

Brussel, 11 maart 202

Aan de Heer Johan Kips

Aan de Heer Jo De Cock,
RIZIV,

Voorzitter Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen

*Cc : Aan de Heer Frank Vandenbroucke
Minister Sociale zaken en Volksgezondheid*

*Cc : Aan de Heer Benoît Collin
Administrateur generaal-RIZIV*

Geachte Heer Kips,
Geachte Heer De Cock,

Betreft : De plaats van de arts in het ziekenhuisbestuur

1

Naar aanleiding van uw verzoek, vindt u hieronder het standpunt van de BVAS met betrekking tot de plaats van de arts in het ziekenhuisbestuur.

1) De doelstellingen van de ziekenhuishervorming

- De minister heeft bij verschillende gelegenheden zijn streven naar hervorming kenbaar gemaakt, voor de Kamer van volksvertegenwoordigers in november 2021, en tijdens de presentatie van zijn project op 7 februari 2022.
Er worden twee assen onderscheiden: structuren en financiering.
Het gaat om de locoregionale ziekenhuisnetwerken en de supra-regionale opdrachten, en om de hervorming van de financiering van ziekenhuizen.
Tegelijkertijd wordt de hervorming van de nomenclatuur van de medische verstrekkingen versneld, waarbij ernaar wordt gestreefd het honorarium in twee delen op te splitsen: een beroepsgedeelte en een gedeelte voor de productiekosten.
In het eindrapport van de Algemene Raad van het RIZIV over het begrotingstraject 2022-2024 wordt daar veelvuldig naar verwezen.
- De minister benadrukte de noodzaak van transparantie over inkomsten en kosten, zowel voor honoraria als voor het budget van financiële middelen ((BFM) en andere geldstromen (geneesmiddelen, subsidies, door patiënten te betalen bedragen). Hij benadrukte zijn bereidheid om een model van co-constructie in het ziekenhuisbeheer tot stand te brengen, en om snel te werken aan de implementering van artikel 155 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen (GWZ), met inachtneming van artikel 154 van dezelfde wet.

Hij dringt aan op de opnemings van het ziekenhuis in een transmuraal zorgmodel door middel van een doeltreffende coördinatie samen met de eerste lijn en de ambulante zorg.

- BVAS wil meewerken aan deze visie, in haar drie belangrijkste aspecten
 - Stopzetting van de oneigenlijke afhoudingen op honoraria, retrocessies die beperkt moeten blijven tot de kosten die noodzakelijk zijn voor het verrichten van medische verstrekkingen. Het koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 155 zal financiële marges in de begroting "productiekosten" vrijmaken, die verplicht moeten worden gebruikt, via hun overheveling naar de gedeeltelijke begrotingsdoelstelling van de medische honoraria, om talrijke verstrekkingen die momenteel onder gefinancierd zijn, te herwaarderen: raadplegingen en kleine verstrekkingen, door het deel "productiekosten" van het honorarium te verhogen. Het gaat om 400 tot 500 miljoen euro, waarmee de nomenclaturen kunnen worden geactualiseerd.
 - De bevordering van de ambulante zorg moet tot uiting komen in de versterking van de functionele banden tussen ziekenhuizen, ziekenhuisartsen, huisartsen en specialisten in de ambulante sector, met inbegrip van de voortgezette zorg thuis en de ambulante behandelingen buiten het ziekenhuis.
 - Aanzienlijke versterking van operationele IT-modellen is vereist.

2) De plaats van de arts in het ziekenhuisbestuur

a) Het kader

- i) De GWZ definieert het ziekenhuis als een plaats voor diagnostische en therapeutische zorg. Standaard mogen alleen patiënten die wegens hun gezondheidstoestand niet thuis kunnen worden verpleegd, in het ziekenhuis verblijven (klassieke ziekenhuisopname of dag hospitalisatie, in een polikliniek voor ambulante specifieke zorg, gebruikmakend van de specificiteit van het aanbod van het ziekenhuis op het gebied van technologie en gespecialiseerd personeel). Over zorg gesproken, het gaat vooral om zorg van medische aard.
- ii) Bij de organisatie van het medisch aanbod in het ziekenhuis moet rekening worden gehouden met de bevolking die wordt bediend (behoeften, dichtheid, leeftijd, precariteit, enz.) en met het structuratieniveau van de eerste lijn: synergiën, innovaties, klinische trajecten, interactie en intercommunicatie zijn de sleutelwoorden.
- iii) Deze elementen vormen de bouwstenen van het medische project dat, meer dan de loutere politieke of financiële visie, het ziekenhuis moet rechtvaardigen in zijn dimensie als medische onderneming.
- iv) Uitgaande van deze beginselen is er geen verschil tussen academische en niet-academische ziekenhuizen. Indien er een verschil bestaat, voor onderwijs-of onderzoeksmissies bijvoorbeeld, kan de financiering van deze laatste niet op het zorgbudget worden verantwoord, maar wel op andere budgetten.
- v) De evolutie van culturen en mentaliteiten maakt transparantie op alle niveaus essentieel om te verzekeren dat de middelen die worden toegewezen aan de missies en aan de kwaliteit van deze missies toereikend zijn.

