



Vergelijkende analyse van de financieringsmethoden voor ziekenhuizen en de toekomstperspectieven voor België



Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux asbl
Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs vzw
Belgische Vereinigung der Krankenhausdirektoren VoG

Het WAAROM van dit rapport in enkele hoofdpunten

Het Belgische financieringssysteem raakt in ademnood, na voortdurende aanpassingen

Het financieringsmodel van de ziekenhuizen in België laat geen enkele gedeeltelijke hervorming meer toe, zonder dat het nog complexer, onduidelijker en moeilijker te gebruiken wordt als beheersinstrument, noch door de ziekenhuizen, noch door de regelgevende instanties. Een grondige hervorming dringt zich op. De veranderingen die momenteel worden voorbereid zijn niet erg bemoedigend, omdat ze lang zullen duren, geen rekening houden met de ervaring in andere Europese landen en nog steeds verder bouwen op dezelfde logica die vervat zit in het huidige model.

Het systeem is niet transparant en loopt achter op de feiten

Het financieringssysteem van het ziekenhuis is zeer complex, onduidelijk, gebaseerd op indirecte financiering, en zonder enige mogelijkheid tot beïnvloeding, aangezien het geen duidelijke doelstellingen bevat. Het huidige financieringssysteem leidt, naast de ondoorzichtigheid ervan, tot een financieringstekort voor de beheerder, aangezien de behandelde pathologieën de toegekende financiering pas 2 tot 3 jaar later gedeeltelijk beïnvloeden. De incentives zijn niet duidelijk en stimuleren niet de versterking van de volksgezondheid.

Een systeem met perverse effecten

Het financieringssysteem van de ziekenhuizen kan perverse effecten hebben, die een overconsumptie van diensten aanmoedigen veeleer dan streven naar een betere de volksgezondheid ... Dit is vooral een gevolg van de bijdragen door de medische honoraria aan de financiering van de ziekenhuizen, in een model van betaling per prestatie... Het systeem van de vergoeding van de artsen heeft daarom ook perverse effecten, die leiden tot budgetoverschrijdingen en soms instellingen en artsen aanzetten tot overconsumptie van de zorg.

Een systeem dat ontevredenheid creëert bij alle belanghebbenden

Er bestaat een ontevredenheid onder de overgrote meerderheid van de belanghebbenden, die het eens zijn over de beperkingen van het huidige systeem en die streven naar een ingrijpende verandering die beter aan hun verwachtingen zou kunnen voldoen.

Een DRG-systeem in België dat geen DRG-systeem is...

Het "Diagnosis Related Groups" of DRG-financieringssysteem vertegenwoordigt in België slechts ongeveer 20% tot 30% van de inkomsten van het ziekenhuis. Het wordt gebruikt voor de financiering van de BFM, de geneesmiddelen en de honoraria, maar met regels die verschillen van de ene bron tot de andere. Het gebruikte classificatiesysteem komt uit de Verenigde Staten en houdt weinig rekening met de Europese en Belgische bijzonderheden.

Deze vaststellingen zijn de basis van dit rapport en ook van een eerste reflectie over de financiering per DRG...

In dit verslag wordt een reeks belangrijke punten geduid met betrekking tot de invoering van DRG's, die de eerste paradigmaverschuiving inhoudt in de financiering van ziekenhuisinstellingen :

De VS zijn de pionier in het opzetten van een DRG financieringsysteem, op initiatief van Medicare, naar aanleiding van het onderzoek uitgevoerd aan de Yale University dat het systeem al in 1970 conceptualiseerde.

Het basisidee is eenvoudig: gevallen binnen dezelfde DRG kennen een vergelijkbaar verbruik van middelen en brengen daarom homogene diagnose- en behandelingskosten met zich mee.

Het zet de ziekenhuizen ertoe aan om het gebruik van hun middelen te verbeteren en de organisatie van de gezondheidszorg te optimaliseren om zo de efficiëntie te verbeteren. Wanneer deze veranderingen het klinische proces en het casemanagement verbeteren, verhoogt ook de kwaliteit van de zorg.

