



Vice-eersteminister
en minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid

Frank Vandenbroucke

MAHA 2022

FINANCIELE ZORGEN VAN DE ZIEKENHUIZEN EN PERSONEELSSCHAARSTE ONDERLIJNEN NOOD AAN INVESTEREN ÈN HERVORMEN

Toespraak Frank Vandenbroucke bij de presentatie van MAHA 2022

14 november 2023

Geacht publiek,

De voorbije jaren hadden opeenvolgende crisissen een grote impact op onze gezondheidszorg en niet het minst op onze ziekenhuizen en hun personeel. In 2020 en 2021 heerste COVID. In 2022 was de energiecrisis en de inflatie alomtegenwoordig. Vandaag, eind 2023, zouden we ons weer volledig moeten concentreren op de structurele uitdagingen waar onze gezondheidszorg voor staat, uitdagingen die te maken hebben met de demografische, sociologische en technologische trends die zich al enkele jaren manifesteren en nog lang druk zullen uitoefenen. Maar de naschokken van COVID – vermoeidheid en stress bij het personeel – en de naschokken van de sterk gestegen kosten – ziekenhuizen die in het rood gaan – laten zich nog voelen. Wat mij betreft, maakt die dubbel-moeilijke context het des te meer nodig om te blijven investeren in onze gezondheidszorg, maar ook om ze te hervormen. Met méér van hetzelfde zullen we de problemen echt niet oplossen.

Als minister van Volksgezondheid acht ik het mijn verantwoordelijkheid dat ziekenhuizen hoogstaande zorg kunnen bieden, in de beste omstandigheden, en dat bovendien op een financieel gezonde manier. En die hoogstaande zorg moet voor alle patiënten toegankelijk en betaalbare zijn.

De jaarlijkse financiële en organisatorische doorlichting van Belfius toont aan dat onze algemene ziekenhuizen grote inspanningen moeten leveren om alles – zowel budgettair als organisatorisch – rond te krijgen. Ik besef dat ten zeerste en ben u daar zeer erkentelijk voor. In de eerste plaats wil ik u en uw medewerkers daar dan ook van harte voor danken.

In mijn reactie wil ik het eerst hebben over de financiële problematiek en aansluitend, kort, over de hervorming van het ziekenhuislandschap. Vervolgens zal ik het hebben over de personeelsproblematiek.

1. De financiële uitdaging: investeren en hervormen want méér van hetzelfde zal niet volstaan

Een eerste vaststelling bij de MAHA-studie is dat de ziekenhuizen in 2022 en 2023 getroffen zijn door een **zware inflatieschok**, met een sterke stijging van al hun kosten en een explosieve stijging van hun energiekosten. Alhoewel alle ziekenhuizen door deze schokken getroffen zijn, is de financiële situatie toch verschillend van ziekenhuis tot ziekenhuis.

Deze verschillen roepen vragen op, maar daar zal ik het nu niet over hebben. Ik wil hier focussen op het brede probleem waar alle ziekenhuizen mee geconfronteerd zijn. De ‘duale’ wijze waarop ziekenhuizen vandaag gefinancierd worden (in essentie: het Budget van Financiële Middelen of ‘BFM’ enerzijds, afdrachten van artsenhonoraria anderzijds) maakt ze extra gevoelig aan dergelijke inflatieschok. Immers, het BFM is volledig en meteen gekoppeld aan de inflatie, maar de artsenhonoraria zijn slechts met vertraging gekoppeld aan de inflatie.

Hieronder vergelijken we de nominale stijging van het partiële budget voor de artsenhonoraria in de begroting van de ziekteverzekering (dat is de financieringsbron waaruit de afdrachten in de ziekenhuizen putten) met de inflatie:

	2021/2020	2022/2021	2023/2022	2024/2023
Nominale groei van het budget voor artsenhonoraria	+ 3,3%	+3,7%	+9,1%	+7,7%
Inflatie (stijging van de consumptie-prijsindex)	+2,4%	+9,6%	+4,4%	+4,1%
Reële groei	+0,8%	-5,4%	+4,5%	+3,5%

In 2022 bleef de stijging van de in de begroting voorziene massa artsenhonoraria sterk achter ten opzichte van de inflatie: in 'reële termen' (in 'volume', dus als je de inflatie verrekent) daalde de in de begroting voorziene honorariamassa met meer dan 5%! In 2023 gebeurt het omgekeerde: in reële termen groeit de in de begroting voorziene massa honoraria met 4,5%. Ook dat hangt samen met de vertraagde indexering van de honoraria: wanneer het ergste van de inflatieschok voorbij is, zorgt die vertraagde indexering voor een inhaalbeweging. In 2024 gebeurt overigens hetzelfde als in 2023: de begroting voorziet een reële groei van de artsenhonoraria met 3,5%. Het jaar 2022 was in deze zin zeer uitzonderlijk.

