

Vergaderjaar 2008–2009

**32 012**

**Governance in de zorgsector**

**Nr. 3**

## **VERSLAG VAN EEN WERKBEZOEK**

Vastgesteld 2 september 2009

Een delegatie uit de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft van maandag 6 tot vrijdag 10 juli 2009 een werkbezoek aan Parijs gebracht om zich te oriënteren op het Franse beleid inzake het zorgstelsel in het algemeen en ziekenhuiszorg in het bijzonder, waarbij de volgende thema's centraal stonden: good governance, kwaliteitsborging, toezicht, de financieringsstructuur, de relatie tussen publieke en private zorgaanbieders en de stand van de medische innovatie.

De delegatie bestond uit de leden Smeets (voorzitter, PvdA), Schermers (CDA), Smilde (CDA), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP) en Blok (VVD). De delegatie werd begeleid door de griffier van de commissie, Teunissen.

Tijdens haar verblijf in Parijs heeft de delegatie gesprekken gevoerd met collega-parlementariërs van de Assemblée Nationale en de Sénat, medewerkers van het ministerie van volksgezondheid, vertegenwoordigers van het Collectif Interassociatif de la Santé (CIS) (koepel van consumenten- en patiëntenverenigingen), van de Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) (federatie van privéziekenhuizen), de Haute Autorité de la Santé (HAS) (instantie die o.m. verantwoordelijk voor de accreditatie van de Franse ziekenhuizen), de Fédération Hospitalière de France (federatie van overheidsziekenhuizen), de Mutualité Française (aanvullende verzekeraars), de Conseil National de l'Ordre des Médecins (de koepel van artsen die o.a. tot taak heeft te waken over de kwaliteit van de medisch specialistische zorg) en de Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) (de nationale organisatie van de verplichte verzekering).

Een bezoek op locatie werd gebracht aan Genopole te Evry (voorstad van Parijs); een centrum voor (medische) innovatie en biotechnologie.

Onderstaand verslag is een weergave van de indrukken die tijdens de diverse gesprekken zijn opgedaan. Het programma van het werkbezoek is als bijlage bij dit verslag gevoegd. De tijdens de gesprekken uitgereikte handouts/factsheets zijn ter inzage gelegd op het commissiesecretariaat.

Uitdrukkelijk wenst de delegatie haar erkentelijkheid uit te spreken aan het adres van al diegenen die een bijdrage hebben geleverd aan de voorbereiding van dit bezoek. Met name spreekt de delegatie haar waardering uit voor de gastvrijheid en openhartigheid die is geboden door H.M. Ambassadeur te Parijs, de heer Siblesz. Tenslotte spreekt de delegatie een speciaal woord van dank in de richting van de heer Gerik Numan, VWS-attaché te Parijs, voor de inspanningen die hij zich heeft getroost in het kader van de voorbereiding van het werkbezoek, en voor de voortreffelijke wijze waarop hij de delegatie tijdens het werkbezoek heeft begeleid.

De voorzitter van de delegatie,  
Smeets

De griffier van de delegatie,  
Teunissen

## Inhoudsopgave

0. Enkele cijfers
1. Curatieve zorg in Frankrijk
  - 1.1. Enkele karakteristieken
  - 1.2. Organisatie ziekenhuiszorg
  - 1.3. Extramurale curatieve zorg
  - 1.4. Het Franse stelsel van sociale zekerheid
  - 1.5. Ziekenhuisfinanciering
2. Problemen waarmee de Franse gezondheidszorg wordt geconfronteerd
  - 2.1. Goede prestaties maar moeite met kostenbeheersing
  - 2.2. Tekorten op de sociale zekerheid
  - 2.3. Veel artsen maar slecht gespreid
  - 2.4. Groeiende ongelijkheid qua toegang tot de zorg
3. Herstructureringsplannen Franse gezondheidszorg
  - 3.1. Algemeen
  - 3.2. Enkele speerpunten in de Wet Bachelot
    - 3.2.1. Algemeen
    - 3.2.2. Meer aandacht voor preventie, vooral gericht op jeugd
    - 3.2.3. Betere spreiding en bereikbaarheid van artsen
    - 3.2.4. Sterkere rol regio
    - 3.2.5. Ziekenhuis als bedrijf
4. Reacties uit de samenleving
  - 4.1. Politiek
  - 4.2. Organisaties
5. Telegeneeskunde
6. Bezoek aan Genopole, het Franse centrum voor genetisch onderzoek te Evry
7. Programma werkbezoek

## FRANKRIJK

### 0. Enkele cijfers

	Nederland	Frankrijk
Bevolking	16,4 mln.	64,4 mln.
Levensverwachting	76,5 (man)	77,3 (man)
	81,8 (vrouw)	83,6 (vrouw)
Uitgaven gezondheidszorg	9,2% BNP	11,1% BNP
Uitgaven geneesmiddelen	€ 251 p.inwoner	€ 437 p.inwoner

### 1. Curatieve zorg in Frankrijk

#### 1.1. Enkele karakteristieken

De curatieve zorg is van zeer goede kwaliteit. Er is niet of nauwelijks sprake van wachtlijsten. Het is een open systeem met een grote vrijheid van daarbinnen werkzame actoren, waar echter wel een prijskaartje aan hangt in die zin dat de tariefstructuur de kosten niet voor 100% vergoed. De toegang tot het systeem is echter niet voor iedereen gelijk. Personen met de laagste inkomens worden relatief vaak door medisch specialisten geweigerd.

Er is een groot tekort op de sociale zekerheid.

#### 1.2. Organisatie ziekenhuiszorg

Frankrijk heeft een zeer divers aanbod van zorginstellingen en beschikt over veel ziekenhuisbedden. Het is een mix van overheids- (66 procent) en privéziekenhuizen.

- 4 156 intramurale zorginstellingen
- totale capaciteit: 452 000 bedden
- 1 304 overheidsziekenhuizen met publieke taak (294 000 bedden; gemiddelde capaciteit 225 bedden) met artsen in loondienst als volgt verdeeld:
  - omvat 2/3 van de totale bedden capaciteit
  - 31 centres hospitaliers universitaires
  - 520 centres hospitaliers généraux
  - 90 centres hospitaliers spécialisés
  - 349 hôpitaux locaux
- 1 408 privéklinieken met winstoogmerk (95 000 bedden; gemiddelde capaciteit 67 bedden) voor veelal specialistische chirurgie. Winstuitkering (een kwestie van definiëring) gaat in de richting van aandeelhouders.
- 1 444 privéklinieken (vaak ontstaan op initiatief van religieuze ordes, het Rode Kruis en bepaalde stichtingen) zonder winstoogmerk (63 000 bedden; gemiddelde capaciteit 43 bedden). Veel kankerinstellingen vallen in deze categorie. Kent geen winstuitkering aan derden; wel aan de stichting of een (deel van de) maatschap.
- ziekenhuispersoneel: 891 000, waarvan 88 000 artsen.

De overheidsziekenhuizen hebben een breed takenpakket, inclusief publieke gezondheidszorg, terwijl privéziekenhuizen zich richten op bepaalde segmenten (kraamzorg, spoedeisende hulp, chirurgie). Frankrijk telt veel kleine lokale perifere ziekenhuizen met een geringe omzet, met vaak de burgemeester als voorzitter van de raad van bestuur i.v.m. andere in het geding zijnde belangen dan gezondheidszorgbelangen (locale werkgelegenheids- in casu electorale belangen). Hun functioneren wordt steeds meer ter discussie gesteld, omdat er te weinig verrichtingen

(vooral chirurgie) plaatsvinden om voldoende kwaliteit te waarborgen. Een groot aantal artsen/specialisten is lid van het parlement. Het ministerie van volksgezondheid bepaalt hoeveel geld er naar de ziekenhuizen gaat op basis van een regionale verdeelsleutel. Verzekeraars onderhandelen met de vrijgevestigde specialisten, waarmee zij productieafspraken maken, en niet met de ziekenhuizen. Met de patiënt wordt door de specialist onderhandeld over het tarief.

### *1.3. Extramurale curatieve zorg*

Deze bestaat uit:

- Huisartsen
- Zelfstandig vrijgevestigde medisch specialisten
- Laboratoria (analyses médicales)
- Radiologie
- Apotheken

De Assurance Maladie (de basisverzekeraar) sluit convenanten met de zelfstandig vrijgevestigde medisch specialisten (médecine de ville) over zorg en tarieven.

Anders dan in Nederland beoefenen de vrijgevestigde medisch specialisten hun praktijk niet uit in een maatschap binnen een ziekenhuis maar zijn vaak zelfstandig buiten het ziekenhuis gevestigd.

Frankrijk telt 315 artsen per 100 000 inwoners (Nederland 192 per 100 000), die echter slecht gespreid zijn over het grondgebied (zie verder hoofdstuk 2.2.). Een bonus wordt gegeven aan artsen die zich in regio's met artsentekorten vestigen (de zgn. woestijngebieden).

### **1.4. Het Franse stelsel van sociale zekerheid**

In Frankrijk is de verzekering tegen ziektekosten onderdeel van het sociale zekerheidsstelsel (Sécurité Sociale), waarbinnen iedereen verplicht verzekerd is.

Het ziektekostenstelsel bestaat uit twee niveaus: de basisverzekering (Assurance Maladie) die verplicht en publiekrechtelijk is, en de aanvullende verzekering (Assurances Complémentaires). De Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) is de nationale organisatie van de verplichte verzekering, en wordt uitgevoerd door organen op nationaal, regionaal en departementaal niveau (de Caisses d'Assurance Maladie).

