



ICURO

OPEN EN SAMEN VOOR KWALITEIT

WERKGROEP QUALITY & FINANCE

Kwaliteit structureel en duurzaam verankeren in de ziekenhuisfinanciering

Aanbevelingen voor een doelgericht systeem van financiering voor een duurzame, solidaire en kwaliteitsvolle ziekenhuiszorg

© ICURO vzw, koepel van Vlaamse ziekenhuizen
met publieke partners
Verantwoordelijke uitgever Willem Descamps,
namens ICURO vzw, Handelsstraat 82, B-1040 Brussel
Maart 2015

Auteurs

Dominique Vandijck, Katia Debaetselier, Peter Fontaine

Met de wetenschappelijke ondersteuning van de
Universiteit Hasselt

Met dank aan de klankbordgroep

Peter Degadt, Jacques Detoef, Raf Mertens,
Marc Moens, Dirk Ramaekers, Marc Somville,
Maurice Tuerlinckx, Katrien Verschoren, Luc Van Aken,
Carine Van de Voorde, Koen Van den Heede

Opmaak Gramma

ISBN 9789090289021

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of
openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke
andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming
van de uitgever.

Inhoudstafel

1. Korte situering van het initiatief	2
2. Motivatie en situering van de ICURO-aanbevelingen ‘kwaliteit en ziekenhuisfinanciering’	6
3. Aanbevelingen voor een doelgerichte financiering van de ziekenhuizen	10
3.1. Zorg voor congruentie in de (financiële) incentives voor alle zorgactoren die het continu, duurzaam en structureel werken aan kwaliteitsvolle zorg stimuleren	13
3.2. Maak het mogelijk om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en af te leiden uit het zorgproces door het gebruik van een gemeenschappelijke gestructureerde taal, zonder bijkomende registraties	15
3.3. Bouw de periodieke opvolging van kwaliteitsindicatoren in het financieringssysteem in	18
3.4. Consolideer de bestaande databanken in de gezondheidszorg op basis van een globaal uniform en conceptueel datamodel en maak dit toegankelijk	21
3.5. Evalueer de rol van de bestaande beheersstructuren in de gezondheidszorg en heroriënteer die meer expliciet richting kwaliteitsverbetering	24
3.6. Bouw een aanvullend financieringsmechanisme op pathologiegenormaliseerde resultatenmeting van zorg en benchmarking	26
3.7. Ontmoedig aanbodgestuurde zorgverstrekking en bouw de financiering van non-kwaliteit af	28
3.8. Werk verder op de opgebouwde internationale expertise rond financiering van kwaliteit en zorg voor wetenschappelijke onderbouw	31
3.9. Zet de vrijgekomen middelen in voor een terugverdienmodel voor investeringen in kwaliteitsverbetering	33
4. Samenvatting: een conceptueel model voor het inbouwen van financiële stimulansen tot kwaliteitsvolle ziekenhuiswerking	36
Referenties	39

1. Korte situering van het initiatief

*"It is not the strongest of the species that survives,
nor the most intelligent that survives.
It is the one that is most adaptable to change."
Charles Darwin*

De **ziekenhuissector is voortdurend in beweging**. Opvallende evoluties van de laatste jaren zijn de vele fusies die tot schaalvergroting geleid hebben, het structureren van de ziekenhuisactiviteit via zorgprogramma's, de inkrimping van de verblijfsduur, de toename van de ambulante activiteit en een nieuwe benadering van toezicht door de overheid. Ook de technieken evolueren, de kwaliteit (en dus ook de veiligheid) van de zorg verbetert, het belang en de principes van goed bestuur dringen door tot de bestuursorganen, en de structuur van de ziekenhuizen wordt aangepast aan de nieuwe en toekomstige eisen van de gezondheidszorg en de verwachtingen van de patiënt. *Kwaliteit en patiëntveiligheid* staan hierbij *hoog op de agenda*, net als de toenemende participatie van patiënten en de actieve maatschappelijke verantwoording die leidt tot meer transparantie en betere communicatie. De *capacity for change* die de ziekenhuizen hier tentoonspreiden is voorbeeldig.

De budgettaire context wordt echter steeds nijpender. Initieel heeft de federale regering in de beginjaren van de vorige legislatuur de zorgsector nog deels ontzien, maar er kwam een kentering in de begrotingsjaren 2013-2014. Diverse directe en indirecte maatregelen treffen de ziekenhuizen. Zo blijkt uit de MAHA-analyse (2014) dat een toenemend aantal ziekenhuizen met verslechterende cijfers te kampen heeft. Iedereen in de sector beseft ondertussen dat het onder controle houden van het gezondheidszorgbudget met de zogenaamde 'kaasschaafmethode' weinig duurzaam is. De uitdaging bestaat eruit de goede elementen van ons stelsel te behouden, maar komaf te maken met de inefficiënte effecten ervan.

Ongewild zijn de ziekenhuizen in een vicieuze cirkel terechtgekomen. Besparingen zetten aan tot meer prestaties, meer prestaties zorgen voor groeiende uitgaven in de ziekteverzekering, meer uitgaven leiden tot nieuwe besparingen. Het duale financieringssysteem, waarin artsen per prestatie worden vergoed en ziekenhuizen een budget ontvangen, is

kenmerkend voor ons land en niet altijd de beste incentive voor doelmatigheid. Het systeem is voorbijgestreefd omdat het de ziekenhuizen aanzet tot grotere volumes via de nomenclatuur om zo de structurele onderfinanciering via het BFM te compenseren. De huidige financieringsregels zijn bovendien erg complex, weinig transparant en in constante evolutie, wat het voeren van een toekomstgericht beleid potentieel hypothekeert.

Het initiatief van toenmalig minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx om samen met het RIZIV en de FOD Volksgezondheid en onder coördinatie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de wijze waarop de huidige financiering geschiedt te herzien, was een belangrijke stap vooruit. In het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 worden een aantal belangrijke doelstellingen naar voren geschoven om onze gezondheidszorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogstaand te maken (houden). Zo wordt gesteld dat de nieuwe ziekenhuisfinanciering minder structuurgebonden en prestatiegedreven moet zijn en de instellingen en zorgprofessionals moet **stimuleren tot kwaliteitsvol en resultaatgericht handelen**.

De zesde staatshervorming draagt federale bevoegdheden en financieringsmechanismen over naar de gemeenschappen. Een goede operationele afstemming met alle actoren is cruciaal om de zorgsector in de juiste richting te begeleiden.

De discussie over de ziekenhuisfinanciering gaat tot op heden voornamelijk over de betaling per prestatie of over de invoering van een forfaitair systeem, waarbij een all-inbedrag wordt betaald per aandoening. Ondanks hun verdiensten hebben beide systemen ook belangrijke nadelen. Het uiteindelijke resultaat zal wellicht een mengvorm zijn. Zo vraagt het KCE in zijn rapport 'Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering' een uitbreiding en verfijning van de bestaande prospectieve op pathologie gebaseerde financiering.¹ Hierbij zou dan gewerkt worden met enerzijds een vaste prijs per DRG die de ziekenhuisactiviteit financiert en anderzijds honoraria die nog apart aangerekend worden, maar dan via een grondig aangepaste nomenclatuur waarbij de vergoeding voor de fysieke en intellectuele inspanning behouden blijft en de rest wordt geïntegreerd in de prijs per DRG, een investeringsfonds en een deel in een kwaliteitsfonds. Ook het nieuwe federale regeerakkoord verwijst naar de noodzaak van een herijking en vereenvoudiging van de

nomenclatuur.² Echter, in de verschillende voorstellen en initiatieven die momenteel op tafel liggen is de integratie van kwaliteit als belangrijk onderdeel van een nieuw financieringsmodel nog onvoldoende structureel ingebed. Aanvullend op de initiatieven van onder meer het KCE en Zorgnet Vlaanderen³ wil ICURO daarom proactief en constructief een bijdrage leveren vanuit een sterke Q&S-focus en in goede afstemming met alle betrokken actoren. De noodzaak om kwaliteit en patiëntveiligheid structureel een plaats te geven in de ziekenhuiswerking, en dus ook in de financiering, ligt aan de basis van dit initiatief van ICURO.

Een essentieel aspect dat dient onderstreept te worden, is de sterke en bemoedigende kwaliteitsdynamiek die ondanks de budgettaire druk op de voorgrond is getreden en bovendien blijft groeien; getuige hiervan het grote aantal ziekenhuizen die een accreditatie voorbereiden, alsook hun sterke participatie in het 'VIP²-project'. Willen we deze evolutie verder stimuleren, dan zal ze ook structureel ingebed moeten worden in de organisatie en de ziekenhuisfinanciering van de toekomst. **Kwaliteitszorg duurzaam verzekeren kan niet zonder passende reglementaire en financiële verankering.**

In essentie wil ICURO met deze aanbevelingen een aanzet geven tot de nodige hervormingen die kunnen samengevat worden als een zoektocht naar het op één lijn brengen van de prikkels voor het **ziekenhuisbestuur** en de **artsen** om de doelstellingen van ons gezondheidsbeleid te realiseren, met name: *duurzaamheid, solidariteit en kwaliteit*.