Dergelijk duaal financieringsmodel is natuurlijk niet goed, als je ziekenhuizen wilt beschermen tegen een inflatieschok: wat we zien is een achtbaan, eerder dan een stabiel financieringsmechanisme. Dit probleem kan ook niet opgelost worden door het indexeringsmechanisme van de artsenhonoraria te herzien (wat op zich wel een aandachtspunt is: wij hebben voor de toekomst in de regering al afgesproken dat de technische ramingen van de RIZIV-begroting in het vervolg rekening moeten houden met de inflatie tot en met augustus in plaats van tot en met juni).

Dit onderlijnt de absolute noodzaak om de financiering van de ziekenhuizen op een fundamenteel andere leest te schoeien, waarbij alles wat te maken heeft met de kosten van een ziekenhuis, niet alleen alle kosten voor verzorgend en verplegend personeel maar ook de kosten van de medische apparatuur en benodigdheden, rechtstreeks gefinancierd wordt vanuit een budget dat afgestemd is op de noden van de patiënten die in het ziekenhuis opgenomen of er onderzocht en behandeld worden. Artsenhonoraria zouden een zuivere vergoeding moeten zijn voor het intellectuele werk en de verantwoordelijkheid van de artsen, niet voor het financieren van de exploitatie van een ziekenhuis. Een ziekenhuisbudget waarin alle kosten vervat zitten, moet vanzelfsprekend correct en tijdig geïndexeerd worden aan de inflatie, zoals dat vandaag met het BFM het geval is. Maar, vermits het BFM niet volstaat om de kosten van ziekenhuizen te dekken, met name niet wat de kosten van het ambulante luik van de polikliniek betreft, volstaat de correcte indexatie van het *huidige* BFM natuurlijk niet om de *algehele* stijging van die kosten te dekken. (Ik voeg daar dan wel meteen de volgende bedenking aan toe: indien de kosten van het ambulante luik van de polikliniek rechtstreeks gefinancierd zouden worden vanuit een budget voor de ziekenhuizen en niet langer van uit afdrachten op honoraria, dan is ook een afsprakenkader nodig m.b.t. de normen voor een polikliniek die daarmee financierbaar zijn.)

Voor ziekenhuizen die in grote mate met gesalarieerde artsen werken, zoals de universitaire ziekenhuizen, kwam de inflatieschok natuurlijk nog sterker aan. Ook dat speelt mee in de MAHA-cijfers, en het onderlijnt ook dat we nu vooral kijken naar het perverse effect van een exogene schok op ons systeem, eerder dan naar een structureel groeiend financieringsprobleem van onze ziekenhuiszorg in het algemeen.

Nu, zelfs met een correct globaal indexeringsmechanisme, zou het niet mogelijk geweest zijn om de energieschok op te vangen. Daarom hebben we in 2023 een zuurstofballon toegekend aan de ziekenhuizen van 262 mio euro, enerzijds een bijkomende tegemoetkoming van 80 mio euro voor de energiefactuur (waarvan 72 mio voor de algemene ziekenhuizen die Belfius onderzoekt, en 8 mio voor de psychiatrische ziekenhuizen), anderzijds een vermindering van patronale bijdragen (die ten dele een 'liquiditeitsmaatregel' is, omdat een deel van de vermindering in 2025 zal gerecupereerd worden). Met de tegemoetkoming voor de energiefactuur, die pas in augustus 2023 provisioneel uitbetaald is, is nog geen rekening gehouden in het MAHA-rapport. Ik ga er daarom van uit dat 2023 misschien iets beter zal eindigen dan de MAHA-studie vooropstelt, ook wel omdat de daling van de ziekenhuisactiviteit waar de studie van uit gaat zich in de tweede helft van 2023 misschien niet op dezelfde wijze zal doorzetten, zeker als je de trend van klassieke opnames bekijkt samen met die van de chirurgische daghospitalisaties. (Gecombineerd geeft dit namelijk een verwachte stijging aan van 6.4 % t.o.v. 2022 en 1.9 % t.o.v. 2019.).

