

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 08/02/2024

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/601-3 (*)

Advies BMUC

Namens de voorzitter van de FRZV,
Margot Cloet,

Sabine Stordeur
Directrice-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 08/02/2024 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

De FRZV wenst hierbij zijn advies kenbaar te maken als antwoord op de adviesvraag van minister Vandembroucke dd. 22 november 2023 inzake de BMUC financiering. Deze adviesvraag bereikte ons pas enkele maanden na ondertekening door de minister, waardoor de tijd beschikbaar voor het samenstellen van dit advies beperkt was. De FRZV bracht al verscheidene malen advies uit ivm de BMUC financiering, waarvan het laatste advies 577-2 dd. 9/3/2023.

1. Situering van de vraagstelling

De minister stelt in deze adviesvraag een aangepast financieringsmechanisme voor dat de digitalisering van de ziekenhuizen moet ondersteunen. Voor de periode 2024-2025 is dit mechanisme grotendeels gebaseerd op de Belgian Meaningful Use Criteria zoals vastgelegd in 2016. Na 2025 zal de aanpak verschuiven van een permanente verbetering van de overeenkomstige functionaliteiten naar een benadering die gestoeld is op het jaarlijks bepalen van prioriteiten en het opschalen van bestaande pilootprojecten. De ziekenhuizen spelen een pivotale rol in het gezondheidszorgsysteem van vandaag én van morgen. De mate waarin België aansluiting zal kunnen blijven vinden bij de meest performante gezondheidszorgsystemen wereldwijd zal in belangrijke mate afhangen van de mate waarin de Belgische ziekenhuizen het tempo van digitalisering zullen kunnen volgen.

2. Vervolg acceleratorprogramma EPD

De sterren staan vandaag niet gunstig. Niettegenstaande het belang is het budget dat via het BFM aan de ziekenhuizen wordt toegekend maar een fractie van de totale digitaliseringskost in de ziekenhuizen. Elk jaar opnieuw prijkt ICT bovenaan de lijst van budgettaire noden, elk jaar opnieuw staan de ziekenhuizen voor de uitdaging om de sterk stijgende kosten op te vangen. Echter, op een welgekomen en zeer geapprecieerde éénmalige tegemoetkoming van 40 mio euro na, is de financiering voor ICT ongewijzigd gebleven. Terwijl de digitalisering van de wereld rondom, zich aan een steeds sneller tempo voltrekt, moeten de ziekenhuizen een veel bescheidener snelheid aanhouden. Op termijn creëert dit niet alleen een kloof met andere gezondheidszorgsystemen, maar ook met de patiënten die erop rekenen dat de ziekenhuizen zich in dezelfde digitale wereld bevinden als zijzelf. De ambitie moet met andere woorden niet enkel zijn het financieringsmechanisme te wijzigen, maar ook om de investeringen in digitalisering gevoelig op te drijven. Alleen zo kan voldoende ruimte gemaakt worden voor de innovatie en digitale slagkracht die de minister beoogt.

Verdeling algemene ziekenhuizen en andere ziekenhuizen

Zoals ook weergegeven in advies 577-2 pleit de FRZV 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 (de 'gespecialiseerde algemene ziekenhuizen' hierbij inbegrepen) en 14,5% van het beschikbare budget aan de psychiatrische ziekenhuizen.

2.1 Sokkel

De FRZV kan instemmen met de door de minister voorgestelde sokkel, bestaande uit een vast bedrag van 10% en een variabel bedrag van 10%.

De FRZV stelt evenwel voor om de vaste sokkel (10%) te beschouwen als een bedrag per ziekenhuis en de 'variabele' sokkel ('variabel' in de zin van voldoen aan de gestelde eisen) voor de helft als een bedrag per ziekenhuis (5%) en voor de helft als een bedrag per verantwoord/erkend¹ bed (5%), zodat het toegekende bedrag per ziekenhuis in evenwicht blijft op 15%.

Wat het variabel gedeelte betreft kan de FRZV het advies uit 577-2 integraal hernemen:

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”, met dien verstande dat de ziekenhuizen een minimale tijdspanne zullen nastreven.

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.

Hier kan nog aan toegevoegd worden dat de onder d) vermelde uitwisseling pas kan plaatsvinden als de instrumenten die daartoe dienen gebruikt te worden volledig op punt staan, stabiel en bruikbaar zijn in de klinische praktijk en dat de ziekenhuizen voldoende tijd zouden krijgen om deze instrumenten in hun systemen in te bouwen.

