



## TECHNISCHE FICHE – Vlaamse en federale verkiezingen

Team: AZ

Topic: hervorming ziekenhuisfinanciering – DRG-forfait per opname

### Standpunt in een 'pitch'

(met aandacht voor brede maatschappelijke relevantie, relevantie voor huidige/toekomstige cliënt en zorgorganisaties)

### Forfait per opname - Doel:

- Eenvoudiger, transparanter, prospectief
- Een meer rechtstreekse financiering, in functie van organisatorische en financiële verantwoordelijkheid
- Gekoppeld aan een kwaliteitsvolle personeelsomkadering
  - o Met integratie van allerhande financieringen voor bijkomende personeelsinzet, bv. zorgpersoneelsfonds, sociale maribel, historische uitbreidingen, ...

### Forfait per opname – Scope:

Deze prospectieve, op pathologiegebaseerde DRG-financiering van activiteiten is onderbouwd op basis van verantwoorde kosten. Hierbij houdt men niet alleen rekening met de hoeveelheid (volume) van de pathologie, maar ook met ernstgraad en complexiteit van de zorg. Het **DRG/SOI-forfait**<sup>1</sup> heeft betrekking op homogene groepen van zorg(verbruik).

- Voor (standaard) acute opnames: klassieke (minstens 1 overnachting) en dagziekenhuis
- Te onderzoeken: mogelijke uitbreiding van de DRG's die vandaag in aanmerking komen voor laagvariabele zorg, met eventuele beperking tot SOI 1 en/of 2, cf. eerdere studie van het federale Kenniscentrum KCE . De cluster met laagvariabele zorg bestaat uit ziekenhuisverblijven die enkel laag-complexe standaardzorg vereisen, die weinig varieert tussen patiënten en die goed voorspelbaar is.
- Aandachtspunt: een vlotte en efficiënte toepassing vereist een snellere MZG-registratie (idealiter volledige registratie bij ontslag) - cf. laagvariabele zorg
- Patiëntenzorg gefinancierd via RIZIV-conventies valt in een eerste fase buiten scope, want daaronder vallen vooral ambulante zorgen. In een latere fase – i.e. zodra ook de financiering voor ambulante zorg binnen het ziekenhuis is hervormd - kan ook het model voor gehospitaliseerde en ambulante "conventiepatiënten" geïntegreerd worden in de nieuwe logica. Hierbij gaat het eerder over de uitrol van forfaits die periodiek toegekend worden, gelinkt aan chronische pathologie.

Zie plan minister Vandenbroucke: "all-in" forfait, zonder honoraria (wel behoud forfaits LVZ) "de kost voor de zorggerelateerde onderdelen gefinancierd via het huidig BFM, aangevuld met de kost van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen evenals het gedeelte van de honoraria dat werkingskosten dekt die niet vergoed worden door het BFM. Op termijn kunnen ook de kosten voor de pre- en posthospitalisatie in het pathologieforfait worden opgenomen."

1. de kost voor de **zorggerelateerde onderdelen** gefinancierd via
  - o het huidig BFM onderdeel B2, aangevuld met relevante financieringen in B4 en B9
  - o Aangevuld met RIZIV-dagforfaits

<sup>1</sup> DRG = diagnosis related groups (pathologiegroep), SOI = severity of illness (ernstgraad)

- Bijkomende verloning: vandaag bevat de financiering van sociale akkoorden (BFM B9) ook niet-BFM personeel, maar in globo alle personeel in dienst van het ziekenhuis. Het uitgangspunt dat de praktijkkosten binnen de nomenclatuur de reële personeelskosten bevatten, met inbegrip van de voordelen vanuit sociale akkoorden, kan doorgetrokken worden naar het DRG-forfait. Op die manier bevat het DRG/SOI forfait per opname de correcte financiering van sociale akkoorden en andere bijkomende verloningsaspecten (B4-B9). Dit beperkt maximaal periodieke aanvullende financieringen i.f.v. nieuwe sociale akkoorden, bovenop de basisfinanciering van ziekenhuizen. Het is hierbij cruciaal dat de praktijkkosten en het DRG/SOI forfait op regelmatige basis geactualiseerd wordt.
    - De meerkost van sociale akkoorden van personeel dat noch ten laste van honoraria, noch ten last van het DRG/SOI forfait valt, blijft een aparte financiering. Bv. medewerkers op spoed of revalidatie.
2. Aangevuld met de kost van **geneesmiddelen, implantaten, medische hulpmiddelen** evenals het gedeelte van de honoraria dat **praktijkkosten** dekt die niet vergoed worden door het BFM.
3. Er dient ook bepaald te worden welke zorgkosten/kosten van **andere zorg en ondersteunende diensten** wel/niet in het DRG-forfait worden opgenomen, zie ook fiche financiering in globo. Het gaat hier om:
- Zorgondersteunende diensten: bv. wasserij, voeding, centrale sterilisatie, ziekenhuishygiëne, EPD, apotheek (oa. PICs normering, distributie, opslag), interhospitaalvervoer, logistiek, ...
  - Algemene werking (overhead): bv. onthaal, administratie, energie, cybersecurity, GDPR, ...
  - Specifieke opdrachten: bv. spoed, PIT, revalidatie en de universitaire opdracht (onderzoek/innovatie en opleiding)

De financiering zou vereenvoudigd kunnen worden, en zeker niet allemaal via een "afzonderlijke" financiering en opvolging met telkens bijkomende regels. Er moet absoluut gewaakt worden over administratieve overlast (incl. registratie).

- Een deel kan toegevoegd worden aan het DRG-forfait:
  - indien patiënt/opname/volumegerelateerd. Bv. vast bedrag voor maaltijd, was & linnen, ... toevoegen aan het DRG-forfait (uniform bedrag per verblijf onafhankelijk van DRG – of vast bedrag per groep van DRG's)
  - via een mark-up voor indirecte kosten bovenop het DRG-forfait, voor zover onderbouwd op basis van verantwoorde kosten (minstens gebaseerd op een representatief staal van ziekenhuizen)
- Een meer globale financiering voor structuren en verplichtingen die niet zo zeer volumegerelateerd zijn, zoals zorgactiviteiten die niet strikt gelieerd kunnen worden aan het aantal en/of soort (dag)opnames (bv. spoedgevallendienst, EPD). Deze financiering kan bestaan uit een vaste en variabele component, rekening houdend met de specifieke karakteristieken van de opdracht en de onderliggende kosten.

### Proces:

- Lopende studies verderzetten
- Aandachtspunt: om systematische "correcties achteraf" te vermijden is het belangrijk dat de MZG-registratie korter op de bal speelt, i.e. snellere definitieve codering na het ontslag van de patiënt, cf. laagvariabele zorg
- **Periodieke actualisatie** van de kostenstudies is noodzakelijk, zodat de DRG/SOI-forfaitbedragen voldoende rekening houden met de wijzigingen in de zorgkosten, medische evoluties en sociale akkoorden. Dit kan via een representatieve groep van peilziekenhuizen die periodiek kosten op een uniforme manier aanleveren.

## Essentiele randvoorwaarden/vereisten

- De financiering via een DRG-Sol-forfait op basis van verantwoorde kosten vereist **een open-end budget**. Het DRG-Sol-forfait mag niet gebruikt worden als gewicht voor de verdeling van een gesloten enveloppe zoals de verantwoorde ligduur in BFM onderdeel B2 vandaag.
- Aandachtspunt: responsabilisering van de zorgverleners voor de kosten die ten laste van het DRG-forfait vallen.
- Periodieke actualisatie van de kostenstudies is noodzakelijk, zie supra "proces"