



TECHNISCHE FICHE – Vlaamse en federale verkiezingen

Team: AZ

Topic: hervorming ziekenhuisfinanciering – in globaliteit

Standpunt in een 'pitch'

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

Uitdagingen gezondheidszorg

- Een groeiende groep van patiënten met **chronische pathologie**, die levenslang zorg nodig hebben en waarbij het cruciaal is, niet enkel voor het levenscomfort van de patiënten, maar ook voor de budgetten, dat ze zo lang mogelijk in zo goed mogelijke gezondheid blijven. Er is met andere woorden:
 - o Nood aan preventie en vroegtijdige detectie van mogelijke verslechtering en complicaties zodat deze burgers zo weinig mogelijk ziekenhuiszorg nodig hebben;
 - o Nood aan veel meer afstemming (communicatie en coördinatie) tussen de verschillende zorgactoren (geïntegreerde zorg, zorgcontinuüm);
- **Tekort aan resources:**
 - o Groeiende tekorten aan (zorg)personeel, niet enkel binnen de ziekenhuizen, maar nog in sterkere mate in o.a. de woonzorgcentra – door minder interesse voor de zorgsector, door verloningsverschillen, door een maatschappelijke trend naar een work-private balance, die minder gewicht aan “work” toekent, ...
 - o Budget: De vaststelling dat de economische groei ook in de toekomst niét van die aard zal zijn dat er significant meer publieke middelen naar de gezondheidszorg kunnen vloeien. Ook onderwijs, veilige wegen, ... blijven belangrijke maatschappelijke noden die voldoende publieke financiering vereisen.
- Ontwikkeling van heel **dure geneesmiddelen**, sommige met levensreddende, andere met (al dan niet beperkt) levensverlengende eigenschappen – die een héél zware druk op het totale budget leggen;
- Ontwikkeling van nieuwe (**dure**) **technieken**, waar – zeker in de Belgische context – heel veel spelers ambitie hebben om de nieuwe technieken aan te bieden, zelfs zonder zorgvuldige voorafgaande evaluatie; en ook verwachten dat die nieuwe technieken soepel worden terugbetaald via de ziekteverzekering.
- Kwaliteit, snelheid en toegankelijkheid van medische zorg verschillen tussen groepen in de samenleving, vaak gebaseerd op **economische, sociale of geografische factoren**.

Startpunt = organisatie: Visie op het toekomstig zorglandschap

Een betaalbare, toegankelijke, kwaliteitsvolle en duurzame gezondheidszorg **voor alle patiënten**.

Die binnen de beschikbare resources en uitdagingen op technologisch en medisch vlak streeft naar het realiseren van vijf belangrijke doelstellingen om de **effectiviteit en duurzaamheid van de Belgische gezondheidszorg te verbeteren** (quintuple aim):

1. Verbetering van de patiëntervaring: Dit omvat de kwaliteit en tevredenheid van de zorg vanuit het perspectief van de patiënt, met aandacht voor toegankelijkheid, empathie en communicatie.
2. Verbetering van de gezondheid op populatieniveau: Gericht op het bevorderen van de algehele gezondheid van de bevolking door in te zetten op preventie,

gezondheidsbevordering, en het aanpakken van sociale determinanten van gezondheid.

3. Vermindering van de kosten: Het streven naar efficiëntie door het reduceren van verspilling, het optimaliseren van middelen en het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg.
4. Verbetering van de werkervaring van zorgverleners: Het zorgen voor een positieve en ondersteunende werkomgeving voor zorgprofessionals, om burn-out te verminderen en tevredenheid en retentie te verhogen.
5. Bevorderen van gezondheidsgelijkheid: Het aanpakken van ongelijkheden in gezondheidsuitkomsten en toegang tot zorg voor verschillende bevolkingsgroepen, met als doel een meer inclusief en rechtvaardig gezondheidssysteem.