Ik wil de ernst van deze schok niet ontkennen, wel integendeel. En ik zal ook andere problemen, zoals de pensioenlast die weegt op bepaalde ziekenhuizen, niet ontkennen. (Binnen de federale regering zijn maatregelen getroffen om die pensioenlast te beginnen begrenzen, maar dat volstaat ongetwijfeld niet en een volgende regering zal hier opnieuw mee geconfronteerd worden.) Maar **als we kijken naar de investering die tijdens deze legislatuur is gebeurd ter ondersteuning van de financiering van de ziekenhuizen op de wat langere termijn, dan is die toch zeer belangrijk.** We moeten met andere woorden een onderscheid maken tussen een probleem van instabiliteit in het oog van een inflatiestorm, wat samenhangt met het huidige financieringsmodel, en de vraag of we de ziekenhuizen op de middellange termijn structureel voldoende en adequaat financieren. Die vraag hangt ook samen met het financieringsmodel, maar brengt toch nog een ander perspectief mee.

Ik schets nu wat er over de voorbije jaren gebeurd is met de twee grote financieringsbronnen van onze ziekenhuizen: het BFM (met name de federale componenten) en de artsenhonoraria.

In 2019 bedroeg de federale inspanning voor het basisbudget BFM (dit wil zeggen het BFM verminderd met de onderdelen A1, A3 én C2, waar de deelstaten voor verantwoordelijk zijn, evenals de C2-enveloppe voor de inhaalbedragen) 7,9 mrd euro; in 2023 bedraagt de federale inspanning voor het BFM 10,7 mrd euro. Zelfs als je rekening houdt met de inflatie tussen 2019 en 2023, dat gaat het om een stijging van 14,7% in reële termen over die 4 jaar. Die stijging van het BFM heeft onder meer te maken met het feit dat we belangrijke investeringen mogelijk hebben gemaakt in het zorgpersoneel, zowel wat hun verloning betreft als wat het aantal personeelsleden betreft. Deze stijging zet zich verder voor in 2024: op basis van de werkzaamheden die nu aan de gang zijn, schat ik in dat de federale inspanning voor het BFM in 2024 11,2 mrd euro zal bedragen, dat is in reële termen 15,7% meer dan in 2019. Dat de omkadering qua aantal personeelsleden en de verloning tijdens de voorbije jaren duidelijk verbeterd zijn, blijkt overigens ook het MAHA-rapport, maar daarmee is de personeelsproblematiek natuurlijk niet opgelost. Ik kom daar dadelijk op terug.

Wat de tweede financieringsbron van de ziekenhuizen betreft, de artsenhonoraria, daar was de globale stijging veel bescheidener: de in de begroting voorzien honorariummassa is tussen 2019 en 2023 nominaal toegenomen met 19,5%, wat in reële termen (rekening houdende met de inflatie) een bescheiden toename oplevert van 1,2%. De begroting van de ziekteverzekering 2024 voorziet een stijging van de artsenhonoraria met in reële termen (nominale stijging gecorrigeerd voor de op dit moment verwachte stijging van de consumptieprijzen) met ca. 3,5%. Nog anders gezegd, tussen 2019 en 2024 verwachten we een reële toename te zien van iets minder dan 5%.

Ik vat deze cijfers hier even samen in een tabel, en vergelijk ze ook met de reële economische groei over dezelfde periode.

	Reële toename van de federale inspanning voor het BFM	Reële toename van de totale massa artsenhonoraria	Reële toename van het Bruto Nationaal Product
Inschatting 2019-2023	14,7%	1,2%	4,6%
Inschatting 2019-2024	15,7%	4,7%	6,0%

Samenvattend kan je dus zeggen dat **de ziekenhuizen tijdens deze regeerperiode in het BFM een sterk groeiende federale financieringsbron vonden en vinden, en ook in de artsenhonoraria een financieringsbron vonden, zij het dat de toename van de artsenhonoraria tijdens deze regeerperiode (van 2019 tot 2024) meer bescheiden zal zijn.** De groei van de federale inspanning voor het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen was **tot nu toe meer dan 2,5 keer groter dan de groei van het BNP!** De toename van de massa van de artsenhonoraria ligt over de gehele periode dicht in de buurt van de groei van het BNP. Nog anders gezegd: **de federale overheid heeft zeer sterk geïnvesteerd in de ziekenhuizen, en dat was ook nodig.**

Ik geef u deze cijfers zonder enige zelfgenoegzaamheid: we moeten blijven investeren. Ik beseft ook dat dit macro-cijfers zijn over globale financieringsbronnen. Wat dit concreet betekent voor individuele ziekenhuizen is helaas niet eenvoudig en niet transparant, onder andere omdat we niet weten wat de afdrachten op de artsenhonoraria voor individuele ziekenhuizen betekenen: dit onderlijnt nogmaals de noodzaak om de financiering van de ziekenhuizen fundamenteel te herzien.

