvoorwaarden enzovoort). Het departement Volksgezondheid heeft hen geantwoord dat het die gegevens binnen twee weken kon bezorgen. Dat betekent dat de ziekenhuisverenigingen over dezelfde gegevens en parameters zullen beschikken als die administratie, zij het niet per individuele patiënt (maar dat hadden zij ook niet gevraagd).

Niettemin blijft er een klein probleem bestaan inzake de compatibiliteit van de software die respectievelijk wordt gebruikt door het departement en door de ziekenhuisverenigingen.

Vervolgens preciseert de minister dat een analyse van de algemene middelen voor het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (voorheen de prijs per verpleegdag genoemd) leert dat zich weliswaar een verschuiving van de middelen voordoet van de privé- naar de openbare ziekenhuizen, maar niet tussen de drie gewesten van het land. Hij is overigens niet van mening dat het knelpunt van de eventuele ongeoorloofde verschillen tussen de gewesten in de uitgaven voor de ge-

Un problème qui s'est également posé a consisté dans la transmission par les hôpitaux au service public fédéral de la Santé publique de données (RCM notamment) erronées, ce qui pouvait se comprendre eu égard à la rapidité de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier. Le problème concret de sous-financement qu'a récemment connu un hôpital anversois est lié pour partie à ces données erronées.

Par ailleurs les étapes qui devaient être franchies dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier l'ont été. Ainsi, les organes d'avis ont été consultés dans les délais requis, le Département de la Santé publique a informé les hôpitaux au sujet du nouveau système de financement, les budgets hospitaliers ont pu être établis à temps et les hôpitaux ont pu formuler leurs remarques postérieurement à la notification des enveloppes budgétaires à leur égard.

D'autre part, certaines modalités de mise en œuvre du nouveau financement hospitalier devront être reconsidérées et corrigées.

Enfin, le nouveau financement demeure complexe mais il n'en demeure pas moins que le pas qui vient d'être franchi est unique et important sur le plan de la rupture de tendance. Ce constat est particulièrement illustré par le fait suivant : les associations d'hôpitaux, signale le ministre, lui ont très récemment transmis une liste des données qu'elles souhaitent obtenir (données budgétaires pour l'exercice considéré, notice explicative sur les modalités de calcul, etc). Le Département de la Santé publique leur a répondu que la communication de ces données pouvait se faire dans les deux semaines. Ceci signifie que les associations d'hôpitaux disposeront des mêmes données et paramètres que cette administration, certes pas au niveau du patient individuel (ce qu'elles ne demandent au demeurant pas).

Un petit problème subsiste toutefois au niveau de la compatibilité des logiciels respectivement utilisés par le Département et par les associations d'hôpitaux.

Le ministre précise ensuite que lorsqu'on examine les moyens globaux prévus au budget des moyens financiers des hôpitaux (ce qu'on intitulait auparavant le prix par journée d'hospitalisation), on constate certes un glissement de moyens d'hôpitaux privés vers des hôpitaux publics mais pas de glissements entre les trois Régions du pays. Il n'est pas par ailleurs d'avis que le problème d'éventuelles différences injustifiées dans les dépenses médicales, et donc dans les dépenses de l'assurance

zondheidszorg - en dus in de uitgaven voor de ziekte-verzekering - te wijten zijn aan de prijs per verpleegdag (die stemt immers grotendeels overeen met de omvang van de diverse bevolkingsgroepen). De oorzaak van dat knelpunt ligt eigenlijk bij de geneeskundige verrichtingen, waarvan de financiering gebeurt via de nomenclatuur van de gezondheidszorg.

De door de werkgroep-»Jadot« uitgewerkte methode leidt dan weer tot een impasse, omdat ze het niet mogelijk maakt een operationeel beleid uit te stippelen. Daarom geeft de minister de voorkeur aan de individuele responsabilisering van de zorgverstrekker, teneinde de doeltreffendheid van de geneeskundige verstrekkingen op te voeren. Er moeten waarborgen worden geboden voor een convergentie van de geneeskundige praktijken op individueel vlak (per ziekenhuis en/of per arts). Als die convergentie tot een goed einde wordt gebracht, zullen de eventuele, bovengenoemde ongeoorloofde verschillen per definitie niet langer voorkomen.

Vervolgens geeft de minister meer details bij vier, tijdens de besprekingen in de NRZV naar voor gebrachte discussiepunten met betrekking tot de tenuitvoerlegging van de nieuwe ziekenhuisfinanciering:

- 1° de loonkosten;
- 2° de decielen;
- 3° het B7-deel;
- 4° het B8-deel.

1° De bijsturing op het stuk van de gemiddelde loonkosten.

Op voorstel van het departement Volksgezondheid worden de loonkosten anders berekend dan voorheen. In het verleden baseerde het departement zich op de reële gemiddelde loonkosten; nu gaat het uit van de gemiddelde loonkosten per ziekenhuis, met als berekeningsbasis de kwalificatiegraad en de geldelijke anciënniteit van het verplegend en verzorgend personeel. De vroegere berekeningswijze was niet langer werkbaar, aangezien de algemene herziening van de loonschalen van het verzorgend personeel in elk ziekenhuis verschillend wordt toegepast.

De NRZV, die in januari 2001 om een advies over die nieuwe compensatieregeling was verzocht, heeft gunstig geadviseerd wat de algemene beginselen ervan betreft.

Volgens de minister doet die nieuwe berekeningswijze overigens enkele problemen rijzen. Ze verklaart aldus nagenoeg de helft van de financiële verschuivingen tussen de openbare en de privé-ziekenhuizen.

maladie, entre les trois Régions du pays se situe au niveau du prix de journée d'hospitalisation (la répartition du prix de journée coïncide au demeurant dans une très grande mesure avec les parts de population du pays). Ce problème gît en fait dans les prestations médicales, qui sont financées par la nomenclature des soins de santé.

Quant à la méthodologie retenue par le groupe de travail Jadot, elle conduit à une impasse, étant donné qu'elle n'autorise pas le développement d'une politique opérationnelle. Le ministre donne dès lors sa préférence à la responsabilisation individuelle du dispensateur de soins, dans la perspective de l'amélioration de l'efficacité des prestations médicales. Une convergence des pratiques médicales doit être assurée au niveau individuel (par hôpital et /ou par médecin). Si cette convergence réussit, les éventuelles différences injustifiées précitées seront par définition supprimées.

Le ministre détaille ensuite quatre points de discussion dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier, évoqués au demeurant au sein du CNEH :

- 1° la charge salariale ;
- 2° les déciles ;
- 3° la sous-partie B7 ;
- 4° la sous-partie B8.

1° La correction pour la charge salariale moyenne.

Elle est calculée, sur la proposition du Département de la Santé publique en ce sens, d'une autre manière qu'auparavant : si par le passé, le Département se fondait sur une charge salariale moyenne réelle, il part actuellement d'une charge salariale moyenne par hôpital, basée sur le degré de qualification et l'ancienneté pécuniaire du personnel infirmier et soignant. L'ancien système était devenu impraticable, eu égard à la révision générale des barèmes du personnel soignant, appliquée de manière différente dans les hôpitaux.

