

Colofon: Redactie: prof. dr. Johan Kips, Koen Michiels en Katrien Verschoren

Met medewerking van: dr. Johan Pauwels, Maurice Tuerlinckx en Ingrid Nolis.

Eindredactie: Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Vormgeving: www.dotplus.be

D/2014/12607/2

ISBN 978-94-913-2314-0

2014 ©Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Zorgnet Vlaanderen werkt samen met ICURO en MID

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitzonderd zijn korte fragmenten, die uitsluitend ten behoeve van recensies geciteerd mogen worden.

Kips, J., Michiels, K. & Verschoren, K. et al. 2014.. *Together we count. Naar een patiënt-gerichte financiering van de algemene ziekenhuizen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

Together we count

Naar een patiëntgerichte financiering van de algemene ziekenhuizen



Inhoud

Woord vooraf	5
1. Inleiding	6
2. Een nieuw zorgorganisatiemodel	9
2.1. De patiënt centraal	9
2.2. Ziekenhuizen als schakels in netwerken	10
2.2.1. Klinische netwerken	11
2.2.2. Lokale zorgnetwerken rond de patiënt	16
2.2.3. Netwerken van ondersteunende diensten	17
2.3. Het juridisch kader	18
3. Een nieuw financieringsmodel	20
3.1. Situering	20
3.2. Principes van een nieuwe financiering	20
3.3. Componenten van een nieuwe financiering	21
3.3.1. Voorwaarden	21
3.3.2. Pijlers	22
3.3.2.1. Pijler 1: Middelen vrijmaken	23
3.3.2.2. Pijler 2: Geïntegreerd beleid	29
3.3.2.3. Pijler 3: Waarde en kwaliteit	33
3.4. Nieuwe financiering: totaalbeeld	38
3.4.1. Ziekenhuisfinanciering	38
3.4.2. Honoraria specialistische zorg	42
4. Besluit	45
5. Résumé	48
Lijst van afkortingen	50
Bibliografie	51

Woord vooraf

Onze gezondheidszorg, net als de maatschappelijke noden en verwachtingen waarop ze een antwoord moet bieden, is voortdurend in evolutie. Soms zijn dat geleidelijke evoluties, maar nu en dan doet zich een versnelling of een breuklijn voor. Modellen die decennialang werden toegepast blijken niet meer te voldoen, of kraken in hun voegen. Het debat gaat dan niet meer over aanpassingen, maar over fundamentele hervormingen. Ons gezondheidszorgsysteem is op zo'n kantelpunt terechtgekomen. De laatste jaren groeide de consensus dat we moeten werken aan een nieuw zorgorganisatiemodel en bijhorende financiering. Dit besef leeft en vertaalt zich in een reeks initiatieven op verschillende niveaus. Zo stelde minister Onkelinx in oktober 2013 namens de federale regering een stappenplan voor dat de route uitstippelt voor een grondige hervorming van het financieringssysteem van de ziekenhuizen.

Op het ziekenhuiscongres *Together we care* van mei 2013 zette Zorgnet Vlaanderen de bakens uit voor het toekomstig zorgmodel en reikten we de bouwstenen aan voor de ontwikkeling van een haalbaar en realistisch financieringsmodel dat de juiste stimulansen in zich draagt. Voorliggende publicatie bouwt hierop verder en formuleert concrete voorstellen voor aanpassingen aan de huidige financiering. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat het nieuwe model de huidige sterktes behoudt en de zwaktes eruithaalt. De voorstellen zijn tegelijk concreet, ambitieus en realistisch.

We opteren voor een geleidelijke transitie vanuit een duidelijke visie. Die visie haakt in op de evolutie van onze gezondheidszorg naar een geïntegreerde aanpak van de chronische zorg, die steeds belangrijker wordt. Ook de context van schaalvergroting en meer ambulante zorg wordt in rekening genomen. Doel van het nieuwe model is om de gezondheidszorg beter te laten aansluiten op de toekomstige noden én om ze toegankelijk, betaalbaar en kwaliteitsvol te houden.

Kwaliteit voor de patiënt en een doelmatige inzet van de middelen krijgen aanmoediging en beloning. De disputen tussen artsen en ziekenhuisdirecties worden grotendeels ontzenuwd. Ziekenhuizen en netwerken hebben meer instrumenten in handen om hun rol als sociale ondernemers ten volle op te nemen.

We streven naar een samenwerkingsmodel op basis van vertrouwen, onderling overleg en zelfregulering. De noodzakelijke aanpassingen aan het huidige model moeten zo veel mogelijk rekening houden met al ingezette, toekomstgerichte tendensen. Bij voorkeur wordt een consensus bereikt met alle betrokkenen, veeleer dan te opteren voor een resolute breuk met het verleden.

Prof. Johan Kips legde het basisconcept vast. Vervolgens werd dit model getoetst en overlegd in de projectstuurgroep onder voorzitterschap van Koen Michiels. We willen alle betrokkenen uitdrukkelijk bedanken voor hun input en hun constructieve bijdrage.

Peter Degadt,
Gedelegeerd bestuurder

dr. Etienne Wauters,
Voorzitter

1. Inleiding

Internationale *benchmarks* van de OESO en de *European Consumer Index* tonen heel duidelijk de sterktes van ons gezondheidssysteem. We scoren heel goed in toegankelijkheid. Er is een breed zorgaanbod zonder significante wachtlijsten, een grote nabijheid van zorg en een hoge graad van dienstverlening met een sterke inzet van zowel zorgverleners als zorgvoorzieningen. Bovendien zorgt de verplichte ziekteverzekering voor een hoge dekingsgraad, waardoor de eigen bijdrage van de patiënt betaalbaar blijft, mee gewaarborgd door een aantal sociale correcties. De sterktes resulteren in een grote tevredenheid bij de burger, die de gezondheidszorg als zeer kwaliteitsvol ervaart.

Toch zijn er elementen die voor verbetering vatbaar zijn. In de *rankings* halen we mindere resultaten voor het zichtbaar maken van de kwaliteit van de geleverde zorg, vooral in *outcome*-termen. Zo tonen de kwaliteitsindicatoren van de OESO voor chronisch obstructief longlijden (COPD) en voor mortaliteit na een opname voor een acuut myocardinfarct of voor een beoerpte een minder rooskleurig beeld. Bovendien staat de huidige fragmentatie van ons gezondheidssysteem haaks op de geïntegreerde zorg die noodzakelijk is voor de chronische pathologie. Het is net die chronische pathologie die in de toekomst sterk aan belang wint.

Het is al langer duidelijk dat een aantal elementen in het huidige financieringsmechanisme niet meer voldoen aan de noden van vandaag en morgen:

- De financiering is louter op activiteiten gebaseerd.
- Samenwerking 'per stuk' betalen is problematisch.
- Er is een hoog omzetvolume aan prestaties, met als resultaat een relatief lage eenheidskost.
- Intellectuele aktes worden binnen de medische honoraria ondergewaardeerd ten voordele van technische prestaties.
- De structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen in het Budget Financiële Middelen (BFM) creëert een onhoudbaar spanningsveld.

Daarbij komt dat er in de ziekenhuizen een onvoldoende graad van informatisering is. Desondanks is er een grote registratieoverlast, zeker omdat de beschikbare data onderbenut blijven. Het HR-beleid voor artsen is onvoldoende uitgebouwd. Daarnaast is ook de controle op en de aanpak van misbruiken ontoereikend.

Andere bedreigingen zijn onder meer de betaalbaarheid voor de maatschappij en het tekort aan *healthcare professionals*. Ook het onvoldoende snel terugbetalen van reële innovaties kan leiden tot een sluipend gevaar voor een geneeskunde met twee snelheden. Het fenomeen van de commerciële klinieken, die zich toespitsen op bepaalde niches, leidt tot een vlucht van artsen uit het ziekenhuis. Zij hoeven geen 24 uur op 24 continuïteit te voorzien, hebben minder structuurkosten, minder kwaliteitscontrole en een vrije tariefzetting.

Om onze gezondheidszorg toekomstbestendig te maken is er een nieuw zorgorganisatiemodel nodig, met een daaraan gekoppelde aangepaste financiering. Daarbij onderscheiden we de volgende prioriteiten:

- Het tegemoetkomen aan de huidige demografische noden (vergrijzing), met een toenemende impact van chronische *non-communicable diseases* (NCD – niet overdraagbare ziekten) bij de ouder wordende bevolking.

- Het garanderen van objectieve kwaliteit van zorg, onder meer door het tijdig implementeren van reële innovaties.
- Het behoud van de betaalbaarheid van het huidige op solidariteit gestoelde systeem. Dat betekent dat we een 'geneeskunde met twee snelheden' vermijden, waarbij rijkere burgers zich een betere gezondheidszorg kunnen veroorloven dan minder vermogende mensen. Op macro-economisch vlak betekent het dat we vermijden dat de globale gezondheidszorguitgaven een te groot aandeel van het Bruto Nationaal Product (BNP) gaan innemen.
- De beschikbaarheid van (voldoende en goed opgeleide) zorgprofessionals.

Vanuit een sterkte-zwakteanalyse van het huidige model en rekening houdend met de uitdagingen waarvoor de gezondheidszorg in België staat, formuleren we de volgende doelstellingen voor een nieuw financieringsmodel:

- Het blijven garanderen van een verantwoord zorgaanbod.
- Het bevorderen van een continuüm van een op elkaar afgestemd zorgaanbod als antwoord op de vergrijzing en de stijgende nood aan geïntegreerde zorg voor mensen met chronische aandoeningen/*non-communicable diseases* (NCD).
- Het verhogen van de zorgkwaliteit en het bevorderen van de doelmatigheid. Met 'doelmatigheid' bedoelen we de verhouding van de ingezette middelen voor het behaalde resultaat. Hiervoor introduceren we het concept 'waarde' (zie 3.3.2.3).
- Aandacht voor en ondersteuning van een nieuw *governancemodel* in het ziekenhuisbeleid.
- Het correct en volledig financieren van de verblijfs- en verzorgingskosten voor de patiënt, waardoor afdrachten op de artsenhonoraria niet langer dienen om de huidige structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen op te vangen.
- Het bevorderen van een volwaardig HR-beleid voor ziekenhuisartsen, met onder meer sociale maatregelen die inspelen op nieuwe verwachtingen naar *work-life balance*.

Bij de uitwerking van een nieuw financieringsvoorstel zoomen we in een eerste deel in op het nieuwe zorgorganisatiemodel. Dat vertrekt vanuit de noden van de patiënt. Ziekenhuizen vormen voortaan schakels in netwerken. In de toekomst moeten we evolueren naar taakherschikking en functiedifferentiatie tussen ziekenhuizen. Op die manier zullen er klinische netwerken ontstaan van tweede- en derdelijnsziekenhuizen, van revalidatie- en psychiatrische ziekenhuizen. De focus ligt er op het *cure*-aspect van de zorg. Aan de hand van acht ijkpunten kan er telkens een afweging gemaakt worden of de zorg best centraal of decentraal wordt georganiseerd. Vervolgens bespreken we de lokale zorgnetwerken die vanuit een holistische visie zorg samenbrengen rond de patiënt. De nadruk ligt op het *care*-aspect. In een derde punt focussen we op de voordelen om voor logistiek en *facility* de krachten te bundelen, ook intersectoraal. Een combinatie van expertise kan zowel in ziekenhuizen als in woonzorgcentra en andere zorgvoorzieningen de kwaliteit borgen en verbeteren, een rationeler gebruik van middelen en personeel tot stand brengen, en leiden tot algemene efficiëntiewinsten.

In een tweede deel werken we voorstellen uit voor een nieuwe financiering die het zorgorganisatiemodel moeten ondersteunen en de nodige prikkels geven voor samenwerking. Het model steunt op de volgende drie pijlers:

1. **Middelen vrijmaken.** We formuleren pistes voor het vrijmaken van middelen in het bestaand budget om een antwoord te bieden op toekomstige uitdagingen. Financiële prikkels zorgen voor een optimale en efficiënte organisatie van de zorg.
2. **Geïntegreerd beleid van ziekenhuis en artsen.** Het voorstel formuleert *incentives* om samen de continuïteit van zorg te vrijwaren.

- 3. Waarde en kwaliteit.** Er wordt rekening gehouden met resultaten, niet alleen met uitgevoerde akten. Dat impliceert dat ziekenhuizen en artsen meer en expliciet in functie van kwaliteit worden gefinancierd.

In punt 3.4. vatten we samen welke implicaties deze voorstellen hebben voor enerzijds het BFM en anderzijds de honoraria.



2. Een nieuw zorgorganisatiemodel

2.1. De patiënt centraal

Centraal vertrekpunt voor de manier waarop we de zorg in de toekomst organiseren is de **zorgvrager** zelf. Dat veronderstelt een grondige omslag in ons denken en doen. Het huidige zorgmodel is immers nog altijd sterk aanbodgericht. De patiënt baant zich soms zelf een weg doorheen de verschillende vormen van ambulante hulpverlening en residentiële zorg. Hij maakt weleens foute keuzes, komt niet op de juiste plaats terecht, of kostbare tijd en middelen gaan verloren. Dé opdracht voor de toekomst is het bestaande aanbod onderling te verbinden in een zorgnetwerk waarin de patiënt vlot zijn weg vindt. Het is aan de zorgaanbieders om, samen met de zorgvrager, trajecten uit te tekenen en hem te begeleiden in zijn keuzes voor zijn zorg en welzijn. Dat zal de efficiëntie van het systeem verhogen en de zorgconsumptie verlagen. Een cliëntgerichte samenwerking tussen de zorgaanbieders is hét sleutelconcept voor de toekomst.

Net als alle westerse landen wordt ook Vlaanderen geconfronteerd met snel wijzigende zorgnoden. Zo zien we de sterke toename van patiënten met multipele chronische aandoeningen, toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking en aan performantere medische en verpleegkundige zorg. Veel meer aandoeningen kunnen op die manier behandeld worden en evolueren naar een chronische pathologie. Daarnaast is er de tendens naar hooggespecialiseerde zorg, met de bijhorende fragmentering.

In de zorg voor de chronische patiënt vormt het ziekenhuis een schakel in een keten van zorg. Een zorgaansturing vanuit de objectieve noden van de patiënt moet gestalte krijgen in flexibele vormen van samenwerking tussen de verschillende zorgactoren. De overgang van de patiënt van de ene zorgaanbieder naar de andere dient naadloos te verlopen. Daarbij kunnen we twee **dimensies** onderscheiden:

- De zorgactoren dienen de zorgprocessen voor de patiënt maximaal te integreren. Daarvoor ontwikkelen zij zorgtrajecten voor veel voorkomende aandoeningen, op basis van gezamenlijke *evidence based*-protocollen en -richtlijnen. De zorgtrajecten diabetes en nierinsufficiëntie zijn eerste voorbeelden uit de praktijk.
- Zowel voor de patiënt als voor de zorgactoren is het belangrijk dat patiënten vlot doorstromen. Een performant ontslagmanagement in de ziekenhuizen is van groot belang. Van bij de opname start een ketenzorgbenadering die erop gericht is een eventuele nood aan langetermijnzorg voor te bereiden door contacten te leggen met woonzorgcentra of de thuiszorg. Vanzelfsprekend zal er voldoende capaciteit komen voor revaliderende zorg, herstellende zorg en/of langetermijnzorg.

De voorbije decennia voltrok zich in de ziekenhuiszorg een sterke verschuiving van residentiële naar ambulante zorg. Poliklinieken en internistische, chirurgische, oncologische en geriatrische dagziekenhuizen zijn vandaag belangrijke onderdelen van de acute ziekenhuizen. Het zorgaanbod diversifieerde: hospitalisatie, dagziekenhuis, poliklinisch contact, minimaal invasieve heelkunde en geneeskunde, prothesen en implantaten, opvolging en begeleiding op afstand (onder meer via *telemedicine*) enz.

De Vlaamse ziekenhuizen willen volop meewerken aan de transformatie van ons zorgorganisatiemodel, op voorwaarde dat ze correct vergoed worden. Uitgangspunt is dat de patiënt zo kort mogelijk in het ziekenhuis verblijft, waarbij de intensiteit van de behandeling aan-

gepast is aan het ziektebeeld. De maatschappelijke kost wordt zo laag mogelijk gehouden. Het **subsidiariteitsbeginsel** vraagt dat de zorg beschikbaar moet zijn op het voor de patiënt meest toegankelijke en bereikbare niveau, en op een manier die aansluit bij zijn zorgbehoeften. Er zal slechts afgeweken worden van het principe van nabije zorg, en dus geconcentreerd worden, indien de kwaliteit en/of de kost van de zorg dit vereisen.

Een essentiële voorwaarde om goed op elkaar afgestemde zorg en continuïteit te realiseren, is een vlotte deling van gegevens. Het **elektronisch patiëntendossier** (EPD) vormt de basis. Het ontbreken van patiëntengegevens of de aanwezigheid van onvolledige of foutieve gegevens leidt tot fouten én onnodige kosten. Zo is het noodzakelijk dat een arts bij een ziekenhuisopname een snel en accuraat zicht krijgt op de thuismedicatie en dat bij ontslag de huisarts alle nuttige informatie snel ontvangt. Een EPD draagt sterk bij tot patiëntveiligheid en *datawarehousing* voor een continue kwaliteitsopvolging.