De juiste zorg op de juiste plaats:

- met samenwerking tussen ziekenhuizen en met andere zorgaanbieders
- de taken en verplichtingen van het ziekenhuis van de toekomst in het zorgmodel van de toekomst zijn bepaald in afstemming met alle schakels in de zorgketen (link met zorgstrategische plannen), waarbij de organisatie getoetst wordt aan een efficiënte inzet van maatschappelijke middelen en kwaliteit.
- onderbouwd op basis van wetenschappelijke richtlijnen, voor zover beschikbaar

WAT? Doel van de hervormde financiering van de zorg

- Future-proof: de transitie van het zorglandschap faciliteren, met dynamische financieringsmechanismes die continu inspelen op de uitdagingen waar de zorg voor staat, zie supra;
- Kostendekkend: een correcte financiering van de zorg aangepast aan, en mee evolueren met, de taken en verplichtingen die de ziekenhuizen en zorgverstrekkers in de gezondheidszorg dienen op te nemen, met ruimte voor innovatie. Nieuwe zaken worden gefinancierd met bijkomende budgetten voor zover ze kosten genereren die niet in de basisfinanciering vervat zijn;
- Eenvoudiger, transparanter en voorspelbaar;
- Zowel voor activiteit als structuren een meer rechtstreekse financiering, in functie van organisatorische en financiële verantwoordelijkheid
 - o gekoppeld aan een modern governancebeleid, waarbij de overheid het kader schetst en ruimte laat op lokaal niveau om afspraken te maken tussen de verschillende zorgverleners en -organisaties (voor nieuwe vormen van samenwerking, nieuwe organisatiemodellen), en voor de ziekenhuizen tussen ziekenhuisbeheer en zorgverstrekkers in het ziekenhuis, cf. sociaal ondernemerschap.
 - o Bv. bij de ziekenhuisfinanciering is de opsplitsing tussen het intellectueel gedeelte en kostengedeelte van de honoraria richtinggevend, het blijft de basis dat alles kostendekkend berekend en toegepast wordt.

HOE? Mechanismes binnen hervormde financiering

1. OPNAMES en EVOLUTIE NAAR AMBULANT

- Standaard ziekenhuisopnames: verder werken aan een forfait per opname (acuut klassiek en dagziekenhuis). 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-forfait¹ heeft betrekking op homogene groepen van zorg(verbruik). Zie verder fiche DRG-forfait.
- Aangepaste financiering voor zogenaamde "outliers" (hoogvariabele zorg).

¹ DRG = diagnosis related groups (pathologiegroep), SOI = severity of illness (ernstgraad)

- Dit gaat over de patiëntengroepen voor wie de zorg moeilijk/niet te vatten is in een forfait per opname, omdat de zorg onvoldoende of niet standaardiseerbaar is.
 - Hier is de financiering eerder afgestemd op de reële inzet van middelen
- Inspelen op de evoluties:
- van klassieke opnames naar dagziekenhuis, voor zover het profiel van de patiënt het toelaat. Veilige patiëntenzorg vereist de uitwerking van een zorgpad met inbegrip van de zorgverleners buiten het ziekenhuis (pre- en post-hospitalisatie), cf. principe "juiste zorg op juiste plaats". De financiering dient hierop afgestemd te zijn.
 - naar ambulante ziekenhuisactiviteiten. Het gaat om technieken en onderzoeken die meer en meer in een ambulante ziekenhuissetting plaatsvinden en geen opname meer vereisen. Het gaat bv. over specifieke labo-onderzoeken, medische beeldvorming, functiemetingen, kleine ingrepen, ...
 - naar buiten de ziekenhuismuren, bv. naar thuisomgeving, wijkcentra, woonzorgcentra met link vanuit ziekenhuizen, bv. outreach, thuishospitalisatie, zorg op afstand.

De financiering moet de medische technologische en wetenschappelijke evoluties ook hier volgen en financieel afdekken.