De financiering van de sociale zekerheid (Sécurité Sociale) bestaat uit drie bronnen:

- premies die worden geheven over het loon (ongeveer 70 procent van de inkomsten)
- belastingen (contribution générale généralisée)
- eigen bijdragen

Voor de vrijwillige aanvullende verzekering betaalt de verzekerde een premie.

Alle Fransen zijn in principe verzekerd voor ziektekosten via de Assurance Maladie, die gemiddeld 75 procent van het pakket van de basisverzekering vergoedt. In geval van chronische ziekte wordt 100 procent van de kosten vergoed. De overige 25 procent komt voor rekening van de aanvullende zorgverzekering en de patiënt (eigen bijdragen). 92 procent van de Franse bevolking is aanvullend verzekerd. Behalve aanvullende vergoedingen op het basispakket vergoeden de aanvullende verzekeraars zorg die niet in de basisverzekering zit, zoals de tandarts en de oogarts. De aanvullende verzekeraars nemen 12 procent van de uitgaven voor de gezondheidszorg voor hun rekening.

De **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)**, de niet op winst maken gerichte overheidsverzekeraar voor de zorgsector, met 82 000 medewerkers in dienst met een budget van ruim € 157 miljard, bepaalt het beleid inzake risicobeheer en leidt het netwerk van uitvoerende instanties. De afgelopen jaren heeft er een verandering in de taakuitoefening plaatsgevonden: van uitbetaal- naar risicobeheerkas. Voor het beheer van risico's in ziekenhuizen is een informatiesysteem in het leven geroepen. In dat kader wordt onderzoek gedaan naar verschillen per departement qua verrichtingen. Een belangrijk element om risico's te inventariseren is het begeleiden van patiënten om bepaalde risico's te vermijden (bij voorbeeld suikerziekte). Veel aandacht wordt geschonken aan preventie: zo is een informatiecampagne gevoerd om het gebruik van antibiotica terug te dringen met als resultaat een verminderd gebruik van 25 procent. Er worden bijeenkomsten met ziekenhuisdirecties gehouden over o.a. best practices, het ontwikkelen van prestatie-indicatoren en om bindende afspraken te maken over bijvoorbeeld medicijngebruik terug te dringen (in 2007 € 47 mln. bespaard). Een project is gestart dat erop is gericht om alle aanvragen voor ziekenhuisopnames vooraf voor advies/instemming voor te leggen aan een deskundig arts.

Naast de rol van verzekeraar beheert de CNAMTS ook ziekenhuizen, en levert ook medische nazorg (revalidatie, verpleeghuiszorg).

Door een delegatielid werd de vraag gesteld of het ziekenhuis c.q. de regionale directeur van de CNAMTS een beloning ontvangt in het kader van het risicobeheer bij ziekenhuizen. In reactie daarop werd het volgende naar voren gebracht. Het financiële voordeel vloeit terug in de ziekenhuiskas. Met zorginstellingen worden meerjarige beheerscontracten gesloten, waarbij het financiële voordeel de regionale CNAMTS toekomt. Als bepaalde doelstellingen worden bereikt resteert voor de kas meer geld. Een deel daarvan wordt als bonus uitgekeerd voor het team of voor de directeur (5–8 procent van het inkomen).

Over 2008 wordt een tekort van € 10 miljard verwacht, dat vooral wordt veroorzaakt door stijging van het aantal uitkeringen. Voor beantwoording van de vraag of minder vergoedingen worden verstrekt dan wel minder zorg moet worden verleend is politieke moed nodig.

De anderhalve eeuw geleden uit de arbeidersbeweging ontstane **Mutualité Française (MF)** (aanvullende/onderlinge verzekeraars) heeft de begrippen solidariteit (geen vragenlijsten/geen risicoselectie, geen tarieven gebaseerd op gezondheidsrisico's, geen winstbejag) en democratie (elk lid kan directe interventie plegen bij een besluit van de MF) hoog in het vaandel staan. Naast verzekeraar is de MF ook dienstverlener voor de sociale zekerheid, exploiteert ziekenhuizen (84 met meer dan 10 000 werknemers), heeft de laagste premies en sluit veel collectieve contracten af (o.a. voor overheidsambtenaren). Veel studenten en kleine zelfstandigen zijn bij de MF verzekerd. Hoe langer men verzekerd is des te lager de premie. De MF-ziekenhuizen werken zonder winsttoogmerk, zijn 24 uur per dag voor patiënten beschikbaar, kennen nauwelijks overschrijding van honoraria, hanteren lagere tarieven dan de commerciële ziekenhuizen en streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg. De artsenhonoraria zijn niet in de tarieven geïntegreerd.

In antwoord op de vraag of het gevaar bestaat dat de slechte, bij profit organisaties onverzekerbare risico's door MF moeten worden opgevangen werd bevestigend geantwoord.

Op dit moment heeft de MF 30 miljoen Fransen onder haar hoede.

Naast ziekenhuiszorg omvat het zorgaanbod verpleeg- en verzorgingshuizen, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, tand-, oog- en gehoorzorg, apotheken, kindzorg en ontwerpt de MF preventieprogramma's en voert deze uit.

Om een rechtvaardige toegang tot de zorg te bevorderen bestaat er sinds januari 2000 een universele ziektekostendekking; de **Couverture Médicale Universelle (CMU)**. De CMU is een wettelijke ziektekostenverzekering voor mensen met een klein inkomen en is gratis (de staat betaalt), indien het inkomen gelijk is aan het minimumloon (ca € 600 per maand) of daaronder ligt. Op dit ogenblik hebben 4 800 000 Fransen die onder deze inkomensgrens zitten geen aanvullende verzekering, voornamelijk omdat zij die niet kunnen betalen.

### 1.5. Ziekenhuisfinanciering

Jaarlijks wordt door de regering – na overleg met het Parlement – het budgettair kader (Objectif national des dépenses d'assurance maladie; ONDAM) vastgesteld. Vervolgens verdeelt de regering de daarmee samenhangende gelden over de volgende sectoren: intramuraal, extramuraal en sociaal-medisch, en de regio. De Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) – een geconcentreerde regionale dienst van het ministerie – zijn verantwoordelijk voor de regionale planning en verdeling van de budgetten over de instellingen.

Sinds 2005 bestaat in Frankrijk een uniform tarifieringstelsel dat per verrichting vergoedt, om te komen tot een betere en meer efficiënte zorg. Vergoeding per verrichting zal naar verwachting leiden tot verandering van het zorgaanbod in de regio. Het tarief wordt m.a.w. gehanteerd als reguleringsinstrument.

Met ingang van 2008 is het stelsel volledig ingevoerd. Het systeem zou voor een grotere transparantie en efficiency moeten zorgen. Echter, de meeste ziekenhuizen draaien met verlies; 29 van de 31 universiteitsziekenhuizen zitten in de rode cijfers. De ziekenhuizen wijten dit aan de te lage (product)prijzen die voor sommige verrichtingen door de overheid worden vastgesteld.

Een gemengd financieringssysteem voor zowel de overheids- als privé-ziekenhuis met een vijftal verschillende financieringsvormen zal worden geïmplementeerd:

1. Tarieven per ziekenhuisverblijf (homogene groepen/GHS).  
Er wordt een indeling naar verschillende groepen ingrepen gehanteerd met gewogen behandelingen. De nieuwe classificering is gebaseerd op 600 basishandelingen, verdeeld naar 4 niveau's van ernst van de aandoening/complicaties. Genoemd aantal zal op termijn worden uitgebreid naar 2300 groepen.
2. Tarieven per verrichting (spoedeisende/poliklinische hulp, uitnemen van organen t.b.v. donatie).
3. Vergoedingen gebaseerd op feitelijke kosten waarover met het ziekenhuis apart wordt onderhandeld (dure medicijnen, prothesen/implantaten).
4. Een jaarlijks forfaitair bedrag voor spoedeisende hulp, hulp aan specifieke groepen (nazorg na ziekenhuisopname), mobiele medische teams, orgaanbanken)
5. Een jaarlijkse lump sum voor kwesties van algemeen belang, waarover de ziekenhuizen gegevens dienen te verzamelen.

De regionale toezichthouder kan via onderhandelingen extra geld (voor investeringen in ziekenhuizen) toewijzen. Daarvoor is voor het gehele Franse grondgebied € 1 miljard beschikbaar, waarvan € 500 mln. voor ziekenhuisinvesteringen.

Voor psychiatrie bestaat geen vergoeding op grond van behandeling, omdat het niet eenvoudig is hiervoor normen vast te stellen en activiteiten/handelingen te classificeren.

Autonome instellingen betalen in principe zelf hun investeringen. Het ministerie kan wel behulpzaam zijn bij het versnellen van investeringen.

Tussen overheid en beroepsgroepen vinden geen onderhandelingen plaats over de hoogte van de vergoeding per verrichting. Wel vinden tussen regering en parlement onderhandelingen plaats over verhoging van het zorgbudget. De regering is verantwoordelijk voor het in de hand houden van de zorguitgaven.

## **2. Problemen waarmee de Franse gezondheidszorg wordt geconfronteerd**

### *2.1. Goede prestaties maar moeite met kostenbeheersing*

Uit de meeste onderzoeken komt de Franse curatieve zorg er zeer goed uit. De kwaliteit van de medische zorg is zeer hoog, er zijn geen of weinig wachtlijsten en er is dan ook veel aanbod. In bijvoorbeeld een stad als Parijs hoef je maar om je heen te kijken: veel zelfstandig gevestigde specialisten, een pharmacie op elke hoek, veel cabinets de radiologie en laboratoires d'analyse médicale. Tegelijkertijd is er ook ongelijke spreiding van medisch-specialistische zorg over het land.

