

Oproep tot het voorstellen van *thema's* voor pilootprojecten

Achtergrond:

Het Plan van Aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering voorziet een voorzichtige en pragmatische implementatie van nieuwe organisatie- en financieringsmodellen voor de ziekenhuiszorg. De bedoeling is om, in nauw overleg met de sector en de deelstaten, nieuwe modaliteiten eerst op kleine schaal uit te proberen en pas na gunstige evaluatie op ruimere schaal te implementeren. Zo kunnen ongunstige en onverwachte neveneffecten makkelijker beheerst en bijgestuurd worden en wordt chaos vermeden. Tegelijkertijd wordt er ruimte geboden aan diverse spelers in de gezondheidszorg om creatieve en innovatieve initiatieven op te starten. In het werkveld is veel expertise en ervaring aanwezig over welke vormen van samenwerking, welke alternatieve organisatiemodellen, ... in praktijk goed kunnen werken en welke weinig perspectief bieden. De overheid wil leren uit deze ervaringen vooraleer substantiële hervormingen op ruime schaal te implementeren.

We vragen aan de sector / de stakeholders **suggesties voor thema's**, zoals voorzien in het Plan van Aanpak. We polsen naar mogelijke **thema's** voor pilootprojecten (dit zijn nog geen concrete projectvoorstellen), met een korte motivering waarom deze thema's in aanmerking komen als pilootproject. Op basis van de ingediende suggesties zal een finale, beperkte, lijst van zorginhoudelijke thema's voor pilootprojecten opgemaakt worden. Voor elk thema kunnen in de volgende fase concrete **projectvoorstellen** ingediend en goedgekeurd worden. Om de oproep voor thema's goed te kunnen kaderen volgt hieronder een korte beschrijving van de doelstellingen, kenmerken en beoogde werkwijze voor de pilootprojecten.

Suggesties voor thema's, aangevuld met een beknopte verantwoording, zijn welkom op het mailadres hospfin-pilot@minsoc.fed.be tot en met 6 september 2015.

Over de strategische hervorming van de ziekenhuisfinanciering vindt u vanaf nu meer informatie op de websites van [minister Maggie De Block](#), de [FOD Volksgezondheid](#) en het [Riziv](#).

Doelstellingen pilootprojecten:

De pilootprojecten fungeren als proeftuinen om een aantal mogelijks nuttige beleidsmechanismen voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering uit te testen op hun praktische haalbaarheid. Het Plan van Aanpak geeft duidelijk aan dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering vooral beoogt om:

- de budgetten die beschikbaar zijn voor ziekenhuiszorg efficiënter in te zetten (zodat de onderfinanciering in het budget van financiële middelen kan weggewerkt worden en de groeiende zorgnoden in de toekomst kunnen opgevangen worden met een te verwachten beperktere budgetgroei dan in het verleden)
- zonder te raken aan de kwaliteit van zorg en de patiëntentevredenheid – integendeel, waar mogelijk zowel de zorgkwaliteit als de tevredenheid nog verder te verbeteren.

Een efficiëntere middeleninzet kan gerealiseerd worden via aangepaste organisatie- en financieringsmodellen, niet enkel voor de zorg binnen de ziekenhuismuren, maar evenzeer voor de pre- en posthospitalisatiezorg. Het is de bedoeling dat er vanuit de belanghebbenden voorstellen voor aangepaste organisatie- en financieringsmodellen worden ontwikkeld, zodat deze op hun praktische haalbaarheid kunnen beoordeeld worden, vooraleer de overheid ze op ruimere schaal implementeert.