2. Motivatie en situering van de ICURO-aanbevelingen 'kwaliteit en ziekenhuisfinanciering'

Q&S is een expliciet aandachtsdomein van ICURO. De voorbije jaren bracht ICURO met een open houding een intense samenwerking tot stand tussen alle Vlaamse ziekenhuizen (openbaar, privaat en universitair) en de respectievelijke overheden (federaal en Vlaams). De Commissie Q&S en de werkgroepen ziekenhuisaccreditatie zijn de structuren waarmee deze werking werd uitgebouwd. Onder de impuls van ICURO zijn samen met de overheid en andere kernactoren belangrijke en essentiële stappen gezet naar zowel publieke bekendmaking van resultaten van zorg als het verwerven van een ziekenhuisaccreditatie. Deze evolutie is onomkeerbaar. Met de werkgroep Q&F exploreert ICURO een noodzakelijke en nieuwe dimensie in het Q&S-domein. De werkgroep Q&F heeft, naast het politieke engagement, als doel concrete en praktische voorstellen uit te werken en aan te reiken voor een adequate, kwaliteitsvolle zorgorganisatie en een daarop afgestemde financiering. Het indicatorenproject 'VIP2' reikt daarvoor mooie aanknopingspunten aan. De zorgprofessionals zijn vaak vragende partij om ook kwaliteitsresultaten te integreren in het erkennings- en financieringsbeleid. De case van de borstkankerindicatoren kan hierbij als voorbeeld dienen: vanuit de beroepsgroepen is expliciet de vraag gerezen om naast de zuiver kwantitatieve gegevens (bijvoorbeeld het aantal nieuwe diagnoses) ook kwaliteitsaspecten in rekening te brengen. We kiezen resoluut om vanuit een sterk kwaliteitsgedreven invalshoek naar de financiering te kijken. Hiermee geeft ICURO een **duidelijk signaal** haar verantwoordelijkheid te nemen. We wachten niet lijdzaam af en gaan niet in het defensief, integendeel: we streven naar constructieve en realistische oplossingen die breed gedragen worden.

De kwaliteit van de ziekenhuiszorg is wereldwijd een belangrijk thema geworden. Hoewel de tevredenheid over (de kwaliteit van) ons gezondheidszorgsysteem globaal goed is, kan het nog beter. Niet in het minst omdat we het **kwaliteitsconcept** vanuit diverse invalshoeken kunnen benaderen: *effectiviteit, efficiëntie, toegankelijkheid, tijdigheid, veiligheid, patiëntgestuurd* (definitie Institute of Medicine⁴). Recent wordt daar ook nog *continuïteit* en *geïntegreerd* aan toegevoegd. Op alle niveaus, ook vanuit Europa, worden de **verwachtingen ten aanzien van kwaliteitszorg steeds explicieter**. Het perspectief van de rechten van de patiënt staat hierbij voorop. De ziekenhuizen moeten zich hierop voorbereiden, rekening houdend met de context van de eerder genoemde uitdagingen. Ook regeringskringen geven aan dat de integratie van kwaliteit een belangrijk

onderdeel zal vormen van het nieuwe financieringsmodel. Deze tendens is voor ICURO een bijzonder bemoedigend signaal. We willen structureel en ondersteunend meedenken en meewerken aan dit verhaal.

Onze scope is het uitwerken van een aantal aanbevelingen voor de financiering van kwaliteitsvolle zorg. Deze aanbevelingen kunnen uiteraard niet los gezien worden van het globale financieringsmodel. Een ziekenhuis is immers een schakel in een groter geheel. Vanuit de werkgroep Q&F worden diverse pistes geëxploreerd en uitgewerkt, en met een breed overlegplatform afgetoetst. De kern van de oplossingen ligt bij de artsen en de ziekenhuizen op het terrein. Het tijdig betrekken van alle actoren (overheden, beroepsgroepen, mutualiteiten, patiëntenverenigingen etc.) is een noodzakelijke voorwaarde. Hoe hoog we de **positieve benadering** ook in het vaandel dragen en de goede aspecten van ons gezondheidszorgsysteem wensen te benadrukken, toch mogen we ook niet blind zijn voor wat beter kan/moet. De toegankelijkheid, het aanbod, de solidariteit, de opleiding van onze zorgprofessionals etc., als cruciale items van kwaliteitsvolle zorg, zijn goed en dat moeten we ook zo behouden. Zwaktes zijn onder meer de grote variatie in zorg, suboptimale communicatie, aanbodgestuurd gebruik van middelen etc., die alle haaks staan op de geïntegreerde benadering die we nastreven.

Het is onze overtuiging dat er ook aan de zorgstructuren gesleuteld zal moeten worden. Het zal tijd vergen om dit structureel en geïntegreerd te doen, maar op lange termijn moet een bijgestuurd model de basis vormen om de financiering te heroriënteren, zodat de financieringsstromen deze meer geïntegreerde structuren volgen. In afwachting willen we evenwel niet stilstaan en richten we ons op wat binnen het bestaande model voor aanpassing vatbaar is, met name het meer oriënteren van de ziekenhuisfinanciering richting patiëntveiligheid en zorgkwaliteit. Dit zal onvermijdelijk een aantal gevoelige punten oprakelen, maar vanuit de werkgroep Q&F zijn we er sterk van overtuigd dat we met inhoud en consensus een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan dit debat.



3. Aanbevelingen voor een doelgerichte financiering van de ziekenhuizen

Bij het opstellen van de aanbevelingen werd bewust geopteerd voor de weg van de **geleidelijkheid, grondigheid en doelgerichtheid**. Dit verhindert echter niet dat er reeds op korte termijn belangrijke stappen kunnen gezet worden in het nastreven van het beoogde doel. In eerste instantie moeten we ons richten op een zorgmodel dat uitgaat van de noden van de patiënt. Ziekenhuiszorg financieren vertrekt immers idealiter vanuit het kwaliteitsvol beantwoorden aan de zorgnoden van de zorgvrager. Het financieringsmodel dat hieraan gekoppeld wordt, zal incentives moeten bevatten die het werken aan kwaliteit in al zijn dimensies bevorderen. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering moet stimulansen bevatten voor een kwaliteitsvolle zorg. Een voorwaarde hiervoor is dat de basisfinanciering in orde is. Die basisfinanciering is momenteel achterhaald. De bestaansnormen bleven reeds enkele decennia ongewijzigd. Daarom pleiten we, rekening houdend met de ranking van België op de RN4CAST-studie⁵, voor een voldoende hoge verpleegkundige bestaansnorm, die ook als dusdanig gefinancierd wordt. Het aantal patiënten per verpleegkundige staat immers in direct verband met mortaliteit, complicaties en werktevredenheid.

Zorgprofessionals moeten betrokken worden bij de uitwerking van een kwaliteitsgerichte financiering, zoals ook het geval is met de kwaliteits-indicatoren. Een dergelijke aanpak verhoogt alleszins de betrokkenheid bij beleidskeuzes van de ziekenhuizen en de overheid.

Concreet bedoelen we dat de implementatie van de aanbevelingen die hier worden aangereikt een stapsgewijze realisatie vereist, met een breed en stevig draagvlak bij alle betrokken actoren. De focus op een doelgerichte benadering (met de nadruk op de outcome van de zorg) wil niet suggereren dat de procesmatige benadering in het streven naar kwaliteitsvolle zorg van ondergeschikt belang is, wel integendeel. Een outcomegerichte focus geeft ziekenhuizen

HET VERHAAL VAN MARTHA

Een concrete illustratie als leidraad bij de aanbevelingen

Martha is 76 jaar en ondergaat een buikoperatie omwille van klieruitruiming iliacaal. Vijf maanden later heeft ze ernstige klachten. Na radiografische controle blijkt er een tetra-doek achtergebleven te zijn tijdens de ingreep. Als gevolg hiervan moet een heringreep worden uitgevoerd om de ondertussen geabscedeerde tetra-doek te verwijderen. Hiervoor verblijft ze twaalf dagen in het ziekenhuis en herstelt goed van deze ingreep.

immers de ruimte om ook autonoom initiatieven te nemen die creatief en innovatief zijn in hun aanpak en in hun streven naar de beoogde doelstelling, met name hoogkwalitatieve zorg. Tevens wensen we te onderstrepen dat in de noodzakelijke hervorming van de financiering het positief stimuleren van goede kwaliteit en het ontmoedigen van minder goede kwaliteit als belangrijkste prioriteit naar voren geschoven dienen te worden. Op deze wijze moeten we erin slagen het financieringsmodel beter te doen aansluiten bij de actuele doelstellingen van de organisatie van de gezondheidszorg. Tijdens de voorbije jaren en ook heel recent is er heel wat studiewerk verricht en zijn er initiatieven genomen rond aangepaste modellen van ziekenhuisfinanciering, maar het is aangewezen om nu effectief stappen te zetten zodat kwaliteitsvolle zorg daadwerkelijk kan gevalideerd en gevaloriseerd worden, en dit zowel ten aanzien van de nomenclatuur van de medische prestaties als ten aanzien van de ziekenhuisfinanciering.