Le CNEH, saisi pour avis en janvier 2001 concernant ce nouveau mode de compensation, a considéré que ce dernier était, dans ses principes généraux, positif.

Cela étant, cette nouvelle formule de calcul suscite, selon le ministre, quelques problèmes. Elle explique ainsi plus de la moitié des glissements financiers entre hôpitaux publics et privés.

Sommige van de argumenten die de privé-ziekenhuizen tegen die nieuwe formule hebben aangevoerd, lijken op het eerste gezicht relevant : zo zou die formule op lineaire wijze rekening houden met de onregelmatige prestaties van het verzorgend personeel. Die boekingswijze is onvoldoende verfijnd en benadeelt de privé-ziekenhuizen ten aanzien van de openbare ziekenhuizen, die dat soort van prestaties op een andere manier vergoeden.

2° de verdeling van de decielen.

Die behelst een classificatie, in de vorm van een statistische kromme, van de ziekenhuizen naargelang de graad van ingewikkeldheid van de ziekten die in die ziekenhuizen worden behandeld. Een hogere deciel maakt het mogelijk aan de voormelde ziekenhuizen bijkomende punten toe te kennen. Volgens sommigen, zoals dokter Rutsaert of de beheerders van kleine ziekenhuizen, is die statistische kromme te uitgesproken.

Dankzij de hervorming is die kromme echter minder geprononceerd - onder meer omdat de academische ziekenhuizen, als gevolg van het gunstig advies van de NRZV in die zin, niet meer in die classificatie zijn opgenomen - en is ze degelijker omdat ze meer berust op gegevens die verband houden met de ziekte.

Voor het overige hebben de middelgrote ziekenhuizen of de grote ziekenhuizen waar patiënten worden behandeld met complexe ziekten, die geen academisch ziekenhuis zijn of die geen als academisch bestempelde bedden hebben, sinds die hervorming niet langer het voordeel dat voortvloeit uit het verkrijgen van meer punten (ze waren er zeker van die punten te verkrijgen omdat die instellingen deel uitmaakten van dezelfde groep als de academische ziekenhuizen).

3° het B7-deel.

In dat deel zijn voornamelijk middelen opgenomen die de academische ziekenhuizen nu reeds verkrijgen in verschillende financieringsregelingen. Er zal een debat moeten worden gevoerd over de wijze waarop de ziekenhuizen recht zullen hebben op die specifieke financiering (vooral in de delen B7A en B7B), alsmede over de mate waarin zij op de voormelde financiering aanspraak zullen kunnen maken. In dat opzicht zal gebruik moeten worden gemaakt van de criteria van academische prestatie.

De minister kan begrijpen dat het mogelijk is dat sommige ziekenhuizen bijzonder benadeeld worden, zowel door de nieuwe berekeningswijze van de loonmassa als door de nieuwe verdeling van de decielen, en dat ze

Certains arguments invoqués par les hôpitaux privés à l'encontre de cette nouvelle formule apparaissent, à première vue, pertinents : ainsi cette dernière tiendrait compte de manière linéaire des prestations irrégulières du personnel soignant. Ce mode de comptabilisation n'est pas suffisamment affiné et défavorise les hôpitaux privés par rapport aux hôpitaux publics, lesquels indemnisent ce type de prestations d'une autre manière.

2° la répartition des déciles.

Celle-ci consiste en une classification, sous la forme d'une courbe statistique, des hôpitaux en fonction du degré de complexité des pathologies présentes dans ces hôpitaux. Un décile plus élevé autorise l'octroi de points supplémentaires aux dits hôpitaux. D'aucuns, comme le docteur Rutsaert ou les gestionnaires d'hôpitaux de petite taille, estiment que cette courbe statistique est trop prononcée.

Néanmoins, par le biais de la réforme, cette courbe est devenue moins accusée - notamment parce que les hôpitaux universitaires ne sont plus, suite à l'avis favorable du CNEH en ce sens, repris dans cette classification - et davantage étoffée car davantage fondée sur des données liées à la pathologie.

Cela étant, des hôpitaux de taille moyenne ou des hôpitaux importants présentant des profils de patients aux pathologies complexes, qui ne sont pas universitaires ou qui ne possèdent pas de lits qualifiés d'universitaires n'ont plus, depuis cette même réforme, l'avantage découlant de l'obtention de davantage de points (qui leur était acquise en raison du fait que ces établissements se situaient dans le même groupe que les établissements universitaires).

3° la sous-partie B7.

Celle-ci regroupe pour l'essentiel les moyens dont bénéficient déjà actuellement les hôpitaux universitaires dans différents systèmes de financement. Un débat devra être mené sur la manière dont les hôpitaux seront admis à bénéficier de ce financement spécifique (singulièrement en ses parties B7A et B7 B) ainsi que sur la mesure selon laquelle ils pourront prétendre audit financement. A cet égard, des critères de performance universitaire devront être utilisés.

Le ministre peut comprendre qu'il pourrait arriver que certains hôpitaux soient particulièrement désavantagés tant par la nouvelle formule de calcul de la masse salariale que par la nouvelle répartition des déciles et qu'ils

bovendien worden uitgesloten van de financiering aan de hand van het B7-deel. Het debat zal moeten worden geobjectiveerd en er zal moeten worden onderzocht wat dient te worden aangepast.

4° B8-deel.

Daarin zijn de bijkomende middelen opgenomen voor de ziekenhuizen met veel patiënten met een laag sociaal-economisch profiel (wat men de sociale factoren noemt).

De minister is, meer nog dan in het verleden, van oordeel dat die sociale factoren door de federale Staat moeten worden gefinancierd in het kader van de vaststelling van de ziekenhuisbegroting, maar hij twijfelt aan de kwaliteit van wat thans wordt gedaan.

Dat standpunt wordt kracht bijgezet door een onderzoek (waaraan thans de laatste hand wordt gelegd) van professor de Maeseneer over de financiering van die sociale factoren.

De 51 in het kader van dit onderzoek ondervraagde ziekenhuizen bestempelen de huidige financieringsregeling als schandelijk eensdeels omdat het voor de ziekenhuizen voldoende is hun facturen niet te innen om te worden beschouwd als ziekenhuizen die te kampen hebben met sociale factoren, en anderdeels omdat de toekenning van de begrotingsenveloppe afhangt van een willekeurige beslissing van een *ad hoc*-commissie, die de MKG-gegevens aanpast.

Professor De Maeseneer heeft vervolgens aan de betrokken ziekenhuizen gevraagd welke problemen patiënten die ze als sociaal-economisch zwak beschouwen, doen rijzen. Volgens de minister kunnen die problemen alleen worden opgelost in het kader van de ziekenhuisfinanciering en niet door bij elk ziekenhuis een van de gemeenschap afhangende welzijnsinstelling te voegen.

Bovendien stemmen 2/3 à 4/5 van de ondervraagde ziekenhuizen in met de toekenningscriteria van deel B8.

