

SYNTHESE

EEN EVALUATIEPROTOCOL VOOR RIZIV CONVENTIES



SYNTHESE

EEN EVALUATIEPROTOCOL VOOR RIZIV CONVENTIES

PHILIPPE VANDENBROECK, WENDY CHRISTIAENS, MARIE DAUVRIN, RACHEL WICKERT, KIM BECHER, ERIK HENDRICKX, JO GOOSSENS,
LIESBETH JENNÉ, MARIJKE EYSSEN



■ VOORWOORD

Conventies bekleden een wat aparte plaats in het Belgische zorglandschap, dat grotendeels verloopt via betaling per prestatie. Ze worden afgesloten tussen het RIZIV en een of meerdere zorginstellingen, en zijn gebaseerd op een forfaitaire financiering voor een welbepaald zorgaanbod. Meestal wordt dit gebruikt in het domein van de revalidatie, of voor multidisciplinaire zorgverlening.

Het was het RIZIV zelf dat een aanvraag deed om een evaluatiesysteem te ontwikkelen voor conventies, met de volgende vragen: welke resultaten leveren de conventies en de financiële middelen die daaraan besteed worden werkelijk op? Hoe goed is de kwaliteit van deze resultaten? Is de investering efficiënt? Worden de middelen gebruikt waarvoor ze bedoeld zijn?

De conventies zijn erg heterogeen zowel qua doelgroep van patiënten als qua geleverde diensten. Het was geen eenvoudige opdracht om een evaluatie-instrument te ontwikkelen dat voor alle conventies gebruikt kan worden, en dat bovendien op alle boven gestelde vragen een antwoord zou kunnen bieden. Het bleek ook al gauw dat evaluatie meer is dan meten alleen: om tot een echt leerproces te komen dat leidt tot continue verbetering van de zorg is goede wederzijdse informatie-uitwisseling essentieel. Ook dit proces diende meegenomen te worden bij de ontwikkeling van het instrument.

Dit alles heeft geleid tot het meta-evaluatieprotocol dat nu voor u ligt. Het is te gebruiken als een leidraad van waaruit ingezoomd kan worden op de specificiteit van elke individuele conventie.

Voor deze studie gebeurden er talrijke interviews en workshops met de diverse groepen van stakeholders. Dit alles heeft ons veel geleerd, waarvoor dank.

Ook het team van shiftN waarmee wij intensief samenwerkten voor het uitvoeren van deze studie, wensen wij ten zeerste te bedanken. Hun deskundige inbreng was van grote waarde.

Wij wensen u veel leesplezier!

Marijke EYSSEN
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD
Algemeen Directeur a.i.



■ **SYNTHESE**

INHOUDSTAFEL

| | | |
|--------|---|-----------|
| ■ | VOORWOORD | 1 |
| ■ | SYNTHESE | 2 |
| 1. | INLEIDING | 4 |
| 1.1. | EEN COMPLEX LANDSCHAP | 4 |
| 1.2. | DE CONVENTIE, EEN UNIEK INSTRUMENT BINNEN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM | 6 |
| 1.2.1. | Belangrijkste onderdelen van een conventie | 6 |
| 1.2.2. | Kwaliteitsevaluatie..... | 7 |
| 1.3. | UITBREIDING VAN HET CONCEPT REVALIDATIE..... | 8 |
| 1.4. | CONVENTIES OVERGEDRAGEN IN HET KADER VAN DE 6 ^{DE} STAATSHERVORMING | 8 |
| 2. | METHODOLOGIE | 9 |
| 3. | TYOLOGIE VAN CONVENTIES | 10 |
| 4. | STERKTES EN ZWAKTES VAN DE CONVENTIES VOLGENS DE STAKEHOLDERS | 10 |
| 5. | META-EVALUATIEPROTOCOL | 11 |
| 6. | AANBEVELINGEN OM DE WERKING VAN DE CONVENTIES TE VERBETEREN | 15 |
| 6.1. | CONVENTIES ZIJN EEN ZEER WAARDEVOL INSTRUMENT, DAT MOET GECONSOLIDEERD WORDEN | 15 |
| 6.2. | EEN GLOBALE VISIE OP DE ROL VAN DE CONVENTIES BINNEN HET GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM UITWERKEN..... | 15 |
| 6.3. | NAUWER SAMENWERKEN | 16 |
| 6.4. | MAATREGELEN NEMEN OM HET GEBRUIK VAN HET META EVALUATIE-INSTRUMENT TE VERGEMAKKELIJKEN | 18 |
| 6.4.1. | De werking van de Akkoordraden stimuleren | 18 |
| 6.4.2. | De beheerscapaciteit van het College van artsen-directeurs versterken | 19 |



| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6.4.3. | Performantie-indicatoren ontwikkelen voor alle actoren | 19 |
| 6.4.4. | Oude conventies herzien | 19 |
| 6.4.5. | Een beheerssysteem ontwikkelen voor de informatiestromen die zijn ontstaan door het meta evaluatie-instrument..... | 20 |
| 6.4.6. | Scenario's ontwikkelen om conventies aan te passen of te beëindigen..... | 20 |
| 7. | CONCLUSIE..... | 21 |
| ■ | AANBEVELINGEN | 22 |
| ■ | REFERENTIES | 26 |



