



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
MAGGIE DE BLOCK

Hervorming ziekenhuisfinanciering

Symposium, Belgische Vereniging voor Ziekenhuizen
16 juni 2015

Overzicht

1. Inleiding & 10 hoofdboodschappen
2. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilotprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance (pm)*
 6. Hervormingen op korte termijn
3. Governance structuur project & next steps

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

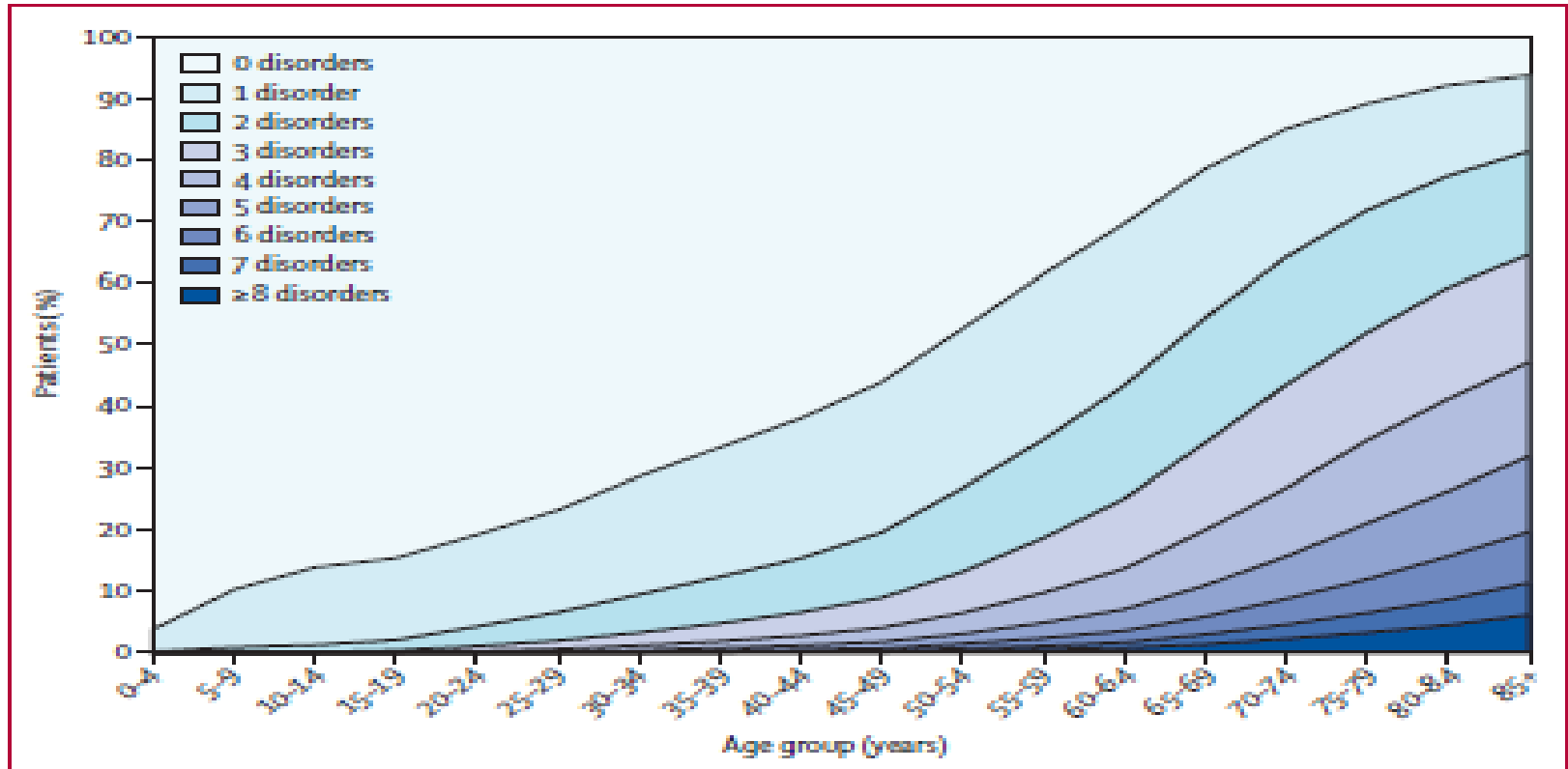
0. Context: nood aan hervormingen?

