

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU**

Brussel, 6 juli 2000

Bestuur van de gezondheidszorgen

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid

Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen

o.ref.: NRZV/D/177-1

**TUSSENTIJD'S RAPPORT M.B.T. DE PRIORITAIRE BEHOEFTE
VOOR DE GEZONDHEIDSZORG ^(*)**

(*) Nota opgesteld door het secretariaat van de NRZV op basis van de huidige stand van zaken in de werkgroep “prioritaire behoeften”

De werkgroep « Prioritaire behoeften » van de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, die kennis genomen heeft van de brief van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid d.d. 16 maart 2000, is van mening dat een beleid inzake ziekenhuizen op basis van prioriteiten in verschillende fases moet gebeuren:

1ste fase: budgettaire prioriteiten bij een ongewijzigde wetgeving en beleidsvoering in de ziekenhuissector.

Het gaat er in deze eerste fase van de analyse om de aandacht te vestigen op de groeiende kloof tussen, enerzijds, de wetten en reglementen die de ziekenhuisactiviteit in België regelen en, anderzijds, de financiële werkingsmiddelen die de ziekenhuizen worden toegekend. Bij deze eerste benadering gaat de werkgroep uit van een ongewijzigd beleid en een ongewijzigde wetgeving. Deze budgettaire prioriteiten worden samengevat in het document van bijlage 1. De uitvoering van dit document heeft als doel de neutralisatie van de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen. Daarnaast werden in de loop van het jaar 2000 beleidsadviezen m.b.t. nieuwe initiatieven, zoals de integratie van de financiering van het dagziekenhuis in de verpleegdagprijs aan de bevoegde Minister overgemaakt. De werkgroep beschouwt de uitvoering van de twee bovenstaande principes als prioritair omdat ze als een basisvoorwaarde gezien worden om nieuwe organisatievormen in de gezondheidszorg te kunnen introduceren.

2de fase : prioriteiten bij de tot standkoming van een nieuw gezondheidszorgbeleid in België.

In een tweede fase stelt de werkgroep voor strategisch na te denken over de rol van de ziekenhuizen in het Belgisch gezondheidssysteem voor de toekomst. Het vertrekpunt is de reële zorgbehoefte waarbij de plaats van het ziekenhuis in partnerschap met de eerste lijn en de structuren voor opvang, thuiszorg en revalidatie herdacht wordt. Dit betekent een omschakeling van een aanbodgestuurde zorgverlening naar een behoefte- en vraaggestuurde organisatie. Dit vraagt een herdachte en flexibele regelgeving om nieuwe samenwerkingsverbanden (o.m. uitvoeringsprincipes voor transmurale zorg) mogelijk te maken en een financieringsvorm die een efficiënte en doelmatige zorgorganisatie bevordert en ten minste neutraal is wat betreft de gekozen vorm van onderzoek en behandeling.

De werkgroep meent dat het noodzakelijk is alle ongewenste effecten uit de bestaande regelgeving weg te werken zodat én het beleid en de dagelijkse praktijkvoering zich niet langer richten op het aanbod aan infrastructuur maar op de werkelijke zorgbehoeften. In die zin is de ontwikkeling van aangepaste methodologiën om de werkelijke zorgbehoeften te meten en te voorspellen een voorafgaande noodzaak om nadien te kunnen overgaan naar een prioritisering van de vastgestelde behoeften.

Bij de bepaling van de zorgbehoeften dient ook te worden nagegaan in welke mate inspanningen en resultaten mogen verwacht worden vanuit sectoren buiten de gezondheidszorg. Bij afwezigheid van een causale aanpak van eerder maatschappelijke problemen wegen deze problemen te zwaar op de behoeften aan zorgen. Wetenschappelijke studies tonen aan dat veel aandoeningen te wijten zijn aan bvb. de socio-economische situatie waarin patiënten zich bevinden. Vooral binnen de geestelijke gezondheidszorg en de psychosomatische aandoeningen leidt dit tot een afschuiven naar de gezondheidszorg die hiervoor enkel symptoombestrijding kan bieden en middelen derft voor noodzakelijke zorgverlening. De werkgroep meent dat door een actieve aanpak hiervan middelen voor gezondheidszorg kunnen vrij gemaakt worden om de komende groei aan echte gezondheidszorgbehoeften op te vangen