1. INLEIDING

1.1. Een complex landschap

Conventies worden afgesloten tussen het **RIZIV en één of meerdere zorginstellingen**. Conventies zijn financieringsinstrumenten die werken op basis van forfaits, een formule die zeer geschikt is voor multidisciplinaire zorgverlening, meestal in het domein van de revalidatie.

Binnen het RIZIV zijn het College van artsen-directeers en het Verzekeringscomité nauw betrokken bij de opvolging van de conventies.

Kader 1 – College van artsen-directeers en het Verzekeringscomité

Het College van artsen-directeers en het Verzekeringscomité zijn beide organen binnen het RIZIV.

Het **College van artsen-directeers**, samengesteld uit de medische directeers van alle ziekenfondsen, speelt een belangrijke technische en adviserende rol bij het opstellen en de werking van conventies. Het stelt het ontwerp van een conventie en eventuele aanpassingen voor aan het Verzekeringscomité. **Het Verzekeringscomité** bestaat uit vertegenwoordigers van alle ziekenfondsen en van de zorgverleners. De sociale partners hebben er een adviserende rol. Het comité keurt de conventies goed na advies van de Commissie Budgettaire Controle.

Recent (14/08/2017) wijzigde de wet m.b.t. de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Art. 22, GUV, 1994) de rol van het College van artsen-directeers, zodat de zorgverleners meer konden worden betrokken bij de ontwikkeling van de conventies. De wet stelt nu dat wanneer het College een nieuwe conventie wil voorstellen of een bestaande wil aanpassen, zij het Verzekeringscomité daarover moet informeren. Het College moet ook het Verzekeringscomité de namen doorgeven van de experts die het wil betrekken bij de voorbereidende gesprekken, en het Verzekeringscomité kan ook andere of bijkomende experts voorstellen.

Op enkele decennia tijd evolueerde de praktijk van de conventies naar een vrij complex landschap van 34 verschillende conventies met een breed gamma aan diensten. Deze diensten worden verleend aan patiënten met een brede waaier aan gezondheidsproblemen (zie kader 2).

Voor het RIZIV werd het moeilijk om dergelijke heterogeniteit te evalueren. Daarom werd aan het KCE gevraagd om **een algemene evaluatiemethodologie voor conventies te ontwikkelen, zodat hun doeltreffendheid en efficiëntie kan worden nagegaan**.



Bij het ontwikkelen van zijn evaluatieprotocol doorliep het KCE de volgende fasen:

- Opstellen van een typologie op basis van de gemeenschappelijke kenmerken van verschillende conventies.
- Analyse van internationale voorbeelden^a van kwaliteitsbevordering in de revalidatie
- Bevraging van de verschillende stakeholders in verschillende etappes, te beginnen met verkennende gesprekken met leden van het College van artsen-directeurs. Vervolgens werd een brede bevraging gedaan d.m.v. face-to-face interviews. Ten slotte werden er twee validatierondes met zorgverleners georganiseerd, met één workshop en vier face-to-face gesprekken.

Deze studie wil dus de conventies zelf niet evalueren. Het hoofddoel is **het ontwikkelen van een instrument** voor het College van artsen-directeurs, zodat het de nodige informatie kan verzamelen om de werking van individuele conventies te evalueren. Op die manier wordt de zorgkwaliteit verbeterd.

Na een eerste interviewronde van de stakeholders werd duidelijk dat de loutere ontwikkeling van een evaluatie-instrument onvoldoende zou zijn. Het bleek minstens even belangrijk om een participatief 'leerproces' (*learning for action* – zie 2. Methodologie) op gang te brengen bij *alle* belangrijke actoren:

- bij de multidisciplinaire teams die werken binnen het kader van een conventie;
- bij zorgverleners die werken binnen het kader van een conventie;
- tussen zorgverleners en het RIZIV
- tussen de institutionele actoren binnen het RIZIV.

Daarom werd er beslist om een instrument te ontwikkelen waarmee op constructieve wijze relevante informatie bij al deze actoren kan worden ingezameld

Kader 2 – Voorbeelden van domeinen die vallen onder conventies

Ademhalings- en hartziekten

- Ademhalingsziekten, bv. respiratoire revalidatie, zuurstoftherapie thuis, hart- en ademhalingsmonitoring bij zuigelingen.
- Hartziekten, bijv. implanteerbare defibrillatoren.

