

NAAR EEN NIEUW FINANCIERINGSMODEL VOOR DE THUISVERPLEGING

Vergrijzing, een stijgend aantal chronisch zieken, multipathologie, langer thuis wonen, innovatie, nieuwe technologieën, budgettaire krapte, ... Ons gezondheidslandschap ondergaat grote veranderingen en nieuwe zorgnoden dringen zich op. Ook de thuisverpleging wil aan deze reële en evoluerende noden beantwoorden en hierbij alles in het werk stellen om de kwaliteit, de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te garanderen. Om hierin te slagen, dringt zich een herziening van het huidige financieringsmodel op. De thuisverpleegkundige is niet langer louter uitvoerder van prestaties en de nomenclatuur komt bijgevolg onvoldoende tegemoet aan de complexere zorgnoden en het uitgebreider takenpakket van de thuisverpleegkundige.

Met dit voorstel wil het Wit-Gele Kruis streven naar een realistisch financieringsmodel dat langer thuis wonen met kwalitatieve en toegankelijke thuisverpleegkundige zorg (binnen de eerstelijnszorg) mogelijk maakt voor de zorgbehoevende burger.

DE FUNDAMENTEN

Met de beperkingen van het huidig systeem, de veranderende zorgbehoeften en nieuwe taken en functies binnen de thuisverpleging in het achterhoofd werden enkele basisprincipes vastgelegd. Deze inzichten vormen de fundamenten bij het ontwikkelen van een nieuwe financieringsmodel.

De zorgbehoefte van de patiënt vormt het vertrekpunt, financiering moet geënt zijn op de nood aan zorg. Er wordt gewerkt vanuit een zorgvisie. De wijze waarop de zorg georganiseerd wordt, moet de basis vormen voor financiering. Een belangrijk vraagstuk hierbij is het inschalen van de zorgbehoefte. De Katz-schaal wordt als onvoldoende beschouwd en mogelijke alternatieven, zoals bv. de RAI, moeten verder onderzocht worden. Vanuit de visie op zorg moet er in het toekomstig model ook rekening gehouden worden met de context van zorg, de meerwaarde van de verpleegkundige activiteit en de wens voor een vergoeding gebaseerd op de reële kost.

De verschillende bronnen van financiering moeten samensmelten tot een generieke financiering op basis van een ongecompliceerd systeem. Nieuwe vormen van zorg, nieuwe taken en samenwerking worden aanvullend in de financiering opgenomen. Mede door de verbreding van het werk van een thuisverpleegkundige en innovatie is de huidige financiering enerzijds te complex maar anderzijds ook te beperkt geworden. Het model zou nieuwe elementen, zoals bijvoorbeeld materiaal, handhygiëne, nachtzorg, preventieve taken, 'zorg op afstand' en transmuraal werken, moeten vergoeden.

Verschillende assen vereisen elk een aangepaste financiering. Een meer gevarieerd zorgaanbod, als antwoord op tendensen zoals langer thuis blijven, verkorte ligduur en hospitalisatie-vervangende zorg, vraagt ook een verscheidenheid binnen de financiering. Om hieraan tegemoet te komen, zullen meerdere assen gedefinieerd worden. Voor elke as moet het vergoedingssysteem afgestemd worden op de zorgnoden binnen de as.

De huidige prestatiefinanciering is onvoldoende. Er is behoefte aan een nieuw financieringsmechanisme, gebaseerd op een case-mix-systeem. Gezien de prestatienomenclatuur niet geschikt is om chronische zorg en complexe zorgtaken te vergoeden, zullen hiervoor alternatieve financieringsmechanismen, gebaseerd op een case-mix-systeem, ontwikkeld worden.

Kwaliteit moet een stem krijgen in de financiering. “Pay for outcome” en “pay for quality” zullen gerealiseerd worden. Kwaliteit van zorg heeft tot op heden geen enkele invloed op de vergoeding die thuisverpleegkundigen ontvangen. Bovendien zijn ook de RIZIV-nummers van verpleegkundigen eeuwig geldig waardoor geen norm of bewijs van behoud van competenties wordt opgelegd. Aangezien kwalitatieve en toegankelijke zorg de topprioriteit van dit project is, moet dit veranderen. Kwaliteit zal een bepalende rol spelen in het nieuwe model.

De discussie over het aandeel van de patiënt in de kosten zal opnieuw gevoerd worden. Tot op heden betalen de patiënten geen eigen aandeel, remgeld, in de kosten van de thuisverpleging. Aangezien de budgetten krap zijn, komt dit wellicht opnieuw ter discussie. Niettemin moet hierbij steeds de toegankelijkheid van de zorg voor ogen gehouden worden.

