



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

MAGGIE DE BLOCK

Plan van Aanpak Hervorming ziekenhuisfinanciering

.....

Commissie Volksgezondheid, 28 april 2015

Overzicht

1. Inleiding door de Minister
2. Heroriëntering rol ziekenhuis in zorglandschap/ nieuw ziekenhuisconcept
 1. Ziekenhuisconcept
 2. Netwerkconcept
3. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilootprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance*
 6. Hervormingen op korte termijn
4. Governance structuur voor het project

Federaal regeerakkoord

- Kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg:
 - Patiënt centraal
- Realiseren door:
 - structurele hervormingen
 - stabiel meerjarenperspectief
 - evidence-based beleid en dus ook financiering
 - transparantie
 - vereenvoudiging
- Sleutelproject voor de regering: hervorming van de ziekenhuisfinanciering
 - 2 luiken:
 1. Rol van het ziekenhuis in het zorglandschap
 2. Aanpassing van de financiering van het ziekenhuis

Federaal regeerakkoord

1. Rol van het ziekenhuis in het zorglandschap

- Vertrekken van gewijzigde behoeften patiënt
- Klinische netwerken tussen ziekenhuizen: samenwerking tussen academische, gespecialiseerde en basisziekenhuizen
- Samenwerking ziekenhuizen - extramurale zorgverleners
- Gespecialiseerde centra met concentratie van dure, moeilijke, zeldzame behandelingen en technologie
- Vermijden van onnodige en onnodig lange ziekenhuisopnames
- Reconversie van bedden in andere zorgvoorzieningen, al dan niet residentiële of transmurale opvang

Federaal regeerakkoord

2. Aanpassing van de financiering van het ziekenhuis

- Correcte financiering van de werkingskosten
- Minder structuur- en prestatiegedreven, meer aandacht voor kwaliteit en resultaten
- Aangepast aan de gewijzigde behoeften
- Beheersen van de registratielasten
- Gemengd systeem met prospectieve financiering voor standaardiseerbare zorg
- Behoud van het principe van een honorarium per medische prestatie
- Hervorming van het bestaande systeem van afhoudingen op de artsenhonoraria
- Gegarandeerde deelname van de artsen in het medisch beheer van het ziekenhuis
- Aandacht voor specifieke activiteiten, zoals bv. opleidings- en onderzoeksactiviteiten

Federaal regeerakkoord

- Link met andere hervormingen
 - Hervorming van de **nomenclatuur**
 - Herziening van het **KB nr.78** op de gezondheidszorgberoepen

➔ **Taskforce** bewaakt globale cohesie van hervormingen
- Link met **andere beleidsinitiatieven**
 - Plan chronische en geïntegreerde zorg
 - eGezondheid-strategie
 - Administratieve vereenvoudiging
 - ...

Plan van Aanpak: gevolgd proces

- Basis
 - **Regeerakkoord**
- Bronnen
 - **KCE** consultatieronde, rapport en feedbackronde
 - **Eigen consultatieronde** met de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, artsen en ziekenfondsen

Plan van Aanpak: opbouw

Context, doelstellingen en krijtlijnen van de hervorming

Twee grote inhoudelijke luiken – cf. regeerakkoord:

- het hertekenen van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap (o.a. netwerkvorming)
- Een grondige hervorming van de (ziekenhuis)financiering

Methodiek

- Stapsgewijs
- Opdeling in werkpakketten: concretisering 2015/2016 + latere Beleidsnota's
- Pilotprojecten

Governance van het project:

- Overleg en samenwerking
- Federaal: taskforce, overleggroep en ad hoc overlegmomenten
- Met deelstaten: Interministeriële Conferentie Volksgezondheid

10 hoofdboodschappen

1. Meer zorgkwaliteit + efficiëntie – geen besparingsverhaal

Intelligente middeleninzet

Geen besparingsverhaal

Geen vermindering personeel

- Wel: **herinvesteren** suboptimaal ingezette middelen
- Wel: **herallocatie** van middelen en mensen binnen/tussen en buiten de ziekenhuizen

Door

- Afbouw niet-gebruikte ziekenhuisbedden
- Verkorting verblijfsduur en transfer naar zorg buiten ziekenhuis
- Vermijden van onnodige duplicatie van onderzoeken/veelvoud van technologie

2. Behouden sterke punten - werken zwakke punten weg

Sterke punten	Zwakke punten
Brede toegankelijkheid	Structurele onderfinanciering van verantwoorde zorg
Ruim zorgaanbod	Complexiteit van financieringssysteem
Grote nabijheid	Administratieve last voor ziekenhuizen, verstrekkers en overheid
Geen significante wachtlijsten	Stimuleert niet tot efficiënte middeleninzet
Hoge gepercipieerde kwaliteit (maar kwaliteit \neq nabijheid)	Sterk prestatiegedreven zorg
Betaalbare zorg	Kwaliteit wordt niet beloond
Sterke inzet voorzieningen en zorgverstrekkers	Fragmentatie van de zorg en financiering, silo's
...	...

3. “Ziekenhuis” opnieuw uitgevonden. Op maat van de patiënt van vandaag

- Ziekenhuis = medisch-technologisch expertisecentrum, met diagnostische en behandelplatformen. *Niet langer “beddenhuis”.*
- Ziekenhuis wordt knooppunt binnen één of meerdere (transmurale) netwerken van klinische zorg
 - Basisziekenhuizen – referentieziekenhuizen – universitaire ziekenhuizen
 - Concentratie, verdeling van pathologiegroepen en taakafspraken op basis van evidence en in belang van patiënt: kritische massa, kostprijs, continuïteit, etc.
 - Dure technologie wordt toegewezen op het niveau van het netwerk, niet op het niveau van het ziekenhuis
 - Ondernemerschap speelt, netwerken groeien bottom-up, overheid bepaalt spelregels en treedt op dysfuncties
 - Extramurale praktijken voldoen aan zelfde normen en vereisten qua infrastructuur, personeel, continuïteit en kwaliteit

