

**FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

BRUSSEL, 14/07/2005

**Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/PSY/248-2 (*)

ADVIES INZAKE ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,
De Secretaris,

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 14 juli 2005

Inleiding

De directe aanleiding voor dit advies is de brief van Dhr. R. Witmeur, kabinetschef van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waarin gevraagd wordt een inventaris te maken van mogelijke administratieve vereenvoudigingen op diverse terreinen zoals facturatie, communicatie, dataverzameling, ... (cf. bijlage). Deze inventaris is één van de prioritaire punten geformuleerd door de sector geestelijke gezondheidszorg in het kader van de gezondheidsdialogen georganiseerd door Minister Rudy Demotte. De voornoemde brief is ook gericht aan de overeenkomstencommissie op RIZIV-niveau.

De opdracht werd toevertrouwd aan een ad-hoc werkgroep waarin naast leden van de permanente werkgroep psychiatrie (R. De Rycke als voorzitter, J-C. Frogneux, K. Van Attenhoven, I. Van Der Brempt, J. Van Holsbeke en J. Holsbeek als secretaris) ook permanente en ad hoc experts (P. Claeys, L. Gelade, D. Henrard, D. Lebe, K. Oosterlinck, Prof. I. Pelc, M. Vandervelden, Y. Wuyts) en personen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (D. Dicker, J-P. Gorissen, J-C. Renaut, E. Hennuy en G. Ceuterick) en het RIZIV (D. Crabbe) betrokken werden.

Onderhavig advies geeft enkel de voorstellen weer vanuit de ad-hoc werkgroep op het niveau van de permanente werkgroep psychiatrie. Er is bijgevolg geen geïntegreerd advies uitgewerkt met de overeenkomstencommissie op RIZIV-niveau.

We vestigen de aandacht erop dat het advies een aantal voorstellen tot administratieve vereenvoudiging bevat die een ruimer toepassingsgebied kunnen hebben dan de sector geestelijke gezondheidszorg.

Met het oog op een gestructureerde aanpak komen de volgende domeinen achtereenvolgens aan bod: facturatie, dataverzameling (MPG, jaarlijkse enquête en FINHOSTA en rapportering), communicatie en regelgeving.

Omdat de verwachting binnen de sector geestelijke gezondheidszorg toch leeft dat daadwerkelijk zal overgegaan worden tot administratieve vereenvoudiging, achtte de ad-hoc werkgroep het zinvol om de inventaris te beperken tot relevante en haalbare vereenvoudigingen met een zo groot mogelijk doelmatig effect.

1. Facturatie

Voor dit domein verwijzen we in eerste instantie naar de voorstellen van de overeenkomstencommissie op RIZIV-niveau. Tijdens de besprekingen in de werkgroep ad-hoc werd een directe financiering van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg gesuggereerd zonder tussenstap via het budget van financiële middelen van de psychiatrische ziekenhuizen. Idem voor de proefprojecten inzake zorgvernieuwing.

De verwachting leeft dat de veralgemeende toepassing van CARENET (ook voor de psychiatrische verzorgingstehuizen) een substantiële administratieve vereenvoudiging zal teweeg brengen.

2. Dataverzameling

Uit de verschillende zittingen van de werkgroep ad-hoc werden een aantal principes gedistilleerd waaraan zowel de bestaande als de toekomstige dataverzamelingen zouden moeten getoetst worden. Ook de nota van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg met als titel “Meetkunde voor de geestelijke gezondheid: over de GGZ weten is met zorg meten” was inspirerend voor het formuleren van deze principes. Indien aan deze principes niet of onvoldoende wordt beantwoord, verwachten we een afschaffing of bijsturing van bestaande dataverzamelingen of het niet invoeren van een nieuw voorgestelde dataverzameling. Hierna volgt een overzicht van deze tien principes of guidelines.

1. De verzameling van data mag niet koste zijn van de dienstverlening aan de patiënt

In de praktijk gaat de verzameling van data vaak ten koste van de dienstverlening aan de patiënt. Dit blijkt onder meer uit de klachten van patiënten aan de ombudspersonen zoals: “de verpleging is meer met papier dan met ons bezig” en “de dokter kijkt meer op zijn computerscherm dan hij naar mij luistert”.

Dit principe impliceert voldoende inzet en financiering van mensen, maar ook van middelen zoals de nodige soft- en hardware en netwerksystemen.