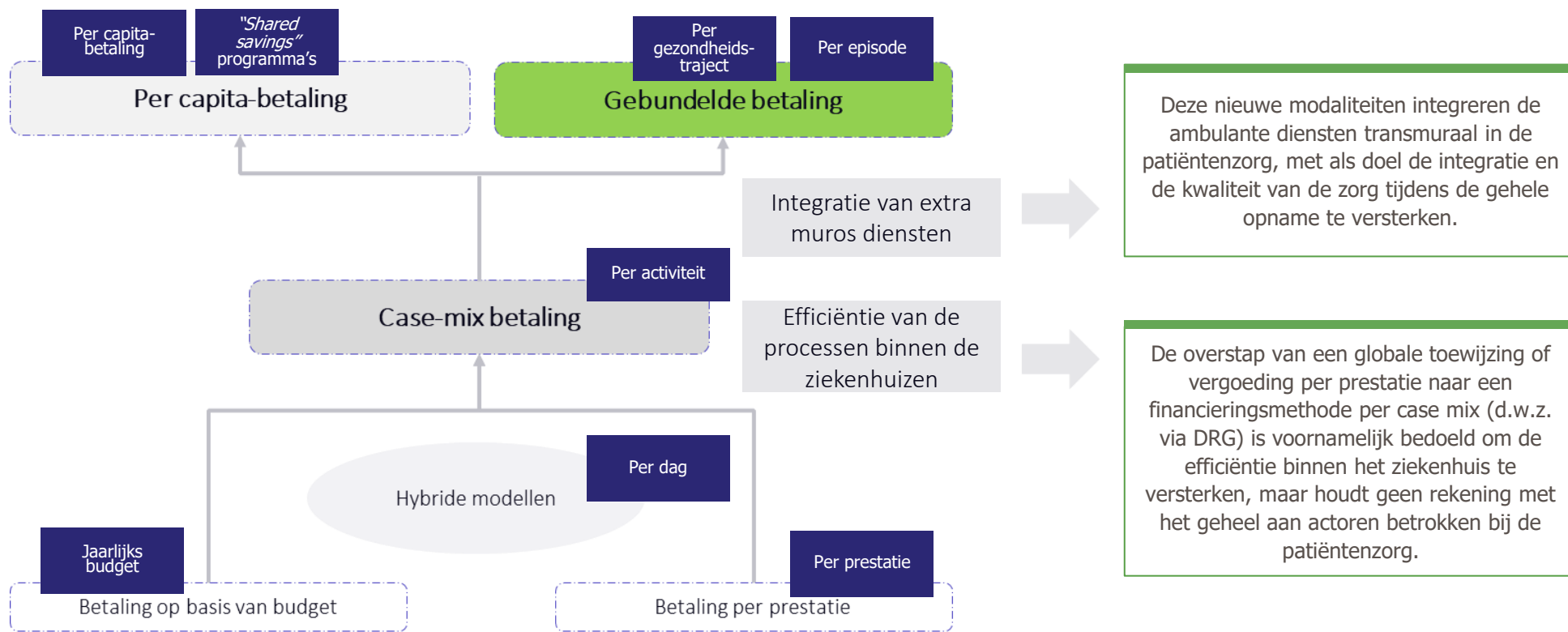
Dit systeem kan evenwel aanleiding geven tot een aantal ongewenste effecten, zoals selectie van patiënten, opwaartse codering van de ernstgraad en voortijdig ontslag van patiënten. Ziekenhuizen kunnen ook niet gerechtvaardigde activiteiten verhogen en de “*casemix*” veranderen door het stopzetten van activiteiten die niet rendabel zijn.

Ondanks gemeenschappelijke beginselen kunnen de op DRG's gebaseerde financieringsmodellen van land tot land verschillen qua architectuur en opzet. Daarom heeft onze studie een uitvoerige analyse gemaakt van drie van de recentste Europese landen die een dergelijke systeem hebben ingevoerd (Duitsland, Frankrijk en Zwitserland), alsook van de recente ontwikkelingen.



... met nieuwe vormen van financiering (per capita-betaling of "bundled payments") die zich richten op de coördinatie en de kwaliteit van de zorg gedurende het gehele traject van de patiënten, naar en van het ziekenhuis!

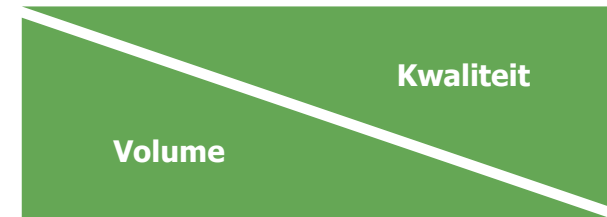
Afbeelding 01. Ontwikkeling van de verschillende modellen



Bron: Antares Consulting

Er zijn momenteel 3 belangrijke internationale trends in de ontwikkeling van de financieringsmethoden

- 1 De nieuwe financieringsmodaliteiten die de afgelopen jaren zijn ontstaan, zijn gebaseerd op een logica die het risico sterk bij de zorgverlener legt, met als doel een versterking van het zorgaanbod door een integratie van actoren aan te moedigen en de vermijdbare handelingen te verminderen.
- 2 Deze risico-overdracht naar zorgverleners betekent dat alle zorgaanbieders over alle zorgfasen onderling met elkaar moeten afstemmen en coördineren, wat leidt tot een betere efficiëntie van het systeem, lagere kosten en een verbetering van de kwaliteit. Afhankelijk van de mate van maturiteit, bevorderen deze financieringsmethoden ook de integratie van preventiestrategieën.
- 3 Deze nieuwe modaliteiten vormen een nieuwe logica waarbij goed doen primeert op het volume. Met andere woorden, openstaan voor het concept *Value Based HealthCare*, wat toelaat de zorgverlening te richten op de activiteiten die de best mogelijke resultaten opleveren op het gebied van gezondheid, d.w.z. het meest pertinent voor een patiënt en voor elke gemaakte uitgave.