In de sector kan de bekommernis leven dat ziekenhuizen die al veel moeite gedaan hebben om hun verblijfsduur te verkorten (= ziekenhuizen die al efficiënt werken), weinig extra efficiëntiewinsten kunnen realiseren via de pilootprojecten. Vooral ziekenhuizen die tot op heden geen inspanningen deden om hun efficiëntie te verbeteren zouden nu voordelen kunnen realiseren. Het is uiteraard zo dat de startpositie van alle ziekenhuizen niet identiek is op het ogenblik dat prikkels tot efficiëntieverbetering worden ingevoerd. De ziekenhuizen die vroeger zelf al initiatief namen tot efficiëntieverbetering hebben daar in het verleden al de vruchten van geplukt (en hebben die middelen die hierbij vrij kwamen al alternatief kunnen aanwenden). Deze ziekenhuizen hebben op korte termijn wellicht minder extra voordeel bij deelname aan pilootprojecten. Maar ze zijn op lange termijn beter gewapend voor de toekomst. Ze hebben al een voorsprong opgebouwd en zullen zich makkelijker kunnen inschakelen in de nieuwe organisatie- en financieringsmodaliteiten zodra de resultaten van de pilootprojecten op ruimere schaal geïmplementeerd worden. De pilootprojecten bieden aan de deelnemers een 'veilige' omgeving (want met gewaarborgd budget per patiënt) waarin kan "geëxperimenteerd" worden met nieuwe organisatiemodaliteiten. Op die manier kan men mee aan de wieg staan van een innovatie die later voor de hele sector kan geïmplementeerd worden.

Kenmerken pilootprojecten hervorming ziekenhuisfinanciering:

Pilootprojecten moeten geïnspireerd zijn op meerdere van de volgende, soms deels overlappende kenmerken van nieuwe organisatie- en financieringsmodellen (een pilootproject dient echter niet aan alle kenmerken te beantwoorden):

1. De **patiënt** is een actieve partner in de besluitvorming over en het opvolgen van zijn behandeltraject
2. De pilootprojecten handelen over **ziekenhuiszorg** voor **acute** aandoeningen, Acute aandoeningen worden omschreven als aandoeningen waarvoor de behandeling, in de regel, binnen de 6 maand is afgerond. De voorkeur gaat naar acute aandoeningen met een belangrijk aandeel zorg binnen de ziekenhuismuren en waarvoor de verwachting bestaat (of wetenschappelijke evidentie beschikbaar is die aantoont) dat een significant deel van de ziekenhuiskosten zou kunnen vermeden worden, mits voldoende gepast aanbod van ambulante zorgvormen of dat een efficiëntere aanwending van de middelen realiseerbaar is door structurele taakafspraken tussen de ziekenhuizen onderling. Er wordt ook voldoende aandacht gevraagd voor:
 - mechanismen om verslechtering van klachten te voorkomen / om klachten tijdig te ontdekken (i.e. en dus toekomstige zorgkosten uit te sparen)
 - mechanismen om (re)hospitalisaties te vermijden (i.e. ziekenhuiskosten te vermijden)
 - het monitoren van interacties met co-morbiditeiten.

Daarnaast kan er ook een **zorgcomponent buiten de ziekenhuismuren** aanwezig zijn.

3. Pilotprojecten omvatten innovatieve “**transmurale**” **zorgvormen**. “Transmurale” samenwerking wordt hier in twee betekenissen gebruikt:
 - a. over de muren van het ziekenhuis heen (= samenwerking tussen ziekenhuizen onderling), met taakafspraken over en onderlinge verwijzing van patiënten (i.e. de patiënt staat centraal; het gaat niét louter om samenwerking tussen ondersteunende diensten).
 - b. tussen diverse soorten voorzieningen en zorgverstrekkers (bv. ziekenhuizen – thuisverpleging – huisartsen – artsen van verschillende disciplines – kinesitherapie), met gedocumenteerde taakafspraken. Hierbij wordt ook beroep gedaan op reeds bestaande vormen van samenwerking, bv. via huisartsenkringen.

De focus ligt uitdrukkelijk op constructieve samenwerking tussen de betrokken partners, met wederzijds respect voor de inbreng en specifieke expertise van elke zorgverlener, en dit alles georganiseerd met als voornaamste doelstelling om het belang en de wensen van de patiënt nog beter te dienen.

Het is de verwachting dat vanuit de sector creatieve en innovatieve organisatie- en financieringsmodellen worden voorgesteld (tussen bestaande vormen van zorgverlening) alsook om alternatieve zorgvormen (die nog niet beschikbaar zijn in de Belgische context) te ontwikkelen.

→ de partners in het pilotproject zijn dus minstens één ziekenhuis en daarnaast minstens één ander ziekenhuis of andere zorgvoorziening / groep van zorgverleners. Ook private, commerciële organisaties (hospitalisatieverzekeraars, fabrikanten van materialen, ...) kunnen optreden als projectpartner.