Ten slotte concludeert dit onderzoek dat de toekenningsparameters van deel B8 moeten worden verfijnd.

De minister is daar ook van overtuigd omdat de berekeningsfout de toekenning van begrotingsmiddelen waarvan het Stuyvenberghziekenhuis in Antwerpen het slachtoffer is geweest, aantoonde dat de financieringsregeling onvoldoende trapsgewijs is.

soient de surcroît exclus du financement par le biais de la sous-partie B7. Le débat devra être objectivé et il y aura lieu d'examiner ce qui a lieu d'être adapté.

4° la sous-partie B8.

Celle-ci regroupe les moyens supplémentaires pour les hôpitaux comptant un nombre très élevé de patients au profil socio-économique faible (ce qu'on appelle les facteurs sociaux).

Le ministre est plus que par le passé d'avis que ces facteurs sociaux doivent être financés par l'Etat fédéral dans le cadre de la fixation du budget hospitalier mais il marque également quelque hésitation quant à la qualité de ce qui se fait actuellement.

Une étude, en voie de finalisation, du professeur de Maeseneer concernant le financement de ces facteurs sociaux, le conforte dans son point de vue.

Les 51 hôpitaux interrogés dans le cadre de cette étude qualifient le système actuel de financement de scandaleux pour le motif d'une part, qu'il suffit aux hôpitaux de ne pas percevoir leurs factures pour être considérés comme présentant des facteurs sociaux et d'autre part, que l'octroi de l'enveloppe budgétaire dépend d'une décision discrétionnaire d'une commission ad hoc, qui opère une adaptation des données RCM.

Le professeur De Maeseneer a ensuite demandé aux hôpitaux concernés quels étaient les problèmes auxquels ils pouvaient être confrontés face à des patients qu'ils considèrent comme socio-économiquement faibles. Selon le ministre, ces problèmes ne sont résolubles que dans le cadre du financement hospitalier et non pas par l'ajout d'une institution de bien-être, dépendant des Communautés, auprès de chaque hôpital.

En outre 2/3 à 4/5 des hôpitaux interrogés acquiescent aux critères d'attribution de cette sous-partie B 8.

Cette étude conclut enfin à la nécessité d'affiner les paramètres d'attribution de cette sous-partie B8.

Le ministre en est également convaincu, pour le motif que l'erreur de calcul dans l'attribution des moyens budgétaires, dont a été victime l'hôpital Stuyvenbergh à Anvers démontre que le système de financement n'est pas suffisamment graduel.

Die fout is ontstaan door een verkeerde opneming in de boekhouding van het aandeel «patiënt» in het fusie-ziekenhuis. Voorts heeft het ziekenhuis – dat voortkomt uit een samensmelting van twee ziekenhuizen – nagelaten de budgettaire gegevens waarvan het departement Volksgezondheid hem in kennis had gesteld na te trekken. De minister geeft aan dat pas wanneer hij een nauwgezet onderzoek van de financiële toestand heeft gevraagd, gebleken is dat het slechts om een berekeningsprobleem ging, namelijk een verwarring tussen de gegevens die waren opgenomen in de teller (die dateren van vóór de fusie) en die welke in de noemer waren aangegeven (die dateren van na de fusie).

Het departement verifieert thans of in andere gefuseerde ziekenhuizen soortgelijke fouten inzake de opneming in de boekhouding zijn opgetreden. De minister is van mening dat het hele mechanisme opnieuw zal moeten worden berekend en bijgesteld.

Hoe zullen de verschillende fouten in de toekenning van de financiële middelen moeten worden rechtgezet ?

De fouten op het stuk van de MKG-gegevens die sommige ziekenhuizen aan het departement hebben overgezonden, zullen worden gecorrigeerd. Volgens de minister kan met terugwerkende kracht een opwaartse maar geen neerwaarts verbetering worden toegepast omdat de betrokken ziekenhuizen in kennis werden gesteld van de begrotingen.

De fouten die zijn vastgesteld in de toekenning van deel B8 moeten snel worden rechtgezet, zowel opwaarts als neerwaarts en retroactief, dat wil zeggen indien mogelijk met toepassing van de nieuwe berekeningen vanaf 1 juli 2002 (wat het geval zal zijn voor het Stuyvenberghziekenhuis).

Het is volgens de minister anderzijds niet wenselijk vóór 1 juli 2003 de spelregels te wijzigen wat de andere onderdelen van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreft. Hij hoopt dat de vastgestelde gebreken in de financieringsregeling in de tussentijd zullen worden weg-gewerkt en dat men het in de ziekenhuiswereld eens zal worden over de nodige aanpassingen.

Vervolgens merkt de minister op dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering slechts zeer geleidelijk wordt doorgevoerd. Een groot deel van de concrete toepassing van die hervorming heeft slechts betrekking op 10% van de totale ziekenhuisbegroting. Een deel van de hervorming wordt evenwel sneller in de praktijk doorgevoerd: daarbij gaat het met name om 34% van de middelen die onder meer op de aanpassing van de loonmassa slaan.

Cette erreur se situe dans une comptabilisation erronée de la quote-part « patient » au sein de l'hôpital fusionné. En outre, l'hôpital- issu d'une fusion entre deux établissements hospitaliers- a omis de vérifier les données budgétaires qui lui avaient été notifiées par le Département de la Santé publique. Le ministre indique que ce n'est que lorsqu'il a demandé une analyse rigoureuse de la situation financière, qu'il est apparu qu'il ne s'agissait que d'un simple problème de calcul, à savoir une confusion entre les données figurant au numérateur (qui datent d'avant la fusion) et celles figurant au dénominateur (qui datent d'après la fusion).

Le Département vérifie actuellement si des erreurs de comptabilisation analogues ne sont pas produites dans d'autres hôpitaux fusionnés. Le ministre estime que l'ensemble du mécanisme devra être recalculé et corrigé.

De quelle manière les différentes erreurs constatées dans l'attribution des moyens financiers devront être corrigées ?

Les erreurs au niveau des données RCM transmises par certains hôpitaux au Département seront rectifiées. Une correction rétroactive peut s'appliquer à la hausse mais non à la baisse, selon le ministre, étant donné que les budgets ont été notifiés aux établissements hospitaliers considérés.

Quant aux erreurs constatées dans l'octroi de la sous-partie B8, elles doivent rapidement être rectifiées, à la hausse comme à la baisse et de manière rétroactive, c'est-à-dire en appliquant si possible les nouveaux calculs à dater du 1^{er} juillet 2002 (ce qui sera le cas avec l'hôpital Stuyvenbergh).

Le ministre estime d'autre part qu'il n'est pas indiqué de modifier les règles du jeu, pour ce qui concerne les autres volets de l'AR. du 25 avril 2002, avant le 1^{er} juillet 2003. Il espère que les défauts constatés dans le mécanisme de financement seront supprimés dans l'intervalle et qu'un consensus se dégagera au sein du monde hospitalier au sujet des adaptations qui devront être opérées.