De doelstelling is om de voorzieningen te laten beschikken over de noodzakelijke ICT-systemen ter ondersteuning van de strategische doelstellingen op de volgende vlakken:

1. **Zorgkwaliteit:** ICT is essentieel in het meten, opvolgen en bijsturen van zorgkwaliteit. Zo is de huidige accreditatiegolf een belangrijke aanleiding voor verdere informatisering.
2. **Patient empowerment:** De patiënt bevindt zich steeds meer in een gedigitaliseerde context en zal niet meer aanvaarden dat informatie niet beschikbaar en/of uitwisselbaar is. Het beschikken over geavanceerde ICT-systemen zal maatschappelijk als een evidentie worden beschouwd. Ook de interactie met de patiënt via ICT wint aan belang, bv. via *telemedicine*. De evolutie van de patiënt die zijn zorg ondergaat naar een actieve deelname aan de zorg is al ingezet. De patiënt stuurt het ICT-gebeuren mee aan.
3. **Gegevensuitwisseling:** Het uitwisselen van gegevens tussen zorgverstrekkers/-voorzieningen kan slechts als alle actoren over de ICT-systemen beschikken om deze informatie gepast te genereren en uit te wisselen. Dit is de onmisbare sleutel om transmuraal te werken en om kosten van dubbele onderzoeken te vermijden.
4. **Efficiënt zorgsysteem:** Overheden, zorgactoren en andere stakeholders zullen slechts tot een optimale uitwerking van een nieuw zorgsysteem en bijhorende financiering komen als zij beschikken over de nodige beleidsinformatie en instrumenten voor bijsturing. ICT is ook een voorwaarde om een betere zorgplanning mogelijk te maken, wat de efficiëntie zal verhogen.

2.2. Ziekenhuizen als schakels in netwerken

Het ziekenhuis vormt een schakel in een ruimer geheel van zorgaanbieders. Ontschotting en transmurale zorgverlening zijn noodzakelijk om de gezondheidszorg veiliger, efficiënter en betaalbaarder te maken. Zo kunnen ook de schaarse zorgprofessionals doelgericht en in een breder verband worden ingezet. In de toekomst zullen de ziekenhuizen zich positioneren in netwerken¹. **Uitgangspunt is het sociaal ondernemerschap:** de overheid bepaalt de doelen en de klijtlijnen, de sector en de professionals nemen het initiatief om een passend antwoord te geven op de geformuleerde behoeften.

1 Pauwels, J. (red). 2013. p. 99 e.v.

2.2.1. Klinische netwerken

>> *Informeel netwerk*

Traditioneel werden patiënten tussen ziekenhuizen doorverwezen voor bepaalde behandelingen, ingrepen of onderzoeken. Arts A stuurde zijn patiënt door naar arts B op het ogenblik dat hij een diagnose, behandeling of ingreep liever door een collega (met bijzondere deskundigheid of meer ervaring) liet uitvoeren. De samenwerking tussen arts A en arts B was informeel van aard en weinig gestructureerd. Ondertussen is de patiëntenzorg meer en meer multidisciplinair en functioneren de artsen in teams. Zo wordt het veeleer 'team A' dat doorstuurt naar 'team B'.

Wanneer patiënten de verschillende onderdelen van hun zorg nodig hebben in meerdere voorzieningen, duikt vaak het probleem van tijdige verwijzing en correcte terugverwijzing op. Een dynamisch beleid van verwijzing en doorverwijzing binnen een netwerk veronderstelt een optimalisatie van financiële prikkels en correcte vergoedingen voor alle deelnemers (artsen, ziekenhuizen...).

Daarnaast ontwikkelen zich ook echte *centers of excellence*, waar menselijke knowhow en kapitaalsintensieve investeringen worden gebundeld (bv. menselijke erfelijkheid, prenatale diagnostiek, kinderoncologie, zeldzame ziekten, foetale chirurgie...). Alle ziekenhuizen, universitaire en niet-universitaire, die dergelijke *centers of excellence* uitbouwen, zullen adequaat en gelijk gefinancierd worden.

Voor de specifieke opdrachten naar opleiding, onderzoek en innovatie van universitaire ziekenhuizen verwijzen we naar het rapport van de summit², waarin academische ziekenhuizen evolueren naar 'academische gezondheidssystemen'. Eigen opdrachten krijgen een aparte financiering. Wanneer daarentegen ook niet-universitaire ziekenhuizen in aanmerking komen, blijft het principe van een gelijke prijs voor gelijk werk gelden.

>> *Formeel netwerk*

Zorgnet Vlaanderen wil in de toekomst evolueren naar echte taakherschikking en functie-differentiatie tussen ziekenhuizen. Op die manier kunnen en zullen er formele netwerken ontstaan van algemene ziekenhuizen die voorzien in basiszorg en/of hoogspecialistische zorg, van revalidatie- en psychiatrische ziekenhuizen. We noemen ze verder de **klinische netwerken**, waar de focus ligt op het **cure**-aspect van de zorg³.

De golf van fusies tussen ziekenhuizen loopt stilaan op haar einde.⁴ Er breekt nu een nieuwe fase aan van **taakafspraken** en het uitbouwen van een **complementair aanbod binnen een netwerk**, in het bijzonder voor (sub)specialistische zorg. Alle ziekenhuizen zullen binnen een klinisch netwerk keuzes maken over hun eigen toekomst. De zoektocht van ziekenhuizen naar (nog) meer diensten, zorgprogramma's en functies – dikwijls ingegeven door de huidige 'cascade' van noodzakelijke erkenningen – kan plaatsmaken voor een complementair aanbod, gestructureerd binnen en door het netwerk. Ziekenhuizen kunnen zo ervoor kiezen om een breed aanbod van acute ziekenhuisdiensten (C, D, E, M...) te behouden of (deels) opteren voor de uitbouw van nichediensten (bv. een campus gericht op revalidatie en geriatrie of op geplande chirurgie). Ziekenhuizen kunnen, in functie van wijzigende parameters, die keuzes ook bijstellen en wijzigen. Nieuwe initiatieven blijven mogelijk. Steeds zullen ze, uiteraard, alle kwaliteitsnormen respecteren binnen een bedrijfseconomisch realistisch perspectief.

2 'Summit: van ziekenhuis- naar gezondheidsfinanciering: ontwerp eindrapport'. 2014.

3 Pauwels, J. (red). p. 105-107.

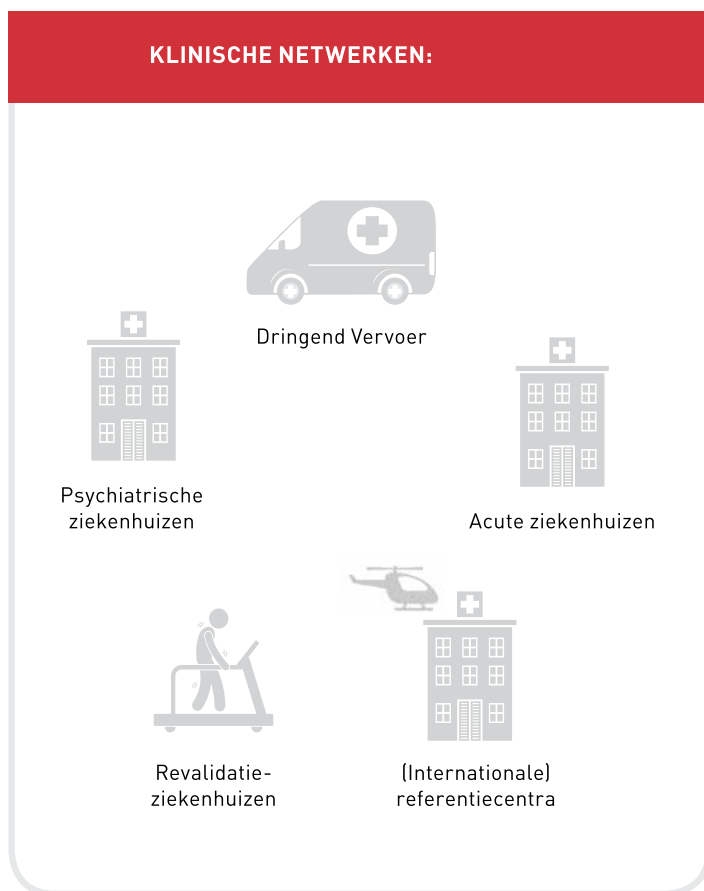
4 Dit sluit niet uit dat fusie nog mogelijk is.

Op die manier ontstaat er een echelonnering in het ziekenhuisaanbod. Die bestaat al voor de borstklinieken, de zorgprogramma's oncologie, het nieuw zorgprogramma kinderen enz. Binnen een dergelijke klinisch netwerk kan ook continu opgevolgd worden of er nog voldoende evenwicht is tussen de vraag en het aanbod van ziekenhuisdiensten (vnl. hospitalisatiebedden). Zo kunnen op regionaal niveau beddenafbouw, bedreconversie, sluiting van diensten... afgesproken en gerealiseerd worden. Om dergelijke dynamische klinische netwerken te stimuleren, dient de overheid (financiële) *incentives* in te bouwen.

Taakafspraken tussen de ziekenhuizen worden het best geformaliseerd in een *governance*-structuur. We gaan a priori uit van gelijkwaardige partners in een netwerk. In optimale omstandigheden zal een ziekenhuis deel uitmaken van één klinisch netwerk dat past binnen de contouren van een Zorgstrategisch Plan Vlaanderen (zie p. 13). Toch is het mogelijk dat een ziekenhuis voor bepaalde activiteiten in meerdere netwerken actief is. Daarbij denken we dan aan complexe, zeldzame of dure pathologie, maar alleen mits correcte afspraken tussen alle betrokken partners.

Ook de universitaire ziekenhuizen zullen taakafspraken maken en het zorgaanbod differentiëren.

Ten slotte wil Zorgnet Vlaanderen een lans breken voor een grote aandacht voor geestelijke gezondheidszorg binnen de klinische netwerken. Wij pleiten onder meer voor een flexibel zorgaanbod van geestelijke gezondheidszorg in **algemene** en **psychiatrische** ziekenhuizen, in het bijzonder voor kinderen en jongeren. Wegens deels overlappende doelgroepen dringen zich – binnen en tussen klinische netwerken (en natuurlijk ook binnen lokale zorgnet-



werken rond de patiënt, zie 2.2.2) – ook solide en gestructureerde regionale taakafspraken op, naast de projecten van artikel 107⁵ die de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg tot doel hebben.

>> *Regionaal en supraregionaal*

Ziekenhuizen vormen **regionale klinische netwerken** met ziekenhuizen uit eenzelfde streek. Zij zullen bijvoorbeeld overleggen over opdrachten, taakafspraken en investeringen om op die manier een optimale spreiding van diensten en toestellen te realiseren. Een garantie over de financiering van de eigen structuurkosten zal voor de ziekenhuizen de prikkel wegnemen voor het zelf aanbieden van zo veel mogelijk diensten, toestellen en onderzoeken.

Bij het vormen van netwerken zullen ziekenhuizen rekening houden met toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid en hun taakverdeling en afspraken toetsen aan **ijkpunten** (zie p. 14). Netwerken zullen zich, binnen het raamwerk van het hieronder omschreven Zorgstrategisch Plan Vlaanderen, zo organiseren dat ze op elkaar aansluiten en de dienstverlening voor de hele bevolking garanderen. De GIS-software, onder meer gebruikt voor het objectiveren van de behoeften aan urgentiediensten⁶, kan met een aanpassing van de criteria en de parameters zeker een nuttig instrument zijn.

Daarnaast zullen ziekenhuizen ook **supraregionale klinische netwerken** uitwerken voor (zeer) zeldzame aandoeningen en/of (zeer) complexe behandelingen (bv. transplantaties, kinderoncologie...). Bijzondere centra zullen voornamelijk, maar niet exclusief, aangeboden worden door de universitaire ziekenhuizen. Sommige perifere ziekenhuizen ontwikkelden immers ook *centers of excellence* met een supraregionale functie.

Het geheel van de regionale en supraregionale netwerken zal integraal deel uitmaken van een **Zorgstrategisch Plan Vlaanderen**. Dat Zorgstrategisch Plan biedt een overzicht van:

- de profilering van elk ziekenhuis of campus (bv. breed aanbod acute diensten, niche-aanbod);
- de *centers of excellence*;;
- belangrijke samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen (bv. ziekenhuis A vormt een netwerk met B, C, D voor cardiologie).

Op het ogenblik dat een Zorgstrategisch Plan Vlaanderen operationeel is, kunnen in een volgende stap ook echte *Service Level Agreements* (SLA) tussen klinische netwerken en de overheid vastgelegd worden om bijvoorbeeld de toegankelijkheid voor de patiënt te garanderen (denk aan blinde vlekken in het zorgaanbod).

Samengevat kunnen we stellen dat we dienen te komen tot een goede spreiding van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en medisch-technische apparatuur. Dat kan leiden tot een herverdeling van erkenningen in streken, in functie van een overaanbod of een tekort van diensten of zware medisch-technische apparatuur.

5 Wet op de ziekenhuizen, art. 107: 'De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.'

6 Interactieve kaarten op: cartogis.ugent.be/pit/

>> *Centraal versus decentraal*

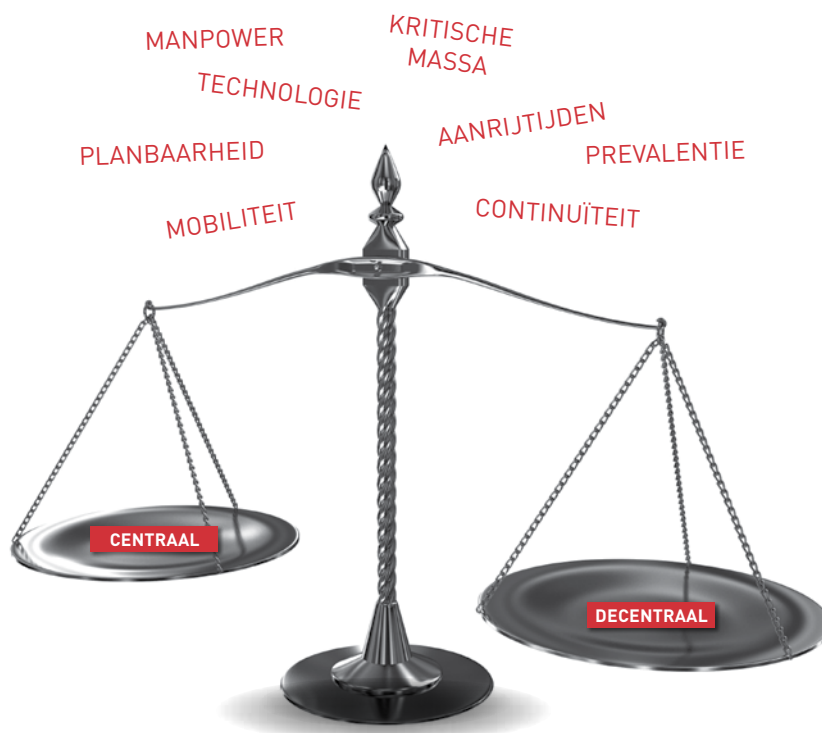
Het centraliseren of decentraliseren van het zorgaanbod zal voortdurend het voorwerp van reflectie zijn. Zo is het aangewezen dat cardiochirurgie slechts in een beperkt aantal centra in België wordt aangeboden. Pre- en postoperatieve opvolging kunnen uiteraard wel in een doorverwijzend ziekenhuis gebeuren. Uitgangspunt is dat zorg decentraal wordt georganiseerd indien de toegankelijkheid dit vereist en indien het kwaliteitsvol en betaalbaar is (cf. subsidiariteitsbeginsel). Deze afweging tussen centralisatie versus decentralisatie is uiteraard een permanent en continu proces. Bepaalde evoluties kunnen het bijvoorbeeld mogelijk maken onderzoeken decentraal uit te voeren (bv. betere technologie), maar het omgekeerde kan evengoed het geval zijn (bv. duurdere apparatuur).

Zorgnet Vlaanderen stelt acht ijkpunten voor in de keuze tussen centralisatie of decentralisatie:

- **Manpower.** Als het over generieke functies gaat, waarvoor voldoende arbeidspotentieel aanwezig is, ligt spreiding voor de hand. Bij (super)gespecialiseerde functies dringt zich veeleer concentratie op.
- **Technologie.** Technologie kan duur zijn en bijzondere expertise vereisen. In dat geval is concentratie aangewezen. Technologie kan ook ondersteunend zijn voor basiszorgprogramma's of de patiënt ondersteunen in zijn zelfredzaamheid (assistie technologie). Deze technologie wordt verspreid aangeboden. Eenzelfde technologie kan van centralisatie evolueren naar decentralisatie op het ogenblik dat de kost daalt (bv. NMR).
- **Kritische massa.** Wanneer kwaliteit door ervaring en volume sterk wordt beïnvloed, is concentratie aangewezen.
- **Prevalentie.** Voor ziektes die veel voorkomen en waarvoor een courante behandeling volstaat, kan de zorg decentraal worden aangeboden.
- **Planbaarheid** en inschatting van het risico voor de patiënt zullen mee bepalen hoe de zorg omkaderd moet worden en of dit beter centraal dan decentraal gebeurt.
- **Mobiliteit** van de patiënt. Mobiliteit is een belangrijk element in de toegankelijkheid. Een beperkte mobiliteit, o.a. voor bepaalde sociale groepen of leeftijdscategorieën, veronderstelt een grotere spreiding van het aanbod.
- **Aanrijtijden.** Aanrijtijden van dringend vervoer en MUG/PIT zijn een belangrijk element in de toegankelijkheid en kwaliteit van dringende geneeskundige hulpverlening. Een korte aanrijtijd veronderstelt een grotere spreiding van het aanbod. De GIS-software visualiseert de ongedekte MUG-zones (bv. met een doelstelling van 15 minuten aanrijtijd).
- **Continuïteit.** Voor residentiële en spoedzorg is dag- en nachtcontinuïteit een voorwaarde. Ambulante zorg kan tijdens de kantooruren worden aangeboden. Hoe meer spreiding van continudiensten, hoe duurder de zorguitbating.