3. “Ziekenhuis” opnieuw uitgevonden. Op maat van de patiënt van vandaag

- Samenwerkingsverbanden die de ziekenhuismuren overstijgen
 - Met lokale cure- en care actoren
- Ook netwerking tussen ziekenhuizen voor
 - Medisch-ondersteunende diensten: bv. labo, apotheek
 - Ondersteunende diensten: bv. aankoop, ICT

4. We ontwerpen een financiering die verantwoorde zorg voor de patiënt correct vergoedt en aanzet tot efficiëntie

- Uitgangspunt: correcte financiering van reële kost van verantwoorde zorg
- Drie financieringsclusters
 - Laagvariabele zorg: geen/weinig variatie tussen patiënten
 - Prospectief bepaalde prijs per patiëntopname
 - Mediumvariabele zorg: meer, verantwoorde variatie tussen patiënten
 - Behoud van logica van gesloten nationaal budget dat verdeeld wordt tussen ziekenhuizen in functie van aantal en aard patiënten en hun zorgzwaarte
 - Hoogvariabele zorg: pathologiegroepen met grote mate van onvoorspelbaarheid – zorg is maatwerk
 - Financiering meer gebaseerd op reëel verleende (verantwoorde) zorg
- Belonen van samenwerking en efficiënte inzet van middelen
 - “Shared savings” binnen en tussen netwerken
 - “Bundled payments” over de muren van het ziekenhuis heen

5. We belonen zorgkwaliteit

- Best practices uit buitenland leren ons: pay for performance is een nuttige hefboom, maar verstandig en stapsgewijs aanpakken!
- Doelgerichte, pragmatische aanpak
 - Beperkt deel van het budget: in een eerste fase 1 à 2 %
 - Met bewezen nuttige en gedragen indicatoren
 - Zonder extra registratielasten
 - In elk van de drie financieringsclusters

6. We maken de financiering van specifieke opdrachten transparant

- Afzonderlijke financiering
 - Sociale factoren: profiel van de patiënt
 - Academische opdrachten van de universitaire ziekenhuizen
 - Zware medische apparatuur
 - Spoedgevallendiensten
 - Innovatie

7. Arts behoudt zeggenschap over volledig honorarium. Sleutelspeler in functioneren van het ziekenhuis.

- De arts behoudt **zeggenschap** over het volledig honorarium
- **Transparant inzicht** tussen de twee gedeelten van het honorarium
 - Professioneel gedeelte
 - Praktijkkosten gedeelte
- We onderzoeken op welke manier, en onder welke voorwaarden op termijn het praktijkkostengedeelte gekoppeld kan worden aan de financieringsstromen van het ziekenhuis
 - Op voorwaarde van een gegarandeerde zeggenschap en verantwoordelijkheid van de arts in de aanwending van deze middelen en het medisch beheer van het ziekenhuis

8. We vereenvoudigen het financieringssysteem en verminderen de registratielasten.

- Financieringssysteem
 - Drie duidelijke financieringsclusters
 - We integreren stapsgewijs verschillende financieringsstromen: BFM, dagziekenhuis, geneesmiddelen, e.d.
- Registratielasten
 - Doelgerichtheid: moeder, waarom registreren wij?
 - Stroomlijning tussen verschillende federale administraties
 - Stroomlijning met deelstaten

9. We werken doelgericht en stapsgewijs

- Evolutie, geen revolutie
- Plan van Aanpak
 - Meerjarenkader – implementatie overschrijdt deze legislatuur
 - Globale krijtlijnen
 - Opdeling in beheersbare werkpakketten die stapsgewijs zullen worden uitgevoerd
 - Gefaseerde invulling: reeds concrete timing voor 2015-2016 – verdere concretisering in kader van beleidsplannen
- Pilotprojecten en tussentijdse leermomenten

10. We hervormen samen met alle belanghebbenden

- Op **federaal** niveau
 - Taskforce: globale cohesie ziekenhuisfinanciering – nomenclatuur – KB nr.78
 - Overleggroep ziekenhuisfinanciering (en Bureau) o.l.v. Beleidscel met vertegenwoordigers van ziekenhuizen, artsen en ziekenfondsen
 - Bilaterale afstemmingsmomenten met andere belanghebbenden: verpleegkundigen, andere verstrekkers, patiëntenkoepels, sociale partners, financiers, verzekeraars, etc.
 - Klassieke adviesorganen
- Met de **deelstaten**
 - Interministeriële Conferentie Volksgezondheid
 - Gemeenschappelijke verklaring voor de zomer

Overzicht

1. Inleiding door de Minister
2. Heroriëntering rol ziekenhuis in zorglandschap/
nieuw ziekenhuisconcept
 1. Ziekenhuisconcept
 2. Netwerkconcept
3. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilootprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance*
 6. Hervormingen op korte termijn
4. Governance structuur voor het project

Context: nood aan hervormingen

- Toenemende **zorgnoden**:
 - Vergrijzing
 - Chronische pathologie
 - Multimorbiditeit
 - Mondiger, actieve **patiënten**
 - Groei medische **technologie** om zorgnoden te beantwoorden, incl *e-health & m-health*
 - Maar gelimiteerde **budgetgroei**
- Nood aan **slimmer** gebruik beschikbare budgetten