De ICURO-werkgroep Q&F formuleert hiervoor volgende aanbevelingen:

1. Zorg voor congruentie in de (financiële) incentives voor alle zorgactoren die het continu, duurzaam en structureel werken aan kwaliteitsvolle zorg stimuleren.
2. Maak het mogelijk om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en af te leiden uit het zorgproces door het gebruik van een gemeenschappelijke gestructureerde taal, zonder bijkomende registraties.
3. Bouw de periodieke opvolging van kwaliteitsindicatoren in het financieringssysteem in.
4. Consolideer de bestaande databanken in de gezondheidszorg op basis van een globaal uniform en conceptueel datamodel en maak dit toegankelijk.
5. Evalueer de rol van de bestaande beheersstructuren in de gezondheidszorg en heroriënteer die meer expliciet richting kwaliteitsverbetering.
6. Bouw een aanvullend financieringsmechanisme op pathologie-genormaliseerde resultatenmeting van zorg en benchmarking.
7. Ontmoedig aanbodgestuurde zorgverstrekking en bouw de financiering van non-kwaliteit af.
8. Werk verder op de opgebouwde internationale expertise rond financiering van kwaliteit en zorg voor wetenschappelijke onderbouw.
9. Zet de vrijgekomen middelen in voor een terugverdienmodel voor investeringen in kwaliteitsverbetering.

3.1. Zorg voor congruentie in de (financiële) incentives voor alle zorgactoren die het continu, duurzaam en structureel werken aan kwaliteitsvolle zorg stimuleren

Een financieringssysteem moet in de eerste plaats doelgericht zijn, maar moet ook consistent de beoogde doelstellingen stimuleren voor alle betrokken zorgactoren. In het honoraria- en ziekenhuisfinancieringssysteem zitten nu tegenstrijdigheden ingebakken door verschillende incentives voor artsen en ziekenhuizen. Zo worden ziekenhuizen er bijvoorbeeld toe aangezet om hun ligduur te verminderen, maar worden aan artsen nog steeds toezichtshonoraria betaald volgens de ligduur van een patiënt. Deze laatste hebben aldus minder baat bij een kortere ligduur, wat uiteraard geen afbreuk hoeft te doen aan de professionaliteit van hun handelen, noch aan de toegankelijkheid van de zorg. Een tweede voorbeeld betreft de financiering van intensieve zorgen, die voor de ziekenhuizen in belangrijke mate geforfaitariseerd is, onder meer op basis van de verantwoorde ligduur per pathologie. Een intensieve zorgenafdeling is voor patiënten een hoogrisico omgeving. Hoe korter de patiënt er moet verblijven, hoe minder risico op een ziekenhuisinfectie. In het beste geval wordt opname op intensieve zorgen zoveel mogelijk vermeden en enkel beperkt tot patiënten met direct levensgevaar en/of tot patiënten die een zeer strikte en continue medische opvolging behoeven. Toch kan de huidige prestatiefinanciering aanzetten om patiënten op deze afdeling op te nemen en te houden.

Een tweede belangrijk element is dat een financieringsmodel ook congruent moet zijn met de beleidsdoelstellingen van de overheid.

In de huidige financiering ligt de focus vooral op effectiviteit (DRG-financiering) en productie. Een doelgerichte financiering zou voor alle zorgactoren congruent moeten zijn met deze doelstellingen, maar ook met de doelstellingen op het vlak van kwaliteit. We pleiten voor een model met een positieve stimulans voor het verbeteren van de kwaliteit. Die stimulans moet in het financieringssysteem voor alle betrokken zorgactoren (ziekenhuizen, artsen en paramedici) geïmplementeerd worden. Het KCE stelt voor om via pilootprojecten voor een selectie van frequente APR-DRG's evidence-based tarieven te implementeren; de 'Best Practice

Tariffs' uit Engeland worden daarbij als erg inspirerend gezien.¹ In andere landen stellen we vast dat systemen met financiële incentives voor kwaliteit zowel voor het ziekenhuis als voor de zorgactoren (artsen, paramedici) geïmplementeerd worden, ongeacht hun specifiek onderliggend financieringsmodel zoals 'fee for service', prospectieve financiering, of een all-inforfait. Door congruente incentives vermijdt men dat de verbetering van de zorgkwaliteit alleen de opdracht wordt van de ziekenhuizen. Voor een doelgericht financieringsmodel moeten alle zorgprofessionals immers in dezelfde richting gestuwd worden. In het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 wordt deze intentie ook duidelijk geformuleerd. Men geeft aan de ziekenhuisfinanciering te willen hervormen van een structuurgebonden en prestatiegedreven systeem naar een financieringsstelsel dat instellingen en zorgprofessionals stimuleert tot kwaliteitsvol en resultaatgericht handelen.

De werkgroep stelt voor om de inconsistente incentives in het huidige financieringsmodel om te buigen naar een model waar alle zorgprofessionals mede door financiële stimuli in dezelfde richting gestuwd worden, namelijk het verbeteren van de zorgkwaliteit.

3.2. Maak het mogelijk om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en af te leiden uit het zorgproces door het gebruik van een gemeenschappelijke gestructureerde taal, zonder bijkomende registraties

Artsen en ziekenhuizen worden vandaag gefinancierd op basis van een verschillende 'taal'. Voor het ziekenhuis is een diagnose- en procedureregistratie (vandaag ICD-9, morgen in ICD-10) de taal die gebruikt wordt om uiteindelijk DRG's te berekenen, waaraan een gemiddelde verantwoorde ligduur en financiering toegekend wordt.

Artsen daarentegen worden gefinancierd op een landspecifieke proceduretaal, met name de RIZIV-nomenclatuur, en leggen de vastgestelde diagnoses veelal op een niet-gestructureerde wijze vast als vrije tekst in een papieren of elektronisch dossier. Dit heeft enkele belangrijke gevolgen:

1. Het beperkt de uitwisselbaarheid van diagnosegegevens.
2. Het vereist een belangrijke post-factum inspanning van de codeerders in de ziekenhuizen om uit de vrije tekst in het medisch dossier de diagnoses om te zetten naar gestructureerde taal.
3. Het zorgt dikwijls voor een minder goede diagnose- en procedureregistratie, omdat de arts niet geresponsabiliseerd wordt op volledigheid en specificiteit.
4. Er is ontegensprekelijk informatieverlies doordat bepaalde stukken informatie alleen door de arts gekend zijn en niet onmiddellijk vastgelegd worden in een medisch dossier.
5. Door dit informatieverlies daalt de waarde van pathologie-gebaseerde financieringsmodellen ter bevordering van de zorgkwaliteit.

Internationaal gehanteerde methoden om een kwaliteitsfinanciering in te voeren op basis van bijvoorbeeld complicatie- en heropnameratio's, corrigeren meestal voor diagnoses en de ziekte-ernst van de patiënt en steunen op het feit of bepaalde diagnoses, zoals bijvoorbeeld infecties of drukletsels, al dan niet aanwezig waren bij opname van de patiënt. Het al dan niet aanwezig zijn van een diagnose bij opname (de zogenaamde POA of 'Present On Admission'-indicator) is een zeer belangrijke parameter om een correctie voor kwaliteit te kunnen doorvoeren in de financiering.

Deze dient dan ook betrouwbaar geregistreerd te kunnen worden. De registratie van POA werd in België ingevoerd in 2008 (invoering MZG). Uit de eerste analyses van de FOD Volksgezondheid op de gegevens die de ziekenhuizen via Portahealth aanleverden, blijken grote verschillen tussen de ziekenhuizen. Dit is ook logisch, omdat de arts niet rechtstreeks gestimuleerd wordt om de ingrepen, de diagnoses en het ontstaan van de diagnoses op een gestructureerde wijze te registreren in het medisch dossier. Voor het ziekenhuis bestaat er dus geen betrouwbare bron voor deze registratie, wat het gebruik ervan in een financieringsmodel erg moeilijk maakt.