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

Van cure → care

Meer zorgcoördinatie nodig

0. Context: nood aan hervormingen?



Vergrijzing → toename chronische aandoeningen en multipathologie

Uitdaging: interacties tussen interventies

(Barnett et al., 2012) **.be**

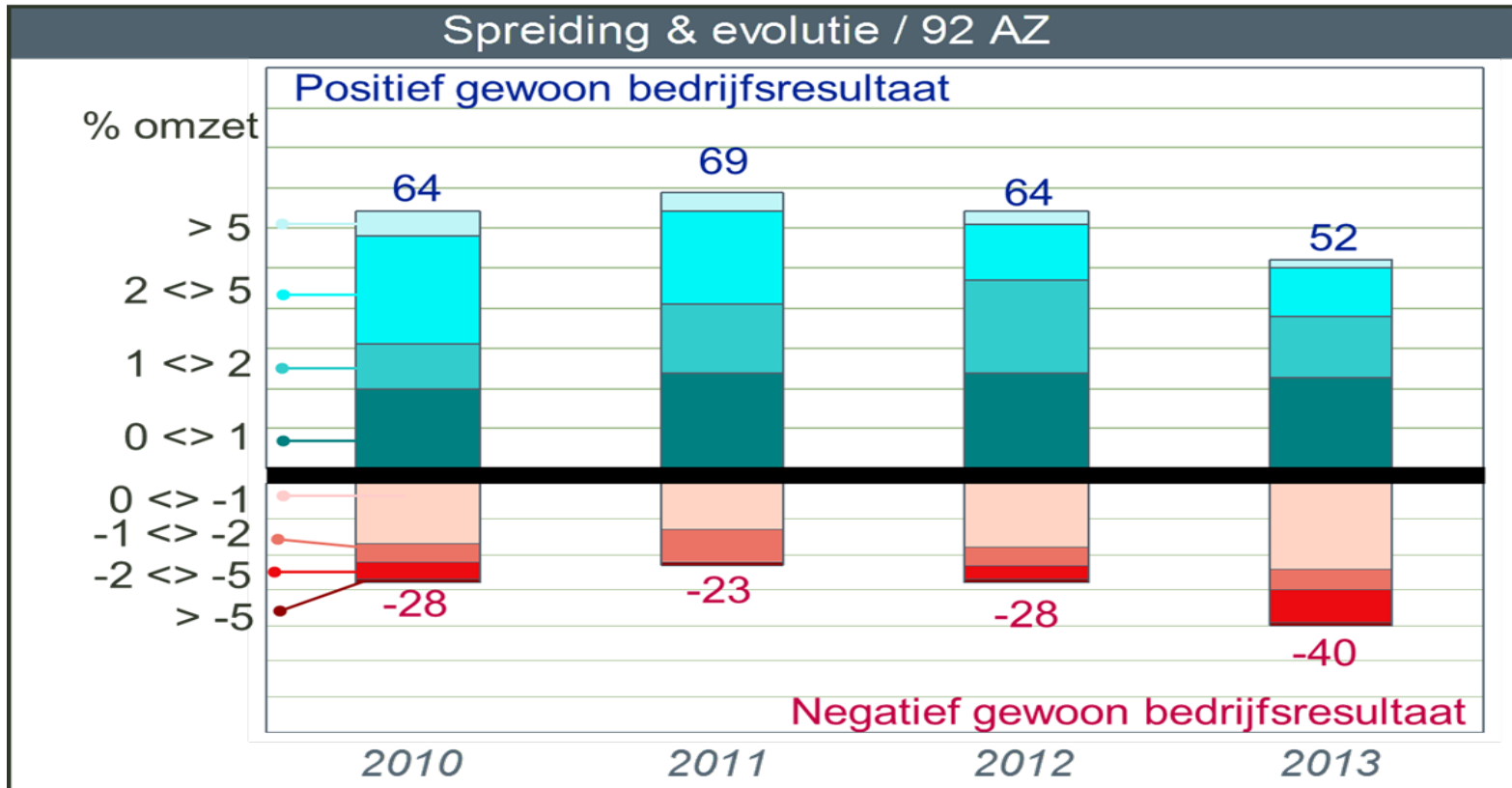
0. Context: nood aan hervormingen?