Ziekten van het bloed en het immuunsysteem, bv. aidsreferentiecentra.

Endocriene en metabolische aandoeningen, bv. verschillende diabetes conventies (zelfregulatie, diabetische voetklinieken, insulinepompen, continue glucose monitoring), zeldzame erfelijke metabole ziekten, mucoviscidose.

Mentale en neurologische stoornissen, bv. refractaire epilepsie, dementie (geheugenklinieken).

(Neurologische) locomotorische ziekten en handicaps, bijv. neuromusculaire aandoeningen, hersenverlamming, spina bifida.

Chronische pediatrische ziekten, bv. pediatrische nefrologie, sequels van mishandeling bij kinderen en adolescenten.

Andere sectoren: ongewenste zwangerschap, opvolging van premature kinderen

^a Deze analyse wordt niet weergegeven in de huidige synthese, maar kan worden gevonden in het wetenschappelijk rapport.



1.2. De conventie, een uniek instrument binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem

Conventies zijn een middel om zorg te financieren, met open of gesloten budgetten. De meeste conventies, vooral de oudste, werken met een open budget, maar er is een groeiende tendens naar gesloten budgetten, met een vast uitgaveplafond voor een bepaalde periode. Een gesloten budget kan worden toegewezen aan een specifieke zorginstelling of aan alle zorginstellingen die onder de conventie vallen. De kostprijs van een verstrekking ligt vooraf vast en wordt betaald nadat de verstrekking gerealiseerd werd.

Binnen een conventie kunnen overeenkomsten worden afgesloten tussen het RIZIV en één of meerdere zorginstellingen, gaande van een zeer klein (bv. twee centra voor genitale verminkingen bij vrouwen) tot een erg groot aantal (bv. 99 centra vallen onder de diabetesconventie *zelfregulatie*).

Binnen de conventie kunnen de condities van deze overeenkomsten identiek zijn voor alle instellingen. Binnen deze zogenaamde 'type-conventies' ontvangt elk centrum een forfaitaire vergoeding per patiënt. Daartegenover zijn er de zogenaamde 'specifieke conventies', waar de condities van de overeenkomsten verschillen tussen de zorginstellingen. Elk centrum ontvangt dan een specifiek forfait, en dit hangt bv. af van de salariskosten. Daarnaast zijn er ook nog de 'gemengde conventies' waarbij de condities van de overeenkomsten gelijk zijn voor alle instellingen binnen een conventie, maar waar het forfait verschillend is.

De conventies zijn een financieringsinstrument die multidisciplinariteit bevorderen: ze bieden een kader dat samenwerking tussen de zorgverleners aanmoedigt.

Kader 3 – verschil tussen conventie en overeenkomst

Conceptueel is er een verschil tussen de conventie als instrument, en de overeenkomsten die binnen het kader van een bepaalde conventie tussen het RIZIV en de zorgcentra worden afgesloten.

1.2.1. Belangrijkste onderdelen van een conventie

Een conventie bevat de volgende elementen:

- het **soort zorg** dat moet worden verstrekt en de verantwoordelijkheden van de verschillende teamleden;
- de **werkorganisatie**: personeel, tijdsbesteding en (indien van toepassing) de plaats binnen de structuur van het ziekenhuis, waar het centrum zich bevindt;
- het **type patiënt** dat gebruikt maakt van de diensten van het centrum;
- de **financiële middelen** die het centrum krijgt in ruil voor de geleverde diensten. In bepaalde gevallen wordt een maximale duur voor de zorg vastgesteld (bv. 1 jaar), of een maximaal aantal sessies;
- de **evaluatieprocedures** (geleverde zorg, boekhouding, jaarlijkse evaluatie)
- de samenstelling van de **Akkoordraad**.
- De **algemene contractuele bepalingen** m.b.t. de duurtijd van de conventie, en de modaliteiten voor het begin en einde van de activiteit. Er zijn conventies van onbepaalde duur, maar er zijn er ook van bepaalde duur met periodieke verlengingen.

Kader 4 – Akkoorden

De meeste conventies voorzien een Akkoordraad, die bestaat uit vertegenwoordigers van het College van artsen-directeuren (RIZIV) en van de zorgverleners vermeld in de conventie. In de Akkoordraad worden bilaterale gesprekken gevoerd over de werking van de conventie en over maatregelen om de zorgkwaliteit te verbeteren.



1.2.2. Kwaliteitsevaluatie

Tabel 1 bevat een lijst van maatregelen om de kwaliteit te verbeteren, en die momenteel reeds vermeld worden in één of meerdere conventies.