2. AMBULANTE activiteiten

De ambulante verstrekkingen, zowel binnen als buiten de ziekenhuismuren, worden vandaag uitsluitend via honoraria gefinancierd². Zoals hierboven aangehaald, gaat het bijvoorbeeld over technieken en onderzoeken die geen opname meer vereisen. Ook consultaties vormen een aanzienlijk deel van de ambulante activiteiten binnen de ziekenhuizen.

Hierbij stellen er zich een aantal uitdagingen en risico's. Specifiek op financieel vlak gaat het in het bijzonder over het risico op "cherry picking", waarbij de ambulante specialistische zorg - vooral voor de mobiele patiënt (met weinig gezondheidsklachten) - verschuift naar privépraktijken buiten de ziekenhuizen, terwijl diezelfde ambulante zorg voor de meer chronisch zieke en minder mobiele patiënten met multimorbiditeiten, tegen eenzelfde tarief, binnen de ziekenhuismuren dient verleend te worden.

Bovendien kan een vlotte organisatie van de ambulante activiteiten in het ziekenhuis gemakkelijker doorkruist worden door onverwachte omstandigheden, bv. een arts die opgeroepen wordt.

Ook de grote verscheidenheid aan financiële regelingen voor het aanrekenen van werkingskosten ten laste van de honoraria is een belangrijke uitdaging. Verder dienen de afdrachten niet alleen voor werking, maar ook voor solidariteit tussen zorgverstrekkers en disciplines onderling (geldt voor alle honoraria). Hiermee moet rekening gehouden worden in het kader van de hervorming van de honoraria.

Om aan bovenstaande risico's tegemoet te komen kan een financiële incentive / tussenkomst voorzien worden om ambulante activiteiten in het ziekenhuis te organiseren. Het gaat dan zowel om de werking en zorgverlening als ook de infrastructuurkosten van de polikliniek.

Verder is de financiële responsabilisering van de zorgverstrekkers, zoals bijvoorbeeld de mogelijkheid om reële kosten door te rekenen, een belangrijk aandachtspunt. Het is cruciaal om de ziekenhuissector te betrekken bij de uitwerking van een nieuwe financiering voor de ambulante werking.

² Met uitzondering van enkele conventies

3. Zorgondersteunende diensten en specifieke opdrachten

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:
 - o 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)
 - o 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 zozeer 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.

4. KWALITEIT

Financiële prikkels inbouwen om kwaliteit te verbeteren. Een combinatie van volgende insteken is wenselijk:

- Verantwoordelijkheid en responsabilisering van individuele zorgverstrekkers en ziekenhuizen
- Evenwicht tussen inspanning en financiële impact
- Een beperkte bijkomende financiering kan toegekend worden voor het verbeteren of behalen van een aantal kwaliteitsparameters op vlak van structuur, proces en outcome.
 - o Relatie met outcome: voor toepassing in de financiering inzetten op ziekenhuisbrede indicatoren, die goed gedefinieerd, gevalideerd en gedragen zijn
 - o Dit valt niet ten laste van het basisbudget
- Modellen voor "not pay for non-performance"
- Op termijn moet de kwaliteitsfocus verschuiven in de richting van de dimensie "waarde". Waarde staat voor de verhouding tussen resultaat en kost, waarbij als basis de resultaten van zorg gelden, en daar de kostencomponent aan toegevoegd wordt.

5. INNOVATIE en medische evolutie

Met het oog op innovatie en medische evoluties is er nood aan het ontwikkelen en evalueren van innovaties in de klinische praktijk, bv. aan de hand van pilootprojecten, die volgens een vast protocol werken. Dit biedt de mogelijkheid om binnen een globaal kader nieuwe zaken uit te testen en om wetenschappelijke evidentie op te bouwen. Het protocol bevat minstens het volgende:

- Aanmeldingsprocedure bij overheid, met duidelijkheid over doelstelling, selectiecriteria, voorwaarden, looptijd, financiering met aandacht voor de impact van inflatie, ...