Er worden ook voorstellen verwacht over hoe deze systematische samenwerking tussen ziekenhuizen, of ziekenhuisdiensten, of tussen ziekenhuizen en andere zorgvoorzieningen kan ondersteund worden via **netwerkvorming**.

4. De **doelgroep** van het project wordt omschreven in termen van een goed aflijnbare **patiëntenpopulatie**. De doelgroep dient een patiëntenpopulatie te omvatten die voldoende ruim is, en/of een hoge middeleninzet per patiënt vereist, zodat, bij implementatie van het pilotproject op ruimere schaal er substantiële optimalisaties kunnen gerealiseerd worden. Het moet gaan om ziektebeelden waarvoor er reeds **gestandaardiseerde transmurale zorgpaden** toegepast worden, uitgewerkt zijn, of in de maak zijn.
5. Het pilotproject heeft als doelstelling dat het aanbod aan **dure infrastructuur** (bv. diagnostische uitrusting, behandelapparatuur) efficiënter wordt benut en/of het (over)gebruik van dure infrastructuur wordt gereduceerd.
6. Er wordt **minder gebruik** gemaakt van dure acute **ziekenhuisinfrastructuur**, door verkorting van de verblijfsduur, door ruimere overschakeling naar daghospitalisatie (via een hogere substitutiegraad, of via uitbreiding van het soort interventies dat voor daghospitalisatie in aanmerking komt), door het vermijden van ziekenhuisopnames en/of

door het verschuiven van de patiënt naar 'minder intensieve' (minder acute) zorginfrastructuur.

7. Ook **het verminderen van het gebruik** van de spoedgevallendiensten, van onnodig medicatieverbruik, van (over)gebruik van medische diagnostiek (labo, beeldvorming, ...) wordt nagestreefd.
8. Het *evidence-based* zorgaanbod wordt aangestuurd vanuit een **multidisciplinair team** van zorgverleners, met duidelijk toegewezen taken en verantwoordelijkheden. De *evidence-based* zorg voor de patiënt wordt structureel en systematisch **gecoördineerd**.
9. Indien de nieuwe taakafspraken resulteren in wijzigingen in de zorgtaken die de verschillende zorgverleners uitvoeren – echter dit alles binnen de krijtlijnen van KB nr. 78 (bv. welke taken worden door thuis- dan wel door ziekenhuisverpleegkundigen, huisartsen dan wel door specialisten, opgenomen) wordt er voldoende aandacht en tijd besteed aan **opleiding** en expertisedeling.
10. Voor zorgcoördinatie wordt er gebruik gemaakt van een **geïntegreerd elektronisch patiëntendossier** / elektronische data-uitwisseling, dat (op termijn) gebruikt wordt door alle zorgverleners (en niet enkel door de ziekenhuizen) en toegankelijk is voor de patiënt. Gebruik van e-health en m-health toepassingen, andere dan het elektronisch patiëntendossier wordt aangemoedigd.
11. De **resultaten** van de zorg worden op patiëntniveau **gemonitord** en opgevolgd:
 - a. Er wordt aangegeven wie de zorg op patiëntniveau opvolgt (i.e. wordt er een soort zorgcoördinator voorzien, en zo ja, welke zorgverlener neemt deze functie op?)
Deze zorginhoudelijke coördinatie kan toegewezen worden aan een andere partner dan de administratieve en organisatorische coördinatie – en hierbij is de administratief-organisatorische coördinatie bedoeld ter ondersteuning van de zorgcoördinatie.
 - b. Er is aandacht voor concrete performantieparameters (op vlak van outcome of zorgprocessen) die in de toekomst gebruikt kunnen worden in het kader van waardegedreven zorg en *pay for performance* initiatieven.
 - c. Voor de patiënt is op elk ogenblik duidelijk bij welke zorgverlener hij terecht kan, alsook waar hij terecht kan i.g.v. klachten. Voor de zorgverleners is duidelijk wie in welke fase verantwoordelijk is voor de patiënt.
12. De middelen worden vooral voor patiëntenzorg ingezet en er worden **geen extra managementlagen** / administratieve niveaus gecreëerd.
13. Indien de initiatiefnemers menen dat er **efficiëntiewinsten** kunnen gerealiseerd worden via een alternatief organisatiemodel (*shared savings*), bevat het projectvoorstel ook concrete voorstellen over hoe deze zullen aangewend worden (bv. meer patiënten voor hetzelfde budget; een hogere bestaafing, innovatie in de zorg, hogere kwaliteit, ...). De vrijgekomen middelen moeten steeds heraanwend worden in de zorg (i.e. **herinvestering in de zorg**). De verwachte efficiëntiewinsten worden omschreven op basis van te realiseren

