



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
MAGGIE DE BLOCK

PLAN VAN AANPAK HERVORMING ZIEKENHUISFINANCIERING

28 APRIL 2015

Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Finance Tower / Kruidtuinlaan 50 bus 175 / B-1000 Brussel / België
tel. +32 2 528 69 00 / info.maggiedeblock@minsoc.fed.be

.be

PLAN VAN AANPAK

HERVORMING ZIEKENHUISFINANCIERING

Maggie De Block,
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Eén van de prioritaire doelstellingen van het regeerakkoord en mijn beleid bestaat erin om aan alle burgers van dit land een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg te garanderen. De patiënt en zijn zorgnoden staan daarbij centraal.

Ons huidig systeem van gezondheidszorg beschikt over internationaal erkende sterkten en kwaliteiten. Toch mogen we niet op onze lauweren rusten. Nieuwe uitdagingen komen op ons af, onder meer op vlak van de evoluerende noden van de patiënt, de budgettaire duurzaamheid van het systeem, de integratie van innovaties in ons zorgsysteem, de digitalisering ervan.

Indien we willen zorgen dat ook de toekomstige generaties over een sterke gezondheidszorg beschikken, moeten we ons huidig systeem kritisch in vraag durven stellen en waar nodig gericht hervormen. Eén van de belangrijkste hervormingswerven die door het regeerakkoord is geïdentificeerd, betreft de financiering van de ziekenhuizen. Daarbij zal overigens niet enkel de financiering, maar ook de organisatie van de ziekenhuizen en hun plaats binnen het zorglandschap moeten worden aangepast aan de evoluties binnen de gezondheidszorg.

De nood aan een hervorming van de financiering van de ziekenhuizen is geen nieuw thema. Bij mijn aantreden als minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid was reeds beleidsvoorbereidend werk geleverd door onder meer het Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE), dat daarvoor in dialoog ging met de belanghebbenden. Het rapport van het KCE zette deze belanghebbenden aan tot het verder ontwikkelen en verfijnen van hun eigen ideeën en voorstellen op vlak van deze hervorming.

Ik wil deze hervorming, net als de diverse andere hervormingswerven in de gezondheidszorg, in nauw overleg met het werkkterrein en alle belanghebbenden realiseren. Ons systeem wordt gekenmerkt door sterk geëngageerde belanghebbenden die mee verantwoordelijkheid nemen om met de politiek verantwoordelijken het beleid uit te tekenen en uit te voeren. Zoals aangekondigd bij de voorstelling van mijn Beleidsverklaring en Beleidsnota Gezondheidszorg 2015, heb ik de voorbije maanden een consultatieronde georganiseerd met de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, de artsen en de ziekenfondsen. Deze consultatieronde en de documentatie die me daarbij rijkelijk werd aangeboden, heeft me in staat gesteld de verwachtingen, voorstellen en gevoeligheden van de diverse belanghebbenden te kunnen inschatten. Ik wens alle betrokkenen langs deze weg nogmaals te danken voor hun constructieve medewerking, openheid en discretie.

Het voorliggende Plan van Aanpak beschrijft mijn visie en vormt het kompas dat richting moet geven aan het omvangrijke hervormingsproject van de ziekenhuisfinanciering. Het Plan vertrekt van de doelstellingen die in het federale regeerakkoord zijn opgenomen. Het houdt rekening met

de waardevolle insteken die tijdens de uitgebreide consultatieronde naar voor werden gebracht. Met de betrokken overheidsdiensten werd intensief overlegd omtrent hun aandachtspunten. Ook hen wil ik danken voor hun competente ondersteuning.

Mijn Plan van Aanpak omvat een stapsgewijze methodiek. Van anamnese over diagnose tot remedie. Het Plan van Aanpak beschrijft aldus de achtergrond en aanleidingen en verduidelijkt de doelstellingen en globale klijlijnen van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Ook een concrete werkplanning met mijlpalen voor 2015-2016 is voorzien. Actualisatie en aanvulling van deze werkplanning en mijlpalen (in afstemming met parallelle beleidswerven zoals het KB nr. 78, de nomenclatuur, eGezondheid, etc.) zal volgen in de beleidsnota's van de komende jaren.

De patiënt staat centraal in elk aspect van mijn gezondheidszorgbeleid. En dus ook in dit Plan van Aanpak. In de toekomst zullen ziekenhuizen onderling en met andere zorgpartners veel meer systematisch samenwerken, onder de vorm van allerlei *care & cure* netwerken. Ziekenhuizen worden één schakel in de hele (transmurale) zorgketen rond de noden van de patiënt. Deze samenwerking zal leiden tot het verhogen van de zorgkwaliteit. Innovatie zal worden aangemoedigd en verantwoorde zorg op een correcte manier gefinancierd. Er is ook de bekommernis om de toegankelijkheid van de zorg te garanderen en aan de bevolking "*state of the art*" geneeskunde te blijven aanbieden. Ziekenhuizen van hun kant krijgen met deze hervorming een stabiel meerjarenperspectief en reglementair kader dat inspeelt op de uitdagingen waar ze dagelijks mee geconfronteerd worden.

De hervorming wil bijdragen tot een slimmere besteding van de zorgbudgetten, waarbij beter kan worden tegemoet gekomen aan nieuwe en groeiende zorgnoden. Het doel is zeker niet om gezondheidszorgbudgetten af te bouwen, noch om naakte besparingen te realiseren. Er moet evenmin gevreesd worden voor een dalende tewerkstelling in de zorg, wel integendeel: met de groeiende zorgnoden mag verwacht worden dat de tewerkstelling nog zal groeien. Wel zullen er verschuivingen van tewerkstelling zijn van binnen naar buiten de muren van de ziekenhuizen.

Mijn Plan van Aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering biedt een kompas. Het zet de bakens uit voor een hervorming die de termijn van deze legislatuur zal overschrijden. Het is een hervorming waarbij vele belanghebbenden op het terrein betrokken zijn en waarbij bovendien niet enkel het federale bestuursniveau, maar ook de deelstaten betrokken partij zijn. Het verdere conceptualiseren, operationaliseren en uitvoeren van dit ambitieuze plan vereist daarom een nauw en permanent overleg met al deze actoren. Ik heb de voorbije maanden tijdens mijn vele formele en informele contacten mogen vaststellen dat bij al deze betrokkenen een groot engagement bestaat om samen deze hervorming op de goede sporen te zetten en uit te voeren. Ik kijk ernaar uit om met al deze betrokkenen samen te werken aan dit belangrijke hervormingstraject.

28 april 2015

Maggie De Block
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

INHOUDSTAFEL

1.	ACHTERGROND: EEN GEWIJZIGDE CONTEXT	1
2.	HERVORMING ZIEKENHUISFINANCIERING: UITGANGSPUNTEN	3
3.	DOELSTELLINGEN VAN DE HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING	5
4.	REORGANISATIE VAN HET ZORGLANDSCHAP / NIEUW ZIEKENHUISCONCEPT	6
4.1.	Het actuele ziekenhuislandschap	7
4.2.	Gewenst zorglandschap 2025, met netwerken	8
4.3.	Een aangepast ziekenhuisconcept	11
4.4.	Beleidsinstrumenten	13
5.	HERVORMING ZIEKENHUISFINANCIERING	14
5.1.	Kapstukken en basisprincipes	14
5.2.	Aflijning van de financieringsclusters: hoog-, medium- en laagvariabele zorg	17
5.3.	Laagvariabele zorg	18
5.3.1.	Stap 1: Naar prospectieve referentiebedragen voor de honoraria	19
5.3.2.	Stap 2: Uitbreiding naar meer pathologiegroepen / meer medische prestaties	20
5.3.3.	Stap 3: Naar een vaste financiering per ziekenhuisopname (twee onderdelen)	21
5.3.4.	Stap 4: Identificatie van het praktijkdeel van de honoraria	21
5.3.5.	Stap 5: Gebundelde financiering (ruimer dan de ziekenhuiszorg)	21
5.4.	Medium variabele / middelmatig complexe zorg	22
5.4.1.	Stap 1: Vereenvoudiging BFM	22
5.4.2.	Stap 2: Integratie BFM, dagziekenhuis en geforfaitariseerde geneesmiddelen	23
5.4.3.	Stap 3: Identificatie van het praktijkdeel van de honoraria	24
5.4.4.	Stap 4: Gebundelde financiering (ruimer dan de ziekenhuiszorg)	24
5.5.	Hoog complexe, niet standaardiseerbare zorg	24
5.6.	Transparante geïsoleerde financiering voor specifieke taken en opdrachten	25
5.7.	Transparante kostprijsinformatie per pathologiegroep	27
5.8.	Pilootprojecten voor integratie tussen ziekenhuiszorg en andere zorgvormen	29
5.8.1.	Pilootprojecten: methoden	29
5.8.2.	Concrete voorstellen	30
5.9.	Waardegedreven zorg / <i>Pay for performance</i>	31
5.10.	Hervormingen op korte termijn	32
5.10.1.	Vereenvoudiging van de verplichte registraties	32
5.10.2.	Verpleegkundige zorgzwaarte in het BFM: het NRG-financieringsmodel	33
5.10.3.	Financiering van de spoedgevallendiensten en de wachtposten	34
6.	GOVERNANCE STRUCTUUR VOOR HET PROJECT	35
6.1.	Taskforce	36
6.2.	Conceptuele fase: overleggroep ziekenhuisfinanciering	36
6.3.	Implementatiefase: reguliere adviesorganen	36
6.4.	Integratie tot één beleidsdomein en hervorming adviesorganen	37
7.	PARALLELE WERVEN	38
8.	SLOTBESCHOUWING	39

1. ACHTERGROND: EEN GEWIJZIGDE CONTEXT

De grote uitdagingen voor de gezondheidszorg zijn genoegzaam bekend. Het profiel van de doorsnee patiënt in de gezondheidszorg wijzigt grondig. De bevolking vergrijsst, het aantal patiënten met chronische niet-besmettelijke aandoeningen (NCDs – *non-communicable diseases*) neemt toe. Ook het aantal patiënten met multiële aandoeningen (multimorbiditeit) groeit, waarbij de behandelingen voor de diverse ziekten kunnen interageren. Tegelijkertijd worden de patiënten mondiger en wensen ze terecht een actievere rol op het nemen in het management van hun aandoeningen.

Deze wijzigingen vereisen een aangepaste organisatie van de zorg. De zorg wordt vandaag nog zeer gefragmenteerd aangeboden. Alle voorzieningen werken onderling onafhankelijk van elkaar en zowel medische als verpleegkundige expertise wordt steeds verder supergespecialiseerd. Er is nood aan veel meer coördinatie en integratie van zorg: alle voorzieningen en verstrekkers zullen onderling, en in nauw overleg met de patiënt, de nodige afspraken moeten maken om deze patiënt met zijn chronische aandoeningen systematisch en continu op te volgen. Het doel is de gezondheidsproblemen zo goed mogelijk onder controle houden en verergering van de klachten voorkomen waar mogelijk. Daarnaast groeit het bewustzijn dat de gezondheidstoestand van burgers niet louter beïnvloed wordt door de gezondheidszorg maar ook door andere factoren (levensstijl, onderwijs, ...), die, mits correct ingezet, veel gezondheidsproblemen kunnen helpen vermijden. Een en ander impliceert dat de zorgfocus dient te verschuiven van de patiënt met zijn ziektes (de curatieve gezondheidszorg) naar het populatieperspectief van de (curatieve én preventieve) gezondheid van alle burgers (i.p.v. enkel patiënten).

Tegelijkertijd met de groeiende behoeften stijgen ook de wetenschappelijke en technologische mogelijkheden om gezondheidsproblemen te vermijden, te diagnosticeren en te behandelen. Technologische evoluties creëren tal van opportuniteiten op vlak van *e-health* en *m-health*.

Geleidelijk is er zich een paradigmashift in de organisatie van de zorg aan het voor doen (zie tabel 1) en de overheid wenst deze verschuiving actief helpen te sturen in de juiste richting.

Tabel 1: geleidelijke paradigmashift in het zorgmodel

	Huidig zorgmodel (<i>as is</i>)	Nieuw zorgmodel (<i>to be</i>)
Doelgroep	Zieken (ziektegericht)	Populatie (persoonsgericht)
	Enkelvoudig ziektebeeld	Meervoudige chronische pathologie
Rol patiënt	Passieve ontvanger	Actieve partner (<i>selfmanagement, shared decision making, patient empowerment</i>)
Zorgfocus	Gezondheidszorg, curatief	Volksgezondheid preventie, GZ-promotie, welzijn, ...
	<i>One size fits all</i>	<i>Personalised medicine</i> – individuele voorkeuren
Zorgorganisatie	Aanbodgestuurd	Vraaggestuurd (<i>patient-centered</i>)
	Silo, fragmentatie	Integratie, continuüm, coördinatie
Zorgverstrekker	Specialist / ziekenhuis centraal	Community care / proximale zorg
	Individuele arts	Team (arts & andere)
Rol verstrekker	Afzonderlijke episodes	Zorgcontinuüm
Objectief	Proces	Outcome
	Genezen	Max. levenskwaliteit, comfort, onafhankelijkheid
Informatie	Retrospectief	<i>Real time / predictief</i>
	Aparte (papieren) dossiers	Geïntegreerd EPR
Financiering	Volume	Waarde (<i>value</i>)
	Per prestatie	<i>Bundled payment</i>
Focus beleid	Kostenbesparing	<i>Value based health care</i>

Een aangepaste organisatie van de zorg kan maar vlot functioneren indien ook de financiering van de zorgverleners en -voorzieningen wordt bijgestuurd, zodat taakafspraken en zorgcoördinatie worden bevorderd, waardoor vlotter op de nieuwe noden kan ingespeeld worden. Tegelijkertijd wordt beoogd om een aantal nadelen van de huidige financiering weg te werken. Deze tekorten zijn genoegzaam bekend (9):

- De huidige financiering is zeer complex en weinig transparant.
- De financiering gaat gepaard met administratieve overlast, zowel voor de voorzieningen als voor de overheid en de sector is niet op de juiste manier geïnformatiseerd om alle gegevens bij te houden en vlot te verwerken.
- De financiering is sterk prestatiegedreven, resulterend in grote zorgvolumes (o.a. voor bepaalde chirurgische ingrepen, CTs, ... (6)), weliswaar met een lage eenheidsprijs in vergelijking met andere landen.
- De financiering per prestatie spoort niet aan tot efficiënte middeleninzet noch tot samenwerking. Slechte kwaliteit wordt financieel niet afgestraft. Goede kwaliteit wordt financieel niet altijd beloond.
- De BFM (Budget van financiële middelen)-diensten zijn structureel ondergefinancierd, zodat er permanente kruiselingse subsidiëring via de honoraria nodig is. Dit kan perverse effecten genereren: de beheerders wensen meer opdrachten op honoraria, wat druk geeft tot meer prestaties of tot meer ereloon-supplementen bij de artsen.
- De huidige financiering is sterk gefragmenteerd en opgedeeld in silo's met weinig interacties.
- Op vlak van de financiering van de medische prestaties kennen de honoraria, gemiddeld, een relatieve onderwaardering van de (louter) zgn. "intellectuele prestaties" ten gunste van de medisch-technische prestaties (die naast medisch-inhoudelijke input ook dure infrastructuur of het gebruik van dure materialen vereisen).
- Innovatieve gezondheidszorg (bv. materialen, nieuwe apparatuur) wordt in België niet altijd snel genoeg in de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering opgenomen, wat een risico op tweesnelheden geneeskunde inhoudt.

Veel van deze tekorten zijn al langer inherente kenmerken van het Belgisch financieringsmodel, maar recent komt daar nog de significante verslechtering van de financiële toestand van een toenemend aantal ziekenhuizen bovenop. Anno 2013 sloten 40 van de 92 algemene ziekenhuizen in België hun jaarrekening af met een tekort op het courant resultaat (=bedrijfs- plus financieel resultaat), terwijl er dat in 2012 en 2011 resp. "slechts" 28 en 23 op 92 waren (2). Er mag dus verwacht worden dat, bij gelijkblijvend beleid, en zonder vooruitzichten op ruime budgetgroei, de financiële toestand van de ziekenhuizen verder zal verslechteren. Er moet tijdig bijgestuurd worden, met het oog op gecontroleerde rationalisatie en consolidatie, vooraleer de problemen nog groter worden. Er mag niet lijdzaam toegezien worden hoe een aantal ziekenhuizen op een faillissement zou afstevenen. Er is nood aan fundamentele hervormingen, die zullen toelaten om de middelen, die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn en die niet onbelangrijk zijn maar tegelijk ook niet onbeperkt, slimmer aan te wenden (4, p.59). Zodoende kan aan alle burgers blijvend toegang tot de nodige en kwaliteitsvolle zorg gegarandeerd worden (4, p.58).

Fundamentele hervormingen worden noodzakelijk, ondanks de hoge tevredenheid van de burgers met het huidige systeem (6). De gunstige elementen van ons zorgsysteem dienen daarbij maximaal gevrijwaard te worden. Dit betreft o.a. (9):

- de brede toegankelijkheid van de zorg (zowel geografisch als op vlak van korte of geen wachttijden alsook op financieel vlak), met directe toegang tot specialistische zorg
- de verplichte universele en solidaire ziekteverzekering (minder dan 1% van de bevolking is niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering), met betaalbare eigen bijdragen en de nodige sociale correcties
- een ruim aanbod aan zorgverlening
- een sterke inzet van deskundige, gemotiveerde, dynamische professionele zorgverleners, weliswaar met risico's op tekorten in bepaalde medische disciplines en verpleging
- medebeheer door alle stakeholders
- een hoge (gepercipieerde) zorgkwaliteit, waarbij door de burger-patiënt evenwel proximateit van zorg nogal eens onterecht gelijkgesteld wordt met kwaliteitsvolle zorg
- een zeer hoge mate van tevredenheid van de patiënten
- een relatief lage prijs per interventie in vergelijking met de ons omringende landen
- een globale tariefzekerheid voor de patiënt, die weliswaar meer en meer onder druk komt te staan. Een specifiek aandachtspunt daarbij betreft de zeer hoge ereloon-supplementen in sommige settings.
- een belangrijke mate van keuzevrijheid zowel voor de patiënten (keuze zorgverstrekker en voorzieningen) als voor de verstrekkers (geneeskunde als vrij beroep)
- een zorgbeleid dat tot stand komt via een overlegmodel, gekenmerkt door een sterke betrokkenheid van alle stakeholders en "pragmatisch realisme" in de beleidsmaatregelen.

