

ZIEKENHUISFINANCIERING ■

De Block



trapt hervorming op gang

Maggie De Block trapte op 24 april de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering op gang. Zelf hamert ze erop dat het geen besparingsverhaal wordt. *The proof of the pudding is in the eating.*

Voor ziekenhuizen worden *netwerken* nog belangrijker dan nu al het geval is. De Block maakt een onderscheid tussen basis-, referentie- en universitaire ziekenhuizen. Daarbij zal dure technologie te beurt vallen aan een netwerk en niet aan een ziekenhuis. Voor de financiering is de vertrekbasis dat de reële zorgkosten voor de patiënt worden vergoed, maar die zorg moet verantwoord en correct zijn.

Het plan vindt stapsgewijs ingang, het werk wordt ingedeeld in *werkpakketten*. Daarnaast overlegt de minister nauwgezet met alle betrokkenen en met de deelstaten. Proefprojecten moeten het terrein bottom-up aftasten.

Er komt een onderscheid tussen:

Laagvariabele zorg: ingrepen die 'standaard' geworden zijn en waarvoor elk ziekenhuis vrijwel dezelfde prijs aanrekent. Er is een vooraf bepaalde prijs per patiëntopname.

► Voorbeeld: blindedarmoperatie, plaatsen van een heupprothese zonder complicaties.

Mediumvariabele zorg: iets minder 'standaard' omdat complicaties kunnen optreden.

Wellicht de hoofdbrok van de ziekenhuiszorg. De logica van een gesloten nationaal budget, verdeeld tussen ziekenhuizen in functie van aantal en aard patiënten en hun zorgzwaarte, blijft behouden.

► Voorbeeld: een heupprothese een patiënt met hartproblemen.

Hoogvariabele zorg: pathologiegroepen met grote mate van onvoorspelbaarheid. Zeer gecompliceerde ingrepen. De financiering is meer gebaseerd op reëel verleende (verantwoorde) zorg.

► Voorbeeld: een moeilijk gelegen hersentumor verwijderen. Of: een patiënt met een vrij eenvoudige aandoening die echter hoogvariabel wordt door allerlei aspecten zoals leeftijd, diabetes, cardiologische problemen.

Zorgkwaliteit wordt beloond, *pay for performance* krijgt een kans en voorbeelden uit het buitenland worden geanalyseerd. Nu al is 1 à 2% van het totale ziekenhuisbudget voor kwaliteit gereserveerd. Geleidelijk gaat dat percentage de hoogte in.

Maggie De Block garandeert dat artsen zeggenschap behouden over hun volledige honorarium. Hoe ze dat in de praktijk brengt, valt af te wachten. De twee gedeelten van het honorarium worden transparant opgesplitst: het *professionele* deel (medische handeling) en de *praktijkkosten* (infrastructuur, apparaten...). Dokters zouden ook gegarandeerd een vinger in de pap krijgen in de aanwending van de middelen en het medisch beheer van het ziekenhuis. (bv. keuze van bepaalde zorgprogramma's, van de specialisatie door het ziekenhuis, enz.).

Dit wordt een titanenwerk. En waar De Block bij haar aantreden nog zei dat ze het hoopte af te ronden tegen het einde van haar legislatuur, is ze daar nu al wat voorzichtiger over: ze schat dat het zes tot zeven jaar in beslag zal nemen. De Block: "In Denemarken kostte een gelijkaardige hervorming zowat 20 jaar." ■

Pascal Selleslagh

Opinie en analyse plus reacties: blz. 2-3
Medische Wereld: De Block in oneliners: blz. 32

triAnal vitis caps®

WILL PHARMA

2015/18 - TRIA - PUBL. Made 4/2015

5 INTERVIEW BRUNO VAN HERENDAEL



Nieuwe voorzitter 'Vlaams' VBS

14-15 BELGIAN WEEK GASTROENTEROLOGY



20-25 FOCUS DIAGNOSTICA



27 TECHNOLOGIE

Test Nuance Dragon gratis!

Hervorming honoraria blijft addertje onder het gras

■ HERVORMING ZIEKENHUISFINANCIERING: OPINIE & ANALYSE ■

De loodgieter in De Block

Zes maanden zwaait Maggie De Block de scepter op Sociale Zaken en Volksgezondheid. Deze minister weet wat ze wil. Ze beschikt over een eigen arsenaal om dat te bereiken. Tijd voor een eerste evaluatie nu ze haar eerste kaarten op tafel legt. In haar methodiek vallen gelijkenissen op met wijlen Jean-Luc Dehaene, onder meer het hoge loodgietergehalte. Net als hij weet ze drommels goed hoe ze haar macht moet aanwenden om sterk naar een doel toe te werken, en wordt het haar opdracht om water en vuur met elkaar te verzoenen.



Welke overeenkomsten met de voormalige CD&V-politicus vallen nog op?

