

REF.

2022/011

VAN

ASGB/RR/TG

DATUM

22/02/2022

Aan de heer Johan Kips

Aan de heer Jan Bertels

Geachte heer

We hebben aan de tekst van de minister een volledige RvB gewijd en we hernemen hierbij een aantal punten die we vorige week al even hadden aangehaald.

We zijn het eens met de grote lijnen maar een uiteindelijk akkoord zal toch afhangen van hoe een en ander in concreto zal worden uitgewerkt.

1. Het eerste grote probleem is de vaststelling dat de beheerders de bijzondere bijdragen nu al beschouwen als een verworven recht en dat die behoren tot het kostengedeelte. Dat is uiteraard voor ons onaanvaardbaar. De artsen zijn niet verantwoordelijk voor de jarenlange onderfinanciering van het BFM die in 2015 door het KCE op 365 miljoen geraamd werd. Daar zal de overheid eerst een inspanning moeten doen.

2. Een tweede vraag waar we eerst antwoord op wensen vooraleer we verder kunnen onderhandelen is hoe men gaat voorkomen dat na het realiseren van al de voorliggende plannen de cyclus niet opnieuw begint. Gaat de overheid elke onderfinanciering voorkomen? Hoe gaan de beheerders/directieleden geresponsabiliseerd worden? Welke garanties krijgen we dat bijzondere bijdragen definitief tot het verleden zullen behoren?

3. Sommige verstrekkingen zijn niet kostendekkend; bv. een raadpleging van 26 euro waar lokalen, ev. een verpleegkundige, EPD, loketpersoneel, een secretaresse moeten van betaald worden, is zwaar deficitair. Dat is zeker een van de verklaringen voor deconventie. Hoe zien jullie dan de opsplitsing intellectueel gedeelte vs. kostengedeelte? Het lijkt ons evident dat een opwaardering van dergelijke verstrekkingen dan prioritair is.

4. Responsabilisering van de voorschrijvers is zeker nodig. We hebben de voorbije jaren een rem gezet op de terugbetaling van onnodig herhaalde testen (vit D, vit B12, foliumzuur, ureum, OT/PT, elektroforese, FLC) maar we stellen vast dat het voorschrijfgedrag daardoor niet beïnvloed werd en dat de testen dan maar aan de patiënt worden aangerekend

5. Hoe gaat men een bedrag volgens patiëntelev invoeren wetende dat nog heel wat burgers geen GMD hebben?

ASGB vzw

Prins Boudevijnlaan 1, 2550 Kontich

T 03 238 49 48

F 03 216 30 64

KBC 407-8129911-39

info@asgb.be www.asgb.be



6. Het invoeren van enige financiering op netwerkniveau lijkt ons noodzakelijk om de beheerders tot actie qua doelmatigheid aan te sporen. Bij de artsen lijken de geesten zeker al verder gerijpt. Er zijn ons voorbeelden bekend waar de artsen de labo's wensten te fusioneren maar op een njet van de directies stootten.

Wat doen we met labo's (klinische biologie of pathologische anatomie) die nu netwerkoverschrijdend diensten aanbieden?

7. We zagen graag de 'verplichting' om locoregionale functies in elk netwerk aan te bieden omgezet in een 'recht op', bv. voor radiotherapie.

8. De controle op de apr-drg wordt alsmaar belangrijker.

Kan u ons meedelen hoe intensief deze vandaag gebeurt (frequentie, aantal dossiers)? Hoe vaak en voor welke bedragen gebeurden er de laatste 10 jaar terugvorderingen? Bestaat er wel een sanctiemechanisme?

9. We vragen dat van elke dienst een analytische boekhouding gevoerd wordt met duidelijke identificatie van directe kosten, indirecte kosten, bijzondere bijdragen. Er moet gestreefd worden naar een uniforme financiële regeling binnen het netwerk maar dan rijst meteen de vraag hoe dit kan gerealiseerd worden met universitaire ziekenhuizen.

10. De klinisch biologen vinden het niet zo leuk om als een ondersteunende dienst beschouwd te worden net zoals de apotheek of de sterilisatie. Ze vormen een volwaardige medische discipline en medisch technische dienst.

11. We vragen u hoe u de co-governance juridisch en praktisch gaat veranderen. Co-governance betekent dat iets maar kan beslist worden als beide partijen akkoord gaan. Wij zien de beheerder in de toekomst niet als een entiteit los van de artsen, maar net als een structuur waar de artsen deel van uitmaken.

12. Het is ons niet duidelijk wat de bundled payments precies zullen inhouden, graag kregen we daarvan de nodige voorbeelden. We vrezen dat daarbij responsabilisering en inzet kunnen verloren gaan. Verdeling van middelen over de echelons heen lijkt ons een erg slecht idee. Zeer waarschijnlijk zal dat extra administratie en managers/middenkader vergen. Waardoor de kosten weer zullen toenemen.

13. Verdient het geen aanbeveling of ten minste onderzoek om het begrip universitaire ziekenhuizen om te vormen tot universitaire diensten?