2. HERVORMING ZIEKENHUISFINANCIERING: UITGANGSPUNTEN

1. Er is nood aan vrij **fundamentele hervormingen**, ondanks de gunstige kenmerken van het Belgisch gezondheidszorgsysteem. De huidige generatie van beleidsmakers moet de verantwoordelijkheid nemen voor fundamentele hervormingen, die noodzakelijk zijn om op lange termijn de levensvatbaarheid én de vele gunstige kenmerken van ons zorgsysteem te vrijwaren. Zonder hervormingen zal het steeds moeilijker worden om die gunstige kenmerken te bewaren wegens sterke groei aan de zorgbehoeften (vergrijzing, chronische en multipathologie) en de groeiende wetenschappelijke en technologische mogelijkheden, terwijl de zorgbudgetten niet evenredig kunnen groeien.
2. Het is een **gezamenlijke verantwoordelijkheid** van alle actoren: zorgverleners, ziekenfondsen, sociale partners, overheden (federaal, regionaal, RIZIV), patiënten, industrie, verzekeraars, om te zorgen dat onze gezondheidszorg goed blijft functioneren en gewapend is om de toekomstige uitdagingen de baas te kunnen (4, p.59). De fundamentele beleidskeuze is de volgende:
 - a. Ofwel houden we het nu bij beperkte hervormingen: dan zijn er nu geen majeure aanpassingen en dus ook geen significante weerstand of vrees voor verandering, vanuit onzekerheid over de gevolgen, maar dan hinkt over 10 jaar onze gezondheidszorg ernstig achterop in vergelijking met andere landen.
 - b. Ofwel zetten we nu een aantal substantiële hervormingen in de steigers, gaan we door een aantal uitdagende jaren met verandering en dus ook weerstand, of minstens terughoudendheid, maar dan zal over 10 jaar ons gezondheidszorgsysteem

goed ingesteld zijn op de nieuwe grote uitdagingen die zich stellen.

3. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering wordt pluralistisch ontwikkeld onder de vorm van het voorliggend **globaal Plan van Aanpak**, in **systematisch overleg en afstemming** met alle betrokken stakeholders. Er is uitgebreid geconsulteerd om te polsen naar de visie rond de belangrijkste voorstellen en de bekommernissen van de diverse stakeholders. Eerst werd door het KCE een uitgebreide consultatieronde georganiseerd in het kader van haar rapport. Vanaf december 2014 werd door de minister en haar beleidscel een nieuwe consultatieronde opgestart. De hervormingen zullen verder voorbereid worden in nauw overleg met alle betrokken administraties (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen & Leefmilieu (FOD Volksgezondheid), RIZIV, KCE, ...), de deelstaten en alle stakeholders uit het werkveld.
4. Alle hervormingsvoorstellen worden afgecheckt aan de **beleidsprincipes** uit het federale regeerakkoord (4). Centraal staan uiteraard de patiëtnoden: kwaliteitsvolle zorg, toegankelijke, betaalbare zorg, aangepast aan de noden en wensen van de patiënt, die een actievere rol opneemt en met respect voor keuzevrijheid en voor privacy van patiënten en zorgverleners. Daarnaast blijft “*evidence-based practice*” een zeer belangrijke leidraad bij het uittekenen van dit Plan van Aanpak, evenals de wens tot meer transparantie in de regelgeving. Ook het ontwikkelen van een duurzaam financieel beheer van de ziekteverzekering binnen een stabiel meerjarenkader is een essentiële doelstelling van het regeerakkoord.
5. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering beoogt een “**evolutie en geen revolutie**”: een stapsgewijze, maar toch ingrijpende verandering. De vele goede eigenschappen van het huidige systeem moeten behouden blijven. En een fundamentele hervorming van de financiering is te complex om overhaast en in één enkele beweging door te voeren. Een stapsgewijze invoering laat toe om onverwachte en onbedoelde neveneffecten te vermijden of op te vangen. Maar de hervormingen zullen toch méér betekenen dan de klassieke incrementele wijzigingen (“een beetje sleutelen aan de marge”), die in het verleden het Belgisch zorgbeleid soms wat teveel hebben gekenmerkt.
6. **Pilootprojecten** zijn een handig instrument om voorstellen voor concrete hervormingen vanuit de praktijk te laten opborrelen en de dynamiek en het initiatief binnen het werkveld ten volle te ondersteunen. Pilootprojecten laten toe om creatieve en innovatieve oplossingen uit te proberen binnen een veilige context. Na gunstige evaluatie kan de nieuwe werkwijze qua organisatie en financiering breder uitgerold worden.
7. Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering op zich is gedoemd te mislukken als niet tegelijkertijd **de organisatie van het ziekenhuislandschap** – en zelfs breder, van heel het **zorglandschap** bijgestuurd wordt, om te voldoen aan de nieuwe noden. Hieronder valt ook het uittekenen van een nieuw **ziekenhuisconcept**, aangepast aan de 21^e eeuw (ziekenhuisconcept 2025). Voor deze aspecten dient nauw overleg tussen de federale overheid en de deelstaten plaats te vinden.

8. Ondertussen staat de wereld niet stil. In afwachting van de finale uitwerking van de globale hervormingen zijn er ook op **korte termijn** nog een aantal **bijsturingen** nodig aan het huidige financieringsmodel. Uiteraard zal erover gewaakt worden dat deze voorstellen tot bijsturing op korte termijn compatibel blijven met de globale hervormingen.
9. De krijtlijnen voor de heroriëntering van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap en voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering worden eerst samengevat in het **globaal plan**, dat hier voorligt. Dit plan wordt vertaald naar meerdere beheersbare **werkpakketten**, met een concrete **timing**. Het KCE stelt terecht dat de verschillende aspecten van de hervorming in hun geheel en gezamenlijk moeten worden bekeken én ingevoerd, om onevenwichten te vermijden (9). Daarnaast dient er ook voldoende aandacht te zijn voor de **interacties** met de andere grote beleidsprioriteiten, met name vooral met de herijking van de nomenclatuur, de herziening van KB nr. 78, het plan geïntegreerde chronische zorg en ook met de *roadmap* eGezondheid (4).
10. Voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering wordt een specifieke governance en **projectstructuur** voorzien. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de conceptualisatiefase en de implementatiefase. Tijdens de conceptualisatiefase worden de krijtlijnen omgezet in concrete voorstellen. Deze voorstellen worden uitgewerkt in nauw overleg met de stakeholders, via de taskforce en een overleggroep. Tijdens de implementatiefase worden de concrete voorstellen vertaald in regelgeving, die voor advies worden voorgelegd aan de officiële adviesorganen.
11. Ten slotte werd ervoor geopteerd om een aantal onderdelen van de zorg voorlopig **buiten de scope** van dit hervormingstraject te houden. Uiteraard zijn er steeds raakvlakken met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, en dienen er op de 'belendende percelen' ook bijsturingen te gebeuren. Maar niet alle problemen / deelsectoren kunnen simultaan grondig aangepakt worden. Als 'alles aan alles' gekoppeld wordt, riskeert er niets meer te bewegen. De geplande hervorming richt zich vooral op de algemene ziekenhuizen, met hun medisch-specialistische zorg. Andere deelsectoren, zoals de geestelijke gezondheidszorg, de langdurige revalidatiezorg¹, de eerstelijnszorg, de ouderen- en welzijnszorg komen enkel aan bod in de mate dat er raakvlakken zijn voor de hervorming van de ziekenhuizen en hun financiering – en uiteraard in nauw overleg met de deelstaten.

3. DOELSTELLINGEN VAN DE HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING

De behoeften en noden in de gezondheidszorg zullen in de komende jaren blijven groeien, door de vergrijzing van de bevolking, het toenemend aantal patiënten met chronische aandoeningen en de groeiende multimorbiditeit. Maar de publieke budgetten voor gezondheidszorg kunnen deze groei niet ongelimiteerd volgen. Daarom moet er vooral ingezet worden op strategieën die toelaten om de middelen slimmer te besteden, om méér waarde te creëren met de beschikbare budgetten (*value based care*). Dat is mogelijk via een reorganisatie van het zorglandschap, met een ruimere plaats voor de transmurale zorg en meer nadruk op de eerstelijnszorg zodat

¹ Acute revalidatiezorg die behoort tot het takenpakket van het algemeen ziekenhuis maakt aldus wel deel uit van de scope van dit plan.

(re)hospitalisaties kunnen vermeden worden en een heroriëntering van de rol van de ziekenhuizen (4). Deze heroriëntering omvat meerdere aspecten.

Er kunnen in de ziekenhuizen acute bedden afgebouwd worden, omdat er nu al bedden leeg staan en omdat, zo blijkt uit internationale vergelijkingen, de verblijfsduur in de ziekenhuizen nog verder kan ingekort worden. De afbouw van niet gebruikte bedden resulteert in beperkte netto-besparingen (louter op infrastructuur en het onderhoud ervan). De verkorting van de verblijfsduur genereert ruimte om de personeelsmiddelen die hierdoor vrij komen elders in te zetten, bv. in hogere bestaansnormen voor de andere acute bedden of door verschuivingen naar minder acute zorgvormen (hersteloorden, chronische bedden, thuiszorg), die minder budget per bed vereisen. Deze afbouw van (acute) bedden zal uiteraard noodzaken tot meer samenwerking tussen ziekenhuizen, via netwerken - zie 4.2.

Ook door samenwerking op vlak van dure infrastructuur in het algemeen en zware medische apparatuur in het bijzonder kunnen middelen vrijgemaakt worden: in zoverre de apparatuur in voldoende mate ter beschikking wordt gesteld, weliswaar op minder plaatsen, dienen er minder vaste kosten gedekt te worden en er is minder risico op niet aangewezen gebruik van de apparatuur. Dergelijke concentratie kan trouwens ook de kwaliteit van de verleende zorg ten goede komen. Opdat de nodige zorg voor alle patiënten voldoende toegankelijk zou blijven dienen ziekenhuizen samenwerkingsakkoorden te sluiten en taakafspraken te maken over het gebruik van die dure infrastructuur.

Ten slotte dient coördinatie en integratie tussen verschillende zorgvormen (zowel ziekenhuizen maar ook andere voorzieningen) bevorderd te worden om aan de groeiende groep van patiënten met chronische aandoeningen de juiste zorg tijdig en in de juiste omstandigheden te kunnen verlenen.

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering zal er ook over waken dat de vele gunstige kenmerken van het Belgische gezondheidszorgsysteem behouden blijven: de hoge patiëntentevredenheid, een ruim zorgaanbod, dat zowel op financieel, openingsuren, als geografisch vlak ruim toegankelijk blijft, de hoge (gepercipieerde) kwaliteit en de sterke inzet van competente, dynamische, gemotiveerde, professionele zorgverleners.

Naast een efficiëntere/slimmere besteding van de beschikbare zorgbudgetten, beoogt de hervorming van de ziekenhuisfinanciering verdere kwaliteitsverbetering aan te moedigen, samenwerking en taakafspraken tussen ziekenhuizen onderling en met andere zorgvoorzieningen te bevorderen en verantwoorde zorg op een correcte manier te financieren. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering heeft m.a.w. niét als doel om gezondheidszorgbudgetten te verlagen, en evenmin om nettobesparingen te realiseren. De hervorming zal in globo dus niet gepaard gaan met minder tewerkstelling in de zorg, weliswaar deels in andere voorzieningen dan ziekenhuizen. Integendeel, met de groeiende zorgnoden zal de tewerkstelling nog groeien.

4. REORGANISATIE VAN HET ZORGLANDSCHAP / NIEUW ZIEKENHUISCONCEPT

Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering kan niet slagen als niet tegelijkertijd de organisatie van het ziekenhuislandschap – en zelfs breder, van heel het zorglandschap - bijgestuurd wordt, om te voldoen aan de nieuwe noden. Hieronder valt ook het uittekenen van een nieuw ziekenhuisconcept, aangepast aan de 21^e eeuw.

4.1. Het actuele ziekenhuislandschap

De cijfers zijn genoegzaam bekend (7). België beschikt over relatief meer acute ziekenhuisbedden dan veel andere OESO-landen (fig. 1), patiënten worden frequenter opgenomen in een ziekenhuis (fig. 2), de gemiddelde verblijfsduur is ook langer (fig. 3) en er gebeuren relatief minder interventies in het dagziekenhuis (6,7,9).² Daarnaast blijkt ook, uit de cijfers voor de Belgische ziekenhuisfinanciering, dat het aantal “erkende bedden” (= aantal bedden waarvoor de ziekenhuizen toelating tot uitbating hebben) veel hoger is dan het aantal “verantwoorde bedden” (= aantal bedden dat de overheid financiert, rekening houdend met de casemix in elk ziekenhuis en op basis van de nationaal gemiddelde verblijfsduur voor elk soort patiënt). Dat verschil situeert zich vooral bij de acute bedden voor heelkunde en interne geneeskunde, maar ook in de materniteiten en de pediatriediensten. Daarnaast blijkt dat er in België méér geriatriebedden benut worden dan de overheid erkend heeft (fig. 4).

Fig. 1: atl acute bedden/1000 inwoners

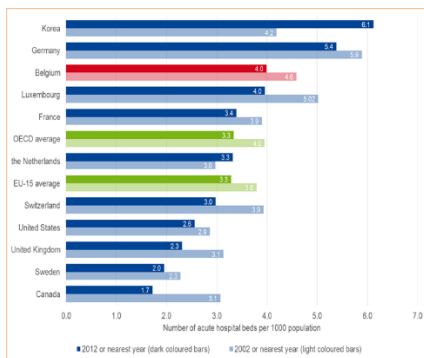


Fig. 2: atl ziekenhuisopnames/1000 inw

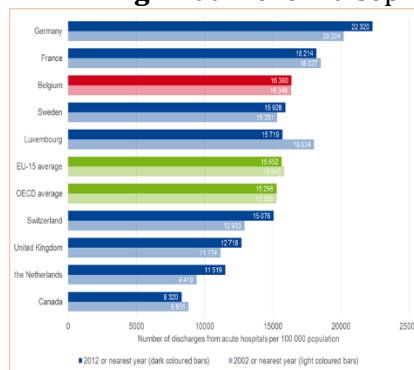


Fig. 3: gemiddelde verblijfsduur

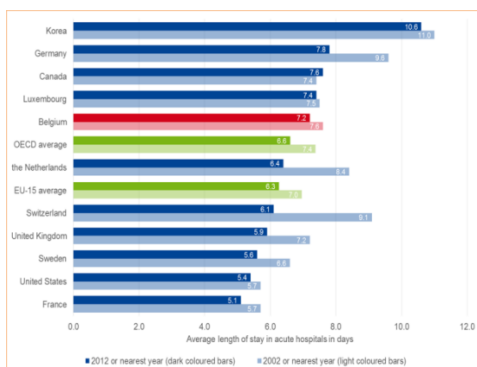
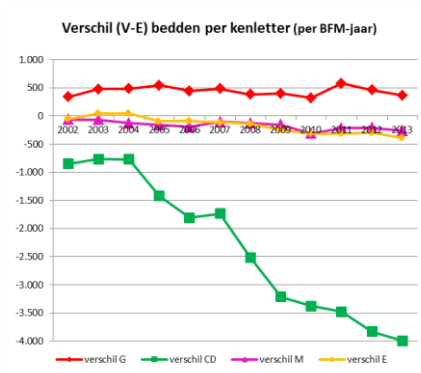


Fig. 4: evolutie verschil tussen erkende en verantwoorde bedden



België heeft ook een hoge densiteit en gebruik van dure diagnostische apparatuur of materialen (bv. CT, endoprothesen, transarteriële hartkleppen) en een versnippering van complexe zorg (bv. de 446 slokdarmresecties werden in 2011 uitgevoerd in 64 ziekenhuizen in België). België scoort daarentegen minder goed in internationale kwaliteitsvergelijkingen, vooral qua outcome (bv. COPD, mortaliteit na ziekenhuisopname voor acuut myocard infarct) (5,7,9).

Deze cijfers laten toe om met voldoende zekerheid te stellen dat er in België nog ruimte is voor verkorting van het ziekenhuisverblijf, vermindering van het aantal ziekenhuisverblijven (en zodoende afbouw van acute ziekenhuisinfrastructuur), overschakeling naar dagziekenhuis-

² Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat de cijfers internationaal niet steeds perfect vergelijkbaar zijn (9).

opnames en minder gebruik van hoogtechnologische apparatuur (4, p.64), uiteraard mits er voldoende opvangmogelijkheden buiten de ziekenhuismuren beschikbaar zijn.

4.2. Gewenst zorglandschap 2025, met netwerken

Eén van de opdrachten zal erin bestaan om het verwachte en gewenste toekomstige zorglandschap, het zgn. “zorglandschap 2025” uit te tekenen, op basis van de verwachte wijzigingen in de behoeften, de medisch-technologische mogelijkheden om op deze behoeften in te gaan en de budgettaire ruimte (4, p.58). De verwijzing naar 2025 impliceert niet dat pas over 10 jaar de eerste herstructureringen in het zorglandschap zullen plaatsgrijpen, maar vloeit voort uit het besef dat als vanaf 2016 kan gestart worden met structurele bijstellingen in het zorglandschap (bv. geen (ver)nieuwbouw van sites die niet in dit nieuwe kader passen), het wellicht tot 2025 duurt vooraleer de impact op het zorglandschap substantieel zal zijn. De beleidsmaatregelen die vanaf heden worden opgestart zullen bijgevolg pas hun volle impact hebben vanaf de volgende legislatuur.

Uiteraard ligt de nadruk – in functie van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering - op de plaats van het ziekenhuis als schakel in dit zorglandschap, maar dit kan uiteraard niet los gezien worden van de rol en opdrachten van de andere zorgactoren. Deze komen aan bod in andere beleidsprioriteiten van de federale regering (bv. geïntegreerde en chronische zorg, KB nr. 78, eerstelijnszorg, plan geestelijke gezondheidszorg) (4) en de deelstaatregeringen.