b) Governance

i) De actoren

- (1) De historische beheerder: de eindverantwoordelijke organen, d.w.z. de Raad van Bestuur (RvB) (of het equivalent in openbare ziekenhuizen) en de ziekenhuisdirectie.
- (2) De Medische Raad (MR): om de drie jaar verkozen door alle ziekenhuisartsen (en gelijkgestelden), zijn democratische legitimiteit is onbetwist. Als erkende gesprekspartner integreert hij de gevoeligheden en projecten van alle afdelingen en alle zorgfuncties/-missies, zowel klinisch als medisch-technisch. Hij steunt op de structurering van de medische activiteit zoals beschreven in het Koninklijk Besluit betreffende de medische staf, de diensthouders en de hoofdgeneesheer. Overeenkomstig het koninklijk besluit van 10 april 1987 betreffende de medische raad, waarborgt hij de vertegenwoordiging van de drie grote medische groepen, namelijk de chirurgische, de internistische en de medisch-technische disciplines (klinische biologie, pathologische anatomie, medische beeldvorming met inbegrip van nucleaire geneeskunde, behandelingen voor terminale nierinsufficiëntie, multidisciplinaire revalidatie)

De formule van de paritaire groep (niet noodzakelijkerwijs het aantal deelnemers op elke bank) maakt het mogelijk om, door middel van consensus, de medische beroepsgroep ertoe aan te zetten de ingevoerde projecten te steunen en ervoor te zorgen dat de besluitvorming vlot verloopt. Het spreekt vanzelf dat de vertegenwoordigers in deze paritaire groep verslag moeten uitbrengen aan hun achterban (RvB en MR), die aan het eind van het proces de gedane voorstellen al dan niet valideren. Mutatis mutandis is dit het model voor uitvoerende besluiten die door de wetgever worden bekrachtigd.

- (3) De externe gesprekspartners, in de eerste plaats de huisartsen en hun kringen.

ii) De modellen

- (1) De wet heeft onlangs ziekenhuisnetwerken opgericht. In dit verband werd de deelname van de medische raad van het netwerk herzien om de samenwerking tussen de belangrijkste actoren in het ziekenhuis te bevorderen. De wet legt het beginsel van medebeslissing vast door middel van gestructureerd overleg tussen het management en de medische raad. Dit gebeurt tussen vertegenwoordigers van de twee banken, op basis van pariteit (geen telling van de stemmen voor het ene of het andere project), bij consensus. In geval van blijvende onenigheid wordt gebruik gemaakt van de gewone bemiddelingsprocedures waarin de wet voorziet.

Het toepassingsgebied van dit paritaire bestuur bestrijkt 15 van de 17 bevoegdheidsgebieden van de medische raad. De begrippen "eenvoudig" en "versterkt advies" zijn niet van toepassing op het netwerk, maar nog steeds wel op de afzonderlijke ziekenhuizen.

De overgang naar het nieuwe model vindt geleidelijk plaats, naarmate de plaatselijke medische raden ermee instemmen hun adviesbevoegdheden met betrekking tot deze 15 aangelegenheden over te dragen aan de medische raad van het netwerk.

- (2) BVAS vraagt dat de GWZ zodanig wordt gewijzigd dat het "netwerk"-model in alle tot het netwerk behorende ziekenhuizen van toepassing is. Dit is de enige manier om het netwerkconcept vooruit te helpen, door de lokale medische raden te versterken in een op samenwerking gebaseerde aanpak voor een grotere integratie.

iii) De opdrachten

- (1) Strategisch en operationeel moet het medezeggenschap beantwoorden aan de opdrachten van de netwerken, en bij uitbreiding van de individuele tot een netwerk behorende ziekenhuizen, welke opdrachten perfect in de Wet zijn omschreven.
- (2) Volgens de GWZ zal het te veralgemenen consensusmodel, paritair beheer, met name betrekking hebben op de transmurale samenwerking, de verdeling van de zorgtaken tussen de netwerkziekenhuizen en binnen het ziekenhuis (mono- of multisite-ziekenhuis), en zal het slechts een marginale rol spelen bij de verdeling van de lasten die op de in de nomenclatuur gedefinieerde honoraria (productiekostenvergoedingen) wegen.