"From volume to value".

Deze financieringsmodaliteiten leiden naar een nieuw paradigma:



We hebben in deze studie ook geanalyseerd op welke wijze de beroepsbeoefenaars worden vergoed binnen de huidige financieringsystemen van ziekenhuizen, en we kunnen belangrijke conclusies trekken voor de opbouw van een nieuw financieringsmodel.

- 1 Het financieringsmodel van de ziekenhuizen dient afgestemd te zijn met het vergoedingssysteem voor de beroepsbeoefenaars. De twee systemen dienen duidelijk onderscheiden te worden, maar met een sterke afstemming betreffende de doelstellingen en in de logica waarop ze gebaseerd zullen zijn.
- 2 Het huidige systeem dat enkel gericht is op het uitvoeren van prestaties, leidt tot een vergoeding voor beroepsbeoefenaars die gericht is op volume. Daar de instellingen hoofdzakelijk gefinancierd worden via de medische erelonen, kunnen we stellen dat er een ongewenste afstemming is vanwege de actoren om meer te presteren, wat een mogelijke incentive vormt tot overconsumptie van de zorg. In deze zin moet de kwestie van passende praktijken duidelijk in dit debat worden geïntroduceerd.
- 3 Het huidige vergoedingssysteem voor beroepsbeoefenaars mist harmonisatie en is niet erg transparant ... De retrocessie verschilt sterk van de ene instelling tot de andere en is het resultaat van interne onderhandelingen tussen de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars en de instelling. Dit hele proces bagatelliseert de valorisatie van de professionele handelingen. Een scheiding van deze twee financieringsmodaliteiten zou wenselijk zijn en zou meer duidelijkheid en transparantie brengen.
- 4 De beroepsbeoefenaars, hoewel ze verschillende medische specialismen uitoefenen, zijn onderling volledig afhankelijk als ze de goede zorg van hun patiënten willen garanderen en de continuïteit van hun zorg willen waarborgen. Er is er echter een grote ongelijkheid in de vergoeding per specialisatie, die vaak wordt gecompenseerd door een solidariteitsfonds. Dit gebrek aan billijkheid leidt tot een gebrek aan erkenning van bepaalde specialisaties en kan leiden tot een beroepsprobleem. Deze logica van solidariteitsfondsen moet worden vervangen door een billijke vergoedingsbasis, die wordt aangevuld met een variabele component.
- 5 De fiscale regelgeving bij het organiseren van de vergoeding voor professionals is een element dat distorsies kan veroorzaken en dat met de nodige aandacht dient bestudeerd te worden.

Het variabele gedeelte van de vergoeding dient op twee premissen worden gebouwd:

- Een basis om zogenaamde solidariteitsfondsen te vermijden.
- De variabiliteit in de vergoeding van beroepsbeoefenaars bevat andere variabelen dan enkel prestaties.

Een reflectie over het juiste evenwicht tussen de componenten van de vergoeding zou nuttig zijn om aan deze twee premissen te voldoen.



Aanbevelingen in het licht van de internationale ervaring



Het financieringsmodel in België dient te veranderen en zich te aligner met de algemene trend: "bundled payments", doelmatigheid van het zorgaanbod binnen de logica van een zorgtraject...

Het huidig model verlaten...