Frankrijk is Europees kampioen geneesmiddelengebruik: twee keer zoveel als Nederland en de Fransen gebruiken vier keer zoveel antibiotica. Het is een open systeem met veel vrijheid voor de actoren. Hoewel de patiënt sinds 2006 een verwijzing van de huisarts dient te hebben om in aanmerking te kunnen komen voor vergoeding van specialistenconsult en ziekenhuiszorg (behoudens spoedgevallen en bepaalde specialismen, zoals psychiatrie, gynaecologie en jeugdzorg), heeft hij nog steeds veel vrijheid om het zorgtraject te doorlopen. Ook is er veel vrijheid voor de arts die zich overal mag vestigen en een grote vrijheid heeft om de tarieven te vragen die hij wil. De overheid heeft geprobeerd dit tegen te gaan, hetgeen veel verzet heeft gemobiliseerd. Veel medisch-specialisten zijn niet aan een ziekenhuis verbonden maar hebben een zelfstandige praktijk buiten het ziekenhuis, waar de overheid niet of nauwelijks greep op heeft. Voor specialisten bestaat er een beperkte mogelijkheid om twee halve dagen per week privaat in het overheidsziekenhuis werkzaam te zijn, waarvoor zij 10 procent van het honorarium aan het ziekenhuis dienen af te staan. Daarvan wordt veel misbruik gemaakt, aldus een van de gesprekspartners. Er worden veel nutteloze verrichtingen gepleegd, waarvan jaarlijks een lijst wordt gepubliceerd. Vanwege het ontbreken van extramurale zorg in bepaalde regio's vinden er jaarlijks 90 miljoen bezoeken aan de eerste hulp plaats.

Hieronder wordt kort ingegaan op enkele specifieke problemen waarmee Frankrijk te maken heeft.

### *2.2. Tekorten op de sociale zekerheid*

Al jaren geven de Fransen meer uit aan gezondheidszorg dan er binnen komt. Voornaamste oorzaak: minder inkomsten en hogere kosten. Door de overheid wordt naarstig gezocht naar andere financieringsbronnen.

In tegenstelling tot eerdere jaren lijkt zich toch een wat meer fundamentele discussie af te tekenen over de grenzen van het zorgstelsel. Meer eigen betalingen, het versmallen van het basispakket, een grotere rol van de aanvullende zorgverzekeraar, beperking honoraria medisch specialisten, beperking van het medicijngebruik, beperking van de vergoeding van geneesmiddelen voor chronisch zieken waren de hoofdthema's van de afgelopen maanden.

In de afgelopen 20 jaar zijn van overheidswege 18 reddingsplannen voor de Sécurité Sociale gepresenteerd. De belangrijkste oorzaak van de financiële tekorten is vooral de relatief zwakke economische groei en de relatief hoge werkloosheidscijfers, waardoor er verminderde inkomsten zijn voor de sociale zekerheid. De schuld wordt elk jaar overgeheveld naar de



Caisse de l'amortissement de la dette sociale (fonds bestemd voor het delgen van de staatsschuld), waarover wel rente wordt betaald, waarbij maar beperkt wordt afgelost. Het probleem wordt derhalve vooruitgeschoven richting komende generaties. Er gaan steeds meer stemmen op om daaraan een einde te maken.

In 2007 bedroegen de uitgaven voor de geneesmiddelen die door de sociale zekerheid vergoed werden meer dan € 21 miljard. Dit is een toename van 4,6 procent ten opzichte van 2006. Deze ontwikkeling wordt volgens de Assurance Maladie verklaard doordat:

- er steeds meer geneesmiddelen voor de zwaardere pathologieën (kanker, aids, MS etc.) die voorheen vooral door het ziekenhuis werden vertrekt, nu ook voorhanden zijn in de openbare apotheek;
- er steeds duurdere producten op de markt worden gebracht ten nadele van bestaande en goedkopere geneesmiddelen met een vergelijkbare werkzaamheid;
- het aandeel van de medicijnen voor chronisch zieken in de totale geneesmiddelenconsumptie steeds groter wordt. Van 36 procent in 2000 naar 45 procent in 2007 (chronisch zieken krijgen hun geneesmiddelen volledig vergoed door de Assurance Maladie).

In 2007 waren pijnstillers het meest voorgeschreven middel (380 miljoen verpakkingen) gevolgd door de kalmeringsmiddelen (109 miljoen verpakkingen) en antibiotica (89 miljoen verpakkingen). Hoge bloeddruk-middelen en de anticholesterolmiddelen waren de grote kostenveroorzakers. Een groot deel van de uitgaven komt voor rekening van een relatief beperkt aantal producten. De 100 duurste middelen zijn verantwoordelijk voor 48 procent van de totale uitgaven voor geneesmiddelen; dit terwijl er in Frankrijk ongeveer 3500 geneesmiddelen in 8000 verschillende uitvoeringen op de markt zijn.

### **2.3. Veel artsen maar slecht gespreid**

Met 315 artsen per 100 000 inwoners heeft Frankrijk gemiddeld meer artsen dan de meeste Europese landen (Nederland 192 per 100 000). Met de spreiding is het echter slecht gesteld. Vijf procent van de bevolking woont in een gebied waar het problematisch is een huisarts te bereiken, m.n. gebieden in het noorden en midden van Frankrijk waar weinig mensen wonen (de zgn. woestijngebieden), waar sommige specialismen zelfs dreigen te verdwijnen. Zo zijn in de gebieden waar de meeste ouderen wonen de minste geriateren. Ook willen steeds minder artsen zich vestigen in de gebieden rond de grote steden (banlieues). Een bonus wordt gegeven aan artsen die zich in een regio met artsen tekorten vestigen.

### **2.4. Groeiende ongelijkheid qua toegang tot de zorg**

Artsen zijn verplicht patiënten die onder de CMU vallen te behandelen tegen de tarieven die door de sociale zekerheid worden vergoed. Dit is een maatregel die vooral de «secteur 2 specialisten» (specialisten die een extra vervolgopleiding hebben gevolgd) raakt, die de patiënt vrije tarieven in rekening mogen brengen dan «secteur 1 specialisten». Het gedeelte van het honorarium dat boven de «secteur 1 norm» ligt wordt echter niet vergoed door de Assurance Maladie. De enige beperking die de beroeps-ethiek «secteur 2 specialisten» oplegt is dat, rekening houdend met de (financiële) situatie van de patiënt, de vaststelling van het honorarium met «tact et mesure» (met tact en maat) gebeurt. Wel kan de patiënt zich aanvullend verzekeren tegen een (deel) van de kosten van een «secteur 2 consult».

5 miljoen Fransen (8 procent) heeft geen aanvullende verzekering, en er zijn steeds meer specialisten die een hoger honorarium vragen dan door

de Sécurité Sociale wordt vergoed, waardoor een gelijke toegang tot de zorg belemmerd wordt. Volgens een enquête van het Collectif Interassociatif de la Santé (CIS) (koepel van consumenten- en patiëntenverenigingen) heeft 13 procent van de Fransen om financiële redenen afgezien van noodzakelijke zorg (zie ook hoofdstuk 4).

Een onderzoek uit 2006 heeft aangetoond dat 41 procent van de «secteur 2 specialisten» heeft geweigerd CMU-patiënten te behandelen. Twee jaar na het onderzoek is het vermoeden dat er nog steeds veel CMU-patiënten worden geweigerd.

De Wet Bachelot (zie verder hoofdstuk 3.2.) maakt het zorgverzekeraars mogelijk financiële sancties op te leggen, die openbaar zullen worden gemaakt, om te laten zien dat het weigeren van patiënten niet toegestaan is. In het uiterste geval kan aan de arts zijn recht worden ontnomen om tariefoverschrijdingen toe te passen.

Overigens heeft minister van volksgezondheid recent een decreet uitgevaardigd waarmee de «secteur 2 specialisten» die hun tarieven niet ad valvas in de wachtkamer meedelen een boete krijgen.

### **3. Herstructureringsplannen Franse gezondheidszorg**

#### **3.1. Algemeen**

De afgelopen maanden is een fundamentele discussie ontstaan over de (on)betaalbaarheid en de grenzen van het zorgstelsel. Al jaren overstijgen de uitgaven voor gezondheidszorg de inkomsten. De tekorten zijn de afgelopen jaren naar volgende jaren (lees: toekomstige generaties) doorgeschoven, waaraan president Sarkozy en zijn ministers van Begrotingszaken en Volksgezondheid een einde wensen te maken.