Wat dit laatste punt betreft, heeft de splitsing van de honoraria in een beroepsgedeelte en een gedeelte dat alle productiekosten dekt, de verdienste dat de bestemming van het aandeel dat verband houdt met de kosten, wordt verduidelijkt: het verrichten van de betrokken handelingen mogelijk maken. Alle kosten zijn in dit bedrag begrepen, of het nu gaat om onroerend goed (afschrijving), uitrusting of ingezet personeel (verplegend, technisch, secretariaat, administratief), dan wel om infrastructuur en gebruik van IT. Het beroepsgedeelte van de honoraria (intellectuele honoraria volgens de nieuwe nomenclatuur) kan dus niet meer worden onderworpen aan een inhouding of afhouding.

De beheerder heeft niet langer de mogelijkheid om extra bedragen op de honoraria in te houden om andere kosten van welke aard dan ook te dekken. Artikel 154 van de GWZ, dat tot dusverre zelden is toegepast, verbiedt overigens deze handelwijze.

- (3) Een belangrijke taak zal erin bestaan de continuïteit van de zorg te organiseren met de verenigingen en kringen van huisartsen, met de verpleegkundige vertegenwoordigers van de thuissector en met andere partijen die naar behoefte een bijdrage leveren (fysiotherapeuten, logopedisten, enz.): wie doet wat, waar en hoe.

N.B. Ziekenhuisbeheer in de strikte zin van het woord is het beheer van het medische project, de infrastructuur en de bovenstructuur. Het is gebaseerd op het hierboven beschreven paritaire model, tussen de beheerder en de Medische Raad uitsluitend. Voor alle taken die de extramurale sector betreffen, moeten de externe partners worden uitgenodigd om deel te nemen aan de besprekingen en debatten van de paritaire beheersgroep, zonder beslissingsbevoegdheid over zuiver ziekenhuisaangelegenheden (ziekenhuisopname en polikliniek). Dit is des te noodzakelijker omdat de huisarts geen deel uitmaakt van de medische staf en niet deelneemt aan de verkiezing van de leden van de medische raad.

- (4) Het beleid inzake supplementen op honoraria. Zodra de opsplitsing van de honoraria heeft plaatsgevonden, mogen de supplementen alleen betrekking hebben op het "beroepsgedeelte" van de honoraria, d.w.z. niet onderworpen aan afhoudingen door de beheerder. Men moet er rekening mee houden dat de beheerder zijn deel van supplementen al factureert via het éénpersoonskamer tarief.

- (5) De polikliniek in het ziekenhuis. De kosten die voortvloeien uit de activiteit in de polikliniek, zowel voor raadplegingen als voor diagnostische en therapeutische handelingen, met uitzondering van chirurgische of medische dag hospitalisaties die worden betaald via het budget van financiële middelen (BFM) of conventies, komen ten laste van het deel "productiekosten" van het honorarium.
 - (6) De medisch-technische diensten dekken al hun kosten via het gedeelte "productiekosten" van het honorarium.
 - (7) Ingevolge artikel 155, lid 3, van de GWZ moet over de productiekosten overleg worden gepleegd met betrekking tot hun aard en aanrekenbaarheid. Het is het deel van het honorarium dat deze productiekosten dekt. Kosten die uit andere bronnen worden gedekt (BFM, geneesmiddelen, subsidies, aandeel van de patiënt) kunnen niet ten laste van het honorarium worden gelegd (cf. art. 154 GWZ). Ook andere zogenaamde kosten voor ziekenhuispromotie of kosten van algemeen of maatschappelijk belang mogen niet ten laste worden gelegd, dat zal een niet voorziene herziening inhouden van artikel 155, §1, 4° van het akkoord artsen-ziekenfondsen.
- iv) De Medische Raad
Het Koninklijk Besluit van 10 april 1987 zal moeten worden herzien om een evenwicht te garanderen, volgens nader overeen te komen parameters, die niet meer uitsluitend slaan op de financiële bijdrage of het niveau van de inkomsten, tussen de grote medische componenten in het ziekenhuis : de chirurgische, de internistische en de medisch-technische disciplines.

Samenvattend: wij willen transparantie, een consensueel beheer waarbij elke bank verantwoordelijk is voor de winst- en verliesrekening van haar deel, de definitieve stopzetting van de oneigenlijke afhoudingen op de honoraria en de terugvordering van de ten onrechte ingehouden marges ten voordele van alle artsen, en de versterking van de rol (de 15 punten van de 17) van de medische raad in alle ziekenhuizen, zoals in de ziekenhuisnetwerken.

Wij wensen u een goede ontvangst van deze nota en zullen niet nalaten u een tweede nota te sturen waarin we de algemene doelstellingen uiteenzetten die we nastreven.

Hoogachtend,



Dr Luc Herry,
Voorzitter