2. De zinvolheid van dataverzameling dient getoetst te worden op basis van de volgende drie zaken: kwaliteit, monitoring en beleid

Het zinvol karakter van dataverzameling moet getoetst worden op het vlak van kwaliteit, monitoring en het beleid op verschillende niveaus (micro of voorzieningenniveau, meso of sectorniveau en macro of overheidsniveau) voorbereiden en ondersteunen. Met de kwaliteitstoetsing wordt in eerste instantie bedoeld het verzamelen van betrouwbare gegevens. Vanzelfsprekend is de optimalisering van de kwaliteit van de dienstverlening ook een belangrijke toetssteen inzake dataverzameling. Monitoringgegevens verzameld tijdens een zorgproces maken het mogelijk de noodzakelijke elementen uit een lastenboek (beschrijving van de behandelnoten, zorgenheid, zorgfuncties, ... om kwaliteitsvol een onderdeel van een zorgprogramma of module te realiseren) te verantwoorden. Dataverzameling kan ook het overheidsbeleid ondersteunen inzake de vaststelling van zorgbehoeften, het uitstippelen van een macro gezondheidsbeleid op basis van epidemiologische gegevens, ...

3. Bij elke vorm van dataverzameling dient een maximale complementariteit te worden nagestreefd tussen verschillende overheden en diensten

Momenteel worden nog teveel dezelfde gegevens verzameld door verschillende overheden op federaal en gemeenschapsniveau (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de Gemeenschappen, ...). Het protocolakkoord afgesloten tussen het federaal niveau en het niveau van de gemeenschappen inzake

gegevensuitwisseling vormt een goede aanzet naar complementariteit, maar heeft nog een te vrijblijvend karakter.

4. Bij dataverzameling moet de nodige aandacht gaan naar het aspect compatibiliteit

Dit principe ligt in de lijn van het vorige. Zo moet bv. het medisch dossier van de huisarts compatibel zijn met het elektronisch patiëntendossier van het ziekenhuis. Eigenlijk zou het elektronisch patiëntendossier de basis moeten vormen van de gegevensverzameling.

5. Bij het opvragen van gegevens wordt naar een maximale standaardisatie gestreefd

Het is niet zozeer een streven naar een volledig uniforme registratie, maar wel naar een zekere standaardisatie die de invulling minder complex maakt en een behoorlijke tijdswinst oplevert. Men moet streven naar een minimale gemeenschappelijke gestandaardiseerde gegevensset zowel binnen de sector geestelijke gezondheidszorg (bv. structuurgegevens, procesgegevens, resultaatsgegevens, ...) als over de grenzen van de sector heen (bv. SIS-kaartnummer, geboortedatum, ...).

Dit principe kan ook inhouden dat verschillende jaarlijkse rapporten betreffende diverse activiteiten door één rapport kunnen vervangen worden. Concreet denken we aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg die jaarlijks een activiteitenverslag, een rapport betreffende zorgcoördinatie over middelenmisbruik en nog één betreffende de ombudspersonen dienen over te maken.

6. Een meervoudige verzending van dezelfde gegevens onder verschillende vormen (papier, magneetdrager, ...) moet vermeden worden

Momenteel worden nog steeds volledig dezelfde gegevens onder verschillende vormen overgemaakt aan de overheid.

7. Elke dataverzameling moet resulteren in een feed-back

Dataregistratie mag geen éénrichtingsverkeer inhouden, maar moet resulteren in een dynamische wisselwerking. Van vrij veel gegevens die men verzamelt komt nooit een enkele vorm van feed-back. Bij de voorzieningen leven vragen zoals: Waarvoor wordt de informatie gehanteerd? Welke conclusies kan men trekken? Wat is de mate van transparantie en beschikbaarheid van informatie? Opgevraagde gegevens die niet gebruikt worden, kan men beter niet meer opvragen. Het geven van de nodige feed-back of het mogelijk maken om gegevens op te vragen kan niet anders dan stimulerend werken bij de voorzieningen om tijdig en correct gegevens over te maken en biedt het voordeel de feed-back gegevens te gebruiken op het micro- en mesoniveau, met de bijkomende meerwaarde inzake benchmarking.

8. Een directe link tussen registratie en financiering is ten stelligste afgeraden om het prestatie-inducerend of registratie-vervalsend karakter te voorkomen

Een directe link tussen registratie en financiering kan leiden tot een minder objectieve en zelfs onjuiste registratie van gegevens. Dit neemt niet weg dat op mesoniveau verzamelde gegevens mogen gebruikt worden voor bv. de globale organisatie van de financiering van voorzieningensoorten.

9. Elke dataverzameling moet steunen op een protocolakkoord tussen de betrokken actoren met vastlegging van procedures en afspraken omtrent het bewaren, consulteren en controleren van de gegevens.