Tabel 1 – Maatregelen voor kwaliteitsverbetering in de conventies

| |
|---|
| • Lijst van de teamleden en hun activiteiten |
| • Productiecijfers^b |
| • Uitgaven per pseudocode (provisie) |
| • Boekhouding |
| • Register van het geleverde materiaal |
| • Controlebezoeken |
| • Jaarverslag |
| • Het vermelden van de conventies bij de patiënten, hun naasten, de zorgverleners en elke geïnteresseerde (bv. via de website van het RIZIV) |
| • Akkoordraad |
| • Initiatieven voor kwaliteitsverbetering en epidemiologie (of registers), soms met benchmarking (zie verder) |
| • Vastgelegd minimaal aantal vergaderingen van het multidisciplinaire team |
| • Ontwikkeling van performantie indicatoren |

^b Bv. aantal multidisciplinaire raadplegingen

^c Zie <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epin/iked/iked11nl.pdf> voor een volledig rapport (2011).

^d Zie <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epin/iked/ikedped08nl.pdf> voor een volledig rapport (2008)

^e Zie https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epin/iked/ikedenf_ado11nl.pdf voor een volledig rapport (2011)

Voor de initiatieven voor kwaliteitsverbetering en epidemiologie (registers) werkt het RIZIV samen met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), op verschillende domeinen:

- Initiatief voor kwaliteitsverbetering en epidemiologie voor diabetes (IKED-studie)^c
- Initiatief voor kwaliteitsverbetering en epidemiologie voor diabetesvoet (IKED-voet)^d
- Initiatief voor kwaliteitsverbetering en epidemiologie voor diabetes bij kinderen en adolescenten^e
- Het Belgisch register voor neuromusculaire aandoeningen
- Het Belgisch register voor mucoviscidose^f
- Het HIV register^g
- Het Register voor hemofilie

Voor de registers voorzien de conventies dat de betrokken centra moeten deelnemen aan een audit die tot doel heeft de zorgkwaliteit te verbeteren. De daaruit voortkomende data worden gebruikt om kwaliteitsindicatoren voor zorgprocessen en – uitkomsten op te stellen. Zo worden voor de registratie van diabetes bij kinderen en adolescenten de internationale aanbevelingen voor pediatrische diabetes van het ISPAD^h (www.ispad.org) gebruikt.

^f Zie https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/EPIEN/mucoen/D_2009_2505_57.pdf voor een volledig rapport (2007)

^g Zie https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epin/AIDSNL/AIDSANNL/yearreport_aids_2009_nl.pdf voor een volledig rapport (2009)

^h International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes



De resultaten van de audits worden meestal op twee manieren gerapporteerd:

- Elk centrum ontvangt een geïndividualiseerd rapport waarin de eigen scores vergeleken worden met de gemiddelde scores en met deze van elk ander geanonimiseerd centrum.
- Een algemeen rapport waarin het accent wordt gelegd op de zorgkwaliteit en op de epidemiologie van de betrokken aandoening.

1.3. Uitbreiding van het concept revalidatie

Revalidatie is een discipline die mensen met gezondheidsproblemen, die (kunnen) leiden tot een functiebeperking, een optimale functionele capaciteit wil helpen behalen en behouden. Revalidatie omvat dus uiterst uiteenlopende zorgdomeinen, en verschillende zorgberoepen zijn erbij betrokken. Ondanks deze brede definitie vallen er vandaag echter domeinen onder conventie die niet meer kunnen worden beschouwd als revalidatie (bv. de begeleiding van ongewenste zwangerschappen, wiegendood, hart- en ademhalingsmonitoring van zuigelingen, diabetes).

Revalidatieconventies bleken namelijk zodanig interessant te zijn, dat ze in de loop van de tijd werden uitgebreid naar situaties die ver van de oorspronkelijke bedoeling afstonden. De huidige studie behandelt overigens ook de conventies buiten het domein van de revalidatie. We kunnen dus stellen dat het hoofdonderwerp van deze studie niet revalidatie is, maar eerder **de (revalidatie)conventies als instrument om de (multidisciplinaire) zorg te financieren**.

In de rest van dit rapport gebruiken we daarom het woord “conventie” en niet “revalidatieconventie”.

1.4. Conventies overgedragen in het kader van de 6^{de} Staatshervorming

Sinds 1 juli 2014 werden, naar aanleiding van de 6^{de} Staatshervorming, een aantal conventies overgedragen naar de gefedereerde entiteiten. Deze conventies maken geen deel uit van ons onderzoek, en hun gegevens werden er evenmin in opgenomen. Toch zou ons meta-evaluatie-instrument, door zijn generieke aard, ook voor deze conventies nuttig kunnen zijn.