Mijn boodschap is echter de volgende: **in de volgende regeerperiode zullen we moeten inzetten op de samenhang tussen bijkomende investeringen in de gezondheidszorg enerzijds en noodzakelijke hervormingen in de ziekenhuissector anderzijds: naast blijvende investeringsinspanningen zijn hervormingen nodig, gericht op maximale doelmatigheid, en kwaliteit in plaats van kwantiteit.** Méér van hetzelfde is vandaag niet de boodschap, en kan zeker voor de toekomst niet de boodschap zijn.

2. Daghospitalisatie en andere noodzakelijke hervormingen

Structureel speelt nog iets anders in de cijfers die MAHA vandaag presenteert: de stelselmatige verschuiving naar daghospitalisatie, die wij met het beleid ondersteunen en aanmoedigen. Daghospitalisatie is simpelweg een goede zaak voor de patiënten, en laat ook toe om de competenties van het ziekenhuispersoneel maximaal te valoriseren. We hebben ervoor gezorgd dat de daghospitalisatie sinds 2023 béter gefinancierd wordt, zodat ziekenhuizen geen financieel verlies leiden wanneer ze de correcte keuze voor daghospitalisatie maken. Deze hervorming, die impact heeft vanaf 2023, is een belangrijk gegeven, dat de verschuiving naar daghospitalisatie voor de ziekenhuizen in de toekomst ook beter verteerbaar moet maken.

De ondersteuning en correcte financiering van de daghospitalisatie is een belangrijke ‘werf’ van onze globale ziekenhuishervorming die we geconcretiseerd hebben. De ziekenhuishervorming die zo op de rails is gezet, moet ervoor zorgen dat elke patiënt de beste zorg krijgt op de plaats waar die beste zorg voorhanden is. We slaan daarbij stelselmatig en bewust een pad van doorgedreven samenwerking in vanuit de idee ‘ nabije zorg waar mogelijk, gespecialiseerde zorg waar nodig.’

De concentratie van beroertecentra voor de beste zorg op de juiste plaats is daar een voorbeeld van. Op basis van dezelfde filosofie leggen we de aanpak voor (majeure) trauma vast met een beperkt aantal, geografisch correct gespreide, referentiecentra.

We werken ook verder aan de concentratie van zorg voor bepaalde kankers, waaronder hoofd- en halstumoren, tumoren bij kinderen én bij jongeren en jongvolwassenen (de zogenoemde AYA's). Gebaseerd op de aanbevelingen van het Kenniscentrum, herbekijken en bewaken we - in overleg met de deelstaten - ook de zorg voor borstkanker. En omdat patiënten graag (zo lang mogelijk en wanneer dat kan) thuis verzorgd worden - geven we ook het chirurgisch dagziekenhuis nu alle kansen, en maken we thuishospitalisatie voor kanker- en antibioticabehandelingen voor het eerst mogelijk. Die bewegingen willen we versterken en verder uitrollen.

En, zoals ik daarnet al zegde, de organisatie van het ziekenhuislandschap is onlosmakelijk verbonden met de financiering ervan. Daarom werken we naast de

financiële inspanningen die we nu en meteen leveren op de korte termijn, ook gestaag voort aan een fundamentele hervorming op de langere termijn.

De doelstelling? Een minder complex en meer transparant systeem dat (1) minder de concurrentie en meer de samenwerking stimuleert, én (2) aanzet tot meer kwaliteit en doelmatigheid, en elke prikkel tot overconsumptie uitbant. De hoeksteen van dit nieuw financieringsmodel is de invoering van een “all-in forfait” per pathologie dat alle verantwoorde zorggerelateerde kosten omvat.

Het nodige studiewerk daarvoor moet tegen eind 2024 rond zijn en loopt in grote mate parallel met de nomenclatuurhervorming, die eveneens volgens schema verloopt. Onderzoeksgroepen zijn volop aan de slag om aan de hand van data, aangeleverd door geselecteerde peilziekenhuizen, de pathologie-gerelateerde kosten in kaart te brengen.