...om een toekomstig model te definiëren

- De afgelopen jaren zijn er te veel opeenvolgende gedeeltelijke hervormingen geweest die elkaar hebben overlapt. Het Belgisch financieringsmodel voor ziekenhuizen laat geen gedeeltelijke hervorming meer toe zonder het nog complexer en moeilijker beheersbaar te maken.
 - De succesvolle ontwikkeling van de implementatie van de lokale regionale ziekenhuisnetwerken zou deze hervorming in gang kunnen zetten, omdat ze een juridische structuur en een gemeenschappelijk bestuur hebben gecreëerd. Als de toezichthouder echte synergiën tussen de instellingen in een netwerk wil ontwikkelen, kan de hervorming van de financiering een belangrijke hefboom zijn.
 - Het huidige financieringssysteem biedt, naast zijn ondoorzichtigheid, de beheerder een late reactie op de betaling van het Budget van Financiële Middelen (BFM). De huidige incentieven zijn niet duidelijk en moedigen de versterking van een *value-based healthcare*-aanpak niet aan.
 - Deze vaststelling is dezelfde in het vergoedingssysteem voor artsen, dat ongewenste effecten heeft en met name aanleiding geeft tot overconsumptie van zorg.
 - Een ontevredenheid van de grote meerderheid van de stakeholders die het eens zijn over de limieten van het huidige systeem.
 - Het systeem is in zijn huidige vorm niet langer houdbaar en als er geen grondige hervorming plaatsvindt, zullen patiënten uiteindelijk meer moeten betalen.
- Onderdeel worden van de belangrijkste trends in de ontwikkeling van nieuwe financieringsmethoden om aan de verwachtingen van alle stakeholders te voldoen.
 - Het model van ziekenhuisfinanciering in België verdient een radicale en snelle verandering. Er dient profijt gehaald te worden uit de knowhow van de landen om ons heen, die een bron van inspiratie en informatie zijn, vooral met betrekking tot het ontwerpen van nieuwe mechanismen en om de risicobeheersing te waarborgen:
 - Het model moet korte termijn gebaseerd zijn op een geïntegreerd financieringssysteem van de activiteit op basis van de DRG's.
 - Zodra een nieuw model van ziekenhuisfinanciering aanvaard is, dient men ervoor te zorgen dat de ervaringen met "*bundled payments*" worden overgenomen en de afstemming met de medisch-sociale sector vergemakkelijken.
 - Het nieuwe model van ziekenhuisfinanciering zal er niet alleen toe leiden dat het beheer van de instellingen versterkt wordt, maar ook dat de focus van de regelgeving radicaal gewijzigd wordt, met nieuwe vaardigheden, capaciteiten en interventie-instrumenten. Hiervoor zullen alle informatiesystemen van de instellingen moeten georganiseerd en versterkt worden om deze wijzigingen te ondersteunen.

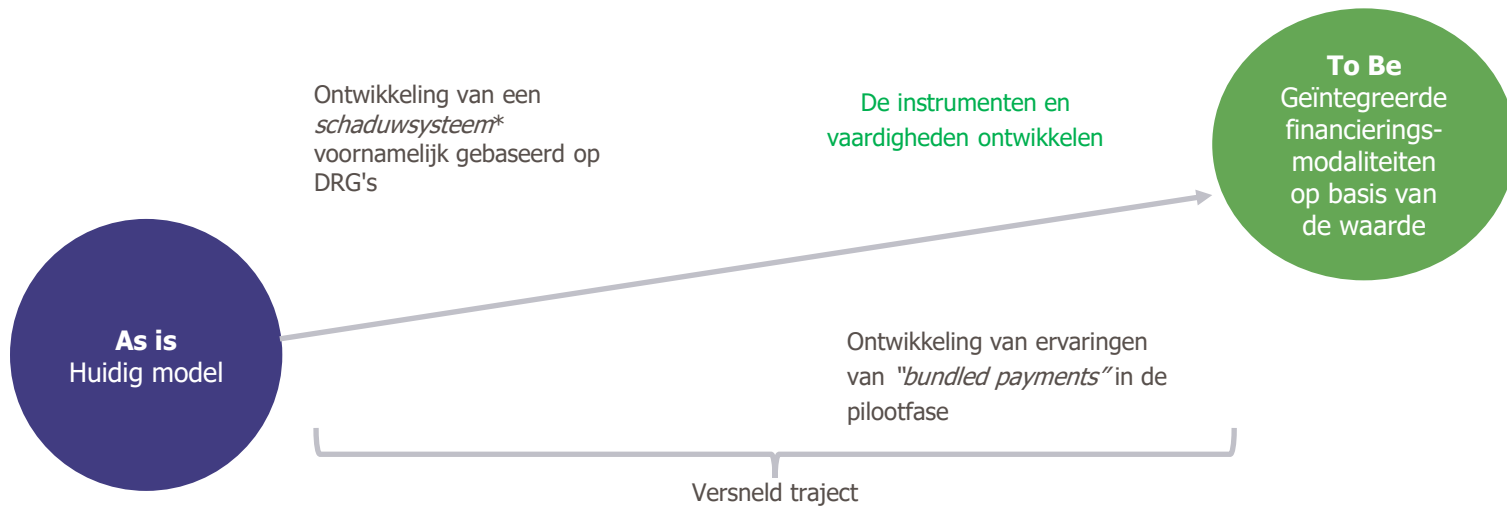
Op basis van deze vaststellingen zou er in België een hervormingsplan moeten worden geïmplementeerd om de achterstand in te halen en stapsgewijs een nieuw financieringsmodel te definiëren, waarbij de latere start dan in andere landen de mogelijkheid biedt om gebruik maken van hun ervaringen.

België bevindt zich vandaag in een situatie waarin de kloof tussen de complexiteit van de huidige financieringsmodaliteiten en de verwachtingen van het systeem een fundamentele sprong voorwaarts vereist.

