



Persmededeling

Maggie De Block zet de hervorming van de ziekenhuisfinanciering op de rails

BRUSSEL, 24/04/2015.- Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, heeft een plan van aanpak voor de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering uitgewerkt. Maggie De Block: “We willen meer efficiëntie en meer kwaliteit. Dit is geen besparingsverhaal, het is een hervorming. Vertrekpunten zijn de gewijzigde behoeften van onze patiënten. We zullen onder andere netwerken tussen ziekenhuizen creëren met basis-, referentie en universitaire ziekenhuizen. En daarbij zal bijvoorbeeld dure technologie toegewezen worden aan een netwerk en niet aan een ziekenhuis.”

De minister legt ook een heel nieuw financieringssysteem op tafel. Uitgangspunt is dat de reële kost van de zorg voor de patiënt wordt vergoed maar die zorg moet verantwoord en correct zijn.

Ons ziekenhuislandschap is dringend aan hervorming toe. De noden van onze patiënten zijn gewijzigd omdat er steeds meer ouderen en chronisch zieken zijn. Tegelijkertijd stellen we vast dat elk jaar meer ziekenhuizen hun eindafrekening in het rood afsluiten. Uit de MAHA-studie van Belfius blijkt dat het in 2012 om 28 ziekenhuizen van de 92 gaat en in 2013 al om 40.

Maggie De Block: “Onze patiënten hebben recht op de beste kwaliteit van zorg en onze gezondheidszorg moet toegankelijk blijven voor iedereen. Het besluit is duidelijk en staat in ons regeerakkoord: we moeten het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering in ons land nu hervormen om te vermijden dat binnen enkele jaren ziekenhuizen moeten sluiten om financiële redenen.”

Basis voor het plan is het regeerakkoord. Van december 2014 tot februari 2015 heeft minister De Block overleg gepleegd met acht ziekenhuiskoepels, met alle ziekenfondsen en met de artsenverenigingen vertegenwoordigd in de RIZIV-organen. Deze overlegronde heeft veel nuttige input opgeleverd en aan het plan van aanpak vormgegeven.

Het plan zal stapsgewijs uitgevoerd worden. Om het werk beheersbaar te maken, is de hervorming ingedeeld in werkpakketten, bijvoorbeeld het werkpakket “concept netwerken”, werkpakket “definiëring van de drie financieringsclusters” enz.

Daarnaast werkt de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in zeer nauw overleg met alle betrokkenen en met de deelstaten. Eén van de werkmethodes omvat pilootprojecten. Maggie De Block: “Hier pakken we de zaken bottom-up aan. We gieten sommige ideeën en concepten in pilootprojecten

en vragen aan de sector om voorstellen. Een geselecteerd project evalueren we achteraf om na te gaan of het pilootproject over alle netwerken kan worden ingevoerd.”

Minister De Block stelt het gedetailleerde plan van aanpak voor aan het kamercommissie Volksgezondheid op dinsdag 28 april.

Een overzicht van tien hoofdboodschappen uit het plan:

1. Meer efficiëntie en zorgkwaliteit. Geen besparingsverhaal.

- We zetten de beschikbare middelen intelligent in.
- Dit is een hervorming, geen besparing.
- Er komt geen jobverlies. Integendeel, door de stijgende zorgnoden zal er de komende jaren nog meer werk in de zorgsector ontstaan.

2. “Ziekenhuis” opnieuw uitgevonden. Op maat van patiënt van vandaag.

- Een ziekenhuis wordt een medisch-technologisch expertisecentrum waar de diagnose voor de patiënt wordt gesteld en waar de patiënt wordt behandeld. Het ziekenhuis is niet zomaar een “beddenhuis”.
- We ontwikkelen netwerken die ziekenhuizen bevatten én zorg die buiten ziekenhuismuren plaatsvindt (transmurale zorg).
- Binnen zo’n netwerk wordt onder andere het volgende gerealiseerd:
 - Er komt een variatie aan ziekenhuizen: basisziekenhuizen, referentieziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen. De zorg draait rond de patiënt. Binnen een netwerk krijgt de patiënt de beste en juiste zorgen en dat kan in het ziekenhuis zijn maar dat kan ook thuis of in een ander zorgcentrum zijn.
 - Binnen zo’n netwerk worden bepaalde pathologiegroepen geconcentreerd en maken ziekenhuizen taakafspraken.
 - Dure technologie wordt toegewezen op het niveau van het netwerk.
 - De netwerken groeien bottom-up. De overheid treedt op in geval van dysfuncties.