Le ministre fait ensuite observer que la réforme du financement hospitalier n'est mise en œuvre que de manière très graduelle. Pour une grande part, cette mise en œuvre ne s'opère qu'à concurrence de 10 % du budget global hospitalier. Une partie de la réforme est toutefois appliquée plus rapidement, à raison de 34 % en l'occurrence : la correction afférente à la masse salariale en fait partie.

Gelet op een aantal, door sommige ziekenhuizen geformuleerde klachten, geeft de minister er de voorkeur aan om, in een latere fase, via een specifiek besluit dat per 1 juli 2003 uitwerking krijgt, de percentages inzake de praktische invulling van die hervorming te stroomlijnen. Hij verklaart evenwel het huidige tempo inzake de praktische uitvoering van de ziekenhuisfinanciering aan te houden, zo terzake een werkzaam – en zo mogelijk unaniem – akkoord over het uitvoeringspercentage ervan kan worden bereikt.

Wat het medisch materiaal betreft, verkiest de minister een efficiënte aanpak – waarbij men met de betrokken sector tot een degelijk akkoord kan komen over het materiaal dat al dan niet aan de patiënt kan worden aangerekend – boven maatregelen die op een drafje worden genomen en uiteindelijk verre van optimaal blijken. Op dat vlak spelen uiteraard de budgettaire beperkingen. De bespreking zal in een eerste stadium dan ook binnen de regering, in een tweede stadium met de ziekenhuissector moeten plaatsvinden.

De werkgroep onderfinanciering zal voorts in vergadering bijeenkomen teneinde terzake een advies uit te brengen. De minister beseft niettemin terdege dat de financiering van de gezondheidszorg in de tussentijd voor spanningen kan zorgen. *Rebus sic stantibus* moet die werkgroep – gelet op de terzake nog steeds bestaande onduidelijkheden – dan wel tot een conclusie komen. De budgettaire ruimte om in te spelen op de geformuleerde verzuchtingen, is evenwel zeer krap, wat het maken van keuzes er des te moeilijker op maakt.

De gespecialiseerde urgentiediensten zullen worden gefinancierd vanaf het ogenblik waarop die diensten in de ziekenhuizen erkend zullen zijn. De hervorming van de diensten voor spoedeisende hulp moet voorts nog worden doorgevoerd.

Wat, tot slot, de vastlegging van de referentiebedragen betreft, legt de minister de volgende nota voor:

op 1 oktober 2002 is het nieuwe systeem van «referentiebedragen» voor ziekenhuizen in werking getreden. Aan de hand van deze referentiebedragen gaat de overheid na welke ziekenhuizen stelselmatig te veel kosten veroorzaken bij bepaalde ingrepen of bij de behandeling van courante aandoeningen. Wie een bepaald plafond overschrijdt, moet de overschrijding terugbetalen. Minister van Sociale Zaken en Pensioenen Vandenbroucke verwacht dat dit nieuwe instrument het kostenbewustzijn van ziekenhuisartsen sterk zal verhogen en dat onverantwoorde verschillen in medische praktijken weggewerkt worden. Gezien de grote noden, is het belangrijk dat elke euro zo doelmatig mogelijk besteed wordt.

Eu égard aux plaintes formulées par certains hôpitaux, le ministre préfère aligner, dans une phase ultérieure, par un arrêté spécifique produisant ses effets à partir du 1^{er} juillet 2003, les pourcentages de mise en œuvre de cette réforme. Il déclare toutefois qu'il maintiendra le rythme actuel de mise en œuvre du financement hospitalier si un accord adéquat – et si possible unanime – devait pas être trouvé concernant le pourcentage de mise en œuvre.

Quant au matériel médical, le ministre accorde sa préférence à une approche adéquate - permettant de parvenir à un bon accord avec le secteur concernant le matériel pouvant ou non être porté en compte au patient - par rapport à des mesures rapides, s'avérant contre-indiquées. Les contraintes budgétaires jouent évidemment à ce niveau. La discussion devra dès lors avoir lieu, au sein du gouvernement dans un premier temps et avec le secteur hospitalier ensuite.

En ce qui concerne le groupe de travail sous-financement, il se réunit en vue de la formulation d'un avis. Le ministre est néanmoins déjà conscient dans l'intervalle d'une tension dans le financement des soins de santé. Cela étant, il convient que ce groupe de travail parvienne à une conclusion, eu égard aux imprécisions qui subsistent encore. Les marges budgétaires pour rencontrer les besoins formulés sont toutefois ténues et les choix seront dès lors difficiles.

Quant aux services spécialisés d'urgence, ils seront financés à dater de la reconnaissance de fait de ces services dans les hôpitaux. La réforme des services d'urgence doit quant à elle encore être mise en œuvre.

Abordant enfin le problème de la fixation des montants de référence, le ministre fournit la note suivante:

le 1^{er} octobre 2002, le nouveau système des « montants de référence » pour les hôpitaux est entré en vigueur. Au moyen de ces montants de référence, les autorités vérifient quels hôpitaux occasionnent systématiquement trop de frais lors de certaines interventions ou pour le traitement de pathologies courantes. Celui qui dépasse un plafond déterminé doit rembourser le dépassement. Le ministre s'attend à ce que ce nouvel instrument accroisse fortement la prise de conscience des médecins hospitaliers par rapport aux frais qu'ils occasionnent et que les différences injustifiables dans les écarts médicaux disparaissent. Vu les besoins importants, il est essentiel que chaque euro soit dépensé de la manière la plus efficace possible.

Met het van kracht worden van het systeem van referentiebedragen heeft Frank Vandenbroucke opnieuw een belangrijke stap gezet in de uitvoering van de agenda voor verandering in de gezondheidszorg. Deze agenda bevat een reeks projecten die er moeten voor zorgen dat gezondheidszorgen van een hoge kwaliteit voor iedereen toegankelijk blijven. De projecten sturen daarom aan op meer doelmatigheid bij de aanwending van de beschikbare middelen. Dat doen ze door de verschillende partners binnen de gezondheidszorg (artsen, ziekenfondsen, ziekenhuizen, patiënten) op hun verantwoordelijkheid te wijzen, of met andere woorden: «te responsabiliseren», en door onverantwoorde verschillen weg te werken.

De sleutel tot de responsabilisering van de ziekenhuisartsen ligt bij het onderling vergelijken van de kosten die zij veroorzaken bij de behandeling van bepaalde veel voorkomende aandoeningen of het uitvoeren van bepaalde veel voorkomende ingrepen. Minister Vandenbroucke wees al in het najaar van 2001 op de noodzaak hiervan, toen hij uitpakte met de grote praktijkverschillen tussen ziekenhuizen voor de behandeling van bv. appendicitis.

Om deze kosten op een objectieve manier te vergelijken, is een lijst opgemaakt van 16 courante chirurgische ingrepen (bv. zoals heupoperatie, prostaatoperatie, ...) en 12 aandoeningen die geen specifieke heelkundige ingrepen vereisen (bv. longontsteking, hartinfarct, ...) (zie bijlage).