- 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

0. Context: nood aan hervormingen?

- Financiële gezondheid wordt precair in toenemend aantal ziekenhuizen

Belfius MAHA 2014



→ Nood aan efficiëntere organisatie & nieuw financieringsmodel

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

(via sluiting/reconversie van volledige afdelingen of sites)

- 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”*
→ omschrijving op basis van opdrachten en niet op basis van (infra)structuur, m.n. aantal en soort bedden & diensten
- 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.
 - Concentratie ≠ grotere ziekenhuizen

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

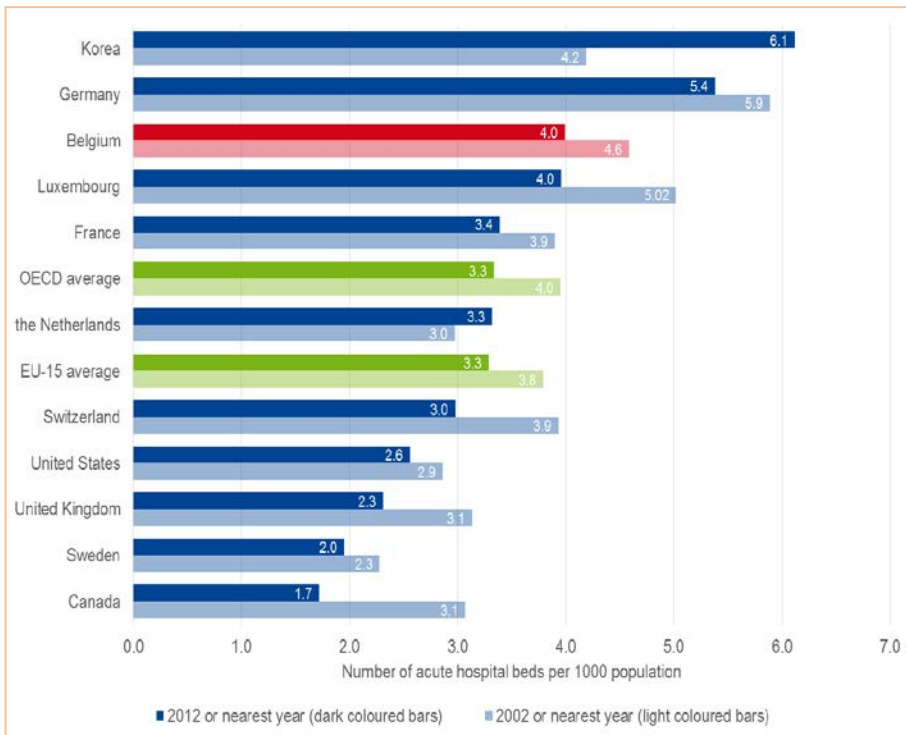
- Ziekenhuis wordt **knooppunt** binnen één of meerdere (transmurale) **netwerken** van klinische zorg
 - Dure technologie wordt toegewezen op het niveau van het netwerk, niet op het niveau van het ziekenhuis → prikkel tot samenwerking
 - IT ondersteuning (EDP) → minder duplicatie onderzoeken, minder administratie, meer patiëntveiligheid
 - 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

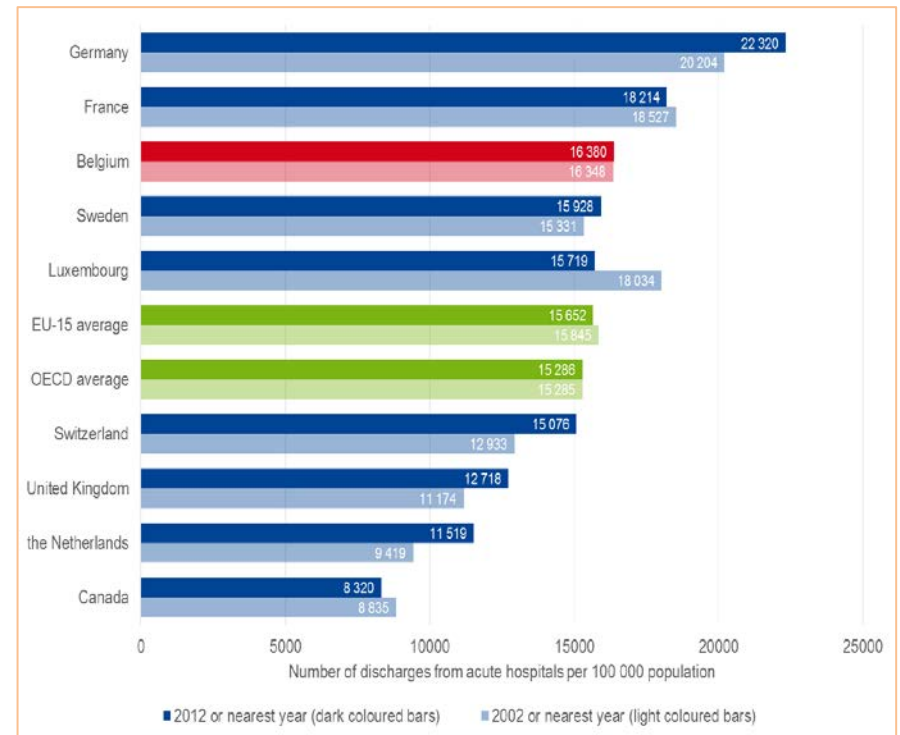
- Optimalisering middeleninzet ziekenhuizen:
 - Afbouw (lege) bedden / verdere verkorting verblijfsduur: overschot aan acute ziekenhuisbedden → reconversie naar chronische bedden (G, Sp)
 - Afbouw volledige zh-sites en –afdelingen is noodzakelijk voor reële besparingen op infrastructuur en slimmere inzet personeel
- Doelstellingen:
 - Infrastructuur optimaliseren (*minder sites, apparatuur, onderhoud*), met behoud toegankelijkheid
 - Met slimmere inzet (*geen afbouw*) van zorgpersoneel