Het leggen van een link tussen de informatisering van het patiëntendossier, het normale diagnose- en behandelproces van de arts en het gestructureerd vastleggen in een gestandaardiseerde terminologie (al dan niet via de taal SNOMED-CT) is vandaag veel realistischer dan op basis van ICD-9-CM. De nieuwe ICD-10 classificatie die sinds 1 januari 2015 in België is ingevoerd, is uitgebreider, specifiek en sluit qua omschrijvingen meer aan bij de normale klinische praktijk. In het KCE-rapport 93A kwam men eerder ook tot de conclusie dat: "Het classificatiesysteem (...) moet een

MARTHA

Voor de heringreep bij Martha werd in de MZG de correcte ICD-9 code gehanteerd met name "9984 Foreign Body accidentally left during a procedure, not elsewhere classified". Dit gegeven werd ter beschikking gesteld aan de FOD Volksgezondheid via de MZG.

Een correcte ICD-codering kan indicaties geven over kwaliteitsproblemen.

voldoende fijne codering mogelijk maken. De overstap naar ICD-10 zou hierin verbetering kunnen brengen indien de meer gedetailleerde codes (...) ook effectief worden gebruikt."⁶ Hoewel ICD-10 een verbetering is, heeft elke optie ook zijn beperkingen.

Voor de uitgevoerde procedures en behandelingen is het hanteren van een gemeenschappelijke taal minstens het onderzoeken waard. We moeten de vraag durven stellen

waarom er nog steeds een eigen taal gehanteerd en onderhouden wordt voor de registratie en financiering van procedures als er internationaal gevalideerde instrumenten beschikbaar zijn, die bovendien als onderbouw kunnen dienen voor een financieringsmodel op kwaliteit. Meer en meer landen gebruiken de ICD-10-PCS codering die mee de onderbouw

vormt van correctiemechanismen voor kwaliteit. Door de arts hiervoor medeverantwoordelijk te maken, samen met het gestructureerd registreren van diagnoses, leggen we de basis om correctiemechanismen in de financiering in te bouwen voor kwaliteit. Hierbij dient niet enkel aan penaliseren gedacht te worden, maar vooral ook aan het belonen van ziekenhuizen en artsen die een bepaalde doelstelling op het vlak van kwaliteit halen. Een belangrijk bijkomend voordeel is dat dit de gestructureerde uitwisselbaarheid van diagnoses onder zorgprofessionals faciliteert, wat op zich een kwaliteitsverbetering kan veroorzaken.

De werkgroep adviseert om de diagnoses en procedures door de artsen op een gestructureerde manier te laten registreren tijdens het zorgproces door deze taal ook minstens te hanteren voor de dossieropbouw. Dit verhoogt bovendien de uitwisselbaarheid van informatie onder zorgprofessionals met een stimulans tot kwaliteitsverbetering.

3.3. Bouw de periodieke opvolging van kwaliteits-indicatoren in het financieringssysteem in

Er wordt heel wat informatie verzameld in de ziekenhuizen en de gezondheidszorg in het algemeen met het oog op het beheersen en aansturen van het zorgsysteem. De overheid legt een aantal verplichte registraties op, zoals de MZG. Daarnaast organiseren de ziekenhuizen en artsen zich om inzicht te krijgen in een aantal deelfacetten, zoals ziekenhuisinfecties, registratie van drukletsels, incidentmeldsystemen en dergelijke meer.

De in de ziekenhuizen verzamelde kwaliteitsinformatie is evenwel niet volledig, onvoldoende betrouwbaar, met een beperkte focus op de opvolging van incidenten en complicaties, laattijdig en slechts partieel ter beschikking voor evaluatie door de verantwoordelijke financierings- en beleidsstructuren zoals overheid en mutualiteiten.

Alhoewel hiervoor niet specifiek gebouwd, bestaan er codes binnen de ICD-codering voor de registratie van een aantal 'never events' (bijvoorbeeld het achterlaten van vreemde voorwerpen tijdens een operatie). Een steekproef op de MZG-data van de ICURO-ziekenhuizen leert dat er in de MZG-registratie van deze ziekenhuizen nagenoeg geen enkele van deze mogelijk te registreren never events werd geregistreerd. Hieruit zou men kunnen afleiden dat deze never events bijna niet voorkomen. De toets met de praktijk en de incidentendatabanken in de ziekenhuizen toont evenwel het tegenovergestelde. De ziekenhuizen registreren wel degelijk complicaties zoals valincidenten, ziekenhuis-geassocieerde infecties en drukletsels. Ze worden evenwel vaak onder- of niet geregistreerd, dikwijls ook omdat ze door de zorgprofessional als dusdanig niet vastgelegd worden in het dossier. Deze partiële registratie maakt het onmogelijk om op een betrouwbare manier een globale opvolging en monitoring te doen van complicaties en never events in de ziekenhuizen. Het belet bovendien om een monitoringsysteem op te zetten voor zorggerelateerde schade, waarvan inspirerende voorbeelden te vinden zijn in het buitenland. Het lijkt ons essentieel om op zoek te gaan naar een mechanisme waarbij artsen, verpleegkundigen, paramedici én ziekenhuizen positief geresponsabiliseerd worden om deze informatie daadwerkelijk te registreren en ook over te maken aan de overheid via de MZG of een ander systeem voor

informatieuitwisseling. We sturen aan op een cultuurverandering, die alle actoren motiveert om het nodige te registreren en door te geven. In landen waar deze registratie al volop ingeburgerd is, zijn voorbeelden van regionale databanken voor incidenten. Daarmee kan de overheid op regionale of nationale basis initiatieven ontplooiën die zich toespitsen op structurele problemen. In België bestaan er enkel afgescheiden incidentmeldsystemen per ziekenhuis, die exclusief voor intern gebruik aangewend worden.

Soms laat de te gebruiken taal of catalogus ook niet toe om kwaliteitsproblemen effectief te registreren. Zo ook in het geval van Martha en de achtergebleven tetradoek. Simpelweg omdat er in de nomenclatuur geen codes voorzien zijn voor de correctie van kwaliteitsproblemen. Men zou kunnen overwegen om voor dergelijke ingrepen in de RIZIV-nomenclatuur aparte codes te voorzien, bijvoorbeeld het verwijderen van een vreemd lichaam achtergelaten tijdens een operatie. Ook de zijde van een ingreep wordt in de nomenclatuur niet gespecificeerd, hoewel dit nuttige informatie kan zijn in het kader van kwaliteitsevaluatie, zoals het aantal revisies en heringrepen.

MARTHA

Voor het verwijderen van een incidenteel achtergelaten vreemd lichaam bestaat geen apart nomenclatuurnummer. De arts die de heringreep uitvoerde en verantwoordelijk was voor de eerste ingreep kon hiervoor prestatienummer 243666 aanrekenen: insnijden en draineren langs abdominale weg van een subfrenisch of subhepatisch absces. Voor het RIZIV is er dus geen enkele indicatie dat deze ingreep de correctie van een kwaliteitsprobleem betreft.

Er worden heel wat gegevens verzameld over aandoeningen en verstrekte zorgen. Toch ontbreekt vandaag een globaal zicht op de registratie van kwaliteitsproblemen in de ziekenhuizen. De verschillende gebruikte registratietalen zijn hierop ook niet voorzien of de mogelijkheden worden onvoldoende benut. Hier zijn vele oplossingen mogelijk. Zo zou timestamping bij toediening van trombolysie gekoppeld aan bijvoorbeeld het opnametijdstip van de patiënt indicatief kunnen zijn voor de tijdigheid van een interventie, gekoppeld aan de Carenet-opnameberichten. Men kan de nomenclatuur van de nucleaire geneeskunde aanpassen, zodat men dezelfde dosisstudies zou kunnen doen als voor de radiologie.

Om de financiering meer kwaliteitsgedreven te maken, moeten we op de hoogte zijn van de zaken die fout lopen of dreigen fout te lopen, om ze tijdig te voorkomen. Er is nog heel wat weerstand tegen het registreren van incidenten/fouten en een correctie van de financiering op basis van de gemeten resultaten. Het is een moeilijke evenwichtsoefening. We moeten dan ook volop inzetten op een no-blame cultuur. In een eerste fase kan het aangewezen zijn in te zetten op financiële stimulansen voor een correcte registratie.

Er wordt op overheidsniveau reeds nagedacht over het stopzetten van onnodige en dubbele registraties. Dit is een positieve evolutie. Het registreren zou daarenboven nog veel meer gestructureerd moeten gebeuren, zodat de data ook gebruikt kunnen worden voor indicatoren. De sector is vragende partij om met de overheden in overleg te gaan over de registraties die nuttig en nodig zijn om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken en de financiering aan te sturen.