Misschien zijn nog andere parameters nuttig. Het spreekt voor zich dat deze acht ijkpunten ook onderling worden afgewogen, en een ideale situatie bestaat zelden. Zo kunnen bepaalde ijkpunten elkaar soms tegenspreken in de keuze tussen centralisatie en decentralisatie. We stellen namelijk vast dat sommige frequent voorkomende pathologieën (eerder decentraliseren) tijdens sommige fasen van het diagnoseproces of behandeling toch nood hebben aan zeer gespecialiseerde zorg of gebruik van dure technologie (eerder centraliseren).

Zorgnet Vlaanderen pleit voor een wetenschappelijke onderbouw.



>> *Bestuurlijke autonomie versus holdingstructuur*

Zorgnet Vlaanderen pleit ervoor dat het initiatiefrecht voor het bepalen van de juridische structuur bij de sector ligt. Streefdoel is een goed evenwicht tussen autonomie en samenwerking.

Ziekenhuizen realiseren klinische netwerken, waarbij zij juridisch hun autonomie behouden en tegelijkertijd een deel van hun strategische en operationele beslissingsmacht inbrengen in het netwerk. Een eenvoudig samenwerkingsverband van een klinische dienst, een medisch toestel, een zorgprogramma... kan onder de vorm van beperkt medebeheer (bv. associatie).

Het is ook denkbaar dat ziekenhuizen in een holdingstructuur stappen, waarbij één vzw meerdere ziekenhuizen (en mogelijk ook andere zorgvoorzieningen) exploiteert. In een dergelijk model behoudt elk ziekenhuis de zelfstandigheid voor gedefinieerde programma's, maar de holding evalueert en beslist de strategische positie, bedrijfseconomische toestand enzovoort. Dit model veronderstelt voldoende prikkels om diensten en (dure) toestellen en technologie te groeperen en te concentreren.

Indien bijkomende regelgeving nodig is, dan verdient het aanbeveling in een eerste fase te werken met pilootprojecten.

>> *Management van klinische netwerken*

Een klinisch netwerk tussen ziekenhuizen wordt op een directe manier aangestuurd. Wij stellen hierbij de oprichting voor van een strategisch netwerkcomité, met voldoende sturing en zelfbeschikking in *business units* om een logge besluitvorming te vermijden. De participatie van de artsen vormt een noodzakelijke voorwaarde voor een dynamisch beheer. Aangezien het klinisch netwerk handelt over taakafspraken in verband met klinische diensten, zorgprogramma's enz. is het noodzakelijk dat **erkenningen en vergunningen** en het bijhorend budget **voor de diensten waarvoor wordt samengewerkt ook het netwerk toekomen**. Binnen het netwerk worden dan afspraken gemaakt over het gezamenlijk te beheren budget en de nodige investeringen (vooral voor nieuwbouw of renovatie).

2.2.2. Lokale zorgnetwerken rond de patiënt

>> *Vele zorgactoren*

Patiënten met meerdere chronische aandoeningen hebben nood aan een geïntegreerd zorgmodel dat gericht is op het zo lang mogelijk behouden van zelfredzaamheid in hun eigen omgeving. Het doel is netwerken uit te bouwen die alle nodige zorg voor deze patiënten samenbrengen op het moment dat zij daar nood aan hebben. De patiënten bewegen zich autonoom (of begeleid) in een breed netwerk van zorgaanbieders. In deze lokale zorgnetwerken ligt de focus op het **care**-aspect van de zorg (cf. horizontale netwerken⁷). De huisarts vervult een sleutelrol. Thuiszorgdiensten, apotheken, woonzorgcentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg... bieden de patiënt diensten aan en houden patiëntengegevens bij. Dat alles vereist de nabijheid en samenwerking van de betrokken actoren, aangevuld met een performant ICT-systeem, zodat de EPD's toegankelijk zijn voor de zorgverlener(s) in kwestie.

De lokale zorgnetwerken rond de patiënt hebben vier grote taken:

- De uitbouw van een gezamenlijke multiprofessionele en multidisciplinaire werking. De expertise van medisch specialisten of andere zorgverleners wordt ter beschikking gesteld van de patiënten die zich aandienen bij de partners in het zorgnetwerk: ziekenhuizen, huisartsenkringen, wijkgezondheidscentra, de thuiszorg, de woonzorgcentra, de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnsvoorzieningen op lokaal vlak...
- Op basis van *evidence based medicine* (EBM)-praktijkrichtlijnen afspraken maken over gezamenlijke protocollen en procedures, rekening houdende met de lokale context. Voor patiënten met multimorbiditeit zal men soms praktische afspraken moeten maken zonder te beschikken over onderbouwde praktijkrichtlijnen. De vorming en de ondersteuning van de implementatie maken hiervan deel uit.
- Het bespreken van de resultaten en het bijsturen van de protocollen.
- Het gezamenlijk verzekeren van de medische permanentie en de uitbouw van niet-medische permanenties. Daarbij worden duidelijke afspraken gemaakt tussen ziekenhuizen, huisartsen en huisartsenwachtposten, psychiatrische ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg... Voor sociale urgenties zijn er afspraken met welzijnsdiensten. Netwerken die op het gehele gebied van een provincie opereren, kunnen afspraken maken met de 112-dienst.

>> *Vermijden van ziekenhuisverblijven*

Onnodige ziekenhuisverblijven worden vermeden. Dat is echter slechts mogelijk wanneer er een aangepast aanbod van alternatieve zorg en zorgvoorzieningen voorhanden is voor patiënten van wie de gezondheidstoestand geen (verder) verblijf in het ziekenhuis vereist. Voorbeelden hiervan zijn kraamzorg, thuisdialyse, parenterale voedseltoediening, pijnbehandeling enz. Voor herstellende patiënten die nog niet naar de thuissituatie kunnen terugkeren (bv. wegens het ontbreken van mantelzorg) zijn er herstelverblijven of zorghotels nodig. In 2011⁸ vergunde de Vlaamse overheid 1.500 plaatsen 'herstelverblijf'. Op vandaag ontbreekt echter een structurele basisfinanciering.⁹ Ook een gelijkstellen voor de patiënt van het remgeld voor ambulante en residentiële zorgen is belangrijk. Zo niet bestaat het gevaar dat de patiënt langer dan nodig zal verblijven daar waar het remgeld het laagste is.

7 Pauwels, J. (red). 2013. p. 104-105.

8 De totale programmatie voor Vlaanderen (incl. Brussel) bedraagt 1.500 bedden. De hersteloorde van de ziekenfondsen, woonzorgcentra en ziekenhuizen konden een voorafgaande vergunning voor herstelverblijf aanvragen (Omzendbrief van 12 januari 2012 van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid).

9 Noch op het vlak van infrastructuur noch op het vlak van de werkingskosten is er enige tussenkomst van de overheid. Dat zal leiden tot hoge persoonlijke bijdragen (> 100 euro/dag), waardoor ze ontoegankelijk worden voor brede lagen van de bevolking.

LOKALE ZORGNETWERKEN ROND DE PATIËNT



2.2.3. Netwerken van ondersteunende diensten

Er is nog een derde type netwerk, nl. dat van de ondersteunende diensten.

Zorgactoren met residentiële zorg, voornamelijk de algemene en psychiatrische ziekenhuizen en de woonzorgcentra, beschikken over facilitaire en administratieve diensten. Vanuit een macroperspectief zijn er in de residentiële sectoren twee **grote bewegingen** volop bezig:

- De algemene en psychiatrische ziekenhuizen zullen de volgende jaren evolueren naar meer ambulante zorg. Hoe zullen zij de ondersteunende diensten aanpassen aan die evolutie: afbouw of samenwerking?
- De woonzorgcentra en andere centra voor langdurige zorg worden geconfronteerd met een alsmaar complexere regelgeving voor voedselveiligheid, brandveiligheid, de wet op de overheidsopdrachten, milieuwetgeving enz. Hoe zullen zij zich aanpassen aan die situatie?

We pleiten ervoor om, ook intersectoraal, de krachten te bundelen. Een combinatie van expertise kan zowel in ziekenhuizen als in woonzorgcentra de kwaliteit borgen en verbeteren, een rationeler gebruik van middelen en personeel tot stand brengen en leiden tot algemene efficiëntiewinsten.

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de facilitair ondersteunende diensten en de klinisch ondersteunende diensten.

A. *Facilitair ondersteunende diensten*

Het betreft voornamelijk de aankoopdiensten, magazijnfuncties, keuken (incl. diëtiëk)... Door de wet op de overheidsopdrachten is het aankoopproces een complexe(re) materie geworden. Nu maken ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en woonzorgcentra vaak elk afzonderlijk lastenboeken op met afzonderlijke aanbestedingen en ze beheren elk een apart magazijn. Het kan grote voordelen opleveren om lokale/regionale *hub's* op te richten onder de vorm van facilitaire centra waar experts worden geconcentreerd en deskundigheden worden gedeeld.

Hetzelfde geldt voor maaltijdzorg. Ook hier kan een krachtenbundeling leiden tot kwaliteitsverbetering. Elk algemeen ziekenhuis heeft een (grote) dienst diëtiëk die ook diensten kan leveren aan bijvoorbeeld woonzorgcentra.

Ook voor milieubeheer, veiligheid, hygiëne... kan kennis geconcentreerd worden.

B. *Klinisch ondersteunende diensten*

Naast de facilitair ondersteunende diensten zijn er ook een pak diensten die dicht staan bij het primaire proces van zorg in de ziekenhuizen. We denken daarbij aan de centrale sterilisatieafdeling, apotheek, anatomo-pathologie... Deze diensten zijn allemaal onderworpen aan strenger wordende (Europese) wetgeving. De investeringen worden erg kapitaalsintensief. Ook voor deze diensten worden best ijkingscriteria gebruikt bij de beoordeling van centralisatie versus decentralisatie (investeringskost, toegankelijkheid, kwaliteit...).

Alleszins zijn dit opportuniteiten die aan bod dienen te komen bij de oprichting van klinische netwerken. Een visie over samenwerking in deze klinisch ondersteunende diensten is belangrijk voor de professionalisering en betaalbaarheid.

2.3. Het juridisch kader

>> *Aanknopingspunten in de ziekenhuiswet*

In de ziekenhuiswetgeving werden juridische vehikels gecreëerd om samenwerking te organiseren: netwerken¹⁰, groeperingen, fusies en associaties. Het is duidelijk dat deze kritisch moeten worden bestudeerd. Een eerste aanzet werd gegeven in een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) van 2012^{11 12}. De door ons geformuleerde voorstellen voor klinische netwerken (2.2.1), lokale zorgnetwerken rond de patiënt (2.2.2) en netwerken voor ondersteunende diensten (2.2.3) zullen een aanpassing vergen van de wetgeving.

10 Wet op de ziekenhuizen, art. 11 §1: netwerk van zorgvoorzieningen

11 NRZV Afdeling Programmatie en Erkenning. Advies inzake maatregelen om samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen, 8 november 2012.

12 NRZV Afdeling Programmatie en Erkenning. Aanvulling op het advies inzake maatregelen om samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen, 8 november 2012.

>> *Aandachtspunten bij samenwerkingsverbanden*

Al in andere publicaties wees Zorgnet Vlaanderen op andere juridische aandachtspunten bij netwerken, zoals de wetgeving inzake fiscaliteit en BTW, inzake arbeidsrecht en sociaal recht (bv. detachering) enz. De wetgever zal ook voor deze elementen de nodige ondersteuning moeten bieden om samenwerking niet te belemmeren, maar te bevorderen en te ondersteunen.

>> *Aandachtspunten bij infrastructuur en investeringen*

Om te komen tot gezamenlijke investeringen door netwerken (bv. *cleanrooms*) zal ook de regelgeving voor subsidiëring en financiering van investeringen moeten worden aangepast.

3. Een nieuw financieringsmodel

Ons zorgmodel vertrekt vanuit de geobjectiveerde noden van de patiënt. Vier elementen zijn belangrijk in het veranderingsproces: samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en met andere partners in de zorg, ICT, multidisciplinair teamwerk en nieuwe vormen van financiering. Dit hoofdstuk formuleert een visie en een voorstel voor de laatste hefboom, nl. een nieuwe ziekenhuisfinanciering, met een focus op de algemene ziekenhuizen.

Het voorstel is niet alomvattend. We proberen om de financiële prikkels in de juiste richting te krijgen, zodat de transitie zich kan voltrekken naar netwerking, samenwerking en kwaliteitsgedreven (veeleer dan volume-gedreven) zorg rond de patiënt. De nieuwe financiering focust op **een geïntegreerd model** dat **efficiëntie** en **kwaliteit** nastreeft en **sociaal ondernemerschap** stimuleert. Het uitgangspunt is een billijke ziekenhuisfinanciering **zonder tekorten en zonder afdrachten**.

3.1. Situering

>> *Nood aan juiste prikkels, vermijden perverse effecten en aandacht voor geïntegreerd beleid*
De analyses die werden gemaakt op het toekomstcongres van Zorgnet Vlaanderen¹³, wijzen uit dat we met een structuur- en prestatiegedreven financiering geen antwoord (kunnen) bieden op de nieuwe uitdagingen. Bovendien stimuleert de huidige financiering veeleer concurrentie dan samenwerking. Een ziekenhuis wordt immers afgerekend op zijn individuele kerncijfers zoals het aantal opnames, het aantal nieuwe diagnoses en het aantal 'verantwoorde' bedden.¹⁴ Dat is met andere woorden een volume-gedreven benadering. Die volumes zijn meestal de enige maatstaf bij de verdeling van personeel en middelen. De term 'verantwoord' slaat daarbij overigens niet op medisch verantwoord, maar op de gemiddelde verblijfsduur in alle ziekenhuizen.

De prestatiefinanciering van de artsen is evenmin ontworpen om samenwerking, met het daaraan verbonden noodzakelijke overleg en opvolging, correct te vergoeden. Ook de prestatiefinanciering is zo goed als louter volume-gedreven en zelfs de betaling van samenwerking doen we vandaag 'per stuk' (cf. de vergoeding voor het MOC, Medisch Oncologisch Consult).

Bovendien staan de ziekenhuisfinanciering en de vergoedingen van artsen momenteel los van elkaar en soms zelfs tegenover elkaar. Dat alles maakt dat een strategisch beleidsplan van een ziekenhuis soms beperkt blijft tot een financieel leefbaarheidsplan, na delicate onderhandelingen met de ziekenhuisartsen.

3.2. Principes van een nieuwe financiering

De ziekenhuissector zelf vraagt uitdrukkelijk naar een aangepaste financiering. Het Vlaams ziekenhuiscongres van mei 2013¹⁵ formuleerde hiervoor de volgende principes:

¹³ Congres *Together we care*, 30 en 31 mei 2013.

¹⁴ We herinneren eraan dat ziekenhuizen slechts in beperkte mate i.f.v. het aantal *erkende* bedden gefinancierd worden.

¹⁵ Pauwels, J. [red]. 2013. p. 214-215

1. **Verhoging van de kwaliteit**, waarbij de effectiviteit via EBM verhoogd wordt.
2. **Verlaging van de administratieve last en verhoging van de transparantie.**
3. **Aanzetten tot samenwerking** voor een beter gecoördineerde patiëntenzorg.
4. Zorgen voor **financiële stabiliteit voor de ziekenhuizen** door het voorzien van voldoende middelen en een voldoende voorspelbaar budget dat een meerjarenbegroting toelaat.
5. **Een goed evenwicht tussen gecompliceerde en complexe zorg**, of tussen voorspelbare, standaardiseerbare processen en niet-standaardiseerbare processen (...).
6. **Een daadwerkelijke financiering van de echte kost.** Daartoe dient het bestaande onevenwicht tussen een beperkt deel overbetaalde en een aanzienlijk deel onderbetaalde activiteiten simultaan te worden weggewerkt. Voor een correcte kostenvergoeding is het noodzakelijk om ook alle personeels- en artsenkosten via nationale richtprijzen in te calculeren.
7. **Rekening houden met de effecten op het vlak van HRM:** alle zorgverleners moeten een correcte prikkel hebben om hun werk optimaal uit te voeren en vergoed te worden op basis van hun inzet, verantwoordelijkheid en expertise. Onevenwichten in die prikkels moeten verdwijnen.
8. **Stimuleren van een efficiënte bedrijfsvoering.**
9. Systematisch **stimuleren van innovatie**, waarbij nieuwe mogelijkheden op een goede wijze gemonitord worden tijdens hun invoering en daarmee een bijdrage leveren aan de databank van het *International Network of Agencies of Health Technology Assessment* (...).¹⁶
10. **Duurzaamheid**, waarbij maatschappelijk verantwoorde en objectieve budgetkeuzes worden gemaakt om, binnen macro-economisch haalbare budgetten, de klok rond toegankelijke zorg te garanderen.

3.3. Componenten van een nieuwe financiering

Onderstaand voorstel van Zorgnet Vlaanderen poogt aan deze uitgangsprincipes tegemoet te komen. Het vertrekt vanuit enkele essentiële voorwaarden om het voorstel ook effectief te realiseren.

3.3.1. Voorwaarden

>> *Budgetbehoud*

Voor het realiseren van een nieuw financieringsmodel is het nodig om de huidige middelen¹⁷ gedurende minstens vijf jaar te behouden. We stellen tevens een groeionorm voor van 2% (bovenop inflatie) om de hervorming van de gezondheidszorg met de bijhorende transitiekosten een kans te geven.¹⁸

>> *Meerjarenplan*

Het is noodzakelijk dat de overheid in samenwerking met de betrokken actoren, i.e. ziekenhuizen en ziekenhuisartsen, een duidelijk (voortschrijdend) zorgstrategisch meerjarenplan uitwerkt voor minimum tien jaar, gekoppeld aan een regelmatige herevaluatie en bijsturing. De overheid zal consequent zorgen voor juridische en financiële waarborgen, die onder andere de netwerkrealisatie in de overgangperiode mogelijk moeten maken.

¹⁶ INAHTA: www.inahta.org

¹⁷ Zowel voor het FOD- als het RIZIV-budget, met inbegrip van de honorariummassa, geneesmiddelen...; excl. middelen die gepaard gaan met nieuwe initiatieven.