Hiervoor heeft men de opportuniteit te kunnen terugvallen op de internationale ervaringen, niet om hun systeem blindelings na te bootsen maar eerder om er door geïnspireerd te worden, teneinde voorspelbare valkuilen te vermijden.

Om deze achterstand op te vangen, moeten snelle hervormingen op gang worden gebracht met de overgang naar een "all in" DRG-systeem en tegelijkertijd pilootprojecten worden opgestart met nieuwe financieringsmethoden van het type "bundled payments".

Afbeelding 11. Een versneld traject voor de ontwikkeling van nieuwe financieringsmodaliteiten



Bron: Antares Consulting

* Dit zogenaamde "schaduwsysteem" zou toegepast kunnen worden op de huidige situatie ter observatie, zonder invloed te hebben op de werkelijke financiering.

Wie zijn de betrokken *stakeholders* in het kader van een hervormingsplan?



Gezondheidssysteem en bevolking

De financieringsmodaliteiten zijn een hefboom voor de versterking van de kwaliteit van het gezondheidssysteem en de bevolkingsgerichtheid ervan. Gezondheid is een prioriteit in het sociale beleid, die door de bevolking rechtstreeks wordt ervaren.



Zorginstellingen

Vandaag de dag vormen de zorginstellingen het centrale punt van de kruising en de onderlinge afhankelijkheid van alle actoren. Vanuit de optiek van het zorgtraject, zijn de zorginstellingen een centraal element in het zorgproces.



Medisch personeel

Zij zijn het hart wat de toepassing van de financieringsmodellen betreft. Zij zijn het die de het zorgaanbod garanderen en realiseren. De vergoeding ervan moet onafhankelijk zijn van de financiering van het ziekenhuis, maar wel in overeenstemming met de afstemming van de doelstellingen.



Beheerder

De beheerders moeten de organisaties sturen en zijn eindverantwoordelijk voor de resultaten van de gedefinieerde institutionele strategie. Zij hebben behoefte aan duidelijke globale doelstellingen en stimulansen, en aan een coherentie die de financiering en de uitgaven aan elkaar kan koppelen.



Gewesten

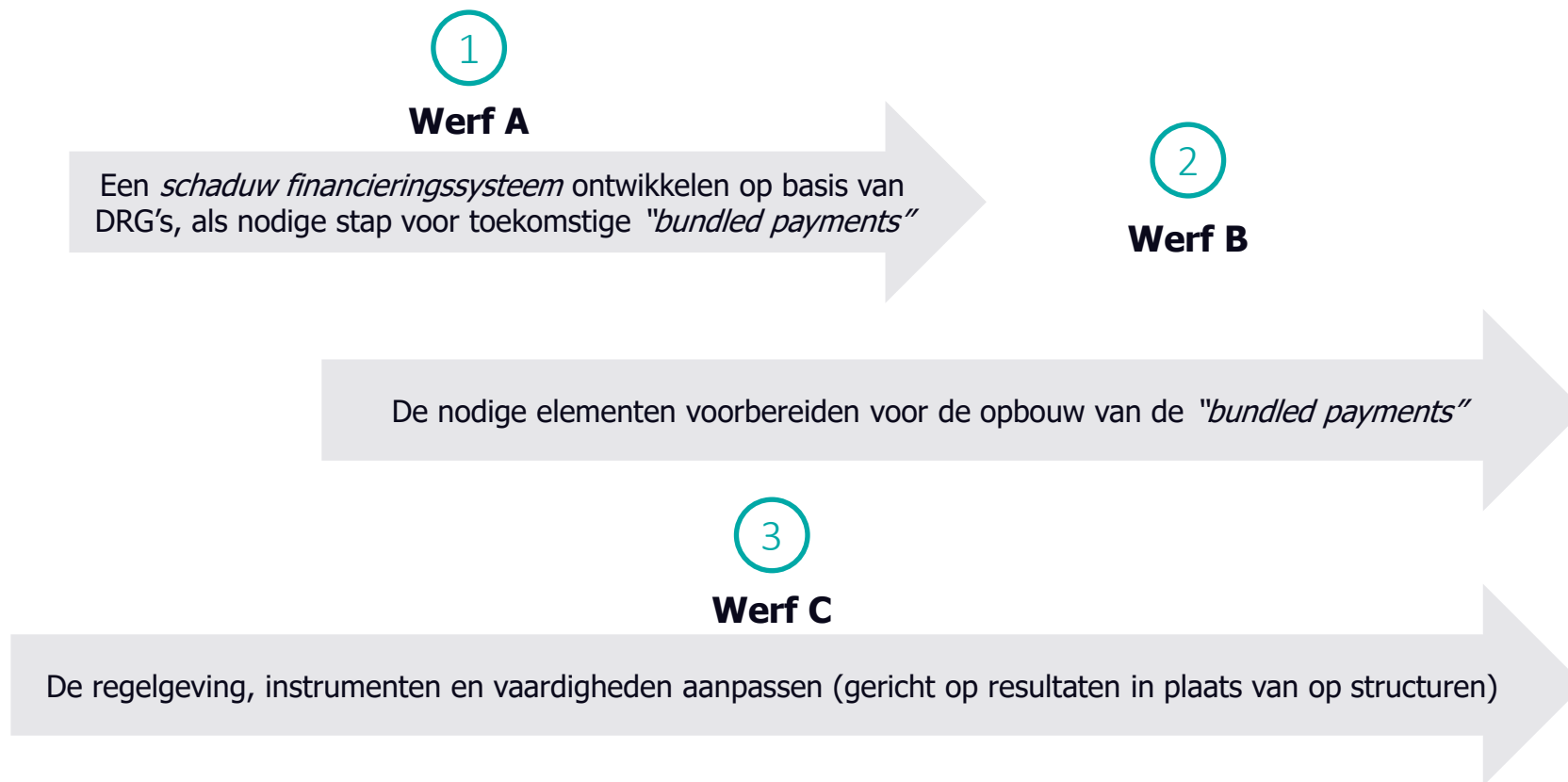
De gewesten zijn cruciaal in een federaal land. Zij zijn immers verantwoordelijk voor het zorgaanbod buiten het ziekenhuis, het deel dat het meest zal toenemen met de invoering van de DRG's; en het deel dat zal moeten worden geïntegreerd met de *"Bundled payments"*.



