

**FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE  
VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU**

**BRUSSEL, 12/10/2006**

---

**Directoraat-generaal Organisatie  
gezondheidszorgvoorzieningen**

---

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

---

**Afdelingen “Programmatie & Erkenning” en  
“Financiering”**

---

**O/Ref. : NRZV/D/270-2 (\*)**

**ADVIES GEZAMENLIJK VAN DE AFDELINGEN “PROGRAMMATIE  
& ERKENNING” EN “FINANCIERING” VAN DE NRZV  
BETREFFENDE DE FINANCIERING VAN DE KWALITEIT IN HET  
ZIEKENHUIS**

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,  
De Secretaris,

C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 12 oktober 2006

De werkgroep die op initiatief van de NRZV werd opgericht, is van december 2005 tot april 2006 vijfmaal bijeengekomen. De werkgroep formuleert volgende conclusies:

1. De ziekenhuizen nemen tal van uiteenlopende initiatieven op het vlak van de kwaliteit. Dit kan gaan van het aanstellen van een kwaliteitscoördinator tot het opzetten van een ruimere en multidisciplinaire structuur voor het beheer van de kwaliteit; een lijst van indicatoren betreffende de kwaliteit en de veiligheid van de zorgverlening, samen met een vergelijking met andere ziekenhuizen en analyse ervan; vrijwillige dan wel verplichte stappen tot accreditatie; het uitwerken van klinische paden; of nog verschillende specifieke projecten om de kwaliteit te verbeteren, of het hierbij nu gaat om welbepaalde pathologieën dan wel transversale projecten die bv. betrekking hebben op het voorkomen van risico's, waaronder infecties of op de veiligheid van bloedtransfusies, het voeden van zieken, het bestrijden van pijn of het afleveren van geneesmiddelen, dan wel op het verbeteren van de beroepspraktijk. Kwaliteit heeft immers verschillende dimensies en betreft evengoed de ondersteuningsdiensten als het management en de organisatie in haar geheel.

Het ziekenhuis werkt hier alleen aan of in samenwerking met een universiteit, een ziekenfonds, een accreditatie- of ander orgaan. De initiatieven kunnen evenwel ook komen van de regering, zoals op federaal vlak of in Vlaanderen gebeurt.

2. Al die inspanningen worden thans binnen het ziekenhuis nauwelijks of niet gefinancierd. Slechts een aantal uitgaven worden via onderdeel B4 van het Budget van financiële middelen gefinancierd, zoals bijvoorbeeld de ziekenhuishygiëne, via een bijdrage in de kosten van een geneesheer-hygiënist of verpleegkundige-hygiënist, of een aantal uitgaven m.b.t. het antibioticacomité. Ook enkele proefprojecten worden gefinancierd.
3. Dezelfde situatie doet zich in het buitenland voor. Het enige land dat een financiële incentive heeft ingevoerd om de kwaliteit te verbeteren is het Groothertogdom Luxemburg (sinds 1998). De ziekenhuizen kunnen er tot 2%, dit % varieert, van hun totaalbudget bijkrijgen afhankelijk van hun inspanningen op het vlak van de kwaliteit. In het begin werden specifieke projecten geëvalueerd, thans draait alles om de EFQM (European Foundation for Quality Management). Ook in de Verenigde Staten bestaan er verschillende initiatieven, genaamd P4P ("pay for performance").
4. Hoewel er voor het ziekenhuis een zeker prijskaartje hangt aan een betere kwaliteit, biedt dit ook voordelen voor de maatschappij. De NRZV is van mening dat de regering moet investeren in de kwaliteit en de veiligheid van de zorgverlening, teneinde tegemoet te komen aan een gerechtvaardigde verwachting van de burgers (die vandaag de dag nog uitgesprokener is). Bovendien levert een goede kwaliteit ook besparingen op: 20% van de ziekenhuisinfecties kunnen worden vermeden, wat onmiskenbaar invloed heeft op het aantal sterfte- en ziektegevallen dat is vermeden kunnen worden; ook een efficiëntere behandeling levert besparingen op, met name door de vermindering van de ligduur.