Voor de ingrepen wordt vanaf nu een vast referentiebedrag voorzien dat niet alleen de kosten van de ingreep zelf omvat maar ook van de daaraan verbonden onderzoeken op vlak van klinische biologie, medische beeldvorming, inwendige geneeskunde, fysiotherapie en kinesitherapie. Dit bedrag wordt jaarlijks berekend uit de landelijke gemiddelde kost per ingreep (verhoogd met 10%) en is aangepast aan de ernst van de ziekte van de patiënt. De werkelijke uitgaven van het ziekenhuis zullen worden vergeleken met deze referentiebedragen. Wie deze referentiebedragen voor één of meerdere ingrepen gemiddeld met tenminste 10% overschrijdt, moet de overschrijding terugbetalen.

Daarnaast wordt ook een referentiebedrag berekend voor de 12 courante aandoeningen. Als een ziekenhuis deze bedragen overschrijdt, wordt de overschrijding niet meteen teruggevorderd. Wel wordt de optelsom gemaakt met de kosten voor de 16 types van heelkundige ingrepen. Als het ziekenhuis op meer dan de helft van het totaal aantal aandoeningen en ingrepen boven het referentiebedrag gaat, wordt dit aanzien als een syste-

Avec l'entrée en vigueur du système des montants de référence, le ministre a de nouveau franchi une étape importante dans la réalisation de l'agenda pour le changement dans les soins de santé. Celui-ci comporte une série de projets qui doivent assurer que les soins de santé de haute qualité restent accessibles à tous. C'est pourquoi les projets visent une plus grande efficacité dans l'utilisation des moyens disponibles et ce, en rappelant les différents partenaires au sein des soins de santé (médecins, mutualités, hôpitaux, patients) à leurs responsabilités, ou en d'autres termes, en les « responsabilisant » et en éliminant des écarts injustifiables.

La clé de la responsabilisation des médecins hospitaliers réside dans la comparaison des coûts qu'ils occasionnent par le traitement de certaines pathologies courantes ou par l'exécution de certaines interventions fréquentes. Le ministre avait déjà attiré l'attention sur la nécessité de ces comparaisons fin 2001, lorsqu'il avait souligné les écarts de pratique importants entre les hôpitaux pour le traitement par exemple de l'appendicite.

Pour comparer ces coûts de manière objective, une liste de 16 interventions courantes (par ex. opération de la hanche, prostatectomie,...) et de 12 pathologies qui ne nécessitent pas d'interventions chirurgicales (par ex. pneumonie, infarctus,...) a été constituée (cfr annexe).

Pour les interventions, il est désormais fixé un montant de référence fixe qui ne comprend pas seulement les coûts de l'intervention en elle-même mais aussi ceux liés aux examens en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale, de médecine interne, de physiothérapie et de kinésithérapie. Ce montant est calculé annuellement sur la base du coût moyen national par intervention (majoré de 10%) et est adapté à la gravité de la maladie du patient. Les dépenses réelles de l'hôpital seront comparées à ces montants de référence. Celui qui dépasse les montants de référence d'au moins 10% en moyenne pour l'une ou plusieurs interventions doit rembourser le dépassement.

En outre, un montant de référence est également calculé pour les 12 pathologies courantes. Lorsqu'un hôpital dépasse ces montants, le dépassement n'est pas de suite récupéré. Cependant, on comptabilise ces coûts avec les coûts occasionnés par les 16 types d'interventions chirurgicales. Si l'hôpital se trouve au-dessus du montant de référence pour plus de la moitié du nombre total de pathologies et d'interventions, on considère qu'il

matische overschrijding. In zo'n geval worden de gegevens van het ziekenhuis bekendgemaakt op de webstek van het RIZIV.

Het systeem van de referentiebedragen wordt om te beginnen toegepast op een periode die loopt van 1 oktober 2002 tot 31 december 2003. De regeling ligt volledig vast bij wet, er is dus geen enkel uitvoeringsbesluit meer nodig.

III. — REPLIEKEN

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) vindt het, net als de minister, een positief precedent dat de ziekenhuisverenigingen dezelfde begrotingsgegevens krijgen als het departement Volksgezondheid. Alleen op die manier is de ziekenhuisfinanciering bestand tegen kritiek.

De spreker vraagt zich echter af of de nieuwe factureringwijzen de kas van de ziekenhuizen werkelijk hebben gespijsd. En hoe zit het met de tariefverschuivingen die het gevolg zijn van de nieuwe ziekenhuisfinanciering? Uit het – belangrijke – antwoord op deze vragen zullen wij kunnen afleiden of dat nieuwe en complexe financieringssysteem, met name op macro-niveau, aan de doelstellingen voldoet.

Ter zake is echter voorzichtigheid geboden en de parameters moeten worden geobjectiveerd. Zo niet, dreigt men situaties te creëren waarin ziekenhuisinstellingen die zeer slechte financiële prestaties vertonen, erin slagen nieuwe voordelige begrotingsgegevens te verkrijgen.

Anderzijds kan het parlement de gevolgen van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering onmogelijk evalueren als de resultaten niet mogen worden onderzocht. Deze hervorming is dermate complex en heeft zo veel parameters die eigenlijk zouden moeten worden verwijnd, dat men de gevolgen *in globo* ervan niet kan kennen als de bestaande gegevens en de verschuivingen van de ziekenhuistarieven niet op elkaar kunnen worden afgestemd.

Met betrekking tot onderdeel B8, stelt de spreker vast dat de meerderheid van de ziekenhuizen, op grond van de herberekening van de budgettaire middelen die kunnen worden toegekend, blijkbaar in de prijzen valt. Dat neemt niet weg dat de andere ziekenhuizen, ook zij die een procedure tot nietigverklaring van het koninklijk besluit inzake financiering hebben ingesteld bij de Raad

s'agit d'un dépassement systématique. Dans de tels cas, les données de l'hôpital sont publiées sur le site internet de l'INAMI.

Le système des montants de référence s'applique pour commencer sur une période s'étalant du 1^{er} octobre 2002 au 31 décembre 2003. La réglementation est intégralement fixée par la loi et il n'y a donc plus aucune nécessité d'arrêté d'exécution.

III.— RÉPLIQUES

M. Jo Vandeurzen (CD&V) partage l'opinion du ministre selon lequel l'envoi aux associations hospitalières des mêmes données budgétaires que celles dont dispose le Département de la Santé publique constitue un précédent positif. C'est au demeurant la seule possibilité de permettre au système du financement hospitalier de résister aux critiques.

L'intervenant se demande toutefois si la situation de trésorerie des hôpitaux s'est réellement améliorée suite à l'instauration des nouveaux modes de facturation. Qu'en est-il également du glissement au niveau des tarifs suite à l'instauration du nouveau système financement hospitalier ? La réponse- importante- à ces questions permettra de conclure au fait de savoir si ce nouveau système- complexe- de financement remplit ou non ses objectifs, particulièrement au macro-niveau.

La prudence est toutefois requise en la matière et les paramètres doivent être objectivés, sous peine de parvenir à des situations où des établissements hospitaliers qui présentent de très mauvaises performances financières parviennent à obtenir de nouvelles données budgétaires en leur faveur.

