



**Vice-eersteminister
en minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid**

Frank Vandenbroucke

SAMENVATTING HERVORMING ZIEKENHUISORGANISATIE EN -FINANCIERING

1 DE FINANCIERING EN ORGANISATIE VAN DE ZIEKENHUIZEN MOET WORDEN HERVORMD: WAAROM EN HOE

Gezondheid is ons allerhoogste goed, onze gezondheidszorg van onschatbare waarde. Dat toont deze coronacrisis meer dan ooit aan. Investeren in onze gezondheidszorg is dan ook investeren in ons allen. We moeten dit solidair doen. En we moeten dit doelmatig doen, we moeten dit doen gebaseerd op wetenschap.

1.1 Waarom hervormen we?

Dit betekent dat we moeten hervormen waar en wanneer nodig. Hervormen om te zorgen dat we met de beschikbare middelen meer gezondheid bereiken. Hervormen om te zorgen voor een betere zorgervaring voor onze patiënten. Hervormen om te zorgen voor een minder stresserend werkklimaat voor onze zorgverleners. Hervormen om meer sociale gelijkheid tot stand brengen in de gezondheidszorg.

Onze ziekenhuizen, onze artsen en al het zorgpersoneel, doen dagdagelijks hun uiterste best. Ze zorgen voor hun patiënten met heel hun hart, met veel beroepsethiek, met veel goesting en met bijzonder veel kennis. We moeten hen hierin maximaal ondersteunen. We moeten zorgen dat de vele overheidsmiddelen die we investeren in de ziekenhuissector leiden tot het beste resultaat. Dat is vandaag niet altijd het geval.

- (1) We belonen kwantiteit nog altijd meer dan kwaliteit. Waarom doen we in ons land - in vergelijking met het gemiddelde van de EU - tot 50% meer CT-scans? Dat kost onze samenleving niet alleen handvol geld, het is ook niet gezond voor de patiënt, wel integendeel, teveel straling schaadt de gezondheid. De manier waarop onze ziekenhuizen gefinancierd worden, houdt dergelijke overconsumptie niet tegen. Integendeel, hoe meer onderzoeken zoals CT-scans of bloedanalyses, hoe gemakkelijker het ziekenhuis zijn kosten kan dekken. Dat wil niet zeggen dat artsen en ziekenhuizen zich alleen maar laten leiden door financiële overwegingen, maar de prikkel gaat wel in de verkeerde richting..
- (2) We stimuleren 'conflicten' tussen artsen en ziekenhuisbeheerders, eerder dan in te zetten op een klimaat dat ervoor zorgt dat ze kunnen doen waar ze goed in zijn en waar ze voor opgeleid zijn. Dit komt omdat de ziekenhuizen een deel van hun werkingsmiddelen verhalen op de artsenhonoraria. Dit leidt tot eeuwige en vaak hoog oplopende centendiscussies, in plaats van tot een samenwerkingsmodel met het oog op een goede gezondheidszorg. Ook de samenwerking en onderlinge taakverdeling tussen ziekenhuizen wordt bemoeilijkt door de manier waarop ze gefinancierd worden.
- (3) We beschermen de patiënten onvoldoende tegen hoge facturen. Er zijn wettelijk afgesproken tarieven, maar daarbovenop mogen artsen ereloonsupplementen aanrekenen in bepaalde omstandigheden. Zo betaal je in een eenpersoonskamer in een ziekenhuis voor eenzelfde behandeling door eenzelfde arts, twee tot drie keer meer dan in een tweepersoonskamer. De ereloonsupplementen stijgen van jaar tot jaar, en die trend moeten we omkeren. Maar dat is niet zo eenvoudig want een deel van die supplementen dragen de artsen af aan het ziekenhuis en dus zijn die supplementen vandaag een bron van inkomsten voor de ziekenhuizen.
- (4) We hebben een ongelooflijk complex en ondoorzichtig financieringssysteem van ziekenhuizen waar nog maar een handvol mensen zijn weg in vindt. Dat is niet goed. Noch voor de ziekenhuizen, die pas vele jaren later exact weten op welke middelen ze recht hebben. Noch voor de patiënten die de dupe zijn van de zoektocht naar extra middelen. Noch voor de overheid, die zeker moet zijn dat haar middelen juist worden ingezet.

Dit alles komt de zorg en de patiënt van de 21e eeuw niet ten goede. Een hervorming is dus dringend en noodzakelijk. Een hervorming die door de sector gevraagd wordt. Een hervorming die door de wetenschap geïnspireerd is. Een hervorming die we bovenal moeten doen voor de patiënt.