kwantitatieve doelstellingen.

14. Ook aspecten in **belendende regelgevingen**, die de uitbouw van creatieve, vernieuwende organisatie- en financieringsmodaliteiten mogelijks verhinderen, dienen gesignaleerd te worden. Voorstellen tot het wegwerken van dergelijke “hinderpalen” zijn aanbevelenswaardig.

Het is enerzijds evident dat pilootprojecten die voldoen aan meerdere van bovenstaande kenmerken, alle overige omstandigheden gelijkblijvend, een hogere slaagkans hebben dan projecten die slechts een beperkt aantal van bovenstaande kenmerken vertonen.

Er kan anderzijds niet gegarandeerd worden dat alle projecten zullen goedgekeurd worden voor uitvoering. De menselijke en financiële middelen voor een doorgedreven ondersteuning en opvolging zijn immers beperkt.

Er zal een bijkomende selectie worden doorgevoerd, zodat een voldoende representatief (naar zorgthema's, transmurale zorgvormen, geografische spreiding, ...) staal van pilootprojecten kan uitgevoerd worden.

Werkwijze pilootprojecten:

De concrete werkwijze voor het indienen en evalueren van projectvoorstellen en voor de opvolging van de goedgekeurde projectvoorstellen, zal bij de volgende oproep tot het indienen van projectvoorstellen in detail toegelicht worden. Hieronder worden, voorlopig, de belangrijkste werkingsprincipes kort toegelicht.

a) Indienen projectvoorstellen voor de weerhouden thema's

Zodra de finale lijst van thema's is vastgelegd, kunnen vanuit de sector concrete projectvoorstellen ingediend worden voor die weerhouden thema's.

Aan de projectpartners zal een voorstel gevraagd worden dat nauwkeurig omschrijft:

- wie de beoogde patiëntenpopulatie is
- welke zorgaspecten in het project worden opgenomen
- hoe en waarom (doelstellingen) men de organisatie van deze zorg wenst te veranderen tijdens de looptijd van het project.

De huidige financiering van de zorg die verleend wordt aan de beoogde patiëntenpopulatie door de partners die bij het pilootprojecten zijn betrokken wordt **gepoold**: er wordt beschreven wat de huidige financiering precies omvat, en hoe deze werd berekend (bv. op basis van de reële activiteit van jaar t-2). Deze pooling van de bestaande financieringsstromen, op projectniveau, beoogt een nauwere samenwerking en een betere transmurale coördinatie van zorg te realiseren.

Het project is **budgetneutraal**; er wordt m.a.w. door de overheid geen extra budget voorzien, noch voor de zorg verleend in het ziekenhuis, noch voor de zorg verleend door andere partners. Een beperkt extrabudget, om de goedgekeurde projecten tijdens hun looptijd te coördineren, wordt wel voorzien.

Er is wel een **budgetgarantie**, in die zin dat het budget per patiënt, van de zorgactiviteiten die in het project worden opgenomen behouden blijft gedurende de looptijd van het pilootproject (zijnde een periode van max. 3 jaar).

De omvang van het gegarandeerde budget per patiënt is uiteraard afhankelijk van de aard en omvang van de zorgverlening die door het pilootproject wordt gedekt (bv. zijn de medische prestaties volledig, deels of niet opgenomen).

Elk ingediend voorstel van pilootproject omvat een identificatie van het gemiddeld budget (uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering, remgelden, persoonlijke bijdragen en supplementen) voor de betrokken patiënten, op basis van de cijfers van de voorbije jaren. Deze cijfers worden geverifieerd aan de hand van de nationaal gemiddelde cijfers. Na afcheck tussen beide bronnen wordt, voor de goedgekeurde projectvoorstellen, een transparant gegarandeerd budget per patiënt vastgelegd.