D'autre part, le Parlement n'est pas en mesure d'évaluer les effets de la réforme du financement hospitalier si les résultats ne peuvent être observés. Or, cette réforme est si complexe et présente tellement de paramètres qui sont susceptibles, au demeurant, d'être corrigés qu'on ne peut pas se rendre compte des effets *in globo* de celle-ci si on ne parvient pas à mettre en corrélation les données existantes et les glissements dans les tarifs hospitaliers.

En ce qui concerne la sous-partie B8, l'intervenant constate qu'il y aura, en vertu du recalcul des moyens budgétaires allouables, apparemment une majorité d'hôpitaux gagnants. Il n'en demeure pas moins que les autres hôpitaux, dont ceux ayant engagé une procédure d'annulation devant le Conseil d'Etat de l'arrêté royal de financement, seront confrontés à une situation finan-

van State, met een moeilijke en onzekere financiële situatie zullen worden geconfronteerd. Het overleg met de ziekenhuissector zal daaraan geen einde maken.

De spreker vraagt zich vervolgens af in hoeverre de budgettaire correcties die met terugwerkende kracht worden toegepast en een stijging of daling van de middelen inhouden, overeenstemmen met het beginsel van de gesloten budgettaire enveloppen. Om niet te spreken van de moeilijkheden die de neerwaartse budgettaire correcties met zich meebrachten.

Het lid is ten slotte van mening dat het vraagstuk inzake de financiering van het medisch materiaal best zo snel mogelijk wordt geregeld. De moeilijkheid - die trouwens door een studie van de christelijke mutualiteiten naar voor werd gebracht - bestaat erin dat bepaalde ziekenhuiskosten op dat niveau, ondanks de tariefzekerheid, voor rekening van de patiënten blijven. De spreker benadrukt eveneens dat de tariefzekerheid volgens hem strikt genomen niet overeenkomt met wat de betaalbaarheid voor de patiënt van de geneeskundige verstrekkingen.

Hij vraagt dat de minister, op basis van artikel 94 van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, zo snel mogelijk een lijst met ziekenhuiskosten opstelt die ter beschikking van de patiënten kan worden gesteld en dat hij de andere kosten in het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen opneemt om te voorkomen dat men een systeem creëert waarin alleen personen met een hospitalisatieverzekering hun ziekenhuisfacturen zullen kunnen vereffenen.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) denkt dat men naar een betere ziekenhuisfinanciering evolueert. Het systeem blijft echter uitermate complex en is pas uitvoerbaar wanneer zowel de diensten van Volksgezondheid als de ziekenhuizen de juiste informatie verschaffen, die bovendien moeten worden gevalideerd.

De spreekster vraagt de minister om erop toe te zien dat de software van het departement Volksgezondheid en van de ziekenhuizen zo snel mogelijk compatibel zijn.

De spreekster vraagt zich overigens af of de financiële verschillen tussen de openbare en privé-ziekenhuizen ook kunnen worden verklaard door de loonkosten en de respectieve statuten van het verplegend personeel.

Het zou bovendien de moeite waard zijn na te gaan en of waarom onderdeel B8 van het budget in ruimere mate wordt toegewezen aan de openbare ziekenhuizen dan aan de privé-ziekenhuizen.

cière difficile et incertaine Ce problème n'est pas supprimé par la concertation engrangée avec le secteur hospitalier.

L'orateur s'interroge ensuite sur la compatibilité des corrections budgétaires appliquées de manière rétroactive - à la hausse ou à la baisse - avec le principe des enveloppes budgétaires fermées et ce, sans parler des difficultés générées par les corrections budgétaires appliquées à la baisse.

Le membre estime enfin que la question du financement du matériel médical gagne à être réglée rapidement. Le problème, relevé par une étude des mutualités chrétiennes au demeurant, est que malgré la sécurité tarifaire, certains coûts hospitaliers à ce niveau continuent à être portés en compte des patients. L'intervenant précise également que selon lui, la sécurité tarifaire au sens strict n'équivaut pas au caractère payable (par le patient) des prestations médicales.

Il demande que le ministre établisse rapidement, sur la base de l'article 94 de la loi du 7 août 1987 coordonnée sur les hôpitaux, une liste des frais hospitaliers pouvant être mis à charge des patients et qu'il englobe dans le budget des moyens financiers des hôpitaux les autres frais et, ce afin d'éviter de parvenir à un système où seuls les titulaires d'une assurance hospitalisation seraient en mesure de pouvoir s'acquitter des factures d'hospitalisation.

Mme Annemie Van de Casteele (VU & ID) conçoit que l'on évolue vers un meilleur système de financement hospitalier. Cela étant, ce système demeure excessivement complexe et sa viabilité dépend de la livraison de données correctes, tant de la part de l'administration de la Santé publique, que des hôpitaux, qui soient en outre validées.

L'intervenante demande au ministre de faire rapidement en sorte que les logiciels respectivement utilisés par le Département et par les hôpitaux soient compatibles.

L'intervenante se demande par ailleurs si le coût salarial et les statuts respectifs du personnel soignant expliquent également les glissements financiers entre les hôpitaux publics et privés.

D'autre part, il serait intéressant de vérifier si et dans quelle mesure la sous-partie B8 du budget est affectée dans une plus grande mesure aux hôpitaux publics qu'aux cliniques privées.

De spreekster is voorts van mening dat de stimulering van de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverleners op lange termijn kan leiden tot het opdrogen van de geldstromen tussen de gewesten. Dat neemt niet weg dat er inzake de toekenning van onderdeel B8 nog een dergelijke verschuiving bestaat, waarvan de spreekster overigens graag had geweten hoeveel die bedraagt en of die objectief verantwoord is.

Ten slotte vraagt zij zich af of de in aanmerkingneming van de sociale factoren in de ziekenhuisfinanciering de patiënten werkelijk ten goede zal komen; het huidige systeem garandeert immers geenszins dat de sociale diensten van de ziekenhuizen over voldoende personele middelen zullen beschikken.

Volgens de heer Jef Valkeniers (VLD) blijft de nieuwe financieringsregeling van de ziekenhuizen complex, zij het in mindere mate dan de vorige.

Voorts zijn er volgens hem tussen de gewesten nog steeds financiële verschillen wat de ligdagprijs betreft.

Bovendien zijn de openbare ziekenhuizen en in het bijzonder die welke van de OCMW's afhangen, duurder dan de privé-ziekenhuizen als gevolg van de verschillen op het stuk van de wedden en pensioenen van het verplegend personeel.

Het verheugt de spreker dat de minister financiële rechtzettingen overweegt voor de middelgrote regionale ziekenhuizen.

Hij is het er ook mee eens dat de minister van plan is te zorgen voor een consensus op het vlak van de verschillende parameters voor de toekenning van onderdeel B8 teneinde de misnoegdheid in het veld te verminderen.

Vervolgens constateert de spreker dat de teveel betaalde bedragen weliswaar niet kunnen worden teruggevorderd van de ziekenhuizen, maar wel van de artsen.