Kernbegrippen op vlak van de reorganisatie van het zorglandschap zijn de volgende:

- De behoeften aan vereiste ziekenhuiszorg in de komende jaren moeten geraamd worden, rekening houdend met de verwachte evoluties in pathologiegroepen (o.a. via epidemiologische gegevens), in diagnose- en behandelmodaliteiten (binnen en buiten ziekenhuizen) en de technologische evoluties. De geraamde nood aan ziekenhuiscapaciteit (bedden, apparatuur, geografische spreiding, ...) dient omgezet te worden in programmatie van apparatuur, bedden, ziekenhuisdiensten en basis- en gespecialiseerde zorgprogramma's. De omzetting in erkenningsnormen is een opdracht voor de deelstaten (4, p.58).
- Ziekenhuizen dienen onderling en met andere zorgvoorzieningen frequenter en nauwer samen te werken, om de zorg transmuraal, over de muren van de voorzieningen heen, beter te coördineren voor de patiënten. Ziekenhuizen worden schakels in een zorgnetwerk dat ten dienste van de patiënten staat (4, p.64-65, p.68).
- In plaats van de klassieke samenwerkingsvormen die juridisch al voorzien zijn (groepering, fusie en associatie) is een ander concept nodig, meer bepaald netwerkvorming tussen zorgvoorzieningen. Hierbij zijn meerdere soorten netwerken relevant (4, p.64, 9):
 - o Tussen ziekenhuizen onderling worden de volgende netwerken onderscheiden:
 - Voor klinische zorg (via verwijzing van patiënten of zorgverleners die zich verplaatsen) → om de patiënten steeds, op een maatschappelijk efficiënte manier, de toegang te kunnen waarborgen tot de beste beschikbare expertise
 - Voor medisch-ondersteunende diensten (labo, anatomopathologie, apotheek, centrale sterilisatie – waarbij de stalen of materialen zich verplaatsen) → om deze dure apparatuur en infrastructuur steeds op een zo efficiënt mogelijke manier te kunnen benutten, en overcapaciteit te vermijden (bv. clean rooms)

- Voor ondersteunende diensten (elektronisch patiëntendossier, samen-aankoop, tarificatie-facturatie, milieu & preventie, ...) → vooral met het oog op delen van expertise en schaalvoordelen te realiseren
 - Tussen ziekenhuizen en andere voorzieningen zijn er lokale samenwerkings-akkoorden³ voor *cure* (met bv. huisartsen, thuisverpleging) en voor *care* (met bv. ook woonzorgcentra, thuiszorg, ...) nodig – dit alles uiteraard in nauw overleg met de deelstaten → om de zorgcontinuïteit, vooral voor patiënten met chronische aandoeningen te garanderen.

In de toekomst zal de toelating om bepaalde ziekenhuisactiviteiten uit te voeren, evenals de financiering, niet meer aan individuele ziekenhuizen worden toegekend, maar aan netwerken van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten. Het toewijzen van een bepaalde activiteit aan een netwerk impliceert uiteraard niet dat elk ziekenhuis dat lid is van dit netwerk dan de toelating krijgt om, op eigen campus, deze activiteit uit te baten.

In dit kader wordt onderzocht voor welke soorten netwerken een formele structuur, met eigen rechtspersoonlijkheid, wenselijk is. Naargelang de aard van de verleende zorg (basiszorg versus gespecialiseerde zorg) kan een ziekenhuis ook lid zijn van meerdere netwerken.

Ten slotte dient er bij het uittekenen van het juridisch kader voor deze netwerken ook over gewaakt te worden dat de 'belendende regelgeving' samenwerking tussen deze zorgvoorzieningen niet bemoeilijkt (bv. arbeidswetgeving en sociaal recht over detachering van personeel, BTW-vrijstelling op zorgverlening dient van toepassing te zijn alle wettelijk voorziene vormen van samenwerking via netwerking).

- Ziekenhuizen dienen onderling niet enkel samen te werken, maar ook onderling taakafspraken te maken, onder diverse vormen:
 - Verwijs- en terugverwijsafspraken voor patiënten binnen één pathologiegroep, tussen ziekenhuizen onderling
 - Verdeling van pathologiegroepen tussen ziekenhuizen onderling

Welke zorgvormen in de toekomst meer geconcentreerd (= op minder plaatsen) moeten aangeboden worden, dan wel sterk gespreid mogen blijven, dient geëvalueerd te worden op basis van *evidence-based* gegevens, rekening houdend met o.a. de prevalentie en incidentie van de aandoeningen, de beschikbare technologieën, de nood aan continuïteit, evidentie over volume-outcome relaties, ...) (4, p.76). Er wordt verwacht dat ziekenhuizen, zowel algemene als universitaire, onderling dergelijke taakafspraken maken, uitgaande van reeds aanwezige competenties en expertises (4, p.58, p.64-65).

- Deze vormen van taakafspraken, netwerken en concentratie van apparatuur en expertise impliceren niet dat ziekenhuizen grootschaliger moeten worden. Een concentratie van méér bedden op één plaats wordt niet beoogd.
- Samenwerking tussen zorgvoorzieningen dient ondersteund te worden via de verdere uitbouw van het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (EPD), dat, in de toekomst, kan gebruikt worden door alle zorgverleners (en niet enkel door het ziekenhuis of de huisarts) – en ook voor de patiënt makkelijker toegankelijk wordt gemaakt (4, p.61)– cf. *roadmap eGezondheid*. Via dit EPD zal niet enkel de zorg beter gecoördineerd kunnen worden, maar worden er ook besparingen gerealiseerd (minder duplicatie van onderzoeken, minder administratie), kan de kwaliteit en patiëntveiligheid beter gegarandeerd worden (bv.

³ Er dient verder uitgezocht te worden of het nuttig is (of eerder verwarrend) om hiervoor ook de term 'netwerk' te hanteren.

eenmalige registratie van medicatie-allergie) (4, p.68) en kan de patiënt ook makkelijker *empowered* worden, om actief zijn zorgmanagement mee in handen te nemen.

Dit vernieuwde zorglandschap wordt zoveel mogelijk "*bottom-up*" gerealiseerd, via initiatieven uitgaande van de zorgvoorzieningen zelf (sociaal ondernemerschap, zelfs met enige onderlinge concurrentie, om de kwaliteit te stimuleren. Tegelijk zal de overheid "*top-down*" het kader en de spelregels bepalen waaraan de netwerking moet voldoen en om zeker te zijn dat de rationalisatie gerealiseerd wordt.

De volgende concrete hefbomen en modaliteiten kunnen gebruikt worden om de ziekenhuizen aan te moedigen tot samenwerking en taakafspraken in dit nieuwe zorglandschap:

- Afbouw van acute ziekenhuisbedden, met reconversiemogelijkheden van acute naar chronische ziekenhuisbedden of naar alternatieve zorgvormen (bedden voor chronische zorg, herstelorden, thuishospitalisatie, zorghotel, ...).

Uiteraard verdienen reconversies zonder negatieve budgettaire gevolgen op macrovlak de voorkeur.

Het beschikbare cijfermateriaal toont duidelijk aan dat de beschikbare acute ziekenhuisbedcapaciteit in België zeker niet constant volledig benut wordt: er zijn mogelijkheden tot afbouw, maar dit moet op een verstandige manier gebeuren:

- o Afbouw van een beperkt aantal bedden per ziekenhuis/campus zal niet resulteren in besparingen. Reële besparingen zijn pas realiseerbaar indien *volledige* afdelingen of ziekenhuissites kunnen opgeheven worden (of geconverteerd naar bedden voor chronische zorg).
 - o Elke winter is er wel een periode waarin de acute ziekenhuisbedden overvol liggen. Dat zal in de toekomst niet anders zijn. Om opnameproblemen voor acute pathologie te vermijden tijdens, bv. de periode van de griep epidemie, zal een snelle bijsturing van de overige, geplande, ziekenhuisopnames in elk ziekenhuis dus noodzakelijk zijn. Er zal m.a.w. "virtuele" buffercapaciteit moeten gecreëerd worden, via aangepaste planning van electieve ingrepen, i.p.v. fysische bedden een deel van het jaar te laten leegstaan. Ook de personeelsbestaffing zou seizoensgebonden moeten kunnen aangepast worden.
- Een strikter beleid van programmatie van zware medische apparatuur en gespecialiseerde diensten en zorgprogramma's, evenals de toepassing en handhaving ervan.
 - Nieuwe ziekenhuisinitiatieven tot verregaande samenwerking onder de vorm netwerken, waarbij het zorgaanbod simultaan ook gerationaliseerd wordt, krijgen voorrang op initiatieven die het aanbod niet rationaliseren.
 - Daarnaast dient ook onderzocht te worden of het nuttig is voor de overheid om gebruik te maken van strikt geografische planning van het zorglandschap.⁴ Indien het zorglandschap nu zou kunnen uitgetekend worden op een blanco blad, zou het niet onlogisch om het zorgaanbod volledig geografisch uit te tekenen, maar de heroriëntering vertrekt uiteraard niet van een blanco blad. Er moet verder onderzocht worden of dergelijke (*top-down*) zorgstrategische planning voor heel België werkbaar is, o.a. om zgn. "blinde vlekken" te vermijden, en rekening houdend met de aanwezigheid van een aantal reeds goed functionerende netwerkinitiatieven. En is dit concept eerder geschikt om de zeldzame,

⁴ Het KCE poneert dat "een hertekening van het ziekenhuislandschap nodig is, in termen van acute bedden, diensten, functies en zorgprogramma's, die moeten worden afgestemd op de behoeften van de bevolkingsgroepen binnen geografisch omschreven zorgzones, en dit in het kader van een omvattend, meerjarig strategisch netwerkzorgplan, dat alle niveaus en aspecten van de zorg- en welzijnssector omvat voor de gegeven populatie" (9).

complexe (supraregionale) zorg te plannen (i.e. voldoende geografische spreiding van gespecialiseerde zorg, die slechts in een beperkt aantal centra in België wordt aangeboden)? Of laten zorgzones – cf. de eerste lijnszorg – vooral toe om de lokaal beschikbare zorg beter te gaan plannen?

Indien dit concept verder benut wordt, dient ook de relatie tussen zorgzones (geografisch afgebakend) en netwerken (samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen / ziekenhuisdiensten onderling en eventueel andere zorgvoorzieningen) uitgewerkt te worden.

- Ook in de financiering dienen prikkels tot het aanbieden van ziekenhuisactiviteiten in netwerking tussen ziekenhuizen ingebouwd te worden en dient het onafhankelijk (= zonder overleg en samenwerking met andere ziekenhuizen) uitbouwen van allerlei activiteiten door elk individueel ziekenhuis sterker afgeremd te worden dan in het verleden (zie verder).

Met de deelstaten wordt overlegd of een systematische voorafgaande “conformiteitscheck” van erkennings- en programmatiedossiers/ -normen mogelijk is in afwachting van de uitwerking en implementatie van de nieuwe concepten. Zodoende zou kunnen gewaarborgd worden dat er in concrete dossiers door de deelstaten geen beslissingen genomen worden die haaks staan op de nieuwe concepten en het gewenste zorglandschap. Met de deelstaten wordt overlegd om toekomstige investeringssubsidies voor infrastructuurwerken in ziekenhuizen ook te koppelen aan rationalisatie-initiatieven en om geen nieuwbouwcampussen of majeure renovaties meer goed te keuren voor infrastructuurwerken die niet beantwoorden aan het gewenste zorglandschap 2025.

WERKPLAN:

Tegen het einde van 2016 wordt het gewenste zorglandschap 2025 uitgetekend. Tegen die tijd zullen ook de krachtlijnen van onderzoek die het KCE in dit verband uitvoert (behoefte aan acute ziekenhuisvoorzieningen, substitutie van klassieke ziekenhuisopnames door dagbehandelingen en alternatieve zorgvormen, governance via netwerken) duidelijk zijn. Dit gewenste zorglandschap wordt uitgetekend in nauw overleg tussen de federale overheid (die bevoegd blijft voor de programmatie en de basiskenmerken van de ziekenhuizen) en de deelstaten (die bevoegd zijn voor de erkenningen). Het overleg met de stakeholders komt verderop aan bod.

4.3. Een aangepast ziekenhuisconcept

In het licht van het evoluerend zorglandschap is een aangepast ziekenhuisconcept ook aan de orde. Het huidig ziekenhuisconcept (vastgelegd in het KB van 30 januari 1989) beschrijft het ziekenhuis op basis van structurele kenmerken:

- een minimum vereist aantal bedden (150)
- minimum 3 diensten: een dienst chirurgie (C) én een dienst interne geneeskunde (D) en daarnaast een dienst voor geriatrie (G), of een materniteit (M) of een dienst kindergeneeskunde (E) of een dienst neuropsychiatrie voor observatie of behandeling (A).
- een aantal functies (anesthesie, radiologie, basisactiviteiten klinische biologie, revalidatie en basisactiviteiten ziekenhuisapotheek)
- een zorgprogramma oncologische basiszorg (tenzij erkend zorgprogramma oncologie)
- de permanente aanwezigheid van een geneesheer
- ...

Ziekenhuizen zijn ondertussen geëvolueerd van “beddenhuizen” naar medisch-technologische expertisecentra met diagnostische en behandelplatforms, waarbij het aantal bedden geen goede indicator meer is van hun globale capaciteit noch van hun activiteitenmix. Het nieuwe ziekenhuisconcept dient daarom eerder aan te geven wat de opdrachten van een ziekenhuis zijn dan de structurele kenmerken te omschrijven. Hierbij moet een onderscheid gemaakt worden tussen opdrachten (4, p.64-65, 11,14):

- van basiszorg / proximale zorg.
- Van gespecialiseerde zorg / referentiezorg die gelimiteerd worden in het kader van netwerken.

Basis- of proximale zorg omvat het meer algemene en frequenter voorkomende deel van het zorgspectrum. Het is zorg die binnen een redelijke afstand van de woonplaats van elke patiënt moet kunnen aangeboden worden, om redenen van bv. noodzaak tot snelle interventie (dringende hulpverlening) of omdat de patiënt de zorg heel frequent moet krijgen, of omdat het gaat om frequent voorkomende routinezorg die geen dure infrastructuur behoeft (die dus efficiënt op vele plaatsen kan aangeboden worden). Deze basiszorg wordt in vele ziekenhuizen aangeboden, maar hoeft niet noodzakelijk in elke voorziening beschikbaar te zijn (zie verder).

De “referentiezorg” daarentegen wordt, per definitie, op een beperkter aantal plaatsen aangeboden, vanuit kosten- of kwaliteitsoverwegingen. Voor deze referentiezorg moeten de ziekenhuizen onderling samenwerken in en tussen netwerken. Redenen voor concentratie van zorg op een beperkter aantal plaatsen zijn bv. het (zeer) zeldzaam of complex karakter van de pathologie, de nood aan schaarse, zeer gespecialiseerde en/of multidisciplinaire expertise, of het gebruik van dure apparatuur, die slechts voor een beperkt aantal patiënten nuttig is. Voor de referentiezorg zullen ziekenhuizen zeker moeten samenwerken in en tussen netwerken.

Zowel voor de proximale als voor de referentiezorg dient gewaakt te worden over een adequate geografische spreiding, rekening houdend met de spreiding van de inwoners en de budgettaire mogelijkheden. Telegeneeskunde kan de samenwerking tussen voorzieningen ondersteunen en en is een nuttig instrument om de zorg dichtbij de patiënt te garanderen. De financiering dient ook rekening te houden met telegeneeskunde (4, p.68).

Met de gewijzigde vragen op vlak van patiëntencomfort (bv. minder vraag naar gemeenschappelijke kamers, meer vraag naar privacy) is ook de regelgeving i.v.m. de hotelfunctie, bv. de omschrijving van de eenpersoonskamers, aan actualisatie toe. Daarbij zal dan ook moeten worden onderzocht hoe dit zich verhoudt tot het aanrekenen van ereloon-supplementen en de financiële toegankelijkheid voor de patiënt.

Een deel van de zorg is zich echter aan het verplaatsen naar extramurale voorzieningen. Dit geldt m.n. voor de zgn. kabinetschirurgie (“*office surgery*” & “*office anaesthesia*”). Deze zorg wordt vandaag echter niet adequaat geregeld. Er is onduidelijkheid over de toepasselijke regelgeving. Welke regels inzake kwaliteitsvereisten, veiligheid, continuïteit van zorg, permanentie, dienen te gelden? De kwaliteit van de zorg en het raamwerk voor de zorgverlening zou, i.f.v. patiëntveiligheid en kwaliteit, identiek moeten zijn (met uniforme financiering van de medische prestaties), ongeacht de setting. Om garanties daartoe te bieden, wordt een voorontwerp van “wet inzake de praktijkvoering in de gezondheidszorg” voorbereid. Dit wetsontwerp, gebaseerd op de federale bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunst, zal aan elke zorgverlener waar die ook de geneeskunst beoefent, eisen stellen inzake een minimaal kwaliteitsniveau, de verzekering van de continuïteit van zorg, het verzorgen van permanenties, de infrastructuur, de vereiste personeelsomkadering, ... zodat hiermee een belangrijke lacune in de gezondheidszorg-wetgeving ingevuld wordt (10). Dit initiatief situeert zich op de scheidingslijn tussen deze werf

en de werf van de herziening van het KB nr. 78. Vandaar dat het voornoemde voorontwerp van wet geen deel uitmaakt van het werkplan. Er is het voornemen om het project in de loop van dit jaar bij het Parlement neer te leggen.

Ten slotte, en niet in het minst, dient ook het governance model van de ziekenhuizen geactualiseerd te worden. Enerzijds dient de rol en plaats van het ziekenhuis, evenals de rol van de medische raad, in ziekenhuisnetwerken geëxpliciteerd te worden (9). Anderzijds dient de relatie tussen artsen en beheer geactualiseerd te worden, om zowel voldoende betrokkenheid, maar ook de verantwoordelijkheid van de artsen in het beheer van het ziekenhuis te garanderen. Een bijsturing van het governance model t.a.v. de artsen is zeker noodzakelijk, indien (zie verder) en zodra de honorariastromen voor de ziekenhuisfinanciering zouden gewijzigd worden (4, p.72).