Toezichthouder

De toezichthouder stimuleert de hervorming en zorgt ervoor dat het budget wordt gerespecteerd om de kwaliteit en duurzaamheid van het gezondheidssysteem te waarborgen. De toezichthouder moet de normen herzien om ze af te stemmen op de doelstellingen van een financieringshervorming.

Om deze transformatie te bereiken, stellen we een aanpak voor die gebaseerd is op 3 grote werven, die een snelle implementatie mogelijk moeten maken



Werf A. Een *schaduw financieringssysteem* ontwikkelen op basis van DRG's, als nodige stap voor toekomstige "bundled payments"

- 1. Validatie van de classificatie.** Een eerste stap is de validatie van het feit dat het relatieve vergelijkende gewicht van 80% van de activiteit in DRG's in België vandaag hetzelfde is als in de laatste drie verschillende classificaties van de drie bestudeerde landen (Frankrijk, Zwitserland en Duitsland). Deze oefening veronderstelt de opmaak van een equivalentietabel tussen de bestudeerde systemen en de Belgische DRG's. Het zal ook nodig zijn om de mogelijke criteria vast te stellen die in de DRG-financiering in België moeten worden aangenomen. Dit omvat het definiëren van de perimeter en het aanduiden wat gefinancierd wordt via het mechanisme van de DRG's en wat niet.
- 2.** Vervolgens is het nodig om de **waarde van een punt** vast te stellen op basis van de huidige totale ziekenhuisuitgaven in België. Hiervoor dient een modellering van het systeem met de nieuwe regels te gebeuren. Dit zal toelaten het DRG-punt ("cost weight ") te definiëren en de kosten buiten het DRG-systeem in te schatten.
- 3.** Daarna dient men alle normatieve vragen te definiëren, d.w.z. de **toepassingsregels** waarmee bij de ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteit rekening zal moeten worden gehouden. Hiervoor, moeten men zich baseren op de positieve en negatieve aspecten van de landen die deze systemen hebben geïmplementeerd (Frankrijk, Duitsland en Zwitserland). Deze fase zal 3 jaar in beslag nemen. In dit verband is het ook raadzaam om een eerste coderingshandleiding op te stellen.
- 4.** De start van een overgangperiode genaamd "**schaduwstelsel**" is absoluut nodig. Gedurende een periode van 3 jaar, en op basis van de berekende waarde van een punt, dient men aan de instellingen mee te delen wat hun theoretisch budget zou zijn onder het nieuwe systeem, met behoud van de financiering die ze momenteel hebben onder de historische financieringsmodaliteiten. Het gaat er hier dus om de ziekenhuisinstellingen puur informatief op de hoogte te houden. Deze overdracht van informatie zou kunnen gebeuren op niveau van de lokale ziekenhuisnetwerken en er zou een evaluatie en regelmatige uitwisseling moeten zijn op basis van de cijfers van deze facturering om de aanpassing te garanderen.
- 5.** Tegelijkertijd wordt er een analyse uitgevoerd van de **analytische boekhoudingen** in een bepaalde steekproef van ziekenhuizen (netwerken), met als doel de consistentie van de analyse en de resultaten te valideren. Hiervoor is een goede verdeling van de directe en indirecte kosten van de analyseonderdelen van het ziekenhuis nodig, dus een analytische boekhouding, maar verschillend van die gevraagd door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Deze analytische boekhouding zou gebaseerd kunnen zijn op het pilootproject voor de kostenevaluatie per pathologie, het PACHA-project.
Deze steekproef zou kunnen worden samengesteld door uit elk van de 25 locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerken telkens één ziekenhuis op te nemen om een totale territoriale dekking en representativiteit te bekomen.