Meer eigen betalingen, het versmallen van het basispakket, een grotere rol van de aanvullende zorgverzekeraar, beperking honoraria medisch specialisten, vergoeding geneesmiddelen voor de chronisch zieken waren de hoofdthema's van de afgelopen maanden. Een optie die momenteel door de regering onderzocht wordt is om sommige uitgaven van de verplichte zorgverzekering (Assurance Maladie) over te hevelen naar de aanvullende zorgverzekering. De Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maant in zijn jaarverslag echter tot voorzichtigheid. Het overhevelen van € 5 miljard naar de aanvullende verzekering zou leiden tot een premieverhoging van 12 à 16 procent (lastenverhoging per gezin tussen de € 30 en € 185). Bovendien is een probleem dat niet iedereen aanvullend verzekerd is. Zo hebben 5 miljoen Fransen (8 procent) geen aanvullende verzekering. Deze ongelijkheid in de toegang tot de zorg werd de afgelopen maand geïllustreerd door een uitgebreide polemiek in de media over de overschrijdingen van de honoraria van de vrijgevestigde medisch-specialisten («secteur 2 specialisten»: zie hoofdstuk 2.4.) De patiënten willen nu dat de regering ingrijpt en een grens stelt aan de honoraria die deze specialisten in rekening mogen brengen. Om in 2011 een begrotingsevenwicht te bereiken dienen volgens de minister van Volksgezondheid voor de korte termijn stevige maatregelen genomen te worden. Zij noemde vooral maatregelen die erop gericht zijn het gedrag van consument en zorgprofessional te veranderen onder andere door: meer preventie, het versmallen van het basispakket, meer doelmatigheid in de ziekenhuizen en een grotere rol van de aanvullende zorgverzekering. Ook noemde de minister de noodzaak om met structurele hervormingen van de gezondheidszorg te komen, met als uitgangspunt het behoud van de principes van de sociale zekerheid, solidariteit en gelijke toegang tot de zorg.

Met het in september 2008 ingediende wetsvoorstel «Hôpital, Patients, Santé et Territoires» (HPST) van de minister van Volksgezondheid, Roselyne Bachelot, zijn ingrijpende veranderingen in de organisatie van de Franse gezondheidszorg op komst. Deze wet (in de volksmond de Wet Bachelot genoemd) stelt de toegankelijkheid van de zorg centraal, en moet een betere spreiding van de zorg tot stand brengen.

### *3.2. Enkele speerpunten in de Wet Bachelot*

#### *3.2.1. Algemeen*

De wet Bachelot, die in juli 2010 van kracht wordt en waarvan verwacht wordt dat na 15 jaar de doelstellingen bereikt zullen zijn, stelt de toegankelijkheid van de zorg voor elke burger centraal, alsmede de ontkokering van het bestaande systeem, de bevordering van de veiligheid van de patiënt en een meer efficiënte besteding van de schaarse financiële middelen met het oog op de toename van de vergrijzing, waardoor de zorgvraag aanzienlijk zal toenemen. Het wetsvoorstel stelt de toegankelijkheid van de zorg centraal, en moet een betere spreiding van de zorg, meer afspraken, samenhang en complementariteit tussen de eerstelijns en de ziekenhuiszorg, minder bureaucratie door vereenvoudiging van procedures en een betere aansturing van de zorg op regionaal niveau tot stand brengen. Ook wordt het beleid gericht op preventie benadrukt. Door de Wet Bachelot wordt de financiering van de zorg nationaal geregeld, waarbij alle zorginstellingen gelijk zijn. De Franse regering wil door invoering van een nationaal tarief beter inzicht krijgen in de zorgvraag en in de bestaande structuren.

In antwoord op de vraag wie het aantal chirurgische ingrepen per regio/ziekenhuis bepaalt werd meegedeeld dat daarbij het regionaal (prioriteiten)zorgschema als uitgangspunt geldt, waarin het maximale volume per instelling is opgenomen. Er is geen indicator om instellingen naar kwaliteit te differentiëren. Correcte verdeling van het zorgaanbod per regio is uitgangspunt. De regionale toezichthouder kan aandringen op het uitvoeren van meer behandelingen. De instelling wordt dan gevraagd de kwaliteit op te vijzelen, waarna certificering plaatsvindt. Een instelling die uitstekend presteert ontvangt niet automatisch meer geld.

#### *3.2.2. Meer aandacht voor preventie, vooral gericht op jeugd*

Verkoop van alcohol en tabaksartikelen aan minderjarigen wordt verboden. Voorheen was de leeftijdsgrens 16 jaar. Wel heeft minister Bachelot een aantal concessies moeten doen aan de in het Parlement zeer aanwezige wijnlobby: alcoholreclame op Internet wordt onder voorwaarden toegestaan en benzinestations mogen alcohol verkopen. Verder komt er in samenwerking met een aantal bedrijven uit de voedingsindustrie een nieuw preventieprogramma voor de bestrijding van obesitas bij kinderen.

#### *3.2.3. Betere spreiding en bereikbaarheid van artsen*

Frankrijk heeft gemiddeld meer artsen dan de meeste Europese landen, maar zij zijn zeer ongelijk over het land verspreid: 2,6 miljoen mensen hebben moeite een arts te vinden. In het noorden en midden van Frankrijk is de artsendichtheid het geringst en dreigen sommige specialismen (gyneacologie, chirurgie) zelfs te verdwijnen. Om de ongelijke spreiding over het land aan te pakken bevat de wet Bachelot een aantal stimulerende maatregelen. Zo kunnen jonge artsen die zich vestigen in een regio waar een gebrek is aan artsen een financiële tegemoetkoming krijgen van de staat. Mocht over drie jaar blijken dat deze maatregel geen effect heeft

dan zal de regering maatregelen nemen om een betere spreiding af te dwingen. Eerder had de regering aangekondigd dat artsen die zich gevestigd hebben in regio's met een overschot verplicht worden zich in te zetten in de regio's met een tekort, bijvoorbeeld door mee te draaien in de weekenddiensten. Artsen die dit weigeren zouden financieel gekort worden.

#### 3.2.4. Sterkere rol regio

De regio krijgt een sterkere rol. Samenwerkingsverbanden/regionale agentschappen (26 stuks) van overheid en zorgverzekeraars (Agences Régionales de Santé; ARS) zullen de zorg in de regio (3 à 400 000 inwoners per gebied) aansturen en coördineren. Evaluatie van de behoeften speelt daarbij een niet onbelangrijke rol. De directeuren (prefecten) van de ARS zullen worden benoemd door de minister van volksgezondheid, en zijn verantwoordelijk voor de opstelling en het toezicht op de uitvoering van de regionale prioriteitenplannen, gebaseerd op de zorgbehoeften. De prefect bepaalt de prioriteiten.

De ARS zullen de bestaande regionale structuren, die verkokerd zijn en weinig onderlinge samenhang hebben, moeten integreren. Nieuw is dat straks één regionale autoriteit alle dimensies van de zorg (preventie, extramurale zorg, ziekenhuiszorg en sociale ondersteuning) in onderlinge samenhang beziet om het regiobeleid richting te geven en te coördineren. Een belangrijke vraag is echter hoe de samenwerking tussen regionale overheid en de regionale zorgverzekeraars gaat uitpakken. De kans is niet ondenkbeeldig dat er een rolvervaging tussen de overheid als beleidsmaker en de zorgverzekeraar als beheerder van de Assurance Maladie gaat optreden.

De verschillende actoren in de zorg dienen regionaal/territoriaal met een nieuwe mentaliteit te gaan werken, gericht op samenwerking. Een cultuuromslag zal moeten plaatsvinden, waarop de ARS nadruk zal gaan leggen. Ziekenhuizen moeten meer dan voorheen het geval was extramuraal moeten gaan denken en handelen. Het bieden van medisch-sociale bijstand en meer aandacht schenken aan preventie maken daar onderdeel van uit.

De Wet Bachelot schept ook mogelijkheden om instellingen te laten fuseren, en biedt juridische en financiële (bonussen) mogelijkheden om samenwerking tussen overheids- en privéziekenhuizen te bevorderen. Uitgangspunt is dat er per regio 1 topklinisch ziekenhuis aanwezig is, met daarnaast ziekenhuizen die primaire zorg bieden.

#### 3.2.5. Ziekenhuis als bedrijf

Het ziekenhuis moet meer als een bedrijf worden bestuurd. De algemeen directeur, die geen medicus (meer) hoeft te zijn, wordt de baas van het ziekenhuis. Hij dient primair manager te zijn, moet goed kunnen organiseren en samenwerking bevorderen. Hij krijgt meer autonomie en bevoegdheden en zit het directieteam voor, waarvan de medisch directeur de vicevoorzitter wordt. De huidige raad van bestuur, waarvan de burgemeester nu vaak de voorzitter is, wordt vervangen door een raad van toezicht waarin de locale politiek, het personeel en deskundigen (die door voornoemde groeperingen worden benoemd) evenredig vertegenwoordigd zullen zijn. In mei was het verzet van de medici tegen het voorstel van de regering om de overheidsziekenhuizen meer als bedrijf te besturen sterk gegroeid. Vooral het besturingsmodel waarbij niet-medici de baas van het ziekenhuis zouden worden werd met kracht afgewezen. De vrees was dat de handelsgeest de overhand zou krijgen en dat dit ten koste zou gaan van de patiënt. Het verzet culmineerde in een grote manifestatie die in Parijs op 28 april jl. meer dan 10 000 artsen op de been bracht. Het verzet van de artsen heeft ertoe geleid de artsen een grotere stem in het directieteam hebben gekregen. Ziekenhuizen (overheid en privé) moeten

meer samenwerken en een netwerk (een model van basis- en topziekenhuizen) vormen om het aanbod beter op de behoeften van de patiënt af te stemmen en beter te kunnen voldoen aan de nieuwe eisen van technologie. Ziekenhuizen die met elkaar een «zorgnetwerk» vormen krijgen meer geld. De samenwerkingsafspraken (een model van top- en basisziekenhuizen) komen op vrijwillige basis tot stand, en worden per regio vastgelegd en bewaakt door de nieuw op te richten regionale agent-schappen (ARS). Verder moet er meer samenwerking komen tussen de ziekenhuiszorg, de zelfstandig vrijgevestigde medisch specialist en de overige extramurale zorg. Dit moet uiteindelijk leiden tot beperking van de uitgaven, daar het streven van de Franse regering erop is gericht dat de ziekenhuizen in 2012 geen tekorten meer hebben.