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

Acute bedden/1000 inwoners



Ontslagen patiënten/100k inwoners

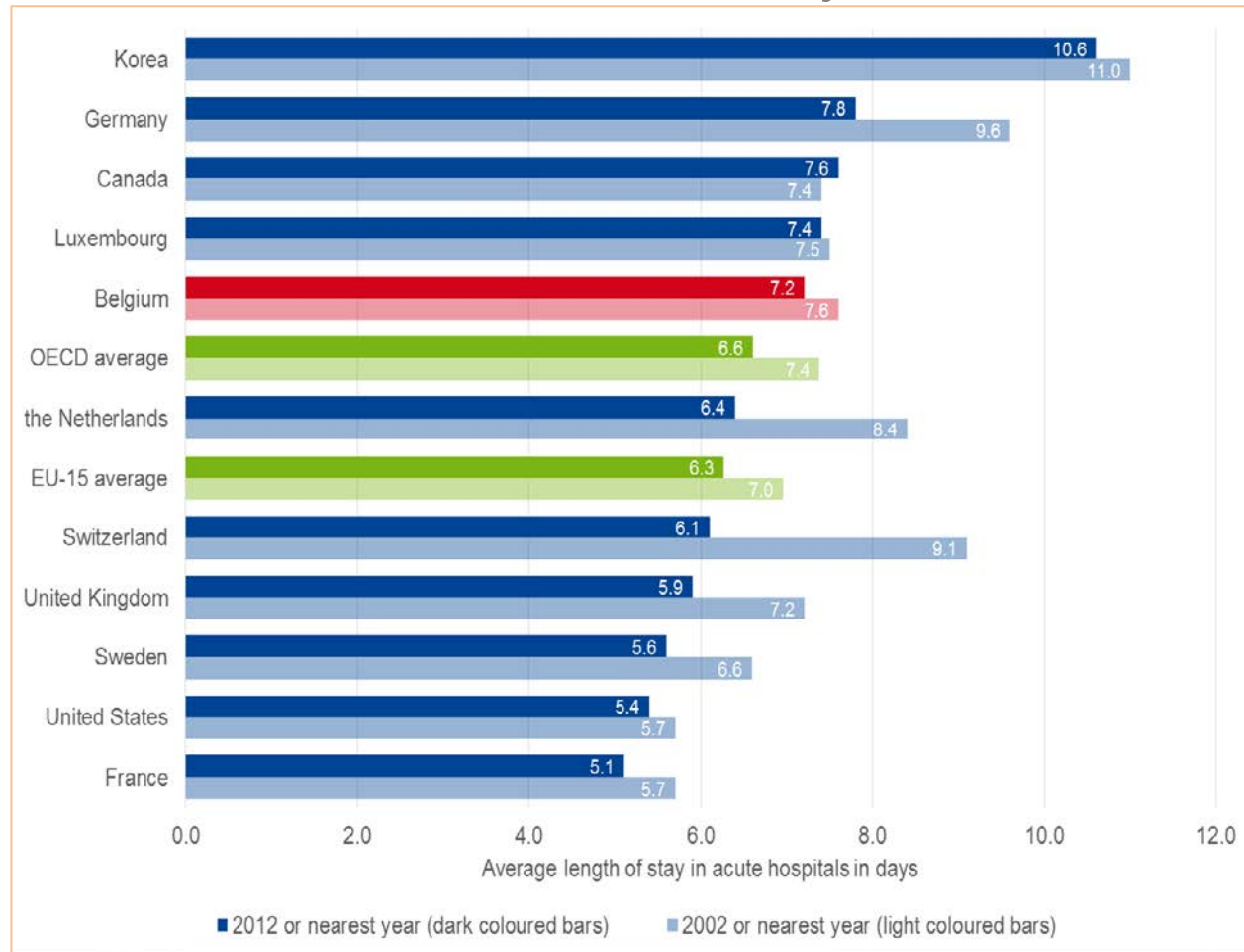


→ Ruimte voor afbouw (acute) ziekenhuisbedden, mits aangepast post-hospitalisatie-opvang