Het is echter de bedoeling dat het budget tijdens het pilootproject **anders** dan in het verleden wordt **aangewend**: dat met dit budget andere, efficiëntere zorgvormen / zorg van betere kwaliteit wordt gerealiseerd. Het projectvoorstel zal deze voorstellen tot alternatieve aanwending van de middelen in concreto uit moeten werken.

b) Procedure selectie / goedgekeurde ingediende projectvoorstellen

De ingediende projectvoorstellen zullen worden beoordeeld door een beoordelingscommissie, die wordt samengesteld uit twee groepen van experts: (a) een groep van experts die elk project beoordeelt op zijn organisatorische en financiële haalbaarheid, rekening houdend met de federale en desgevallend deelstaatregelgeving en (b) een groep van experts die de projecten zorginhoudelijk beoordeelt op hun haalbaarheid.

c) Netwerkoevereenkomst en B4-contract (in het kader van art 107) voor goedgekeurde projectvoorstellen.

De goedgekeurde pilootprojecten zullen opgevolgd worden aan de hand van de techniek, bepaald in **art. 107** van de gecoördineerde ziekenhuiswet. Deze techniek wordt momenteel reeds toegepast in de geestelijke gezondheidszorg. Hiertoe zal er per project één '**netwerkoevereenkomst**' met alle deelnemende projectpartners worden afgesloten. Eén van de deelnemende ziekenhuizen binnen het project treedt op als projectpartner en de financiële stromen die gepaard gaan met de budgetgarantie zullen geregeld worden via onderdeel **B4** van het BFM van een deelnemend ziekenhuis. De belangrijkste principes die hierin aan bod komen, zijn de volgende:

- Identificatie patiëntengroep
- Sluiting ("bevriezing") van aantal acute bedden (i.e. minder bedden nodig door verblijfsduurverkorting of door vermijden ziekenhuisopnames)
- Identificatie 'uitgespaarde' middelen, vooral uit onderdeel B2 (en B1), die worden ondergebracht in B4, voor heraanwending
- Ook de honoraria van de ziekenhuisartsen kunnen in het pilootproject opgenomen worden – maar dit is een keuze die de projectpartners moeten maken.
- De middelen die buiten de ziekenhuiszorg werden ingezet (huisartsen, thuisverpleging, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, ...) kunnen ook in het

pilootproject opgenomen worden.

In anticipatie op concrete projectvoorstellen, die mogelijk ook zorgvormen kunnen omvatten die door de deelstaten gefinancierd worden, zullen hiertoe met de deelstaten die wensen mee te werken de nodige afspraken voorbereid worden.

Tijdens de looptijd van het project blijven voor de betrokken patiëntenpopulatie de reguliere facturatieregels van kracht om snel van start te kunnen gaan met de pilootprojecten. De verrekening van het verschil tussen “wat effectief is uitbetaald via de reguliere facturatie” en het budget waar de projectpartners recht op hebben (cf. budgetgarantie per patiënt) gebeurt jaarlijks via een B4-contract met een algemeen ziekenhuis dat projectpartner is. Dit budget dient dan verder verdeeld te worden binnen het netwerk. Van de deelnemende projectpartners wordt verwacht dat ze de hierboven beschreven financieringstechniek onderschrijven.

d) Opvolging en evaluatie goedgekeurde projectvoorstellen

De goedgekeurde projecten krijgen een **looptijd** van 2 jaar, met een tussentijdse **opvolging** na één jaar werking en een definitieve **evaluatie** na 2 jaar werking (verlengbaar met een derde werkingsjaar). De opvolging en evaluatie gebeurt deels aan de hand van de criteria die door de projectpartners zelf worden voorgesteld (ifv de objectieven van de gewijzigde organisatie-modaliteiten) en deels aan de hand van de criteria die door de overheid worden vastgelegd, per geselecteerd thema.

Het is de bedoeling dat de voorgestelde organisatievernieuwing (van projecten die positief geëvalueerd worden na de pilootfase), vervolgens geïmplementeerd worden op ruimere schaal.