WERKPLAN:

In de loop 2016 wordt het regelgevend kader voor een aangepast concept “algemeen ziekenhuis” en voor het concept “netwerk” voorbereid.

Op basis van de (voorlopige) bevindingen over het gewenst ziekenhuislandschap wordt tegen de herfst van 2017 dit ontwerp gefinaliseerd in een voorstel tot aanpassing van de Wet op de Ziekenhuizen en het KB van 30 januari 1989, op vlak van het ziekenhuisconcept (incl. bedden, diensten, functies, zorgprogramma's, ...) en het netwerkconcept.

Daarnaast wordt ook de regelgeving met betrekking tot het governance model van het algemeen ziekenhuis geactualiseerd, op twee vlakken:

- aanpassing aan het feit dat ziekenhuizen meer in netwerken functioneren (te realiseren in de loop van 2016-2017)
- aanpassing aan de hervormingen in de honorariafinanciering, gekoppeld aan de herijking van de nomenclatuur (te realiseren vanaf 2018).

4.4. Beleidsinstrumenten

De overheid kan de juiste ontwikkelingen in de richting van het gewenste “zorglandschap 2025” aanmoedigen via diverse beleidsinstrumenten.

Sommige van deze instrumenten hebben in het verleden al hun deugdelijkheid bewezen en dienen enkel geactualiseerd te worden. Dit geldt bv. voor de reconversieregels voor ziekenhuisbedden, om de afbouw van acute bedden ten gunste van andere types van voorzieningen te bevorderen.

Andere beleidsinstrumenten dienen beoordeeld te worden op hun bruikbaarheid / wenselijkheid in de huidige context en mogelijks bijgesteld te worden. Zo werden er in het verleden (eenmalige) schadeloosstellingen en (recurrente) recyclagepremies toegekend, om bedafbouw te stimuleren. Er dient onderzocht te worden of dergelijke incentives nog aan de orde zijn en budgettair haalbaar blijven.

Andere zijn ontworpen voor andere deelsectoren (bv. art. 107 voor de geestelijke gezondheidszorg, RIZIV-conventies) en dienen waar nodig aangepast te worden i.f.v. hun bruikbaarheid voor algemene ziekenhuizen.

En misschien moeten er nog extra incentives en instrumenten ontwikkeld te worden om de gewenste evoluties te versnellen.

WERKPLAN:

Vanaf juli 2015 worden de beleidsinstrumenten (reconversieregels, schadeloosstelling, art. 107, ...) om de ziekenhuizen te stimuleren tot stappen in de richting van het gewenst zorglandschap kritisch beoordeeld en verder ontwikkeld in nauw overleg met de sector en met de deelstaten.

De bedoeling is om, zodra in detail duidelijk wordt hoe het nieuwe zorglandschap er inhoudelijk moet uit zien (zomer van 2017), het regelgevend kader toelaat om onmiddellijk met de implementatie van dit zorglandschap te starten, in concreto vanaf najaar 2017 – begin 2018.

5. HERVORMING ZIEKENHUISFINANCIERING

5.1. Kapstokken en basisprincipes

1. De patiëntenpopulatie die ziekenhuiszorg krijgt wordt, conceptueel, opgesplitst in een beperkt aantal clusters, die qua financiering op een homogene manier kunnen benaderd worden. Er wordt, als eerste benadering, een **clustering** voorzien in drie groepen:
 - Laagcomplexe, standaardiseerbare routinezorg
 - Middelmattig complexe zorg, die vrij standaardiseerbaar is, maar minder dan de laagvariabele zorg
 - Hoogcomplexe weinig-tot-niet standaardiseerbare zorg

Voor elk van deze drie groepen worden verschillende financieringsmodaliteiten voorzien, i.f.v. de spreiding van het financieel risico dat gepaard gaat met het verlenen van de zorg tussen zorgvoorzieningen en financierende overheid. Voor de aflijning van deze groepen moeten criteria en verantwoordingsregels worden vastgelegd. Het toezicht op de correcte toepassing moet worden uitgewerkt.

De classificatie in deze groepen hangt trouwens samen met de organisatie van de zorg in verschillende soorten ziekenhuisdiensten, zoals ontwikkeld door Christensen et al. (3). Planbare en (vrij goed) standaardiseerbare zorg dient georganiseerd te worden vanuit een “*value adding*” bedrijfsmodel, gericht op verregaande standaardisatie, permanente verbetering in processen (eventueel via “*focused factories*”, toegespitst op een beperkt aantal pathologiegroepen).⁵ Niet-standaardiseerbare, complexe zorg wordt bij voorkeur

⁵ In een “*value adding*” bedrijfsmodel is de diagnose van de patiënt al gekend en het behandeltraject duidelijk. Alle bedrijfsprocessen zijn gericht op een kwaliteitsvolle, efficiënte, veilige zorg voor de patiënt. De focus ligt op het creëren van toegevoegde waarde via standaardisatie en permanente procesverbetering. Dergelijk model kan werken met een vaste prijszetting per patiënt, gekoppeld aan kwaliteitswaarborgen. Een “*focused factory*” is een specifieke vorm van het “*value adding*” ziekenhuis omdat deze zich focust op een zeer beperkt aantal, of zelfs één patiëntengroep (bv. prostaatkliniek, liesbreuken, cataractingrepen).

georganiseerd volgens een “*solution shop*” model, met coherente integratie van expertise en middelen in een hecht team.⁶

Volgens Christensen et al. (3) zijn deze activiteiten integreerbaar binnen één ziekenhuis, maar dienen ze wel volgens een andere bedrijfslogica (afzonderlijke afdelingen) aangestuurd te worden. Het probleem is dat in praktijk veel ziekenhuizen zich op beide patiëntengroepen richten, vanuit een “*solution shop*” model waarbij men “alles voor de patiënt” probeert te doen vanuit het eigen ziekenhuis, terwijl een groot deel van de patiënten kwaliteitsvoller, veiliger en efficiënter kan behandeld worden vanuit een “*value adding*” model.

Laagvariabele zorg (weinig complexe zorg met laag risico):

De toegediende zorg is goed voorspelbaar en varieert weinig tussen patiënten onderling. Voor de financiering van deze patiënten wordt de prijs vooraf vastgelegd en deze is onafhankelijk van het reële zorgproces voor de individuele patiënt. Indien méér zorg verleend wordt per patiënt dan standaard voorzien, wordt het risico gedragen door het ziekenhuis.

Mediumvariabele zorg (middelmattig complexe zorg):

Deze groep van patiënten krijgen zorg, die op een medisch verantwoorde wijze en binnen herkenbare en definieerbare grenzen varieert.

Voor iedere pathologiegroep en rekening houdend met de zorgzwaarte wordt prospectief een marge bepaald, waarbinnen de reëel verstrekte zorg (verantwoord) kan variëren en dus gefinancierd mag worden.

Het financiële risico wordt voor deze groep gedeeld tussen overheid en ziekenhuis.

Hoogvariabele zorg:

Deze groep omvat opnamen waarbij de zorg op voorhand niet voorspelbaar is, maar op maat van de individuele patiënt moet worden uitgewerkt. Zorg is maatwerk voor deze groep van patiënten. De verantwoorde reëel verstrekte zorg dient te worden vergoed.

Het financiële risico voor deze groep ligt niet zozeer bij de ziekenhuizen en de zorgverstrekkers, maar vooral bij de overheid.

Het aandeel van deze groep patiënten in het totale budget is door de aard zelf beperkt en kan sterk variëren tussen de ziekenhuizen onderling. De betrokken zorgvraag dient wel telkens eenduidig te worden gedocumenteerd.

Naar gelang de aard van de zorg ligt het financieel risico voor de zorgverlening eerder bij de overheid dan wel bij de ziekenhuizen. Voor de laagvariabele zorg ligt het financieel risico m.b.t. de toegediende zorg per patiënt bij het ziekenhuis, maar het financieel risico aangaande het totaal aantal patiënten ligt bij de financierende overheid. Voor de patiënten in het mediumvariabele segment wordt het financieel risico, indien meer of andere zorg wordt verleend dan standaard voorzien, grotendeels gedeeld tussen de zorgvoorzieningen onderling (i.e. herverdeling van het gesloten nationaal budget). Het financieel risico ligt enkel bij de overheid voor dié componenten van de zorg die (nog) niet in het nationaal gesloten budget zijn opgenomen. Het financieel risico voor de hoogvariabele zorg dient in

⁶ Een “*solution shop*” model is vereist voor patiënten waarbij er nog een diagnose moet gesteld worden en de behandeling (met onzekere outcome) nog moet uitgetekend worden. Dergelijk bedrijfsmodel vereist toegang tot een ruim diagnostisch arsenaal. Gegeven de vele onzekerheden kan dergelijk model niet gefinancierd worden via een vaste prijszetting per patiënt, maar dient rekening gehouden te worden met de reëel verleende zorg.

veel sterkere mate (dan voor de laag- en mediumvariabele zorg) door de overheid gedragen te worden, omwille van de onvoorspelbaarheid van de nodige zorg.

2. De financiering voor **specifieke taken en opdrachten** die niet in alle ziekenhuizen voor komen en/of die niet tot de standaardzorg van de patiënten behoren wordt **geïsoleerd** van de financiering van de zorg, die geldt voor alle patiënten in een groep. Dit is het geval voor o.a. de extrakosten i.g.v. veel patiënten met een zwakker sociaal-economisch profiel, voor de academische opdrachten van de universitaire ziekenhuizen en voor de spoedgevallen-diensten. Door de financiering voor deze aangelegenheden separaat te benaderen, verhoogt de transparantie en wordt die gekoppeld aan een duidelijke omschrijving van deze specifieke taken en opdrachten.
3. De diverse financiële stromen voor de ziekenhuisactiviteiten dienen sterker **geïntegreerd** te worden (4, p.72). Zo dient de financiering voor klassieke hospitalisaties (BFM) en de niet-chirurgische dagziekenhuisactiviteiten (forfaits dagziekenhuis) meer geïntegreerd gefinancierd te worden, zodat er een sterkere prikkel aanwezig is om, waar mogelijk, patiënten in het dagziekenhuis te behandelen. Daarnaast kan ook de financiering van de (geforfaitariseerde) geneesmiddelen geïntegreerd worden met de financiering voor het ziekenhuisverblijf.

De verdere integratie van de financieringsstromen zal niet resulteren in een volledige *all-in* financiering, om twee redenen:

- de financiering van de investeringen is in uitvoering van het Vlinderakkoord volledig verschoven naar de deelstaten
- de medische activiteiten blijven grotendeels gefinancierd via een vergoeding per medische prestatie. Deze vergoeding kan voor wat het praktijkkostengedeelte betreft gekoppeld worden aan de overige financiële stromen (cf. infra), maar een integratie wordt niet voorzien.

Naast integratie binnen de ziekenhuisfinanciering, dienen ook de financieringsbronnen voor ziekenhuiszorg en **voor andere zorgvormen sterker geïntegreerd te worden**, althans voor specifieke pathologiegroepen met duidelijk aflijnbare zorgtrajecten. Zo ontstaan vormen van gebundelde financiering (*bundled payments*), waardoor de beschikbare middelen tussen alle betrokken zorgverleners efficiënter kunnen ingezet worden. Eventuele besparingen die dan voortvloeien uit de reorganisatie van zorgtrajecten kunnen behouden worden door de betrokken zorgverleners (*shared savings*), om in te spelen op nieuwe zorgnoden.

4. De **huidige onderfinanciering in het BFM** van verantwoorde zorg wordt ongedaan gemaakt. (4, p.72). Dit gebeurt op twee manieren. Enerzijds zal de heroriëntering van het ziekenhuis in het zorglandschap middelen vrijmaken voor herinvestering (zie hierboven). Daarnaast zal de herijking van de nomenclatuur transparantie creëren over de omvang van het professioneel deel en het praktijkkostendeel van het honorarium voor elke medische prestatie. Deze transparantie kan, op korte termijn al, de onderhandelingen over de kostenregeling en het afdrachtensysteem in elk ziekenhuis faciliteren. Op langere termijn kan op basis van meer inzicht in het praktijkkostendeel van het honorarium geëvolueerd worden in de richting van meer homogeniteit in de kostenregelingen – en, desgewenst, een koppeling van het praktijkkostendeel van de medische prestaties aan het globale

ziekenhuisbudget (uiteraard onlosmakelijk verbonden aan de bijsturing van het governance model i.f.v. waarborgen voor het zeggenschap en de verantwoordelijkheid van de artsen in het beheer van het ziekenhuis). Artsen moeten in elk geval zeggenschap en verantwoordelijkheid hebben en behouden over de aanwending door het ziekenhuis van het praktijk-kostengedeelte van hun honoraria.

5. Het blijft een belangrijke doelstelling om de kwaliteit van de zorg continu te verbeteren. Diverse ervaringen leren dat P4P (*pay for performance*) initiatieven weliswaar geen onverdeelde succes zijn, maar toch een nuttige hefboom kunnen zijn op voorwaarde dat ze correct en stapsgewijs geïmplementeerd worden. Een voorzichtige start, met een kleinschalige aanpak, stap voor stap lerend uit succesvolle praktijkervaringen, zal toelaten om verder te evolueren in de richting van **waardegedreven** gezondheidszorg, waarbij de zorgverleners en zorgvoorzieningen in nauwe samenwerking ten volle verantwoordelijkheid opnemen voor het verlenen van kwaliteitsvolle zorg binnen de toegekende budgetten (*accountable care* netwerken).⁷
6. **Pilootprojecten** zijn een handig instrument om voorstellen voor concrete hervormingen vanuit de praktijk te laten opborrelen en de dynamiek en het initiatief binnen het werkveld ten volle te ondersteunen. Na gunstige evaluatie kan de nieuwe pilootwerkwijze qua financiering (en de impact op de organisatie) breder uitgerold worden.
7. De concrete uitwerking van de hervormingen in de ziekenhuisfinanciering zal enige tijd in beslag nemen (cf. werkpakketten en planning infra). Ondertussen kan de aanpak van een aantal anomalieën in de huidige ziekenhuisfinanciering niet uitgesteld worden tot het Plan van Aanpak helemaal is uitgewerkt. Uiteraard moet erover gewaakt worden dat deze **hervormingen op korte termijn** in lijn blijven met de basisprincipes die voor de lange termijn hervormingen vooropgesteld worden.
8. Ten slotte dient er over gewaakt te worden dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering in lijn blijft met de **andere beleidsprioriteiten** en parallelle werven van dit regeerakkoord. In het bijzonder dient gewaakt te worden over voldoende afstemming met de werven rond de hervorming van KB nr. 78 en de herijking van de nomenclatuur, het plan geïntegreerde chronische zorg en de *roadmap* eGezondheid. Ook de vraag van de ziekenhuizen naar een stabiele budgettaire meerjarenplanning, dient in samenhang met de voorstellen voor een meerjarenplanning voor de volledige RIZIV-begroting onderzocht te worden.

5.2. Aflijning van de financieringsclusters: hoog-, medium- en laagvariabele zorg

Een eerste belangrijk thema is de opsplitsing van de ziekenhuispatiënten in meerdere clusters die qua financiering volgens afzonderlijke modaliteiten kunnen benaderd worden. Op basis van

⁷ Een *accountable care* organisatie (ACO) is een groep (voordien onafhankelijke) verstrekkers die samenwerken om zorg te verlenen en te coördineren voor een specifieke patiëntenpopulatie. De verstrekkers nemen collectief de verantwoordelijkheid op voor het verlenen van de juiste zorg op het juiste ogenblik, om zo superieure outcomes te realiseren. ACOs beogen beter gecoördineerde zorg (en bijgevolg hogere kwaliteit tegen lagere kosten), via nauwe onderlinge samenwerking

de beschikbare data wordt tijdens de komende maanden onderzocht hoe dergelijke aflijning kan gebeuren. Mogelijke criteria voor deze aflijning zijn:

- De pathologiegroepen (afgeleid op basis van APR-DRGs en/of MDCs⁸, DBCs (diagnose-behandelcombinaties), HRGs (*health care resource groups*)), rekening houdend met de ernstgraad van de aandoening (*severity of illness - Sol*)
- Acute versus chronische zorg
- Leeftijd
- Zorgprogramma's en zorgtrajecten
- ...

Hierbij moet zeker aandacht besteed worden aan de vraag hoe de patiënten reeds bij de aanvang van het ziekenhuisverblijf kunnen geïdentificeerd worden als behorend tot één van deze groepen – dan wel of de aflijning pas later in het traject kan gebeuren (i.e. op het ogenblik van facturatie of nog later). Daarnaast moet ook bestudeerd worden of en in welke mate er een risico op overcodering (*upcoding*) bestaat, om patiënten in een ander financieringscluster (met minder financieel risico voor het ziekenhuis) te kunnen klasseren.

WERKPLAN:

In de loop van het komend jaar worden deze financieringsclusters geïdentificeerd en afgeleid.

Deze analyse loopt simultaan met de ontwikkeling van de financieringsmodaliteiten voor de verschillende clusters – zie verder.

Het doel is om vanaf 2017 een deel van de huidige financieringsstromen voor specifieke patiëntengroepen af te zonderen van de routine budgetten, om deze te kunnen vervangen door de vernieuwde ziekenhuisfinanciering.

Hieronder worden de krijtlijnen van de financieringsmodaliteiten voor deze drie conceptuele clusters van patiëntenzorg omschreven. Uiteraard zijn sommige krijtlijnen van toepassing op alle onderdelen van de financiering (bv. vereenvoudiging BFM-regels, minder registratielast), maar ze zijn, in de huidige fase van de beleidsvoorbereiding (nog) niet voor alle onderdelen grondig uitgewerkt, of ze worden niet herhaald bij elke financieringscluster.

5.3. Laagvariabele zorg

De laagvariabele zorg komt het makkelijkst in aanmerking voor een financiering op basis van een vast bedrag per ziekenhuisopname, waarbij dit bedrag enkel varieert op basis van de pathologie (en niet tussen de ziekenhuizen onderling), omdat de toegediende zorg in hoge mate voorspelbaar is en weinig varieert tussen patiënten. De prijs wordt vooraf vastgelegd (o.b.v. de historische praktijk en op evidentie gebaseerde zorg) en is onafhankelijk van het reële zorgproces voor de individuele patiënt. Indien méér zorg verleend wordt dan standaard voorzien, wordt het risico gedragen door het ziekenhuis. Dergelijk prospectief systeem wordt voor de laagvariabele zorg stapsgewijs ingevoerd.