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block

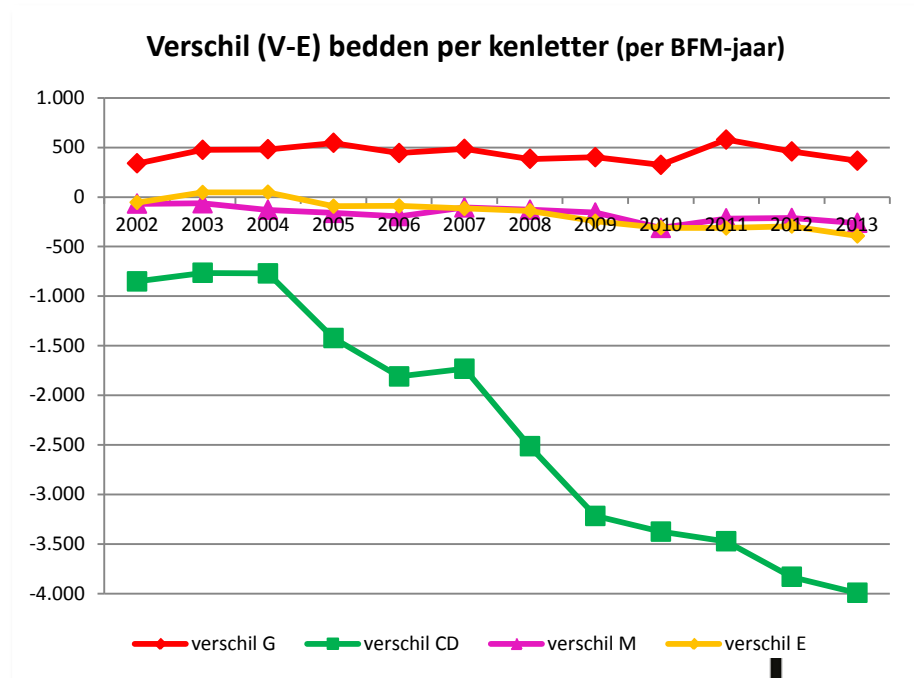
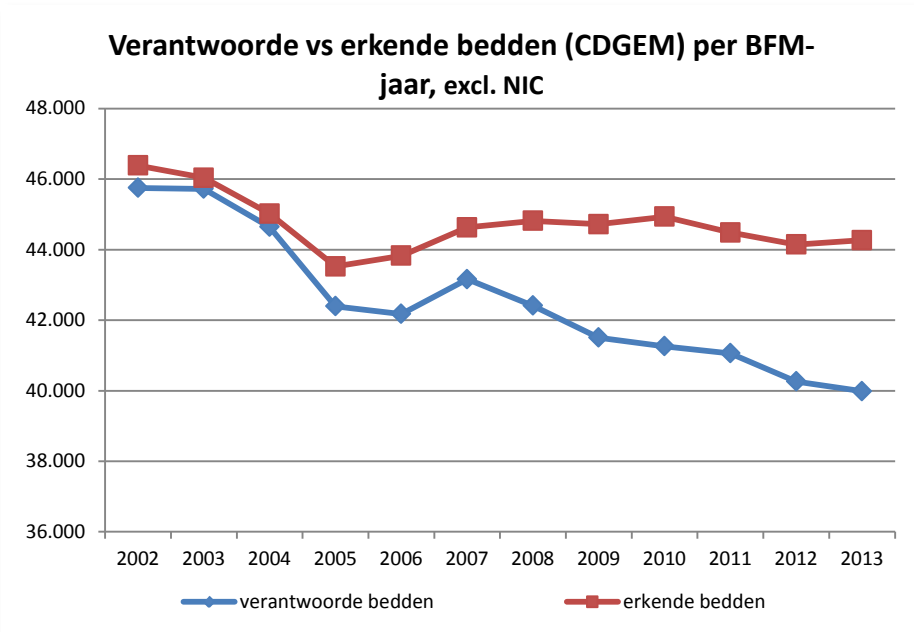
3. “Ziekenhuis” opnieuw uitgevonden. Op maat van de patiënt van vandaag

