

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU,

BRUSSEL, 19/09/96

Bestuur voor Gezondheidszorg

Bestuursdirectie Gezondheidsbeleid

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUIS-
VOORZIENINGEN.

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

Afdeling "Financiering"

O/ref. : NRZV/D/104-2

**ADVIES INZAKE
ZIEKENHUISBUDGET 1997 (*)**

(*) Dit advies werd bekrachtigd tijdens de Bureau-vergadering
dd. 19/09/96

De minister vraagt suggesties voor

- 1) het bevorderen van de trend van vermindering van het aantal verpleegdagen
- 2) het verder uitwerken van financiële stimuli voor de reconversie en vrijwillige afbouw van bepaalde ziekenhuisbedden.

De Raad is van mening dat volgende elementen als basisuitgangspunt dienen te gelden :

I. PRINCIPIELE STANDPUNTEN

- 1) Alle maatregelen moeten kaderen in de benadering en realisering van het nieuw ziekenhuisconcept (advies NRZV dd. 22/2/1996), zodat op middellange termijn een correct en evenwichtig ziekenhuisfinancieringssysteem gewaarborgd is.
- 2) Het globale budget van de ziekenhuizen moet uitgaan van de verstrekte en verwachte activiteiten t.b.v. de volksgezondheid volgens een rationeel kostenpatroon. De billijkheid van de verhouding kosten t.o.v. verstrekte zorgen dient getoetst aan internationale vergelijkingen.

Standpunten die met de uitvoering te maken hebben

- 1) De besparingsvoorstellen die in de voorbije periode werden goedgekeurd, doch niet werden uitgevoerd, dienen volledig en onmiddellijk gerealiseerd te worden, zoals o.m. de sluiting van materniteiten (<400 bevallingen), sluiten van ziekenhuizen (<150 bedden) en dit in het licht van de aanbevelingen die in Hoofdstuk III worden geformuleerd.
- 2) De noodzakelijkheid om bij de huidige reglementering inzake financiering zich maximaal te baseren op de meest actuele MKG- en MVG-cijfers (1995) en niet langer referentie jaren te nemen, die een minimalistische invulling inhouden van de in het vooruitzicht gestelde correcte financiering. De procedures om de validatie van deze gegevens te bekomen mag niet tegenstrijdig zijn met genoemd uitgangsbeginsel.

I. BEVORDERING VAN DE TREND VAN VERMINDERING VAN HET AANTAL VERPLEEGDAGEN

- 1 De Raad stelt vast dat het aantal gerealiseerde verpleegdagen in algemene ziekenhuizen verder blijft dalen, ook in 1996

1993 : 18.053.690

1994 : 17.691.665

1995 : 17.170.833

1994/1993 : -362.025

1995/1994 : -520.832

1995/1993 : -882.857

De Raad stelt dat indien deze trend zich voortzet reeds een belangrijk deel van de beoogde besparing voor het budget 1997 zal gerealiseerd zijn. Daarom wordt gevraagd ook de cijfers van het aantal geregistreeerde ligdagen, voor de drie eerste trimesters 1996, zouden gebruikt worden om de trend 1997 in te schatten.

Een verdere vermindering van 250.000 dagen betekent een besparing van 1.060 miljoen

De financiële weerslag van de hiernavolgende voorstellen dient dus in functie van de werkelijke vermindering t.g.v. deze trend geherevalueerd te worden.

- 2) Striktere toepassing van correctie voor te lange verblijfsduren (MKG).

Voor de hiernavolgende maatregelen is de uitvoering enkel aanvaardbaar als ze berust op recente en gevalideerde gegevens. Dit betekent in casu de MKG-gegevens van 1995.

Tevens moet het instrument verfijnd worden door het gebruik van aangepaste leeftijdscategorieën en rekening gehouden met heropnames en de sociale gegevens.

Het verpleegdagprijsbudget dat aan de ziekenhuizen wordt toegekend wordt gecorrigeerd in functie van de verblijfsduren die op basis van de MKG-registratie worden vastgesteld.

De toepassing van de regels voor 1995 maakt bij de ziekenhuizen met een te lange verblijfsduur (PAL) een budget vrij van ± 700 miljoen. In toepassing van de actuele financieeringsregels wordt dit vrijgekomen bedrag integraal herverdeeld onder de ziekenhuizen die niet gesanctioneerd worden (NAL).

Conform het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen m.b.t. de financiering van het verpleegdagprijsbudget 1997 kan voorgesteld worden om de financiële weerslag van de maatregel op basis van de MKG-gegevens (verblijfsduren) aan te passen. Voorgesteld wordt de correctie voor te lange verblijfsduren op te trekken van momenteel 30 % naar 50 %. De globale recuperatie van financiële middelen bedraagt op deze basis \pm 1.150 miljoen, hetgeen een bijkomend budget van 450 miljoen bestemd voor de realisatie van de punten I.3 en II betekent.

- 3) Voor bepaalde welomschreven activiteitsdomeinen worden op basis van het nieuwe ziekenhuisconcept tegen 30 november 1996, concrete programma's uitgewerkt met bijhorende criteria voor erkenning, kwaliteitsopvolging, financiering. Hiertoe worden middelen uit (I.2) en (I.4) aangewend. Om deze programma's uit te werken en te evalueren, worden naast de MKG en MVG-gegevens ook andere meetinstrumenten gebruikt (severity indexen, sociale gegevens).