⁸ MDC = major diagnostic category

De verschillende stappen worden hieronder kort toegelicht. Ze hoeven echter niet sequentieel uitgevoerd te worden. De diverse stappen kunnen ook simultaan voorbereid en gerealiseerd worden.

5.3.1. Stap 1: Naar prospectieve referentiebedragen voor de honoraria

Voor een 30-tal pathologiegroepen (en voor de patiënten met de laagste ernstgraden) is er in België sinds 2009 reeds een systeem van referentiebedragen voor een gedeelte van de honoraria van toepassing, weliswaar op retrospectieve wijze. Voor deze pathologiegroepen worden de artsen betaald voor de geleverde medische prestaties, maar achteraf (3 jaar na datum) gebeurt er een afrekening: indien de honoraria per ziekenhuisopname per pathologiegroep méér dan 10% hoger zijn dan de nationaal gemiddelde honoraria voor die pathologiegroep, wordt het verschil teruggevorderd via het ziekenhuis. Zodoende wordt de financiering, achteraf dus, geplafonneerd op het nationaal gemiddelde plus 10%.

Dit systeem zou kunnen omgevormd worden tot een prospectief systeem. In een *eerste fase* kan dit prospectief systeem zich beperken tot de honoraria: de artsen worden voor hun prestaties niet meer afzonderlijk per prestatie betaald, met mogelijke terugvordering via het ziekenhuis achteraf, maar ze krijgen direct een gebundeld honorarium, zijnde een bedrag voor het geheel van de geïnccludeerde medische prestaties, onafhankelijk van de reëel verleende zorg. Dat bedrag kan vastgesteld worden via een *evidence-based* berekening, en zou, in een eerste fase, kunnen vertrekken van de historisch nationaal gemiddelde uitgaven. Zodoende is er meer budgetzekerheid voor de artsen en het ziekenhuis, minder administratief werk voor de betrokken overheidsdiensten en ziekenhuizen en een sterkere prikkel tot samenwerking tussen de artsen, omdat ze op voorhand zullen moeten afspreken hoe/welke zorg ze verlenen en hoe de financiering hiervoor onderling verdeeld wordt.

Voor de operationalisering van dit systeem dienen nog een aantal praktische moeilijkheden opgelost te worden:

- Er moet bepaald worden hoe het totale remgeld op de betrokken medische prestaties voor de patiënten wordt vastgelegd (want ook het remgeld kan dan niet meer per afzonderlijke medische prestatie worden aangerekend). Dit geldt evenzeer voor de eventuele ereloon-supplementen.
- Bij een prospectieve toepassing dient, terwijl de patiënt in het ziekenhuis verblijft – of ten laatste op het ogenblik van ontslag uit het ziekenhuis – vast te staan of de betrokken patiënt onder het systeem van prospectieve referentiefinanciering valt. (In de retrospectieve variant werd dit pas vele maanden na datum, bij de analyse van de MZG (Minimale Ziekenhuisgegevens) vastgesteld). Er dient afgesproken te worden hoe deze aflijning al tijdens het ziekenhuisverblijf kan gebeuren. Vermoedelijk kan dit voor de chirurgische patiënten grotendeels op basis van de medische prestaties (nomenclatuurcodes) gebeuren, maar ook daar moet afgesproken worden hoe de patiënten met hogere ernstgraad (typisch ernstgraad 3 en 4) kunnen buiten beschouwing gehouden worden. Op termijn kan wellicht beroep gedaan worden op SNOMED CT (*systematic nomenclature of medicine – clinical terms*), waarvan de invoering ook al in de steigers staat – cf. *roadmap* eGezondheid.
- Daarnaast moet ook beslist worden hoe met de carenperiode wordt omgegaan (i.e. de medische prestaties verleend in de periode onmiddellijk voorafgaand aan en volgend op een ziekenhuis-opname).

- Ten slotte stelt zich de vraag of, bij overschakeling naar een globaal honorarium voor deze ziekenhuisverblijven, een registratie van de afzonderlijke medische prestaties nog wenselijk is (met facturatie aan nulwaarde), dan wel of andere mechanismen (bv. via steekproeven – zie verder) gehanteerd worden om periodiek de kost van de medische prestaties te kunnen afchecken met de dekking door de verplichte ziekteverzekering.

WERKPLAN:

Vanaf de zomer van 2015 worden de huidige diagnosegroepen (APR-DRG's)⁹, waarop de referentiebedragen worden toegepast doorgelicht op hun bruikbaarheid onder een prospectieve variant. Hierbij wordt uiteraard rekening gehouden met de analyses die hierrond eerder reeds gebeurden.

Aandachtspunten zijn:

- Het omzetten van de RIZIV-tarieven voor de honoraria per medische prestatie in een prospectief honorarium voor de medische prestaties (klinische biologie, medische beeldvorming en technisch-geneeskundige verstrekkingen) bij de betrokken patiënten
- Het vastleggen van de bedragen voor de remgelden, de regels voor de ereloonsupplementen per opname en de carenperiode.
- Het aflijnen van de groep patiënten die in aanmerking komt voor deze prospectieve honorariafinanciering (zie ook werkpakket i.v.m. de financieringsclusters).

Het doel is om de analyse van de gegevens af te ronden in het komende jaar en de nodige regelgeving voor te bereiden, zodat deze prospectieve honoraria, voor een beperkte groep van aandoeningen, reeds kan geïmplementeerd worden vanaf januari 2017.

Zodra deze praktische problemen worden opgelost, kan overgeschakeld worden op een hogere versnelling.

5.3.2. Stap 2: Uitbreiding naar meer pathologiegroepen / meer medische prestaties

In een *tweede fase* kan onderzocht worden of andere pathologiegroepen, dan het 30-tal APR-DRGs dat nu onder de referentiebedragen valt, ook voor deze financieringsvorm in aanmerking komen. Daarnaast kan het systeem uitgebreid worden tot alle honoraria (en niet enkel de honoraria die momenteel onder het systeem van referentiebedragen vallen, m.n. de prestatie-honoraria klinische biologie en medische beeldvorming en de honoraria technisch-geneeskundige verstrekkingen). Voorwaarden zijn dat de medische zorg voor de betrokken patiëntengroepen een relatief grote homogeniteit (weinig variabiliteit) vertoont, of m.a.w. standaardiseerbaar is en dat de patiëntengroep al onmiskenbaar tijdens het ziekenhuisverblijf kan geïdentificeerd worden. De nodige analyses zullen snel opgestart worden om dergelijke patiëntengroepen te identificeren. Suggesties vanuit het werkveld zullen gevraagd worden.

WERKPLAN:

Vanaf het najaar van 2015 wordt onderzocht in welke mate een prospectieve referentie-financiering voor de honoraria ook kan toegepast worden op andere pathologiegroepen en / of op de honoraria voor de andere groepen van medische prestaties.

⁹ APR-DRG = *all patient refined diagnosis related group*

De initiële toepassing, die verondersteld is te starten op 1 januari 2017 (zie hierboven) zou vanaf juli 2017 of januari 2018 kunnen uitgebreid worden.

5.3.3. Stap 3: Naar een vaste financiering per ziekenhuisopname (twee onderdelen)

In een *derde fase* worden ook de andere financieringsbronnen “vertaald” naar een uniforme prijs per patiënt. In eerste instantie komt hiervoor het budget voor de forfaitair gefinancierde geneesmiddelen in aanmerking, omdat hiervoor nu ook al een bedrag per ziekenhuisopname wordt voorzien. Uitbreidingsmogelijkheden naar andere geneesmiddelen dienen verder onderzocht te worden. Daarnaast kan ook de BFM-financiering (financiering voor de werkingskosten tijdens het ziekenhuisverblijf) én de dagziekenhuisfinanciering hierin worden geïntegreerd. Voor de BFM-financiering kan in twee fasen gewerkt worden (om te vermijden dat implementatie al te lang dient uitgesteld te worden): in een eerste fase wordt enkel de B2-financiering geïntegreerd in de prospectieve financiering per pathologiegroep. In een latere fase worden ook de andere BFM-onderdelen zoveel mogelijk geïntegreerd – een mogelijke werkwijze komt uitvoeriger aan bod bij de mediumvariabele zorg (i.e. na vereenvoudiging BFM) – zie verder. Ook de dagziekenhuisforfaits moeten geïntegreerd worden in de financiering per patiënt (voor pathologiegroepen die zowel in dagziekenhuis als via klassieke hospitalisatie behandeld worden), om een sterkere shift naar dagziekenhuisopnames te bevorderen. Deze bedragen vormen, geïntegreerd, de tweede bron van financiering voor deze patiëntengroepen die laagvariabele zorg behoeven.

Met het prospectief honorarium, dat onder het zeggenschap van de artsen valt, vormen deze beide financieringsstromen dan samen een vast bedrag per ziekenhuisopname, samengesteld uit twee delen.

5.3.4. Stap 4: Identificatie van het praktijkdeel van de honoraria

Zodra het beleidsthema “herijking van de nomenclatuur” uit het regeerakkoord verder uitgewerkt is (*vierde fase*), kan dit prospectief honorarium bovendien onderscheiden worden in een “professioneel deel”, dat de vergoeding omvat voor de inspanning, expertise, ... van de arts en een “praktijkkostendeel”, dat de vergoeding omvat voor de inzet van personeel en het gebruik van infrastructuur en materialen om de medische prestaties te kunnen uitvoeren (i.e. directe en indirecte kosten). Afhankelijk van de weerhouden pistes rond de herijking van de nomenclatuur komt het deel “praktijkkosten” dan in aanmerking voor eventuele koppeling aan de financieringsstroom die voor het ziekenhuis bestemd is (cf. supra).

5.3.5. Stap 5: Gebundelde financiering (ruimer dan de ziekenhuiszorg)

In een *vijfde fase*, die trouwens simultaan met, of zelfs los van, de vierde fase kan lopen, worden meer en expliciete prikkels tot samenwerking tussen ziekenhuizen en tot samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgvormen structureel in de financiering ingebouwd. De financiering bestemd voor de ziekenhuiszorg wordt gebundeld met de financiering van andere zorgvormen (*bundled payments*), zodat volledige zorgepisodes (los van de voorziening waar de zorg gebeurt) worden gefinancierd. De ontwikkeling van deze pistes wordt vanaf deze zomer voorbereid onder de vorm van pilootprojecten die zullen opgezet worden om dergelijke geïntegreerde financiering te stimuleren – zie verder.

WERKPLAN:

Zo snel mogelijk worden de werkzaamheden opgestart om het budget voor geforfaitariseerde geneesmiddelen, voor dagziekenhuisactiviteiten en het budget financiële middelen correct toe te wijzen aan specifieke pathologiegroepen binnen het laagvariabele zorgsegment. Sommige onderdelen van dergelijk studiewerk dienen wellicht uitbesteed te worden.

Naast de financieel-kwantitatieve analyses (i.f.v. een correcte toewijzing van financieringsbronnen aan verschillende pathologiegroepen), dient in 2017 ook het regelgevend kader voorbereid te worden, omdat deze integratie van financieringsstromen ingrijpende wijzigingen meebrengt voor de adviesorganen en overheidsdiensten die hier tot op heden over bevoegd waren.

De financieel-kwantitatieve analyses dienen onmiddellijk op te starten en kunnen simultaan verlopen met de vorige werkpakketten. Zodoende kan gegarandeerd worden dat, na implementatie van het prospectief honorarium in 2017, in 2018 onmiddellijk kan gestart worden met implementatie van deze geïntegreerde ziekenhuisfinanciering.

5.4. Medium variabele / middelmatig complexe zorg

Voor de iets minder standaardiseerbare zorg wordt een financiering per pathologiegroep beoogd, die deels varieert met de reëel verleende zorg. Zoals in het huidig systeem het geval is, dient dit objectief gerealiseerd te worden binnen een gesloten nationaal budget (cf. huidig BFM, budget geforfaitariseerde geneesmiddelen, budget dagziekenhuisforfaits, honoraria deelbudgetten, ...), weliswaar met vereenvoudiging van de bestaande regels en met een sterkere integratie tussen de verschillende financieringsstromen. Ook voor deze groep van patiënten wordt het nieuwe financieringsmodel in verschillende fasen uitgewerkt.

Ook hier dienen alle stappen niet noodzakelijk volledig sequentieel te worden doorlopen.

5.4.1. Stap 1: Vereenvoudiging BFM

In een *eerste fase* wordt een significante vereenvoudiging van de huidige BFM-spelregels nagestreefd (4, p.72). Het blijft de bedoeling dat het (gesloten) nationaal BFM voor de betrokken patiënten verdeeld wordt tussen de ziekenhuizen op basis van correcte en transparante criteria. De uitgangspunten voor de hervorming van de financiering zijn hier dat de nodige en verantwoorde zorg correct moet gefinancierd worden. Waar mogelijk wordt de financiering gebaseerd op gemiddelden per patiëntengroep en waar nodig wordt rekening gehouden met de scheefheid in de verdeling van de kosten van verantwoorde zorg. De registratielast die met deze financiering gepaard gaat moet ook substantieel gereduceerd worden (4, p.72). De volgende elementen worden verder uitgewerkt:

- De werkwijze met een verdeling van het nationaal budget o.b.v. verantwoorde bedden blijft behouden. Voor de berekening van de verantwoorde bedden wordt echter onderzocht of het zinvol blijft om de nationaal gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep jaarlijks opnieuw te berekenen, dan wel of een periodieke actualisatie (bv. elke 3 of 5 jaar) niet voldoende is. Deze periodieke actualisatie zou niet enkel op de gemiddelde reële verblijfsduur in ons land moeten gebaseerd worden, maar evenzeer op *evidence*, normatieve of overeen gekomen verblijfsduren, gebaseerd op ervaringen in andere landen.

- Over de voorbije jaren, zelfs decennia, is het aantal financieringsregels in het BFM exuberant toegenomen.
Zo dient er onderzocht te worden of en hoe het normpersoneel, dat momenteel via onderdeel B4 van het BFM wordt gefinancierd en dat geldt voor alle ziekenhuizen, kan geïntegreerd worden in de B2-financiering. Hiermee zou het aantal afzonderlijke financieringsregels substantieel kunnen verminderen.
Hetzelfde geldt voor het bijkomende normpersoneel (en de extrakosten van normpersoneel B2, bv. extra prestaties) dat in de recentere sociale akkoorden werd toegekend en dat momenteel in onderdeel B9 is opgenomen.¹⁰ Indien deze budgetten geïntegreerd worden in onderdeel B2, tot een meer uniforme (en geforfaitariseerde) financiering over alle ziekenhuizen heen, zouden de ziekenhuizen individueel meer financieel risico moeten dragen voor de reële kostenschommelingen over de jaren heen in deze kostenposten. Vandaar dat, simultaan met deze piste, ook dient onderzocht te worden of ze niet kan gekoppeld worden aan meer vrijheid in middelenallocatie binnen de ziekenhuizen, uiteraard zonder verlies aan kwaliteit in de zorgverlening.
- Om het principe van “één prijs voor één product” te kunnen realiseren, is het aangewezen dat de financiering voor dure infrastructuur, die slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen aanwezig is (bv. radiotherapie, PET-camera, MUG en sommige activiteiten die via B4 gefinancierd worden, zoals bv. fertiliteit) afgezonderd wordt van de patiëntgebonden financiering – zie ook 5.6.

Andere voorstellen voor vereenvoudigingen in het BFM blijven welkom en zullen ook verder onderzocht worden.

WERKPLAN:

In overleg met de ziekenhuiswereld worden onmiddellijk de nodige initiatieven opgestart om de spelregels van het BFM te vereenvoudigen:

- Voorstellen tot vereenvoudiging worden zo snel mogelijk ingediend
- De FOD Volksgezondheid onderzoekt deze wijzigingen op hun technische en inhoudelijke haalbaarheid en legt de uitvoerbare voorstellen voor advies voor aan de NRZV, afdeling financiering.
- Deze wijzigingen worden, waar technisch haalbaar, reeds geïmplementeerd vanaf de eerstvolgende BFM herberekening (juli 2016).
- De technisch complexere wijzigingen worden pas doorgevoerd in het BFM juli 2017.

5.4.2. Stap 2: Integratie BFM, dagziekenhuis en geforfaitariseerde geneesmiddelen

Tijdens de *tweede fase* worden andere financieringsstromen geïntegreerd in deze BFM-financiering. In eerste instantie wordt hier gewerkt aan de integratie van het budget voor de geforfaitariseerde (en eventueel andere) geneesmiddelen en de forfaits voor (niet-chirurgische) dagziekenhuisactiviteit. Door de integratie van de financiering voor de klassieke hospitalisatie en het dagziekenhuis worden ziekenhuizen sterker gestimuleerd om zoveel mogelijk dagziekenhuisactiviteiten, met kortere verblijven binnen de (dure) ziekenhuisinfrastructuur te realiseren. Een en ander kan uiteraard enkel gerealiseerd worden mits voldoende opvang- en

¹⁰ Hierbij is bovendien een verdere uitsplitsing nodig, want de B9-financiering betreft deels personeel op de honorariumdiensten.

herstelmogelijkheden buiten de ziekenhuismuren – pistes die in de heroriëntering van het zorglandschap zijn voorzien.

WERKPLAN:

Zo snel mogelijk worden de werkzaamheden opgestart om het budget voor geforfaitariseerde geneesmiddelen en voor dagziekenhuisactiviteiten correct toe te wijzen aan specifieke pathologiegroepen binnen het mediumvariabele zorgsegment. Sommige onderdelen van dergelijk studiewerk dienen wellicht uitbesteed te worden.

Naast de financieel-kwantitatieve analyses (i.f.v. een correcte toewijzing van financieringsbronnen aan verschillende pathologiegroepen), dient in 2017 ook het regelgevend kader voorbereid te worden, omdat deze integratie van financieringsstromen ingrijpende wijzigingen meebrengt voor de adviesorganen en overheidsdiensten die hier tot op heden over bevoegd waren (cf. laagvariabele zorg). De bedoeling is om deze huidige afzonderlijke geldstromen (geneesmiddelen, dagziekenhuis) vanaf juli 2017 geleidelijk te integreren in het ziekenhuisbudget.