¹⁸ Ter informatie: de groeivoet van de geboekte uitgaven was 3,77% in 2011-2012 en 2,78% in 2012-2013.

>> *Technische en wetenschappelijke onderbouwing*

Zorgnet Vlaanderen vraagt dat een *evidence informed policy*¹⁹ gestalte krijgt, namelijk een beleid dat vorm krijgt op basis van stevig onderbouwde dossiers en dat rekening houdt met internationale inzichten en evoluties.

*Evidence-informed health policy-making is an approach to policy decisions that aims to ensure that decision making is well-informed by the best available research evidence. It is characterised by the systematic and transparent access to, and appraisal of, evidence as an input into the policy-making process.*²⁰

>> *Kordaat ondernemerschap*

De noodzakelijke hervormingen van de zorgmodellen en de nieuwe financiering dienen op een doordachte en tegelijk doortastende manier vorm te krijgen. Samen met de overheden streven we naar samenwerkingen op basis van wederzijds vertrouwen, overleg, verantwoordelijkheid van zorgverleners en zorgvoorzieningen, en zelfregulering met de noodzakelijke transparantie.

3.3.2. Pijlers

Het ziekenhuiscongres formuleerde drie belangrijke pijlers voor een nieuwe financiering²¹:

- Het reduceren van (onnodige, niet *evidence based*) variabiliteit in de zorg in plaats van het louter terugschroeven van de kosten.
- De noodzaak om betalers en zorgverleners beter op één lijn te krijgen, met gepaste *incentives* voor ziekenhuizen en artsen om hun kwaliteit, efficiëntie en *outcome* te verbeteren.
- De noodzaak om ook rekening te houden met de resultaten in plaats van alleen met de uitgevoerde akten.

Deze drie pijlers zijn verwerkt in onderstaand voorstel voor een nieuwe financiering:

Pijler 1

Middelen vrijmaken. We formuleren pistes voor het vrijmaken van middelen binnen het bestaand budget om een antwoord te bieden aan toekomstige uitdagingen. *Evidence based*-maatregelen en financiële prikkels moeten vermijdbare opnames en verblijfsdagen terugschroeven. Financiële prikkels zorgen voor een optimale en efficiënte organisatie van de zorg. Bepaalde zorg moet worden geconcentreerd, andere moet dicht bij de patiënt aangeboden worden. Ziekenhuizen werken complementair. De netwerken (zoals beschreven in punt 2) moeten dit mee mogelijk maken.

Pijler 2

Geïntegreerd beleid van ziekenhuis en artsen. Het voorstel formuleert *incentives* om samen de continuïteit van zorg te vrijwaren.

Pijler 3

Waarde en kwaliteit. Er wordt rekening gehouden met resultaten, niet alleen met uitgevoerde akten. Dat impliceert dat ziekenhuizen en artsen meer en expliciet in functie van kwaliteit worden gefinancierd.

19 www.who.int/evidence/about/en

20 Ibidem

21 Pauwels, J. (red). 2013. p. 181.

Schema: pijlers van een nieuwe ziekenhuisfinanciering

PIJLER 1 Middelen vrijmaken	<ul style="list-style-type: none">• Onterechte (her)opnames vermijden en onterechte verblijfsduren verkorten• Netwerking, taakverdeling en optimale zorgsetting• <i>Shared savings</i> in netwerken• ICT en EPD als hefboom voor netwerken• Aandacht voor buffercapaciteit
PIJLER 2 Geïntegreerd beleid	<ul style="list-style-type: none">• Integratie polikliniek• Investeringsfonds• Harmonisatie van afdrachten (= essentieel)• Nomenclatuurherijking en herwaardering intellectuele prestaties
PIJLER 3 Waarde en kwaliteit	<ul style="list-style-type: none">• Waarde• All-in pathologiefinanciering• P4P en <i>Value Based Purchasing</i>

3.3.2.1. Pijler 1: Middelen vrijmaken

We stellen de volgende pistes voor het vrijmaken van middelen en hun toewijzing voor:

- Onterechte (her)opnames vermijden en onterechte verblijfsduren verkorten.
- Netwerking, taakverdeling en optimale zorgsetting.
- ICT en EPD als hefboom voor netwerken.
- Aandacht voor buffercapaciteit.



A. *Onterechte (her)opnames vermijden en onterechte verblijfsduren verkorten.*

Internationaal is de verblijfsduur per pathologie in België veeleer aan de hoge kant in vergelijking met andere landen. Ook voor klassieke opnames scoren we voor bepaalde pathologieën boven het OESO-gemiddelde. Het aantal onterechte (her)opnames moet dus dalen en de te lange verblijfsduur moet verkorten.

DOEL	ONTERECHTE (HER)OPNAMES VERMIJDEN EN ONTERECHTE VERBLIJFSDUREN VERKORTEN	
HOE?	IMPACT OP (HER)OPNAMES:	
	• Niet geïndiceerde ingrepen en behandelingen vermijden*	Bv. preventief verwijderen wijsheidstanden**, bariatrische en rugchirurgie, hardnekkigheid van eindelevenszorg
	• Terugdringen van heropnames door de verbetering van intramurale zorg	Bv. wondinfecties terugdringen
	• Terugdringen van heropnames door de verbetering van transmurale zorg. Daarin spelen lokale zorgnetwerken en <i>telemedicine</i> *** een belangrijke rol.	Bv. oorzaken van hartfalen sneller opsporen, beter reguleren van astma, COPD, diabetes...
	IMPACT OP VERBLIJFSDUUR:	
	• Verkorten verblijfsduur door verbetering van de intramurale zorg	Bv. kathetergerelateerde infecties
	• Stimuleren dagziekenhuis	Bv. EBM-aanpassing van lijsten dagchirurgie
	• Verkorten verblijfsduur door optimalisatie van de transmurale zorg	Bv. buffercapaciteit voorzien tussen ziekenhuisopname en WZC of thuissituatie: <ul style="list-style-type: none"> • via herstelverblijven/zorghotels • betere coördinatie en continuïteit in de eerste lijn zodat patiënten ook in het weekend vlot terug naar huis kunnen met goede thuisomkadering
BEOOGD RESULTAAT	<p>Een daling van de (her)opnames en een verkorting van de verblijfsduur maken meer middelen vrij per opname, zodat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De hogere werklast van de kortere verblijfsduur wordt gecompenseerd; • Er kan worden geïnvesteerd in een betere communicatie via het EPD; • De toenemende kwaliteitseisen naar technische uitrusting kan worden opgevangen. <p>Op die manier worden de talrijke niet of ondergefinancierde kosten van het ziekenhuis teruggedrongen. Tegelijk laat dit toe om de kwaliteit van de zorg verder te verhogen.</p>	

* OESO. 2013. p.87 (MRI en CT), p.95 (hartingrepen), p. 97 (heup en knie)

** Stordeur, S. & Eyssen, M. 2012.

*** www.youtube.com/watch?v=NMsj3JbfUek

Deze maatregelen zullen in de ziekenhuizen slechts duidelijke en zichtbare besparingen opleveren indien de daling van de opnames en de verblijfsdagen structureel verankerd wordt in een **vermindering van het aantal hospitalisatie- en/of medisch-technische diensten**, met de daarbij horende personeelsinzet en andere lasten. Ziekenhuizen die kiezen voor een zorgmodel waarbij ze in netwerken opteren voor samenwerking en taakafspraken maken, zullen deze rationalisatie efficiënter kunnen realiseren en de dienstverlening voor de patiënten kunnen bewaken en verbeteren.

De efficiëntiewinst die geboekt wordt door rationalisatie en reorganisatie vloeit vanzelfsprekend terug naar het ziekenhuis of het netwerk die ze realiseert.²² Hiermee kan de onderfinanciering worden aangepakt.

>> *Structurele onderfinanciering en afdrachten op honoraria*

Ondanks verschillende maatregelen zijn de ziekenhuizen op vandaag nog steeds ondergefinancierd in het BFM.²³ De oorzaken zijn onder meer het gevolg van personeelskosten die voortvloeien uit personeel boven norm om kwaliteit te borgen, anciënniteit en stijgende kwalificatiegraad, IBF-statuut²⁴ en Sociale Maribel.... De onderfinanciering wordt op dit moment gedeeltelijk bijgepast met afhoudingen op de honoraria.²⁵ Dat leidt tot moeilijke onderhandelingen en soms tot gespannen relaties tussen ziekenhuisdirecties en artsen. Om dit mechanisme te doorbreken stelt Zorgnet Vlaanderen het volgende voor:

- (a) De afdrachten op de honoraria, die vandaag gaan naar de werking en personeel en dus een deel van de structurele onderfinanciering compenseren, worden op nationaal niveau toegevoegd aan het BFM. Deze middelen worden toegewezen aan de ziekenhuizen ten behoeve van kwaliteit volgens objectieve criteria. In een overgangperiode wordt het verschil tussen het huidige BFM en het doelbudget per ziekenhuis geleidelijk weggewerkt.
- (b) Ook de efficiëntiewinsten die een ziekenhuis of netwerk realiseert via een vermindering van de opnames en verblijfsduur, worden aangewend voor verdere investering in kwaliteit.

De middelen uit de aangehaalde afdrachten (a) en de efficiëntiewinsten (b) worden volledig toegevoegd aan het ziekenhuisbudget. In eerste instantie komen deze middelen terecht in een budget voor een **beter omkadering en een correcte/afdoende financiering van het personeel** (cf. RN4cast²⁶). Ze worden meer bepaald toegevoegd aan het voorhanden ziekenhuisbudget voor de pathologiefinanciering (cf. huidige onderdeel B2²⁷). De overige middelen komen terecht in een nieuw luik in het BFM: **het kwaliteitsfonds**. Dat kwaliteitsfonds wordt gebruikt voor investeringen in patiëntveiligheid en kwaliteit zoals het EPD, accreditatie, menselijke expertise of uitrusting.

De impact van de rationalisatie van het ziekenhuisaanbod op de honoraria wordt verder behandeld in pijler 3.

22 Bovendien moet ook de (nieuwe) kost voor het substitueren van de klassieke ziekenhuiszorg naar ambulante zorg en opvang buiten het ziekenhuis expliciet in rekening gebracht worden. Buiten de omschakelingskosten blijven ook enkele vaste kosten bestaan (bv. infrastructuur, OK, spoed...).

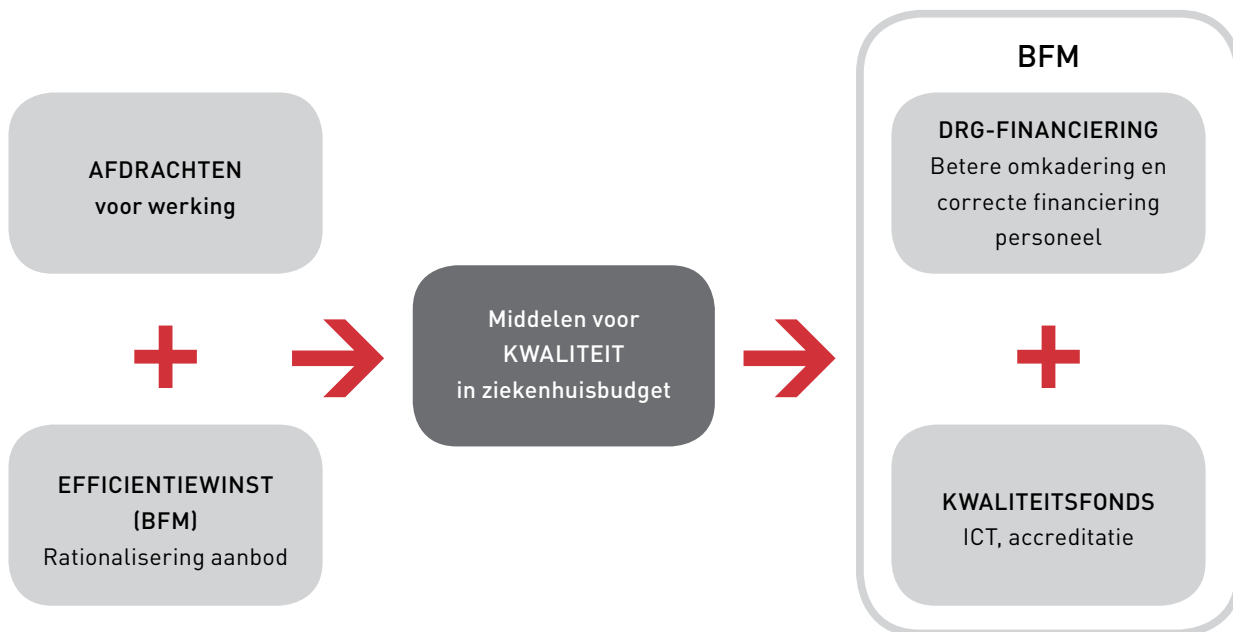
23 Zie Senaat, schriftelijke vraag nr. 5-10511 d.d. 3 december 2013 en eerdere KCE rapporten.

24 Bij Koninklijk Besluit nr. 25 van 24-3-1982 tot opzetting van een programma ter bevordering van de werkgelegenheid in de niet-commerciële sector werd voor onbepaalde tijd een Interdepartementaal Begrotingsfonds (IBF) opgericht ter bevordering van de werkgelegenheid in de niet-commerciële sector.

25 Cf. art. 155 van de wet op de ziekenhuizen, 10 juli 2008.

26 Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L. et al. 2014.

27 B2 is het onderdeel in het BFM dat grotendeels bepaald wordt op basis van activiteiten (APR-DRG) en bedraagt ongeveer 42% van het totale BFM.



De saneringsinspanningen dienen een duurzaam effect te sorteren. Aangezien de bestaande onderfinanciering grotendeels een gevolg is van het niet vergoeden van de stijgende personeelskosten, vragen we dat de overheid zich in de toekomst engageert om:

- slechts sociale akkoorden met de vakorganisaties te sluiten die de werkgevers eveneens onderschrijven en ze correct te financieren;
- enkel projecten in te voeren waarbij de lasten voor de ziekenhuizen gefinancierd worden;
- sommige bestaande sociale akkoorden te evalueren (o.m. CAO 45/50+, diverse bijzondere beroepstitels en -bekwaamheden...) en zo nodig aan te passen;
- voldoende middelen te voorzien voor de stijgende pensioenlasten;
- geen bijkomende verplichtingen, bijvoorbeeld strengere (erkenning)normen of exploitatievoorwaarden, op te leggen zonder een sluitende financiering.

We vragen eveneens dat de overheid in de toekomst geen maatregelen meer neemt die een indirecte weerslag hebben op de financiering van de ziekenhuizen.²⁸

B. Netwerking, taakverdeling en optimale zorgsetting

Binnen een klinisch netwerk spreken ziekenhuizen af hoe zij de opdrachten en taken onderling verdelen. Hierdoor rationaliseren zij investeringen en werkingskosten.

²⁸ Naast de afdrachten van de artsen worden bv. ook marges op geneesmiddelen gebruikt voor het opvangen van de onderfinanciering. Ons voorstel van budgetbehoud gaat uit van het behoud van die marges.

DOEL	HET VRIJMAKEN VAN MIDDELEN DOOR EEN CORRECTE WERKING BINNEN KLINISCHE NETWERKEN	
HOE?	NETWERKING MET HET OOG OP:	
	• beperkt aanbod arbeidsintensieve zorg	Bv. NIC-diensten (neonatale intensieve zorgen)
	• concentratie dure apparatuur	Bv. hadrontherapie
	• concentratie dure infrastructuur	Bv. <i>cleanrooms</i>
BEOOGD RESULTAAT	Het beter benutten van de verschillende expertiseniveaus moet de kosten doen dalen en zal ook de kwaliteit van de zorg verder verhogen.	

>> *Shared savings in netwerken*

Het principe van **shared savings** veronderstelt dat gemaakte winsten op termijn verdeeld worden over alle deelnemers: netwerken of ziekenhuizen, en (eventueel) de betaler. Dat principe dient uitgewerkt te worden op de verschillende niveaus: het klinische netwerk zelf, de zorgvoorzieningen en de zorgverleners.

In dit kader kan bekeken worden hoe we voor bepaalde doelgroepen (bv. patiënten met hartfalen) modellen zoals **Prometheus**²⁹ kunnen gebruiken in de Belgische context. Met dit model kan er financiële ruimte vrijgemaakt worden om de noodzakelijke transitiekosten naar het nieuwe organisatiemodel te dragen, om te investeren in modern materiaal en voldoende personeel, en om de stijgende zorgnood ten gevolge van de vergrijzing op te vangen.

Dit model lijkt evenwel slechts toepasbaar op (een tiental) grote pathologiegroepen. De operationalisering ervan is immers technisch niet eenvoudig. Voor pathologieën zoals hartfalen, acuut myocardiinfarct en cerebrovasculair accident (CVA, beroerte) zou dit een baanbrekende benadering kunnen zijn. Deze financieringstechniek kan mogelijk ook onze minder gunstige resultaten in de OESO-benchmarks³⁰ verbeteren.

Shared savings laten toe dat men blijvend investeert in kwaliteitsvolle zorg. Ze moeten er ook voor zorgen dat ziekenhuizen gericht en duurzaam investeren binnen het netwerk. Als niet iedereen hetzelfde aanbiedt, zullen ziekenhuisdiensten optimaler georganiseerd kunnen worden en kan ook expertise geconcentreerd worden. Tegelijkertijd kan de zorg voor basiszorgbehoeften breed toegankelijk gehouden worden.

Dat alles zal leiden tot een goed doordachte rationalisatie van het ziekenhuisaanbod.

²⁹ Voor meer uitleg en een voorbeeld zie Pauwels, J. (red). 2013. p. 187-190.

³⁰ OESO. 2013.