2.2 Accelerator

De voornaamste suggestie tot bijsturing voor de accelerator financiering betreft het binair karakter. Deze suggestie werd ook in advies 577-2 gegeven. Als het ziekenhuis het aantal vooropgestelde criteria voor kern en menu niet haalt, zou het geen aanspraak kunnen maken op het overeenkomstig acceleratorbudget. De FRZV kan zich andermaal 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 medicatie voor een groot aantal ziekenhuizen niet haalbaar is. Bij de kernfunctionaliteiten zal de meerderheid van de ziekenhuizen niet in staat zijn het criterium van elektronische labo aanvraag te halen gezien de labo's momenteel met een hoog aantal veranderingen geconfronteerd worden.

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

¹ *verantwoorde bedden + erkende bedden voor bedindexen waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend, en voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2.*

kern-functionaliteiten en menu-functionaliteiten en met een maximum aantal functionaliteiten van respectievelijk 14 kern- en 5 menu-functionaliteiten voor algemene ziekenhuizen en respectievelijk 12 kern- en 4 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 $\frac{3}{8}$ 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.

Verder zijn er nog een aantal verduidelijkingen nodig omtrent de functionaliteiten. Een eerste betreft geneesmiddeleninteractie. Deze werd verwijderd uit de kernfunctionaliteiten om als menu-item te worden opgenomen, maar is niet terug te vinden in de lijst van menu-functionaliteiten. Voor het elektronisch aanvragen van onderzoeken voor medische laboratoria is het niet duidelijk of externe onderzoeken worden uitgesloten. Deze functionaliteit zou duidelijk beperkt moeten worden tot de aanvragen bij het eigen ziekenhuislabo en voor de gehospitaliseerde patiënten gezien het ontbreken van protocollen voor een externe aanvraag. Idem voor de aanvragen medische beeldvorming. Wat de elektronische aanvraag voor medisch advies betreft moet gesteld dat de meeste medische adviezen telefonisch gebeuren omdat dat voor de arts veel eenvoudiger is. Dit criterium grijpt dus in in de dagdagelijkse praktijk van de arts en zou moeten herbekeken worden om dit te vermijden. Verder zou voor een aantal criteria de vereiste moeten gespecificeerd worden tot het bestaan van de mogelijkheid. Dat is bijvoorbeeld nu niet het geval voor menu criterium 14 (mogelijkheid voor de patiënt om rechtstreeks gegevens op elektronische wijze toe te voegen aan het elektronisch patiëntendossier), met als gevolg dat men strikt genomen afhankelijk is van de patiënt om dit criterium te halen. Idem voor menu criteria 12.

Tot slot harnemen we nog uit advies 577-2 dat de FRZV geen voorstander is om alle menufuncties 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 menufuncties van de algemene ziekenhuizen geen enkele relevantie voor de psychiatrische ziekenhuizen. Omgekeerd is dit bijvoorbeeld het geval voor een criterium zoals therapieplanning. Ook de omschrijving van enkele functionaliteiten blijft onduidelijk, zie annex toegevoegd aan advies 577-2. Er zijn ook discrepanties (al dan niet als gevolg van vertaling) in de tabellen in de bijlage bij de adviesvraag van 22 november 2023.

Met betrekking tot het budget voor de accelerator kan de FRZV instemmen met de percentages van 70% (50% basisfunctionaliteiten en 20% menufuncties).

Met betrekking tot het tijdschema 2025 stelt de FRZV voor om op een later tijdstip een advies uit te brengen in verhouding tot de voortgang van de verschillende BMUC-gerelateerde items. In dit stadium kan de FRZV niet akkoord gaan met wat in de adviesvraag wordt voorgesteld voor 2025 of daarna: met name een budget van 60% gewijd aan de menuaccelerator zou niet aanvaardbaar zijn.

Wat ten slotte de meting van de verwezenlijking van de doelstellingen betreft (met name voor de basis- en menufuncties), verwerpt de FRZV volledig de datum van 1 januari 2024 en verwijst systematisch naar de onderstaande definitie van de referentieperiode, inclusief voor de BFM 1/7/2024.