CRUCIALE AFHANKELIJKHEDEN & RISICO'S

Een voorstel met betrekking tot een nieuw financieringsmodel is niet eenvoudig te realiseren. Bepaalde afhankelijkheden en evoluties moeten continu opgevolgd en beantwoord worden. Zo is het huidige economisch klimaat (met budgettaire beperkingen) een belangrijke drijfveer voor de ontwikkeling van een alternatieve financiering. Zowel rechtstreeks, via besparingen in de sector thuisverpleging, als onrechtstreeks via bezuinigingen in andere sectoren (met bijvoorbeeld de verkorte ligduur als gevolg). Daarnaast valt of staat het voorstel ook met de gedragenheid door andere actoren. Hierbij gaat het onder andere over andere thuisverplegingsorganisaties, het RIZIV, de mutualiteiten en de overheid.

ONTWIKKELINGSLIJNEN

De nieuwe financiering zal tweeledig zijn. Een eerste bron van inkomsten zal de praktijkfinanciering zijn, een stimulerende financiering voor het ontwikkelen van activiteiten binnen de praktijk. Het subsidiëren van organisatorische en werkingskosten vormt het doel van dit budget. Binnen een tweede luik zullen de werkelijke activiteiten gefinancierd worden. In beide systemen zullen impulsen voor kwaliteitsvol werken ingebouwd worden.

De ontwikkeling van het nieuwe financieringsmodel moet gebeuren vanuit een gedeelde visie op zorg. Patiënt empowerment, autonome zorgprofessionals, zorgnood van de patiënt (leefplan), preventie en educatie, verpleegtechnische handelingen, gecoördineerde zorg en samenwerking met andere zorgprofessionals en zoeken naar continue verbetering vormen de kern van deze visie.

EEN GENERIEKE PRAKTIJKFINANCIERING

De generieke praktijkfinanciering zal de verschillende aanvullende financieringsbronnen, de tegemoetkoming voor specifieke kosten van diensten voor thuisverpleging (KB 16/04/2002), de informaticapremie (KB 21/04/2007) en de premie voor permanente vorming (KB 14/01/2013), integreren. Hierbij wordt geopteerd voor één model op basis waarvan elke praktijkvorm gefinancierd wordt, dit geldt zowel voor zelfstandigen als voor diensten voor thuisverpleging. Om die reden worden de Sociale Maribel en sociale akkoorden niet meegenomen. Elke praktijk kan maximaal 20% voltijds equivalenten invullen met zorgkundigen maar ook deze zullen niet gefinancierd worden binnen deze praktijkfinanciering.

Om aanspraak te maken op aanvullende financiering moet elke praktijk voldoen aan volgende definitie *“een praktijk voor thuisverpleging is een entiteit van zorgverstrekking, beheerd als één patiëntengroep, bestaande uit één of meerdere thuisverpleegkundigen, eventueel aangevuld met zorgkundigen. De praktijken thuisverpleging zorgen voor ondersteuning van de verpleegkundigen inzake de organisatie van de praktijk, de coördinatie, de programmering, de continuïteit, de kwaliteit en de evaluatie van de verzorging. Er wordt gezag en toezicht uitgeoefend over de verpleegkundigen en de zorgkundigen die tewerkgesteld zijn in de praktijk.”* en aan een reeks strikte voorwaarden. De voorwaarden betreffen onder andere opleiding, leveren van een bewijsstuk, multidisciplinair overleg, klachtenprocedure, ...

Afhankelijk van het type praktijk (solopraktijken ≤ 2 VTE – groepspraktijken $2 \text{ VTE} < X < 7$ VTE – diensten voor thuisverpleging $7 \text{ VTE} \leq X < 14$ VTE – gestructureerde diensten voor thuisverpleging ≥ 14 VTE) zal de financiering verschillen en zullen extra voorwaarden gesteld worden. De grootte van de praktijk is gebaseerd op voltijds equivalenten. Voor verpleegkundigen in statutair of loontrekkend verband wordt dit berekend op basis van de RSZ-bijdragen, voor verpleegkundigen met een zelfstandig statuut op basis van W-waarden. Er wordt bewust gekozen thuisverpleegkundigen met een uitzonderlijke activiteit niet mee te tellen. Zowel bijzonder kleine (< 5.203 W) als bijzonder grote (> 25.000 W) activiteitsgraden worden uitgesloten voor financiering.