1. Sterk netwerk, opgebouwd in de luwte

Als backbencher in het parlement gaf De Block haar ogen de kost. Ze kreeg ruimschoots de tijd om een stevig netwerk uit te bouwen en de knepen van het vak te leren. Ook Jean-Luc Dehaene liep lang warm in de schaduw van Martens vooraleer het ministerschap op te nemen. Hun hervormingsdrang op het kabinet Sociale Zaken na een periode van PS-hegemonie verbindt hen ook.

De inkrimping en reconversie van de ziekenhuisbedden drukte Jean-Luc door in de jaren '90. Iets dergelijks zit ingebakken in de huidige hervormingsplannen.

2. Timing is cruciaal

Timing is een prominent gegeven in De Blocks politieke gereedschapskist. Het stelt haar in staat om te sturen en de agenda bepalen. Versnellen om de oppositie te verrassen is haar niet vreemd. Denk aan de razendsnelle aanstelling van de ebolacoördinator en de super-

vroege afsluiting van het medicomutakkoord 2015. Dat zorgt voor rust in de eigen gelederen. Maar soms vertraagt ze gepast om meer zuurstof en draagvlak te creëren. Bijna geruisloos verschoof de deadline van de nieuwe ziekenhuisfinanciering van 2019 naar 2022. Ze pint zich niet meer vast op de realisatie van dit loodzware dossier tegen het einde van haar ambtstermijn door haar horizon te verleggen. Dit doet denken aan het verhaal van het einde van de tunnel waarmee Martsens-Dehaene de gezondmaking van 's lands financiën destijds verpakten als een reusachtig langetermijnproject.

3. De pers: spel van aantrekken en afstoten

'No comment', Dehaenees om de pers af te blokken. Maar zo nodig ook: 'Let the beast go' om diezelfde pers te charmeren als hij haar nodig had. De Block kon het niet nalaten om te pronken met het feit dat niets gekekt was over haar plan van aanpak. Dat kan alleen als er een goede verstandhouding bestaat met alle betrokkenen en iedereen zich bewust is van de *sense of urgency*. Te gepasten tijde ontketent ze wel een mediastorm. Waarbij ze gewild of ongewild Jo Vandeuren in de schaduw stelt als die

Specialisten roeren zich op debat 'Medische Wereld'



Prof. Marc Noppen, CEO UZ Brussel, hield een boeiende uiteenzetting over ziekenhuisfinanciering en -management op het debat 'Medische Wereld'. Enkele specialisten gooiden hem prompt prangende vragen voor de voeten.

- NKO-arts **Mieke Naessens** (AZ Sint-Reibert, Torhout) tot Marc Noppen, CEO UZ Brussel: "Het ontbreekt de ziekenhuisarts en huisarts aan kennis over ziekenhuisfinanciering. Opleiding is niet mogelijk door tijdsgebrek en manco aan honorering."

Marc Noppen: "Het UZ Brussel bouwt nu wel driemaal per jaar sessies in over ziekenhuismanagement, in de manama. Ook andere ziekenhuizen houden hier rekening mee."

- **Kris Permentier**, spoedarts: "Moet ook de patiënt niet geresponsabiliseerd worden in verband met de ziekenhuisfinanciering?"
Marc Noppen: "Dat is niet zo eenvoudig als het lijkt. Rokers kun je niet dubbel laten betalen bij een longaanandoening. De Belgische patiënt is wel verwend door zijn ongebreidelde vrije keuze. Misschien voelt hij zich té vrij en is hij te weinig geresponsabiliseerd. De pendel slaat te ver door."
- Psychiater **Ann Berens** (PZ Duffel): "Waar blijven in dit hele verhaal de psychiatrische ziekenhuizen? Daarover is niet nagedacht. Terecht? De academische functie die bij u schamel wordt vergoed, wordt bij ons niet vergoed. Is dit terecht?"

Marc Noppen: "Mijn voordracht heeft zich beperkt tot de acute ziekenhuizen. U heeft natuurlijk een punt dat er nog een werf is in de geestelijke gezondheidszorgsector. Stof voor het debat met de minister straks."

- **Eric Wyffels**, medisch directeur OLV-Ziekenhuis Aalst: "Ik had graag het idee van prof. Noppen gehad over het belonen van kwaliteit, want wat is de definitie van kwaliteit? Nu is kwaliteit het volgen van bepaalde standaarden. Hoe definieer je dan klinische outcome-indicatoren in dat verband?"
Marc Noppen: "Bijna alle ziekenhuizen nemen deel aan accreditatieprogramma's, externe audits. Is er bijvoorbeeld een verschil bij een patiënt die binnenkomt als dat gebeurt in een JCI-geaccrediteerd ziekenhuis, in outcome en overleving? De wetenschappelijke literatuur is hierover verdeeld. Er zijn een aantal kwesties die significant verschillen. Die hebben te maken met vermijdbare zaken

die je kunt uitschakelen, en twee: impliciete medische outcome. Maar die is zeer moeilijk te meten, je moet er een aantal proxy's over afspreken.