Gemiddelde verblijfsduur



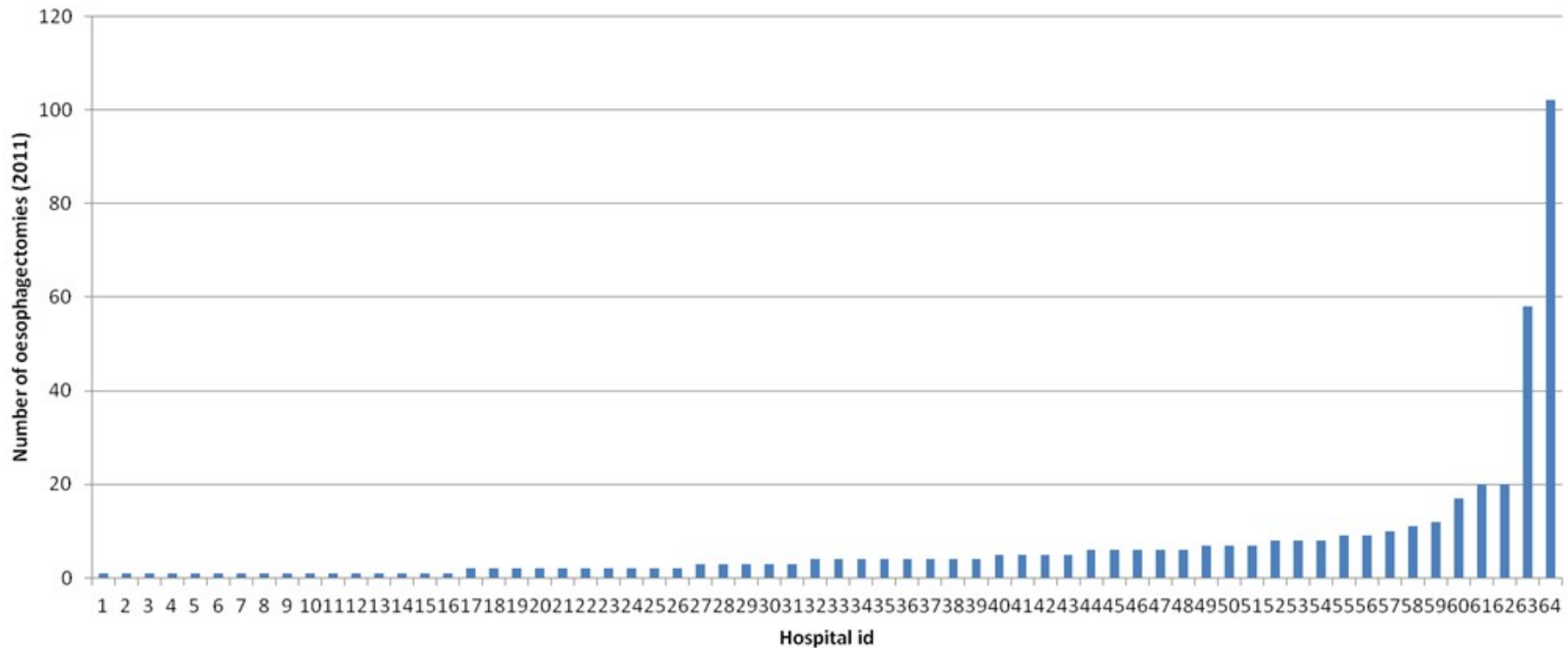
3. “Ziekenhuis” opnieuw uitgevonden. Op maat van de patiënt van vandaag

- **Erkende bedden** = beschikbare bedden
- **Verantwoorde bedden** = gefinancierde (nodige) bedden ifv gemiddelde verblijfsduur/pathologiegroep



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

Ruimte voor concentratie van zorgprocessen:
446 slokdarmresecties in 64 ziekenhuizen (mediaan: 4/zh)



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
- **Governance** model voor netwerken:
 - Formalisering in beheersstructuur ziekenhuizen
 - Bevoegdheden medische raad / hoofdgeneesheer
- **Conformiteitscheck** met deelstaten, zodat er geen nieuwe / uitbreiding van infrastructuur komt die niet compatibel is met het “zorglandschap 2025”