Het uiteindelijke doel van deze geïntegreerde visie op de gezondheidszorgorganisatie is de doelmatigheid en de doelgerichtheid van de ziekenhuiszorg zo te kunnen verbeteren dat de nieuwe noden (meer langdurige zorg voor ouderen, nieuwe ziekten, nieuwe therapeutische en diagnostische mogelijkheden etc...) een gelijke toegankelijkheid tot de noodzakelijk gezondheidszorgen te blijven waarborgen. De werkgroep meent dat de bestaande regelgeving op vlak van programmatie, erkenning en financiering tot teveel ongewenste en averechtse effecten leidt. Zo leidt de koppeling van verschillende zorgprogramma's als wederzijdse erkenningsvoorwaarde vaak tot een inflatie van het aantal erkenningsaanvragen en erkenning van bijzondere diensten zonder dat er echte behoefte voor bestaat. De afwezigheid van een correcte financiering voor elk zorgtype en zorgniveau op zich leidt tot een onnuttig nastreven van "rendabele" functies "en" activiteiten", in het beste geval om op die wijze indirect de werkelijke noden te kunnen invullen.

De werkgroep meent dan ook dat er een reëel gevaar bestaat dat door een ongeordend aanbod niet alleen de uitgaven onjuist zullen blijven stijgen terwijl toch de leefbaarheid van de instellingen in het gedrang wordt gebracht en de gelijke toegang voor alle noodzakelijke zorgen in het gedrang komt.

De doelmatigheid van de geleverde zorg is dus een eerste prioriteit om de gelijke toegang te blijven waarborgen en een duaal gezondheidszorgsysteem te vermijden.

Een doelmatige werking en rechtvaardige toegankelijkheid wordt mede bevorderd door een geïntegreerde ziekenhuiswerking, wat een constructieve samenwerking tussen artsen en ziekenhuisbeheerders veronderstelt. De nodige technieken ter bevordering van deze constructieve samenwerking dienen uitgewerkt te worden, met inbegrip van een financiële neutraliteit naar de verschillende behandelingsvormen toe. De noodzakelijke autonomie en beslissingsvrijheid van zowel beheerder als zorgverstrekker wordt hiermee gegarandeerd. Naar de techniciteit van financiering toe dient deze aan transparantie te winnen, zowel inzake gehanteerde principes als concrete toepassing.

Voor de uitvoering worden concreet twee sporen voorgesteld door de werkgroep.

Eenzijds de uitwerking van de functie 'basisziekenhuis' gepaard gaande met een uitgebalanceerde basisfinanciering die een correcte uitbating van de functie mogelijk maakt.

Anderzijds de ontwikkeling van geïntegreerde zorgprogramma's die een continuüm van een transmurale opvang en zorgverlening verzekeren. Deze zorgprogramma's zijn gericht naar gerelateerde patiëntengroepen. De financiering van deze zorgprogramma's veronderstelt een drempelfinanciering per gerelateerde patiëntengroep met supplementair een specifieke activiteitsgerichte financiering die rekening houdt met de heterogeniteit binnen de gerelateerde patiëntengroepen.

In elk onderdeel van het definitief advies zal de situatie voor de geestelijke gezondheidszorg aangehaald worden in de mate dat ze afwijkt van de somatische zorg. Zo zal in tegenstelling tot de somatische zorg het advies van de NRZV m.b.t. de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg dd. 12/06/97 als basis genomen worden voor de ontwikkeling van de zorgprogramma's en de financiering ervan.