Nieuw EPD

Ook in 2024 en 2025 zullen een aantal ziekenhuizen migreren naar een nieuw EPD, omwille van netwerkintegratie, veroudering van het huidige EPD, of gewoon stopzetting van het programma door de leverancier etc. Gezien de transitie waarin deze ziekenhuizen zich bevinden is het voor hen onmogelijk om hetzelfde niveau van performance te halen als hun collega's. Daarom vragen wij met nadruk een uitzondering voor deze ziekenhuizen onder de vorm van een alternatief of afwijkend financieringsmechanisme. Zo kan ook vermeden worden dat nog ingrepen zouden gebeuren in end-of-life software, louter voor het bekomen van de financiering.

GMD

In specifieke regio's waar een aanzienlijk deel van de bevolking niet beschikt over een verplichte zorgverzekering en/of een globaal medisch dossier (GMD), bevinden zich ziekenhuizen die mogelijk niet kunnen voldoen aan bepaalde gestelde normen, zoals de '80%-regel'. Dit is bijvoorbeeld het geval in Brussel, waar 32,2% ²van de inwoners geen GMD heeft, wat impliceert dat deze zorginstellingen geconfronteerd worden met unieke uitdagingen in het leveren van functionaliteiten.

2.3 Start Peer Review

De FRZV blijft voorstander van het peer review systeem omdat het effectief toelaat om tot diepere inzichten te komen dan door het louter meten van de criteria. Ook achter het principe dat een gedeelte van de financiering gereserveerd is voor deelname aan het systeem is correct. We staan echter maar aan het begin van de uitrol, waardoor er nog veel onduidelijkheden zijn. Daarom maakt de FRZV van de gelegenheid gebruik om een aantal randvoorwaarden aan te geven die vervuld moeten zijn.

- Een precieze definitie van de methodologie. De ziekenhuizen moeten duidelijk weten wat van hen wordt verwacht, wat zij zelf kunnen verwachten, hoe de peer review zal worden uitgevoerd, wat er met de resultaten zal gebeuren, etc.
- Beperking personeelsinzet. Vele ziekenhuizen zijn niet in staat om hun gespecialiseerd personeel (al onvoldoende, gezien het tekort aan profielen op de markt) voor zelfs maar een beperkte periode te missen, vandaar de vraag om de personeelsimpact tot een minimum te beperken.
- Vrijwaring van het budget. Het inzetten van externe evaluatie mag geen impact hebben op het totale budget, de voorhanden zijnde middelen zouden volledig voor digitalisering moeten kunnen worden ingezet.
- Het is essentieel om een tijdschema op te stellen en ziekenhuizen voldoende van tevoren (minstens 1 maand) te laten weten wat er van hen wordt verwacht, zodat ze zich kunnen organiseren.

² <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins#QC-1>

2.4 Het accelerator programma na 2025

2.4.1 Maturiteitsstappen

De FRZV vindt het positief dat er een visie op lange termijn wordt ontwikkeld om de digitalisering van de ziekenhuizen te begeleiden. Het belang van de omschreven maturiteitsstappen is zonneklaar en de ziekenhuizen zijn zelf vragende partij om op al deze niveaus substantieel vooruitgang te boeken. Wel is het duidelijk dat met de omschreven benadering de BMUC financiering wordt afgeleid van functionaliteit die zich in hoofdzaak tot het ziekenhuis beperkt naar uitwisseling van gegevens met andere actoren, gaande van de patiënt over de eerste lijn tot andere ziekenhuizen. Met deze heroriëntering is de FRZV het volstrekt oneens. Meer nog, het zal de digitalisering van de ziekenhuizen zoals de BMUC heeft teweeg gebracht fundamenteel aantasten. De BMUC heeft geleid tot het zinvol gebruik van de technische mogelijkheden die de EPD's van vandaag bieden. Echter, aan dit gebruik is een terugkerende kost verbonden, momenteel voor een beperkt gedeelte gedekt door de BMUC. Uiteraard is het de bedoeling dat de BMUC verdere vooruitgang stimuleert, maar enkel vernieuwing financieren is niet duurzaam. Het heeft als gevolg dat we voor het dekken van de terugkerende kosten voor de bestaande functionaliteit in steeds grotere mate een beroep moeten doen op de artsen en op de patiënt. Het ICT budget is nu reeds met voorsprong het grootste budget waarvoor een bijdrage gevraagd wordt aan de artsen, de bereidheid om hierin verder te gaan is in de eerste plaats niet oneindig, maar is ook afhankelijk van de context in het individuele ziekenhuis. ICT financiering mag niet afhankelijk zijn van de lokale context (zeker niet als uniformisering en gegevensdeling objectieven zijn). Ook de draagkracht van de patiënt is niet eindeloos. Vandaar het pleidooi om de focus van de BMUC financiering te houden op de interne digitalisering van het ziekenhuis en rekening te blijven houden met de terugkerende kosten die eraan verbonden zijn en die jaarlijks nog gevoelig toenemen.