De werkgroep adviseert om de bestaande registratiesystemen in de gezondheidszorg te evalueren en bij te sturen in de richting van registratie van kwaliteit en kwaliteitsproblemen. Huidige onnodige registraties dienen afgebouwd te worden.

3.4. Consolideer de bestaande databanken in de gezondheidszorg op basis van een globaal uniform en conceptueel datamodel en maak dit toegankelijk

Sedert het KCE-rapport 30A, dat een inventaris maakte van de databanken in de gezondheidszorg, is het aantal registraties alleen maar verder toegenomen. Toch blijven de conclusies van deze studie overeind en is er nog heel wat werk te doen om de informatie daadwerkelijk te verbeteren en aan te wenden voor kwaliteitsevaluatie en -verbetering. Een selectie van de conclusies⁷:

1. Er is sprake van een versnippering van gegevensbanken en instanties, mede te wijten aan de complexe bevoegdheidsverdeling.
2. Horizontale gegevensanalyse wordt bemoeilijkt door het ontbreken van een unieke persoonsidentificatie.
3. Er is een gebrek aan gegevens over de extramurale gezondheidszorg.
4. Ondanks het groot potentieel slaagt België er onvoldoende in om degelijk te rapporteren en om (internationale) classificaties en concepten te gebruiken bij de dataverzameling, die het mogelijk zouden maken om ook internationaal op een correcte manier te rapporteren.
5. Voor de secundaire gebruikers is de toegankelijkheid van databanken niet altijd vanzelfsprekend.

Doorheen de jaren zijn er structuren gebouwd die de consolidatie van de gegevens en de toegankelijkheid ervan moeten verbeteren. We vermelden hier het Intermutualistisch Agentschap (IMA) en de Technische Cel van het RIZIV. Zo kreeg het IMA via de programmawet van 24 december 2002 de opdracht om de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken.⁸ Dit laat een consolidatie van de verschillende facturatiegegevens toe, maar beperkt

MARTHA

Een mogelijke indicatie van het kwaliteitsprobleem bij Martha zal pas beschikbaar zijn voor het RIZIV na de koppeling door de Technische cel van de gegevensbronnen MZG en nomenclatuur. Bovendien pas jaren na datum, wanneer de uitgevoerde prestaties en verpleegdagen reeds lang vergoed zijn.

zich daar ook toe. Studies rond consumptiepatronen zijn pas echt valide als ze gekoppeld kunnen worden aan de onderliggende pathologie. Naast het IMA werd met het KB van 18 oktober 2001 ook een Technische Cel voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen opgericht om de facturatiegegevens via het RIZIV en de anonieme medische diagnoses via de FOD Volksgezondheid te koppelen. De Technische Cel heeft als opdracht enerzijds de verbanden te analyseren die bestaan tussen de uitgaven van de verzekering voor de geneeskundige verzorging en de behandelde aandoening en anderzijds de uitwerking van financieringsregels, erkenningsnormen en kwaliteitsvoorwaarden in het kader van een doelmatig gezondheidsbeleid.

Niettegenstaande deze goede initiatieven zijn we ervan overtuigd dat men verdere stappen moet zetten voor een globaal conceptueel datamodel voor alle patiëntgebonden data (zowel medisch als consumptie). Er blijven immers belangrijke problemen rond definitie, validiteit, toegankelijkheid en tijdigheid van de data. Zo hebben in 2014 de meest recent beschikbare gegevens in verband met consumptieprofielen per DRG betrekking op 2011. Om de ambities geformuleerd in de laatste staatshervorming te realiseren zal de behoefte aan een geconsolideerd datamodel des te belangrijker worden. De complexiteit van de datastructuren mag niet verder verhoogd worden.

Een over de beheersstructuren geconsolideerde dataverzameling op basis van een geconsolideerd datamodel en vertrekkend van internationale standaarden laat toe alle mogelijkheden uit te putten voor analyse van de kwaliteit en het structureren van een kwaliteitsstimulerend financieringsmodel. Hierin dienen zeker ook de pathologie- en consumptiegegevens van de ambulante sector mee opgenomen te worden. Indien deze gegevens daarenboven rechtstreeks afgeleid worden uit het zorgproces, dan moet deze databank ook de 'big data' kunnen leveren die ons in staat stellen de nodige data-analyses uit te voeren om de effectiviteit te verhogen en de kwaliteit te verbeteren.

De werkgroep adviseert om de validiteit van de beschikbare gezondheidsgegevens te verbeteren, deze verder aan te vullen en te structureren op basis van een geconsolideerd data-model. Deze databank zou zoveel mogelijk opgebouwd moeten kunnen worden op basis van internationale standaarden en toegankelijk gemaakt worden voor alle beheersstructuren ten behoeve van kwaliteitsevaluatie en financiering.

3.5. **Evalueer de rol van de bestaande beheersstructuren in de gezondheidszorg en heroriënteer die meer expliciet richting kwaliteitsverbetering**

Het beheren van de gezondheidszorg is een taak die toevertrouwd is aan verschillende federale en regionale structuren. Zowel de FOD Volksgezondheid, het Agentschap Zorg en Gezondheid, de mutualiteiten, het IMA, de Technische Cel, het RIZIV als de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) hebben de opdracht om het systeem te beheren. Hierbij hoort ook de analyse van het beleid of de zorgpraktijk.

Kwaliteit omvat verschillende dimensies. Veelal ligt de focus van de beheersorganen vandaag op budgetbeheersing en de toegankelijkheid van de zorg. Er lijkt echter een kentering op komst. Zo pleit het KCE in het rapport over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering bijkomend voor een hervorming van de beheersstructuren op macroniveau, met name geïntegreerde bevoegdheden, beter afgestemde structuren en een herdefiniëring van de rollen van de verschillende actoren. Daarnaast stelt het KCE ook dat de besluitvormingsprocessen zich veel meer dan nu moeten baseren op objectieve gegevens en evidence.¹ Het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 geeft aan dat onderzocht zal worden hoe de gezondheidsgerelateerde activiteiten van de FOD Volksgezondheid geïntegreerd kunnen worden in het RIZIV. Echte verandering in de zorg kunnen we inderdaad pas realiseren wanneer alle betrokkenen in dezelfde richting gestuwd worden. De werkgroep Q&F is ervan overtuigd dat we, net als voor de zorgprofessionals, ook stimulansen voor de beheersstructuren van de ziekteverzekering moeten inbouwen, gebaseerd op goede zorgkwaliteit.

Hiermee gepaard kunnen we vooruitgang boeken door deze verschillende structuren prioritair te oriënteren naar kwaliteitsstimulatie en -evaluatie van de zorgverlening. Dit kan aanvullend aan de actuele taken van administratieve beheersing van de ziekteverzekering en het toezien dat verplichtingen binnen het wettelijke en reglementaire kader correct worden nageleefd.

Een kwaliteitsbevorderend financieringsmodel kan niet anders dan ook gebaseerd zijn op de registratie van fouten en complicaties. Hier ligt een

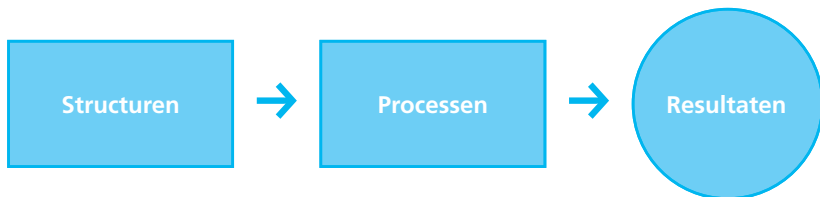
moeilijke evenwichtsoefening. Enerzijds maakt het correct registreren van fouten en complicaties een kwaliteitsevaluatie mogelijk. Anderzijds zou deze correcte registratie de basis kunnen vormen voor een financiering die bestraffend werkt voor ziekenhuizen en zorgprofessionals die een minder goede kwaliteit leveren. Een goede auditing en controle zijn minimale vereisten. Deze controle kan pas efficiënt zijn als men beschikt over gestructureerde en gecodeerde patiëntgebonden data van zowel aandoening als akten en geneesmiddelen, zoals in vorige aanbevelingen aangegeven. Bijgevolg lijkt het zinvol om te overwegen een deel van de audittaak onmiddellijk aansluitend aan de opname te laten verrichten op basis van zowel de diagnoseregistratie als de uitgevoerde akten. Om dit mogelijk te maken zijn structurele wijzigingen noodzakelijk.