Ten slotte betreurt hij dat er nog spanningen zijn in de ziekenhuisfinanciering, met alle gevolgen van dien op het stuk van de inhoudingen op de honoraria van de artsen en van de betrekkingen tussen de ziekenhuisbeheerders en geneeskundige raden.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) acht de transparantie en de openbaarheid van de gegevens een vooruitgang.

En ce qui concerne les transferts financiers entre régions, l'intervenante estime également que la voie de la responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins pourra conduire à long terme à la suppression de ceux-là. Il n'en demeure pas moins qu'un tel glissement – dont l'oratrice s'interroge au demeurant sur l'ampleur et sur la justification objective – persiste au niveau de l'attribution de la sous-partie B8.

L'intervenante se demande enfin si la prise en compte des facteurs sociaux dans le financement hospitalier bénéficiera réellement aux patients ; le système actuel ne garantit en effet aucunement que les services sociaux hospitaliers seront correctement équipés en moyens humains.

M. Jef Valkeniers (VLD) estime que le nouveau système de financement hospitalier demeure complexe, quoique dans une moindre mesure que le précédent.

D'autre part, des différences financières entre Régions persistent selon lui au niveau du prix de journée d'hospitalisation.

Par ailleurs, les hôpitaux publics, et en particulier ceux ressortissant aux CPAS, sont plus onéreux que les hôpitaux privés, en raison des différences sur le plan des rémunérations et des pensions du personnel soignant.

L'intervenant se réjouit ensuite que le ministre envisage le cas échéant de procéder à des rectifications financières en faveur des hôpitaux régionaux de taille moyenne.

Il approuve également le fait que le ministre compte instaurer un consensus au niveau des différents paramètres pris en compte dans l'octroi de la sous-partie B8, et ce, afin de réduire le mécontentement constaté sur le terrain.

L'orateur constate ensuite que si les récupérations des montants excédentaires versés aux hôpitaux s'avère impossible, elle est en revanche possible à l'égard des médecins.

L'intervenant déplore enfin que les tensions persistent dans le financement hospitalier, avec les conséquences que cela suppose en matière de retenues sur les honoraires médicaux et sur le plan des rapports entre gestionnaires hospitaliers et conseils médicaux.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime que la transparence et la publicité des données constitue une avancée.

Vervolgens heeft ze vragen over de financiële verschuivingen in de academische ziekenhuizen. De nieuwe wijze van toekenning van hun begrotingsmiddelen is een beetje willekeurig omdat ze bijzonder hoge prestaties leveren. De kerntaken van die ziekenhuizen moeten echter behouden worden.

Volgens de spreekster in het niet nodig in academische diensten of ziekenhuizen, voor de opvang van de patiënten, hooggekwalificeerd personeel in dienst te nemen, dat dienovereenkomstig door de ziekenhuisbegroting wordt gefinancierd. Het verdient de voorkeur te zorgen voor opvangstructuren.

Volgens haar zal de discretionaire bevoegdheid blijven bestaan in het kader van de nieuwe wijze van toekenning van de financiële middelen (per ziekte) aan de ziekenhuizen. Indien men kwalijke gevolgen, zoals het te snelle vertrek van de patiënten uit de ziekenhuizen, wil voorkomen, zullen controlemechanismen nodig zijn.

De spreekster vraagt of er tussen de gewesten verschillen bestaan inzake de financiering van de rusthuizen.

Ze vraagt hoe het staat met de totstandkoming van een eventuele consensus aangaande de vaststelling van een forfaitaire en eenvormige basis voor de financiering van bepaalde medische en medisch-technische handelingen.

De minister stipt aan dat de financiële verschuivingen tussen de openbare en de privé-ziekenhuizen aange troffen worden in de onderdelen B1 en B2 van de begroting en niet in onderdeel B8.

Anderzijds zijn er in de privé-sector tal van bovenwettelijke voordelen die nooit door de ligdagprijzen werden gefinancierd en die in het verleden niet naar behoren konden worden gecontroleerd.

Voorts worden, in het kader van de sociale programmatie van de openbare ziekenhuizen, de onregelmatige prestaties van het verplegend personeel anders bezoldigd dan in de privé-sector. Dat verklaart ten dele waarom de privé-ziekenhuizen die met veel onregelmatige prestaties te kampen hebben onvoldoende financiële compensaties krijgen.

Een bijkomend probleem, dat in de praktijk voor moeilijkheden zorgt, is de (overigens door de NRZV toegestane) tenlasteneming door de theoretische loonnorm van de toegekende anciënniteitssupplementen, als het ware bij wijze van indienstnemingspremie, aan bepaalde categorieën van verplegend personeel.

Elle s'interroge ensuite sur les glissements financiers au sein des hôpitaux universitaires. Le nouveau mode d'attribution des moyens budgétaires à leur égard est quelque peu discrétionnaire dans la mesure où ils sont particulièrement performants. Or, les missions de base de ces hôpitaux doivent être préservées.

L'intervenante estime ensuite qu'il n'est pas nécessaire de prévoir du personnel fortement qualifié, et financé en conséquence par le budget hospitalier, dans des services ou hôpitaux universitaires pour remplir des fonctions d'accueil des patients dans ces derniers. Il est préférable de s'atteler à la constitution de structures d'accueil.

Par ailleurs, le pouvoir discrétionnaire de l'autorité persistera, selon elle, dans le cadre du nouveau mode d'attribution des moyens financiers (par pathologie en l'occurrence) aux hôpitaux. Des mécanismes de contrôle s'imposent dès lors, si on souhaite éviter la survenance d'effets pervers, comme la sortie trop rapide des patients des hôpitaux.

L'intervenante se demande ensuite si des différences régionales existent au niveau du financement des maisons de repos.

Elle s'enquiert ensuite de l'état d'avancement d'un consensus éventuel concernant la fixation sur une base forfaitaire et uniforme du financement de certains actes médicaux et médico-techniques.

Le ministre indique que les glissements financiers entre hôpitaux publics et privés se situent au niveau des sous-parties B 1 et B 2 du budget et non à celui de la sous-partie B8.

D'autre part, de nombreux avantages extra-légaux existent dans le secteur privé, qui n'ont jamais été financés par le prix de journée d'entretien et qui n'ont pas pu adéquatement être contrôlés par le passé.

Par ailleurs, dans le cadre de la programmation sociale des hôpitaux publics, les prestations irrégulières du personnel soignant sont rémunérées d'une autre manière que dans le secteur privé. Ceci explique pour une part le fait que les hôpitaux privés confrontés à de nombreuses prestations irrégulières fassent insuffisamment l'objet de compensations financières.

Un problème supplémentaire, qui suscite des difficultés dans la pratique, est celui de la prise en charge (autorisée au demeurant par le CNEH) par la norme salariale théorique des suppléments d'ancienneté conférés, au titre en quelque sorte de prime d'engagement, à certaines catégories de personnel soignant.