Van cure → care

*Meer zorgcoördinatie
nodig*

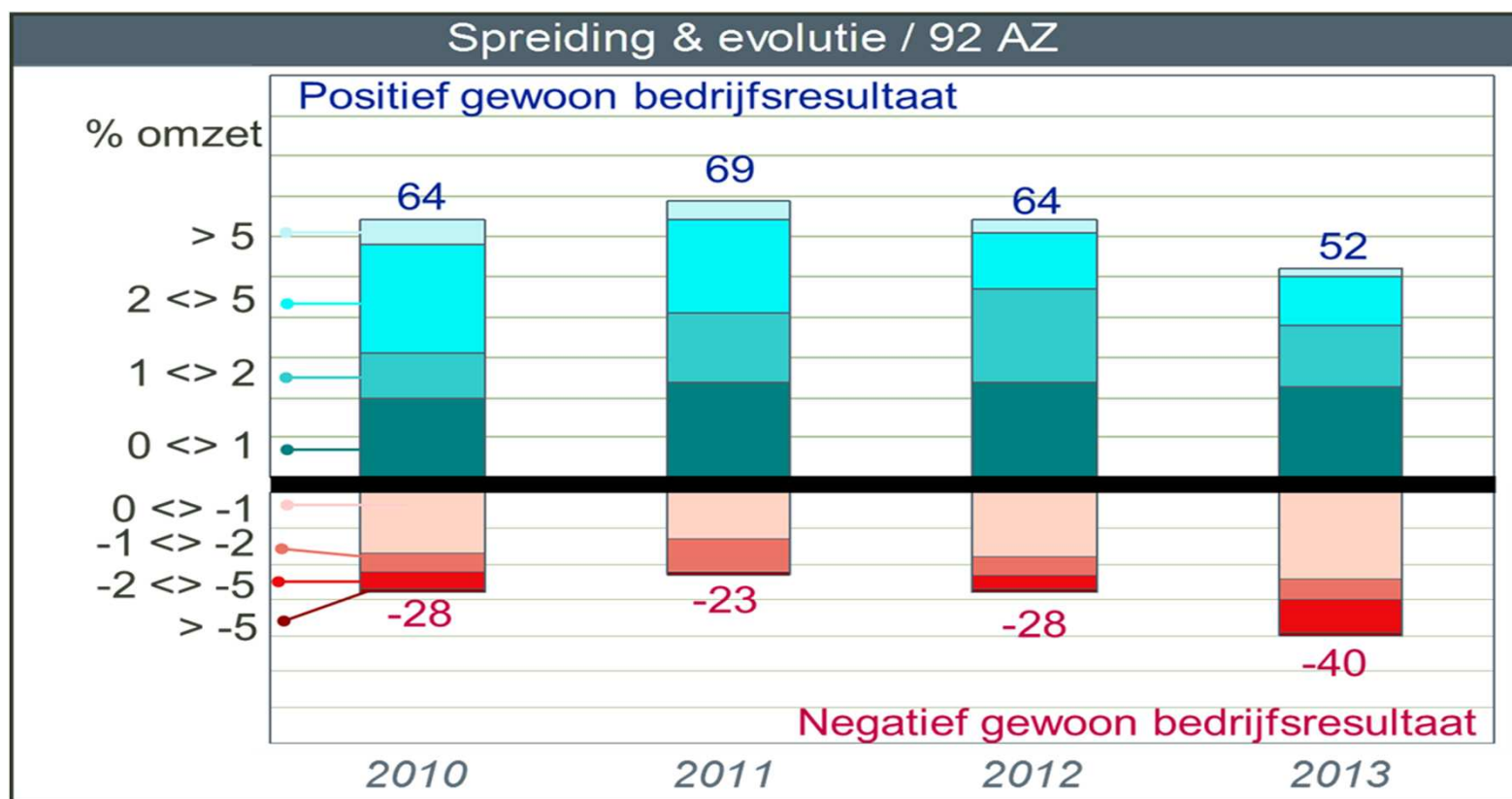
Context: nood aan hervormingen

- Huidige **financiering**: nadelen & knelpunten
 - Zeer complex, administratieve overlast, onvoldoende informatisering
 - Sterk prestatiegedreven → grote zorgvolumes, lage eenheidsprijs
 - Stimuleert niet tot efficiënte middeleninzet
 - Slechte kwaliteit wordt financieel niet afgestraft – goede niet altijd beloond
 - Proximiteit van zorg wordt soms verward met kwaliteit
 - Structurele onderfinanciering BFM → vereist permanent kruiselingse subsidiëring van uit honoraria
 - Te sterke fragmentatie
 - Honoraria: intellectuele acte ondergewaardeerd tov technische
 - Onvoldoende snel terugbetalen van innovaties → risico op twee snelheden geneeskunde

Context: nood aan hervormingen

- Financiële gezondheid wordt precair in toenemend aantal ziekenhuizen

Belfius MAHA 2014



→ Nood aan efficiëntere organisatie & nieuw financieringsmodel

Heroriëntering ziekenhuis in zorglandschap

- Kernbegrippen:
 - **Concentratie** van complexe / gespecialiseerde zorg in ziekenhuizen:
 - Taakverdeling tussen ziekenhuizen:
 - Verwijs/terugverwijsafspraken tussen zh per pathologiegroep
 - Verdeling pathologiegroepen (taakherschikking)
 - Ook taakafspraken tussen UZ's en AZ's, en tussen UZ's, uitgaande van reeds aanwezige competenties en expertise
 - Concentratie ≠ grotere ziekenhuizen
 - Referentiecentra zijn niet noodzakelijk universitaire ziekenhuizen
 - Keuze tussen concentratie en spreiding: *evidence-based* (criteria: kritische massa, kostprijs technologie, prevalentie, continuïteit,)
 - IT ondersteuning → minder duplicatie onderzoeken, minder administratie, meer patiëntveiligheid

Heroriëntering ziekenhuis in zorglandschap

- Kernbegrippen:
 - Ziekenhuizen bouwen een complementair zorgaanbod uit via **netwerken** → zodat prikkel tot aanbieden van alle diensten, functies en zorgprogramma's in elk zh vermindert
 - Soorten ziekenhuis**netwerken**:
 - Voor klinische zorg (verwijzing patiënten of verplaatsing zorgverleners)
 - Regionaal (gespreide zorg)
 - Supraregionaal (geconcentreerde zorg)
 - Voor medisch-ondersteunende diensten (labo, anatomopathologie, apotheek) (verplaatsing stalen/materialen)
 - Voor ondersteunende diensten (samenaankoop, tarificatie-facturatie, milieu & preventie, overheidsopdrachten voedselveiligheid, ...)