De hoofd- en bijkomende diagnoses die via Carenet aan de mutualiteiten doorgegeven worden bij opname van de patiënt, laten niet toe een degelijke evaluatie van het verblijf of de behandeling van de patiënt uit te voeren vanuit kwaliteitsperspectief. Het lijkt dan ook het overwegen waard om één uniek kanaal te gebruiken om alle patiëntgebonden data te centraliseren, zodat onmiddellijk een gedegen controle en audit kan uitgevoerd worden aansluitend op het verblijf.

De werkgroep pleit ervoor om ook voor de verschillende beheersstructuren van de ziekteverzekering incentives te voorzien op basis van al dan niet globale kwaliteitsindicatoren en deze structuren een expliciete en prioritaire rol te geven met het oog op auditing en ondersteuning van de kwaliteit van zorgen binnen de zorgorganisaties.

3.6. Bouw een aanvullend financieringsmechanisme op pathologie-genormaliseerde resultatenmeting van zorg en benchmarking

Het ingrijpen op de financiering kan op basis van structuren, processen en outcome. Deze indeling van Donabedian wordt door velen in het veld van onderzoek rond gezondheidszorg zonder discussie als waardevol geacht. Structuren zijn de infrastructuren, de gebouwen, het personeel en de organisationele elementen. Processen steunen op de structuren; het verzorgend personeel haalt uit de structuren de middelen en mechanismen om het zorgproces uit te voeren. De outcomes of resultaten zijn dan de mate waarin de patiënt hersteld of genezen is, of deze de aandoening overleefd heeft, of deze tevreden is of niet,... Praktisch kan men hier zeer vlot mee aan de slag. Om zorg beter te coördineren kan bijvoorbeeld ingegrepen worden op de structuur (bvb. informaticatoepassingen of bijkomend personeel) of op het proces (onder andere protocollen of de verdeling van verantwoordelijkheden). De outcome kan gemeten worden als mortaliteit of overleving, of bij de patiënt bevroegd worden: was deze tevreden over de communicatie, de snelheid van zorgen,...⁹



Alhoewel niet steeds evident, is het onze overtuiging dat naast stimulanzen voor structurelementen en proceselementen, kwaliteitsstimulerende financieringsmechanismen ook in belangrijke mate gebouwd kunnen worden op basis van resultatenmeting. De in België gebruikte DRG's laten bijvoorbeeld toe om op basis van internationaal ontwikkelde en gevalideerde methoden aan de slag te gaan om de resultaten op ziekenhuisniveau te onderzoeken en hierbij rekening te houden met de onderliggende pathologie en case-mix. Dit geldt zowel voor complicaties, heropnamen als mortaliteit. Het is mogelijk om de financiering en kwaliteit

van zorgen aan elkaar te koppelen op basis van never events, potentially preventable complications (PPC), potentially preventable readmissions (PPR) en standardized mortality ratios (SMR).

Het grote voordeel hiervan is dat men gericht kan corrigeren in plaats van op een lineaire manier. De ingevoerde lineaire reductie van de RIZIV-forfaits bij heropnamen treft ook ziekenhuizen die minder heropnamen hebben dan andere ziekenhuizen of die geconfronteerd worden met niet-vermijdbare heropnamen (bijvoorbeeld heropname voor een sportongeval volledig losstaand van de vorige opname) en verantwoorde heropnamen.

In een eerste fase is wellicht het inbouwen van positieve stimulansen in de financiering op basis van bepaalde structuur- en procesindicatoren meer haalbaar. Ondertussen kan verder gewerkt worden aan de realisatie van de pathologiespecifieke resultatenmeting.

De werkgroep adviseert om een combinatie te gebruiken van kwaliteitsstimulerende financieringsmethoden, met een belangrijk accent op pathologie-genormaliseerde resultaatmeting.

3.7. Ontmoedig aanbodgestuurde zorgverstrekking en bouw de financiering van non-kwaliteit af

In het huidige model van ziekenhuis- en honorariafinanciering ontbreekt een expliciete kwaliteitsfocus. De introductie van de verantwoorde bedden is voor de ziekenhuizen een belangrijke incentive geweest in hun streven naar meer efficiëntie. Ziekenhuizen moesten met de gefinancierde ligduur hun kosten dekken, waardoor grote inspanningen geleverd werden om interne processen beter te organiseren. Voor de artsen zorgt het fee-for-service systeem voor belangrijke incentives naar productie en toegankelijkheid. Prospectieve- en fee-for-service financieringssystemen stimuleren evenwel niet noodzakelijk een goede zorgkwaliteit. De wijze waarop deze vandaag geïmplementeerd en toegepast worden binnen de Belgische ziekenhuis- en/of honorariafinanciering maakt dat ook kwaliteitsproblemen en additionele risico's zoals never events, complicaties, heropnamen en niet-evidenced-based praktijkverschillen in de ziekenhuizen gefinancierd worden.

Never events zijn gebeurtenissen die niet aanwezig waren bij opname in het ziekenhuis, de patiënt schade berokkenen en waarover in de sector ruime consensus bestaat dat deze niet zouden mogen voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn het achterlaten van vreemde lichamen tijdens

MARTHA

Voor de heringreep bij Martha werden zowel het ziekenhuisverblijf als de honoraria gefinancierd. Nochtans was de heropname het gevolg van het achterlaten van een vreemd voorwerp tijdens de vorige ingreep.

een ingreep, luchtembolen, drukletsels stadium III of IV, en operaties aan de verkeerde zijde. Verwijzend naar de casus van Martha wordt de correctie van deze fouten vandaag echter nog steeds vergoed. Zo zal de arts voor de initiële ingreep de volledige nomenclatuur kunnen factureren, alsook voor een eventuele heringreep om de fout zo mogelijk te herstellen.

Ook zal het ziekenhuis via de nomenclatuur financiering krijgen voor het operatiekwartier, en via de geregistreerde pathologie zullen ook verantwoorde ligdagen gefinancierd worden. Het KCE pleit in zijn rapport rond ziekenhuisfinanciering echter resoluut tegen de penaliserende van never

events omwille van de te grote barrières (correcte codering ontbreekt, 'schandpaalcultuur', enzoverder).¹ Ons inziens zijn deze barrières echter te overbruggen.

Naast de never events, die absoluut vermijdbare complicaties zijn, kunnen er tijdens een ziekenhuisopname ook **complicaties** optreden die, ondanks alle voorzorgsmaatregelen, niet steeds te voorkomen zijn. Zo zullen er in elk ziekenhuis infecties optreden of zullen patiënten ten val komen. De vraag is of deze in het ene ziekenhuis frequenter optreden dan in andere ziekenhuizen. Het financieringseffect loopt als volgt: complicaties kunnen de ziekte-ernst (Severity Of Illness) van de patiënt verhogen, waardoor de patiënt in een relatief zwaardere pathologiegroep terecht komt. Zwaardere pathologiegroepen hebben meestal een langere nationale ligduur en dus een hoger aantal verantwoorde ligdagen, wat resulteert in bijkomende financiering. Ze geven bovendien aanleiding tot bijkomende verstrekkingen door artsen en paramedici. Ziekenhuizen moeten vanuit een no-blame cultuur gestimuleerd worden om hun complicatieratio te verbeteren.

Ziekenhuizen die concrete doelstellingen formuleren met een duidelijk plan van aanpak en erin slagen die vervolgens ook te realiseren, moeten voor de geleverde inspanningen beloond worden met een incentive. Neem bijvoorbeeld de problematiek van valincidenten. Hoewel die nooit helemaal vermeden kunnen worden, kunnen met een gericht investerings- en preventiebeleid de incidentie en de gerelateerde complicaties in belangrijke mate gereduceerd worden. In eerste instantie moet getracht worden om op ziekenhuisniveau complicatieratio's te berekenen en te analyseren, eerder dan op patiënteniveau.

Heropnamen zijn eveneens een factor in vermijdbare kosten van ziekenhuiszorg. Het is algemeen bekend dat zij op de budgetten van Volksgezondheid wegen, en dat in de meeste westerse landen alles in het werk wordt gesteld om het aantal heropnamen te verminderen. Heropnamen kunnen zich voordoen wanneer patiënten te vroeg of onvoldoende hersteld uit het ziekenhuis worden ontslagen; voor het corrigeren van kwaliteitsproblemen; gewoon het resultaat zijn van een efficiënt zorgproces waarbij een patiënt niet nodeloos een ziekenhuisbed bezet houdt in afwachting van een vervolgstap in zijn behandeling; of geen relatie hebben met de vorige opname. Niet alle heropnamen zijn dus

het gevolg van een kwaliteitsprobleem. Heropnamen voor kwaliteitsproblemen gebeuren soms ook in andere ziekenhuizen dan het ziekenhuis waar zich het probleem voordeed. Er bestaan methoden om de potentieel vermijdbare heropnamen te detecteren. Op basis hiervan kan men een systeem bouwen dat vermijdbare heropnamen aangepast financiert. Wanneer we teruggrijpen naar de voorbeeldcasus van Martha met de achtergebleven tetradoek, dan zou het op veel begrip kunnen rekenen indien we deze forfaits zouden verminderen of zelfs niet langer financieren en hiervoor ook geen verantwoorde ligdagen of honoraria toekennen.