Een protocolakkoord met procedures en afspraken inzake het bewaren, consulteren en controleren van gegevens kan veel problemen voorkomen. Het biedt een juridisch kader waarin rechten en plichten van de betrokken actoren in voorkomen met specifieke aandacht voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim. De uitwerking van het protocolakkoord moet in overleg gebeuren met alle betrokken actoren.

10. Om de kwaliteit en de efficiëntie van dataverzameling en dataverwerking te waarborgen zijn technische toetsingen, duidelijke richtlijnen en eventuele specifieke vorming vereist samen met een realistische timing voor indiening van de gegevens

Op de diverse niveaus kan veel tijd gewonnen worden door vooraf technische toetsingen uit te voeren, duidelijke richtlijnen te geven en in een aantal gevallen ook een specifieke vorming te organiseren. Deze vorming kan zowel een initiatief inhouden op overheidsniveau als op instellingsniveau. Met de technische toetsingen beogen we slecht lopende software te voorkomen. Het is beter niet te registreren, dan slecht te registreren met slecht werkende software. Onder dit principe valt eveneens het eenduidig gebruik van terminologie. Nog te vaak worden begrippen en termen gebruikt die vatbaar zijn voor interpretatie.

Na deze 10 principes wordt nader ingegaan op de volgende 3 deeldomeinen van dataverzameling: MPG, jaarlijkse enquête en FINHOSTA en rapportering.

- **M.P.G.**

Uitgaande van de 10 geschetste principes inzake dataverzameling kunnen een aantal algemene voorstellen worden geformuleerd ten einde de werklust te verminderen zonder te raken aan de kwaliteit van de gegevens.

- a. Een betere definiëring van de doelstellingen van de MPG-registratie moet toelaten om een aantal minder relevante items te schrappen of in een minder frequente bevraging.

b. Een opsplitsing in een continue of permanente set en een tijdelijke of 3- tot 5-jaarlijkse set is zeker aangewezen. De permanente set omvat administratieve gegevens (gegevens over de opname en het ontslag, opname- en ontslagdata m.b.t. de diensten) en een beperkte set van patiëntengegevens (sociodemografische gegevens en diagnosegegevens). De minder frequente registratie kan uitgebreider zijn, waarbij bepaalde patiënt- en zorgkenmerken worden bevraagd in functie van de behoeften. Hierbij is het van belang de registratie ex ante aan te kondigen. Een registratie van deze gegevens ex post kan niet.

c. Verder stellen we vast dat de huidige registratie vertrekt van een bevraging op basis van administratieve periodes, waarbij telkens zorginhoudelijke gegevens worden bevraagd. Nochtans wijzigt zelden de zorginhoud in functie van een loutere administratieve wijziging. Het voorstel is te komen tot een splitsing van de registratie in enerzijds loutere administratieve gegevens en anderzijds zorginhoudelijke gegevens.

d. Aansluitend bij het 7^{de} principe inzake dataverzameling is het wenselijk om het geheel van de geregistreerde gegevens op een zeer toegankelijke en geanonimiseerde wijze ter beschikking te stellen van de voorzieningen. Vanzelfsprekend dient het te gaan over vergelijkbare data.

e. Het is ook wenselijk om in het kader van de ontwikkeling van zorgcircuits en netwerken een unieke patiëntenidentificatie te creëren met de nodige garanties voor de privacy van de patiënt. Op die manier kan eenzelfde patiënt doorheen verschillende vormen van zorgaanbod worden gevolgd.

Concrete adviezen:

- Opnamegegevens: schrappen as IV en V in blok 3 (MA16.10-MA16.20)
- Behandelingsgegevens: blokken 4, 5, 6 en 7 (symptomen en zorgactiviteiten): slechts om de 3 à 5 jaar opvragen (MT10.01-MT17.20)
- Ontslaggegevens: schrappen symptomen (MD08.01-MD08.53); om de 5 jaar registreren van therapeutische doelstellingen (MD10.01-MD11)
- Steekproefgegevens schrappen en vervangen door ad hoc bevragingen toegespitst op een bepaald doel
- Wettelijke creatie van een unieke, geanonimiseerde patiëntidentificatie

- Jaarlijkse enquête en FINHOSTA

In het kader van administratieve vereenvoudiging wordt bij de jaarlijkse enquête gestreefd naar een verhoogde samenwerking tussen de verschillende bestuurlijke niveaus alsook naar een verdere informatisering van de dataverzameling.

Inzake FINHOSTA gaat de voorkeur naar een unieke of éénmalige dataverzameling die leidt tot een databank geschikt voor verschillende toepassingen in plaats van verschillende dataverzamelingen die leiden tot verschillende databanken al naargelang de gehanteerde toepassing. Hierbij dient de aanschaf van dure software voor data-analyse te worden vermeden.