5 ASSEN BINNEN DE THUISVERPLEGING

Complexere zorgnoden en het uitgebreider takenpakket zogen ervoor dat de prestatiefinanciering ontoereikend is als enig vergoedingssysteem. Nieuwe zorgvormen en –structuren vragen ook andere financieringswijzen. De zorg binnen de thuisverpleging wordt, op basis van de zorgbehoefte van de patiënt, ondergebracht in vijf assen. Per as zal een gepast financieringssysteem gezocht worden.

Het eerste in rij is het PRE-luik dat alle preventieve taken van de thuisverpleging omvat alsook de begeleiding in de pre-afhankelijkheidsfase. Deze patiënten zijn nog niet echt in zorg maar worden toch opgevolgd. Dit kan bijvoorbeeld via preventief en/of opvolgingsbezoek (POB), educatie of zorg op afstand.

Daarnaast zullen ook in de toekomst punctuele vragen blijven bestaan. Enkelvoudige handelingen, zoals bv. eenvoudige wondzorg of het geven van een injectie, zijn wel omschreven handelingen op voorschrift en beperkt in de tijd. Voor deze zorgvormen kan de nomenclatuur in se blijven bestaan. De bestaande nomenclatuur zal wel sterk vereenvoudigd worden.

Een derde as bestaat er voor patiënten met een chronische ziekte die zich in een afhankelijkheidsfase bevinden. Zij hebben regelmatige verpleegkundige zorg nodig en worden behandeld op basis van een multidisciplinair zorgplan. Vooral binnen deze derde as is er nood aan een passend inschalings-instrument. Het gebruik van de RAI, dat als alternatief voor de Katz klaarstaat, wordt uitgebreid onderzocht.

Vervolgens zijn er de meervoudige vragen. Het gaat hier om patiënten die post-acuut en op korte termijn zeer complexe zorg ontvangen. De laatste en nieuwste as is de hospitalisatie-vervangende zorg.

PAY FOR OUTCOME & PAY FOR QUALITY

Het leveren van kwaliteitsvolle zorg moet beloond worden vanuit de financiering. Volgend op het model van Donabedian zal kwaliteit op het niveau van structuur, proces en resultaat de financiering beïnvloeden. Om als praktijk voor thuisverpleging gefinancierd te worden, moet voldaan worden aan een aantal basisvoorwaarden. Deze basisvoorwaarden verschillen naargelang het type praktijk en zijn gebaseerd op structuurindicatoren. De proces- en resultaatsindicatoren zullen het bedrag binnen de financiering van activiteiten beïnvloeden. Goede resultaten leiden tot hogere financiering voor zorg, mindere resultaten tot lagere financiering.

! DE ZORGBEHOEFTE VAN DE PATIËNT VORMT HET VERTREKPOINT. DE NIEUWE FINANCIERING MOET GEËNT ZIJN OP DE NOOD AAN ZORG.

- Vertrekken vanuit een zorgvisie (chronische zorg!)
- Hoe zal de zorgbehoefte ingeschat worden? RAI vs. Katz
→ Nood aan een inschalingsinstrument voor zorgnood en financiering
- Zorgcontext meenemen in het financieringsmodel?
- Meerwaarde verpleegkundige activiteit benadrukken
- Vergoeding moet gebaseerd zijn op de werkelijke kost

! DE VERSCHILLENDE BRONNEN VAN FINANCIERING MOETEN SAMENSMELTEN TOT EEN GENERIEKE FINANCIERING. NIEUWE VORMEN VAN ZORG, NIEUWE TAKEN EN SAMENWERKING WORDEN AANVULLEND IN DE FINANCIERING OPGENOMEN.

- Mix bronnen inkomsten + zelfstandigen/diensten → 1 model !
- Toevoegen aan het model: materiaal, handhygiëne, nachtzorg, preventieve taken, empowerment, zorg op afstand, ICT-ondersteunde zorg, multidisciplinaire & transmurale zorg, coördinerende rol, casemanagement, intellectuele taken

! VERSCHILLENDE ASSEN VEREISEN ELK EEN AANGEPASTE FINANCIERING

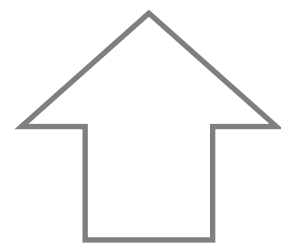
- Chronische zorg neemt toe
- Post-acute en hospitalisatievervangende zorg worden belangrijker

! DE HUIDIGE PRESTATIEFINANCIERING IS ONVOLDOENDE. ER IS BEHOEFTE AAN EEN NIEUW FINANCIERINGSMECHANISME, GEBASEERD OP EEN CASE-MIX SYSTEEM.

- Technische zorgvragen → nomenclatuur
- Chronische en andere complexe zorgvragen → ???