Men kan daarenboven moeilijk beweren dat de ziekenhuizen zich tot dusver niet hebben ingeschreven in de eHealth agenda. Internationaal gezien doen de Belgische ziekenhuizen het wat gegevensdeling betreft zeker niet slecht. Wil men de komende periode belangrijke vooruitgang maken, dan zal het zaak zijn alle zorgverstrekkers tot het vereiste niveau te brengen, want het systeem is maar zo sterk als de zwakste schakel. Enkel dan kunnen alle investeringen bij de verschillende soorten actoren optimaal renderen, ten voordele van de patiënt en van het zorgsysteem. Dit zal niet enkel bijkomende investering van de overheid vergen, maar ook inspanningen van alle partijen om de beschikbare gegevens kwaliteitsvol aan te bieden. Dit vergt een holistische benadering en een bijkomende financiering die deze benadering reflecteert.

In ieder geval benadrukt de FRZV de noodzaak om de bepalingen van de GDPR strikt na te leven in het kader van de voorstellen die zullen worden gedaan met betrekking tot het versnellingsprogramma na 2025, en in het bijzonder met betrekking tot de toegang tot patiëntgegevens binnen het ziekenhuis zelf, maar ook als het gaat om het beschikbaar stellen van gegevens voor secundair gebruik.

In de adviesaanvraag van de minister wordt ook een voorstel genoemd voor de financiering na 2025, waarbij verwezen wordt naar verschillende begrippen over kwaliteit van zorg. De FRZV ziet geen verband tussen het onderwerp kwaliteit van zorg, dat zeker essentieel is, maar geen link heeft met de financiering van het BMUC-programma. Daarom wordt voorgesteld om deze elementen in ieder geval van elkaar los te koppelen.

Tot slot wordt in dezelfde paragraaf van de adviesaanvraag (Financiering na 2025) een lijst van 5 prioritaire functionaliteiten aangegeven die jaarlijks worden gepubliceerd. Hoewel het doel van deze lijst in dit stadium niet duidelijk is gedefinieerd, evenmin als de procedures voor het opstellen ervan (vastgesteld door wie, hoe, volgens welke criteria en op basis van welke doelstellingen), is de FRZV van meet af aan gekant tegen elke wilsuiking die tot doel zou hebben om zonder enige andere overweging

een of ander ritme op te leggen voor de implementatie van deze prioritaire functionaliteiten binnen de ziekenhuizen.

2.4.2 Financiering na 2024

Bovenstaande opmerkingen in verband met het financieren van terugkerende kosten in achtgenomen, elke verdere ontwikkeling kan alleen worden gestimuleerd met voldoende financiering. Pilotprojecten hanteren voor het uittesten van deze ontwikkelingen zal een verdere uitrol in de sector inderdaad vergemakkelijken. We moeten daarbij rekening blijven houden dat de ziekenhuizen voor deze uitrol afhankelijk zijn van de mogelijkheden van hun EPD-leveranciers en dus een dialoog met deze leveranciers aangaande haalbaarheid en timing nodig blijft. Ook de ziekenhuizen tijdig informeren blijft een noodzaak.

Ook het bepalen van jaarlijkse prioriteiten is een logische aanpak. Er moeten immers keuzes gemaakt worden en het belang van een ontwikkeling is ook afhankelijk van de actualiteit. De FRZV vraagt dat de ziekenhuizen zouden deelnemen aan beslissingsproces voor het bepalen van deze prioriteiten en hun timelines. Dat versterkt het draagvlak voor de uitrol van de voorziene functionaliteiten en vermijdt dat schaarse middelen op een suboptimale manier zouden worden ingezet.

2.5 Referentieperiodes

Voor de referentieperiode kan advies 577-2 integraal hernomen worden:

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, vanaf de derde maand na 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.