5.4.3. Stap 3: Identificatie van het praktijkdeel van de honoraria

In een *derde fase* kan - zodra het thema “herijking van de nomenclatuur” verder uitgewerkt is - het deel “praktijkkosten” zelfs gekoppeld worden in dit ziekenhuisbudget voor mediumvariabele zorg (cf. 5.3.4.).

5.4.4. Stap 4: Gebundelde financiering (ruimer dan de ziekenhuiszorg)

In een *vierde fase* worden prikkels tot samenwerking tussen ziekenhuizen en tot samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgvormen in de financiering ingebouwd (cf. 5.3.5).

5.5. Hoog complexe, niet standaardiseerbare zorg

Voor de groep van patiënten met hoog complexe, moeilijk standaardiseerbare zorg geldt dat de juiste nodige zorg niet voorspelbaar is en op maat van de individuele patiënt moet worden uitgetekend. Voor deze groep patiënten is de zorg maatwerk, georganiseerd in zgn. “*solution shops*”. Het financiële risico voor deze groep kan dus niet volledig bij de ziekenhuizen liggen. Door de onvoorspelbaarheid van de te verwachten kosten zouden ziekenhuizen dan vooral proberen om deze patiënten te vermijden – of door te sturen naar andere centra.

Door de aard van de zorg gaat het hier, in principe, om een beperkt aantal patiënten, die weliswaar beslag kunnen leggen op een vrij groot deel van de schaarse zorgbudgetten.

In de komende maanden wordt onderzocht welke financieringsmodaliteiten voor deze patiëntengroep het meest geschikt zijn, rekening houdend zowel met de financiële risico's voor de ziekenhuizen als met de budgettaire beperkingen van de overheid. Twee varianten worden verder onderzocht:

- Bij het begin van elk jaar t wordt een deel van het nationaal ziekenhuisbudget afgezonderd en specifiek gereserveerd voor deze hoogvariabele zorg. Het beschikbare budget wordt verdeeld tussen alle ziekenhuizen, die patiënten uit deze groep hebben opgenomen, op basis van de reële activiteiten bij deze patiënten in het verleden (bv. jaar $t-2$). Hierbij wordt deels

rekening gehouden met de reële ingezette middelen (bv. verblijfsduur, verblijf op intensieve, geneesmiddelen, medische prestaties ...) en deels met de verantwoorde (om prikkels tot overinzet van middelen te voorkomen). Een eerste stap van een haalbaarheidsstudie kan bestaan in een grondige analyse van het profiel van de zgn. “outliers” in de huidige BFM-financiering over de loop der jaren.

Een nadeel van de eerste piste is het feit dat het risico (uitsluitend) gedeeld wordt tussen de betrokken zorgvoorzieningen onderling, wat een risico op averechtse selectie kan inhouden.

- Een andere mogelijke piste bestaat erin om de patiënten die hoogvariabele zorg behoeven te catalogeren in afzonderlijke “zorgprogramma’s”. Slechts een beperkt aantal ziekenhuizen (of netwerken) bekommt een vergunning om deze patiënten te behandelen. Het gaat dan om een soort opdrachtfianciering (cf. RIZIV-conventie). De financiering zou kunnen bestaan uit een deel vaste financiering, gekoppeld aan de erkenning en een deel variabele financiering (per type patiënt). Naarmate een beperkter deel van de financiering gebonden is aan het aantal patiënten is er ook minder risico op “over”gebruik van deze hoogvariabele zorgcluster door de ziekenhuizen.

Bij de tweede piste wordt het financieel risico effectief gespreid tussen financierende overheid en zorgvoorzieningen. Het financieel risico voor de overheid beperkt zich tot het variabel gedeelte van de financiering.

Ook voor de hoogvariabele zorg kunnen, zodra het basismodel voor de financiering vastligt, gelijkaardige stappen voor verdere integratie (geneesmiddelen, dagziekenhuis) of koppeling (eventueel praktijkdeel honoraria en financiering voor zorgvormen buiten de ziekenhuismuren) gezet worden, naar analogie met de laag- en mediumvariabele zorg – zie hierboven.

WERKPLAN:

In eerste instantie worden de verschillende denkpijstes voor financiering van de hoogvariabele zorg verder onderzocht, o.a. op basis van buitenlandse ervaringen.

Vanaf 2017 worden de bevindingen en aanbevelingen omgezet in concrete financieringsmodaliteiten en de nodige regelgeving, zodat vanaf 2018 de implementatie van een aangepast financieringssysteem voor de hoogvariabele zorg kan opgestart worden.

5.6. Transparante geïsoleerde financiering voor specifieke taken en opdrachten

De financiering voor specifieke taken en opdrachten, die niet in alle ziekenhuizen aanwezig zijn, wordt geïsoleerd (afgezonderd) van de financiering per pathologiegroep (in functie van de standaardiseerbaarheid van de zorg). Deze werkwijze biedt een antwoord op twee bekommernissen: deze afzonderlijke financiering laat toe om voor de financiering van de laag-, medium- en hoogvariabele patiëntenzorg per pathologiegroep het principe van “één uniforme prijs voor één product” toe te passen én de transparantie in de ziekenhuisfinanciering te verhogen (4, p.60). Deze afzonderlijke financiering wordt o.a. voorzien voor de volgende functies en opdrachten:

- De zgn. “sociale factoren”, i.e. de impact op de ziekenhuiskosten van de patiënten met een sociaal-economisch zwak profiel:
De financiering van de extrakosten voor deze sociaal-economisch zwakkere patiëntenpopulatie wordt momenteel vooral geregeld via onderdeel B8 van het BFM (en deels via B2). Het is belangrijk dat er een afzonderlijk budget beschikbaar blijft om deze extrakosten, die inderdaad ongelijk gespreid zijn over de ziekenhuizen, te blijven dekken. Daarnaast is het ook nuttig dat deze financiering niet geïntegreerd wordt met de reguliere patiëntenzorg-financiering, omdat dit minder transparant is – en opnieuw, de ontorechte, indruk zou wekken dat de reguliere patiëntenzorg in sommige ziekenhuizen ‘beter’ gefinancierd wordt dan in andere.
- De academische opdrachten van de universitaire ziekenhuizen:
De financiering van de academische opdrachten van de universitaire ziekenhuizen wordt momenteel (grotendeels) geregeld via onderdeel B7 van het BFM en (nog in beperkte mate) via de forfaits. Deze werkwijze schept veel verwarring, omdat de financiering momenteel geïntegreerd is met de financiering van de reguliere patiëntenzorg – en bijgevolg steeds de indruk wekt dat universitaire ziekenhuizen een hogere financiering krijgen voor dezelfde activiteiten dan de algemene ziekenhuizen. Op te merken valt in dit verband dat de wetgever aan de universitaire ziekenhuizen, naast patiëntenzorg (cf. algemene ziekenhuizen) ook academische opdrachten, op vlak van opleiding, klinisch-wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van nieuwe medische technologieën heeft toebedeeld.
- De spoedgevallendiensten:
De financiering van de spoedgevallendiensten is momenteel geïntegreerd in onderdeel B2 van het BFM. Ook hier geldt dat een afgezonderde financiering de transparantie zou verhogen. Concretere denkpistes komen aan bod bij de geplande hervormingen op korte termijn (zie 5.10.3). Ook de relatie met de eerste lijn en meer bepaald met de huisartswachtposten komt in dat kader aan bod.
- Innovatie in de zorg:
Innovatie en wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg blijven noodzakelijk. Kwaliteitsverbeterende technieken die daadwerkelijk kostenbesparend zijn moeten snel verspreid worden. Veel nieuwe technieken zijn echter kostenverhogend. De toegankelijkheid van nieuwe zorgvormen dient echter bewaakt te worden, ook voor de minder begoeden met zware zorgnoden.
De ontwikkeling en evaluatie van nieuwe technologieën dient daarom systematisch begeleid te worden, met aandacht voor een kader dat de wetenschappelijke evidentie genereert en voor toegankelijkheid, op basis van vroegtijdige evaluaties en *early warning* systemen van nieuwe technologieën in ontwikkeling. Dergelijke evaluaties kunnen uitgevoerd worden door zorgvoorzieningen (ziekenhuizen, artspraktijken, thuiszorginstanties, ...), in samenwerking met het bedrijf / de onderzoeksgroep die de nieuwe techniek ontwikkelde en ondersteund vanuit KCE, de FOD Volksgezondheid en/of RIZIV (bv. vastlegging studiedesign door onderzoekers samen met het KCE; tijdelijke financiële ondersteuning via ziekteverzekering, onderzoeksfondsen en / of bedrijf dat innoveert). De resultaten van de evaluatie vormen de basis voor advies over al dan niet terugbetaling + indicatiestelling (*meaningful use*). Deze werkwijze is momenteel al voorzien in de wetgeving en werd in het

recente verleden reeds, op beperkte schaal, toegepast, o.a. voor innovatieve technieken binnen de radiotherapie. Uitbreiding naar andere toepassingen is wenselijk.

Ook voor een aantal andere functies en opdrachten, die slechts door een beperkt aantal ziekenhuizen worden opgenomen (bv. radiotherapiedienst, PET-camera) geldt dat een afgezonderde financiering wenselijk is met het oog op meer transparantie.

WERKPLAN:

M.b.t. de correctie voor sociale factoren worden eerst de internationale ervaringen ter zake onderzocht. Op basis van een analyse van de beschikbare informatie over de aard / criteria voor extrafinanciering voor ziekenhuizen met relatief veel sociaal-economische zwakkere patiëntengroepen in andere landen, worden voorstellen voor een aangepaste financiering in België uitgewerkt.

Dezelfde werkwijze wordt toegepast voor een aangepaste, afzonderlijke, financiering van de academische opdrachten van de universitaire ziekenhuizen. Op basis van een analyse van de beschikbare informatie over de aard / criteria van de financiering van de universitaire ziekenhuizen in andere landen, worden voorstellen voor een aangepaste financiering in België uitgewerkt.

Voor beide bovenstaande thema's wordt de concrete timing van de implementatie van een aangepaste financiering bepaald door de snelheid waarmee de analyses van internationale ervaringen kunnen omgezet worden in concrete aanbevelingen voor de Belgische ziekenhuizen.

Het werkplan voor een aangepaste financiering van de spoedgevallendiensten wordt besproken bij de hervormingsvoorstellen op korte termijn.

Wat betreft de ondersteuning van innovatieve technieken in de zorg wordt er van uit gegaan dat vragen voor terugbetaling van nieuwe technieken de voorgestelde evaluatiemethodiek volgen en dat instellingen bijgevolg initiatief nemen voor dergelijke aanpak.

5.7. Transparante kostprijsinformatie per pathologiegroep

Om diverse redenen is er nood aan kostprijsinformatie per pathologiegroep:

- Voor de laagvariabele zorg dienen tarieven per patiënt per ziekenhuisopname (en in een later stadium per zorgepisode) vastgelegd te worden, zowel voor de ziekenhuiszorg als voor de medische activiteiten.
- Voor alle ziekenhuisactiviteiten dient periodiek afgecheckt te kunnen worden dat, rekening houdend met de patiëntenmix, de financiering volstaat om de kosten van de verantwoorde zorg te dekken. Hierbij dient ook in kaart gebracht te kunnen worden hoe de kosten verdeeld zijn tussen ziekenhuizen onderling in functie van de patiëntenmix, omdat uit tal van studies blijkt dat de kosten zeker niet proportioneel aan het aantal patiënten, opnames of verblijfsdagen verdeeld zijn. Zo documenteerde een KCE-studie dat de reële middeleninzet (= kostprijs) per diagnosegroep van patiënten niet enkel

varieert met de verblijfsduur¹¹, maar dat de kostprijs per verblijfsdag bovendien sterk varieert met de ernstgraad van de aandoening¹², met het mortaliteitsrisico van de patiënt¹³ en met de leeftijd van de patiënt.¹⁴

- Ten slotte vereist de Europese regelgeving dat voor diensten van algemeen economisch belang (DAEB) kan aangetoond worden dat de “subsiëring” in verband staat met de kostprijs van de activiteit.

Er is bijgevolg nood aan accurate informatie over de kostprijs per pathologiegroep, en dit is geen eenmalige nood, die via één onderzoeksproject kan opgevangen worden. Er is nood aan de ontwikkeling van een methodiek, die toelaat om de kostprijsinformatie periodiek te actualiseren, zonder de ziekenhuizen permanent extra registratielasten op te leggen.

Hierbij dient in eerste instantie onderzocht te worden of de methodologieën die al beschikbaar zijn in de Belgische context, en ontwikkeld werden in het kader van andere doelstellingen, hiervoor bruikbaar kunnen zijn. Dit gaat o.a. over de PACHA-methodologie, ontwikkeld aan ULB of de AC-ZP (activiteitencentra-zorgprogramma's) methodologie, reeds aangewend in eerdere studies van de FOD Volksgezondheid en het KCE. Ook buitenlandse ervaringen, bv. EURO-DRG en *evidence-based* trajecten, gedocumenteerd in de literatuur, kunnen bestudeerd worden. Daarnaast dient ook vastgelegd te worden hoe deze gegevens periodiek geactualiseerd worden (zie ook verder: via permanente of periodieke registratie in alle ziekenhuizen, of in een representatieve steekproef van ziekenhuizen). Er dient ook onderzocht te worden of een aanpassing van het boekhoudkundig plan van de ziekenhuizen hiervoor noodzakelijk is.

WERKPLAN:

Er wordt onderzocht hoe, en voor welke toepassingen, de reeds ontwikkelde methodologieën om de kostprijs per pathologiegroep te bepalen zouden kunnen gebruikt worden voor verruimde toepassing in de Belgische context.

De timing en concrete invulling van dit werkpakket wordt nog verder afgestemd met de werkpakketten voor de herijking van de nomenclatuur. Op zeer korte termijn (nog in 2015) wordt een vergelijkende analyse van de bestaande methodieken opgestart.

¹¹ Met deze variabiliteit in functie van verblijfsduur wordt rekening gehouden in de basisfinanciering in het budget financiële middelen, waar het aantal gefinancierde (= zgn. “verantwoorde”) bedden immers bepaald wordt op basis van de nationaal gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep.

¹² De kostprijs per verblijfsdag zou volgens de KCE-studie tot elfmaal hoger zijn voor patiënten met de hoogste ernstgraad (technisch: ernstgraad klasse 4) dan voor patiënten met de laagste ernstgraad (klasse 1) (9).

¹³ Volgens diezelfde KCE-studie (9) zou de kostprijs per verblijfsdag tot achtmaal hoger zijn voor patiënten met het hoogste mortaliteitsrisico (klasse 4) dan voor patiënten met het laagste mortaliteitsrisico (klasse 1).

¹⁴ De KCE-studie (9) documenteerde dat de ziekenhuiskost per verblijfsdag gemiddeld het laagst is voor de “jonge volwassenen” (18-39 jarigen). Zowel de jongere als de oudere patiënten kennen een hogere kost per verblijfsdag. Voor de +80'ers is de kost per verblijfsdag méér dan dubbel zo hoog als voor de 18-39-jarigen .

5.8. Pilootprojecten voor integratie tussen ziekenhuiszorg en andere zorgvormen

Een van de uitgangspunten voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering is “evolutie en geen revolutie”. Geen onbezonnen, overhaaste wijziging van de financiering, maar een doordachte, doelgerichte en stapsgewijze implementatie, staat in het vooruitzicht.

Met het toenemend aantal patiënten met chronische aandoeningen dient er bovendien gestreefd te worden naar een goede afstemming en coördinatie tussen ambulante zorg en ziekenhuiszorg, en tussen ziekenhuizen onderling: de zorg dient méér geïntegreerd te verlopen en transmurale zorg dient gestimuleerd te worden. Ook op dit vlak wordt een nauwe afstemming met de deelstaten beoogd. Dit engagement werd trouwens voor het plan geïntegreerde chronische zorg reeds vastgelegd op de interministeriële conferentie van 30 maart 2015.

5.8.1. Pilootprojecten: methoden

Pilootprojecten, om alternatieve organisatie- en financieringsvormen uit te proberen, bieden een interessant antwoord op deze beide uitdagingen. Vooraleer majeure wijzigingen aan te brengen in de financiering van de diverse zorgsilos, is het nuttig om het sociaal ondernemerschap vanuit de sector aan te moedigen, analoog aan de manier waarop dit ook in het plan geïntegreerde chronische zorg is voorzien. De stakeholders zijn, vanuit hun expertise en kennis van de sector, zelf goed geplaatst om alternatieven te ontwikkelen. De sector krijgt dan ook deze kans om zelf voorstellen uit te werken.

- Uitgaande van de huidige (publieke en private) uitgaven voor de betrokken patiëntengroepen, verspreid over diverse financieringssilos, worden budgetneutrale pilootprojecten voorgesteld, waarbij de zorg anders georganiseerd en gefinancierd wordt, met aandacht voor het bevorderen van de transmurale zorg.
- In de pilootprojecten maken de verstrekkers afspraken, bij voorkeur op eigen initiatief en in nauw onderling overleg, over wie, geïntegreerd, welke zorg zal verlenen voor specifieke patiëntengroepen, en dit alles in het kader van een netwerk.
De betrokken zorgverleners krijgen hierbij gedurende een in de tijd beperkte periode (bv. maximum 4 jaar) budgetgarantie, simultaan met een opdracht tot optimalisering van de zorg, die vastgelegd wordt in concrete doelstellingen (bv. kortere ziekenhuisopnames, minder heropnames, noodzakelijke follow-up, vermijden patiëntenselectie, nadruk op nood aan coördinatie en integratie).
- De ingediende projectvoorstellen worden inhoudelijk geëvalueerd door een commissie, die zal samengesteld zijn uit experts (die het zorgmodel inhoudelijk goed beoordelen) en beleidsmakers (die de toepasbaarheid in de reguliere regelgeving beoordelen). De precieze modaliteiten hiervan moeten worden uitgewerkt.
- Voor de goedgekeurde pilootprojecten worden duidelijke evaluatiecriteria vastgelegd, die moeten toelaten om na 2 jaar (voorlopig) te evalueren of de nieuwe organisatie- en financieringsmethodiek zijn beoogde resultaten oplevert. Na gunstige evaluatie kan vervolgens breedschalige implementatie voorbereid worden. Indien de evaluatie negatief uitvalt, zal het pilootproject stopgezet worden.
- In een latere fase (in de volgende legislatuur) kunnen de pilootprojecten uitgebreid worden tot een populatieperspectief, waarbij, naast zorgvoorzieningen, ook welzijns- en sociale voorzieningen geïntegreerd werken, ondersteund via gebundelde financiering van de betrokken activiteiten via een netwerk. Het uitwerken van dergelijke pilootprojecten vergt een nauwe samenwerking met de deelstaten.