- De rol (bv. supervisie) en samenwerking met het federale Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) en de universitaire ziekenhuizen in het kader van hun wettelijke opdracht
- Afspraken over wat wel/niet kan worden aangerekend aan de patiënt en informed consent, in relatie tot de voorziene projectfinanciering
- De rol van regionale overheid op vlak van de bevoegdheid voor infrastructuur en erkenning.
- Evaluatieprocedure en het vervolg:
 - o indien positieve evaluatie dan volgt een structurele inbedding in de wetgeving en financiering (bv. toevoeging aan verplichte ziekteverzekering)
 - o indien geen aangetoonde meerwaarde, dan wordt het initiatief stopgezet.

6. TRANSITIE van het zorglandschap en hervorming van de ziekenhuisfinanciering

Financiële incentive voor samenwerking uitwerken

- Samenwerking tussen ziekenhuizen en over lijnen heen moet lonen, de negatieve gevolgen van samenwerking op de financiering moeten er uit.
 - o Bv. vandaag behouden sommige samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen meerdere erkenningsnummers, omdat hen dat financieel beter uitkomt.
- Sociaal ondernemerschap aanmoedigen: mechanisme voor ziekenhuizen die willen samenwerken (of fusioneren) met het oog op efficiënte(re) en kwaliteitsvolle(re) zorg, en om het hoofd te bieden aan de uitdagingen in de zorg, cf. supra
 - o Voorstel: mogelijkheid om beroep te doen op budgetbehoud gedurende x jaar voor de partners die willen samenwerken. De overheid garandeert gedurende een op voorhand vastgelegde periode het budget voor samenwerkende partners, prioritair voor ziekenhuizen binnen hetzelfde ziekenhuisnetwerk. Op lokaal niveau maakt men afspraken over de verdeling en aanwending van het budget. Dit biedt de mogelijkheid om activiteit te verschuiven binnen een financieel stabiel kader en vermijdt complexe verrekeningen tussen de betrokken partners. Na x jaar wordt hun financiering weer bepaald op basis van de geldende spelregels.
 - o Dit kan een antwoord bieden op de "holding structuur" waar sommige samenwerkingsverbanden vandaag voor opteren om middelen te poolen.
 - o De huidige ziekenhuiswet biedt reeds een aantal kapstokken om samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en andere zorgverleners te faciliteren. Deze kunnen verder onderzocht en uitgewerkt worden,:
 - Mechanisme art. 107: "*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.*"
 - Financiering zorgbekkens, zie bijzonder bedrag bedoeld in art. 99, ziekenhuiswet met uitvoering KB BFM art 91quater.
 - Transfer van activiteit: voor belangrijke structurele wijzigingen met oog op specialisatie voorziet het KB BFM art. 97bis ook een specifieke regeling

PROCES EN TIMING HERVORMING

- In overleg met de sector wordt aan het begin van de legislatuur een globale **roadmap** vastgelegd met nadruk op de **samenhang tussen hervormingen in de gezondheidszorg, met in het bijzonder de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de honoraria en de bijdrage van de patiënt**. Dit bepaalt het hervormingstraject met een vastgelegde timing per onderdeel, zowel op vlak van voorbereiding/uitwerking als doorvoering/implementatie van maatregelen.

- Met aandacht voor huidig financiële evenwicht/tekorten in de ziekenhuizen, dus **geen gefragmenteerde toepassing** van maatregelen.
 - o Bv. huidige maatregelen op vlak van ereloon-supplementen voor opgenomen en ambulante patiënten: verbod op supplementen voor ambulante medische beeldvorming, invoering verbod op supplementen bij ambulante zorgen voor rechthebbende verhoogde tegemoetkoming, het ongelijke speelveld tussen ziekenhuizen op vlak van maximale ereloon-supplementen voor opgenomen patiënten (standstill), ...
 - o Bv. eenzijdige maatregelen die een impact hebben op de vergoeding van verstrekkingen die momenteel de tekorten op andere activiteiten deels compenseren, zoals deel verstrekkingen binnen klinische biologie en medische beeldvorming en bepaalde geneesmiddelen

Bovenstaande voorbeelden van de huidige, gefragmenteerde aanpak creëren wantrouwen en onzekerheid bij de zorgverleners en zorginstellingen, wat de steun voor fundamentele hervormingen geleidelijk ondermijnt.