Dat is geen makkelijke karwei. Het is een hervorming die doordacht moet gebeuren en de nodige tijd zal vergen. We leggen de fundamenten voor een meerjarenaanpak die de koers van de tanker moet wijzigen.

We doen dit met vier cruciale doelstellingen voor ogen: (1) minder aanzetten tot overconsumptie en meer inzetten op gezondheid; (2) minder complexiteit en meer transparantie; (3) minder concurrentie en meer samenwerking; (4) minder supplementen en meer tariefzekerheid.

Om deze doelstellingen te bereiken, herzien we niet enkel de financiering van de ziekenhuizen, maar pakken we gelijktijdig de manier aan waarop we artsen vergoeden én kijken we op welke manier we de samenwerking tussen ziekenhuizen -maar ook met de artsen en zorgverleners op de eerstelijns- kunnen verbeteren.

We doen dit niet alleen, maar samen met de artsen, met de ziekenhuizen, met de ziekenfondsen en uiteraard met de patiënten.

1.2 Hoe hervormen we?

1.2.1 We verbeteren de samenwerking tussen ziekenhuizen

Dat ziekenhuizen proberen de beste te zijn, is uiteraard een nobel streven. Maar dat dit ertoe leidt dat iedereen alles wil doen, met als gevolg dat we middelen maar ook expertise verspillen, is nefast. Dat dit ertoe leidt dat samenwerking onder druk komt, en concurrentie zegeviert, is eveneens nefast.

De vorige jaren zijn al stappen gezet om de samenwerking tussen ziekenhuizen te versterken. Zo was het doel naburige ziekenhuizen te verenigen in lokale netwerken om kosten te besparen, investeringen te delen, en taakverdeling op basis van expertise te bevorderen.

De deelstaten zullen binnenkort 23 ziekenhuisnetwerken erkend hebben, wat lovenswaardig is. Alleen zien we dat de geografische samenstelling van de netwerken niet altijd logisch is. Sommige netwerken zijn heel groot, anderen zijn klein. Dat maakt de doelstelling die we voor ogen hebben niet meteen makkelijker, maar daarom niet minder noodzakelijk. We slaan het pad van samenwerking dus onverminderd verder in, en dit vanuit de idee 'nabije zorg waar mogelijk, gespecialiseerde zorg waar nodig.'

In onze vergrijzende samenleving is het essentieel dat, bijvoorbeeld, zorg voor oudere patiënten (geriatrie) zo dicht mogelijk bij huis geboden wordt, dus in alle ziekenhuizen. Er is ook zorg die wel in elk netwerk aanwezig moet zijn, maar niet noodzakelijk in alle ziekenhuizen. Dit kan zijn omdat een bundeling van expertise loont, bijvoorbeeld voor een gespecialiseerde behandeling van een hartinfarct waar één ziekenhuis binnen het netwerk daar dé expert in kan zijn. Dat kan zijn omdat een bundeling doelmatig is, omdat er bijvoorbeeld een permanente beschikbaarheid van veel zorgpersoneel vereist is, zoals voor materniteiten. En ten slotte is er zorg die zo'n gespecialiseerde expertise of zo'n grote investeringen vergt voor een kleine groep mensen, dat we ze niet in elk netwerk kunnen en mogen organiseren, zoals de gespecialiseerde behandeling van een beroerte of de behandeling van een zeldzame kanker: we spreken dan over 'supraregionale zorgopdrachten' (in tegenstelling tot de 'locoregionale zorgopdrachten'). We geven op heel korte termijn de invulling van deze loco- en supraregionale zorgopdrachten inhoud.

We faciliteren en sporen voorts samenwerking op het niveau van dat ziekenhuisnetwerk aan voor wat we noemen 'ondersteunende activiteiten' in ziekenhuizen. Denk bijvoorbeeld aan labo's, waar schaalvoordelen en kwaliteitsverbetering mogelijk zijn bij een bundeling van de krachten. En we moedigen ook de samenwerking

tussen de ziekenhuizen en de eerstelijns -de zorg buiten de ziekenhuizen- aan, want geïntegreerde zorg rond de patiënt en over de hokjes en silo's heen is waar we finaal naar toe moeten.