2. METHODOLOGIE

Kader 5 – De *Soft Systems* methodologie

Ons onderzoek is opgebouwd op basis van de **Soft Systems Methodology** (SSM), een systemische aanpak om problemen met een hoge technische en sociale complexiteit op te lossen. Het doel is vooral om een participatief leerproces uit te werken (*learning for action*¹) waardoor de betrokkenen afstand kunnen nemen van de complexiteit en samen kunnen nadenken over wenselijke en uitvoerbare acties om de situatie te verbeteren. Eerder dan te proberen de met elkaar verweven problemen 'op te lossen', streeft SSM naar het bereiken van een gemeenschappelijk akkoord (*accomodation*) over de aanpak van het probleem, ook al hebben de betrokkenen een zeer verschillende kijk op de situatie².

De SSM-aanpak wordt in essentie geleid door drie vragen: wat is het **fundamentele doel** van het systeem? Met **welke ideale modellen** kan men dit doel optimaal bereiken? Als we deze ideale modellen vergelijken met de waarneembare praktijken, welke **wenselijke en uitvoerbare veranderingen** kunnen de situatie verbeteren?

De belangrijkste stappen in ons onderzoeksproces waren:

- Een verkennende dataverzameling door interviews met leden van het College van artsen-directeurs
- Dataverzameling door interviews met 26 stakeholders.
- Ontwikkeling van een prototype evaluatie-instrument na analyse van de verzamelde data
- Stakeholdervalidatie van het prototype van het evaluatie-instrument in een validatie workshop
- Verfijning van het prototype van het evaluatie-instrument door face-to-face werksessies met klinici werkzaam in vier verschillende conventies.

We konden de fundamentele doelstellingen van de conventies (basisdefinitie – *root definition*) als volgt definiëren:

“Een conventie is een systeem / opgebouwd uit hernieuwbare contracten / onder toezicht van het College van artsen-directeurs en gemandateerd door het Verzekeringscomité van het RIZIV / om multidisciplinaire zorg- en revalidatieprogramma's op maat te ontwikkelen, beheren en implementeren / beheerd door bekwame klinici en technici / ten voordele van specifieke patiëntgroepen / met respect voor de financiële en politieke beperkingen en beantwoordend aan de hoogste standaarden van professionalisme en wetenschappelijk bewijs.”

Deze *root definition* werd vervolgens opgesplitst in drie secundaire 'transformaties'. Een conventie kan worden beschouwd als een streefmiddel dat de prestaties op drie niveaus helpt te verbeteren:

- Een transformatie **op niveau van de patiënt**, waardoor patiënten met complexe gezondheidsbehoeften en/of een chronische ziekte hun hele leven lang thuis, op school en in de gemeenschap beter kunnen functioneren.
- Een transformatie **op niveau van de zorgstructuur**, die gecoördineerde en doeltreffende revalidatiediensten en multidisciplinaire zorg verleent.
- Een transformatie **op niveau van het systeem**, die leidt tot conventies gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, gericht op de behoeften, flexibel, in staat om een antwoord te bieden op de vereisten en de veranderende behoeften van de samenleving en de evoluties binnen het gezondheidssysteem in het algemeen.



3. TYPOLOGIE VAN CONVENTIES

We ontwikkelden een pragmatische classificatie die de conventies indeelt volgens de aard van hun activiteiten. Deze classificatie telt 5 categorieën:

- conventies voor revalidatiezorg;
- conventies voor multidisciplinaire zorg (*disease management*), bv. voor diabetes;
- conventies voor multidisciplinaire diagnose en ondersteuning/begeleiding, bv. voor slaapstoornissen;
- conventies voor multidisciplinaire begeleiding, bv. bij genitale verminkingen bij vrouwen;
- de specifieke gevallen die niet vallen onder één van de bovenvermelde categorieën, bv. abortusklinieken.

Deze typologie maakt een onderscheid tussen revalidatiezorg en multidisciplinaire zorg. Bij **revalidatie** wil men een bepaald **resultaat** bereiken (functionele verbetering en/of verbetering van de levenskwaliteit), terwijl bij **multidisciplinariteit** de nadruk ligt op het **geïntegreerde karakter** van het proces. Beide vinden elkaar in het aspect van de samenwerking. Daarnaast is revalidatie een eerder specifiek domein binnen de fysische en revalidatiegeneeskunde, terwijl de multidisciplinaire aanpak een algemener concept is, dat niet afhangt van een specifiek medisch specialisme.

De typologie maakt ook een onderscheid in functie van het relatieve gewicht van de multidisciplinaire bijdrage van de zorgverleners. Bij *disease management* en multidisciplinaire begeleiding, wordt het multidisciplinaire karakter gedurende het volledige zorgtraject aangehouden. Bij een multidisciplinaire diagnose en ondersteuning is de multidisciplinariteit vooral geconcentreerd aan het begin van het zorgtraject. Voor sommige soorten multidisciplinaire begeleiding werd er een categorie 'specifieke gevallen' voorzien, omwille van de specificiteit van de psychosociale steun die is gericht op de emotionele, sociale en mentale behoeften van de patiënt.