Naast de bovenstaande kwaliteitsproblemen zijn er ook grote verschillen op het vlak van indicatiestelling voor opname en behandeling. **Praktijkverschillen** worden in de meeste gevallen volledig gefinancierd. Het KCE vond praktijkverschillen tussen regio's, zelfs na eliminatie van het effect van variabelen zoals zorgaanbod, comorbiditeiten en socio-economische toestand.¹⁰ Er zijn ook belangrijke praktijkverschillen in de behandeling van patiënten met gelijkaardige aandoeningen. De referentiebedragen als financieel correctiemechanisme werden hiervoor geïntroduceerd. Toch tonen verschillende studies nog steeds belangrijke praktijkverschillen aan, die voor patiënten bijkomende risico's kunnen inhouden. De Christelijke Mutualiteit vond in een grootschalige studie over heupprothesen opmerkelijke verschillen tussen ziekenhuizen, onder andere op het vlak van bloedtoedieningen en het verblijf op intensieve zorgen.^{11,12} Het IMA besluit uit een studie over beeldvorming dat in ons land patiënten duidelijk meer blootgesteld worden aan ioniserende stralen dan in andere landen.¹³ Zo ligt onze gemiddelde populatiedosis hoger (België 2,1mSv, Frankrijk 1,3mSv), ligt de gemiddelde dosisbestraling per geëxposeerde inwoner hoger (België 3,9mSv, Frankrijk 2,5mSv) en scoort België voor specifieke leeftijdscategorieën een factor 2 (mannen tussen 70 en 90 jaar) tot factor 5 (vrouwen tussen 20 en 24 jaar) hoger dan Frankrijk. Het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 verwijst expliciet naar het wegwerken van niet-gerechtigde praktijkvariëaties.

De werkgroep stelt voor om in navolging van andere landen de financiering van non-kwaliteit af te bouwen door heropnamen voor kwaliteitsproblemen, never events en het excedent aan mogelijk vermijdbare complicaties aangepast te financieren.

3.8. Werk verder op de opgebouwde internationale expertise rond financiering van kwaliteit en zorg voor wetenschappelijke onderbouw

Internationaal is er ondertussen ruime ervaring opgebouwd met financieringssystemen voor kwaliteit.

In de Verenigde Staten heeft Medicare een uitgebreid programma opgezet om kwaliteitselementen te gebruiken voor correcties in de ziekenhuisfinanciering. De oorsprong hiervan ligt bij een studie van het NQF (National Quality Forum), waaruit bleek dat 87% van de ziekenhuizen de aanbevelingen over de preventie van HAC's niet volgde, terwijl Medicare 57% van deze infecties wel terugbetaalde via de reguliere financiering.¹⁴ De overheid besliste dat de financiering aan ziekenhuizen aangepast zou worden en wel op drie manieren: (1) ziekenhuizen mochten geen 'serious, preventable adverse events' meer aan de ziekteverzekering aanrekenen, (2) de ziekteverzekering mocht geen never events meer terugbetalen, en (3) de ziekenhuizen werden verplicht never events te melden op straffe van verminderde terugbetaling.

Naast deze penalisatie voor HAC's en never events heeft Medicare sinds 2011 nog twee andere programma's die de ziekenhuizen verantwoordelijk moeten stellen voor de kwaliteit van zorgen. Het programma 'Value Based Purchasing' beloont of bestraft op basis van de prestatie op een set van 24 kwaliteitsindicatoren. Het andere programma penaliseert ziekenhuizen die te veel patiënten heropnemen binnen de dertig dagen. De twee programma's samen kunnen een ziekenhuis 1,25% hogere inkomsten opleveren of 3,25% minder inkomsten tot gevolg hebben. De aanpassing wordt berekend naargelang het ziekenhuis het beter of slechter deed dan de vorige jaren en in vergelijking met andere ziekenhuizen. Het hoogste quotiënt van de twee wordt in rekening gebracht: het is dus mogelijk dat ziekenhuizen die het minder goed doen dan andere maar sterk verbeterd zijn, een (grotere) bonus krijgen. Tegen 2017¹⁵ zal op basis van dit programma 6% van de pathologiefinanciering van een ziekenhuis gevat worden door quality performance measures. Ook artsen voelen deze maatregelen. Gezien het belang van informatisering op de zorgkwaliteit werd ook een stimuleringsprogramma uitgewerkt voor het gebruik van gecertificeerde elektronische patiëntendossiers.

Ook in andere landen, waaronder Engeland, zijn er systemen geïntroduceerd. Zo corrigeert de 'marginal tariff rule' voor een te hoog percentage aan urgentie- en heropnamen.

Deze internationale ervaringen zijn inspirerend en kunnen ons veel leren. Internationaal werden ook diverse technieken en mechanismen ontwikkeld om aangepaste financiering praktisch mogelijk te maken. De internationale inzichten, ervaringen en technieken hoeven niet zomaar geïmplementeerd te worden in de Belgische context, maar zorgen er wel voor dat in België op korte termijn de eerste stappen kunnen gezet worden. Tevens willen we ervoor pleiten om zowel de evaluatie van de systemen zelf als de implementatie ervan in de Belgische context wetenschappelijk te onderbouwen en te evalueren.

De werkgroep adviseert om de ruime internationale inzichten, ervaringen en nieuwe systemen i.v.m. kwaliteitsfinanciering te toetsen aan de Belgische context. Op korte termijn kunnen stappen gezet worden om, mits eventuele noodzakelijke aanpassingen, over te gaan tot implementatie en validatie tezamen met een wetenschappelijke onderbouw.

3.9. Zet de vrijgekomen middelen in voor een terugverdienmodel voor investeringen in kwaliteitsverbetering

Er bestaat een contraproductief effect in de huidige ziekenhuis- en honorariafinanciering. Ziekenhuizen die investeren in kwaliteitsverbetering en in maatregelen om complicaties te vermijden worden hiervoor vandaag dubbel 'gestraft'. Enerzijds vergt dergelijk beleid dikwijls aanzienlijke investeringen en anderzijds loopt men hierdoor additionele financiering mis. Het terugverdieneffect voor investeringen in kwaliteitsverbetering komt bovendien in vele gevallen niet bij de investeerder terecht.

De werkelijke kwaliteitswinst komt uiteraard in de eerste plaats de patiënt ten goede, maar de financiële return ligt in veel gevallen buiten het ziekenhuis. Het vermijden van complicaties biedt een voordeel voor de gemeenschap, onder meer door het vermijden van additionele kosten en patiënten die sneller hersteld terug hun rol in de maatschappij kunnen opnemen. De sociale zekerheid wordt hierdoor efficiënter, maar de investeringskost ligt bij het ziekenhuis, bovenop een negatief omzetestefect. Het is absoluut niet bevorderlijk om als ziekenhuis voluit in te zetten op een 'zero defects'-beleid. We zien hier twee mogelijke invalshoeken:

1. Gerealiseerde kostenbesparingen voor de sociale zekerheid (werkloosheid, ziekteverzekering, gezondheidszorg) door een kwalitatieve ziekenhuisorganisatie kunnen via het principe van shared savings geherinvesteerd worden in de ziekenhuizen.
2. Non-kwaliteit niet langer financieren en de vrijgekomen middelen gebruiken om ziekenhuizen die het kwalitatief beter doen of een belangrijke vooruitgang boeken te ondersteunen.

Zo kan een doelgericht financieringsmodel ontstaan, waarbij het voor ziekenhuizen en artsen echt loont om voluit te investeren in kwaliteitsverbetering. Een aangepaste financiering van non-kwaliteit moet de financiële ruimte creëren om middelen in te zetten voor een model dat goede zorgkwaliteit (ook financieel) stimuleert. Het KCE-rapport over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering haalt het concept 'Accountable Care Organisations' (ACO's) aan.¹ In zulke groepen van zorgverleners

(bijvoorbeeld een ziekenhuis) vloeit een deel van de besparingen terug naar de groep als bepaalde financiële en klinische doelstellingen gehaald worden voor een bepaalde groep patiënten en op basis van vastgelegde kwaliteitscriteria.