>> *Substitutie naar transmurale zorg*

De rationalisatie van het ziekenhuisaanbod in het klinisch netwerk impliceert ook een substitutie naar andere zorgvormen. Door de herorganisatie in de ziekenhuizen (onder meer door de vergrijzing en multipathologie) moeten er middelen voorzien worden om alternatieve opvangvormen op te zetten.

Concreet is ook in de netwerken een verankering van het principe van *shared savings* nodig is. Zo kan het netwerk besparingen realiseren (bv. artikel 107 van de ziekenhuiswet) door te investeren in preklinische paden (cf. preklinisch pad dialyse); nazorgpoliklinieken in samenwerking met de huisartsen; expertverpleegkundigen die tweedelijnszorg aan huis brengen (naar analogie met de pediatrie equipes voor kinderoncologie); *nurse practitioners* die patiënten met hartfalen, diabetes enz. actief opvolgen; *telemedicine* tussen huisarts en specialist en specialisten onderling; groepsconsulten voor patiënten die een electieve ingreep ondergaan; overleg tussen de verschillende leden van het zorgteam; educatie van patiënten; secundaire preventieve maatregelen (cf. WGO-initiatief voor secundaire preventie in ziekenhuizen)...

C. *ICT en EPD als hefboom voor netwerken*

Er ontstaan nieuwe behoeften in het kader van een **kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg in de netwerken**. Een van de belangrijkste is de uitbouw van de ICT-infrastructuur in en buiten de ziekenhuizen, met als centrale hoeksteen het elektronisch patiëntendossier.

We stellen vast dat ICT een steeds groter deel van de kosten van een gezondheidsvoorziening vertegenwoordigt.³¹ De financiering door de overheid van ICT in de ziekenhuizen is op vandaag volstrekt ontoereikend. Dat leidt ertoe dat voorzieningen niet allemaal in dezelfde mate investeren in ICT. Ook de financieringsmechanismen in de ziekenhuizen verschillen (bv. de afdrachten op de artsenhonoraria). Dat alles leidt tot een zeer heterogeen ICT-landschap, dat allerminst voldoet aan de sterke nood aan informatie-uitwisseling.

Het ziekenhuiscongres van mei 2013 schoof ICT naar voren als een noodzakelijke hefboom om de transitie naar een nieuw zorgmodel te realiseren. Daarvoor is een afdoende, evenwichtige en toekomstgerichte financiering van ICT hoogstnoodzakelijk. Bovendien kunnen de resultaten van ICT-investeringen pas na een bepaalde periode zichtbaar worden. De noden zijn nu al zeer hoog. Een dringende oplossing is nodig.

Er is echter onvoldoende zicht op de **precieze functionele en organisatorische vereisten van ICT** in de verschillende voorzieningen. Dat geldt ook voor de financiële noden. De overheid moet in samenwerking met de sector de inspanning leveren om tot adequate vereisten en bijhorende financieringsmechanismen te komen. Voor de ziekenhuizen moeten deze mechanismen, op basis van functionele parameters (*meaningful use*), deel uitmaken van de nieuwe ziekenhuisfinanciering. Met de overdracht van het onderdeel A1-A3(-C1) van het BFM in het kader van de VI^e staatshervorming zal ook de Vlaamse Gemeenschap hiervoor de nodige middelen moeten voorzien.

Wij stellen voor dat de overheid:

- initieel een forfaitaire financiering voor ICT van afdoende omvang voorziet;
- in samenwerking met de sector de doelstellingen, vereisten en functionaliteiten voor ICT analyseert;

31 Op basis van individuele contacten tussen Zorgnet Vlaanderen en zeven ziekenhuizen (voorjaar 2014).

- een financieringsmechanisme uitwerkt dat zorgt voor een *level playing field* en optimale mogelijkheden voor uitwisseling;
- dit voor de ziekenhuizen inschrijft in het nieuwe financieringssysteem;
- De overheidsinstrumenten, zoals het eHealth-platform en Vitalink, beter laat renderen door een betere informatisering van de voorzieningen.

Voor de financiering van ICT verwijzen we naar het kwaliteitsfonds (zie pijler 1). Bovendien kan een beroep worden gedaan op de middelen in het plan 'Zorg voor chronisch zieken'.³² Voor een patiëntgerichte en geïntegreerde aanpak van chronische aandoeningen is immers een naadloze communicatie tussen de klinische en lokale zorgnetwerken nodig. Het lijkt daarom zinvol om een deel van de middelen te voorzien in dit plan voor de ICT-infrastructuur en het EPD te reserveren. Eventueel kunnen ook middelen die voorzien worden voor extramurale praktijken, in aanmerking komen.

D. Aandacht voor noodzakelijke buffercapaciteit

Gelijktijdig met de rationalisering van bedden en diensten vragen we bijzondere aandacht om de continuïteit van sommige dienstverlening in de ziekenhuizen te vrijwaren. Daarbij denken we aan intensieve zorgen, spoed, OK, medische beeldvorming... Net zoals een brandweerkazerne gefinancierd wordt om continu *in de mogelijkheid te zijn* om een brand te bestrijden, maar niet om continu te blussen. Er moet dus aandacht zijn voor voldoende 'buffercapaciteit' waarvan de vaste werkingskosten gefinancierd worden, onafhankelijk van de activiteiten.

3.3.2.2. Pijler 2: Geïntegreerd beleid

We stellen de volgende *incentives* voor om artsen en ziekenhuizen beter op één lijn te brengen, met als doel het vrijwaren van de continuïteit:

- A. De afdrachten uit de honoraria voor de polikliniek incorporeren in het ziekenhuisbudget. Het ziekenhuis biedt in de plaats daarvan de nodige infrastructuur en personeel aan.
- B. Het geheel aan afdrachten ten behoeve van investeringen komt terecht in een investeringsfonds.
- C. De afdrachten onderling wegen. Dat is essentieel om de transfers van budgetten mogelijk te maken.
- D. De nomenclatuur herijken en de intellectuele prestaties herwaarderen.



A. Integratie polikliniek

Vandaag vallen de kosten van de poliklinische activiteit, met name infrastructuur- en werkingskosten, volledig buiten het BFM. Die kosten worden bijgevolg gedekt door de artsen. Zowel in stelsels van directe als indirecte kostenverrekening kan dat het uitwerken van een geïntegreerde ziekenhuisstrategie, gericht op kwaliteit met de daarvoor benodigde

³² Oriëntatienota *Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België*, 28 november 2013.

investeringen, in de weg staan. Dat is des te meer het geval omdat momenteel, in tegenstelling tot de verpleegafdelingen, geen normen bestaan voor de infrastructuur en de personeelsomkadering voor poliklinische activiteiten. Die situatie is, naast de hogervermelde correctie van de onderfinanciering, eveneens een bron van spanning tussen artsen en directie. Bovendien draagt ze ertoe bij dat sommige specialismen er in toenemende mate voor opteren om hun activiteit uit te oefenen in praktijken buiten het ziekenhuis.

In het kader van de huidige besparingen suggereren sommige actoren dat patiënten goedkoper behandeld zouden kunnen worden buiten het ziekenhuis, in de zogenaamde commerciële kliniekjes. Uit onderzoek blijkt nochtans dat dit geenszins het geval is en dat de kostenefficiëntie er in sommige gevallen zelfs op achteruitgaat.³³

Deze extramurale praktijken participeren bovendien (meestal) niet aan een georganiseerde wachtdienst. Deze evolutie houdt een gevaar in voor de continuïteit van de dienstverlening *in* het ziekenhuis, zoals toezicht op gehospitaliseerde patiënten en wachtpermanentie. Opdat patiënten ook ná kantooruren een beroep kunnen doen op kwaliteitsvolle zorg, is Zorgnet Vlaanderen ook vragende partij voor een solidair gezondheids- en verzekeringssysteem dat aan *alle* arts-specialisten, ook zij die privé werken, vraagt om een bijdrage te leveren in de continuïteit van de tweede- of derdelijngeneeskunde. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) pleit bijvoorbeeld ook voor een verplichte uitbatingsvergunning met regelmatige kwaliteitscontroles om de kwaliteit in extramuros praktijken te waarborgen.³⁴

Aanpassingen aan de financiering van de polikliniek kunnen bijdragen tot de continuïteit en kwaliteit van zorg enerzijds en de integratie van de artsen in het ziekenhuis anderzijds. Met het oog op het stimuleren van een geïntegreerde geneeskunde, stellen we bijgevolg voor om de **financiering van de polikliniek te incorporeren in het ziekenhuisbudget**. De overdracht van de middelen voor de polikliniek gaat samen met een macrodaling van de honoraria ter compensatie.

De verdeling van deze middelen tussen de ziekenhuizen kan gebeuren volgens bestaande technieken van het BFM. Dat veronderstelt dan wel, naar analogie met de verpleegafdelingen, **minimumnormen** voor een **polikliniek**, zowel voor infrastructuur (o.a. grootte, uitrusting en onderhoud van consultatieruimtes) als voor personeelsomkadering (o.a. kwalificatiegraad en aantallen in relatie tot de aard en de zwaarte van de in het ziekenhuis behandelde pathologie).

Een op normen gebaseerde berekeningswijze verhoogt tegelijkertijd de transparantie van de financiering van de polikliniek. Zo wordt duidelijk welk aandeel via het ziekenhuisbudget gefinancierd wordt en welk aandeel (in ruimte en middelen) eventueel supplementair is en bijgevolg in onderlinge afspraak met eigen middelen gefinancierd moet worden. De normering moet toelaten **de kost van de polikliniek** te objectiveren en dus te bepalen met welk reëel bedrag het ziekenhuisbudget moet worden aangevuld.

We stellen voor om deze kosten in het BFM te financieren met een **transfer** vanuit het budget voor de honoraria en zo de poliklinische activiteiten te integreren in functie van de minimumnormen. Dat houdt in dat voor de inrichting en de werking van de poliklinieken op individueel ziekenhuisniveau nog slechts een beroep gedaan zal worden op honorariumafdrachten voor uitrusting of omkadering boven de normen. Dat zal de relatie tussen artsen en directie ten goede komen.

33 Carey, K., Burgess, J. & Young, G. 2008. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654166/pdf/hesr0043-1869.pdf

34 Vinck, I. & Paulus, D. 2014.

De praktische uitwerking van deze piste impliceert uiteraard heel wat voorbereidende stappen. Naast het normeren van de polikliniek en het objectiveren van zijn financiering moet aandacht besteed worden aan de techniciteit van de overheveling van een deel van het budget van de honoraria naar het BFM. De globale honoraria-afdracht, zoals die uit de MAHA-analyse³⁵ blijkt, geeft ons geen inzicht in de grote variatie van afdrachten naargelang het specialisme en het ziekenhuis. Evenmin is duidelijk welk aandeel van de afdrachten vandaag aangewend wordt voor de financiering van de polikliniek en welk aandeel voor de bredere instandhouding van de medische activiteiten in het ziekenhuis (zie ook verder).

B. Investeringsfonds

We stellen voor om het deel van de huidige afdrachten dat overblijft – na integratie in het ziekenhuisbudget van de afdrachten voor de werking (cf. pijler 1) en voor de polikliniek (zie pijler 2A) – onder te brengen in een **investeringsfonds op ziekenhuis-/netwerkniveau**. De overdracht van deze afdrachten voor investeringen impliceert een afbakening van de investeringscomponent in het ziekenhuisbudget.

Het (hoofdzakelijk medisch) investeringsfonds wordt **paritair beheerd door de artsen en het ziekenhuis**. Dat laat toe om samen te beslissen over de strategie van het ziekenhuis en van de netwerken op het vlak van infrastructuur, materiaal, technologie...

Een dergelijk paritair beheerd investeringsfonds zal de integratie van de artsen bevorderen en de dynamiek van ziekenhuizen en netwerken ten goede komen.

C. Weging afdrachten is essentieel

De voorstellen om de afdrachten te integreren in het BFM impliceren een nationale weging van de afdrachten per specialisme. Vandaag verschillen de honorariumafdrachten tussen de ziekenhuizen en tussen de verschillende disciplines. Een weging is nodig om op een faire manier de macrotransfer vanuit de honoraria naar het BFM tot stand te brengen.

Het zal dus nodig zijn de middelen in kaart te brengen die artsen afdragen voor respectievelijk verblijfsafdelingen, medisch-technische diensten en polikliniek enerzijds, en de dienstverlening en kosten die daar tegenover staan anderzijds. De resultaten van deze studie kunnen onder andere de basis vormen voor de reglementering en normering van de poliklinieken en hun omkadering.

D. Nomenclatuurherijking en herwaardering intellectuele prestaties

Een herhaalde opmerking op het huidige *fee-for-service* honorariumsysteem is zijn verre-gaande **complexiteit** én de historisch gegroeide **zeer ongelijke verloning** van de verschillende disciplines. De relatie tussen de verloning enerzijds en de werklast en expertise anderzijds wordt onvoldoende duidelijk gemaakt. Er is tevens een **onderfinanciering van de intellectuele prestaties** in vergelijking met de technische prestaties. Dat leidt tot een overconsumptie van technische prestaties. De ongelijkheid resulteert in een significant inkomensverschil tussen de verschillende specialismen. De beleidsmakers stelden herhaaldelijk een grondige herziening van de nomenclatuur in het vooruitzicht, maar die werd tot op heden niet doorgevoerd.

³⁵ De MAHA-studie van Belfius onderzoekt jaarlijks de financiële situatie – in ruime zin – van de algemene ziekenhuizen. Aan deze analyse nemen de laatste jaren 100% van de algemene ziekenhuizen vrijwillig deel.

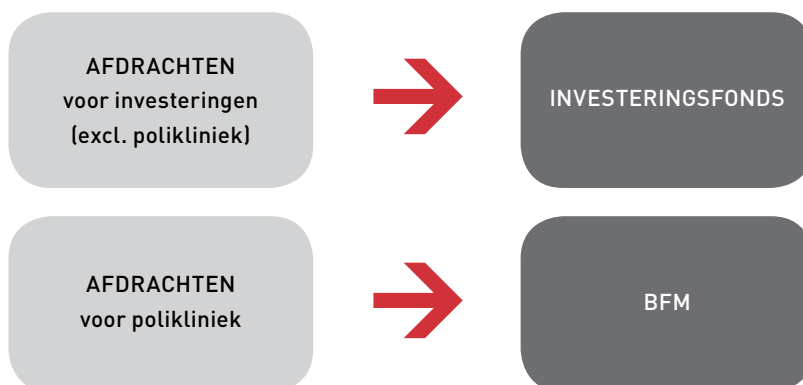
Ondertussen werden de voorbije jaren, in overleg tussen artsen en verzekeringsinstellingen, nomenclatuuraanpassingen doorgevoerd die een geleidelijke bijsturing inhouden, zowel voor het honoreren van niet-patiëntcontactgebonden coördinerende activiteiten als voor een betere honorering van de intellectuele prestaties. Voorbeelden daarvan zijn de invoering van het medisch-oncologisch consult (MOC) en het optrekken van de toezichtshonoraria voor pediaters en psychiaters. Dat resulteerde in een progressieve afname van de spanning tussen de best en de minst gehonoreerde specialismen. Ondanks deze inspanningen blijven de inkomensverschillen heel groot, zoals onder meer blijkt uit een recente studie van het KCE.³⁶ Net de disciplines die belangrijk zijn met het oog op de vergrijzing en een holistische aanpak van de patiënt, dreigen op die manier gemarginaliseerd te worden. Het gaat onder meer om geriateren, psychiaters, spoedartsen, intensivisten, algemeen internisten, endocrinologen.

Bovendien is de **24 uur op 24-continuïteit** die ziekenhuisartsen in het ziekenhuis realiseren enorm belangrijk. Deze extra inspanningen en verantwoordelijkheden moeten dan ook passend gefinancierd worden. In die zin zijn verschillen tussen artsen na een herijking ook te verantwoorden. Het waarborgen van de aanwezigheid van cruciale disciplines in het ziekenhuis is echter essentieel. Ook daarom is er aandacht nodig voor het snel wegwerken van de onterechte verschillen in vergoedingen tussen disciplines en in functie van hun bijdrage tot de continuïteit van zorg. De bewust vertraagde aanpak van de nomenclatuurherijking in de laatste jaren heeft nu zijn absolute tijdslimiet bereikt. Een hervorming is dringend nodig.

We pleiten voor een **snelle herziening** die de verschillende componenten, die voor een goede functie-invulling van artsen van belang zijn, incorporeert: opleidingsduur, graad van verantwoordelijkheid, werklast, bijscholing, bijkomende taken in de netwerkorganisatie van het ziekenhuis, aantal wachtdiensten, aanwezigheid in het ziekenhuis, patiëntcontacten enzovoort. Dit **functietapijt** vormt vervolgens het ijkpunt voor de verloning van de verschillende disciplines. Ook hierbij mag de mogelijkheid voor een forfaitaire vergoeding, onafhankelijk van het aantal prestaties, niet uit de weg worden gegaan.

Gezien de impact van de specialistische honoraria op het ziekenhuis is het aangewezen om de ziekenhuizen te betrekken bij de herijking.

In afwachting van de uitwerking van een herijkt model kan ervoor geopteerd worden om een algemene beperking op alle inkomens in de gezondheidszorg in te voeren, met dien verstande dat de overschotten het netwerk ten goede komen (cf. budgetbehoud).



³⁶ Swartenbroeckx, N., Obyn, C., Guillaume, P. et al. 2012.

3.3.2.3. Pijler 3: Waarde en kwaliteit



Het is belangrijk rekening te houden met resultaten, niet alleen met uitgevoerde akten. Voorstel is om in een eerste fase een model van *Pay for Performance* (P4P) in te voeren, gebaseerd op het *Value Based Purchasing*-model (VBP) van Medicare in de Verenigde Staten, aangepast aan de eigenheid van het Belgische financieringsmodel.