Deze typologie is niet exclusief: een aantal conventies kunnen in meerdere categorieën worden ingedeeld. We stelden echter vast dat de stakeholders de typologie in het algemeen voldoende nuttig en duidelijk vonden om er pragmatisch gebruik van te kunnen maken.

4. STERKTES EN ZWAKTES VAN DE CONVENTIES VOLGENS DE STAKEHOLDERS

Volgens het College van artsen-directeurs, is de **flexibiliteit** als financieringsinstrument de belangrijkste sterkte van de conventies. Ze bieden het RIZIV de mogelijkheid om de voorwaarden van de overeenkomsten aan te passen aan de inhoud van de zorg, de samenstelling van het team en de opleiding van het personeel, en aan de materiaalkosten. Ze bieden ook een grote procedurele en administratieve soepelheid, omdat er geen koninklijk besluit nodig is. Bovendien zijn de conventies een pragmatisch middel om de potentieel stijgende kosten van de gezondheidszorg (tijdelijk) te beperken. De artsen-directeurs zijn echter ook van mening dat conventies een aantal zwaktes hebben, zoals het ontbreken van een algemene visie, een zwakke aansporing tot kwaliteits- en efficiëntiecontrole en onvoldoende integratie in het gezondheidssysteem in de ruime zin. Het College wijst daarnaast nog op dat het uitwerken, onderhandelen en opvolgen van een conventie een arbeidsintensief proces is dat met de huidige middelen niet voldoende efficiënt kan worden aangepakt.

De **zorgverleners** beschouwen de conventies als een uitstekend financieringsmechanisme. Ze vinden een forfaitaire financiering bij patiënten met sterk uiteenlopende noden een groot voordeel. Bovendien vinden ze dat een conventie **een kader creëert dat multidisciplinariteit vergemakkelijkt**, in vergelijking met een financiering per prestatie op basis van de nomenclatuur. Multidisciplinaire teams bij complexe of zeldzame pathologieën verbeteren volgens hen ook de zorgkwaliteit, met competentere personeel, en tot grotere tevredenheid van de patiënten. In de revalidatie zorgt dit voor een holistische aanpak, die alle aspecten van het dagelijks functioneren van de patiënt omvat, en waarbij kan worden geanticipeerd, wat van onschatbare waarde wordt beschouwd. De zorgverleners stellen bovendien een veel grotere therapietrouw vast bij patiënten binnen een conventie.



De meeste **bestuurders van de zorginstellingen** onder conventie waarderen ook de duidelijkheid en de voorspelbaarheid van de financieringsprogramma's. Velen zijn er ook van overtuigd dat deze formule minder duur is dan een financiering gebaseerd op nomenclatuur. Als zwakke punten vermelden ze ook de administratieve belasting (bijv. opstellen jaarverslagen, deelname aan registraties) die conventies met zich meebrengen (en waar doorgaans geen vergoeding tegenover staat) en betreuren ze het gebrek aan transparantie bij het RIZIV. Hoewel er tijdens het proces van totstandkoming van een conventie overleg is tussen het College en de sector, lieten sommige zorginstellingen verstaan dat er nadien – als de conventie in voege is – weinig ruimte is voor overleg en de communicatie voornamelijk top-down verloopt (bijv. bij wijzigingen). Er werd vermeld dat zij bijvoorbeeld niet zelf het initiatief kunnen nemen om een akkoordraad samen te roepen om een probleem aan te kaarten. Ten slotte, wezen sommige instellingen op een (te) strakke financiering die hen soms verplicht te 'bricoleren' (door verschillende middelen, binnen en buiten de conventie te gebruiken) om hun klinische doelstellingen te bereiken (zie verder).

5. META-EVALUATIEPROTOCOL

Ons evaluatie-instrument heeft de vorm van een vragenlijst. Omwille van zijn generische aard noemen we het een 'meta-evaluatieprotocol'. Het protocol bevat een aantal relevante vragen over strategie, kwaliteit, financiën, klinische praktijk en innovatie, op basis van drie soorten overwegingen:

- de aanvankelijke bezorgdheden van het College van artsen-directeurs, geformuleerd tijdens de eerste ronde van verkennende gesprekken;
- de visie van de stakeholders, verzameld tijdens de formele interviewronde;
- de performantie-indicatoren afgeleid uit de *root definition*.

De finale vragenlijst werd opgesteld en gevalideerd in samenwerking met de zorgverleners en de bestuurders van de zorginstellingen. De lijst bevat 22 vragen (waarvan 12 hoofdvragen), ingedeeld in vijf thema's.