Heroriëntering ziekenhuis in zorglandschap

- Kernbegrippen:
 - **Samenwerking** tussen ziekenhuizen en andere zorgvoorzieningen in lokale transmurale *cure en care* ketens (huisartsen, thuiszorg, woon- en zorgcentra, ...) – in overleg met deelstaten
 - **Behoeftenraming** → vereiste ziekenhuiscapaciteit
- Doelstellingen:
 - Infrastructuur optimaliseren (*minder sites, apparatuur, onderhoud*), met behoud toegankelijkheid
 - Met slimmere inzet (*geen afbouw*) van zorgpersoneel
- Uitdaging: **conformiteitscheck** met deelstaten, zodat er geen nieuwe / uitbreiding van infrastructuur komt die niet compatibel is met het “zorglandschap 2025” (plan uitgewerkt in 2016)

Nieuw ziekenhuisconcept

- **Ziekenhuis** ≠ beddenhuis, maar medisch-technologisch expertisecentrum, met diagnostische en behandelplatformen
- Concept **ziekenhuis**: minimale vereisten kwalificatie als ziekenhuis:
 - Niet meer aantallen & soorten bedden, diensten (*structuur*)
 - Wel *opdrachten*:
 - Proximale (basis)zorg
 - Referentie (gespecialiseerde) zorg
 - Knooppunt in transmuraal zorgnetwerk

Nieuw ziekenhuisconcept

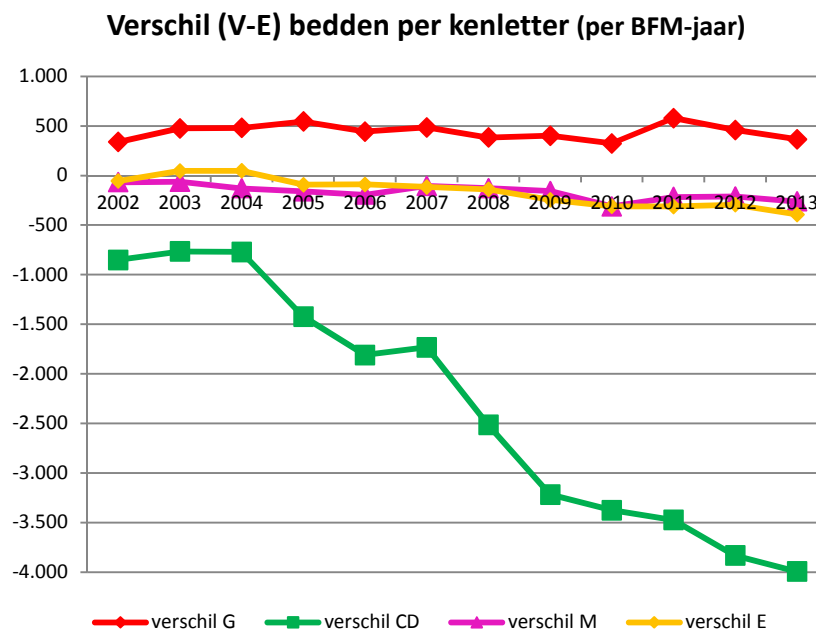
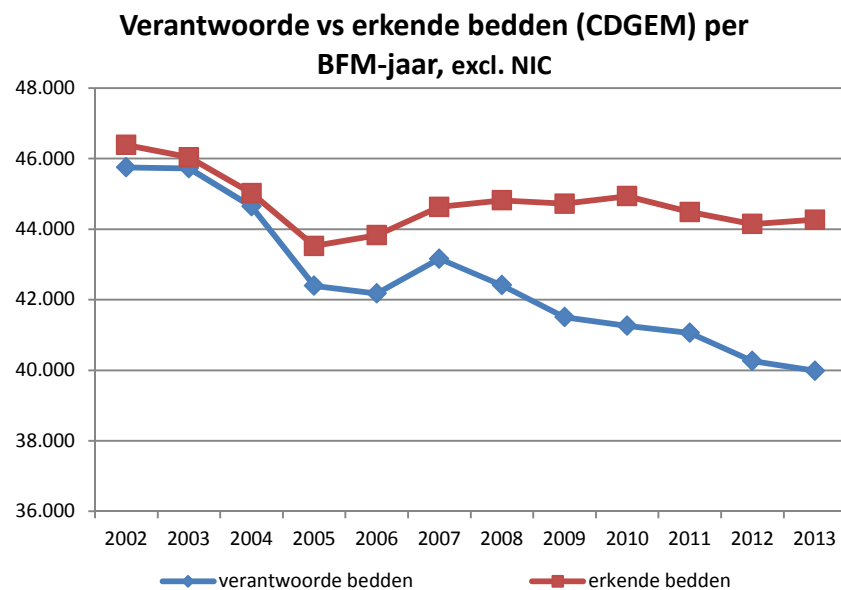
- Concept **ziekenhuis**:
 - “Kabinetschirurgie” in extramurale praktijken:
 - Zelfde normen qua omkadering, personeel voor extramurale en ziekenhuisgerelateerde poliklinieken
→ zelfde erkenningsnormen en exploitatievergunning
 - Zelfde eisen qua permanentie, continuïteit van de zorgverlening en deelname aan wachtdiensten (i.e. *cherry picking* vermijden)
 - Identieke financiering
→ Te regelen via een voorontwerp van wet op praktijkvoering gezondheidszorg

Netwerkconcept

- Opdrachten:
 - Toelating om bepaalde zorgen aan te bieden op netwerkniveau – níét in alle ziekenhuizen die lid zijn van het netwerk
 - Toekenning financiering (budget) bepaalde activiteiten
- Leden:
 - Meerdere ziekenhuizen (of –diensten)
 - Ziekenhuizen kunnen lid zijn van één (lokale, regionale) of meerdere (supraregionale) netwerken
- Organisatie
 - Te onderzoeken voor welke soorten netwerken een formele structuur (met rechtspersoonlijkheid) wenselijk is
 - Belendende regelgeving mag samenwerking niet bemoeilijken (bv. BTW, detachering personeel)