5. Volgende principes moeten worden toegepast:

- De aanvullende middelen kunnen worden begrensd, maar moeten toch voldoende zijn om de ziekenhuizen ertoe aan te zetten de kwaliteit te verbeteren. Die middelen zullen geleidelijk aan worden opgetrokken en betreffen in eerste instantie het zorgproces en pas daarna andere aspecten van de kwaliteit;
- Alle ziekenhuizen moeten worden betrokken en aangemoedigd worden om de kwaliteit te verbeteren;
- Men moet uitgaan van positieve incentives, ook al is het niet verboden om in bepaalde welomschreven gevallen een malus toe te passen: bv. indien bepaalde gegevens niet worden overgezonden, terwijl dit verplicht is (bv. de registratie van ziekenhuisinfecties). Afgezien van voormeld geval moeten "bestrafingen", zoals het niet erkennen van een ziekenhuis of het beperken van zijn budget worden uitgesloten of, zoals het Amerikaans Congres van plan is, het niet langer betalen van de zorg voor zieken die een infectie oplopen.
- Die bonussen mogen ook niet voortvloeien uit de resultaten van de zorgverlening. Het is immers een illusie de financiering van het ziekenhuis te willen veranderen (en dus kwaliteit en financiering rechtstreeks aan elkaar te linken) op basis van diens mortaliteitspercentage of diens percentage ziekenhuisinfecties, aangezien die indicatoren niet altijd betrouwbaar of relevant zijn. Het zou zelfs gevaarlijk zijn (en perverse gevolgen kunnen hebben), aangezien het ziekenhuis zou kunnen proberen om "risico"-patiënten niet langer op te nemen.
- De incentive moet eenvoudig zijn. Men moet afzien van al te zware, procedurele en formalistische evaluatiemethoden;
- De incentive mag niet bindend zijn. Het ziekenhuis is vrij zich al dan niet te verbinden tot het verbeteren van de kwaliteit en kan zelf hiertoe acties ondernemen; ook kan het ziekenhuis zelf zijn methoden bepalen (beheerssysteem voor de kwaliteit).

6. Concreet wordt het volgende voorgesteld.

In een eerste fase komt het erop neer dat men voor elk algemeen ziekenhuis een basisinvestering voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg zal financieren, indien het ziekenhuis kan aantonen dat het op een systematische en gestructureerde manier te werk gaat en er concrete en tastbare vooruitgang wordt geboekt. Het betreft dus een bijdrage in de structuurkosten, waarbij het er weinig toe doet of het hierbij nu gaat om de kosten van een kwaliteitscoördinator dan wel van een multidisciplinair team, of nog van partnerships met externe experts, welke deze dan ook mogen zijn (accreditatie, benchmarking tussen ziekenhuizen, ...). Enkel "deelnemen" aan een meet-/beheerssysteem voor de kwaliteit is niet voldoende: het ziekenhuis moet aantonen wat het doet en moet ook resultaten voorleggen.

Wie zal hierover oordelen? De financieringsregels van de ziekenhuizen zijn een federale materie, maar de gemeenschappen en de gewesten zijn bevoegd op het vlak van erkenning, en zijn derhalve bevoegd voor de structuren en processen binnen het ziekenhuis. Verschillende leden van de NRZV zijn dan ook van mening dat zij de inspanningen van de ziekenhuizen moeten evalueren (zoals in Vlaanderen

is gebeurd). Maar aangezien het hier om financiering gaat, is eigenlijk de federale administratie bevoegd voor de toepassing van de financieringsregels. De juristen moeten dit probleem diepgaand bestuderen. In ieder geval moet er een werkgroep gemeenschappen/federaal komen om de coherentie tussen de deelregeringen te waarborgen en de uitwisseling van gegevens te vergemakkelijken.