In de Belgische context zijn in principe de nodige beleidsinstrumenten voor deze pilootprojecten reeds voorhanden. De regelgeving die art. 107 projecten voorziet voor de geestelijke gezondheidszorg (via de FOD Volksgezondheid) en de (revalidatie)conventies alsook art. 56 projecten die het RIZV kan afsluiten zijn mogelijke beleidsinstrumenten die hiervoor kunnen benut worden. Deze beleidsinstrumenten moeten weliswaar aangepast worden voor toepassing op projecten in algemene ziekenhuizen in samenwerking met andere zorgvoorzieningen en zorgverleners. Het specifieke beleidskader (oproep tot het indienen van voorstellen, concrete modaliteiten) wordt momenteel praktisch uitgewerkt.

5.8.2. Concrete voorstellen

In een eerste fase blijven deze experimenten met “gebundelde financiering” beperkt tot afgelijnde aandoeeningen, met sterk gestandaardiseerde zorgpaden, om problemen van patiëntselectie, *upcoding*, besparingen op nodige zorg (met dalende kwaliteit als gevolg) en al te grote financiële risico's of verschuivingen naar niet-geïncorporeerde vormen van zorgverlening te vermijden. De sector zal gevraagd worden om zelf voorstellen voor relevante patiëntengroepen en aangepaste zorgorganisatiemodellen te formuleren.

Een aantal voorbeelden van patiëntengroepen waarvoor beloftevolle pilootprojecten mogelijk zijn (niet-exhaustief):

- bevallen met kort ziekenhuisverblijf;
- vormen van thuishospitalisatie;
- het toedienen van intraveneuze antibioticatherapie thuis;
- toediening van chemotherapie in thuiszorg (in overleg met het oncologisch dagziekenhuis);
- de opvolging en coördinatie van zorg voor COPD-patiënten.

Bij wijze van voorbeeld wordt één voorbeeld, de bevalling met verkort ziekenhuisverblijf, hier kort uitgewerkt, om de optimalisatiemogelijkheden te illustreren:

Uit internationaal vergelijkende cijfers blijkt dat de verblijfsduur na een normale bevalling of een keizersnede, na een ongecompliceerde zwangerschap, in Belgische materniteiten vrij hoog blijft. Er is dus nog ruimte voor verblijfsduurverkorting. Uit de MVG-registraties (minimale verpleegkundige gegevens) blijkt daarenboven dat de verpleegkundige *workload* tijdens het materniteitsverblijf per verblijfsdag snel daalt en evolueert naar 'comfortzorg', die ook buiten de ziekenhuismuren kan geleverd worden. De middelen die vrijkomen door verblijfsduurverkorting (minder te bestaffen bedden) kunnen ingezet worden om de (medische en verpleegkundige) pre- en postnatale ambulante kraamzorg anders te organiseren. Er kunnen ook afspraken gemaakt worden met privé verzekeraars over een alternatieve besteding van het budget voor de ziekenhuisfacturen die zij nu terugbetalen (bv. voor kraamzorg thuis, zorghotel). De bevalling na ongecompliceerde zwangerschap is trouwens één van de standaardingrepen met laagvariabele zorg, die in aanmerking komt voor een prospectief referentiehonorarium. Ten slotte zijn er ook materniteiten waar sommige patiënten nu graag vrij lang verblijven in luxueuzere kamers, ondanks de hoge kostprijs. Deze mogelijkheid moet/kan in de toekomst wellicht behouden blijven, uiteraard mits de kosten voor deze extraverblijfsdagen niet ten laste van de verplichte ziekteverzekering vallen.

WERKPLAN:

In het voorjaar van 2015 worden de concrete modaliteiten voor de pilootprojecten voorbereid, in overleg met de deelstaten, zodat voor het einde van het jaar de eerste pilootprojecten kunnen opstarten.

Aan de sector wordt voor het zomerreces reeds een oproep gelanceerd om zorgthema's en

patiëntenpopulaties voor te stellen waarrond pilootprojecten zouden kunnen uitgebouwd worden. Vervolgens wordt een eerste oproep tot het indienen van concrete, inhoudelijk volledig uitgewerkte projectvoorstellen gelanceerd.

De projecten worden geselecteerd in het najaar, zodat een aantal projecten nog voor het einde van het jaar kan opstarten.

De projecten worden na 2 jaar werking grondig geëvalueerd (vanaf eind 2017), zodat vanaf 2018 de eerste wijzigingen in financierings- en organisatiemodaliteiten kunnen doorgevoerd worden, op basis van de resultaten van de succesvolle pilootprojecten.

5.9. Waardegedreven zorg / *Pay for performance*

Het blijft een belangrijke doelstelling om de kwaliteit van de zorg continu te blijven verbeteren: er moet méér waarde gecreëerd worden met de beschikbare budgetten (*value based care*). Buitenlandse ervaringen leren dat P4P (*pay for performance*) initiatieven weliswaar geen onverdeeld succes, maar toch wel een nuttige hefboom kunnen zijn, mits ze correct en voorzichtig geïmplementeerd worden, rekening houdend ook met de nadelen (1). P4P initiatieven kunnen nuttig zijn om zorgverleners te stimuleren tot kwaliteitsverbetering, maar kunnen ook gehanteerd worden om het groeiend risico op te weinig zorg (zeker indien gewerkt wordt met vooraf vastgelegde budgetten per patiënt) te vermijden. Ook hier gaan we starten met een kleinschalige aanpak en vooral leren van succesvolle praktijkvoorbeelden. Belangrijke aandachtspunten zijn de volgende (1):

- Er wordt gewerkt met performantie-indicatoren, waarvan uit buitenlandse ervaringen reeds blijkt dat ze nuttig zijn. Dit wil zeggen: het zijn indicatoren die quasi-uitsluitend door de zorgverleners beïnvloed worden, en die niet of weinig manipuleerbaar zijn.
- Indien mogelijk wordt er gewerkt met ziekenhuisbrede indicatoren – in afwezigheid daarvan dient er gewerkt te worden met ziektespecifieke maatstaven.
- Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met outcomemaatstaven en enkel als er geen bruikbare outcomemaatstaven kunnen geïdentificeerd worden, wordt er geopteerd voor zgn. intermediaire resultaatsindicatoren (bv. potentieel vermijdbare complicaties zoals kathetergerelateerde infecties, postoperatieve wondinfecties, valincidenten; *never events*, zoals een operatie aan het verkeerde lichaamsdeel, vergissingen bij koppeling van medische gasleidingen) of procesindicatoren (bv. periodiek oog- en voetonderzoek bij diabetici, *door-to-needle time* bij patiënten met een beroerte).
- Er moet onderzocht worden of het nuttig is om ook indicatoren van patiëntentevredenheid, of accrediteringsinitiatieven, mee op te nemen in P4P-initiatieven.
- Er worden geen extra registraties ingevoerd, maar er wordt zoveel mogelijk gewerkt met gevalideerde en betrouwbare kwaliteitsindicatoren die reeds geregistreerd worden (in het kader van andere verplichtingen).
- Een deel van het beschikbare budget (beperkt in een eerste fase tot 1 à 2%) wordt herverdeeld tussen de ziekenhuizen/zorgverleners op basis van de P4P-resultaten.
- Het P4P-initiatief wordt slechts uitgebreid mits voldoende gunstige ervaringen.

Eén van de buitenlandse ervaringen die in diverse gesprekken werd aangehaald als beloftevol is het ICHOM-project (*The International Consortium for Health Outcomes Measurement*) dat de

kwaliteit van zorg voor specifieke pathologiegroepen internationaal vergelekt op basis van door zorgverleners (en patiënten) onderling afgesproken kwaliteitsmaatstaven en mee ondersteund wordt vanuit het Karolinska-ziekenhuis (Zweden) en Harvard School of Public Health.

WERKPLAN:

In een eerste fase wordt er gepolst naar concrete voorstellen voor P4P-projecten, zowel bij de ziekenhuizen, de artsen, de mutualiteiten, de overheidsdiensten (federaal en deelstaten). Deze bevraging wordt opgestart in september 2015.

Tegen eind 2015 worden de concrete voorstellen beoordeeld en gerangschikt door een commissie van experts en geëvalueerd op hun technische en praktische toepasbaarheid.

In het voorjaar van 2016 worden de eerste, technisch haalbare, voorstellen omgezet in concrete regelgeving, zodat ze vanaf juli 2016 (of januari 2017) implementeerbaar zijn.

Vanaf 2018 volgen meerdere projecten en vanaf 2019 volgt de eerste evaluatie: de parameters die niet de gewenste resultaten opleveren worden geschrapt en de parameters die de beoogde resultaten genereren worden versterkt.

5.10. Hervormingen op korte termijn

5.10.1. Vereenvoudiging van de verplichte registraties

Er is reeds vanuit meerdere hoeken gesignaleerd dat de ziekenhuizen heel véél gegevens moeten registreren en dat er (te) veel personeel moet ingezet worden om aan deze registratieverplichtingen te voldoen, dikwijls ten koste van tijd die aan verzorging kan besteed worden. Op korte termijn dient ingezet worden op het vereenvoudigen van de verplichte registraties in de ziekenhuizen: welke registraties zijn echt nodig, zijn écht alle opgevraagde gegevens nuttig i.f.v. beleidstoepassingen, worden de gegevens slechts eenmaal opgevraagd (en niet meermaals in licht afwijkende vormen), kan via meer elektronische en geüniformiseerde registraties (bv. SNOMED CT) de totale registratielast niet substantieel gereduceerd worden (4, p.62)? Om de registratielast in de ziekenhuizen te reduceren dienen ook de mogelijkheden van *once only* elektronische registratie verder onderzocht te worden (in het kader van *eGezondheid*). Daarnaast moet ook onderzocht worden welke gegevens permanent door alle ziekenhuizen dienen geregistreerd te worden en voor welke gegevens een periodieke registratie, eventueel zelfs enkel in een steekproef van representatieve ziekenhuizen dienen verzameld te worden. In overleg tussen de federale overheidsdiensten en de deelstaten dienen trouwens de bestaande dubbelregistraties in kaart gebracht en weggewerkt te worden (4, p.62).

Deze bekommernissen gelden niet enkel voor de gegevensregistraties via de FOD Volksgezondheid, maar ook via andere overheidsdiensten, alsook voor de attesteringen die het RIZIV en de mutualiteiten vragen voor het gebruik en de facturatie van bepaalde geneesmiddelen en implantaten. Ook deze attesteringen dienen kritisch beoordeeld te worden op hun toegevoegde waarde en mogelijkheden tot vereenvoudiging en/of automatisering dienen verder onderzocht te worden.

Binnen de ziekenhuiswereld leven ongetwijfeld nog andere ideeën die rond opportuniteiten bieden voor vereenvoudiging.

WERKPLAN:

Aan de FOD Volksgezondheid wordt gevraagd om, zo snel mogelijk, in overleg met de ziekenhuiswereld, concrete plannen tot vereenvoudiging van de verplichte registraties voor te stellen.

Aan het RIZIV wordt gevraagd om, zo snel mogelijk, in overleg met de ziekenhuiswereld, concrete plannen tot vereenvoudiging voor de attestering van geneesmiddelen en implantaten voor te stellen.

In overleg met de deelstaten worden de bestaande dubbelregistraties in kaart gebracht en wordt een concreet plan uitgewerkt om de registratieplichten voor de ziekenhuizen te verminderen en te stroomlijnen.

Hoe sneller deze voorstellen uitgewerkt zijn, hoe sneller ze kunnen toegepast worden.

Aan de ziekenhuiswereld wordt gevraagd om zo snel mogelijk concrete voorstellen tot vereenvoudiging in te dienen bij de bevoegde overheidsdiensten.

Het is de bedoeling om in de registraties die moeten starten vanaf 1 januari 2016 reeds een aantal substantiële vereenvoudigingen aan te brengen.

De complexere registratie-optimalisaties kunnen geïmplementeerd worden vanaf 2017, of later (indien daar duidelijke technische redenen voor zijn).

5.10.2. Verpleegkundige zorgzwaarte in het BFM: het NRG-financieringsmodel

Er zijn veel vragen bij de nieuwe MVG2-financiering¹⁵ – de parameters om de verschillen in **verpleegkundige zorgzwaarte** tussen de ziekenhuizen te meten - die in het BFM in juli 2014 werd ingevoerd.

Er is enerzijds de terechte bekommernis dat MVG1¹⁶, gebaseerd op gegevens 2005-2006, zo snel mogelijk moet geëlimineerd worden uit de BFM-financiering, wegens de verouderde gegevens.

Maar anderzijds is er de evenzeer terechte bekommernis dat de MVG2, die ervoor in de plaats komt, voldoende de “juiste” (=nodige, op evidentie gebaseerde) variabiliteit in de verpleegkundige zorg moet identificeren.

Aan de administratie van de FOD Volksgezondheid werd in eerste instantie gevraagd om de onverklaarbare verschuivingen die zich hebben voorgedaan in de budgetten van juli 2014 te onderzoeken en de eventuele fouten en anomalieën waar nodig te corrigeren, vooraleer het toepassingspercentage te verhogen. Daarnaast wordt gevraagd om te onderzoeken of en in welke mate het financieringsmodel dat op basis van de MVG2 registratie werd ontwikkeld voldoende de reële, verantwoorde verschillen in zorgzwaarte reflecteert en of de registratielast (i.f.v. financiering) niet kan gereduceerd worden. Vermits de MVG-registratie enkel gebruikt wordt ter verdeling van de supplementaire financiering – en niet voor de basisfinanciering – lijkt het aanvaardbaar dat enkel dié MVG-items gebruikt worden in de financiering die daadwerkelijk verschillen in zorgzwaarte tussen ziekenhuizen documenteren (i.e. niet voor de verpleegkundige zorg die steeds in alle ziekenhuizen voor komt). Ook pistes voor reductie van de totale registratielast van MVG (zie hierboven) dienen verder onderzocht te worden (bv. periodiciteit registratie, selectie van parameters), zolang de gegevens die de overheid nodig heeft niet ‘automatisch’ voortvloeien uit de standaardregistraties, nodig voor de routinezorgverlening. Ten

¹⁵ MVG2 verwijst naar de tweede versie van de minimale verpleegkundige gegevens (MVG) en wordt ook wel aangeduid als de NRG (*nursing related groups*) gebaseerde financiering.

¹⁶ MVG1 = de eerste versie van de MVG (was niet gebaseerd op NRGs)

slotte dient ook de MVG2-registratie in de ziekenhuizen accuraat ge-audit te worden, zodat misbruiken en/of anomalieën (bv. onterechte verschillen in codeerpraktijken) in de registratie tijdig gedetecteerd en kunnen vermeden worden (4, p.70). Naast audits ter plaatse, waar niet steeds de nodige mankracht voor kan ingezet worden, dient ook ingezet te worden op statistische audits (*datamining, outlier* controles, ...).

WERKPLAN:

Aan de administratie van de FOD Volksgezondheid werd gevraagd om de fouten en anomalieën in het MVG2-financieringsmodel te corrigeren in het BFM juli 2015 en ook met terugwerkende kracht (BFM juli 2014).

Het MVG2-financieringsmodel wordt kritisch onderzocht op zijn differentiërende kracht i.f.v. daadwerkelijke, verantwoorde verschillen in verpleegkundige zorgzwaarte tussen ziekenhuizen. Wijzigingen aan het financieringsmodel kunnen, na voorafgaand advies van de NRZV, in voege gaan vanaf juli 2016. Ook aan het op punt zetten van (statistische) audits dient de nodige prioriteit te worden gegeven.

5.10.3. Financiering van de spoedgevallendiensten en de wachtposten

Er is nood aan een aangepaste financiering van de spoedgevallendienst, en de samenwerking met de huisartsen en wachtposten:

- Sinds juli 2013 zijn er nieuwe financieringscriteria voor de spoedgevallendienst van toepassing in het BFM. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de ambulante patiënten die op de spoedgevallenafdeling worden verzorgd. Zodoende is er een reëel risico dat ziekenhuizen het aantal ambulante contacten via de spoedgevallen proberen op te drijven. Binnen een gesloten BFM resulteert dit bovendien in het wegdraineren van middelen bestemd voor gehospitaliseerde patiënten naar ambulante zorg. Het is daarom aangewezen om de financiering van de spoedgevallendienst af te zonderen van de financiering van de reguliere patiëntenzorg per pathologiegroep (cf. 5.6).
- Voor de financiering van de spoedgevallen dient nationaal een deelbudget afgezonderd te worden, zodat er geen, onterechte / onopgemerkte, transfers naar andere deelbudgetten plaats vinden. Bovendien dient dit budget verdeeld te worden tussen de ziekenhuizen, i.f.v. hun ligging (het aantal inwoners / geografisch gebied waarvoor ze spoedzorg moeten bieden en hun eventuele supraregionale functie) en i.f.v. de verantwoorde activiteit op elke spoedgevallendienst.
- De financiering van de urgentie-artsen, bijna uitsluitend op basis van medische prestaties, kan ook overgebruik van de spoedgevallendiensten aanmoedigen. Voor een dienst, die, bij uitstek, een permanentie- en continuïteitsfunctie te vervullen heeft, is wellicht een meer geïntegreerde financiering aangewezen.
- Ook de huisarts en -wachtposten kampen met gelijkaardige problemen qua continuïteit en permanentie. En in bepaalde stedelijke buurten komt daar nog een mogelijk veiligheidsprobleem bovenop. In de toekomst moet er méér samenwerking tussen spoedgevallendiensten van ziekenhuizen en (huisartsen)wachtposten gerealiseerd worden, om (a) de continuïteit van de zorgverlening voor de bevolking te garanderen, (b) met voldoende waarborgen voor de veiligheid van het personeel en (c) tegen een maatschappelijk verantwoorde kost, zonder verspilling van middelen. Deze integratie wordt zowel nagestreefd op vlak van de organisatie (samenwerking spoedgevallen – wachtposten)

als voor hun financiering. Het huidige akkoord artsen-ziekenfondsen (medicomut-akkoord 2015) vermeldt een engagement in deze zin.