Concrete adviezen i.v.m. de jaarlijkse enquête:

- Op korte termijn: schrappen of minstens vereenvoudigen van een aantal gegevens die veel werk met zich meebrengen (niveau I.3 “Ziekenhuisorganisatie”: samenstelling directiecomité, ziekenhuisraden, ziekenhuiscomités en –commissies; niveau I.3.4 “Globale besparing”: jaarlijkse verbruikscijfers en afval)
- Op lange termijn: op basis van een analyse komen tot een verbetering van de verbindingen tussen de verschillende gegevens m.b.t. het personeel (FINHOSTA, jaarlijkse statistische gegevens, RIZIV, ...).

Concrete adviezen i.v.m. FINHOSTA:

- Op korte termijn: feed-back geven aan de voorzieningen; gegevens inzake eindloopbaan integreren in FINHOSTA en verbeteren van de eenduidigheid van de verschillende items.
- Op half lange termijn: een systematische aanpassing van het programma voorzien in functie van de evolutie van de wetgeving en schrapping van niet gebruikte gegevens; toegang verschaffen via internet tot nationale resultaten om benchmarking toe te laten op voorzieningenniveau; aan de inspectiediensten van FOD VVVL draagbare PC's beschikbaar te stellen zodat lokale controles ook elektronisch kunnen gebeuren; de mogelijkheid onderzoeken om de IBF-gegevens en PVT in FINHOSTA te integreren.
- Op lange termijn: idem als bij de jaarlijkse enquête.

- Rapportering

Bij de rapportering kan het onderscheid gemaakt worden tussen

- a. de rapporten en stukken die door de Cel GGZ (Dienst Psychosociale Gezondheidszorg – FOD VVVL) worden opgevraagd in het kader van de lopende proefprojecten en deze m.b.t. de activiteiten van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg;
- b. de rapporten en stukken die door de Dienst Boekhouding en Beheer van de Ziekenhuizen (FOD VVVL) worden opgevraagd in het kader van de financieringswetgeving.

Concrete adviezen:

- Bestaande rapporten van de overlegplatforms (activiteitenverslag, rapport casemanagement en rapport ombudspersoon) herleiden tot één rapport;
- Zoveel mogelijk dezelfde deadline hanteren voor het indienen van de verschillende rapporten;
- Rapporten voor de Cel GGZ uitsplitsen in een gestandaardiseerd gedeelte en in een variabel gedeelte;
- In het kader van proefprojecten toekenning van unieke identificatienummers of –codes aan patiënten met het oog op een realistische weergave van de patiëntenstromen zowel op individueel als op geaggregeerd niveau met respectering van de privacywetgeving;

In de ruimere context van dit advies worden nog volgende aanbevelingen geformuleerd:

- Voor de overlegplatforms en in principe voor alle proefprojecten: een directe financiering (op basis van een conventie) i.p.v. via het budget van financiële middelen van een ziekenhuis. Voor bepaalde proefprojecten kan een indirecte financiering aangewezen blijven.
- Voor de proefprojecten: minimale duur van drie jaar, met een mogelijke verlenging van drie jaar (nodig voor het uitwerken van een reguliere erkenning en financiering) na een gunstige evaluatie tijdens de eerste drie jaar op basis van wetenschappelijk verantwoorde dataverzameling.
- Voor de proefprojecten: jaarlijkse indexatie en aanpassingen aan de kosten inzake anciënniteit voor de personeelskosten, systeem van voorschotten (minimaal 90%) en afrekening na controle.

3. Communicatie

Het domein communicatie omvat meerdere relaties: communicatie van voorzieningen naar patiënten, communicatie van de overheid naar de patiënten en de communicatie van de overheid naar voorzieningen. Enkel de communicatie van de overheid naar voorzieningen vormde het voorwerp van bespreking met de focus op de omzendbrieven.

In de praktijk bestaat er geen bundeling of inventarisatie van omzendbrieven op de juridische dienst van de FOD VVVL. Het is voor de voorzieningen onmogelijk na te gaan welke omzendbrieven nog van kracht zijn.

