

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 09/03/2023

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/577-2(*)

Advies van de FRZV : BMUC

Namens de Voorzitter, Margot Cloet,

i.o., diensthoofd Management Office
van het DG Gezondheidszorg

Annick Poncé

Directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 9/03/2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

De FRZV wenst hierbij zijn advies kenbaar te maken als antwoord op de adviesvraag van minister Vandenbroucke dd. 2 februari 2023.

De FRZV verstreekte reeds meerdere malen advies inzake BMUC, waarvan het laatste dateert van 16 december 2021 (FRZV/D/547-2).

1. Situering van de vraagstelling

De minister benadrukt in zijn adviesvraag het belang van de ziekenhuizen in een meer geïntegreerd gezondheidszorgsysteem. Hij onderstreept daarbij de noodzaak van een adequate digitalisering van de ziekenhuizen waarbij de gekende kernfunctionaliteiten binnen de BMUC vanaf 2024 als gemeenschappelijke basis moeten kunnen dienen. De financiering van 2023 moet de ziekenhuizen hiernaar op weg zetten en motiveren om bijkomende functionaliteit (menu criteria) te implementeren. Dat moet hen ook in staat stellen om in een wijzigende Europese (European Health Data Spaces) context hun rol op te nemen.

In 2022 vond een maturiteitsmeting van het EPD in de ziekenhuizen plaats waarvan de resultaten werden opgenomen in de adviesvraag. Hoewel relatief bemoedigend geven deze resultaten slechts gemiddeldes weer. Achter deze gemiddeldes gaat momenteel nog een grote spreiding inzake performantie schuil. De suggesties die in dit advies werden opgenomen gaan uit van de intentie om ook de ziekenhuizen die nog een langere weg af te leggen hebben te ondersteunen.

2. Vervolg Acceleratorprogramma EPD

In het advies van 16 december 2021 heeft de FRZV gepleit voor een haalbaar evenwicht tussen continuïteit en vernieuwing, wat in het voorstel van de minister wordt bevestigd. Zo worden criteria en financieringsmechanisme niet fundamenteel gewijzigd. De FRZV stelt echter bijsturing voor op onderstaande punten:

Verdeling AZ/PZ

De FRZV pleit ervoor om bij de verdeling van de middelen dezelfde opsplitsing tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen te hanteren zoals toegepast bij de financiering van het elektronisch patiëntendossier in het BFM van 1 juli 2022 (wat afwijkt van de 84%-16% verhouding die de minister voorstelt). Dit houdt in dat 85,5% van het beschikbare budget toegewezen zal worden aan de algemene ziekenhuizen (ook de gespecialiseerde algemene ziekenhuizen) en 14,5% van het beschikbare budget aan de psychiatrische ziekenhuizen.

Sokkel

Eveneens gevraagd in het FRZV advies van 16 december 2021 is de afbouw van de sokkel om enkel nog te financieren op basis van technische realisaties. Niettegenstaande er nog steeds een sokkel financiering wordt voorzien wordt deze de facto ingeperkt aangezien voor het 'variabel' bedrag samenhangt met een technische realisatie, nl het afdoend en actief gebruik van de hub.

De FRZV gaat akkoord met een vast sokkelbedrag van 10% en onderschrijft hiermee de noodzaak voor een goede planning en opvolging van de realisaties, zowel door het betrokken ziekenhuis als door de overheid.

De FRZV gaat in globo ook akkoord met de voorwaarde van actief en afdoende hub-gebruik voor het 'variabel' bedrag van 5%.

De FRZV wil echter verduidelijken dat zowel 10% als 5% (=15%) wel degelijk een bedrag is dat per ziekenhuis (en niet per verantwoord bed) is berekend.

Echter, de voorwaarden zoals geformuleerd onder a) en c) zijn door de ziekenhuizen niet te realiseren:

a) *Publicatie documenten via hub-metahub*

Voorafgaandelijk aan publicatie moeten de documenten gevalideerd worden door de behandelende arts. De periode nodig voor validatie is afhankelijk van verschillende factoren en is in vele gevallen langer dan de vooropgestelde 7 dagen. De FRZV stelt voor dit te herformuleren als: "ter beschikking stelling van de [documenten] binnen de 7 dagen na validatie door de behandelende arts".

c) *Raadpleging via de hubs en kluizen van gedeelde gezondheidsinformatie*

Het nut van het raadplegen van deze bronnen is afhankelijk van de context zoals pathologie, dringendheid, chronisch karakter, ... (bv. voor een oncoloog die een patiënt begeleid in een chronisch traject is het nut gering). Ook de kwaliteit moet gegarandeerd zijn. Bovendien kunnen ziekenhuizen artsen niet vragen om deze informatie te raadplegen als dit geen meerwaarde zou hebben. De nadruk moet liggen op de volledige publicatie van gegevens en op het aanbieden van de mogelijkheid tot raadpleging. Ook moeten de andere zorgverstekkers gevraagd worden kwaliteitsvolle gegevens aan te leveren.