Evolutie “nodige” ziekenhuisbedden

- Afbouw (lege) bedden / verdere verkorting verblijfsduur:
Overschot aan acute ziekenhuisbedden → reconversie naar chronische bedden (G, Sp)
- Afbouw volledige zh-sites en –afdelingen is noodzakelijk voor reële besparingen op infrastructuur en slimmere inzet personeel



Transitie naar nieuw concept

- Transitiefase naar nieuw zorgorganisatiemodel: beleidsinstrumenten / hefbomen:
 - Toelating / financiering aan netwerken ipv ziekenhuis (samenwerking als voorwaarde / pluspunt voor toelating)
 - Art 107 – met tijdelijk budgetbehoud
 - Bedreconversies naar alternatieven (bv. chronische zh-bedden, hersteloorden, zorghotel, thuishospitalisatie)
 - Bedafbouw met schadeloosstelling, ...
 - “Gebundelde” financiering
- Samenwerking met deelstaten:
 - Investeringsen als hefboom voor rationalisatie (nieuwbouwprojecten compatibel met “zorglandschap 2025”)
 - Samenwerkingsakkoorden – kunnen asymmetrisch zijn

Nieuw ziekenhuisconcept

- Top-down versus bottom-up benadering?
 - Maximaal **bottom up**: vrijwillige rationalisatie (binnen regelgevend kader qua o.a. programmatie, gewenst zorglandschap 2025)
 - Enkel **top-down** waar nodig:
 - Globaal kader en spelregels voor netwerking
 - Netwerkvorming binnen een strikter wettelijk en financieel kader, dat samenwerking bevordert
 - Indien geen spontane rationalisaties of in de verkeerde richting → overheid komt tussen
 - Zonder het ondernemerschap en gezonde concurrentie uit te roeien

Nieuw ziekenhuisconcept

- **Governance** model voor ziekenhuizen
 - Netwerken:
 - Formalisering in beheersstructuur ziekenhuizen
 - Bevoegdheden medische raad?
 - Sterke betrokkenheid artsen bij het transparant medisch beheer van ziekenhuizen:
 - Identificatie praktijkdeel honoraria
 - Te onderzoeken: koppeling praktijkdeel aan andere financiële stromen?

Overzicht

1. Inleiding door de Minister
2. Heroriëntering rol ziekenhuis in zorglandschap / nieuw ziekenhuisconcept
 1. Ziekenhuisconcept
 2. Netwerkconcept
3. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilotprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance*
 6. Hervormingen op korte termijn
4. Governance structuur voor het project

Hervorming financiering: basisprincipes

- Correcte financiering reële kost **verantwoorde** zorg
- Bevordering **efficiënte** inzet van middelen
- Beloning **kwaliteit**: waardegedreven zorg / P4P
- Drie **clusters** (*ifv voorspelbaarheid & complexiteit - risico's*):
 - Laagvariabele zorg
 - Mediumvariabele zorg
 - Hoogvariabele, niet standaardiseerbare zorg
- **Transparantie**: kostprijs per pathologie
- Bijsturing **onderfinanciering** BFM:
 - Heroriëntering ziekenhuis in zorglandschap
 - Transparantie: identificatie praktijkkostendeel honoraria

Hervorming financiering: basisprincipes

- Afgezonderde, transparante financiering voor specifieke functies & opdrachten (bv. spoed, sociale factoren, universitaire functie) → één prijs voor één product (=uniforme opdracht)
- Bevordering samenwerking, coördinatie & integratie:
 - Via de verschillende financiële stromen in de ziekenhuizen
 - Via de beheersstructuur (betrokkenheid artsen in zh-mgt)
 - Integratie tussen ziekenhuisfinanciering en financiering andere zorgvormen: *bundled payments*
- Financiële stabiliteit: meerjarenbegroting (cf. RIZIV)
- Sociaal ondernemerschap & innovatie aanmoedigen
- Permanente afstemming met deelstaten:
 - Financiering investeringen
 - Erkenningsnormen

Overzicht

1. Inleiding door de Minister
2. Heroriëntering rol ziekenhuis in zorglandschap / nieuw ziekenhuisconcept
 1. Ziekenhuisconcept
 2. Netwerkconcept
3. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilootprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance*
 6. Hervormingen op korte termijn
4. Governance structuur voor het project

Hervorming financiering: financieringsclusters

- **Laagvariabele** (gestandaardiseerde) zorg:
 - Zorg varieert weinig/niet tussen patiënten in één “pathologiegroep”; goed voorspelbaar
 - FIN: uniforme prijs voor elke patiënt (per “pathologiegroep”) (*risico i.g.v. variabiliteit/patiënt: voor ziekenhuis
risico m.b.t. aantal patiënten: overheid*)
- **Mediumvariabele** zorg:
 - Zorg varieert meer tussen patiënten; binnen grenzen
 - FIN: houdt deels rekening met (verantwoorde) variabiliteit – via verdeelsleutels nationaal budget ifv # pathologie & zorgzwaarte (*risico verdeeld tussen ziekenhuizen*)
- **Hoogvariabele** zorg:
 - Zorg op maat; niet voorspelbaar
 - FIN: deels i.f.v. reëel verleende zorg (*risico: méér vr overheid*)



Hervorming zh-financiering

- **Clustering** patiënten in laag/medium/hoog variabele zorggroepen
 - Grondige analyse beschikbare gegevens / buitenlandse ervaringen → aflijning groepen
 - APR-DRG en ernstgraad (severity of illness)?
 - Leeftijd?
 - Chronische versus acute aandoeningen?
 - Zorgprogramma's?
 - Risico op “overcodering” (L → H) → minder financieel risico voor zorgverleners (meer voor financier)
 - Nood aan professionele audit (handhaving)

Hervorming financiering: laagvariabele zorg

- **Wat:** pathologiegroepen met gestandaardiseerd zorgtraject / weinig variabiliteit tussen patiënten
- **Doel:**
 - Vast & uniform bedrag/type opname
 - Onafhankelijk van de reëel verleende zorg in elk individueel zh
*(financieel risico igv variabiliteit/patiënt → voor elk ziekenhuis
financieel risico qua aantal patiënten → voor overheid)*
- **Fase 1:** diagnosegroepen referentiebedragen → prospectief honorarium:
 - Bundeling honoraria → stimuleert samenwerking tss artsen
 - Aflijning remgelden / supplementen / carensperiode
 - Identificatie patiënten tijdens opname → APR-DRG (mits MZG klaar bij ontslag) of alternatief (nomenclatuurcodes? Snomed?)