- Om het geheel overzichtelijk te houden wordt in deze hervorming vooral gefocust op de spoedgevallendiensten, met hun MUG- en PIT-functies, en hun relatie met de huisartsen/wachtposten. De dringende medische hulpverlening buiten de ziekenhuismuren (112-centrale, ziekenvervoer) wordt buiten beschouwing gelaten in dit Plan van Aanpak. De specifieke problematiek rond financiering en programmatie van dienstverlening in het kader van de Wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening wordt afzonderlijk benaderd in het kader van de werkzaamheden van de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulp (NRDGH).

WERKPLAN:

Over de organisatie en financiering van de spoedgevallendiensten loopt er momenteel een studie bij het KCE. Het eindrapport wordt verwacht tegen de zomer van 2016. Deze studie zal zeker een aantal nuttige beleidsaanbevelingen bevatten voor aanpassing van de financiering van de spoedgevallendiensten.

Daarnaast dienen de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG), over de evolutie van het aantal patiënten op de spoedgevallendiensten en hun karakteristieken (+ redenen spoedbezoek) sinds de introductie van de nieuwe financieringsparameters in het BFM, zo snel mogelijk geanalyseerd te worden. Een analyse van deze gegevens moet toelaten om te evalueren of het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten toeneemt en biedt inspiratie om de parameters die gehanteerd worden in de financiering bij te sturen.

De nieuwe spoedfinanciering is weliswaar pas in juli 2013 gestart, maar tegen eind mei 2015 moeten de MZG-data van de ziekenhuizen tot en met eind 2014 ingediend zijn: daarna kan de analyse gebaseerd worden op een dataset van 3 semesters (18 maanden).

De bedoeling is om een eerste aanpassing van de criteria voor te bereiden tegen juli 2016 en een meer fundamentele hervorming door te voeren vanaf het BFM juli 2017.

6. GOVERNANCE STRUCTUUR VOOR HET PROJECT

Het is de uitdrukkelijke wens om bij de verdere uittekening van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering alle belanghebbenden te betrekken. Hiervoor worden de nodige overlegmomenten en -structuren voorzien, met een onderscheid naargelang de fase van conceptualisatie en van implementatie van de hervormingen. Zoals bij elk hervormingsprogramma met vele belanghebbenden dient een goed evenwicht gevonden te worden tussen verschillende criteria van besluitvorming: overleg enerzijds en besluitvaardigheid anderzijds.

De hierna volgende governance structuur betreft het federale bestuursniveau. Met de deelstaten zal uiteraard evenzeer nauw worden samengewerkt, met name in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

6.1. Taskforce

Voor de onderlinge afstemming tussen de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, het KB nr. 78 en de herijking van de nomenclatuur voorziet het regeerakkoord dat er een **taskforce** wordt opgericht. Deze heeft als doel het afchecken van de hervormingsvoorstellen op hun globale consistentie qua visie, qua timing van de stappenplannen, ... maar dit alles "*high-level*". Deze taskforce wordt opgericht zodra de plannen van aanpak voor de twee andere grote werven, m.n. het KB nr. 78 en de herijking van de nomenclatuur worden voorgesteld.

6.2. Conceptuele fase: overleggroep ziekenhuisfinanciering

Tijdens de fase van de conceptualisering van de nieuwe ziekenhuisfinanciering zal er op zeer regelmatige basis overlegd worden met een **overleggroep ziekenhuisfinanciering**. Voor deze fase van conceptualisering wordt beroep gedaan op een nieuw op te richten overleggroep, om te vermijden dat er steeds meerdere adviezen moeten gevraagd worden aan diverse adviesorganen, wat, zeker i.g.v. tegenstrijdige adviezen, vertragend zou werken. Er wordt, tijdens deze fase, geopteerd voor een overleggroep, omdat de meeste bestaande adviesorganen elk slechts een deel van de ziekenhuisfinanciering onder hun bevoegdheid hebben en/of elk hun beperkingen kennen qua samenstelling.

De volgende partijen zullen structureel aanwezig zijn in deze overleggroep, die onder leiding zal staan van de beleidscel: de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen (via hun koepelorganisaties), de vertegenwoordigers van de artsen (via hun representatieve artsenorganisaties) en de ziekenfondsen (vertegenwoordigd via een afvaardiging van het Nationaal Intermutualistisch College). Het is de bedoeling dat elk van de 3 groepen 5 vertegenwoordigers mag aanduiden voor deze overleggroep.

Vanuit deze (grote) groep zal er een **bureau** aangesteld worden, met (1 of 2) vertegenwoordigers uit elk van de 3 groepen, voor frequenter overleg.

Naast deze overleggroep, waar deze partijen van stakeholders regelmatig samen zullen overleggen wordt verder bilateraal overleg – georganiseerd door de beleidscel – voorzien met vele andere stakeholders, die ook direct of indirect de gevolgen van een hervormde ziekenhuisfinanciering ervaren. Hierbij wordt o.a. gedacht aan de ziekenhuisverpleegkundigen, de ziekenhuisapothekers, andere zorgverleners in ziekenhuizen, de patiëntenverenigingen, de private sector (bv. privé verzekeraars, financiële instellingen, softwareleveranciers, etc.) en de sociale partners.

6.3. Implementatiefase: reguliere adviesorganen

Zodra de nieuwe ziekenhuisfinanciering in de implementatiefase komt (ontwerp van regelgeving, m.n. KB's, wet op de ziekenhuizen, ...) zal voor de adviesverlening beroep gedaan worden op de bestaande adviesorganen.

6.4. Integratie tot één beleidsdomein en hervorming adviesorganen

De voorliggende hervorming beoogt meer samenwerking tussen ziekenhuizen onderling, alsook tussen ziekenhuizen en andere actoren. Samenwerking is dus het ordewoord. Ook langs de kant van de overheid zelf dient deze samenwerking gerealiseerd te worden: “*practice what you preach*”. Met de deelstaten zal dit, zoals hoger vermeld, gebeuren in de schoot van de Interministeriële Conferentie. Voor het federale bestuursniveau, is wat de gezondheidsadministraties betreft, een bestuurskundige oefening lopend om tot een meer geïntegreerd beleidsdomein te komen. Dit veronderstelt voor wat de ziekenhuisfinanciering betreft, ook een meer doelgerichte, transparante en efficiënte taakverdeling en samenwerkingsmechanismen tussen met name het DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu enerzijds en het RIZIV anderzijds, zowel qua business processen als voor de advies- en besluitvormingsprocedures.

Daarnaast dienen de opdrachten en bevoegdheden van de bestaande adviesorganen, in overleg met de stakeholders, en rekening houdend met de adviezen die hierover reeds geformuleerd werden, kritisch onderzocht worden. In het kader van administratieve vereenvoudiging is het zinvol om, het aantal overleg- en adviesorganen te verminderen (4, p.67). Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen een *stakeholders*benadering (waarbij leden geselecteerd worden vanuit hun expertise en om de belangen van de organisaties die zij vertegenwoordigen te verdedigen) en een *evidence-based* benadering (waarbij advies gebaseerd wordt op de wetenschappelijke evidentie ter zake). Een kritische evaluatie van deze rollen is trouwens noodzakelijk omwille van de zesde staatshervorming, die een reeks voormalige federale bevoegdheden verschoof naar de deelstaten. Zo heeft bv. de (federale) NRZV geen adviesbevoegdheid meer over de erkenningsnormen van ziekenhuizen, maar wel nog over de programmatie.

WERKPLAN:

Zodra de plannen van aanpak voor de hervorming van KB nr. 78 en voor de herijking van de nomenclatuur worden voorgesteld, wordt de taskforce opgericht.

De overleggroep ziekenhuisfinanciering wordt samengesteld tegen de zomer van 2015. Aan de vier betrokken groepen van stakeholders wordt gevraagd om een vaste vertegenwoordiging van 5 leden (zonder plaatsvervangers) samen te stellen.

Vanaf mei wordt het bilateraal overleg met diverse stakeholders over de diverse aspecten van het Plan van Aanpak verder gezet.

Voor de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid die einde juni 2015 doorgaat, wordt een gemeenschappelijke verklaring met de deelstaten over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering voorbereid.

In het komende jaar worden de huidige bestaande adviesorganen kritisch doorgelicht en worden voorstellen tot optimalisering van de adviesverlening aan de federale overheid uitgewerkt. Ook zullen voorstellen worden geformuleerd om de taakverdeling en samenwerkingsmechanismen tussen de DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid enerzijds en het RIZIV anderzijds te optimaliseren.

7. PARALLELE WERVEN

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is onlosmakelijk verbonden met een aantal andere beleidsprioriteiten uit het regeerakkoord. De herijking van de nomenclatuur, de hervorming van KB nr. 78 over de zorgberoepen, het plan geïntegreerde chronische zorg en de *roadmap* eGezondheid zijn ongetwijfeld de beleidswerven die de sterkste verwevenheid met de ziekenhuisfinanciering vertonen. Om echter vlot te kunnen werken en zo toch snel mogelijk een aantal broodnodige hervormingen te kunnen realiseren wordt geopteerd voor een aparte uitwerking van de verschillende thema's. Uiteraard dient de onderlinge afstemming en globale samenhang bewaakt te worden, en dat zal dan ook de belangrijkste taak van de taskforce zijn.

Nu de werf "hervorming ziekenhuisfinanciering" in de startblokken staat, kan ook de voorbereiding gefinaliseerd worden van de hervorming van KB nr. 78 en kan de werf "herijking nomenclatuur" opgestart worden. Vanuit deze werven zullen ook de nodige bruggen moeten gebouwd worden naar de beleidswerven rond *e-health* en *m-health*, waarvoor de *roadmap* eGezondheid de richting aangeeft.

Een paar zeer belangrijke dwarsverbanden tussen de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en deze andere werven omvatten de volgende thema's:

- De aflijning van het takenpakket en de verloning van het zorgpersoneel actief in ziekenhuizen (vooral verpleegkundigen, maar ook zorgkundigen, logistiek medewerkers, paramedici). Zo is er de terechte bekommernis dat de verpleegkundige expertise verhoogd wordt via het aanmoedigen en waarderen van bijkomende opleidingen (zoals bijzondere beroepstitels (BBT) en bijzondere beroepskwamingen (BBK). Daarenboven is er de bekommernis dat de bijkomende expertise moet kunnen gekanaliseerd worden naar de zones met de hoogste zorgnoden en/of problemen van te beperkte bestaffing. Naast de BBT/BBK is er ook de IFIC-stroming, die zorgfuncties classificeert. Voor beide systemen – of andere alternatieven – dient gewaakt te worden dat ze consistent toegepast worden, én dat er, indien ze opgelegd worden aan de zorgvoorzieningen, de nodige budgetten beschikbaar zijn. Daarnaast dient de arbeidsreglementering te worden aangepast i.f.v. de nieuwe noden van meer zorgcontinuïteit (4, p.63), rekening houdend met de *work-life balance* vereisten en met een evenwicht tussen voorspelbaarheid en flexibiliteit van dienstroosters.
- De herijking van de nomenclatuur zal gepaard gaan met het uittekenen van een nieuw grondplan voor de nomenclatuur en met het identificeren van het praktijkkostendeel en het professioneel deel van het honorarium voor de medische prestaties (cf. identificatie kostprijs per pathologiegroep), zodat de honoraria voor de diverse prestaties opnieuw in evenwicht kunnen gebracht worden. Daarnaast dient een herijkte nomenclatuur niet louter medische prestaties in het kader van individuele arts-patiëntcontacten te vergoeden, maar dienen ook medische activiteiten die geïntegreerde patiëntenzorg ondersteunen bevorderd te worden, bv. multidisciplinair overleg, medische permanenties, transmurale zorg, telegeneeskunde. Indien het praktijkkostendeel gekoppeld wordt aan het ziekenhuisbudget, dient de governance structuur van de ziekenhuizen daaraan aangepast te worden (cf. supra). Artsen moeten zeggenschap en verantwoordelijkheid hebben en behouden over de aanwending door het ziekenhuis van het praktijkkostengedeelte van hun honoraria.
- Er kunnen – zo werd ook meermaals tijdens de consultatieronde door de belanghebbenden onderstreept - nog heel wat efficiëntiewinsten gerealiseerd worden door een betere IT-ondersteuning van de ziekenhuizen en door nauwere samenwerking op dit vlak. Vanuit de

overheid kan, mits beschikbaarheid van de nodige capaciteit, de selectie van ziekenhuis-informatiesystemen en EPD-pakketten, met voldoende geüniformiseerde inhoud, ondersteund worden. Dergelijke aanpak zou toelaten om de informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen onderling, met de ziekenfondsen, met de patiënten en met de overheid te optimaliseren, wat kwaliteitsverhogend en kostenverlagend kan werken. Hierbij moet erover gewaakt worden dat de volledige Belgische ziekenhuissector niet afhankelijk wordt van het monopolie van één, of een te beperkt aantal commerciële spelers.

De ziekenhuiswereld vraagt ook meer stabiliteit in de financiering, met voldoende voorspelbare budgetten i.f.v. een meerjarenbegroting, zowel op ziekenhuisniveau als op netwerkniveau. Deze vraag naar meerjarenbudgetplanning zal opgenomen worden in de bredere beleidsprioriteit om voor de ziekteverzekering een meerjarenbudgetplanning op te maken. De ziekenhuizen dienen er zich bewust van te zijn dat meer budgetstabiliteit het voordeel biedt van een grotere voorspelbaarheid van de verwachte opbrengstenstromen, maar ook het nadeel van minder flexibiliteit, ook bij de overheid, om in te spelen op activiteitengroei of de ondersteuning van nieuwe initiatieven.

8. SLOTBESCHOUWING

Het voorliggend Plan van Aanpak is ambitieus. Het is tijdens deze legislatuur één van de grootste en belangrijkste werven van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Het Plan van Aanpak zal leiden tot ingrijpende veranderingen in de wijze waarop zorg in onze ziekenhuizen wordt gefinancierd en zal tegelijk ook een grote impact hebben op de wijze van waarop die zorg georganiseerd en verleend wordt binnen en buiten het ziekenhuis.

De Minister en haar Beleidscel hebben ruim inspiratie gevonden in de vele rapporten, nota's, aanbevelingen die hen werden aangereikt door het werkveld, hen administraties en in internationale publicaties over het onderwerp. Veel ideeën en voorstellen die opgenomen zijn in het Plan van Aanpak zijn op zich niet nieuw. Het vernieuwende is vooral te vinden in het feit dat voor het eerst sinds zeer lange tijd in België al die ideeën en voorstellen zijn verwerkt en geïntegreerd tot een coherent geheel dat nieuwe accenten legt, gekoppeld aan een concrete planning voor de werkpakketten en een governance structuur die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van het plan.

Om dit Plan van Aanpak te laten slagen zal de medewerking nodig zijn van alle belanghebbende partijen, en dat zijn niet alleen de ziekenhuisbeheerders maar ook de artsen en het verzorgend personeel, de burgers en patiënten, de politieke wereld, de ziekenfondsen, de sociale partners, de faculteiten geneeskunde van onze universiteiten, de medische en farmaceutische industrie, de sociale partners, private spelers, etc. Het Plan van Aanpak biedt ruime kansen aan al deze partijen om actief mee te werken aan het voorbereiden, het uitvoeren en realiseren van dit zo noodzakelijk veranderingsproces.

Het Plan van Aanpak is een traject naar verandering. Verandering roept klassiek ook weerstand op. Inzake ziekenhuisfinanciering is evenwel het momentum aangebroken om het verleden te durven loslaten en er niet krampachtig aan vast te houden. Laat ons lessen trekken uit het

verleden, erkende sterktes bewaren, verbeterpunten aanpakken en onze ziekenhuizen klaarstomen voor de uitdagingen van vandaag en morgen. De maatschappelijke uitdagingen inzake het behoud van een toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg in ons land en de in toenemende mate verontrustende financiële analyses van de ziekenhuissector die van jaar tot jaar verslechteren, moeten er toe aanzetten om nu samen verantwoordelijkheid te nemen en doortastend te handelen.

Referentielijst¹⁷

1. Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, Remmen R, Sermeus W, Van Den Broecke C, Van Herck P, Vanmeerbeek M, Willems S, De Gauquier K, 2009, **Voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van 'Pay for Quality' programma's in België**. Brussel: KCE, report 118A.
2. Belfius MAHA analyse, 2014, **20 jaar sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen in België: MAHA studie 2014**, Brussel.
3. Christensen C., Grossman J. & Hwang J., 2009, **The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care**, McGraw-Hill, 441p.
4. **Federaal Regeerakkoord**, 9 oktober 2014, Brussel
5. Health Consumer Powerhouse, 2013, **Euro health Consumer Index**, Taby, Zweden.
6. OECD, 2012, **Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: how any surgical procedures performed as inpatient and day cases?** Paris.
7. OECD, 2014, **Health at a glance: OECD Indicators**, Paris.
8. Van De Sande, D, D. De Ryck, et al., 2010, **Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een "all-in" pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen**, KCE-rapport 121A, Brussel.
9. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R (eds). 2014, **Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering – Synthese**. Brussel: KCE, rapport 229As.
10. Vinck, I., Paulus, D. 2014, **Correction of refractive errors of the eye in adults – part 3: organisation and legal framework of extramural surgery centres**. Brussel: KCE, report 225.

¹⁷ De referentielijst bevat enkel de verwijzingen naar officieel gepubliceerde /beschikbare documenten. Daarnaast werd gebruik gemaakt van de talrijke documenten en visienota's die de diverse stakeholders bezorgden aan de beleidscel, maar deze worden niet in de referentielijst vermeld, omdat niet al die documenten beschikbaar zijn voor het publiek.