Achtereenvolgens bespreken we de volgende concepten en modellen:

- Waarde
- All-inpathologiefinanciering
- *Pay for Performance* en *Value Based Purchasing*

A. Waarde

Een evidente maar cruciale vraag die aan de basis moet liggen van elke reflectie over een gepast financieringsmodel voor de gezondheidszorg, is hoe dit model mee kan aanzetten tot een zo kwaliteitsvol mogelijke zorg. Eigen aan het huidige financieringsmodel is zijn quasi louter activiteitengedreven karakter, dat weinig of geen rekening houdt met de geleverde kwaliteit. Aandacht voor kwaliteit moet een prioritair aandachtspunt zijn bij het uittekenen van een nieuw financieringsmodel. De overheid zou, naast financiële *incentives*, de ziekenhuizen ook expliciet moeten steunen in hun streven naar kwaliteit van zorg en helpen om die ook te kunnen aantonen.

Belangrijk is te vertrekken van een correcte definitie van het begrip '**kwaliteit**'. Zoals aangegeven in de standaarddefinitie van *The Institute of Medicine* omvat dit begrip meerdere dimensies: patiëntveiligheid, patiëntgeoriënteerdheid, billijkheid, tijdigheid, effectiviteit (het begrip kwaliteit *stricto sensu*), maar ook effectiviteit of doelmatigheid van de zorg (een zo effectief mogelijk resultaat aan een voor de maatschappij en voor de patiënt zo laag mogelijke kost). De relatie tussen resultaat en kost wordt goed gevat in het concept 'waarde'.

Waarde staat voor de verhouding tussen resultaat en kost, waarbij we vertrekken vanuit de resultaten van zorg en daar de kostencomponent aan toevoegen.

$$\text{Waarde van zorg} = \frac{\text{Resultaat (kwaliteitsverbetering)}}{\text{Kost}}$$

Al te vaak wordt gesproken over *bending the cost curve* zonder aandacht te besteden aan het effect van de kostenreductie op de resultaten van zorg. Dat moeten we vermijden. Wij streven eerder naar *augmenting the value curve*. Een betere resultaat-versus-kost-verhouding kan worden verkregen door een **pathologiespecifieke optimalisatie** van het zorgproces. Waardegedreven financiering beloont procesoptimalisatie en stimuleert zo kwaliteitsgerichte praktijkvoering gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde medische richtlijnen. Daarbij moet er ruimte blijven voor een *normale* variabiliteit van de zorg; een ziektebeeld manifesteert zich in elke individuele patiënt net weer iets anders. Tegelijk moeten we *onverantwoorde* variabiliteit door een verkeerde of een onder- of overconsumptie van middelen ontraden.

In de internationale financieringsmodellen die een dergelijke procesoptimalisatie beogen kunnen we twee grote groepen onderscheiden: *all-inpathologiefinanciering* en *value based purchasing*.

B. *All-inpathologiefinanciering*

De principes van de all-infinancieringsmodellen zijn gekend: door pathologiegebonden financiële enveloppes vast te leggen, willen ze een decentrale efficiëntieverhoging in de ziekenhuizen bewerkstelligen, gekoppeld aan een centrale budgetbeheersing door de overheid. Een recente studie van het KCE³⁷ over pathologiefinanciering, de zogenaamde *diagnosis-related group* (DRG)-financiering in het buitenland, toonde aan dat in de eerste plaats de transparantie verhoogt. Andere doelstellingen zoals de kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing konden niet worden hardgemaakt.

De voornaamste uitdaging waarvoor deze modellen staan, is het bepalen van de criteria waarop de berekening van een all-inenveloppe wordt gebaseerd. De logica dicteert dat EBM-richtlijnen hiervan de basis moeten vormen. De essentie van EBM is evenwel dat richtlijnen geïnterpreteerd moeten worden in functie van de individuele eigenheid van elke patiënt. Dat betekent dat het quasi onmogelijk is om op basis van theoretische EBM-richtlijnen per pathologie een vaste, welomschreven enveloppe vast te leggen. Om de benodigde variabiliteit in praktijkvoering toe te laten, kiezen de meeste landen dan ook voor enveloppes op basis van een landelijk gemiddeld activiteitenpatroon per pathologie. Daaraan wordt dan een financiering gekoppeld op basis van ofwel de kosten (onderhandeld of reëel) ofwel de tarieven (zoals honoraria).

>> *Onderhandelde kosten*

Het Nederlandse model DBC Op weg naar Transparantie (DOT) is gebaseerd op onderhandelde kosten. DBC staat voor diagnosebehandelcombinatie en omvat het traject dat de patiënt aflegt in het ziekenhuis: vanaf het eerste contact in de polikliniek of op de spoed-gevallendienst tot en met de eventuele follow-up na ontslag uit het ziekenhuis. Elke DBC bevat dus een samenhangend geheel van medische en ondersteunende activiteiten die verband houden met een specifieke aandoening. Een analyse van het DOT-model toont dat het all-intarief per pathologie grote verschillen kent tussen de ziekenhuizen. Zowel de prijs als de te verrichten volumes worden immers onderhandeld tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Ook de inkomensspanning tussen specialismen blijkt in de realiteit niet af te nemen, niettegenstaande de aankondiging van een zogenaamd norm-uurtarief voor de artsen. Bovendien hebben de DBC's in Nederland bij hun invoering geleid tot een overschrijding van het macrobudget (door meer volumes van goed geprijsde pakketten), waarna er corrigerende maatregelen zijn genomen die nu opnieuw een toename van de wachtlijsten dreigen te veroorzaken (door het vastleggen van te krappe volumes aan ingrepen/behandelingen). Kortom, het systeem lijkt onvoldoende voordelen te bieden om het over te nemen als oplossing voor de aanpak van pathologiespecifieke *onverantwoorde* variabiliteit in de zorg.

>> *Reële kosten*

Een alternatief bestaat erin enveloppes vast te leggen op basis van reële kosten. Een studie van het KCE³⁸ geeft aan dat dit mogelijk is. Op basis van kostengegevens toegeleverd door negen ziekenhuizen toonde de studie aan dat kostenenveloppes konden worden berekend per APR-DRG (= een classificatie van ziekenhuisdiagnoses in een 500-tal homogene patho-

37 Vande Voorde, C., Gerkens, S., Van den Heede, K. et al. 2013.

38 Van De Sande, S., De Ryck, D., De Gauquier, K. et al. 2010.

logiegroepen, bv. vaginale bevalling; chemotherapie; ernstige ingrepen op schouder, elleboog en voorarm) en per SOI (*severity of illness*, de ernst van de aandoening). Kenmerkend was de variabiliteit binnen een homogene DRG-groep, zeker met toenemende SOI.

Daarmee rijst de vraag of een eventuele enveloppe op de gemiddelde kost dient vastgelegd te worden, dan wel of enige marge voorzien moet worden. In het eerst geval dreigt het risico op *cherry picking* en/of het ondergebruik van middelen, met mogelijk minder kwaliteit van zorg als resultaat. In het tweede geval dreigt een budgetoverschrijding omdat een extra marge wordt voorzien die niet altijd nodig is. Het huidige systeem van de referentiebedragen hanteert de tweede methode, zij het gebaseerd op honorariumtarieven en niet op reële kosten. Om een 'verantwoorde' variabiliteit in de praktijkvoering te kunnen opnemen, werd het referentiebedrag op het gemiddelde + 10% gelegd. Als alle ziekenhuizen deze extra marge echter zouden benutten, dan zou het huidige systeem van de referentiebedragen een significante meerkost betekenen voor het RIZIV.

>> *Conclusie*

De huidige modellen van all-infinanciering lijken niet het ideale instrument om medische procesoptimalisatie te stimuleren en onverantwoorde variabiliteit in de zorg te verminderen. Bovendien dringt zich de fundamentele vraag op, los van het budgettaire verhaal, of het all-inconcept niet haaks staat op de werking van een ziekenhuis als *solution shop*, waar telkens opnieuw de vraag centraal staat: *I need to know what the problem is, what is causing it, and what I can do to correct it.*³⁹ De klemtoon bij deze individuele diagnostische inspanning ligt op de inzet van middelen en expertise, veeleer dan op het volgen van vastgelegde processen.

C. *Pay for Performance (P4P) en Value Based Purchasing (VBP)*

Voor de financiering van kwaliteit gaat onze voorkeur uit naar een alternatief dat geen globaal budget per pathologie vastlegt, maar wel naar *Pay for Performance* en *Value Based Purchasing* (zie Pijler 3D). Het principe dat aan de basis ligt, is het **koppelen van een financiële bonus aan aspecten van kwaliteitsvolle zorg**. In een eerste stap richten we ons op de intramurale ziekenhuiszorg. Door de bonus te puren uit een voorafgaande besparing op het ziekenhuisbudget en op de honoraria, worden zowel de ziekenhuizen als de ziekenhuisartsen extra gestimuleerd om aan de hand van het leveren van kwaliteitsvolle zorg, de besparingen in kwestie minstens terug te verdienen. In tegenstelling tot de all-infinanciering ligt de klemtoon hier dus veeleer op het bereikte resultaat en/of het gevolgde medisch proces, zonder dat het diagnostisch en therapeutisch traject binnen een financiële enveloppe vastgelegd wordt.

Ziekenhuizen en ziekenhuisartsen worden gestimuleerd om samen te werken aan kwaliteitsverbetering waar het mogelijk en realistisch is. De gerealiseerde bonus komt daarbij zowel het netwerk als de ziekenhuizen en de artsen ten goede.

>> *Bonus op basis van indicatoren*

Het spreekt voor zich dat het al dan niet toekennen van de bonus voor ziekenhuizen of voor artsen volgens een transparante en trefzekere procedure verloopt op basis van duidelijke en gevalideerde benchmarks. Een cruciaal element is de keuze van de indicatoren waar verbetering inderdaad mogelijk is. Bij de introductie van VBP in de Verenigde Staten heeft men geopteerd om de bonus te koppelen aan **procesindicatoren** (70% van de bonus) en **patiënttevredenheid** (30% van de bonus).

39 Christensen, C., Grossman, J. & Hwang, M. 2009.

VBP: ZORGPROCES INDICATOREN		
INDICATOR	DREMPELWAARDE	BENCHMARK
AMI: fibrinolyse <30 min na aankomst in ziekenhuis	0.65	0.92
AMI: PCI < 90 min na aankomst in ziekenhuis	0.92	1.0
LIHF: instructies bij ontslag	0.91	1.0
PN: hemoculturen op SO voor AB	0.96	1.0
PN: eerste keuze AB selectie voor CAP	0.93	0.99
SCIP: AB profylaxie < 1 uur voor insnede	0.97	0.999
SCIP: eerste keuze AB voor profylaxie	0.97	1.0
SCIP: AB profylaxie gestopt < 24 na HK	0.95	0.99
SCIP: normoglycemie 6.00am postop cardiochirurgie	0.94	0.99
SCIP: DVT profylaxie voorgeschreven indien aangewezen	0.95	1.0
SCIP: DVT profylaxie toegediend < 24 voor tot < 24 na HK	0.93	0.998
SCIP: betalyca periop verder gegeven indien ook preop genomen	0.94	1.0

Het is de bedoeling om hier in tweede instantie ook **resultaatsindicatoren** aan toe te voegen. Klassiek wordt daarbij aan mortaliteit gedacht. Pilotprojecten tonen evenwel aan dat het effect van P4P op de mortaliteit niet eenduidig is. Dat kan onder meer verklaard worden door het feit dat de mortaliteit van bepaalde aandoeningen niet louter bepaald wordt door de correctheid van het doorlopen medisch proces. Zo heeft een acuut myocardinfarct of een *community acquired pneumonia* hoe dan ook een mortaliteitsrisico, hoe goed de zorg – waarvan de intramurale overigens maar een onderdeel is – ook moge zijn. Een bijkomende financiële bonus zal dat mortaliteitsrisico niet verder verminderen.

Een alternatief dat de voorkeur verdient en zijn effect bewezen heeft, is het koppelen van de bonus aan **intermediaire resultaatsindicatoren** voor patiëntveiligheid. Het gaat dan over potentieel vermijdbare complicaties (*potentially preventable complications* of PPC), waaronder ziekenhuisinfecties (bv. kathetergerelateerde infecties, postoperatieve wondinfecties, urinair infecties en ventilator-geassocieerde pneumonie), diep-veneuze trombose en longembolie. Bovenop de PPC kan ook worden overgegaan tot het niet betalen van *never events*.⁴⁰ Samen vormt dat een beperkt panel, waarvan een valide dataverzameling zonder veel bijkomende registratieoverlast haalbaar is. Complicaties die toch optreden tijdens het ziekenhuisverblijf mogen evenwel niet uit de financiering uitgesloten worden. In een volgende fase kunnen we nagaan of ook andere resultaatsaspecten, die vanuit patiëntenperspectief even relevant zijn (de zogenaamde *patient centered outcomes*), hieraan kunnen worden toegevoegd. Bij de uitwerking daarvan kan perfect gekeken worden naar internationale voorbeelden. Daarbij denken we onder meer aan het volgen van EBM-richtlijnen (bv. dialyse...).

In een eerste fase pleiten we ervoor om de bonus te koppelen aan het behalen van een

⁴⁰ *Never events*: Het betreft zaken die in de praktijk niet zouden mogen voorkomen, zoals een operatie bij de verkeerde patiënt of op de verkeerde zijde van het lichaam, vergissingen bij gasaansluitingen, enz.

accreditatie. Pas wanneer de financiering en implementatie van een EPD, met de daaruit voortvloeiende mogelijkheid tot automatische inzameling van specifieke indicatoren, op punt staan, kan in een volgende fase via concrete indicatoren werk worden gemaakt van bonussen gekoppeld aan specifieke procesindicatoren en/of resultaatsindicatoren. Het EPD moet ook toelaten om objectieve cijfers te verzamelen zodat manipulatie van registratie van complicaties tot een minimum herleid wordt. Uiteraard pleiten wij ook voor een effectieve controle op deze gegevens.

Het is belangrijk om tot een cultuur te komen van vertrouwen die toelaat om te leren uit (elkaars) fouten, eerder dan incidenten te verbergen.

>> *Indicatoren waarop overwegend het ziekenhuis impact heeft*

Ziekenhuizen kunnen een bonus verdienen in functie van het evolueren naar of het bereiken van kwaliteitsdoelstellingen. Deze *incentive* is een bonus, bovenop de reguliere en voldoende financiering, en vormt geen penaliserende middelen weg te nemen. De bonus kan gebruikt worden voor verdere kwaliteitsverbetering.

De bonus voor de ziekenhuizen komt uit een beperkt percentage, bv. 0,5%, dat vooraf ingehouden wordt op de groeinorm van 2% bovenop de inflatie. Ziekenhuizen verdienen de bonus in de eerste plaats op basis van indicatoren die relevant zijn voor de zorg verstrekt door verpleegkundigen, paramedische medewerkers en ondersteunend personeel. Het is dus belangrijk om ziekenhuizen alleen af te rekenen op basis van indicatoren waarop ze zelf een impact hebben of waarvoor ze zelf verantwoordelijkheid dragen.

>> *Indicatoren waarop overwegend de artsen impact hebben*

Het verhogen van de kwaliteit in de ziekenhuiszorg, waaronder de patiëntveiligheid, vergt een gemeenschappelijke aanpak van artsen en directie. Zo moeten beide een inspanning leveren; de gerealiseerde bonus moet ook beide partijen ten goede komen. Wij stellen daarom voor om, anders dan in het *Medicare VBP*-model, een dubbel kanaal te voorzien voor de financiering van het Belgische P4P-model. Naast het hogervermelde voorstel voor de ziekenhuizen wordt een tweede kanaal voorzien vanuit de artsenhonoraria.

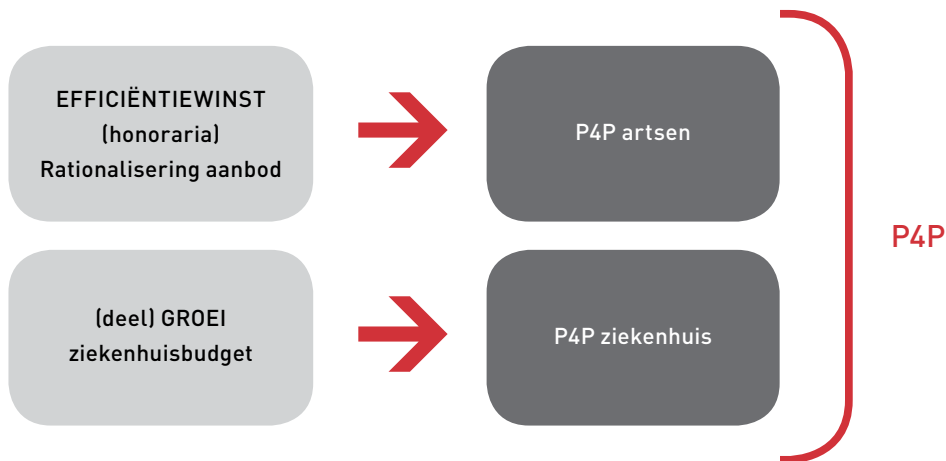
Een gedeelte van de honoraria komt namelijk vrij door de daling van de ziekenhuisactiviteit (zie pijler 1). Zo heeft de daling in opnames en verblijfsdagen een rechtstreekse impact op het volume van bijvoorbeeld de toezichtshonoraria. De honorariummassa die hierdoor vrijkomt, kan geïnjecteerd worden in het binnen P4P voorziene bonusbudget. Ook artsen worden afgerekend op basis van indicatoren waarvoor zij verantwoordelijk zijn.

>> *Aanwending van de bonus*

Binnen het ziekenhuis of het netwerk worden afspraken gemaakt om de bonussen op een faire en transparante manier te verdelen, zodat alle actoren blijvend aangezet worden om samen te werken aan kwaliteitsverbetering.