Hervorming financiering: laagvariabele zorg

- **Fase 2:** uitbreiding naar meer pathologiegroepen / overige honoraria
- **Fase 3:** integratie andere financieringsstromen binnen ziekenhuizen
→ globaal bedrag/opname (*excl. honoraria*):
 - BFM (min: enkel B2 – max: alles) → verdere inkorting verblijfsduur
 - Geneesmiddelen
 - Dagziekenhuis
 - Noot: geen volledige ‘all-in’ want *excl.* investeringen
- **Fase 4:** verhoging transparantie:
 - opdeling honorarium (dat volledig eigendom van arts blijft) in “professioneel” deel & deel “praktijkkosten”
 - Eventuele koppeling praktijkdeel honoraria aan globaal bedrag/opname, blijft gekoppeld aan behoud zeggenschap / verantwoordelijkheid artsen over honoraria
- **Fase 5:** integratie met zorg buiten het ziekenhuis (bv. ambulante revalidatie, ambulante pre- & postnatale zorg) → *shared savings*

Hervorming financiering: medium variabele zorg

- **Wat:** pathologiegroepen met minder standaardiseerbare zorg / meer (verantwoorde) variabiliteit tussen patiënten
- **Doel:** financiering per pathologiegroep, die, deels varieert met de reëel verleende zorg (*gedeeld financieel risico tussen zorgverleners*)
- **Fase 1:** behoud logica 'gesloten nationaal budget':
 - Parameters die budget verdelen tussen de ziekenhuizen i.f.v. aantal & aard patiënten (bv. APR-DRGs) en zorgzwaarte (verblijfsduur, verpleegkundige zorg, ...)
 - Met significante vereenvoudiging huidige BFM-onderdelen

Hervorming financiering: medium variabele zorg

- **Fase 1:** significante vereenvoudiging huidige BFM-onderdelen:
 - Verantwoorde bedden obv nationaal gemiddelde verblijfsduur of evidence-based verblijfsduur?
 - Integratie normpersoneel B4 in B2-financiering
 - Integratie B9 in onderdeel B2
(meer financieel risico voor zh → meer vrijheid in middelenallocatie)
 - Met significant minder registratielast
 - Op KT: via schrapping niet gebruikte data/dubbelregistraties
 - Op LT: ook in MZG, via EPD/Snomed
 - Afzondering van financiering voor diensten die slechts in een beperkt aantal zh voor komen (bv. radiotherapie, PET)

Hervorming financiering: medium variabele zorg

- **Fase 2:** integratie (geforfaitariseerde) geneesmiddelen en dagziekenhuis → sterkere prikkel tot shift naar dagzh
- **Fase 3:** identificatie praktijkdeel honoraria (eventuele koppeling is onlosmakelijk verbonden met blijvende zeggenschap / verantwoordelijkheid artsen over honoraria)
- **Fase 4:** incentives voor samenwerking (door- en terugverwijzing) met andere ziekenhuizen en zorgvormen, incl. ambulante zorg buiten ziekenhuis – zeker voor chronische aandoeningen

Hervorming financiering: hoogvariabele zorg

- **Wat:** pathologiegroepen met grote mate van onvoorspelbaarheid in het zorgtraject (diagnostische zoektocht, onzekerheid over impact therapie, complicaties, comorbiditeiten,) → zorg = maatwerk (zgn. *'outliers'* - beperkt deel patiënten)
- **Doel:** financiering méér gebaseerd op de reëel verleende (verantwoorde) zorg (i.e. financieel risico méér bij financier)

Hervorming financiering: hoogvariabele zorg

- Financieringsmodaliteiten: **twee denkpistes**:
 - Vooraf vastgelegd deel nationaal ziekenhuisbudget voor hoogvariabele zorg, te verdelen tussen alle betrokken ziekenhuizen, o.b.v. aantal & type patiënten en activiteiten in t-2
 - (+) budgetzekerheid voor overheid*
 - (-) financieel risico verdeeld tussen ziekenhuizen → risico op averechtse selectie*
 - Financiering per “zorgprogramma”:
 - Vaste toelage ifv erkenning → beperking aantal centra
 - Variabele financiering ifv aantal & type patiënten
 - (+) minder risico op averechtse selectie*
 - (-) (beperkt) budgetrisico voor de overheid*

Overzicht

1. Inleiding door de Minister
2. Heroriëntering rol ziekenhuis in zorglandschap / nieuw ziekenhuisconcept
 1. Ziekenhuisconcept
 2. Netwerkconcept
3. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilootprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance*
 6. Hervormingen op korte termijn
4. Governance structuur voor het project

Specifieke functies & opdrachten: afgezonderde financiering

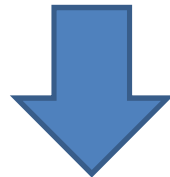
- **Doel:** meer transparantie: “één prijs voor één product” in financiering zorg per patiënt
- **Toepassingen:** sociale factoren, spoedgevallen-diensten, academische opdrachten UZ's, innovatie, zware medische apparatuur (radiotherapie, PET, ...),
- **Sociale factoren:**
 - Cf. huidige B8 (en deeltje B2) BFM
 - Afzondering ifv patiënten met zwakke sociaal-econ. status
- **Academische opdrachten UZ's:**
 - Cf. huidige B7 BFM (en deeltje in forfaits)
 - Afzondering ifv normen / academische opdrachten UZ's

Overzicht

1. Inleiding door de Minister
2. Heroriëntering rol ziekenhuis in zorglandschap / nieuw ziekenhuisconcept
 1. Ziekenhuisconcept
 2. Netwerkconcept
3. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilotprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance*
 6. Hervormingen op korte termijn
4. Governance structuur voor het project