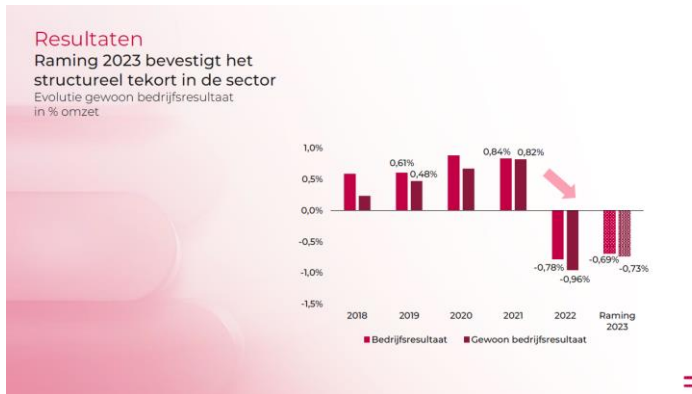
Essentiële randvoorwaarden voor hervormingen in de zorg

Noodzakelijke randvoorwaarden voor een hervorming met kans op slagen:

- Middelen die de sector vrijmaakt worden **geherinvesteerd**.
- "**Juiste zorg, op juiste plaats**" geldt voor alle stakeholders in zorg en welzijn, niet alleen in de ziekenhuizen
- **Budgetfair stabiel kader**: Een klimaat dat zekerheid biedt op regelgevend en budgetfair vlak en het vertrouwen voedt tussen alle betrokken actoren: overheid, zorginstellingen, medewerkers, zorgverstrekkers, ziekenfondsen en alle andere stakeholders;
- **Investeren in digitalisering** en nieuwe technologie. Ook in innovatie, hetgeen gekoppeld is aan onderzoek en opleiding;
- **Technische en wetenschappelijke onderbouwing**;
- **Administratie vereenvoudiging**: rapporten, registraties, processen
- **Kordaat ondernemerschap** op alle niveaus en ruimte voor sociaal ondernemerschap op lokaal niveau
- Beleid **over verschillende overheden en administraties heen** afstemmen, en ook de financiering die ermee gepaard gaat
 - o In het bijzonder de link met de regionale bevoegdheid op vlak van infrastructuur en hoe dit past in de toekomstige organisatie van het zorglandschap
- **Proces** dat het financiële evenwicht in de zorg niet verder destabiliseert
- **Honoraria, (rechtstreekse) ziekenhuisfinanciering en de bijdrage van de patiënt vormen 1 geheel**. Dit globale financieel plaatje is vandaag zeer precair, globaal genomen zelfs verlieslatend. In de hervorming van de ziekenhuisfinanciering zijn volgende elementen cruciaal:
 - o Samenhang met hervorming nomenclatuur (herijking en transparantie professioneel – praktijkkosten)
 - o Samenhang met maatregelen die financiële toegankelijkheid voor de patiënt moeten garanderen

Relevante data en onderbouwing met cijfers (in functie van begroting, opmaak infografieken etc.)

- 1. Evolutie bedrijfsresultaat 2018 – 2022, uitgedrukt in % ten opzichte van omzet, geaggregeerd voor de algemene ziekenhuizen**
bron: Belfius, Maha november 2023



- 2. Evolutie bedrijfsresultaat, uitgedrukt in % ten opzichte van omzet, 2018 – 2022, per individueel ziekenhuis**
bron: Belfius, Maha november 2023