! KWALITEIT MOET EEN AANDEEL KRIJGEN IN DE FINANCIERING. "PAY FOR OUTCOME" EN "PAY FOR QUALITY" ZULLEN GEREALISEERD WORDEN.

! DE DISCUSSIE OVER HET AANDEEL VAN DE PATIËNT IN DE KOSTEN ZAL OPNIEUW GEVOERD WORDEN.

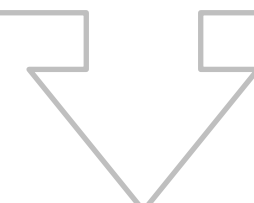


- Palliatieve patiënten
- Psychisch kwetsbare patiënten

DOEL: EEN REALISTISCH FINANCIERINGSMODEL DAT LANGER THUIS WONEN MET KWALITIEVE EN TOEGANKELIJKE THUISVERPLEEGKUNDIGE ZORG (BINNEN DE EERSTELIJSZORG) MOGELIJK MAAKT VOOR DE ZORGBEHOEVENDE BURGER

ZORGVISIE: PATIENT EMPOWERMENT LEEFPLAN – ZORGNOD PATIËNT

Autonome zorgprofessionals – preventie en educatie – verpleegtechnische handelingen – gecoördineerde zorg – samenwerking met andere zorgprofessionals – zoeken naar continue verbetering



Definitie praktijken

Een praktijk voor thuisverpleging is een entiteit van zorgverstrekking, beheerd als één geheel van patiënteel, bestaande uit één of meerdere thuisverpleegkundigen, eventueel aangevuld met zorgkundigen:

- | | |
|---|---|
| 1) één centrale verantwoordelijkheid | 6) bewijsstuk aan de patiënten |
| 2) één uniek patiëntendossier | 7) inlezen e-ID |
| 3) één uniek derdebetalersnummer | 8) permanentie (24/24 – 7/7) en continuïteit van zorg |
| 4) 20 uur opleiding per VTE per jaar | 9) gespecialiseerde en/of referentieverpleegkundigen |
| 5) 25 uur overlegvergadering per VTE per jaar | 10) 1 (of 2) VTE A1-verpleegkundigen per 7 VTE |

De praktijken thuisverpleging zorgen voor ondersteuning van de verpleegkundigen inzake de organisatie van de praktijk, de coördinatie, de programmering, de continuïteit, de kwaliteit en de evaluatie van de verzorging. Er wordt gezegd en toezicht uitgeoefend over de verpleegkundigen die tewerkgesteld zijn in de praktijk

1) EEN GENERIEKE PRAKTIJKFINANCIERING

SPECIFIEKE KOSTEN + INFORMATICA + VORMING + ???
ZELFSTANDIGEN + DIENSTEN } = 1 PRAKTIJKFINANCIERING
! Geen sociale maribel / sociale akkoorden

= een stimulerende financiering voor het ontwikkelen van activiteiten (organisatorische en werkingskosten)

Typologie	
$X \leq 2$ VTE	Voltijdse activiteit o.b.v.: - RSZ-bijdragen (loondienst) - W-waarden (zelfstandigen)
$2 < X < 7$	
$7 \leq X < 14$	
$X \geq 14$	
Maximum 10% zorgkundigen	

PRAKTIJKFINANCIERING = BASISFINANCIERING (VOORWAARDEN) + AANVULLENDE FINANCIERING VOOR FUNCTIES / EXPERTISE

2) 5 ASSEN IN DE THUISVERPLEGING = financiering van de activiteit

PRE	PUNCTUELE VRAAG	CHRONISCHE ZORG IN DE AFHANKELIJKHEIDSFASE (LANGE TERMIJN)	MEERVOUDIGE VRAAG (KORTE TERMIJN)	HOSPITALISATIEVERVANGENDE ZORG
- PREVENTIE - EDUCATIE - POB - ZORG OP AFSTAND - ? Ingeschreven patiënten? Pathologiefinanciering?	= PER PATIËNT = OP VOORSCHRIFT ↓ NOMENCLATUUR BEHOUDEN MAAR VEREENVOUDIGEN	MULTIDISCIPLINAIR ZORGPLAN ZORGBEHOEFTE INSCHATTEN? BELRAI? Forfait?	INDIVIDUEEL ZORGPLAN Pathologiefinanciering?	Pathologiefinanciering?

CASE-MIX?

Aandeel P4Q & P4P? 10%?

3) "PAY FOR OUTCOME" & "PAY FOR QUALITY"

✓ TOEGANG TOT FINANCIERING → STRUCTUUR?
 ✓ BASIS OM TE FINANCIEREN → PROCES / RESULTAAT?
 WELKE INDICATOREN? HOEVEEL?