Pilootprojecten

- Achtergrond:
 - Evolutie en geen revolutie; voorzichtige, pragmatische, stapsgewijze implementatie van nieuwe modellen
 - Nood aan zorgcoördinatie & –integratie → bevorderbaar via geïntegreerde financiering (*“bundled payments”*):
 - Binnen het ziekenhuis
 - Tussen ziekenhuis en andere zorgvoorzieningen: transmurale zorg



Via pilootprojecten

Pilootprojecten

- Ontwikkeling **beleidsinstrumenten** pilootprojecten:
 - Art 107
 - RIZIV-conventies
 - Art 56 ZIV-wet
- Concrete **voorstellen**?
 - Actief polsen naar concrete suggesties bij stakeholders
 - Een aantal suggesties ... zie verder
- **Aanpak**:
 - Oproep tot indienen van voorstellen – binnen budgetneutraal kader
 - Inhoudelijke selectie ingediende voorstellen (experten/beleid)
 - Budgetzekerheid tijdens projectperiode (max 4 jaar)
 - Duidelijke evaluatiecriteria:
 - Indien gerealiseerd → implementatie op ruimere schaal
 - Indien niet gerealiseerd → stopzetten

Pilootprojecten: illustraties

- **Bevallen met kort ziekenhuisverblijf**
 - Kortere verblijfsduur in het ziekenhuis
 - Hotelfunctie zh (deels tlv private hos-verzekeringen): dekking verschuiven naar thuiszorg/zorghotel
 - Honoraria: prospectief referentiebedrag
 - Integratie postnatale kraamzorg
 - Integratie prenatale kraamzorg
 - Igv langer zh-verblijf op vraag patiënt: volledig tlv patiënt?
- **Thuishospitalisatie, COPD, chemo thuis, septische orthopedie: AB IV thuis ...**

Overzicht

1. Inleiding door de Minister
2. Heroriëntering rol ziekenhuis in zorglandschap / nieuw ziekenhuisconcept
 1. Ziekenhuisconcept
 2. Netwerkconcept
3. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilotprojecten
 5. *Waardegedreven zorg / Pay for performance*
 6. Hervormingen op korte termijn
4. Governance structuur voor het project

Pay for performance initiatieven

- Uitgangspunt: kwaliteit stimuleren / belonen
- Buitenlandse ervaringen leren: P4P = nuttige hefboom, maar geen onverdeeld succes
- Stapsgewijze, pragmatische aanpak:
 - Bij voorkeur geen extra verplichte registraties
 - Voorafname deel van het budget (beperkt in eerste instantie tot 1 à 2%) – te herverdelen
 - Uitbreiding ifv gunstige ervaringen
 - Toepasbaar in de drie financieringsclusters

Pay for performance initiatieven

- Stapsgewijze, pragmatische aanpak:
 - Bewezen nuttige indicatoren (die quasi-uitsluitend door de zorg beïnvloed worden), met weinig manipulatiemogelijkheid
 - Ziekenhuisbrede indicatoren, indien mogelijk - ziektespecifiek, indien geen alternatief
 - Outcome-metingen, indien relevant
 - Intermediaire resultaatsindicatoren (bv. potentieel vermijdbare complicaties, never events) of procesindicatoren (bv. periodiek oog- en voetonderzoek diabetici, ontslaginformatie) indien geen alternatief
- ICHOM werd regelmatig aangehaald als beloftevol

Overzicht

1. Inleiding door de Minister
2. Heroriëntering rol ziekenhuis in zorglandschap / nieuw ziekenhuisconcept
 1. Ziekenhuisconcept
 2. Netwerkconcept
3. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilootprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance*
 6. Hervormingen op korte termijn
4. Governance structuur voor het project

Hervormingen op korte termijn

- **Administratieve vereenvoudiging**

- Verplichte registraties (vooral FOD Volksgz) : kritische doorlichting:

- Wat is echt nodig?
- Afspraken tot stroomlijning en vermindering gegevensregistratie tussen administraties binnen en tussen bestuursniveaus
- Uniformisering registraties
- Methodiek registratie ifv gewichten financiering:
 - Permanente registratie voor alle ziekenhuizen?
 - Periodieke registratie in alle ziekenhuizen?
 - Permanente registratie in steekproef van ziekenhuizen?

- Attesteringen RIZIV (geneesmiddelen, implantaten): vereenvoudiging

Hervormingen op korte termijn

- **Spoedgevallendiensten:**

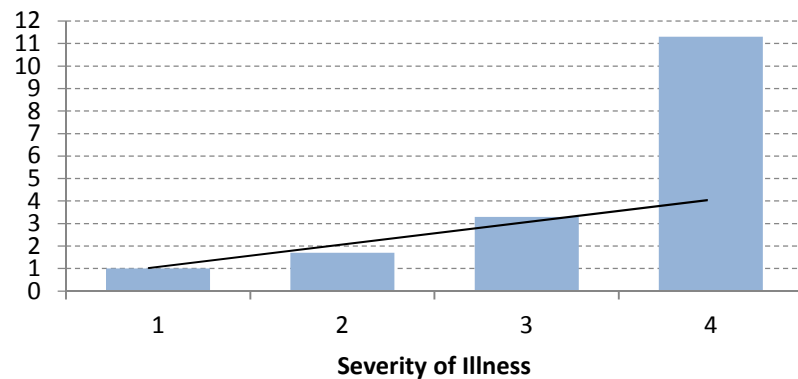
- Afgezonderde financiering (niét in prijs per patiënt)
- Organisatie:
 - Samenwerking spoeddiensten / MUG / PIT / huisartsen / wachtposten (doorstroming patiënten, continuïteit, veiligheid ...)
 - Exploitatie (erkenning & financiering) via netwerk van ziekenhuizen
- Financiering:
 - Bevordering samenwerking tussen spelers
 - Per geografisch gebied (ifv atl inwoners, supraregionale recrutering, ...)
 - Hervorming luik BFM:
 - Vermijden te sterke prikkel voor ambulante patiënten op spoed
 - Financiering niet louter gebaseerd op omvang hospitalisatie
 - Honoraria: prestatiefinanciering \leftrightarrow waarborgen permanentie & continuïteit \rightarrow meer integratie