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

5. We belonen zorgkwaliteit

- **Doelgerichte, 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

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
 - Doelgerichte en kritische ingesteldheid
 - 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
- Pilootprojecten en tussentijdse leermomenten

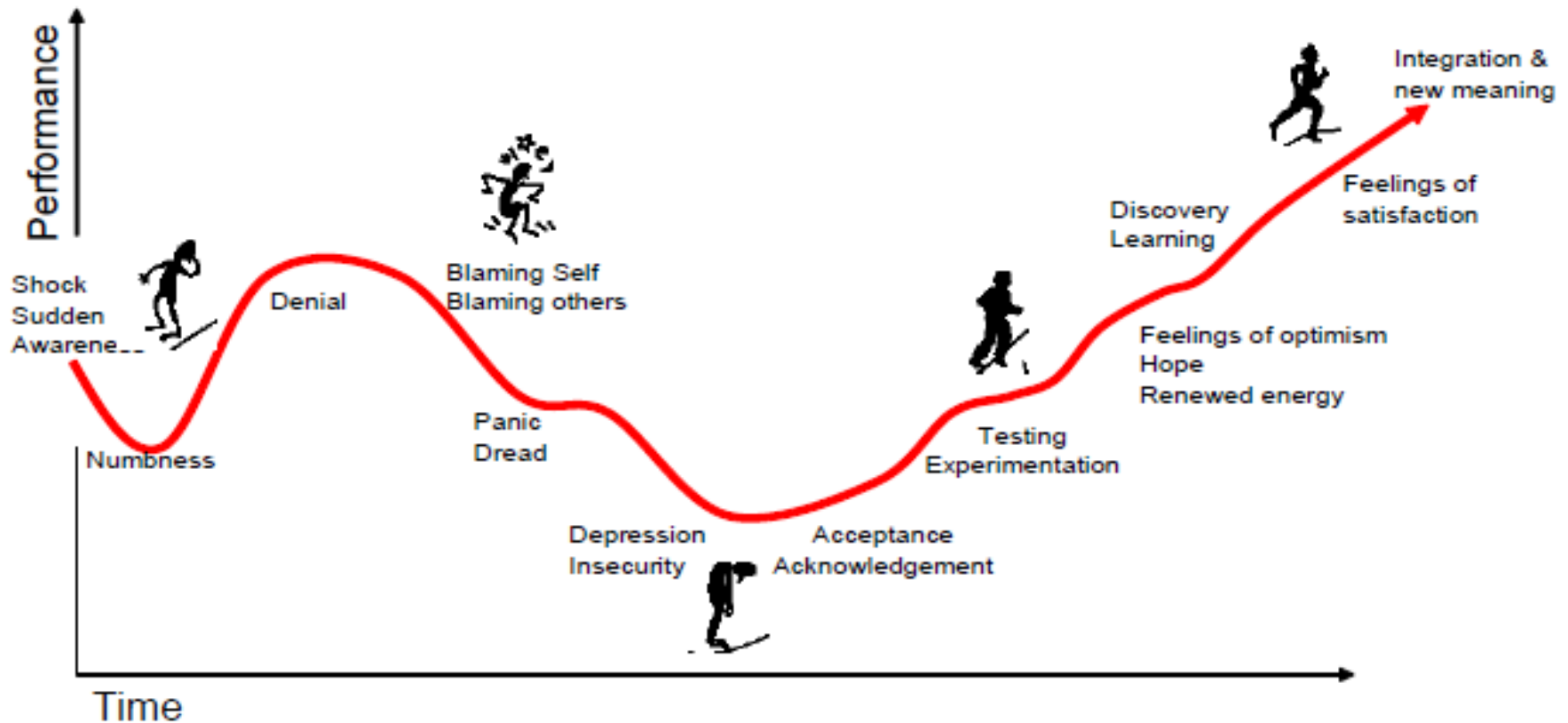
10. We hervormen samen met alle belanghebbenden

- 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

8 steps change model (J. Kotter)



Transitions Curve



Overzicht

1. Inleiding & 10 hoofdboodschappen
2. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilotprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *Pay for performance (pm)*
 6. Hervormingen op korte termijn
3. Governance structuur project & next steps

1. basisprincipes hervorming financiering

- 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

1. Basisprincipes hervorming financiering

- 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

2. 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*)



2. financieringsclusters

- **Solution shop model:**

- Diagnose onduidelijk (zoektocht), behandeling met trial & error, complicaties, ... (zorg = maatwerk)
- Bedrijfsprocessen: toegang tot uitgebreid diagnostisch & therapeutisch arsenaal
- Voor *minderheid* patiënten