Intussen voeren we alvast prioritaire aanpassingen in vanuit een kwaliteitsperspectief.

Ten eerste in de diagnostische beeldvorming: we zien (en dat al jaren) dat we in vergelijking met de ons omringende landen relatief te veel een beroep doen op CT (bijhorende stralenbelasting, ook al is die flink verminderd met de huidige toestellen) in plaats van NMR-onderzoeken. Samen met het optrekken van het aantal NMR-toestellen in ons land voeren we dan ook een nieuw populatie-financieringssysteem in dat het op evidentie gebaseerde gebruik van NMR stimuleert. Ook in de ziekenhuisfinanciering benadrukken we de aandacht voor de ziekenhuisbrede kwaliteit van zorg door de inhoud van het P4P-programma (Pay for Performance) te wijzigen.

Ik stel vast, onder meer in de adviezen die ik krijg van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, dat er veel koudwatervrees blijft bestaan voor dergelijke hervormingen. Ik kan het niet genoeg herhalen: als we onze gezondheidszorg een toekomst willen geven, dan is het zaak te investeren en te hervormen. Meer van hetzelfde zal ons niet redden.

3. De personeelsuitdaging: investeren en hervormen want méér van hetzelfde zal niet volstaan

Ik kom nu bij de personeelsproblematiek, waar we voor paradoxale en moeilijke vaststellingen staan. Langs de ene kant toont de MAHA-studie dat er in het ziekenhuispersoneel geïnvesteerd is: de personeelskosten stijgen in de onderzochte ziekenhuizen met 14,5% in 2022: daarvan wordt 7,9% verklaard door de inflatie, 2% is het gevolg van méér personeel dat uitbetaald wordt (het aantal VTE is met 2% gestegen), en 4,6% heeft te maken met een hogere loonkost per VTE.

Meer personeel dat uitbetaald wordt, betekent dat méér personeel effectief aanwezig is, zelfs in een periode dat de ziekenhuisactiviteit – zoals gemeten door de MAHA-studie – eerder gedaald was dan gestegen. De studie wijst er wel op dat er steeds meer afwezigheid is wegens ziekte (daarover zeg ik dadelijk meer), maar mensen die na een periode van gewaarborgd loon afwezig blijven wegens ziekte worden niet meegeteld in deze cijfers: deze cijfers wijzen dus wel degelijk op de aanwezigheid van bijkomend, actief personeel (ten overvloede herhaal ik dat ‘actief’ dus wel periodes van korte afwezigheden tijdens de periode van gewaarborgd loon inhouden). Onze inschatting is dat **het Zorgpersoneelsfonds tijdens deze regeerperiode voor zowat 5000 bijkomende aanwervingen in de federale zorgsectoren (uitgedrukt in VTE) heeft gezorgd**. Dit spoort met wat we kunnen concluderen uit opeenvolgende MAHA-studies, met name dat tussen 2019 en 2022 het totaal aantal VTE steeg met 4,96% of 5.806 VTE. Deze inspanning was hoognodig: ik zeg dat niet in een geest van zelfgenoegzaamheid, want ik besef dat het soms frustrerend lang duurt vooraleer bepaalde inspanningen en maatregelen echt voelbaar zijn op het terrein, en dat er nog veel werk op de plank is. Maar de MAHA-studie illustreert naast financiële stress intussen ook een realiteit van iets betere omkadering.

De hogere loonkost per VTE boven op de inflatie (+ 4,6%) kan te maken hebben met verschillende factoren. Het kan gaan om beleidsbeslissingen zoals de loonsverhogingen omwille van het sociaal akkoord en de uitrol van IFIC, de bijkomende premie die we voorzien hebben voor gespecialiseerde verpleegkundigen die voor IFIC gekozen hebben; maar ook evoluties die los staan van beleidsbeslissingen, zoals anciënniteitsverhogingen voor mensen die lang in dienst zijn. Hoe dan ook betekent dit dat de gemiddelde verdienste verbeterd is. Daarnaast kunnen ook andere factoren spelen in dit gemiddelde cijfer, zoals wijzigingen in de samenstelling van het personeelsbestand, en ook extra-kosten die

gepaard gaan met de inzet van uitzendkrachten (alhoewel dit laatste in het globale cijfer hoogstens een marginaal effect kan hebben).