Transparante kostprijs per pathologie

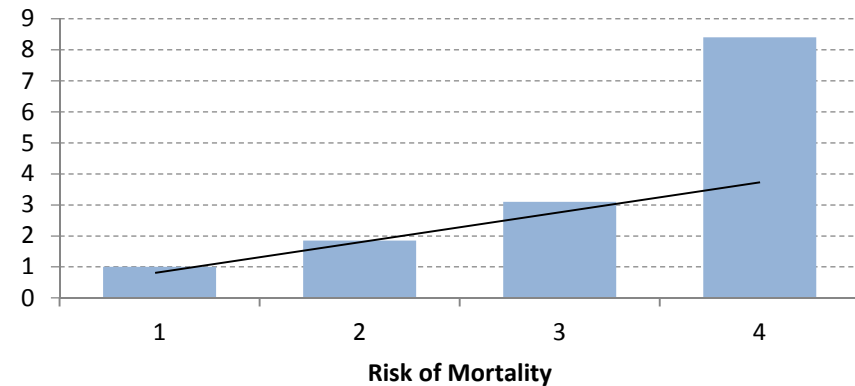
- Doelstellingen:
 - Tariefzetting voor laagvariabele zorg
 - Periodieke afcheck financiering versus kosten voor alle zorgvormen
 - Documentering financiering op basis van kostprijs voor DAEB (*diensten van algemeen economisch belang*)
 - Documenteren scheefheid kostenverdeling (KCE):
 - Kosten variëren met verblijfsduur → cf. verantwoorde bedden in het BFM
 - Kosten variëren ook per verblijfsdag

Middelenverbruik/dag stijgt progressief met ernstgraad, mortaliteitsrisico en leeftijd

Kostverhouding over SOI-klassen

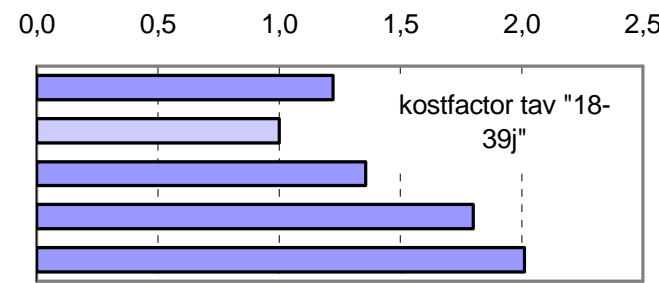


Kostverhouding over ROM-klassen



'Multiplier' van gemiddelde kost/dag: SOI 4 (x11)
ROM (x8)

Leeftijds Categorie	Kost Totaal	Aantal Verblijven
<18	11%	13%
18-39	14%	20%
40-59	21%	23%
60-79	39%	32%
80+	15%	11%



(Van De Sande et al., 2010)

Transparante kostprijs per pathologie

- Bekommernis: geen eenmalig project; maar systematisch bruikbare methodiek
- Op basis van reeds beschikbare initiatieven:
 - PACHA-methodologie
 - KCE, FOD Volksgezondheid (AC-ZP studie),
 - EURO-DRG

Overzicht

1. Inleiding door de Minister
2. Heroriëntering rol ziekenhuis in zorglandschap / nieuw ziekenhuisconcept
 1. Ziekenhuisconcept
 2. Netwerkconcept
3. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilootprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance*
 6. Hervormingen op korte termijn
4. Governance structuur voor het project

Governance structuur project

- **Conceptualisatie** nieuwe ziekenhuisfinanciering:
 - **Federale Taskforce**: globale afstemming hervorming ziekenhuisfinanciering / KB nr. 78 / herijking nomenclatuur
 - **Federale overleggroep** hervorming ziekenhuisfinanciering
 - Doel: periodieke afstemming
(niet permanent advies vragen aan officiële adviesorganen, die elk voor een deel bevoegd zijn en deels anders samengesteld zijn)
 - Structurele vertegenwoordiging (3 groepen van 5 leden):
 - Vertegenwoordigers ziekenhuizen (via koepels)
 - Vertegenwoordigers artsen (via representatieve artsenorganisaties)
 - Vertegenwoordigers ziekenfondsen (via een afvaardiging van het NIC)=> Onder leiding van Beleidscel
 - **Bureau overleggroep**
 - 1 of 2 vertegenwoordigers/groep
 - Voor frequentere afstemming

Governance structuur project

- **Conceptualisatie** nieuwe ziekenhuisfinanciering:
 - Federaal bilateraal overleg met ruimere groep van stakeholders
 - Cf. supra
 - Verpleging
 - Patiëntenverenigingen
 - Industrie
 - Sociale partners
 - Verzekeraars
 - ...
 - Afstemming met de deelstaten: **Interministeriële Conferentie Volksgezondheid**

Governance structuur project

- **Implementatie** nieuwe ziekenhuisfinanciering:
 - Voorstellen worden voorgelegd voor advies aan de officiële (hervormde) adviesorganen
 - Met de deelstaten: Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid
- Aangepaste governance – **algemeen**:
 - Articulatie tussen diverse federale overheidsdiensten (RIZIV, FOD Volksgezondheid en KCE):
 - integratie tot één beleidsdomein gezondheidszorg
 - doelgerichte, transparante en efficiënte taakverdeling en samenwerking: optimaliseringen nodig
 - Optimalisering adviesorganen (taken NRZV, Multipartite, ...) op basis van twee pijlers:
 - Stakeholder benadering: advies vanuit belangen & expertise
 - Evidence based: advies vanuit wetenschappelijke evidentie



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

MAGGIE DE BLOCK

Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Finance Tower
Kruidtuinlaan 50 bus 175
B- 1000 Brussel

☎ +32 2 528 69 00

✉ info.maggiedeblock@minsoc.fed.be