14. Zoals we u vroeger al bij herhaling gemeld hebben werkt het begrip all-in bij de artsen als een rode lap op een stier omdat er vroeger ook sprake van was om er de honoraria in te incorporeren.

15. Concentratie van supraregionale pathologie kan alleen maar indien daar degelijke EBM-argumenten voor bestaan. De manier waarop het dossier slokdarm/pancreas

gemanipuleerd werd is niet voor herhaling vatbaar. Dus duidelijke criteria, en geen ambigue cijfers die op maat van universitaire ziekenhuizen lijken geschreven te zijn.

16. Wij zijn voorstander van P4P maar alleen indien die gebaseerd is op harde, niet manipuleerbare, niet op zelfrapportering berustende indicatoren. We hernemen ons vroegere voorstel i.v.m. de gewogen gestandaardiseerde perioperatieve mortaliteit. Geen enkele van de tot hiertoe aangehaalde voorbeelden is aanvaardbaar (nosocomiale infecties, VAP-die term is zelfs obsoleet geworden wegens niet definieerbaar en u wil er dan financiering aan koppelen?).

17. Wanneer gaat 1733 eindelijk zorgen voor enige rationalisatie in de dringende zorg?

18. Hoe en wanneer plant u de uitvoering van de sluiting van materniteiten o.b.v. de KCE-studie (waarbij we opmerken dat 500 bevallingen, <2 per dag, nog steeds maar een pover aanbod betekent)? Welke garanties krijgen artsen en verpleegkundigen dat ze in een ander netwerkziekenhuis zullen welkom zijn?

19. Heeft het zin om voor het dagziekenhuis nog met A-lijsten te blijven werken (ze zijn nog nooit up to date geweest)? Kan een B-lijst niet volstaan (met voldoende financiële prikkels om voor de meest kosten-efficiënte oplossing te kiezen)? In de werkgroep daghospitalisatie merken we een volledige stand still uit vrees dat elke rationalisatie het ziekenhuis inkomsten zal kosten.

20. Het voorstel om tot een gemiddeld uurloon per discipline te komen, kunnen we onmogelijk bijtreden. Wie slecht werkt en weinig verwijzingen krijgt zou dan toch een verzekerd inkomen hebben? Voor hoeveel artsen zou dergelijk uurloon worden toegekend (rekening houdend met het feit dat Franstalig België maar artsen blijft opleiden en inmiddels al duizenden artsen boven quatum heeft)? Een gemiddeld norminkomen per uur kan wel gebruikt worden om bepaalde verstrekkingen te calibreren/herijken, bv. een raadpleging van een huisarts/orthopedist duurt 15 minuten, dus 4/uur; die van een hematoloog, nefroloog 35 min (+verslag), enz. Ook voor heelkundige ingrepen zijn standaardtijden bekend.

21. Supplementen: die worden uiteraard vaak gevraagd om op een gemakkelijke manier het inkomen te verhogen. Maar vergeet niet dat ze ook op instructie van directies zijn ingevoerd of verhoogd om allerlei investeringen (EPD) te financieren. We herhalen het voorstel om in eerste instantie de transparantie voor de patiënt te verhogen door voor een ganse reeks verstrekkingen het supplement in euro mee te delen: heelkunde, anesthesie, bevallingen, raadplegingen, toezicht per dag, enz. Het lijkt weinig twijfel dat dit alleen al een rem op de supplementen zal zetten. De mededeling maximum x% is volstrekt inhoudloos.

22. Hoe gaat het bedrag per DRG prospectief worden toegekend wanneer de DRG ten vroegste bij ontslag bekend is en soms pas ruim later (bv. in afwachting van bijkomend onderzoek)?



23. Hoe ziet u de integratie van netwerken met en zonder universitaire ziekenhuizen? Als een fusie tot de finaliteiten behoort, gaan we dan geen netwerken op 2 snelheden krijgen? En hoe rigide gaan ziekenhuisfuncties worden geprogrammeerd: maw hoe flexibel wordt het systeem voor netwerkoverschrijdende samenwerkingen? Zie ook punt 13.

24. Zoals u weet is er een fragmentatie van bevoegdheden tussen de regio's en de federatie. Een verdere regionalisering behoort na 2024 tot de mogelijkheden. Hoe is de hervorming daarop voorzien?

25. Voor ons is sociaal ondernemerschap uitermate belangrijk. Een eenheidsworst met uniforme programmatie waarbij de artsen elke zin voor initiatief en ondernemerschap ontnomen wordt zien wij hoegenaamd niet zitten. We zien een gemengd systeem zitten waarbij een deel variabele verloning voor geleverd werk blijft bestaan. Welke garanties bestaan daarvoor?

In verband met de klinische biologie bezorgen we u nog een aparte nota (zie bijlage nr 2).

Hoogachtend,  
Namens ASGB/Kartel

Dr. Thomas Gevaert, voorzitter Kartel  
Dr. Michel Creemers, covoorzitter ASGB  
Dr. Robert Rutsaert, bestuurslid ASGB