Accelerator

Vooreerst dienen we een aantal onduidelijkheden in de adviesvraag te signaleren die uitgeklaard dienen te worden. Zo worden de functionaliteiten opgedeeld in kernfunctionaliteiten en menu-functionaliteiten. Eerst worden 10 kernfunctionaliteiten vermeld, maar verder in de tekst worden 14 kernfunctionaliteiten vermeld. De bijlage maakt melding van 11 menufunctionaliteiten voor de algemene ziekenhuizen en 5 voor de psychiatrische ziekenhuizen, terwijl deze laatste 6 menufunctionaliteiten moeten realiseren volgens de voorwaarden in het voorstel. De FRZV is geen voorstander om alle menufunctionaliteiten te generaliseren: er dient immers over gewaakt dat de specificiteit van een functionaliteit enkel relevant is als er een effectieve meerwaarde is voor de betrokken sector. Zo hebben sommige menufunctionaliteiten van de algemene ziekenhuizen geen enkele relevantie voor de psychiatrische ziekenhuizen. Bovendien vereisen sommige van de als "psychiatrisch ziekenhuis" bestempelde functionaliteiten dat de patiënt toegang heeft tot zijn eigen dossier, wat problematisch in de geestelijke gezondheidszorgsector zelf kan zijn.. Ook de omschrijving van enkele functionaliteiten is onduidelijk. Een overzicht van de onduidelijkheden per criterium is opgenomen in bijlage aan dit advies.

Daarnaast wenst de FRZV een aantal aanpassingen te suggereren aan het toekenningsmechanisme voor het budget. In het voorstel van de minister dienen alle ziekenhuizen 14 kernfunctionaliteiten te gebruiken met een percentage van effectief gebruik van 80% en daarnaast ook 8 menu-functionaliteiten voor de algemene ziekenhuizen en 6 menu-functionaliteiten voor de psychiatrische ziekenhuizen, ook telkens met een percentage van effectief gebruik van 80%. Als het ziekenhuis hier niet aan voldoet, zou het geen aanspraak kunnen maken op het acceleratorbudget. De FRZV kan zich geenszins vinden in deze binaire benadering met grote impact op de financiering. Niet enkel houdt dit grote risico's in (één onvolkomenheid is voldoende om een groot gedeelte van de BMUC financiering te verliezen), maar men ontnemt ziekenhuizen die hier niet aan deze globale doelstelling kunnen voldoen ook elke prikkel om meer functionaliteiten te implementeren. Daarenboven is het aantal

vereiste menu-functionaliteiten veel te hoog gegrepen, zeker als men bedenkt dat “closed loop medication” voor nagenoeg alle ziekenhuizen niet haalbaar is.

Daarom stelt de FRZV voor om het accelerator budget toe te kennen (schalend volgens het aantal verantwoorde bedden en erkende bedden voor de diensten en ziekenhuizen buiten het systeem van verantwoorde bedden) op basis van het effectief gebruik per criterium, met 80% als bovengrens voor kern-functionaliteiten en menu-functionaliteiten en met een maximum aantal functionaliteiten van respectievelijk 12 kern- en 4 menu-functionaliteiten voor algemene ziekenhuizen en respectievelijk 12 idkern- en 3 menu-functionaliteiten voor psychiatrische ziekenhuizen. Men krijgt met andere woorden de volle score voor een criterium als men 80% effectief gebruik realiseert. Realiseert men minder, dan verkleint de score voor dat criterium pro rata in overeenstemming met het effectief gebruik. Realiseert men bijvoorbeeld 30% effectief gebruik, dan scoort men voor dat criterium $\frac{3}{8}$ ste van 100% ipv 100% (Op die manier wordt het ziekenhuis ook gemotiveerd functionaliteiten te implementeren zelfs waarvoor de 80% grens moeilijk bereikbaar is, zoals Belrai). De totaalscore van een ziekenhuis wordt dan verrekend met de scores van de andere ziekenhuizen om uit de gesloten enveloppe een financiering toe te kennen. De FRZV pleit er derhalve voor dat de totaliteit van de voorziene middelen ook effectief binnen de sector toegekend blijft.