Werk B. De nodige elementen voorbereiden voor de opbouw van de "bundled payments"

Tegelijkertijd zal moeten worden ingespeeld op de komst van nieuwe financieringsmodaliteiten door rekening te houden met het gehele geïntegreerde traject van de patiëntenzorg. Zoals eerder gesteld, is het een kwestie om onmiddellijk voort te bouwen op de ervaring van de andere landen en geen tijd te verspillen met de ontwikkeling van initiatieven van het type "bundled payments" in België.

Deze werf moet een hefboom zijn om de ontwikkeling van locoregionale netwerken aan te moedigen, door de samenwerking tussen de zorginstellingen te accelereren maar ook de samenwerking met de ambulante zorg op hun grondgebied te bevorderen. Om deze werf op te zetten, stellen we voor om de volgende verschillende punten te analyseren, met name:

1. Nagaan of het ook nodig is te bepalen of deze financiering de integratie van de prestaties voor **geestelijke gezondheidszorg** en van middellange en **lange verblijven** vereist.
2. Conform punt 1 zal het noodzakelijk zijn om een herziening van de **ambulante nomenclatuur te initiëren**. Deze herziening zal moeten worden uitgevoerd terwijl de ontwikkeling van ambulante chirurgie beter wordt bevorderd in vergelijking met de traditionele ziekenhuisopname. Dit is de reden waarom deze herziening duidelijke incentieven zou moeten implementeren, waardoor België deze praktijk echt kan ontwikkelen.
 - Om de ontwikkeling van ambulante chirurgie te ondersteunen, zou een identieke prijsstelling voor verblijven voor enkele pathologieën, ongeacht het type opname (ambulant of hospitalisatie), in het bijzonder overwogen kunnen worden, met de wens om deze uit te breiden of zelfs te veralgemenen naar pathologieën die zullen worden behandeld in ambulante chirurgie.
 - Tegelijkertijd dient een bewustmakingscampagne voor ziekenhuisartsen en een trainingsprogramma voor professionals te worden gestart.
3. Beginnen met het opzetten van **ervaringen** die de nieuwe betalingsmodaliteiten integreren, zoals "bundled payments" met een duidelijke oriëntatie naar *value-based healthcare*. Deze ervaringen dienen te worden opgestart met de ontwikkeling van duidelijke resultaatindicatoren in het kader van pilootprojecten.

Werk C. De regelgeving, instrumenten en vaardigheden aanpassen (gericht op resultaten in plaats van structuren)

Deze diepgaande hervorming van de financiering zal gepaard moeten gaan met organisatorische transformaties die in verhouding staan tot de uitdagingen, waardoor de huidige regelgeving zich kan aanpassen en zo de implementatie voor het hele gezondheidssysteem kan vergemakkelijken. Daarom zal het nodig zijn de administratie de nodige capaciteiten te geven om deze hervorming, zowel op technologisch als op managementniveau, uit te voeren door de nodige instrumenten en vaardigheden te verstrekken. De prioriteit zal zijn om **een agentschap op te richten dat belast is met het definiëren van de Belgische DRG's** en haar beheer, zoals we dit hebben vermeld voor de andere landen in de studie.

1. Om de Belgische DRG's te definiëren en operationeel te maken, zal er een Belgisch DRG-beheeragentschap moeten worden opgericht. Dit agentschap zal verantwoordelijk zijn voor het onderhoud en de ontwikkeling van de DRG-gevalgroepen. Het zal met andere woorden verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling en aanpassing van de grouper, die de behandelde gevallen aan de verschillende DRG's toewijst. Ze zal ook deelnemen aan de ontwikkeling van de medische classificaties en coderingsrichtlijnen in België. In dit verband dient nauwkeurig het volgende te worden gedefinieerd: (1) haar missie en functies (2) haar structuur, vorm en samenstelling
2. Alle actoren dienen deel uit te maken van deze grote verandering: Ziekenhuisinstellingen of lokale regionale ziekenhuisnetwerken, maar ook de professionals en beheerders die de actoren in het veld zijn, opdat ze zouden instemmen met de verandering en ze ondersteunen.
 - Organisatie van workshops
 - Organisatie van gerichte trainingen voor professionals maar ook managementcoaching
 - Opstellen van monitoringindicatoren voor een goede implementatie in het veld
 - Een bewakingssysteem voor de verschillende praktijken. Degene die snel zullen worden verboden en degene die moeten worden veralgemeend.
 - Implementatie van een online platform voor het verzamelen van suggesties.
3. Alle voorwaarden ontwikkelen die de toezichthouder in staat zullen stellen zich aan te passen en alle actoren in deze transformatie te ondersteunen.
 - Identificatie van de nieuwe functies en vaardigheden, capaciteiten, instrumenten, enz. die ontwikkeld moeten worden
 - Identificatie van de huidige functies die moeten worden gewijzigd en/of verwijderd; en beslissen hoe ze in de toekomstige context zullen worden uitgevoerd
 - Identificatie en definitie van alle operationele en managementprocessen die nodig zouden zijn, in een formaat voor de automatisering ervan.