Het meta-evaluatieprotocol moet de dialoog tussen de zorginstellingen en het RIZIV (het College van artsen-directeurs) helpen structureren. Deze kan plaatsvinden binnen de Akkoorden of tijdens andere formele overlegmomenten. Het meta-evaluatieprotocol vormt de basis voor een denkoefening waarbij commentaar wordt gegenereerd die eerder narratief dan cijfermatig is.



Tabel 2 – Meta-evaluatieprotocol voor conventies

| Thema's | Vraag | Sub-vragen | Wie heeft de bewijslast? |
|--------------------|--|---|--------------------------|
| STRATEGIE | I. Is de conventie nog steeds nodig? | I.1. <i>Beantwoordt de conventie aan een aantoonbare volksgezondheidsbehoefte?</i> | RIZIV |
| | | I.2. <i>Bestaan er alternatieve financieringsmodellen om aan deze behoefte te voldoen?</i> | RIZIV |
| | II. Zorgt de conventie voor een voldoende geografische dekking van de diensten in overeenkomst met de vraag? | | RIZIV |
| KWALITEIT | III. Biedt de zorgverlener de beste zorg? | III.1. <i>Kunnen de zorgverleners de klinische doelstellingen van de conventie behalen?</i> | zorginstellingen |
| | | III.2. <i>Bestaan er klinisch relevante en transparante resultaatindicatoren die de kwaliteit van de geleverde zorg kunnen evalueren? Zo niet, welke inspanningen en investeringen zijn gebeurd om deze vast te leggen?</i> | zorginstellingen |
| | | III.3. <i>Engageren de zorgverleners zich om de kwaliteit van de gefinancierde zorg binnen hun instellingen te verbeteren?</i> | zorginstellingen |
| | | III.4. <i>Worden er aantoonbare inspanningen geleverd om een kwaliteitsbeheersysteem op niveau van de conventie in te voeren?</i> | zorginstellingen |
| | IV. Leidt de conventie tot een effectieve concentratie van expertise? | IV.1. <i>Zorgt de conventie ervoor dat de expertise voor de betrokken patiëntengroep wordt geconcentreerd binnen het zorgsysteem?</i> | RIZIV / zorginstellingen |
| | IV.2. <i>Zorgt de conventie ervoor dat de multidisciplinaire (klinische en paramedische) expertise adequaat wordt geconcentreerd binnen elke deelnemende zorginstelling?</i> | RIZIV / zorginstellingen | |
| FINANCIIEEL | V. Werkt het multidisciplinaire team efficiënt binnen het kader van de conventie? | V.1 <i>Worden de middelen adequaat ingezet om de doelstellingen van de conventie te behalen?</i> | zorginstellingen |
| | | V.2 <i>Is het personeel dat wordt voorzien in de conventie voldoende om te beantwoorden aan de zorgbehoeften?</i> | zorginstellingen |
| | | V.3 <i>Staan de gezondheidsresultaten in verhouding tot de bestede middelen?</i> | zorginstellingen |
| | | V.4 <i>Helpt de conventie alternatieve gezondheidskosten te voorkomen?</i> | zorginstellingen |
| PRAKTIJKEN | VI. Schept de conventie de juiste omstandigheden om een professioneel oordeel te kunnen vellen? | VI.1. <i>Maakt de conventie een doeltreffend case management mogelijk?</i> | zorginstellingen |



| | | |
|---|---|------------------|
| | VI.2. <i>Maakt de conventie een flexibele concentratie van de multidisciplinaire expertise mogelijk, in functie van de behoeften?</i> | zorginstellingen |
| VII. Brengt de conventie de zorgverleners en de bestuurders van de zorginstelling op éénzelfde lijn in het belang van de patiënt? | | zorginstellingen |
| VIII. Wordt er spanning ervaren tussen de klinische en financiële voorwaarden geassocieerd met de conventie en patiëntennoden? | | zorginstellingen |
| IX. Wordt er spanning ervaren tussen de huidige klinische praktijk en de beperkingen die de conventie oplegt? | | zorginstellingen |
| X. In welke mate integreert de conventie de inbreng van de patiënten of hun vertegenwoordigers? | X.1. <i>Op welke manier wordt er in de praktijk rekening gehouden met de inbreng van de patiënten?</i> | zorginstellingen |
| | X.2. <i>Heeft de inbreng van de patiënten een impact op de aangeboden diensten?</i> | zorginstellingen |
| INNOVATIE | XI. Moedigt de conventie (technologische, organisatorische) innovatie aan, ten voordele van de patiënten die binnen en buiten de conventie zorg krijgen? | zorginstellingen |
| | XII. Wordt de conventie onorthodox gebruikt? Leidt de conventie tot positieve neveneffecten van welke aard dan ook (niet beperkt tot enkel de voordelen binnen het kader van de conventie)? | zorginstellingen |

In Hoofdstuk 2 worden drie transformaties beschreven, die verband houden met de *root definition*. Op elk transformatie niveau worden generieke performantie indicatoren bepaald. Tabel 5 toont aan hoe het beantwoorden van de vragen van het meta-evaluatieprotocol de drie performantie-indicatoren kunnen voeden.