Het betreft hier volgende programma's o.a.

- cardio-vasculaire groep
- neurologie/neurochirurgie
- materniteit en neonatologie
- pediatrie
- geriatrie
- intensieve zorgverlening
- zware polytraumata
- nierfunctie-vervangende behandelingen
- brandwonden.

- 4) Financiering en erkenning van ziekenhuisbedden op basis van de specifieke functie.

In de mate dat de financiering strikter en meer inzichtelijk gerelateerd wordt aan de pathologie en het geheel van de patiëntenzorg, wordt een kategoriale omschrijving van bedden met een connotatie van "zwaardere pathologie", doch zonder een opvolgbare daadwerkelijke relatie, overbodig.

Het is wenselijk zo spoedig mogelijk de dienstverlening voor zware pathologie te omschrijven te erkennen en te financieren binnen eigen specifieke programma's van patiëntenzorg en zijn verscheidene aspecten, geldend voor alle ziekenhuizen die deze activiteiten vervullen.

Op die wijze kan de aanwijzing als universitair ziekenhuis en/of universitaire ziekenhuisdienst, en de eigen regelgeving en financiering, conform de ziekenhuiswet, op de extra-opdrachten steunen die voortvloeien uit de eigen functie op het gebied van de verzorging, het onderwijs en het toegepast wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkelingsgeneeskunde.

II. STIMULI VOOR DE RECONVERSIE EN VRIJWILLIGE AFBOW

Deze dienen te worden gerealiseerd door het toekennen van financiële incentives voor afbouw van zowel ziekenhuisbedden als medisch-technische diensten, en die aan de ziekenhuizen toelaat, in een te vrijwillige fase daarop in te gaan.

Vaak zijn ziekenhuizen niet in staat om tot ernstige vermindering of reconversie van hun rol over te gaan bij gebrek aan de nodige financiële reserves om een sociaal passief te compenseren of door de zware bureaucratische regelgeving inzake ombouw en investeringen die daarvoor nodig zijn. De maatregelen moeten dus absolute garantie bieden dat zeker en snel het beoogde objectief kan gerealiseerd worden.

Zij moeten op de eerste plaats toelaten snel tot reconversie over te gaan zodat de tewerkstelling niet onder druk komt. De verschillende vormen van reconversie binnen het kader van het ziekenhuis (bv. Sp, daghospitalisatie, geriatrie, ...) en gericht op een globaal objectief van vermindering van ligduur moeten worden gestimuleerd. Hiervoor is een zeer snelle, eenvoudige en adekwate regelgeving i.v.m. financiering en functionering nodig, in harmonie met de globale ziekenhuiswerking.

III. ORGANISATIE VAN ZIEKENHUIZEN EN DIENSTEN

De overheid moet door een aangepaste wetgeving een betere organisatie van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten bevorderen. De Raad wijst erop dat het opleggen van nieuwe en strengere normen meer kosten genereert.

Daarom zijn volgende maatregelen vereist

Een ernstige aanpassing van de wetgeving om functionele samenwerkingsverbanden, associaties, groeperingen en fusies te bevorderen inbegrepen een gemakkelijke regeling voor associaties op niveau van diensten.

De mogelijkheid tot het opstarten en erkennen van pilootprojecten dienaangaande kan een eerste en snelle stap zijn in die richting.

Een protocolakkoord met de gemeenschappen inzake incentives voor investeringen als deel van het afbouwproject, zodat betere organisatie van de dienstverlening en nieuwe functies bvb. daghospitalisatie snel kunnen gerealiseerd worden.

Bij de uitwerking van de reconversie maatregelen moet in het kader van een verder doorgedreven responsabilisering en het ontwikkelen van programma's een grotere autonomie aan de ziekenhuizen worden toegekend.

De ziekenhuizen moeten in staat gesteld worden om hun maatschappelijke rol (ziekenhuisfunctie) volledig te behartigen, zonder vermenging met andere doelstellingen. Een verplichte eigen rechtspersoon voor ziekenhuizen is noodzakelijk. Voor de openbare ziekenhuizen dienen wetgevende initiatieven te worden genomen opdat deze ziekenhuizen verplicht een juridische beheersstructuur, conform de ziekenhuiswet, bezitten, die moet toelaten een optimaal beleid te ontwikkelen conform de eigen opdracht van het ziekenhuis.

Wetgevende initiatieven moeten genomen worden om de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer en de geneesheren-diensthooften te expliciteren.

IV. TWERKSTELLING

Tenslotte vraagt de Raad bijzondere aandacht voor de werkstelling.

- De behoefte aan werkkrachten in de sector - ook na reconversie - is belangrijk. Daarom is het nodig dat al deze maatregelen moeten gepaard gaan met passende initiatieven inzake tewerkstelling.

Verblijfsduurverkorting en daghospitalisatie resulteren in hogere werkbelasting. Een aanpassing van de personeelsnormen in functie van de reële activiteit (i.p.v. de theoretische bezettingsgraad) en de zwaarte van de zorg dringt zich op.

Nieuwe normen m.b.t. kwalificatie en bijscholing personeel vereisen meer middelen.

*

*

*

De Raad zal onverwijld voor elk van deze aanbevelingen verdere concrete voorstellen uitwerken.