Men zou bovendien kunnen overwegen om middelen die reeds in de huidige financiering vervat zitten te heroriënteren voor het financieren van maatregelen of initiatieven die kwaliteit en/of het werken hieraan aanmoedigen.

Ter illustratie grijpen we terug naar een studie van het KCE die tot de conclusie kwam dat een snelle opname, bij voorkeur binnen de twee uur na een CVA (Cerebro Vasculair Accident - beroerte), in een 'stroke unit' van cruciaal belang is.¹⁶ Een intensieve behandeling met bloedverduuners (trombolyse) kan binnen deze tijdspanne onherstelbare schade (met bijhorende zorgafhankelijkheid van de patiënt) voorkomen. Elke vorm van behandeling na deze tijdspanne is weinig zinvol, vaak onmogelijk en hypothekeert de prognose aanzienlijk. De (zeer) korte tijdsperiode waarbinnen accuraat moet gehandeld worden om de uitkomst (en dus ook de mogelijke belangrijke gevolgen) voor de patiënt te maximaliseren, toont dat de organisatie van het zorgproces (zeer) goed afgestemd moet zijn. Vandaag bevat het financieringsmodel een financiering voor permanentie, maar die is niet gekoppeld aan een organisatie die een effectieve tijdige interventie kan garanderen.

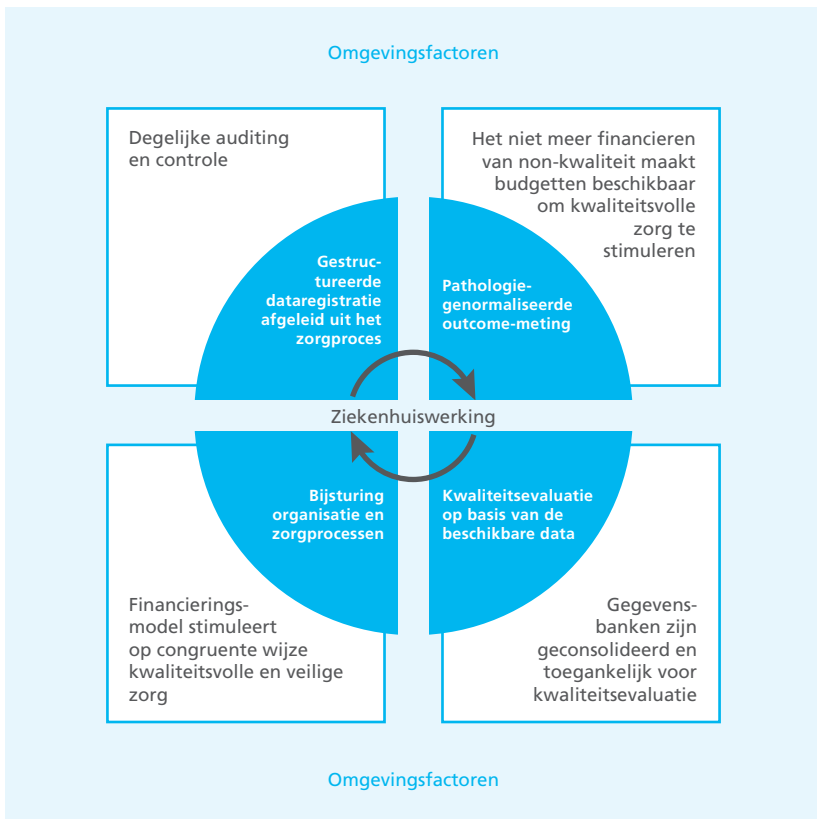
De werkgroep stelt voor om vrijgekomen middelen in te zetten om een financieringsmodel te bouwen waarbij positieve terugverdieneffecten ontstaan voor het investeren in kwaliteitsverbetering in de ziekenhuizen. Dit wordt bij voorkeur gekoppeld aan een model waarbij ook een gedeelte van de maatschappelijke winst binnen de sociale zekerheid terugvloeit naar de ziekenhuizen en zorgprofessionals (shared savings).



4.

**Samenvatting: een
conceptueel model
voor het inbouwen van
financiële stimulansen
tot kwaliteitsvolle
ziekenhuiswerking**

Als synthese vatten we de aanbevelingen samen in een conceptueel model voor het inbouwen van financiële stimulansen tot een kwaliteitsvolle ziekenhuiswerking. Dit model moet toelaten kwaliteit structureel en duurzaam te verankeren in de financiering van de ziekenhuizen en bij uitbreiding de gezondheidszorg. Hierbij onderscheiden we enerzijds elementen in de omgevingsfactoren en anderzijds principes die ingebed worden in de ziekenhuiswerking.



Noodzakelijke wijzigingen in de omgevingsfactoren betreffen het vervolledigen, structureren, consolideren en toegankelijk maken van de bestaande databanken. Genormaliseerde kwaliteitsindicatoren leggen

immers de basis voor een financieringsmodel dat congruent en stimulerend werkt ten aanzien van kwaliteitszorg in al zijn dimensies. Het hanteren van deze gegevens in een financieringsmodel vereist een degelijke audit en controle, enerzijds om de zorggerelateerde schade of de zorgkwaliteit te kunnen beoordelen, maar anderzijds ook om mogelijke registratiefouten en over- of onderregistratie te kunnen detecteren. Het stimuleren van kwaliteit via een financieringsmodel maakt dat er een terugverdien-effect kan ontstaan voor investeringen in kwaliteit.

Ook binnen de ziekenhuiswerking moeten inspanningen gebeuren om gegevens voor het in kaart brengen van kwaliteitsindicatoren te structureren en af te leiden uit het zorgproces. Deze indicatoren zijn structuurgerelateerd, procesgerelateerd of pathologie-genormaliseerd en gebaseerd op resultaatmeting. Op basis hiervan en rekening houdend met benchmarkreferenties kan een kwaliteitsevaluatie gebeuren, die desgewenst aanleiding geeft tot financiële maatregelen en het aanpassen van de ziekenhuiswerking. Dit proces is een cyclisch en continu proces van meting, evaluatie en bijsturing.

Referenties

- 1 Van de Voorde, C., Van den Heede, K., Mertens, R. (eds). *Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering – Synthese*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 229As. D/2014/10.273/xx.
- 2 Federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014. <http://www.premier.be/nl/regeerakkoord>, geraadpleegd op 9 oktober 2014.
- 3 Kips, J., Michiels, K. & Verschoren, K. et al. 2014. *Together we count. Naar een patiëntgerichte financiering van de algemene ziekenhuizen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- 4 Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington D.C.: National Academy Press.
- 5 <http://www.rn4cast.eu/en/pages-abstract>, geraadpleegd op 17 juni 2014
- 6 Gillet P, Kolh P, Sermeus W, Vleugels A, Jacques J, Van den heede K, et al. *Detectie van adverse events in administratieve databanken*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 93A. Ref D/2008/10.273/73. (pagina V)
- 7 Van de Sande S, De Wachter D, Swartenbroeckx N, Peers J, Debruyne H, Moldenaers I, Lejeune B, Van Damme V, Ramaekers D, Leys M. *Inventaris van databanken gezondheidszorg*. KCE Reports vol. 30A Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); Mei 2006. Ref. D/2006/10.273/14. (pagina II en III)
- 8 <http://www.nic-ima.be/nl/imaweb/whois/content/imaweb/whois/objective.html>, geraadpleegd op 19 september 2014
- 9 McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, et al. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies* (Vol. 7: Care Coordination). Technical Reviews, No. 9.7. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 Jun.

- 10 Jacques, J., Gillain, D., Fecher, F., Van De Sande, S., Vrijens, F., Ramaekers, D., et al. *Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België*. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 42A (D/2006/10.273/45).
- 11 Persbericht CM van 29 juni 2011 'Heupprotheses: grote verschillen tussen ziekenhuizen'.
- 12 https://www.cm.be/binaries/Persconferentie%20heupprothese_tcm375-102114.pdf, geraadpleegd op 16 juni 2014
- 13 IMA-AIM. Medische Beeldvorming. Projectnummer RIZIV 2009012.
- 14 <http://www.aaos.org/news/aaosnow/jul11/managing6.asp>, geraadpleegd op 17 juni 2014
- 15 Andel, C. et al. *The economics of health care quality and medical errors*. Journal of Health Care Finance. Fall 2012 (39-50).
- 16 https://kce.fgov.be/nl/press-release/beroerte-snelle-opname-in-gespecialiseerde-stroke-unit-cruciaal#.U577J5R_tvA, geraadpleegd op 16 juni 2014

ICURO koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners

Handelsstraat 82 - 9de verdieping, 1040 Brussel, België

T + 32 2 286 85 50 | F + 32 2 507 01 00

www.icuro.be