In reactie op de vraag of ziekenhuizen failliet mogen/kunnen gaan werd opgemerkt dat van een echt faillissement geen sprake zal zijn. De Wet Bachelot voorziet in een faillissementsverklaring, waarna door het ministerie een (tijdelijke) zaakwaarnemer wordt aangesteld. De ARS kan in dat geval dwingende richtlijnen opleggen i.p.v. voorstellen te doen onder het vorige wettelijk regime. In het parlement is over dit punt fel gediscussieerd, daar de burgemeester, een politicus, voorzitter van de raad van bestuur van het ziekenhuis is en in de nieuwe wet de directeur deze zetel zal innemen. Vooral de Sénat maakte hier een majeur punt van. De directeur kan via contracten over financiële middelen en doelstellingen ook invloed uitoefenen op de overheids- en privéklinieken, aldus een antwoord op een desbetreffende vraag.

De ARS gaat rekeningen controleren en de kwaliteit en veiligheid van de zorg certificeren. Voorts gaat het agentschap toezien op het nakomen van de verplichting tot (na)scholing van artsen, die voorheen niet verplicht was. In dat kader zullen controles op locatie plaatsvinden.

#### **4. Reacties uit de samenleving**

##### *4.1. Politiek*

De regering had medio januari 2009 aangekondigd dat artsen die zich gevestigd hebben in regio's met een overschot verplicht worden zich in te zetten in de regio's met een tekort, bijvoorbeeld door mee te draaien in de weekenddiensten. Artsen die dit weigeren zouden financieel gekort worden. Dit voorstel heeft de woede van de artsen opgewekt en de regeringspartij UMP lijkt nu de emoties te willen temperen door pas na 2012 de discussie over het principe van de vrije vestiging willen voeren. Ook de aansturing door de regio zal nodige discussies opleveren. Het is de bedoeling dat samenwerkingsverbanden van overheid en de verplichte zorgverzekering (ARS) de zorg in de regio richting moeten geven en coördineren. Men is niet zo zeer tegen een grotere rol van de regio maar tegenstanders spreken over staatsovername. Ook hebben de artsenvakbonden al laten weten dat een ziekenhuis zich niet laat besturen als een bedrijf en ook is de vrees dat de herstructureringsplannen tot sluitingen van ziekenhuizen zullen leiden, als bijvoorbeeld door de overheid vastgestelde limieten qua aantallen verrichtingen zullen worden gehanteerd (minimaal 500 bevallingen per kraamafdeling per jaar).

De problematiek van de slechte spreiding van de medisch-specialistische zorg speelt al jaren maar het is nu voor het eerst dat het principe van vrije vestiging zo nadrukkelijk ter discussie wordt gesteld. De socialisten willen het jonge artsen verbieden zich te vestigen in regio's met een overschot aan artsen. De regering had medio januari aangekondigd dat artsen die zich gevestigd hebben in regio's met een overschot verplicht worden zich in te zetten in de regio's met een tekort, bijvoorbeeld door mee te draaien in de weekenddiensten.

Artsen die dit weigeren zouden financieel gekort worden. Ook de aansturing door de regio zal nodige discussies opleveren. Het is de bedoe-

ling dat de ARS de zorg in de regio richting gaat geven en coördineren. Men is niet zo zeer tegen een grotere rol van de regio maar tegenstanders spreken over staatsovername.

De afgelopen maanden is het verzet van de medici tegen het voorstel van de regering om de overheidsziekenhuizen meer als bedrijf te besturen sterk gegroeid. Vooral het besturings-model, waarin niet-medici de baas van het ziekenhuis worden, werd met kracht afgewezen. De vrees was dat de handelsgeest de overhand zou krijgen en dat dit ten koste zou gaan van de patiënt. Het verzet culmineerde in een grote manifestatie die in Parijs op 28 april 2009 meer dan 10 000 artsen op de been bracht. President Sarkozy heeft de artsen nu toegezegd dat zij in het directieteam van het ziekenhuis een grotere stem krijgen.

Het verzet van de artsen lijkt effect te hebben maar de regering hoopt met de nu gedane toezeggingen het conflict enigszins bezworen te hebben. Medio mei 2009 is de behandeling van het wetsvoorstel in de Sénat gestart.

De Wet Bachelot brengt geen verandering voor de **Haute Autorité de la Santé (HAS)** teweeg waar het de accreditatie- en certificeringstaak betreft. De HAS vindt de oprichting van de ARS het enige sterke punt van de wet. Met de ARS zal worden samengewerkt. De certificering zal een plaats krijgen in het regionale plan.

Veel mandarijnen zijn tegen de nieuwe wet, omdat zij bang zijn dat de directeur in de boeken gaat kijken en allerlei financiële constructies aan de kaak gaat stellen, aldus een van de geprekpartners.

De pariteitencommissie, door de Sénat en de Assemblée Nationale ingesteld wegens grote verschillen van mening tussen beide kamers over enkele majeure onderdelen van het wetsvoorstel, heeft uiteindelijk het volgende compromis bereikt:

- Medici krijgen een grotere rol bij de aansturing van het ziekenhuis
- Voorlopig geen beperking van de vrije vestiging van artsen
- Geen controle op de toepassing van de CMU
- De rol van de ARS zal worden verduidelijkt

Belangrijke vragen zijn echter nog niet beantwoord; bijvoorbeeld over:

- de verhouding tussen privé- en overheidsziekenhuizen,
- over de regionale aansturing met centralistische trekjes (ministerie in Parijs houdt vinger in de regionale pap)
- hoe de spreidingsproblematiek van artsen wordt opgelost, en
- hoe de ongelijkheid qua toegangsmogelijkheden feitelijk zal worden aangepakt (CMU).

De administratieve complexiteit is de grootste vijand van de hervorming, waar Frankrijk overigens goed in is, aldus een reactie van een van de parlementsleden waarmee gesproken is.

#### *4.2. Organisaties*

##### **Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) (federatie van privéziekenhuizen)**

De wet heeft volgens de FHP grote gevolgen voor de taak van de privé-ziekenhuizen. Gelijke rechten voor ziekenhuizen kent de wet niet. De betere reputatie wordt niet vergoed. De staat gaat straks de tarieven bepalen, zonder naar de kostprijs te kijken, die op dit moment 37 procent hoger is bij de overheidsziekenhuizen (aldus een uit 2006 daterend onderzoek). In antwoord op de vraag van een van de delegatieleden naar de oorzaak daarvan werd geantwoord dat daar teveel medewerkers met te



hoge salarissen in dienst zijn. Dat de kosten van chirurgische ingrepen de afgelopen jaren de pan zijn uitgerezen heeft ook te maken met het feit dat in de loop der jaren sprake is van hyperspecialismen in de ziekenhuizen. Voor 1986 was de chirurg generalist. Daarna kwam het onderscheid tussen chirurgen voor de categorieën harde en zachte lichaamsdelen, met in de jaren negentig een verdere chirurgische verdeling van het lichaam over specialismen. Menig ziekenhuis had diensgevolge 60 chirurgen in dienst die als generalist betaald wensten te worden, waardoor ziekenhuisbegrotingen uit hun voegen zijn gebarsten.

De FHP is van mening dat in het kader van de Wet Bachelot de medische praktijk moet worden geëvalueerd en niet de chirurg. Gestreefd dient te worden naar de beste capaciteit van een ziekenhuis. De afgelopen 15 jaar is geen enkel overheidsziekenhuis gesloten. De FHP is verontwaardigd over de hetze die Fédération Hospitalière de France (FHF) (federatie van overheidsziekenhuizen) op dit moment in de media voert tegen de privé-ziekenhuizen, nl. dat deze de krenten uit de pap pikken door alleen eenvoudige ingrepen tegen forse vergoedingen te verrichten en de moeilijke gevallen aan de overheidsziekenhuizen laat. Zich beroepend op het algemeen wordt gepleit voor prijsverlagingen in de algemene ziekenhuizen, waarmee jaarlijks een besparing van € 1,36 miljard zou kunnen worden bereikt. De FHF op zijn beurt is furieus over de website van de FHP waarop de prijsverschillen worden getoond. Men kan alleen zaken vergelijken die vergelijkbaar zijn, aldus de FHP. In het overheidsziekenhuis is ruimte voor de opvang van de meest lastige, en vaak kansarme gevallen, is de zorg permanent, wordt onderzoek gedaan en wordt medisch personeel opgeleid. Bovendien gaat het slechts om de vergelijking van 50 van de 2100 ingrepen. Bij die 50 zitten de meest voorkomende behandelingen, maar de uitzonderlijke (dus dure) ingrepen zijn niet meegeteld, aldus de federatie van algemene ziekenhuizen.

Privéziekenhuizen betalen in tegenstelling tot overheidsziekenhuizen belasting, wat gunstig is voor de gemeentelijke inkomsten.

De benoeming door de staat van de ziekenhuisdirecteur heeft het gevaar dat de overheids-ziekenhuizen een voordeliger uitgangspositie gaan innemen. Aan de andere kant kan de directeur unilaterale beslissingen nemen als er geherstructureerd moet worden. Het privéziekenhuis heeft in dat geval troeven in handen als partner, omdat het flexibel is en gewend is om snel beslissingen te nemen.