De betekenis van het sociaal akkoord en IFIC mogen inderdaad niet onderschat worden, met name voor de starters: **wie vandaag een loopbaan begint in een ziekenhuis als verpleegkundige verdient – boven op de index – 11% méér dan iemand die startte in 2019.** Als beginnende verpleegkundige aan de slag gaan in de zorg is dus financieel een stuk interessanter geworden – misschien zouden we dat méér moeten zeggen. Precies omdat we beseften dat IFIC vooral de klemtoon legt op starters, terwijl mensen met anciënniteit en daarbovenop bijkomende kwalificaties met IFIC minder of soms zelfs geen vooruitgang boekten, hebben we een jaarlijkse premie voorzien voor verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel of bijzondere beroepsbekwaamheid. Het jaarbedrag van deze premie is in september voor het eerst volledig uitbetaald (2760 euro bruto voor wie voltijds werkt met een bijzondere beroepstitel; 920 euro bruto voor wie voltijds werkt met een bijzondere beroepsbekwaamheid).

Tegelijkertijd blijft het **zeer moeilijk om zorgpersoneel te vinden, met name verpleegkundigen, en staan velen in de ziekenhuizen onder grote druk** – getuige daarvan de sterk gestegen afwezigheid wegens ziekte. Het antwoord daarop is dat er naast investeringen in en kwalitatieve maatregelen voor het personeel en naast de bijkomende opleidingsinitiatieven die we, samen met de sociale partners, nemen, zoals *#kiesvoordezorg*, ook een **grondige hervorming nodig is in het verpleegkundig beroep.** Verpleegkundigen moeten echt **op hun waarde ingezet worden, op basis van wat ze kennen en kunnen. Ze moeten minder belast worden met administratie, met logistieke taken en basishygiëne: hoe belangrijk ook, deze taken kunnen ook door anderen ingevuld worden. En tegelijkertijd moeten ze de kans krijgen om op een meer zelfstandige wijze bij te dragen aan de opvolging van patiënten.** Om dat te bereiken zijn we gestart met een brede hervorming, die we nu stap voor stap uitrollen:

(1) De nieuwe zorgladder creëert een rijker geheel van beroepsprofielen binnen het verpleegkundig beroep, wat meer perspectief geeft in zowel instroom in de zorg alsook op doorstroming binnen de wereld van de zorg. Tegelijkertijd ondersteunen we het zorgpersoneel en alle zorgverstrekkers met volledig nieuwe beroepsprofielen, zoals de ‘praktijkassistent’ die niet alleen bij huisartsen maar ook in ziekenhuizen een rol kan gaan spelen.

(2) We herbekijken binnen de bestaande basiswetgeving de verdeling van de taken door taakdifferentiatie, taakdelegatie en taakverschuiving.

(3) Maar we herdefiniëren ook het verpleegkundig beroep in de basiswetgeving, zodat we via uitvoeringsbesluiten tot een echte herwaardering kunnen komen, met een sterkere en ook meer autonome rol voor verpleegkundigen in onze zorg.

(4) We voeren de figuur van de 'gestructureerde equipe' in in de wetgeving op de zorgberoepen, zodat deze nieuwe visie op beroepsprofielen en taakverdeling ten volle tot zijn recht kan komen. Dit principe creëert nieuwe mogelijkheden voor de organisatie van de zorg in interprofessionele teams waar op geïntegreerde wijze wordt samengewerkt.

Dit zijn diepgaande hervormingen, die we nu op punt aan het stellen zijn met respect voor de kwaliteit van de zorg en de opleiding van de medewerkers. De personeelsschaarste is daarmee niet in een vingerknip opgelost, maar het beroep wordt zo aantrekkelijker, en de zorg beter voor de patiënten. De problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg is natuurlijk op zich ook een complexe kwestie. De antwoorden zijn dat ook. Desalniettemin is het essentieel om nu toekomstgerichte antwoorden te formuleren. Dit alles moet niet alleen met de specifieke adviesraden maar ook met de sociale partners goed bekeken worden. Daarom heb ik het initiatief genomen om samen met de actoren van het terrein - de werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers enerzijds en de beroepsorganisaties anderzijds - een **Toekomstagenda voor het Zorgpersoneel** uit te werken. De bedoeling is om de problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg in kaart te brengen en om de mogelijke oplossingen op de middellange en langere termijn op te lijsten. **De gesprekken hieromtrent zijn in een afrondende fase.** Van daaruit willen we dan samen met de sociale partners, in een meerjarenperspectief, concrete acties in hun bevoegdheden en in het kader van sociaal overleg identificeren en uitwerken.