- Tot slot wou ondergetekende wel eens weten hoe Marc Noppen als CEO van een groot ziekenhuis de medezeggenschap van artsen gegarandeerd ziet. Prof. Noppen denkt dat dat mogelijk is door beloning én bestraffing. Marc Noppen: "Vermoedelijk zal binnen de ziekenhuizen een overlegcomité dit alles moeten regelen. Nu al maken dokters meer en meer deel uit van het bestuur van de ziekenhuizen. In ons ziekenhuisbestuur bijvoorbeeld zitten vier artsen. Als dat niet lukt, is de tweede hefboom bestraffing. Wie geen medezeggenschap toelaat, krijgt geen vergoeding meer."

Pascal Selleslagh

Reacties van Constantinus Politis (Bvas), Reinier Huetting (ASGB) en Maaike Van Overloop (AADM) op blz. 32 en in onze nieuwsbrief op video.

Tijdsbalk hervorming

De hervorming start in 2015 en verloopt stapsgewijs. Een overzicht voor dit jaar. De volledige tijdsbalk vindt u op onze site <http://www.despecialist.eu>

Start in 2015

- Uittekenen zorglandschap met netwerken. Studie start bij KCE.
- Financieringsclusters hoog-, medium- en laagvariabel aflijnen in 2015 en 2016.
- Correcte toewijzing budget voor geforfaitariseerde geneesmiddelen, dagziekenhuisactiviteiten en BFM aan pathologiegroepen: start werkzaamheden.
- Aparte financiering specifieke taken zoals spoed, innovatie, academische opdrachten en 'sociale factoren': analyse internationale ervaringen.

- Proefprojecten zoals bevallen met kort ziekenhuisverblijf, thuishospitalisatie, intraveneuze antibioticatherapie thuis, chemotherapie in thuiszorg (in overleg met oncologisch dagziekenhuis),...
 - Beleidsinstrumenten om ziekenhuizen te stimuleren in richting nieuw zorglandschap.
 - Pay for performance: bevraging concrete voorstellen tegen eind 2015 klaar.
 - Vereenvoudiging verplichte registraties: de zorgsector, FOD Volksgezondheid en Riziv werken concrete voorstellen uit.
 - Verpleegkundige zorgzwaarte (de zogenaamde MVG2) in het huidige BFM: anomalieën worden gecorrigeerd vanaf juli 2015.
 - Financiering van spoed en wachtposten: studie bij het KCE loopt.
 - Samenstelling overleggroep ziekenhuisfinanciering.
 - Bilateraal overleg.
 - Interministeriële Conferentie eind juni 2015 met gemeenschappelijke verklaring.
- P.S.**

uitpakt met zijn 'nooit geziene' investering in woon- en zorgcentra. De Block beschikt daarnaast over genoeg aplomb om criticasters af te houden.

4. Grondige voorbereiding, dossierkennis

Het geheim van elke toppoliticus. De Merchtemse huisarts bewees dat ze zich snel kan inwerken in complexe dossiers. Insiders geven aan dat ze als een van de weinigen de uiterst complexe hervorming van de ziekenhuisfinanciering tot een goed einde kan brengen. Ook Dehaene was een dossiervreter.

5. Pragmatisme

De bijnaam 'de loodgieter' die Dehaene opgespeld kreeg omdat hij de meest onmogelijke (niet altijd de meest fraaie) compromissen uit zijn mouw schudde, moet De Block nog waarmaken op haar departement. Maar dat de weg naar een nieuwe ziekenhuisfinanciering bezaaid ligt met boobytraps, en dat het een flinke portie creativiteit zal vergen om die te omzeilen, staat vast. Op Asiel en Migratie getuigde ze al van gezond pragmatisme, gecombineerd met een stevige dosis vastberadenheid.

Conclusie: pas nu begint het ware werk waarmee de Merchtemse huisarts kan laten zien wat ze in haar mars heeft. Op het einde van de rit wacht haar bij succes de status van would-be premier. Dat zou pas een primeur zijn: niet alleen een vrouw maar ook een huisarts die met een grote kans op slagen naar het premierschap dingt. Maar zover zijn we nog lang niet. Eerst nog wat lood in goud veranderen. ■

Pascal Selleslagh

OSTENIL® gamma
Vermindert gewrichtspijn
Verbeterd gewrichtsfunctie
Behandeling van artrose

OSTENIL
Viscoelastic solution for injection into the joint cavity
Sodium hyaluronate 1.0%
One pre-filled syringe of 20 mg/2.0 ml

OSTENIL PLUS
Viscoelastic solution for injection into the joint cavity
Sodium hyaluronate 2.0%
One pre-filled syringe of 40 mg/2.0 ml

OSTENIL MINI
Viscoelastic solution for injection into small joints
Sodium hyaluronate 1.0%
One pre-filled syringe of 10 mg/1.0 ml

TRB CHEMEDICA
Fabrikant:
TRB CHEMEDICA AG · Postbus 1129 · 85529 Haar/München, Duitsland · info@trbchemedica.be · www.trbchemedica.be