In antwoord op een desbetreffende vraag werd geantwoord dat de privé-ziekenhuizen geruime tijd doelwit zijn geweest van particuliere investeerders (o.a. Blackstone). In 24 maanden werden 60 klinieken aangekocht. De kapitaalintensieve zorgsector is volgens de FHP qua investeringsrendement een gunstige sector. Omdat ca. 37 procent goedkoper wordt gewerkt dan in de overheidssector is een gunstiger rendement mogelijk; laag voor de exploitatie en hoog voor het vastgoed.

De Franse regering wil de ziekenhuissector herstructureren en daarbij een beroep doen op privékapitaal. In antwoord op de vraag welk rendement daarbij dan voor ogen staat werd geantwoord dat dit afhankelijk is van het gewenste rendement. Een rendement van 15 procent wordt onmogelijk geacht. Voor het vastgoed, dat belangrijk is i.v.m. de huuropbrengst, is 5 à 6 procent redelijk.

De FHP is voorstander van een debat met de overheid over rendement omdat de overheid de tarieven vaststelt.

Om zo transparant mogelijk te zijn moeten in Europees perspectief artsen antwoord geven op de volgende vragen: Wat is de kwaliteit van de zorg die wordt verleend en wat kost dat? Is een follow-up aanwezig waar het gaat om de nazorg van patiënten die zijn geopereerd?

Het debat ontbreekt over de opleidingsvraag of over het aantal uit te voeren keizersneden.  
Jonge artsen willen tegenwoordig eerder in teamverband werken dan zelfstandig.

### **Fédération Hospitalière de France (FHF)(federatie van overheidsziekenhuizen)**

Artsen ontberen een sociaal-economische achtergrond, omdat zij daarvoor niet zijn opgeleid, en wijzen begrippen als management en beheer daarom af. In het kader van de artsenopleiding moet meer aandacht aan zorg economie worden gegeven, zo begon de inleiding van de FHF-directeur.

De FHF heeft steun verleend aan de Wet Bachelot, omdat de federatie enkele jaren geleden al rapporten met eerste aanzetten heeft gepubliceerd. Meest markante elementen van de wet zijn het voor iedereen toegankelijk maken van de zorg en het ter discussie stellen van de vrijheid van vestiging van artsen: «In bepaalde gebieden kun je beter koe dan mens zijn, gelet op de grote dichtheid van dierenartsen». Positief staat de federatie tegenover de instelling van de ARS, hoewel vraagtekens worden geplaatst of dit agentschap de aanbodzijde van de zorg kan beïnvloeden, en de verbreding van de bestaande regio's. De FHF verwacht niet meer medische studenten als de vestigingsvrijheid blijft, doch kan accoord gaan met instandhouding van de vestigingsvrijheid op voorwaarde dat de staat de vestiging regelt. Een verplichtend karakter van de vestiging is voor de federatie overigens bespreekbaar. De regering heeft toegegeven aan de protesten van jonge artsen. Plannen om via enquêtes te achterhalen of iedereen die echt medische zorg nodig heeft ook feitelijk wordt geholpen zijn door de vakbonden van artsen tegengehouden. Opgemerkt wordt dat 40 procent van de artsen in de regio Parijs weigeren om arme patiënten te helpen, ondanks de eed van Hippocrates.

De strijd tussen overheid en artsen vloeit vooral voort uit de vrees dat technocraten in het ziekenhuis aan de macht komen en de beroepsuitoefening van artsen (bij voorbeeld de aanschaf van medische apparatuur) door gebrek aan financiële middelen geweld wordt aangedaan. De door de regering voorgestane hervorming wordt door de FHF beschouwd als een etappe, die op termijn zal leiden tot aanstelling van artsen als directeuren.

Vergroting van de kwaliteit van de zorg is één van de pijlers van de wet. Ca. 220 ziekenhuizen zullen gesloten moeten worden omdat bepaalde specialismen geen voortbestaan meer hebben in het licht van de kwaliteitszorg. Deze zullen worden getransformeerd tot verpleeg- en verzorgingshuizen. De wet voorziet in een groepsstrategie waarbinnen grote ziekenhuizen kleine ziekenhuizen samenwerken om de kwaliteit van zorg in de regio te garanderen. Ook is samenwerking met de privé-ziekenhuizen voorzien, omdat in een bepaalde regio geen plaats is voor 2 chirurgische afdelingen. Waar het gaat om het vervullen van vacatures zal de directeur conform de Wet Bachelot de behoefte toetsen, hetgeen voor artsen onacceptabel is.

In reactie op de vraag of privéziekenhuizen 37 procent goedkoper zijn dan de publieke ziekenhuizen werd gesteld dat door de privéziekenhuizen verzuimd is bepaalde kosten in de tarieven op te nemen. Ook het niet (willen) behandelen van dure patiënten uit achterstands-wijken is daarbij buiten beschouwing gebleven. De FHF keurt het laatste ten stelligste af, en pleit voor een nationaal statuut voor artsen. Het is gemakkelijker de efficiency van een publiek ziekenhuis te meten, omdat daar de tarieven bekend en openbaar zijn. Bij de privéziekenhuizen is dat niet mogelijk te duiden omdat daar de aanvullende verzekering een niet onbelangrijke rol speelt. Het is de verantwoordelijkheid van de regering de zorgaanbieder te kiezen die de beste prijs-kwaliteitverhouding heeft.



Toegegeven werd dat er over en weer veel kwade trouw bestaat. De kwestie moet vanwege de krapte aan financiële middelen niet te lang vooruit worden geschoven. Overigens is de regering een onderzoek gestart naar de realiteitswaarde van de ingenomen stellingen.

### **Collectif Interassociatif de la Santé (CIS) (koepel van consumenten- en patiëntenverenigingen)**

De koepel is in 1996 opgericht als gevolg van een bewustwordingsproces onder gezinnen, consumenten en slachtoffers van medisch handelen. Directe aanleiding was het bloedvervuilingschandaal in de jaren negentig. De koepel houdt zich vooral bezig met belangen-vertegenwoordiging van patiënten in de zorg. De organisatie heeft op dit moment 100 000 leden, verdeeld over 22 regio's die centraal worden ondersteund. Het kenbaar maken van opinies van zorggebruikers (Frankrijk kent ongeveer 8000 verenigingen) staat voorop. Werd deelname van deze verenigingen aan overleggen aanvankelijk door de Franse overheid afgehouden, thans zijn deze een belangrijke gesprekspartner. Het CIS, dat 13 vaste medewerkers in dienst heeft, en ondersteund wordt door 30 telefooteams die uit vrijwilligers bestaan, wordt door de (locale en regionale) overheid gesubsidieerd, en ontvangt daarnaast bijdragen van de farmaceutische industrie (apothekers) en van de aanvullende verzekeraars. Een raad van bestuur doet samen met een ondersteunend bureau en een technische commissie aan strategieontwikkeling, onder gebruikmaking van 7 à 8 permanente werkgroepen en commissies die de raad van informatie voorzien.

Belangrijke activiteiten:

- Het informeren van gebruikers van zorgvoorzieningen over hun (collectieve) rechten, daar een groot gedeelte van de Franse bevolking problemen heeft t.a.v. de toegankelijkheid tot de zorg. Het via een sociale hulplijn (ook voor beroepsbeoefenaren) bieden van bijstand maakt daar onderdeel van uit.
- Het opleiden van vertegenwoordigers in diverse gremia (patiënten- en gehandicaptenzorg, kinder- en gezinsverzorging).
- Het permanent monitoren van het zorgstelsel in relatie tot de realiteitswaarde daarvan.
- Het houden van opiniepeilingen, en als resultaat daarvan uitgeven van publicaties en informatiefiches, gericht op specifieke groepen.

Het CIS heeft menige actie gevoerd over het weigeren van toegang tot de zorg door artsen en ziekenhuizen, en heeft de perverse prikkels in het systeem van secteur-1 en -2 artsen bij herhaling aan de kaak gesteld. Het CIS steunt de Wet Bachelot vanwege de logica daarvan, met name waar gaat om het creëren van een universeel gezondheidszorgsysteem dat gelijke toegankelijkheid van zorg en nazorg voor iedereen garandeert. Ook de aanpak van de tekorten aan artsen in bepaalde regio's heeft steun van het CIS, evenals het treffen van maatregelen om de beschikbaarheid van artsen tijdens de nacht en in het weekend te garanderen. Tot op dit moment komt de zorgvraag vooral bij de ziekenhuizen terecht. De Wet Bachelot is vooral een organisatiewet die verkokering moet tegen gaan, betere coördinatie van het zorgtraject (extramuralisering in het kader van de nazorg na ziekenhuisopname) tot stand moet brengen, waarbinnen beroepsgroepen meer moeten samenwerken. Vraagtekens worden geplaatst of de wet uiteindelijk een flexibele organisatie gericht op samenwerking zal opleveren, daar de culturen van de diverse actoren zeer uiteen lopen. Problemen heeft het CIS als de wet uiteindelijk leidt tot premiestijging als de aanvullende verzekering de vergoeding voor kostbare behandelingen zal verlagen.

**Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (de koepel van artsen die o.a. tot taak heeft te waken over de kwaliteit van de medisch specialistische zorg)**

Deze artsenkoepel, die per departement een vestiging heeft, is primair een regulerende en adviserende organisatie, en waakt vooral over de kwaliteit van de medische zorg. Elke arts, die specialist is, moet lid van de orde zijn, wil hij als zodanig erkend worden. De CNOM legt verantwoording af en geeft adviezen aan de overheid. Ook heeft hij een inspectie-, regulerende en kwalificerende taak, en geeft (on)gevraagde informatie aan artsen en beslecht geschillen tussen artsen en patiënten en artsen onderling. Geschillenbeslechting vindt eerst op regionaal niveau plaats, vervolgens nationaal met als hoogste beroepsorgaan de Raad van State.

De CNOM is in vele internationale gremia vertegenwoordigd. In Brussel is een kantoor geopend dat veel tijd en energie investeert bij de voorbereiding van Europese richtlijnen. Inmiddels zijn 2 door de orde ingediende amendementen op de ontwerp-richtlijn patiëntenmobiliteit door het Europees Parlement aangenomen.

Onderwerpen als E-health en beveiliging van elektronische patiëntendossiers hebben volop belangstelling van de orde.

De beroepsethiek (déontologie) van artsen is een zeer belangrijk voor de CNOM, m.n. tegen de achtergrond van de onevenwichtige spreiding van artsen over het Franse grondgebied en het gegeven dat artsen bepaalde patiënten om financiële redenen niet wensen te behandelen. De CNOM is geen voorstander van autoritair opgelegde verplichte vestiging van artsen, maar waarschuwt artsen wel voor de financiële problemen die kunnen ontstaan als teveel artsen in een bepaalde regio werkzaam zijn.

Via het internet wordt artsen ondersteuning verleend om met realisme een vestigingsplaats te vinden. De CNOM pleit voor oprichting van multidisciplinaire medische centra in dunbevolkte gebieden, die ook weekend- en nachtdiensten leveren, waar artsen enkele malen per week werken.

In reactie op een vraag naar de rol die de CNOM kan spelen bij het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg werd gesteld dat dit een kwestie is van overleg tussen overheid en de vakbonden van medici, en dat de orde een louter regulerende organisatie is.

De CNOM vindt de Wet Bachelot te ambitieus, en is in ieder geval tegen de verplichte vestiging van artsen. De relatie arts-directeur moet in historisch perspectief worden gezien. De vervanging van de arts als directeur door een manager vindt geen steun bij de CNOM. Het is niet goed als de door president Sarkozy voorgestane directeur over medisch-technische kwesties besluiten neemt (aanschaf apparatuur en benoeming en ontslag van afdelingshoofden). Artsen dienen daar uiteindelijk over te beslissen. Daar komt bij dat artsen in overheidsdienst op basis van een speciaal statuut niet ontslagen kunnen worden in tegenstelling tot de privé-ziekenhuizen.

De enige beperking die de beroepsethiek van de CNOM «secteur 2 specialisten» oplegt is dat, rekening houdend met de (financiële) situatie van de patiënt, de vaststelling van het honorarium met «tact et mesure» (tact en maat) gebeurt. Wel kan de patiënt zich aanvullend verzekeren voor een (deel) van de kosten van een «secteur 2 consult». In toenemende mate zijn er steeds meer specialisten die een hoger honorarium vragen dan door de Assurance Maladie wordt vergoed, waardoor een gelijke toegang tot de zorg belemmerd wordt (zie ook hoofdstuk 3.1.).

De orde is van mening dat hij op departementaal niveau te weinig klachten ontvangt over overschrijding van deze honoraria, daar via via bekend is dat dit op grote schaal gebeurt.

Als de patiënt dit constateert dan moet, dat werd met klem onderstreept, de orde daarvan op de hoogte worden gesteld. Het aan de kaak stellen is het panacee om het tegen te gaan.

Op de vraag hoe tot tact en maat kan worden gekomen werd geantwoord

dat de orde heeft getracht de overheid te bewegen daarvoor maatregelen te treffen, tot op dit moment echter zonder resultaat. Artsen die weigeren CMU-afhankelijken te behandelen zijn door de CNOM voor een discipline commissie gedaagd, en met enig succes. Een vraag werd gesteld over overschrijding van ziekenhuisbudgetten door o.a. medicijn-gebruik en het doorschuiven van tekorten naar volgende generaties. In reactie daarop werd gesteld dat apothekers patiënten generieke geneesmiddelen moeten aanprijzen, waardoor begrotingen minder onder druk komen te staan. Het is een verantwoordelijkheid van artsen om te trachten de beste zorg tegen de laagste prijs te bieden. Ook wordt teveel onderzoek verricht met inzet van dure apparatuur om de diagnose te bevestigen. Het in het kader van de diagnosestelling bevragen van de patiënt door de arts en het kloppen van de patiënt zijn uit veel spreekkamers van artsen verdwenen. In antwoord op de vraag of de arts na een medische fout wordt ontslagen werd geantwoord dat in geval van een ethische fout de CNOM een rol heeft te vervullen. Er kan op het niveau van de regionale/departementale orde een berisping volgen of een verbod tot uitoefening van het artsensberoep, waartegen beroep bij de nationale orde kan worden aangetekend, met in laatste instantie de Raad van State. In geval van medische fouten is het aan de rechtbank om sancties op te leggen. De CNOM is er voorstander van in Europees perspectief morele regels voor de uitoefening van het medisch beroep te ontwikkelen.

### **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)**

De CNAMTS verwacht na invoering van de Wet Bachelot de plaats te kunnen innemen die zij verdient. Feitelijk zal er niet veel veranderen. De relatie tot de overheid zal een ander cachet krijgen. Overigens zitten de CNAMTS en de overheid beiden voor 50 procent in de besturen van de regionale autoriteit.

Gedacht wordt aan de volgende activiteiten: het treffen van efficiënte beheersmaatregelen, het doen van tariefvoorstellen aan de overheid, het bieden van zorgalternatieven, het oprichten van autonome centra voor eenvoudige chirurgische ingrepen. Ook zal meer dan tot nu toe aandacht worden geschonken aan het informeren van de patiënt over het bestaande zorgaanbod en tarieven per instelling. De betaler krijgt meer invloed op de uitbetaling.

De CNAMTS wilde ook meer invloed in de ziekenhuisbesturen, waar politiek echter geen meerderheid voor bestond.

### **Haute Autorité de la Santé (HAS)**

Er zijn in Frankrijk diverse agentschappen die zich bezig houden met het toezicht op de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid. Met vertegenwoordigers van een van deze agentschappen, de Haute Autorité de la Santé (HAS), heeft de delegatie een gesprek gevoerd.

De HAS, een in 2005 opgericht onafhankelijk publiekrechtelijk wetenschappelijk instituut met een financiële autonomie, vervult de volgende kerntaken op het terrein van kwaliteitsbevordering en -bewaking en veiligheid van de gezondheidszorg.

- Het uitbrengen van adviezen aan de minister van Volksgezondheid over o.a. vergoedingen van gezondheidsproducten, over best practices (president Sarkozy pleit voor instelling van een college voor best practices), het accrediteren van zorginstellingen en over chronische ziekten. Als de minister van adviezen afwijkt dient hij dat met redenen te verklaren; bij voorbeeld als deze besluit bepaalde medicijnen niet meer te vergoeden. Het ministerie van volksgezondheid onderhandelt over de prijs van medische producten op basis van het HAS-advies.

- Patiënten/consumenten en zorgaanbieders informeren over ziekenhuisinfecties en andere veiligheidskwesties en de daarop te nemen acties. Vragen en klachten van gebruikers verzamelen en de follow-up bewaken. Zo nodig de bevoegde autoriteiten informeren en de uitkomst daarvan terugkoppelen naar de patiënten/gebruikers.
- Het accrediteren van zorginstellingen. In Frankrijk wordt de kwaliteit van gezondheidszorginstellingen bevorderd en bewaakt door een systeem van wettelijk verplichte accreditatie. Het certificeren van medische websites en recepten maakt onderdeel uit van het accreditatiesysteem.

De certificeringsprocedure omvat de volgende fasen.

- a. Zelfevaluatie door de betrokken instelling op basis van een handboek met criteria.
- b. Bezoek aan de instelling door praktijkdeskundigen (artsen, bestuurders, personeel) die op parttimebasis door de HAS worden betaald. De deskundigen komen niet uit de regio waar de instelling zich bevindt om mogelijke belangenverstrengeling te voorkomen. Zij brengen rapport uit aan een permanent lid van de HAS die zijn analyse daarop voorlegt aan het certificatiecomité dat uit 3 leden bestaat (een directielid, de projectleider en een vertegenwoordiger van het ministerie van volksgezondheid), dat uiteindelijk de aanbeveling tot certificering doet, dan wel daarover (zwaarwegende) reserves formuleert. In het laatste geval gaat het om het niet goed functioneren van de instelling, hetgeen nog niet eerder heeft plaatsgevonden. Het uiteindelijke resultaat wordt openbaar gemaakt d.m.v. plaatsing op de website van de HAS. De HAS kan geen sancties opleggen, het gaat meer om een audit dan om een controle-aanpak. Als een instelling de norm niet naleeft worden het ministerie en de inspectie geïnformeerd.

Het is de bedoeling dat instellingen om de 4 jaar worden bezocht. Instellingen dienen jaarlijks resultaatgericht prestatie-indicatoren op te stellen die onderling vergeleken kunnen worden.