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen twee soorten omzendbrieven: omzendbrieven met een louter informatieve waarde (bv. aankondiging studiedagen, loutere oproep voor proefprojecten in het kader van zorgvernieuwing, ...) en omzendbrieven met een meer juridische waarde (bv. interpretatie of precisering van een wet, een koninklijk of ministerieel besluit, standpunten betreffende aangelegenheden die niet wettelijk geregeld zijn, oproep voor proefprojecten met omschrijving van de inhoudelijke en procedurele voorwaarden,...). Omzendbrieven nemen de laagste plaats in bij de hiërarchie van juridische documenten. Met dit advies willen we omzendbrieven voorkomen of zoveel mogelijk beperken die standpunten aangeven omtrent aangelegenheden die niet wettelijk geregeld zijn. De voorzieningen verwachten dat de FOD VVVL zou aangeven welke omzendbrieven met een juridische waarde komen te vervallen, aangepast of bestendig blijven.

Concrete adviezen:

- Op korte termijn: nummering van de omzendbrieven en toekennen aan bepaalde omzendbrieven van een einddatum.
- Op halflange termijn: centralisatie van omzendbrieven, minimaal deze met een juridische waarde (cf. de inventaris van de administratieve richtlijnen in de

fiscale regelgeving), op de juridische dienst van FOD VVVL met controle op een mogelijke einddatum

- Op lange termijn: ter beschikking stelling van het geheel van de omzendbrieven via internet. Op basis hiervan kan de FOD VVVL op geregelde tijdstippen de geldigheid controleren.

4. Regelgeving

De grens tussen administratieve vereenvoudiging en de meer inhoudelijke wijziging van de regelgeving kan niet altijd zo gemakkelijk worden getrokken. Verder kan het specifieke karakter van de voorstellen tot administratieve vereenvoudiging in de sector geestelijke gezondheidszorg aanleiding geven tot een verdere differentiatie tussen psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen.

In een projectmatig kader zou men de feitelijke praktijken kunnen confronteren met de bestaande regelgeving ten einde meer flexibiliteit in te bouwen (bv. feitelijke situatie van de ziekenhuisindex overstijgende werking confronteren met de strikt ziekenhuisindex gebonden regelgeving), zonder daardoor de toekomstige administratie te verzwaren.

Concrete adviezen:

- Mogelijkheid van de elektronische handtekening en langere distributietijden voor de ziekenhuisapothek;
- Inzake de gedwongen opnames:
 - geen verplichting om elke gedwongen opname alsook elke beëindiging te melden aan de geneesheer-inspecteur
 - het elektronisch bijhouden van het register
 - versoepeling van de nazorgformule
 - afschaffing van de schriftelijke overeenkomst tussen de dienst die instaat voor de gedwongen opname en de geëigende instellingen om de nazorg te verstrekken
 - het creëren van een verlengingsmogelijkheid voor nazorg vanuit een niet-hospitalisatiesetting, bijvoorbeeld PVT
- Versoepeling van de termijnen waarbinnen een advies door de ethische comités moet afgeleverd worden

Bovendien wordt gepleit om een aantal algemene wetgevende en reglementaire bepalingen (bv. bouwvoorschriften, milieu, (brand)veiligheid, ...) op een meer flexibele wijze toe te passen op de sector geestelijke gezondheidszorg met uiteraard de nodige garanties op het vlak van gezondheid, veiligheid en welzijn. In bepaalde gevallen vormen deze bepalingen een rem op het therapeutisch beleid (bv. HACCP-normen voor afdelingskeukens, brandveiligheidsnormen in de woningen van bewoners van de initiatieven beschut wonen, ...).

Bijlage: 1

28 JUNI 2003

Nos réf : AKP/200799/24207

S-G
29-06-2004
N 24207

NOTE A MONSIEUR CUYPERS

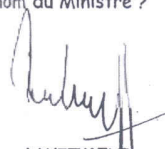
Président du Comité de Direction du SPF Santé Publique.

Faisant suite aux Dialogues de la Santé, et dans le cadre des actions retenues comme prioritaires dans le secteur de la santé mentale, l'accent a été mis notamment sur la nécessité de réaliser un inventaire de toutes les simplifications administratives qui pourraient être réalisées pour le secteur, que ce soit au niveau de la facturation, de la communication avec les organismes assureurs, de la collecte de données,...

Cet inventaire doit être réalisé avec les acteurs concernés, et il est donc proposé de soumettre cette demande tant à la Commission de convention ad-hoc qu'aux membres du groupe de travail permanent « Psychiatrie » du Conseil National des Etablissements Hospitaliers.

Puis-je dès lors vous demander de faire le nécessaire pour transmettre officiellement cette demande au Président du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, ainsi qu'au Président du groupe de travail permanent « Psychiatrie » au nom du Ministre ?

ISEC	
	DG2
	DG3
	DG4
	DG5
	SAVV
	SSP
	CODA


Renaud WITMEUR
Chef de cabinet