3. Nieuw EPD

Een afwijkend of alternatief financieringssysteem moet worden voorgesteld voor de ziekenhuizen in de implementatiefase van een nieuw elektronisch patiëntendossier, in het kader van netwerkintegratie, of de veroudering van het huidig gebruikte EPD, enz.

4. Peer review

De FRZV heeft tijdens de periode voorafgaand aan de adviesvraag een aantal bijeenkomsten van de technische werkgroep BMUC georganiseerd waarin het peer review mechanisme aan bod kwam. Toch blijven er nog enkele onzekerheden op te helderen zoals het profiel van de auditor, de vereiste competenties, het aantal te auditeren ziekenhuizen, het bestaan/de ontwikkeling van een referentietool, de tijd die per audit moet worden besteed, hoe de vertrouwelijkheid kan gegarandeerd worden en het verloop van het peer review proces zelf. Het is tevens duidelijk dat een financiële compensatie voor het ter beschikking stellen van de nodige expertise de bereidheid tot deelname van de ziekenhuizen gevoelig zou verhogen.

Het peer review mechanisme kan echter pas inhoudelijk renderen als het vertrouwen bij de ziekenhuizen erin voldoende is opgebouwd. Daarom is het belangrijk om in 2023 een overtuigende test te organiseren om met een stabiel en duidelijk systeem te kunnen starten in 2024. De FRZV is – zoals steeds - uiteraard bereid hieraan mee te werken.

Tenslotte is het ook nodig de globale doelstelling van het peer review proces goed te omschrijven, evenals de manier waarop het zal ingepast worden in het financieringssysteem.

5. Het acceleratorprogramma na 2023

De FRZV wenst eveneens dat de ziekenhuizen verdere stappen zetten en het is dan ook logisch dat de EPD financiering hieraan wordt aangepast. De FRZV wenst hierbij wel het pleidooi te hernemen voor een evenwichtige balans tussen continuïteit en ambitie. Uiteindelijk moeten de doelstellingen steeds verwerkt worden in de ontwikkelingsroadmap van de EPD leveranciers en maken zij onderdeel uit van contractuele afspraken met deze leveranciers die niet eindeloos flexibel zijn. De FRZV vraagt dan ook dat een voorstel voor de BMUC financiering van 2024 tijdig, zo mogelijk voor de start van het kalenderjaar, zou worden voorgelegd.

6. Referentieperiode

Het voorstel om de eerste maand na de publicatie van het KB als referentieperiode te nemen laat de ziekenhuizen onvoldoende tijd tot bijsturing en motiveert bijgevolg niet tot implementatie van bijkomende functionaliteiten. Er moet immers voldoende zekerheid zijn aangaande de financieringsvereisten voor het bepalen van implementatieprioriteiten. Daarom stelt de FRZV voor om (ten vroegste) de derde maand na de maand van publicatie van het KB als referentieperiode te nemen. Daarnaast wordt ook voorgesteld een referentieperiode van drie maanden te voorzien, met als vertrekpunt de 3^e maand na de publicatie van het koninklijk besluit. Veel criteria kennen immers een doorlooptijd van méér dan 1 maand. De FRZV suggereert daarnaast om tijdig de sector via omzendbrief reeds te informeren over de intenties zodat pro-actief de nodige stappen ter implementatie door de ziekenhuizen kunnen gezet worden.

Annex: overzicht opmerkingen criteria

(bron: Santhea)

Basiscriteria:

- In de tekst van het voorstel wordt vermeld dat de lijst uit bijlage 1 10 kernfunctionaliteiten omvat, terwijl er in werkelijkheid 23 opgenomen zijn. In december 2022 waren in de enquête 11 gemeenschappelijke functionaliteiten opgenomen, 7 functionaliteiten aan de AZ voorgesteld en 5 functionaliteiten aan de PZ.