Het P4P-model kan vervolgens uitgebreid worden naar een *Value Based Purchasing* of waardegedreven financiering. Dat houdt in dat niet alleen de dimensie 'resultaat van zorg' binnen het concept kwaliteit in rekening wordt gebracht, maar ook de dimensie '**doelmatigheid**'. De bonus blijft daarbij hoofdzakelijk berekend in functie van het bereikte resultaat, maar ook in functie van de doelmatigheid waarmee middelen worden aangewend om dit resultaat te verkrijgen. Zo vertalen we kwaliteitsverbetering in het meer omvattende en correctere concept '**meerwaardecreatie**'.

In een laatste stap kan de VBP-financiering dan worden uitgebreid naar de praktijkvoering buiten de ziekenhuissetting. Verdere informatisering is daarvoor noodzakelijk, zodat zonder bijkomende administratieve overlast pathologiecodering mogelijk wordt.



3.4. Nieuwe financiering: totaalbeeld

In dit deel geven we een overzicht van de financiering van het ziekenhuis en van de artsen. Wij stellen voor om bestaande kanalen van financiering te bewaren, met name het ziekenhuisbudget en de honoraria. Beide vormen met het organisatiemodel een coherent geheel dat samen bekeken en hervormd moet worden.

Zoals beschreven in deel 3.3 stellen wij hierin aanpassingen voor in functie van de drie pijlers:



Bovenop deze aanpassingen stellen wij nog enkele belangrijke correcties voor aan de bestaande mechanismen.

3.4.1. Ziekenhuisfinanciering

De werkmiddelen in het BFM worden uitgebreid met polikliniek en dagziekenhuis tot een globaal budget dat de werking van het hele ziekenhuis/netwerk omvat. Het geeft de ziekenhuizen meteen ook meer ruimte voor de flexibele inzet van middelen en eigen accenten in hun beleid, aangepast aan de specifieke noden. Ons voorstel voor een nieuwe ziekenhuisfinanciering op basis van de drie pijlers en bijkomende correcties betreft de volgende onderdelen:

- A. Vereenvoudigen financieringsregels BFM
- B. Stimuleren daghospitalisatie
- C. Infrastructuur
- D. Polikliniek
- E. Financiering topreferente zorg
- F. Netwerk

A. Vereenvoudigen financieringsregels BFM

Het concept van de financiering via het BFM wordt behouden. We stellen voor om de grote complexiteit van het systeem te vereenvoudigen en de registratie(over)last te beperken. Een gedeeltelijke of volledige integratie van bepaalde onderdelen maakt het budget overzichtelijker en transparanter.

>> Pathologiefinanciering en invoering EBM

We denken in eerste instantie aan de berekening van het onderdeel B2. Het huidige systeem van de APR-DRG gebaseerde financiering met het concept van verantwoorde bedden blijft bestaan. We stellen echter wel een correctie voor in de berekening van de verantwoorde verblijfsduur. Op vandaag wordt de verantwoorde activiteit bepaald door de gemiddelde verblijfsduur over alle ziekenhuizen heen. Dat houdt een gevaar in voor over- of onderconsumptie. Het resultaat heeft geen directe link met EBM. Waar mogelijk, m.a.w. voor de APR-DRG's waarvoor EBM-richtlijnen beschikbaar zijn, moet een wetenschappelijke onderbouwing in het BFM geïntroduceerd worden.

Verder kan worden bekeken hoe we voor bepaalde doelgroepen (bv. patiënten met hartfalen) een model zoals **Prometheus**⁴¹ kunnen gebruiken in de Belgische context. Dit model lijkt evenwel slechts toepasbaar op (een tiental) grote pathologiegroepen zoals hartfalen, hartinfarct en beroerte.

>> Vereenvoudiging registratie

Het inbouwen van een (nieuwe) parameter 'variabiliteit aan benodigde verpleegkundige zorg' in het door de APR-DRG gestuurde financieringssysteem zou toelaten om de MVG-registratie in alle individuele ziekenhuizen te vervangen door een nationale steekproef. Zorgnet Vlaanderen werkte hiervoor concrete voorstellen uit.⁴²

Verder moeten op termijn investeringen in het EPD (cf. *eHealth road map* actie 2: ontwikkelen van een ziekenhuis EPD⁴³) de MZG-registratielast zoals die nu bestaat drastisch verminderen. We denken daarbij ook aan de invoering van SNOMED CT⁴⁴ zodat zorgverleners via een uniforme terminologie medische gegevens in een EPD kunnen ingeven (cf. *eHealth road map* actie 13: realisatie van een nationaal terminologiebeleid).

>> Verdere forfaitarisering en integratie

Bepaalde onderdelen van het budget kunnen ook geforfaitariseerd worden of de berekening ervan vereenvoudigd. Denk maar aan de hotelkost (onderdeel B1). Onderdeel B2 kan bijvoorbeeld worden uitgebreid met componenten uit de onderdelen B4 (o.a. registraties, kankerplan, pilootprojecten), B5 (apothek) en B9 (sociale akkoorden) voor een meer globale financiering van het personeel. De uittekening van nieuwe mechanismen in het BFM biedt ook de opportuniteit om historische onduidelijke reglementeringen weg te werken en te vertrekken van een rechtvaardige, transparante en evenwichtige basis.

De huidige parameters in het onderdeel B8 dienen door verder onderzoek verfijnd te worden zodat deze middelen ten goede komen van de doelgroep met een echt sociaal profiel.

41 Voor meer uitleg en een voorbeeld zie Pauwels, J. (red). 2013. p. 187-190.

42 Interne nota Zorgnet Vlaanderen: 'Principes voor het gebruik van MVG II in de toekomstige ziekenhuisfinanciering' (30 maart 2010).

43 Actieplan eGezondheid 2013-2018, goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie van 29 april 2013.

44 SNOMED CT (een acroniem voor *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms*) is een medische standaard voor het coderen en registeren van medische gegevens. SNOMED CT bestaat uit een verzameling medische termen die zijn gecodeerd om door een computer verwerkt te worden.

>> *Financiering reconversies*

Ook de financiering van reconversies moet de evolutie naar een vernieuwde zorgorganisatie stimuleren, bv. door het (deels) loskoppelen van reconversie met de afbouw van verantwoorde bedden en de invoering van het principe van *shared savings*. We moeten er namelijk over waken dat reconversies die vanuit maatschappelijk oogpunt wenselijk zijn (cf. Vlaams Zorgstrategisch Plan) niet gehypothekeerd worden door de toevallige situatie van de voorzieningen uit de betrokken regio.

>> *Vereenvoudiging financieringsnormen*

De regelgeving kan sterk vereenvoudigd en deels ook vervangen worden door de hierboven beschreven kwaliteitsindicatoren.

B. Stimuleren daghospitalisatie

We pleiten voor het verder stimuleren van daghospitalisatie, onder meer in functie van pijler 1 (inkorting verblijfsduur).

>> *Stimuleren chirurgisch dagziekenhuis*

Chirurgie in dagactiviteit moet worden gestimuleerd door een continue opvolging van de lijst van ingrepen die mogelijk zijn via dagopname: de A-lijst in het BFM. Die lijst dient te worden besproken met de wetenschappelijke verenigingen van heelkunde en is *evidence based*. Internationale vergelijkingen wijzen uit dat België al behoorlijk scoort in het aandeel dagchirurgie, met uitzondering van aandoeningen waarvoor dagchirurgie ten opzichte van klassieke chirurgie financieel wordt gepenaliseerd.

>> *Incorporatie volledig dagziekenhuis in het BFM*

Zelfs na de eerdere integratie van de miniforfaits in het BFM gebeurt de financiering van de internistische en sommige chirurgische dagbehandelingen vandaag via een veelheid aan *fee-for-service* gedreven forfaits.⁴⁵ Met het oog op een geïntegreerde ziekenhuisfinanciering dient de financiering voor het dagziekenhuis volledig geïncorporeerd te worden in het ziekenhuisbudget. We pleiten daarbij voor een gelijke en afdoende vergoeding voor hetzelfde werk. De historische verschillen tussen de forfaits van de ziekenhuizen moeten onder meer worden weggewerkt. Ook hier is een regelmatige herziening van de activiteiten die onder het (niet-chirurgisch) dagziekenhuis vallen essentieel.

C. Infrastructuur

Het spreekt voor zich dat de VIPA-subsidiëring een belangrijke rol speelt in het realiseren van onze doelstelling: de concentratie van zeldzame of dure zorgprogramma's, de samenwerking en complementariteit binnen netwerken en de spreiding van het medisch aanbod van andere zorgprogramma's volgens de acht voorgestelde ijkpunten (zie deel 2).

We gaan uit van een Zorgstrategisch Plan voor Vlaanderen waarin de investeringsmiddelen oordeelkundig en planmatig worden toegewezen. Ook hiervoor heeft Zorgnet Vlaanderen voorstellen uitgewerkt.⁴⁶

Wij herinneren nogmaals aan het belang van ICT in het kader van de uitbouw van klinische netwerken en lokale zorgnetwerken rond de patiënt.

45 Maxiforfait, forfaits 1-7, forfait manipulatie poortkatheter, gipskamer, forfaits chronische pijn 1-3.

46 Onuitgegeven nota Zorgnet Vlaanderen: 'De toekomstige overheidssteun voor de investeringen in de Vlaamse ziekenhuisinfrastructuur' (2014).

D. Polikliniek

We verwijzen naar de uitgebreide bespreking van de integratie van de polikliniek in het budget van de ziekenhuizen in pijler 2.

E. Financiering topreferente zorg

In het huidige model wordt topreferente zorg gefinancierd via verschillende kanalen. Onder topreferente zorg verstaan we zorg die deels hypercomplex is, en/of een kleine patiëntendoelgroep bestrijkt en dus bijgevolg nood heeft aan concentratie. Voor topreferente zorgactiviteiten die onderworpen zijn aan een wettelijke programmatie gelden verder de klassieke regels van verantwoorde activiteit en honoraria. Daarnaast bestaat er een waaier aan pathologiespecifieke revalidatieconventies (mucoviscidose, autisme, MS...). De financiering van innovatieve technieken is hiermee minstens ten dele gerelateerd: ook die verloopt momenteel via diverse kanalen, waaronder de terugbetaling door TRI (Technische Raad Implantaten van het RIZIV) of financiering vanuit het BSF (Bijzonder Solidariteitsfonds van het RIZIV).

Een onderwerp van discussie is of en hoe dit lappendeken aan initiatieven gereorganiseerd kan worden, zodat de huidige versnippering van topreferente zorg kan worden bijgestuurd. Een concentratie van topreferente zorg in klinische netwerken kan hiertoe bijdragen. De organisatie van ziekenhuizen in klinische netwerken, gekoppeld aan de toenemende nadruk op kwaliteit van zorg met bijhorende VBP-financiering, zal ertoe aanzetten dat complexe zorg zich concentreert binnen het netwerk (cf. ijkpunt 3 'kritische massa').

De vraag is dan ook of deze spontane beweging, mits het opvolgen van specifieke kwaliteitscriteria, geen voordelen biedt tegenover de techniek van top-down programmatie. Als een innovatieve techniek daadwerkelijk een kwaliteitsvoordeel oplevert en/of toelaat het proces te optimaliseren, vormt het invoeren van een VBP-filosofie een hefboom voor de spontane implementatie. De krachtenbundeling binnen klinische netwerken moet erop gericht zijn om een gelijke regionale toegankelijkheid tot kwaliteitsvolle topreferente zorg te garanderen. Zeer zeldzame pathologie die over netwerken heen in één of twee *centers of excellence* geconcentreerd moet worden, kan hierop een uitzondering zijn.

F. Netwerk

Zorg waarvoor ziekenhuizen samenwerken, moet op netwerkniveau erkend en gefinancierd worden. Hierbij sluit ook de financiering van infrastructuur aan. Zo zouden subsidies voor investeringen in het kader van samenwerkingsverbanden ook op netwerkniveau toegerekend moeten kunnen worden.

3.4.2. Honoraria specialistische zorg

Het voorstel van de nieuwe ziekenhuisfinanciering bevat ook belangrijke wijzigingen in de honoraria.

- A. Herijking van de nomenclatuur
- B. Een nieuw HR-beleid voor artsen dankzij de herijking
- C. Een vernieuwd *governance* model
- D. Verdere forfaitarisering

A. Herijking van de nomenclatuur

We verwijzen naar de uitgebreide bespreking van de herijking van de nomenclatuur in pijler 2. Een herijking moet in de daartoe geëigende organen besproken worden met **billijkheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid** als uitgangspunten.

De ziekenhuisfinanciering zou er zo moeten uitzien dat afdrachten niet meer nodig zijn zodat het ziekenhuis zelf niet meer moet bepalen hoeveel een arts uiteindelijk verdient. Het is aan de overheid om bakens uit te zetten en de (netto)vergoeding van artsen te regelen, met inbegrip van de supplementen. Supplementen maken namelijk integraal deel uit van het loon van artsen.

Ook de mogelijkheid van **artsen in loondienst of van een forfaitaire vergoeding**, onafhankelijk van het gerealiseerde 'volume', moet een volwaardige plaats krijgen in dit debat. In het bijzonder denken we aan disciplines die (bij momenten) geen/heel weinig of juist heel veel volume genereren en de artsen-specialisten in de universitaire ziekenhuizen. Het systeem moet evolueren van 'volume' naar het financieren van 'service' in de brede zin van het woord.

In het kader van de betaalbaarheid van zorg moet bekeken worden hoe de **conventie** of een ander systeem de tariefzekerheid voor de patiënt daadwerkelijk kan waarmaken. Zo stellen we vandaag vast dat de patiënt voor bepaalde disciplines in sommige regio's geen geconventioneerde arts meer kan vinden.

B. Een nieuw HR-beleid voor artsen dankzij de herijking

Een herijking (zie pijler 2D) moet toelaten om een sterk human resourcesbeleid voor artsen uit te tekenen, waarbij bijvoorbeeld artsen in functie van leeftijd of ambitie hun klinische activiteit aanpassen, herschikken of hun expertise aanwenden in meer administratieve en coördinerende taken. Dit veronderstelt dan wel, anders dan vandaag, een vergoeding.

Andere aspecten die in een op de ziekenhuisarts toegespitst HR-beleid dienen opgenomen te worden en onderdeel moeten uitmaken van de algemene regeling van ziekenhuizen, omvatten strikte voorzorgsmaatregelen ter bescherming van de zwangere arts (cf. beleid voor verpleegkundigen) en het recht op voldoende moederschaps- of ouderschapsverlof.⁴⁷

⁴⁷ De Witte, K., Eeckloo, K. & Vleugels, A. 2011. Pauwels, J. 2012.

C. Een vernieuwd governance model

Het geheel van hogervermelde maatregelen moet ook resulteren in een nieuwe relatie tussen artsen en ziekenhuisbestuur, die op organisatie en continuïteit van zorg en op kwaliteit gericht is. Verschillende factoren kunnen hiertoe bijdragen.

- Afdrachten die vandaag deels de werking en personeelskosten in het BFM dekken, worden overgedragen naar het ziekenhuisbudget. Een deel van deze middelen wordt ondergebracht in een **kwaliteitsfonds** (BFM), onder meer voor de financiering van het EPD. Dat is voor artsen een essentiële investering om het hoofd te kunnen bieden aan de groeiende nood aan transmurale zorg en om te kunnen blijven werken aan kwaliteitsverbetering (zie pijler 1).
- Een deel van de huidige afdrachten wordt aangewend voor de financiering van de **polikliniek** (infrastructuur en werking) op basis van objectieve en transparante criteria binnen een *service level agreement* (zie pijler 2).
- Afdrachten ten behoeve van investeringen worden ondergebracht in een **investeringsfonds** dat paritair wordt beheerd door de artsen en het ziekenhuis/het netwerk. Dat laat toe om samen te onderhandelen over wat strategisch belangrijk is binnen het ziekenhuis/netwerk, veeleer dan tijd te verliezen aan vaak nutteloze discussies over afdrachten (zie pijler 2).
- Er worden bonussen toegekend in het kader van **P4P** vanuit de middelen die vrijkomen door het rationaliseren van het ziekenhuisaanbod (zie pijler 3). De beoogde reductie van het aantal verblijfsdagen houdt namelijk, naast een besparing op het BFM, ook een besparing in op de honorariummassa (vermindering van het aantal gefactureerde opname- en dagforfaits klinische biologie, medische beeldvorming, toezichtshonoraria...).

Het is belangrijk voldoende aandacht te blijven besteden aan het responsabiliseren van artsen.

D. Verdere forfaitarisering

In vergelijking met andere landen valt het op dat België een hoog aantal medische en medisch-technische prestaties kent. Analyse – onder meer van de referentiebedragen – wijst ook op een vrij sterke variabiliteit in de praktijkvoering. Er wordt dan ook aangedrongen op het invoeren van mechanismen die een volumegebreven en activiteitengebaseerde financiering moduleren. Zoals hoger vermeld is het invoeren van **VBP** een eerste element dat daartoe kan bijdragen. Het financieren van de kwaliteit van zorg i.p.v. de onderliggende medische aktes helpt om 'onverantwoorde' variabiliteit in praktijkvoering te ontraden.

Een maatregel voor het reduceren van het aantal prestaties in bepaalde rubrieken van de nomenclatuur, is het invoeren van een **meer geforfaitariseerd financieringssysteem**.

In eerste instantie denken we daarbij aan de medische beeldvorming, waar zich in België een duidelijk volumeprobleem stelt, in het bijzonder voor het hoge aantal CT-onderzoeken. Naast het budgettaire aspect zijn er de risico's van een relatief hoge stralingsbelasting. Wij pleiten er ook voor om het luik van de honoraria, dat de investering in medische apparatuur dekt, onder te brengen in het investeringsfonds (zie pijler 2). Dat laat een rationeler investeringsbeleid toe in het ziekenhuis en het ziekenhuisnetwerk.