1.3 We financieren de ziekenhuizen en de artsen...

1.3.1 ... op basis van wat nodig is voor zorg voor de patiënt

Ziekenhuizen krijgen vandaag een budget dat op een zeer ingewikkelde wijze berekend wordt en waar vele jaren later nog correcties op doorgevoerd kunnen worden. Dit moet veel eenvoudiger, rechtvaardiger en voorspelbaarder. Het is de bedoeling dat ziekenhuizen voor een patiënt met een bepaald ziektebeeld - bijvoorbeeld een appendicitis, een hartinfarct,...- een vaststaand forfaitair bedrag krijgen. Dat bedrag zal bepaald worden op basis van een gefundeerde berekening van wat écht nodig is om goede, noodzakelijk zorg te bieden. We evolueren dus naar een all-in pathologieforfait per opname, zoals in de ons omringende landen. We noemen het 'all-in' omdat het allerlei kosten die gemaakt moeten worden voor een patiënt die opgenomen is en goed behandeld moet worden, omvat, behalve de verloning van de arts (verder spreken we over de 'professionele verloning').

De berekening van dit forfait is geen sinecure, en vergt het nodige studiewerk, dat we nu versneld laten uitvoeren door wetenschappelijke equipes met de bedoeling om in 2024 alle puzzelstukken te kunnen samen leggen.

Deze omslag is belangrijk vanuit een technisch-financieel oogpunt, maar het gaat om veel meer dan dat. Dit zal een belangrijke hefboom zijn om de druk op overconsumptie te verminderen én om de kiem te leggen voor een vernieuwd samenwerkingsmodel tussen artsen en ziekenhuizen. Een samenwerkingsmodel gericht op de noden van de patiënten, op zorgorganisatie en zorgkwaliteit, eerder dan op financiële discussies.

Het ereloon van de artsen zal zo opgesplitst worden in een deel werkingskosten en een deel professionele vergoeding; zodat goed geweten is wat nodig is om het ziekenhuis draaiende te houden, en wat dient voor het inkomen van de arts. Dit zal niet meer door elk individueel ziekenhuis met zijn artsen onderhandeld moeten worden, maar zal geobjectiveerd vastgelegd worden. De werkingskosten worden opgenomen in het pathologieforfait, waardoor de ziekenhuizen dit niet meer aan de artsen moeten vragen. Dit betekent niet dat de artsen niets meer te zeggen hebben in het ziekenhuis. Wel integendeel, we gaan voor samen beslissen.

Een pathologieforfait zal ook de uitrol van geïntegreerde zorg faciliteren, omdat het makkelijker wordt de ziekenhuisfinanciering te ontrafelen en samen te leggen met de financiering van zorgen buiten het ziekenhuis.

1.3.2 ... met bijzondere aandacht voor labo's en medische beeldvorming

We besteden bijzondere aandacht aan de medische beeldvorming en de klinische biologie (labo's). We stemmen het financieringsmodel af op de echte zorgnood in de samenleving. Het is niet langer: 'hoe meer onderzoeken, hoe meer geld' maar 'correct verlonen op basis van wat nodig is voor de patiënt'.

De pathologiefinanciering voeren we versneld in voor de labo's, en voor de werkingskosten van medische beeldvorming rollen we een populatiefinanciering uit: populatiefinanciering betekent dat die uitrusting gefinancierd wordt die nodig is ter ondersteuning van de normale activiteit inzake medische beeldvorming voor de bevolking die een ziekenhuis bedient. We herzien de prijszetting en investeren wat we besparen opnieuw in de zorg. We responsabiliseren tenslotte de voorschrijvers, zodat ze geen baat meer hebben om overbodige voorschriftjes te maken voor technische onderzoeken.

We gaan dat meteen aanpakken, overconsumptie zo tegengaan, en die middelen investeren in onze zorg, in onze ziekenhuizen én in onze artsen. Daar waar het nodig is.

1.3.3 ... zonder overbodige overnachtingen in het ziekenhuis

Een ziekenhuisverblijf is duur, dat is een feit. Maar ook: niemand ligt graag in het ziekenhuis, herstellen lukt vaak beter thuis én bovendien vermijd je thuis het risico een ziekenhuisinfectie op te lopen. Het is daarom belangrijk dat we waar mogelijk ingrepen uitvoeren in het dagziekenhuis in plaats van de patiënt onnodig een nacht of langer in het ziekenhuis te laten.

We stimuleren daarom om ingrepen die mogelijk zijn in het dagziekenhuis ook daar te laten gebeuren. Dit uiteraard onder de voorwaarde dat patiënten altijd het recht hebben om een nachtje in het ziekenhuis te verblijven na een kleine ingreep, bijvoorbeeld omdat ze er thuis alleen voor staan of er niet gerust in zijn.

1.3.4 ... zonder onredelijke inkomensverschillen tussen artsen

Het verloningssysteem van de artsen is zeer verstrengd met de financiering van de ziekenhuizen. Ook dat pakken we grondig aan. We hervormen de zogenaamde nomenclatuur, waarin vastgelegd is wat een arts voor welke handeling mag aanrekenen. Het gaat om een titanenwerk, waar wetenschappelijke equipes de komende 3 jaar mee bezig zullen zijn.