De middelen en voorwaarden die hierbij aangewend dienen te worden en dus prioritair uitgebouwd dienen te worden, zijn:

- een continue raming van de behoeften door een permanente beleidsvoorbereidende cel binnen het Ministerie van Volksgezondheid. Deze cel kan gebruik maken van eigen gegevens (MKG, MVG, MPG, MFG,...), maar ook van gegevens afkomstig van derden (mutualiteiten, universiteiten,...), desgevallend belast met een specifieke studie-opdracht. Wel moet er gewaakt worden over de geloofwaardigheid van de gegevens (cfr MKG) en dient geëvolueerd te worden naar een hogere transparantie van de gegevens. Een versterking van de desbetreffende administratie is dan ook nodig,
- de transparantie van het financieringssysteem en zijn toepassing ervan,
- de organisatorische flexibiliteit naar de ziekenhuizen toe (te bereiken via de uitwerking van concepten van geïntegreerde zorgverlening die alle niveaus en vormen omvat en netwerkingvorming),
- de uitbouw van de informatieverzameling en informaticasystemen. Dit moet toelaten dat op alle niveau's beslissingen genomen worden op basis van bruikbare informatie. Investerings in de communicatietechnologie voor het opstellen van een virtueel gezondheidszorgnetwerk zijn hiervoor een basisvereiste. De werkgroep dringt er op aan dat voor elk ziekenhuis en het netwerk waarmee gewerkt wordt de investering in een degelijk en gestandaardiseerd informatiesysteem geboden wordt.
- Voor een kwaliteitsvolle organisatie van zorg, dient er een voldoende aanbod te zijn van gekwalificeerd personeel en dit voor alle beroepsgroepen. Momenteel is dit voor de beroepsgroep van de verpleegkundigen niet meer het geval. Maatregelen om het tekort en zijn structurele oorzaken weg te werken, zijn noodzakelijk. Naast materiele voorzieningen dienen creatieve en stimulerende werkomstandigheden de aantrekkingskracht tot het beroep te verbeteren. Ook dit vraagt erkenning

en beloning van een meer doelmatige werking met transparante evaluatie van kwaliteit , activiteit en resultaat.

Derde fase:

In de mate dat de basisvoorwaarden en omstandigheden vervuld zijn kan op basis van inzicht in prioritaire behoeften gedacht worden.

In de huidige werkvoorwaarden is er geen garantie dat toewijzing middelen ook effectief het beoogde doel dient.

Teneinde het ziekenhuisbeleid in een strategie van behoeftengerichte ontwikkeling in te schrijven is een permanent inzicht nodig in:

De wijzigende epidemiologische omstandigheden
De verwacht technologische ontwikkelingen
Een permanente opvolging van de "beste" aanpak van pathologiën (evidence based guidelines) en de waarde van de nieuwe technologie
Etc

Er van uitgaande dat de omstandigheden vervuld zijn om de ontwikkeling en evolutie van gerichte domeinen en aspecten binnen de ziekenhuiszorg volgens de behoeften te benaderen is de werkgroep van mening dat de keuzebepaling een dynamisch karakter moet hebben en permanent dient bijgestuurd te worden.

In een eerste oefening wenst de werkgroep de elementen te bepalen die hierbij bepalend zijn zoals de epidemiologische gegevens, inzicht in de werkelijke activiteit binnen de verschillende voorzieningen in zorgverlening , de maatschappelijke behoeften die gezondheid gerelateerd zijn. De werkgroep stelt voor een stramien uit te werken over de wijze om hiervoor systematisch de nodige informatie en logistieke ondersteuning te bieden. .

Samen met het bepalen van prioriteiten in het kader van het gezondheidsbeleid kunnen dan per zorgprogramma en voor het geheel van de ziekenhuisfunctie de nodige initiatieven voorgesteld worden op het vlak van:

- erkenningsvoorwaarden , spreiding en samenhang in een geïntegreerd zorgaanbod
- guidelines en bevordering van kwaliteit op het uitvoerend niveau
- creëren en bewaken van financiële voorwaarden die neutraal zijn ten opzichte van diagnostische en therapeutische keuzen (verpleegdagprijs, honoraria)
- Feedbackinstrumenten