- **Value adding process model:**

- Diagnose patiënt is gekend → behandeltraject voorspelbaar en planbaar
- Bedrijfsprocessen:
 - Veilige, kwaliteitsvolle, efficiënte zorg
 - Toegevoegde waarde via standaardisatie & procesverbetering
- Voor *meerderheid* patiënten

→ Segmentatie hoog- en laagvariabele zorg; beide processen vereisen **afzonderlijke aansturing**

Christensen et al, 2009

2.1. cluster 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
 - Technische elementen: remgelden, supplementen, carensperiode, identificatie patiënten tijdens opname)
- **Fase 2:** meer pathologiegroepen / overige honoraria

2.1. cluster laagvariabele zorg

- **Fase 3:** integratie andere financieringsstromen binnen ziekenhuizen → globaal bedrag/opname (*excl. honoraria*): BFM, geneesmiddelen, dagziekenhuis
- **Fase 4:** verhoging transparantie: opdeling honorarium (dat volledig eigendom van arts blijft) in “professioneel” deel & deel “praktijkkosten” (*eventuele koppeling praktijkkostendeel met overige financiële stromen*)
- **Fase 5:** integratie met zorg buiten het ziekenhuis (bv. ambulante revalidatie, ambulante pre- & postnatale zorg) → *shared savings*

2.2. cluster 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':
 - budgetverdeling i.f.v. aantal & aard patiënten en zorgzwaarte (verblijfsduur, verpleegkundige zorg, ...)
 - Met significante vereenvoudiging BFM-onderdelen (bv. normligduur, integratie B4 & B9 in B2, minder registratie)

2.2. cluster medium variabele zorg

- **Fase 2:** integratie (geforfaitariseerde) geneesmiddelen en dagziekenhuis
- **Fase 3:** identificatie praktijkdeel honoraria
- **Fase 4:** incentives voor samenwerking (door- en terugverwijzing) met andere ziekenhuizen en zorgvormen, incl. ambulante zorg buiten ziekenhuis – zeker voor chronische aandoeningen

2.3. cluster 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)

2.3. cluster 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*

3. 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

4. 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

4. Pilootprojecten

- Ontwikkeling **beleidsinstrumenten** pilootprojecten:
 - Art 107
 - RIZIV-conventies
 - Art 56 ZIV-wet
- Concrete **voorstellen**?
 - Actief polsen naar concrete suggesties bij stakeholders
 - Denkpistes: chemo thuis, bevallen met kort zh-verblijf, thuishospitalisatie, IV-antibiotica thuis,
- **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

5. 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

5. 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 $\leftarrow \rightarrow$ waarborgen permanentie & continuïteit \rightarrow meer integratie

Overzicht

1. Inleiding & 10 hoofdboodschappen
2. Hervorming ziekenhuisfinanciering
 1. Basisprincipes
 2. Financieringsclusters: laag-, medium- en hoogvariabel
 3. Specifieke opdrachten en taken
 4. Pilotprojecten
 5. Waardegedreven zorg / *P4P (pm)*
 6. Hervormingen op korte termijn
3. Governance structuur project & next steps

Governance structuur project

- **Conceptualisatie** nieuwe ziekenhuisfinanciering:
 - **Federale Taskforce**: globale afstemming hervorming ziekenhuisfinanciering / KB nr. 78 / herijking nomenclatuur
 - **Federale overleggroep** hervorming ziekenhuisfinanciering
 - Doel: periodieke afstemming
 - Structurele vertegenwoordiging: ziekenhuizen, artsen en ziekenfondsen, onder leiding van Beleidscel
 - **Federaal bilateraal overleg** met ruimere groep van stakeholders (verpleging, patiënten, sociale partners, privésector, industrie,)

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

Next steps

- Werkpakketten:
 - 2015: start studie zorglandschap (KCE)
aflijning financieringsclusters
BFM: NRGs, administratieve vereenvoudiging
IMC: gemeenschappelijke verklaring (juni)
spoedgevallen
pilotprojecten: thema's, selectieprocedure, opstart
pay for performance parameters ...
 - 2016: concept 'ziekenhuis' en 'netwerk' in regelgeving
spoedgevallenfinanciering ...
 - 2017: laagvariabele zorg: prospectieve referentiebedragen
eind 2017: eerste evaluatie pilotprojecten ...
 - ...
- Voortzetting afstemming met stakeholders
 - Via taskforce en overleggroep
 - Via bilateraal overleg



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