Zij zullen het professioneel gedeelte van het werkingsgedeelte onderscheiden, wat - zoals hoger al aangegeven - heel belangrijk is voor de herziening van de financiering van de ziekenhuizen. Maar ze zullen hiernaast ook de 'zwaarte' van elke medische handeling objectiveren. Ze zullen nagaan wat de complexiteit, duurtijd en vereiste expertise van een bepaalde medische handeling is en dit afwegen ten opzichte van andere medische handelingen. Op die manier gaan we heel objectief en rechtvaardig kunnen inschatten wat een gynaecoloog bijvoorbeeld moet verdienen voor een normale bevalling; en wat voor een keizersnede; en wat een chirurg moet krijgen voor een hartoperatie en een psychiater voor een raadpleging.

We zullen dit studiewerk tevens kunnen gebruiken om bijvoorbeeld een betere vergoeding voor multidisciplinaire samenwerking; langdurige opvolging van een patiënt of continuïteit van de zorg te voorzien. Dit is belangrijk. Vandaag financieren we meestal elke medische handeling apart. Zoveel euro voor deze operatie, zoveel euro voor deze consultatie, zoveel euro voor dit onderzoek. Dat is nog logisch voor de betaling van acute zorg. Maar niet perse voor de zorg voor chronische patiënten. En, iedereen weet het, in de 21^{ste} eeuw leven we allen langer, maar vaak ook met meerdere chronische ziektes.

1.3.5 ... met beloning voor kwaliteit waar grote gezondheidswinst te boeken is

Het is verheugend dat kwaliteit de laatste jaren steeds meer aandacht krijgt in de ziekenhuizen. Een financiële prikkel kan hier een duwtje in de rug geven, zeker als ze gericht is op domeinen waar nog grote gezondheidswinst te boeken is. Het gericht inzetten op het verder terugdringen van antibioticaresistentie of het voorkomen van ziekenhuisinfecties kan mensenlevens redden. We gaan ziekenhuizen die dit goed doen hiervoor substantieel belonen.

1.4 We beschermen de patiënt tegen te hoge facturen

Ondanks de solidaire financiering door de overheid kan de ziekenhuisfactuur voor de patiënt behoorlijk oplopen. Dit is het gevolg van de aangerekende ereloon-supplementen als hij kiest voor een eenpersoonskamer. Die supplementen zitten in stijgende lijn, en er zit geen logica in. Ziekenhuisbeheerders en artsen zeggen dat ze niet anders kunnen: die inkomsten zouden ze nodig hebben omdat de financiering van de overheid niet volstaat. De werkelijkheid is echter complexer. Hoe kun je anders verklaren dat sommige ziekenhuizen veel hogere supplementen aanrekenen terwijl ze allemaal op dezelfde manier worden gefinancierd?

We zetten dus een rem op de supplementen, en dit vanaf 2022, en bouwen ze vanaf 2024 af door plafonds op te leggen. Binnen maar ook buiten de ziekenhuizen. We bekijken wel of we de ziekenhuizen en de artsen hiervoor deels moeten compenseren, maar dit op een billijke manier en voor zorg waar extra in geïnvesteerd moet worden. Gezien deze begrenzing ook de private hospitalisatieverzekeringen goed zal uitkomen, zullen we met de sector bekijken wat zij als tegenprestatie kunnen leveren.

We verhogen ook de transparantie door een patiënt voorafgaand aan zijn ingreep een bestek te laten voorleggen en door een uniforme registratie van de aangerekende supplementen buiten een ziekenhuisopname op te leggen.

2 Werk van enkele jaren, met onmiddellijke start

Dit hervormingsplan uitrollen is een werk van enkele jaren. We willen dit robuust aanpakken, met voldoende wetenschappelijk werk waar nodig, maar eerste realisaties op korte termijn waar mogelijk.

De bouwstenen voor de hervorming van de ziekenhuis- en artsenfinanciering worden in 2022-2023-2024 gelegd, en zouden in 2025 geïmplementeerd kunnen worden. In 2022-2023 worden al de eerste realisaties geboekt inzake klinische biologie, medische beeldvorming, daghospitalisatie en kwaliteitsfinanciering.

De verdere invulling van de ziekenhuisnetwerken zal stapsgewijs vorm krijgen, met in 2022 de concrete invulling van wat loco- en wat supraregionale zorgopdrachten zijn. De supplementen worden eveneens gefaseerd aangepakt, met een onmiddellijke bevrozing vanaf 2022 en een plafonnering vanaf 2024.