De HAS-budget (€ 60 mln.) bestaat uit: overheidssubsidie, gelden verkregen voor de accreditatie van zorginstellingen, een reclameheffing die door de medische industrie wordt opgebracht (10%). Medewerkers: 400 permanente staf, 175 werkzaam in de regio's, 800 accreditatieonderzoekers en een poule van 3000 experts die op ad hoc basis ingeschakeld kunnen worden.

De HAS legt publieke verantwoording af d.m.v. het uitbrengen van een jaar verslag aan het parlement en aan de regering, en is volledig transparant.

## **5. Telegeneeskunde**

In het kader van de hervorming van de ziekenhuiszorg is op verzoek van de HAS een rapport over telegeneeskunde (E-santé télémédecine) verschenen. Telegeneeskunde is in de wet opgenomen als medische (be)handeling. Op 4 november 2008 is door de Europese Commissie in een mededeling aan de lidstaten gevraagd na te denken over de definitie van dit nieuwe verschijnsel, m.n. met het oog op de financiering. Technologisch wordt telegeneeskunde in Frankrijk niet een probleem gezien uit een oogpunt van kwaliteit en patiëntveiligheid. Het kan een bijdrage leveren aan de kostenreductie in de zorg. Telegeneeskunde is beperkt tot de medische praktijk i.v.m. de juridische aansprakelijkheid en de financiering daarvan.

Gelet op de grotere levensverwachting (sinds 1950 zijn bij vrouwen 17 en bij mannen 15 jaar bijgeboekt) en de daarmee gepaard gaande toename van chronische ziektebeelden en de leegloop van en het gebrek aan artsen op het platteland komt telegeneeskunde in Frankrijk op het juiste moment.

De Wet Bachelot verruimt het toepassingsgebied in het gehele zorgtraject van de patiënt.

Telegeneeskunde stelt de arts niet voor een ethisch probleem, daar alle belangrijke internationale organisaties zich in die zin hebben uitgesproken. Vrijwilligheid staat voorop en het beroepsgeheim blijft gehandhaafd. De Franse arts moet het medisch dossier van de patiënt als uitgangspunt nemen.

Het Franse medisch (tucht)recht is complex. De relatie arts-patiënt is gebaseerd op een contract. Tot 1996 lag de bewijslast bij schade bij de patiënt; na 1996 is die bij de arts gedeponneerd. Aansprakelijkheid zal verder vorm moeten krijgen. Jurisprudentie telegeneeskunde ontbreekt. Een tweede arts kan worden ingeschakeld voor interpretatie van gegevens, in fysieke aanwezigheid van de radioloog. Binnenkort wordt een speciale teleradiologieorganisatie opgestart om röntgenfoto's te interpreteren.

De financiering van telegeneeskunde is nog niet geregeld. In decreet terzake is in voorbereiding.

Nieuwe ontwikkelingen:

Teleconsultatie, tele-expertise (onderlinge discussie van artsen waar de patiënt niet bij aanwezig is), telemonitoring (het waarnemen/volgen van patiënten met chronische ziekten, waarvan Frankrijk er op dit moment grosso modo 17 mln. telt) en interactieve teleassistentie (aanwending van robots).

## **6. Bezoek aan Genopole, het Franse centrum voor genetisch onderzoek te Evry**

Genopole, opgericht in 1998, is een wetenschappelijk en technologisch park voor biologie en gezondheid. Nationale en internationale wetenschappelijke instituten uit de overheids- en private sector, individuele wetenschappers, studenten, ondernemers en artsen werken daar samen om (biotechnologisch) onderzoek te doen naar het gedrag van genen en de ontwikkeling van daarmee gerelateerde medicijnen. De financiering van het centrum is deels privaat, deels publiek. Het biotechnologisch onderzoek is zowel gericht op het gebied van landbouw en milieu als op medisch terrein (vooral genenonderzoek naar prostaat- en spierdystrofie).

Twee grote projecten staan op de agenda: het opzetten van een centrum voor bioproductie en het bouwen van een nieuw ziekenhuis.

Genopole herbergt 26 laboratoria en onderzoekscentra die onafhankelijk zijn of bij een groot instituut horen, een wetenschappelijk onderwijscentrum en 51 bedrijven die actief zijn op het gebied van biotechnologieën.

Belangrijkste doelstelling: life sciences te steunen door de overdracht van deze technologieën naar de industriële sector te bevorderen. Genopole schept in dit verband dusdanige condities dat onderzoek al haar missies kan vervullen: kennis ontwikkelen, deze aan de studenten doorgeven en tenslotte deze zo snel mogelijk aan de bedrijven overdragen, die deze kennis weer gaan omzetten in nieuwe producten en innoverende diensten. Zo worden toponderzoekers die een bedrijf willen starten begeleid, gefaciliteerd en wordt samengewerkt bij het schrijven van een businessplan.

Genopole is internationaal zeer actief. Sinds het begin hebben de uitwisselingen tussen wetenschappers en buitenlandse ondernemers zich vermenigvuldigd (Zuid-Afrika, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, China, Spanje, Verenigde Staten, Japan, Rusland). Nederland is vooralsnog niet vertegenwoordigd.

## **7. Programma werkbezoek delegatie vaste commissie VWS aan Parijs 6–10 juli 2009**

### **6 juli**

- 13.15 uur aankomst Gare du Nord
- 17.15 uur briefing op de ambassade door Gerk Numan (VWS-attaché) en Lise Gregoire (politieke afdeling)
- 19.30 uur ontvangst en diner op de residentie van ambassadeur Hugo Siblesz

### **7 juli**

- **9.00–11.30 uur Ministère de la santé et des sports**
- 9.00–10.00 uur presentatie over de organisatie van de ziekenhuiszorg door Pierre Simon, conseiller général des établissements de santé
- 10.00–11.00 uur presentatie over financiering en relaties tussen privé- en overheidsziekenhuizen door Patrick Olivier, sous-directeur affaires financières
- 11.00–11.30 uur presentatie over telegeneeskunde door Pierre Simon

- **12.45–14.00 uur Assemblée Nationale**

Lunch groupe d'amitié France–Pays-Bas op de Assemblée Nationale  
Ontvangst door de voorzitter van de groupe d'amitié Serge Blisko, Jean-Luc Preel en Jacqueline Fraysse. Plv. CdP Cees Kole vergezelde de Nederlandse delegatie

- **14.30–15.30 uur Sénat**

Ontvangst door Guy Fischer (vice-president van de Sénat), Nicolas About (voorzitter van de commissie gezondheidszorg van de Sénat) en Alain Vasselie (rapporteur général des lois de financement de la sécurité sociale)

- **16.00 uur–17.00 uur Assemblée Nationale**

Ontvangst door Jean-Marie Rolland (voorzitter van de commissie gezondheidszorg van de Assemblée Nationale en rapporteur Wet Bachelot)

- **17.30–18.45 uur Collectif Interassociatif de la Santé (koepel patiënten-verenigingen)**

Ontvangst door directeur Marc Morel, président d'honneur Nicolas Brun, en chargée de mission Magali Leo

### **8 juli**

- **9.30 uur–11.00 uur Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)** (koepel privéziekenhuizen met winstoogmerk)

Ontvangst door Jean-Loup Ducrousset, voorzitter

- **12.15–14.30 werklunch Haute Autorité de la Santé (HAS)** (instelling die onder meer verantwoordelijk is voor de accreditatie van de Franse ziekenhuizen)

Ontvangst door prof. Laurent Degos, voorzitter van de HAS, Jean Bacou, directeur affaires internationales, en Charles Bruneau, délégué affaires internationales

- **15.00–17.15 uur Fédération Hospitalière de France (FHF)** (koepel van overheids-ziekenhuizen)
- 15.00–15.45 uur ontvangst en presentatie door Gérard Vincent, délégué général de la FHF
- 15.45–16.15 uur presentatie door dr. Stanislas Johanet (chirurg) over het besturen van ziekenhuizen vanuit de praktijk
- 16.15–17.15 uur presentatie over de financiering van de ziekenhuizen door Gaëlle le Bayon, financieel deskundige van de FHF

- **17.00–18.30 uur Mutualité Française** (aanvullende zorgverzekeraars)

Ontvangst door Anne Laure Aubret, directrice de l'offre de soins mutualiste, Corinne Hix, responsable des relations internes en Cornélia Federkeil, direction des affaires publiques

### 9 juli

- **9.00–10.30 uur Conseil National de l'Ordre des Médecins** (CNOM) (artsenkoepel die onder andere tot taak heeft te waken over de kwaliteit van de medisch specialistische zorg)

Ontvangst door prof. Laurent Degos, voorzitter van le conseil régional de l'Île de France en dr. F. Montané, délégué général des affaires européennes et internationales

- **11.00–13.30 uur Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés** (CNAMTS) (nationale organisatie van de verplichte zorgverzekering)
- 11.00–11.30 uur presentatie door dr. Michel Marty rol van de CNAMTS ziekenhuiszorg
- 11.30–12.00 uur presentatie door Pascal Pfister over de contractering van zelfstandig gevestigde medisch-specialisten
- 12.00–12.30 uur presentatie door Marie-Antoinette Chaplain (directeur-général) over de besturing van zorginstellingen door de CNAMTS
- 12.30–13.30 uur lunch in het bedrijfsrestaurant van de CNAMTS
- **14.30–16.45 uur Genopole te Evry** (centrum voor medische innovatie)

Ontvangst en presentatie over Genopole en het klinisch research centrum door dr. Françoise Russo-Marie, directeur Genopole Recherche en Gabriel Mergui, directeur Genopole International

### 10 juli

- 9.25 uur vertrek naar Nederland vanaf Gare du Nord