



Voorstellen voor een nieuwe ziekenhuisfinanciering

Johan Kips
BVZ-ABH, 16 juni 2015



Naar een nieuwe ziekenhuisfinanciering

- Waarom ?
- Hoe ?
- Wat ?



Maatschappelijke noden

- Garanderen objectieve (versus gepercipieerde) kwaliteit van zorg
- Beantwoorden aan demografische noden
 - impact noncommunicable diseases / ouder wordende bevolking (cardiovasculaire aandoeningen, kanker, dementie, diabetes, nierfalen)
 - beschikbaarheid van (voldoende opgeleide) zorgprofessionals
- Behoud betaalbaarheid huidig solidariteits systeem :
 - op individueel vlak (vermijden geneeskunde met 2 snelheden)
 - op macro-economisch vlak (fractie BNP)



Naar een nieuwe ziekenhuisfinanciering

- Waarom : maatschappelijke noden
- Hoe : vanuit het benodigde zorgorganisatiemodel
- Wat ?



Organisatiemodel van zorg anno 2015

Doel : vanuit maatschappelijke noden

- Ikv veroudering/non communicable diseases :
=> continuüm van op elkaar afgestemde structuren
- Verantwoord zorgaanbod blijven garanderen
=> adequate zorgplanning vanuit perspectief van volksgezondheid
- Verhogen zorgkwaliteit en doelmatigheid bevorderen
=> incorporatie concept waarde



Rol ziekenhuizen anno 2015

- Schakel in patiënt gecentreerde ketenzorg :
gestructureerde samenwerking met 1°lijnsactoren in lokale “care and cure” netwerken
- Verschuiving profiel ziekenhuizen :
mede door technologische evolutie :
 - verschuiving van residentiële naar ambulante zorg
 - evolutie naar hoog gespecialiseerde “solution shops”

=> minder ziekenhuisbedden, maar hoger zorgprofiel



Regionale ziekenhuisnetwerken : Doelstellingen

- Vanuit perspectief volksgezondheid : gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg voor elke burger
- Vanuit perspectief “waardecreatie” : doelmatigheid in het aanwenden van de middelen

=> Samenwerking tussen

- Klinische diensten : volledig zorgaanbod, op uitzondering van zeer zeldzame aandoeningen (prevalentie 2/100.000 ipv 1/2.000 zoals in huidig KB)
- Medisch ondersteunende diensten (labo, apotheek,...)
- Facilitaire diensten

ook met andere zorgvoorzieningen (bv. WZC)



Regionale ziekenhuisnetwerken

Voordelen : meerwaardecreatie

- Aspect kwaliteit :
 - bundelen expertise (in functie van complexe zorg)
 - verzekeren continuïteit van bepaalde diensten
- Aspect doelmatigheid :
 - Stimuleren sociaal ondernemerschap met taakverdeling binnen netwerk met het oog op “shared savings”, eerder dan op onderlinge concurrentie
 - => faciliteren veranderingen die voor individueel ZH moeilijk zijn zoals heroriëntering afdelingen / site (polikliniek, dagZH, categoriaal ZH, WZC,...)



Regionale ziekenhuisnetwerken

Structuur

- Op basis van globaal zorgstrategisch plan :
Identificeren “zorgzones” met vastleggen van oa
 - minimumvereisten opnamecapaciteit
 - pathologie specifieke bereikbaarheid / aanbod gespecialiseerde diensten
- Per “zorgzone” overkoepelend netwerkCté dat alle ZH omvat
- Op netwerkniveau, mogelijkheid tot :
 - toekennen werkings- en investeringsmiddelen
 - programmatie van infrastructuur en zorgprogramma's



Regionale ziekenhuisnetwerken

Omkaderende voorwaarden

- Structurele samenwerking op lange termijn
- Behoud identiteit (en erkenning) elk van de deelnemende ziekenhuizen
- Gelijkwaardig partnership, los van de grootte van het ziekenhuis
- Financiële return uit baten van netwerking voor elk van de deelnemende ziekenhuizen
- Op beleidsniveau :
 - Wegwerken wettelijke hinderpalen
Erkenningsvereisten “en cascade”, BTW wetgeving,...
 - Garantie van “shared savings” :
Behoud financiële baten van samenwerking binnen het netwerk



Naar een nieuwe ziekenhuisfinanciering

- Waarom : maatschappelijke noden
- Hoe : vanuit het benodigde zorgorganisatiemodel
- Wat : concrete voorstellen