Om het eenvoudig te houden, zal de financiering van voormelde basisinvestering kaderen onder het motto “alles of niets”. Indien het ziekenhuis aan de vereisten voldoet, wordt voorgesteld het ziekenhuis een bedrag van 50.000€/jaar toe te kennen en dit ongeacht de omvang van het ziekenhuis. Het aldus te voorziene federale budget zal 4 à 5 miljoen euro moeten bedragen afhankelijk van het aantal ziekenhuizen dat hierop aanspraak kan maken.

In een tweede fase (vanaf het 2<sup>de</sup> of 3<sup>de</sup> jaar) moeten geleidelijk aan bijkomende middelen worden toegekend die op basis van de omvang van het ziekenhuis kunnen worden aangepast. De bijkomende financiering zal om en bij de 50.000 tot 150.000 € bedragen al naargelang van het ziekenhuis, wat overeenkomt met een federaal budget van 8 tot 10 miljoen euro/jaar. Op welke wijze en aan wie moeten die bijkomende middelen worden toegekend?

De werkgroep heeft hier lang over onderhandeld. Zo had men het voorbeeld kunnen volgen van het Luxemburgse experiment waarbij aan elk ziekenhuis een andere premie wordt toegekend afhankelijk van de mate waarin het ziekenhuis verschillende projecten ter verbetering van de kwaliteit heeft gerealiseerd. Men zou dan kwaliteitscriteria (-vereisten) moeten vastleggen, en de bonus zou dan moeten worden gekoppeld aan de score die werd behaald, of enkel aan diegenen worden toegekend die deel uitmaken van de 20%, 30% of 50% van de ziekenhuizen met de hoogste scores. Naast de logge evaluatiestructuur die dan zou moeten worden uitgewerkt (en dit voor het toekennen van middelen die ruim onder de Luxemburgse 2% zouden liggen) rijst de vraag wie dat zal evalueren: idealiter zou men daarvoor een beroep moeten doen op onafhankelijke experts, maar waar moeten we die vinden?

De NRZV vindt dan ook dat de 1<sup>ste</sup> fase volgens dezelfde methoden gewoon moet worden verlengd (financiering van de basisinvestering). De bijkomende middelen zullen worden toegekend (ook onder het motto “alles of niets”) aan de ziekenhuizen die op het vlak van kwaliteitsbeheer als performant worden beoordeeld d.w.z. die ziekenhuizen waarvan de opgezette structuur, alsook de ondernomen actieplannen en de uitgewerkte zorgprocessen een werkelijke dynamiek aantonen en die overtuigende resultaten kunnen voorleggen.

De evaluatie die in het begin betrekkelijk informeel mag zijn, kan gaandeweg meer worden gestructureerd en misschien op een dag uitmonden in een systeem van het type “variabele bonus”. Dit moet in ieder geval in de toekomst verder bestudeerd worden.

7. In die geest zou de NRZV (federaal) het “toezichtsorgaan” kunnen zijn voor de voorgestelde methode. Net zoals de Afdeling Financiering van de NRZV ervoor instaat dat het BFM voor elk ziekenhuis op een billijke manier en in overeenstemming met de wettelijke voorschriften wordt berekend, en net zoals de gemeenschaps- of gewestelijke Raden van de verpleeginstellingen toezien op de

evaluatie van de erkenning van het ziekenhuis door de gewestelijke overheden, zou de NRZV dezelfde rol kunnen spelen maar dan met betrekking tot de financiële incentive voor de kwaliteit.

8. Het te voorziene federale budget, afgezien van het feit dat dit op een andere manier zal worden aangewend dan de manier waarop de proefprojecten thans worden gefinancierd, moet uit aanvullende middelen bestaan. De verbetering van de kwaliteit zal ongetwijfeld besparingen opleveren.

---