Welk criterium is bijgevolg voor welk ziekenhuis van toepassing?
- Functionaliteiten 6, 14 en 18 moeten worden verduidelijkt
- Functionaliteit 11: definitie van de tellers en noemers die nader moet worden toegelicht
- Functionaliteiten 8 en 9 - **Registratie van de toestemming van de patiënt en de therapeutische wilsverklaringen** : type toestemming, vorm, betrokken toepassingsdomein, lijsten met de betrokken toestemmingen/therapeutische wilsverklaringen, kader?
Noemer: Aantal patiënten die volgens het ziekenhuis- of overheidsbeleid een therapeutische beperkingscode tijdens de referentieperiode moeten hebben: te verduidelijken
- Functionaliteiten 19 en 20: **Multidisciplinaire registratie en interdisciplinair behandelingsplan**
 - De noemer van al deze functionaliteiten is te ruim, aangezien niet alle ziekenhuisopnames een multidisciplinaire/interdisciplinaire behandeling vereisen. De betrokken patiënten (oncologiepatiënten met COM, enz.) zouden nauwkeuriger moeten worden bepaald.
 - Betekent de term registratie dat men in een register is ingeschreven?
- Functionaliteit 6 - **eMAR** : "*Aantal klassieke opnames met een begindatum in de referentiemaand en waarvoor in het EPD minstens één gestructureerd elektronisch voorschrift voor opnamegeneesmiddelen en minstens één gestructureerd elektronisch administratief dossier zijn opgenomen .*"

in de tekst wordt gesproken over "opnamegeneesmiddel", het lijkt mij dat dit criterium aanvankelijk betrekking had op de registratie van de toediening van het geneesmiddel aan de patiënt. Misschien een vertaalprobleem?
- Functionaliteit 11 – **Interactie met eHealth** : er zou een lijst met de diensten moeten bestaan die echt verplicht zijn. Afhankelijk van de activiteit van het ziekenhuis worden sommige diensten immers weinig gebruikt. In dit geval gebruiken de gebruikers de e-health-portaalsites (bv. HealthData/HD4P) om de gegevens te raadplegen/registreren en wordt geen specifiek/e programma/interface in het EPD ontwikkeld;
- Functionaliteit 18 - **Server om toegang te hebben tot de objectieve gegevens van het dossier van de patiënt**: Noemer: "*Totaalaantal unieke patiënten die tijdens de referentieperiode uit het ziekenhuis zijn ontslagen met een facturatie voor een medische raadpleging.*" :
De vermelding "*met facturatie voor een medische raadpleging* " wordt in de teller niet vermeld. Voor dit criterium lijkt mij deze vermelding niet nodig.

- Functionaliteit 19 - **Multidisciplinaire elektronische registratie en informatie-uitwisseling.**
Zou het mogelijk zijn om een lijst te hebben van de soorten disciplinaire registratie van het criterium? Valt een door een maatschappelijk assistente of diëtiste geregistreerde aantekening onder dit criterium?
- Functionaliteit 22 - **Elektronische registratie van de observaties van de patiënten**
"observaties van de patiënten": Gaat het om de aantekeningen over de dagelijkse evolutie die dagelijks door de arts tijdens zijn ronde worden geregistreerd?

Opmerkingen over de criteria "Menu"

- Functionaliteit 8 – **Elektronische (automatische) systeemoproep voor klinische beslissingen** Teller: *aantal beslissingsondersteunende berichten over het voorschrijven van geneesmiddelen tijdens de periode*
Noemer: *Aantal geneesmiddelenvoorschriften tijdens de referentieperiode.*

Het lijkt me dat niet voor alle voorschriften klinische beslissingsondersteuning nodig is. Daarom zal met deze noemer het berekende % niet erg hoog zijn.
- Functionaliteit 14 – **De artsen van wacht buiten het ziekenhuis kunnen toegang hebben tot het EPD en kunnen geneesmiddelen voorschrijven.**
Noemer: *totaalaantal unieke patiënten die met een voorschrift uit het ziekenhuis zijn ontslagen en tijdens de referentieperiode door een arts van wacht zijn behandeld.*

In sommige gevallen gebruiken de artsen van wacht die op afstand verbinding maken, dezelfde applicatie als intern. Daarom is het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen beide gevallen.
- Functionaliteit 3 - **Module dringende zorg**
 - Teller: aantal van deze patiënten voor wie bepaalde elementen van het urgentiedossier werden ingevuld zoals vereist (bv. Manchester-score, klacht bij registratie, vitale tekenen, ... Is er een lijst van vereiste elementen? Is er een minimum aantal elementen?
- Functionaliteit 7 - **Systematische evaluatie van de toestand van de patiënten met behulp van gestandaardiseerde instrumenten**
 - Teller: aantal tijdens de referentieperiode ontslagen patiënten met een periodieke evaluatie in het kader van de diagnose en/of het ziekteverloop en/of de behandeling van de toestand van de patiënten met behulp van gestandaardiseerde instrumenten: Is er meer uitleg over de teller mogelijk ?