Naar een nieuwe ziekenhuisfinanciering

Hoofdaspecten :

- Aanpassingen aan activiteiten gebaseerde financiering
structurele onderfinanciering ziekenhuizen corrigeren
- Verbeterd governancemodel in ziekenhuisbeleid
bevorderen van een volwaardig HRM beleid
- Inbouwen van waardegedreven financiering

Omkaderende voorwaarden :

- Budgetbehoud 5 jaar, groeivoet 2% (bovenop inflatie)
- Duidelijk strategisch plan, uitgewerkt met alle betrokken actoren, met juridische en financiële waarborgen
- Wetenschappelijke onderbouwing

3 belangrijkste pijlers

1. Het reduceren van (niet evidence based) **variabiliteit** in de zorg en onnodige (her)opnames

2. Artsen en ziekenhuizen beter op 1 lijn krijgen: gepaste incentives om **samen** continuïteit te vrijwaren

3. Rekening houden met **resultaten**, niet enkel met uitgevoerde aktes



Pijler 1

1. Het reduceren van (niet evidence based) **variabiliteit** in de zorg en onnodige (her)opnames



Daling opnames en ligduur investeren in kwaliteit

- Afbouwen “onverantwoorde” ligdagen (opnames/ligduur) :
 - stimuleren daghospitalisatie (bv. update “A”lijst)
 - outreach ambulante gespecialiseerde zorg (art. 107)
 - binnen netwerk alternatieve opvang (hersteloord, zorghotel,...)
 - verminderen heropnames door zorgintegratie
- Behoud globaal budget : betere omkadering en correcte financiering personeel
- Huidige honoraria afdrachten ter compensatie van onderfinanciering investeren in kwaliteitsfonds : bv. ICT (EPD)
- *Behoud APR-DRG financiering, vereenvoudiging waar mogelijk (dagff, B4-5-6, berekeningsbasis B8,...)*



ICT : investering in kwaliteit

EPD = onmisbaar

- om praktijkvoering te faciliteren
- om performant te communiceren
- om performant te coördineren
- om performant te plannen
- om nieuwe zorgmodellen te realiseren



Pijler 2

2. Artsen en ziekenhuizen beter op 1 lijn krijgen: gepaste incentives om **samen** continuïteit te vrijwaren



Stimuleren intramuraal werken van specialisten

- Incorporatie werking polikliniek in BFM
 - op basis van normen (infrastructuur en omkadering)
 - vanuit macro daling nomenclatuur, ter vervanging van huidige afdrachten
- Honorarium afdrachten voor investeringen in paritair beheerd investeringsfonds
- HRM beleid : honorering van intramurale taken (oproepbare wachtpermanentie, diensthoofdschap, voorzitter MR,)



Pijler 3

3. Rekening houden met **resultaten**, niet enkel met uitgevoerde aktes



Meerwaardecreatie als doel

$$\text{Waarde van zorg} = \frac{\text{Resultaat (kwaliteitsverbetering)}}{\text{Kost}}$$



Waardegedreven financiering

Doelstellingen

- Stimuleren van kwaliteitsgerichte praktijkvoering gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde medische richtlijnen
- Beoogt pathologiespecifieke procesoptimalisatie van de zorg
- Incorporeert 'normale' variabiliteit in praktijkvoering :
 - Pathologiegebonden intrinsieke verschillen qua ernst en/of klachtenpatroon
- Ontraadt 'abnormale' variabiliteit in praktijkvoering
 - Vermijden misuse/overuse/underuse van middelen



Hospital P4P programs in Maryland

Trends in potentially preventable complications (PPC)
in Maryland hospitals

/1000 people at risk	2009	2011	change (%)
Included PPC	2.44	1.98	-18.6 (p<0.001)
Infection related PPC	3.33	2.40	-27.8 (p<0.001)
All other PPC	2.18	1.86	-14.3 (p<0.001)
Excluded PPC	2.13	2.19	+ 2.7 (ns)

0.6 % reduction of total inpatient cost



Nieuw systeem BFM samengevat

- Juiste instroom, betere productiekwaliteit, snellere doorstroming,
- Ingeschakeld in netwerk met taakverdeling en financieel convergerende belangen. Behoud “shared savings”
- Weggewerkte onderfinanciering, duidelijke bestuursverantwoordelijkheid
- EPD en innovatie gefinancierd
- Inclusie polikliniek
- Investeringsfonds in medebeheer



Dank voor uw aandacht!