3. Nieuw financieringssysteem: verantwoorde zorg voor patiënt wordt correct vergoed.

- **Laagvariabele zorg:** het betreft ingrepen die “standaard” geworden zijn en waarvoor elk ziekenhuis op vrijwel elk moment dezelfde prijs aanrekent. Er is geen of weinig variatie tussen patiënten. Er is een vooraf bepaalde prijs per patiëntopname.
Vb. Blindedarmoperatie, plaatsen van een heupprothese zonder complicaties.
- **Mediumvariabele zorg:** het betreft zorg die minder “standaard” is omdat bijvoorbeeld door de toestand van de patiënt complicaties kunnen optreden. Dit zal wellicht de hoofdbrok uitmaken van de ziekenhuiszorg.
We behouden de logica van een gesloten nationaal budget dat verdeeld wordt tussen ziekenhuizen in functie van aantal en aard patiënten en hun zorgzwaarte.
Vb. een heupprothese plaatsen bij een patiënt met hartproblemen.
- **Hoogvariabele zorg:** pathologiegroepen met grote mate van onvoorspelbaarheid. Het betreft zeer gecompliceerde ingrepen die uit meerdere fases en onderdelen bestaan en waarvan je op voorhand heel moeilijk kan zeggen hoe de ingreep zal verlopen. De financiering is meer gebaseerd op reëel verleende (verantwoorde) zorg.
Vb. het verwijderen van een moeilijk gelegen hersentumor.
Of een patiënt met een vrij eenvoudige aandoening die echter hoogvariabel wordt door allerlei aspecten zoals leeftijd, diabetes, cardiologische problemen...

4. Zorgkwaliteit wordt beloofd.

- We analyseren projecten “Pay for performance” in het buitenland en we nemen de goede praktijken mee.
- We starten met het voorbehouden van 1 à 2% van het totale ziekenhuisbudget voor kwaliteit en pakken de zaak stapsgewijs aan.

5. Transparantie in de financiering van specifieke opdrachten

- Specifieke opdrachten binnen de ziekenhuizen zoals de spoedgevallendienst, innovatie of bijvoorbeeld de academische opdrachten van universitaire ziekenhuizen worden transparant gefinancierd.

6. Vereenvoudiging van financieringsregels, minder registratielasten

- De financieringsregels worden vereenvoudigd door de drie financieringsclusters in te voeren (laagvariabel, mediumvariabel en hoogvariabel). Daarin worden stelselmatig verschillende financieringsstromen geïntegreerd, bijvoorbeeld geneesmiddelen,...
- Registratielasten verminderen en er komt een stroomlijning van de registraties tussen de federale administraties onderling diensten en met de deelstaten. Zo willen we vermijden dat patiëntengegevens meerdere keren onnodig geregistreerd worden of dat meerdere administraties dezelfde algemene gegevens registreren en zo overbodige registers aanleggen.

7. Arts heeft sleutelrol in functioneren van ziekenhuis en behoudt zeggenschap over volledig honorarium.

- De arts behoudt volledig zeggenschap over het honorarium. Wel komt er transparantie tussen de twee gedeeltes van dat honorarium: het wordt duidelijk hoeveel het professioneel deel (medische handeling) bedraagt en hoeveel de praktijkkosten (infrastructuur, apparaten,..) bedragen.
- De artsen krijgen gegarandeerd zeggenschap in de aanwending van de middelen en het medisch beheer van het ziekenhuis. (Vb. keuze van bepaalde zorgprogramma's, van de specialisatie door het ziekenhuis enz.)

8. Behouden sterke punten en werken zwakke punten weg.

- Sterke punten zijn oa:
 - Brede toegankelijkheid
 - Ruim zorgaanbod
 - Grote nabijheid
 - Geen significante wachtlijsten
 - Hoge gepercipieerde kwaliteit
 - Betaalbare zorg
 - Sterke inzet door zorgverstrekkers en van voorzieningen
- Zwakke punten zijn oa:
 - Structurele onderfinanciering van verantwoorde zorg
 - Complex financieringssysteem
 - Administratieve last voor ziekenhuizen
 - Systeem stimuleert niet tot efficiënte middeleninzet

- Sterk prestatiegedreven.
- Kwaliteit wordt niet beloond.
- Fragmentatie van de zorg en financiering

9. We werken doelgericht en stapsgewijs

- Het is een evolutie van een situatie, we voeren geen revolutie door.
- Het Plan van Aanpak is een meerjarenplan dat deze legislatuur zal overschrijden.
- De uitvoering verloopt in fases: we organiseren in werkpakketten die de verschillende delen van de hervorming beheersbaar maken.
- We werken met pilootprojecten die steunen op voorstellen vanuit de sector.

10. We hervormen samen met alle belanghebbenden.

- Op federaal niveau
 - ✓ Een Taskforce bewaakt permanent de cohesie tussen drie grote hervormingen:
 1. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 2. Hervorming nomenclatuur
 3. Hervorming KB 78 (competenties gezondheidszorgberoepen)
 - ✓ Overleggroep ziekenhuisfinanciering. Werkt onder leiding van de beleidscel van de minister van Volksgezondheid en met vertegenwoordigers van ziekenhuizen, artsen en ziekenfondsen.
 - ✓ Bilateraal overleg met andere belanghebbenden: verpleegkundigen, andere verstrekkers, patiëntenkoepels, sociale partners, financiers, verzekeraars, enz.
 - ✓ Wettelijke adviesorganen
- Met de deelstaten
 - ✓ Via de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid
 - ✓ Streven naar een gemeenschappelijke verklaring voor de zomer van 2015.

Info: Els Cleemput, woordvoester
 Tel. : 0032 475 29 28 77
 Mail : els.cleemput@minsoc.fed.be
 Int.: www.deblock.belgium.be
 Twitter: @Maggie_DeBlock