Naast een volledige forfaitarisering van bepaalde medische activiteit kan ook **bundled payment** of zorgepisodedefinanciering⁴⁸ een mogelijkheid zijn om verder af te stappen van prestatiefinanciering en onverantwoorde variabiliteit. In dit systeem worden de verschillende kostcomponenten behouden zodat er maximale transparantie is voor patiënt, zorgverleners, zorgvoorzieningen en de zorgfinanciers.

We denken in het bijzonder aan de vergoeding van planbare zorg (cf. *value added processes*). Ons voorstel veronderstelt namelijk dat ook in de honoraria de prestatieprikkels deels geneutraliseerd worden, onder meer door het toekennen van vaste bedragen per zorgepisode of per patiënt. Indien de focus louter op prestaties blijft liggen, zal een hervorming van de ziekenhuisfinanciering dode letter blijven. In de toekomst zal immers meer en meer samengewerkt moeten worden **rond de patiënt**. Het is dus vooral het teamwerk dat verloond moet worden in plaats van de individuele prestaties

⁴⁸ bv. *best practice tariffs (BPT)*

4. Besluit

Een belangrijke toets om een nieuwe financieringstechniek te beoordelen is wat hij oplevert aan gezondheidswinst voor de patiënt, individueel en collectief.

Een financieringstechniek staat niet op zich, maar moet een nieuw zorgmodel ondersteunen. Dat nieuwe model is hoogstnoodzakelijk. Bij een vergrijzende bevolking, met multimorbiditeit en een toenemende behoefte aan chronische zorg, is er nood aan samenwerking en netwerking tussen zorgactoren, zodat de zorg op een continue manier en dicht bij de lokale behoeften versterkt kan worden. Daarnaast moet de technologiegedreven acute geneeskunde zich reorganiseren, zodat subspecialisaties en dure topdiensten worden geconcentreerd en complementair aangeboden. Ook medisch-technische en facilitaire diensten kunnen efficiëntiewinsten boeken door activiteiten te groeperen. Met de *human resources* zullen we heel zorgvuldig moeten omgaan, zodat we verder bekwame en gemotiveerde zorgprofessionals kunnen aantrekken, voldoende in aantal en met de opleiding en vaardigheden afgestemd op de nieuwe zorgbehoeften.

Het nieuwe financieringsmodel moet voor dit alles prikkels in de juiste richting geven.

De bestaande financiering, waarvan het raamwerk meer dan 50 jaar oud is, is toe aan een grondige hervorming. Afstemming en samenwerking worden nu niet aangemoedigd of bevorderd. Het zijn nochtans de hoekstenen van het nieuwe zorgmodel. Bovendien zijn zowel de ziekenhuisfinanciering als de artsenhonoraria vooral gebaseerd op activiteiten en prestaties, veeleer dan op kwaliteit en resultaat. Ze genereren veel omzet en volume, maar zijn er onvoldoende op gericht om de juiste zorg te geven. Met als gevolg 'onderzorg' voor bepaalde populaties en 'overconsumptie' van medisch-technische prestaties.⁴⁹

Door de besparingen van de laatste jaren - volgens de beproefde 'kaasschaafmethode' - kwamen de ziekenhuizen in een perverse spiraal terecht: meer omzet maken om deficits te vermijden. Vandaag draait immers één op de vier ziekenhuizen in de rode cijfers.

De ziekenhuissector zelf vraagt uitdrukkelijk naar een nieuwe en aangepaste financiering. Het Vlaams ziekenhuiscongres van Zorgnet Vlaanderen (mei 2013) formuleerde hiervoor de volgende principes:

1. Verhoging van de kwaliteit, waarbij de effectiviteit via EBM verhoogd wordt.
2. Verlaging van de administratieve last en verhoging van de transparantie.
3. Het aanzetten tot samenwerking voor een beter gecoördineerde patiëntenzorg.
4. Het brengen van financiële stabiliteit voor de ziekenhuizen door het voorzien van voldoende middelen en een voldoende voorspelbaar budget dat een meerjarenbegroting toelaat.

⁴⁹ Annemans, L. 2014.

5. Een goed evenwicht tussen gecompliceerde en complexe zorg, of tussen voorspelbare, standaardiseerbare processen en niet-standaardiseerbare processen (...).
6. Een daadwerkelijke financiering van de echte kost. Daartoe dient het bestaande onevenwicht tussen een beperkt deel overbetaalde en een aanzienlijk deel onderbetaalde activiteiten simultaan te worden weggewerkt. Voor een correcte kostenvergoeding is het noodzakelijk om ook alle personeels- en artsenkosten via nationale richtprijzen in te calculeren.
7. Het rekening houden met de effecten op het vlak van HRM: alle zorgverleners moeten een correcte prikkel hebben om hun werk optimaal uit te voeren en vergoed te worden op basis van hun inzet, verantwoordelijkheid en expertise. Onevenwichten in die prikkels moeten verdwijnen.
8. Het stimuleren van een efficiënte bedrijfsvoering.
9. Het systematisch stimuleren van innovatie, waarbij nieuwe mogelijkheden op een goede wijze gemonitord worden tijdens hun invoering en daarmee een bijdrage leveren aan de databank van het *International Network of Agencies of Health Technology Assessment (...)*.
10. Duurzaamheid, waarbij maatschappelijk verantwoorde en objectieve budgetkeuzes worden gemaakt om, binnen macro-economisch haalbare budgetten, de klok rond toegankelijke zorg te garanderen.

Het voorgestelde financieringsmodel focust op een geïntegreerde aanpak, die efficiëntie en kwaliteit nastreeft en sociaal ondernemerschap stimuleert. Het uitgangspunt is een billijke ziekenhuisfinanciering zonder tekorten en zonder afdrachten van artsen.

Het model vertrekt vanuit drie pijlers:

1. Het reduceren van (onnodige, niet *evidence based*) variabiliteit in de zorg, zowel op het niveau van de opnames van patiënten als op het niveau van de ligduur, en de mogelijkheid om (eventueel via netwerken) de middelen te heroriënteren naar chronische zorg, betere omkadering en de noodzakelijke investeringen voor het elektronisch patiëntendossier.
2. Een macro-herschikking van de middelen zodat artsen aangemoedigd worden om te kiezen voor ziekenhuiszorg en om de continuïteit 24 uur op 24 te blijven garanderen.
3. Prikkels zowel voor artsen als voor ziekenhuizen om het werken rond waarde en kwaliteit vorm te geven.

De voorgestelde budgettransfers situeren zich op macroniveau (nationaal), onder meer door de verschillende afdrachtensystemen in de ziekenhuizen. Ook op mesoniveau (het netwerk) moeten er verschuivingen mogelijk zijn in de budgetten om de omschakeling naar andere zorgvormen te ondersteunen. Zo kunnen de efficiëntiewinsten binnen het netwerk worden aangewend. Op microniveau (het ziekenhuis) wordt dit concreet vormgegeven via waarde en kwaliteitszorg.

De leden van Zorgnet Vlaanderen zijn bereid hun verantwoordelijkheid op te nemen, en deze transitie te helpen realiseren.

Wij stellen de overheid een aanpak voor die ons gezondheidszorgsysteem structureel op het juiste spoor zet.

Er zijn echter enkele voorwaarden aan verbonden.

1. Budgetbehoud

Voor het realiseren van een nieuw financieringsmodel en om de grote herschikkingen geleidelijk te kunnen doorvoeren is het nodig om de huidige middelen die globaal besteed worden minstens in de komende vijf jaar te behouden. De overheid dient er tevens garant voor te staan dat geen nieuwe meerkosten (bv. sociale akkoorden) dit budgettaire pad doorkruisen. We stellen tevens een beperkte groeinorm voor van 2% (bovenop inflatie) om endogene kostenstijging op te vangen en de hervorming van de gezondheidszorg met de bijhorende transitiekosten een kans te geven.

2. Meerjarenplan

Het is noodzakelijk dat de overheid in samenwerking met de betrokken actoren, i.e. de ziekenhuizen en de ziekenhuisartsen, een duidelijk zorgstrategisch meerjarenplan uitwerkt voor minimum tien jaar, gekoppeld aan regelmatige herevaluatie en bijsturing. De overheid moet consequent zorgen voor juridische en financiële waarborgen, die onder andere de netwerkrealisatie in de overgangperiode mogelijk moeten maken.

3. Technische en wetenschappelijke onderbouwing

Zorgnet Vlaanderen vraagt dat een *evidence informed policy* gestalte krijgt, namelijk een beleid dat vorm krijgt op basis van stevig onderbouwde dossiers en dat rekening houdt met internationale inzichten en evoluties.

4. Kordaat ondernemerschap

Wij vragen de nodige beleidsruimte om deze grote en complexe hervorming tot een goed eind te brengen.

5. Samenwerkingsfederalisme

Net zoals de overheden mogen verwachten dat de zorgverstrekkers samenwerken, mogen wij als sector verwachten dat de verschillende bevoegde entiteiten met elkaar afstemmen en dezelfde lijn volgen. Nu chronische zorg, de coördinatie van de eerste lijn en het infrastructuurbeleid via de Vle staatshervorming tot de bevoegdheid behoren van de Gemeenschappen en Gewesten, kan de hervorming niet gerealiseerd worden zonder een door alle overheden gedragen meerjarenplan.

Uiteraard zijn de in deze publicatie geformuleerde voorstellen niet perfect noch volledig. Ze zijn evenmin 'te nemen of te laten'. Ze geven wél weer waarover het gaat: de noodzaak aan verandering om de fundamenten te behouden. Door het formuleren van concrete voorstellen hoopt Zorgnet Vlaanderen bij te dragen aan de noodzakelijke hervorming, met als doel de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg ook in de toekomst te vrijwaren.

5. Résumé

Lors du congrès des hôpitaux Together we care (de mai 2013), Zorgnet Vlaanderen a défini les critères essentiels pour un nouveau modèle de soins. Ceux-ci jettent les fondations pour un nouveau modèle de financement réaliste et réalisable. Un nombre croissant de patients atteints d'une maladie chronique a besoin de soins continus et locaux. Pour pouvoir leur procurer ces soins indispensables, les prestataires de soins sont censés travailler ensemble de façon constructive. Parallèlement, une réorganisation des soins aigus s'impose, avec une concentration des super-spécialisations et des équipements de haute gamme. Il nous faudra trouver un nombre suffisant de prestataires de soins motivés et compétents, avec la formation et les compétences répondant aux derniers besoins. Le nouveau modèle de financement stimulera ces développements.

Les points de départ pour un nouveau système de financement sont les suivants:

1. Augmenter la qualité, en augmentant l'efficacité par une médecine fondée sur des preuves (*evidence based medicine*).
2. Réduire les charges administratives et augmenter la transparence.
3. Stimuler la collaboration pour une prise en charge des patients mieux coordonnée.
4. Assurer une stabilité financière pour les hôpitaux en prévoyant suffisamment de moyens et un budget stable qui permet des prévisions budgétaires pluriannuelles.
5. Un bon équilibre entre les soins compliqués et complexes, ou entre les processus de soins aptes à être standardisés et les processus qui ne le sont pas.
6. Un financement complet des frais réels. Pour cela, il faut enlever le déséquilibre entre le nombre limité d'activités trop bien rémunérées et les activités sous-payées. Pour un remboursement de frais correct, il est nécessaire de tenir compte de tous les frais de personnel et de médecin via des prix indicatifs au niveau national.
7. Ressources humaines: tous les prestataires de soins ont besoin d'incitatifs pour travailler de façon optimale. La récompense sera basée sur l'effort, la responsabilité et l'expérience; les disparités inexplicables disparaîtront.
8. Stimuler un management efficace.
9. Encourager systématiquement l'innovation, avec un monitoring adéquat des nouvelles possibilités.
10. Garantir la durabilité, avec des choix budgétaires basés sur la responsabilité sociale des entreprises et garantissant des soins accessibles 24 heures sur 24.

Le modèle de financement proposé stimule une approche intégrée, visant l'efficacité et la qualité et stimulant l'entrepreneuriat social. Le point de départ est un financement des hôpitaux équitable, sans déficits et sans contributions des médecins. Il comporte trois éléments de base:

1. La réduction de la variabilité (inutile, non *evidence based*) dans les soins, autant pour les hospitalisations que pour la durée de séjour. La possibilité de réorienter (éventuellement via les réseaux) les moyens financiers vers les soins chroniques, vers un meilleur encadrement et pour les investissements nécessaires des dossiers médicaux électroniques.
2. Une macro-réorientation des budgets pour stimuler les médecins à travailler dans les hôpitaux et pour garantir la continuité 24 heures sur 24.
3. Des incitatifs, pour les médecins et pour les hôpitaux, afin de concrétiser la formation pour le contrôle de la qualité des soins.

Les transferts budgétaires proposés se situent au niveau national, entre autres parce que les systèmes de rétrocession des honoraires dans les hôpitaux sont différents. Au niveau du réseau il sera possible de réorienter des budgets pour soutenir de nouvelles formes de soins. Ainsi les gains d'une efficacité accrue seront réutilisés au sein du réseau. Au niveau de l'hôpital cette efficacité accrue se concrétisera dans l'amélioration de la qualité des soins.

Ainsi, les gains d'efficacité peuvent être utilisés au sein d'un réseau. Au micro-niveau (l'hôpital) ces actions se voient concrétisées dans la qualité des soins.

Les membres de Zorgnet Vlaanderen sont prêts à prendre leur responsabilité et veulent participer à la transition. Néanmoins, il y a certaines conditions.

1. Le même budget

Afin de réaliser un nouveau modèle de financement et d'effectuer progressivement les grands ajustements, il est nécessaire de maintenir globalement au moins durant les cinq prochaines années les budgets actuels. Le gouvernement n'imposera aucun frais supplémentaire (p.ex. des accords sociaux). On propose aussi un taux de croissance, limité, de 2% (en plus de l'inflation) pour répondre à l'augmentation des frais endogènes et pour donner une chance à la réforme des soins de santé avec les frais de transitions y liés.

2. Un plan pluriannuel

Les autorités élaborent, en collaboration avec tous ceux que cela concerne (les hôpitaux et les médecins hospitaliers), un plan de soins stratégique et pluriannuel, pour au moins dix ans, avec une réévaluation et adaptation régulières. Les autorités prévoient systématiquement des garanties juridiques et financières, qui rendent possible, entre autres, la réalisation d'un réseau dans la période de transition.

3. Une base technique et scientifique

Une politique fondée sur des preuves (*evidence informed policy*) s'impose, ou bien une politique formée sur base des dossiers bien appuyés et qui tient compte des études et évolutions sur le plan international.

4. Entrepreneuriat résolu

Dans le but de mener à bonne fin cette grande réforme complexe, il faudra assez de marge d'action.

5. Fédéralisme coopératif

Entendu que les soins chroniques, la coordination de la première ligne et la politique des infrastructures sont de la compétence des Communautés et des Régions, la réforme ne peut être réalisée qu'avec un plan pluriannuel, soutenu par toutes les autorités.

Lijst van afkortingen

AMI	Acuut myocardinfarct
APR-DRG	<i>All Patient Refined Diagnosis-Related Group</i>
BFM	Budget Financiële Middelen
B1	Onderdeel B1 van het BFM: de kosten voor de gemeenschappelijke diensten
B2	Onderdeel B2 van het BFM: de kosten voor de klinische diensten
BSF	Bijzonder solidariteitsfonds
CT	Computertomografie
CVA	Cerebrovasculair accident
EBM	<i>Evidence based medicine</i>
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
FOD	Federale Overheidsdienst
IBF	Interdepartementaal begrotingsfonds
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MAHA	<i>Model for Automatic Hospital Analyses</i>
MKA	Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie
NIC	Neonatale Intensieve Zorgen
NKO	Neus-, Keel- en Oorziekten
NMR	Nucleaire magnetische resonantie
NRVZ	Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen
P4P	<i>Pay for Performance</i>
PPC	<i>Potentially Preventable Complications</i>
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering
SOI	<i>Severity of Illness</i>
TRI	Technische Raad Implantaten
TGR	Technisch Geneeskundige Raad (RIZIV)
VBP	<i>Value Based Purchasing</i>
VIPA	Vlaams infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
WZC	Woonzorgcentrum

Bibliografie

Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L. et al. 2014. 'Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study', *The Lancet* 383 (9931): 1824-1830.

Annemans, L. 2014. *De prijs van uw gezondheid*. Tielt: LannooCampus.

Carey, K., Burgess, J. & Young, G. 2008. 'Specialty and full service hospitals: a comparative cost analysis', *Health Serv Res* 43 (5 Pt 2): 1869-87.

Christensen, C., Grossman, J. & Hwang, M. 2009. *The Innovator's Prescription*. New York: McGraw Hill.

De Witte, K., Eeckloo, K. & Vleugels, A. 2011. *Arts in het ziekenhuis. Een HR-perspectief*. Tielt: LannooCampus.

OESO. 2013. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Pauwels, J. 2012. *Naar een geneeskunde met kantooruren? Voorstellen voor het waarborgen van de continuïteit van acute zorg*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

Pauwels, J. (red). 2013. *Together we care. Ziekenhuizen als schakels in een keten van zorg*. Leuven: ACCO.

Stordeur, S. & Eyssen, M. 2012. *Profylactisch verwijderen van verstandskiezen in afwezigheid van pathologie: rapid assessment (KCE Report 182As)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Swartenbroeckx, N., Obyn, C., Guillaume, P. et al. 2012. *Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies (KCE Report 178A)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Vande Voorde, C., Gerkens, S., Van den Heede, K. & et al. 2013. *Een vergelijkende studie van de financiering van ziekenhuiszorg in vijf landen (KCE Report 207As)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Van De Sande, S., De Ryck, D., De Gauquier, K. et al. 2010. *Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen (KCE Report 121A)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Vinck, I. & Paulus, D. 2014. *Correctie van refractieve oogafwijkingen bij volwassenen – Deel 3: organisatie en wettelijk kader van de extramurale chirurgische centra (KCE Report 225As)*. Brussel: Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