In afwachting van de implementatie van deze hervorming hebben we overigens tijdens het voorbije anderhalve jaar al drie keer beslist om een eenmalige schijf van 20 miljoen euro toe te voegen aan het BFM opdat ziekenhuizen in 2023 en 2024 met name ondersteunend personeel zouden kunnen aanwerven, dat het zorgpersoneel in de ziekenhuizen ter hulp komt (bij de derde schijf ging het om 21 mio euro). En daarnaast hebben we een investeringskrediet voorzien van 21 miljoen euro, ter ondersteuning van investeringen die ziekenhuizen voor het einde

van 2023 doen in technologie die het werk van verpleegkundigen administratief of organisatorisch verlicht. Het zou me interesseren feedback te krijgen van de ziekenhuissector over hoe ze deze inspanningen valoriseren in hun beleid.

Daarnaast hebben we tijdens het begrotingsconclaf 7 mio euro vrijgemaakt voor (op)Nieuw aan Boord-projecten, waardoor ziekenhuizen personeel kunnen vrijstellen om mensen die voor het eerst starten of na een periode van afwezigheid herstarten in een ziekenhuis daarin beter te begeleiden. (Dit is intussen ook helemaal afgeklopt. Het Verzekeringscomité van 13 november keurde een bijkomende inspanning goed van 51 mio euro voor de ziekenhuizen: 23 mio bijkomende middelen voor *#kiesvoordezorg*, een derde schijf van 21 mio voor ondersteunend personeel, en 7 mio voor het (op)Nieuw aan Boord-project.)

Een belangrijk aandachtspunt in het aanbod aan medische zorg is overigens ook dat artsen zich verzekerd voelen van een billijke verhouding in de vergoeding van de verschillende specialiteiten. Vandaar de absolute noodzaak aan een hervorming van de medische nomenclatuur; een hervorming die het onderscheid maakt tussen het gedeelte dat de professionele activiteit vergoedt en het gedeelte dat de werkingskost verbonden aan de medische handeling dekt. Beide onderdelen worden in kaart gebracht door drie werkgroepen die eenzelfde gestandaardiseerde methodologie toepassen waarbij het professioneel gedeelte wordt gewogen op basis van de duur, complexiteit en risico van de prestatie. Ik had het hier al over toen ik de financiering van de ziekenhuizen besprak. Dit zeer omvangrijk werk moet afgerond zijn tegen eind 2024. De werkzaamheden zijn op schema. Zo zijn op dit moment meer dan 70 % van alle technische prestaties de revue gepasseerd.

4. Langdurige afwezigheid wegens ziekte: kan en moet aangepakt worden

Ik kom dan terug op het probleem van de afwezigheid wegens ziekte. De MAHA-cijfers illustreren dat dit helaas ook een toegenomen realiteit is in de ziekenhuizen: 11% absenteïsme, 2/3^{de} langer dan 1 maand en meer dan 1/3^{de} zelfs langer dan een jaar. Ook in de ziekenhuizen moet er dus meer ingezet worden op werkbaar werk en betere arbeidsomstandigheden. Werkgevers hebben daar een verantwoordelijkheid in. Tijdens de voorbije maanden hebben we alle werkgevers in ons land voor het eerst ook financieel geconfronteerd met die verantwoordelijkheid, door een extra-bijdrage te heffen op bedrijven waar meer werknemers uitstromen naar langdurige arbeidsongeschiktheid dan in gelijkaardige bedrijven (en in vergelijking met de hele arbeidsmarkt).

Ook in de zorgsector zijn er werkgevers die deze responsabiliserende bijdrage moeten betalen (op dit moment zijn daar een viertal ziekenhuizen bij). De opbrengst – ik raam die op jaarbasis voor de federale en regionale zorgsector samen op 900.000 euro – is beschikbaar voor uw sectorfondsen, om samen acties te ondernemen om de werkomstandigheden te verbeteren, uitval te bestrijden en re-integratie te bevorderen. Iedereen is het erover eens dat het geen zin heeft om in te zetten op instroom van nieuwe medewerkers aan de voordeur, als ze net zo snel of sneller langs de achterdeur weer verdwijnen, o.a. in langdurige arbeidsongeschiktheid. Gelukkig is de sector zich daarvan bewust, en wilt men daar werk van maken, onder meer door sterker in te zetten op acties rond mentaal welzijn. Maar dat is onvoldoende. Er is ook nood aan een veel explicieter en positiever re-integratiebeleid in de organisaties.