Voorzitter Joos Wauters (Agalev-Ecolo) wijst op een ander verschijnsel : de hogere inschaling dan in de privé-sector van sommige categorieën van verplegend personeel van de openbare ziekenhuizen, zoals die van de OCMW's. De loonkosten vertegenwoordigen echter 70 à 80 % van de verpleegdagprijs, vandaar de aanzienlijke budgettaire verschuivingen.

De minister herhaalt dat eventuele verschillen tussen de gewesten niet de begroting van de financiële middelen van de ziekenhuizen *in globo* betreffen, maar wel de medische en medisch-technische verstrekkingen die worden gefinancierd door de nomenclatuur van de gezondheidszorg, waarin men systematische verschillen constateert tussen arrondissementen.

Het nieuwe besluit aangaande de financiering van de klinische biologie, tot slot, zal ongetwijfeld nadelig zijn voor de academische ziekenhuizen; bij wijze van compensatie zullen in begrotingsonderdeel B7 echter de verschillende middelen worden opgenomen welke die ziekenhuizen thans krijgen (en onder meer onderdeel B2 en de middelen die nu afkomstig zijn van de klinische biologie en van de medische beeldvorming).

Le président, Joos Wauters (Agalev-Ecolo), souligne l'existence d'un autre phénomène : celui de l'insertion de certaines catégories de personnel soignant ressortissant aux hôpitaux publics, comme ceux des CPAS, dans une grille de salaire supérieure à celle équivalente dans le secteur privé. Or, la charge salariale constitue 70 à 80 % du prix de journée d'entretien, d'où les importants glissements budgétaires.

Le ministre répète ensuite que les différences éventuelles entre régions se situent non pas au niveau du budget des moyens financiers des hôpitaux *in globo* mais au niveau des prestations médicales et médico-techniques financées par la nomenclature des soins de santé, où l'on constate des différences systématiques entre arrondissements.

Enfin, le nouvel arrêté relatif au financement de la biologie clinique sera certes désavantageux pour les hôpitaux universitaires ; à titre de compensation toutefois, la sous-partie B7 regroupera les différents moyens dont bénéficient actuellement ces hôpitaux (et notamment la sous-partie B2 et les moyens provenant actuellement de la biologie clinique et de l'imagerie médicale).

IV. — BIJLAGEN

IV. — ANNEXES

Bijlage 1: lijst met veel voorkomende ingrepen

Nr.	Naam	Omschrijving
73	Ingrenen op de lens met of zonder vitrectomie	Behandeling van staar
97	Adenoïdectomie en amygdalectomie	Wegname van keelamandelen en neuspoliepen
179	Onderbinden en strippen van venen	Behandeling van spataders
225	Appendectomy	Wegname van appendix
228	Ingrenen voor hernia inguinalis en cruris	Liesbreukoperatie
263	Laparoscopische cholecystectomie	Wegname van galblaas via sleutelgatchirurgie
302	Majeure ingrenen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 - Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend	Knie- en heupprothese
302	Majeure ingrenen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibitiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend	
313	Ingrenen onderste extremiteiten knie en onderbeen, behalve voet, indien nomenclatuurcode 300344 - Therapeutische arthroscopieën (partiële of totale meniscectomie) werd aangerekend	Chirurgie van meniscus
318	Verwijderen van inwendige fixatoren	Wegname van fixatiemateriaal voor behandeling van breuken
482	Transurethrale prostatectomie	Wegname van prostaat via urinebuis
513	Ingrenen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, indien nomenclatuurcode 431281 - Totale hysterectomie, langs abdominale weg werd aangerekend	Wegname van baarmoeder
513	Ingrenen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, indien nomenclatuurcode 431325 - Totale hysterectomie, langs vaginale weg werd aangerekend	
516	Laparoscopie en onderbreken tubae	Sterilisatie via kijkbuisoperatie
540	Keizersnede	Keizersnede
560	Vaginale bevalling	Vaginale bevalling

Bijlage 2: lijst met veel voorkomende aandoeningen

Nr.	Naam	Omschrijving
45	CVA met herseninfarct	Herseninfarct
46	Niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct	Andere vormen van acute hersenverlamming en vaatverstopping
47	Transient Ischemia	Voorbijgaande onderbreking van bloedtoevoer naar hersenen
134	Longembolie	Longembolie
136	Nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel	Kanker van luchtwegen
139	Gewone pneumonie	Niet-gecompliceerde longontsteking
190	Circulatoire aandoeningen met acuut myocardiinfarct	Hartinfarct
202	Angina Pectoris	Hartkramp
204	Syncope & Collaps	Flauwvallen en collaps
244	Diverticulitis & Diverticulosis	Divertikels op dikke darm en ontstekingen ervan
464	Urinaire stenen en ultrasona lithotripsie	Urinewegstenen met verbrijzeling
465	Urinaire stenen zonder ultrasona lithotripsie.	Urinewegstenen zonder verbrijzeling

Annexe 1: liste des interventions courantes

N°	Nom	Description
73	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	traitement de la cataracte
97	Adenoidectomie et amygdalectomie	enlèvement des amygdales et des polypes nasaux
179	Ligature de veine et stripping	traitement des varices
225	Appendicectomie	enlèvement de l'appendice
228	Cures de hernie inguinale et crurale	opération de la hernie inguinale
263	Cholécystectomie laparoscopique	enlèvement de la vésicule biliaire sous laparoscopie
302	Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code de nomenclature 289085 - Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale) a été attesté	Prothèse du genou et de la hanche
302	Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code de nomenclature 290286 - Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée a été attestée	
313	Interventions des membres inférieures et genoux excepté pied, si le code nomenclature 300344 - Arthroscopies thérapeutiques (menisectomie partielle ou totale) a été attesté	Chirurgie du ménisque
318	Enlèvement matériel de fixation interne	enlèvement du matériel de fixation pour le traitement de hernies
482	Prostatectomie transuretrale	enlèvement de la prostate par l'urètre
513	Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431281 - Hystérectomie totale, par voie abdominale a été attesté	enlèvement de l'utérus
513	Interventions sur utérus/annexes pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431325 - Hystérectomie totale, par voie vaginale a été attesté	
516	Ligature tubaire par voie laparoscopie	stérilisation sous endoscopie
540	Césarienne	césarienne
560	Accouchement par voie vaginale	Accouchement naturel

Annexe 2: liste des pathologies courantes

N°	Nom	Description
45	Accident vasculaire cérébral avec infarctus	infarctus cérébral
46	Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus	autres formes de paralysie cérébrale et d'embolie aiguës
47	Accident ischémique transitoire	interruption momentanée de l'apport de sang au cerveau
134	Embolie pulmonaire	embolie pulmonaire
136	Affections malignes du système respiratoire	cancer des voies respiratoires
139	Pneumonie simple	pneumonie compliquée
190	Affections circulatoires avec infarctus	infarctus du myocarde
202	Angine de poitrine	angine de poitrine
204	Syncope et collapsus	syncope et collapsus
244	Diverticulité et diverticulose	diverticules et inflammations du côlon
464	Lithiases urinaires, avec lithotripsie par ultrasons	calculs urétraux et lithotritie
465	Lithiases urinaires, sans lithotripsie par ultrasons	calculs urinaires sans lithotritie