Een wijziging die in minder dan 6 jaar doorgevoerd kan worden! We bieden hier als indicatie een eerste tijdslijn aan op basis van alle belangrijke fasen.

Tabel 05. Ontwikkelingskalender van de 3 werven

Fases	Jaren					
	J1	J2	J3	J4	J5	J6
Werk A Een <i>schaduw financieringssysteem</i> ontwikkelen op basis van DRG's, als basis voor toekomstige <i>"bundled payments"</i> .	Validatie van de classificatie	■				
	Bepaling van de waarde van een punt	■				
	Definiëring van de toepasbare regels	■	■			
	"Schaduw"-facturatie en opvolging		■	■	■	
	Analytische boekhouding (cfr. PACHA)		■	■	■	
Werk B De nodige elementen voorbereiden voor de opbouw van de <i>"bundled payments"</i> .	Revalidatie en geestelijke gezondheidszorg integreren		■	■	■	
	Ambulante nomenclatuur wijzigen		■			
	Ervaringen van het type <i>"bundled payments"</i>			■	■	■
Werk C Regelgeving aanpassen.	Lancering van het Belgisch DRG-agentschap		■	■	■	■
	Identificatie van de noden betreffende de organisatie, de vaardigheden, de capaciteiten, de beheerinstrumenten		■	■	■	■
	Identificatie en definiëring van alle operationele en beheersprocessen		■	■	■	■

Wat zouden de voordelen zijn van dit nieuwe model voor de verschillende *stakeholders*? (1/2)



Gezondheidssysteem en bevolking

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou het volgende betekenen voor het gezondheidssysteem in het algemeen:

- Een eenvoudiger en transparanter model.
- Een focus op de volksgezondheid.
- Een betere coördinatie tussen alle actoren betrokkenen bij de patiëntopname, waardoor de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor patiënten kunnen worden gewaarborgd en er toegevoegde waarde wordt gecreëerd.
- Een versterking van de patiëntervaring tijdens hun zorgtraject.
- De klinische resultaten zijn belangrijker dan de prestaties.



Zorginstellingen

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou voor de beheerder het volgende betekenen:

- Een eenvoudiger en transparanter model.
- Een realistischere budgetplanning die zou toelaten het budget op middellange en lange termijn te stabiliseren.
- Een beter aanpassingsvermogen van de eigen institutionele strategie en positionering.
- Een versterking van het institutioneel beheer.
- Een groter innovatievermogen.



Beroepsbeoefenaars

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou het volgende betekenen voor de beroepsbeoefenaars:

- Een eenvoudiger en transparanter model.
- Een duidelijkere scheiding van de intellectuele prestatie.
- Een focus op de klinische resultaten.
- Het vermijden van ongewenste effecten van het huidige model en onnodige prestaties.
- Een billijkere vergoeding.
- Een vergoeding die niet is gebaseerd op een onderhandeling.

Wat zouden de voordelen zijn van dit nieuwe model voor de verschillende *stakeholders*? (2/2)



Beheerder

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou voor de beheerder het volgende betekenen:

- Een eenvoudiger en transparanter model.
- Een realistischere budgetplanning die zou toelaten het budget op middellange en lange termijn te stabiliseren.
- Een beter aanpassingsvermogen van zijn institutionele strategie en productplaatsing.
- Een versterking van het institutioneel beheer.
- Een groter innovatievermogen.



Gewesten

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou voor de regio's het volgende betekenen:

- Het zou een grotere regionalisering van de gezondheidszorg mogelijk maken en voortbouwen op de 6^e staatshervorming.
- De samenwerking tussen ziekenhuisinstellingen en andere gezondheids- of medisch-sociale actoren vergemakkelijken, teneinde de continuïteit van de zorg te waarborgen.
- Een toenemende kracht van hun beheers- en managementtools, wat een betere budgetcontrole garandeert.
- Ten dienste staan van de bevolking en de beroepsbeoefenaars.



Toezichthouder

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou voor de toezichthouder het volgende betekenen:

- Meer belang hechten aan de klinische resultaten en hun opvolging, met *value-based healthcare*-modellen.
- Een toenemende impact van de eigen beheers- en beheertools, wat een betere budgetcontrole garandeert.
- Ten dienste staan van de bevolking en de beroepsbeoefenaars.