Wij hebben met onze 'Terug-naar-Werk'-hervormingen sterk ingezet op de ondersteuning van het individu. Ik roep de sector op om de middelen die daarvoor voorhanden zullen zijn via onder andere de sectorale fondsen prioritair in te zetten voor de ondersteuning van alle betrokken instellingen en organisaties. Een terugkeer naar werk stimuleren vergt niet altijd moeilijke, of kostelijke projecten. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat oprechte aandacht van de leidinggevende een belangrijke herstelfactor is. Maar ook het gebruik van maatregelen die ter beschikking staan om arbeidsongeschikte werknemers geleidelijk en deeltijds terug te laten instromen hebben een groot terugverdieneffect. Net zoals het al zeer vroeg betrekken van de personen in kwestie in gesprekken rond aanpassingen van het werk die nodig zijn om een terugkeer mogelijk te maken. Er zijn zoveel mooie, soms heel "kleine" en gemakkelijk overdraagbare, goede voorbeelden te vinden in de

ziekenhuizen. Verzamel ze, maak ze zichtbaar, en ondersteun instellingen en organisaties om elkaars succesvolle voorbeelden te implementeren. **Ik hoor dus graag van de zorgsector hoe men de opbrengst van deze nieuwe responsabiliseringsbijdrage – die ik dus raam op 900.000 euro op jaarbasis – zal besteden.**

We hebben overigens uw beleidsmogelijkheden eerder ook versterkt op het vlak van de zogenaamde **soft HR**. In het kader van het sociaal akkoord is een enveloppe van 7 mio euro ter beschikking gesteld om de personeelsdiensten van de ziekenhuizen te versterken met bijkomende mensen die zich, in overleg met de lokale vakbonden, specifiek kunnen focussen op het ontwikkelen van acties om de kwaliteit van het werk te verbeteren: ik ben erg benieuwd naar wat daarmee intussen gebeurt.

Daarnaast kan ik nog meegeven dat ziekenhuizen die een langdurig zieke de kans geven om (weer) aan het werk te gaan vanaf 1 januari een premie zullen krijgen van 1.725 euro. Ik hoop dat ziekenhuizen voortrekkers zullen zijn in het gebruik van dit nieuwe instrument.

5. Besluit: onze gedeelde ambitie moet een gedeelde hervormingsijver inspireren

Ik kom bij mijn besluit. Ik wil u nogmaals danken voor uw enorme inzet, en de inzet van al uw personeel. Die inzet is niet toevallig. Ik denk dat wij twee fundamentele ambities delen. Ten eerste, wanneer zorg nodig is, dan moet ze er ook zijn. Structureel tekort aan personeel is daarom een enorme bedreiging voor de legitimiteit van ons bestel: we moeten dit aanpakken, ook al weten we dat er geen eenvoudige 'silver bullets' zijn, en dat de nodige hervormingen en investeringen nog veel tijd vragen. Ten tweede, wanneer de zorg er is, moet ze van topkwaliteit zijn.

Om in deze dubbele ambitie te slagen, moeten we de solidariteit die ingebakken zit in onze gezondheidszorg niet alleen koesteren maar ook versterken. We zullen slagen als we drie voorwaarden kunnen vervullen:

- (1) waardering, steun, een eerlijke vergoeding én werkbaar werk voor iedereen die in de zorg werkt;
- (2) maximale samenwerking door hokjes af te breken en gegevens te delen;
- (3) een transparante, doelmatige - en dus efficiënte - inzet van de beschikbare middelen.

Zeker in een context van schaarste aan mensen, zijn dat drie cruciale voorwaarden om de ambitie die we hebben - onze gezondheidszorg robuust, hoogstaand, toegankelijk, solidair en dus betaalbaar te houden -, niet alleen waar te maken, maar ook om ze te kunnen volhouden. En omdat die goede gezondheidszorg die we hebben de hoeksteen is van de samenleving die we zijn, kan de lat niet hoog genoeg liggen, kan de ambitie niet groot genoeg zijn. Ik weet dat u deze ambitie deelt. Vandaag steek ik dus met overtuiging de hand uit om samen constructief te werken aan alle hervormingen die nodig zijn om de nodige hervormingen ook waar te maken.