**Tabel 3 – Relatie tussen de performantie indicatoren en de vragen uit het meta-evaluatie protocol**

| Niveau | Performantie indicatoren | Verwachte uitkomsten | Vraag in meta-evaluatie protocol |
|---------------|--------------------------|--|----------------------------------|
| Patiënt | Werkzaamheid | Klinische en functionele resultaten | QIII, QVIII |
| Zorgstructuur | Efficiëntie | De mate waarin het system functioneert met de beschikbare menselijke, financiële en infrastructurele middelen. | QIV, QV, QVI, QVIII |
| Systeem | Doeltreffendheid | De mate waarin de conventie vasthoudt aan de waarden behoefte-georiënteerd, patiëntgericht en professionalisme | QI, QII, QVII, QX, QXII |
| | | De mate waarin het systeem het beste beschikbare bewijs incorporeert. | QIII, QXI |
| | | De mate waarin het system in staat is om te leren en te evolueren in functie van de veranderende behoeften. | QIX, QXI, QXII |

Deze generische performantie-indicatoren kunnen verder ontwikkeld en aangevuld worden met meer conventie-specifieke kwaliteitsindicatoren, in samenwerking met de stakeholders (incl. patiëntenvertegenwoordigers). Afhankelijk van de specificiteit van de conventie kunnen de indicatoren meer kwalitatief (bv. de conventie voor vrouwelijke genitale verminking) of kwantitatief (bv. de diabetesconventies) zijn, of een mix van beide.



6. AANBEVELINGEN OM DE WERKING VAN DE CONVENTIES TE VERBETEREN

6.1. Conventies zijn een zeer waardevol instrument, dat moet geconsolideerd worden

Uit dit onderzoek blijkt dat conventies algemeen, maar vooral door de zorgverleners en het RIZIV worden beschouwd als een zeer waardevolle ondersteuning van de multidisciplinaire diagnostiek, zorg en begeleiding van patiënten met complexe en/of chronische gezondheidsproblemen. Toch werden er een aantal problemen gemeld, die in dit hoofdstuk aan bod komen. Vervolgens stellen we enkele pistes voor die kunnen helpen bij het vinden van een oplossing. Maar allereerst willen we met onze eerste aanbeveling het belang van de conventies bevestigen en hun gebruik versterken.

AANBEVELING 1

Aan het RIZIV

De conventies moeten meer worden ontwikkeld en geconsolideerd als financieringsinstrument van zorg binnen het globale gezondheidszorgsysteem, voor complexe/zeldzame aandoeningen en voor patiënten met multipele pathologieën.

Aan de Minister van Sociale Zaken

Conventies worden beschouwd als een waardevol instrument voor de financiering/terugbetaling van kwaliteitsvolle multidisciplinaire zorg. Om het gebruik van conventies als een financieringsinstrument te optimaliseren binnen het bredere gezondheidszorgsysteem, en om het potentieel van conventies ten volle en efficiënt te benutten, moet er een adequaat budget voorzien worden.

6.2. Een globale visie op de rol van de conventies binnen het gezondheidszorgsysteem uitwerken

Er bestaat geen globale visie over de doelstellingen van conventies of over hun rol binnen het gezondheidszorgsysteem, noch over de mogelijke wisselwerking tussen beide. Vandaag worden conventies *ad hoc* ontwikkeld, op basis van voorstellen van zorginstellingen, ziekenfondsen, het College van artsen-directeurs of van de Akkoordraden. Er is dus geen actieplan, langetermijnvisie of globaal kader.

Door de flexibiliteit van de conventies als financieringsinstrument worden ze vandaag in erg uiteenlopende zorgpraktijken gebruikt, en deze hebben soms nog maar weinig met revalidatie te maken. Ook al was er aanvankelijk ongetwijfeld een coherente strategische visie op hun rol in de zorgfinanciering, dan is deze in de loop van de tijd verwaterd tot een *ad hoc* gebruik. De rol van de (revalidatie)conventies binnen het gehele gezondheidszorg- en sociale zekerheidssysteem moet daarom opnieuw worden verduidelijkt.

AANBEVELING 2

Aan het RIZIV en alle stakeholders

Er zou een breed debat moeten worden gevoerd tussen de stakeholders om samen een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen m.b.t. de rol van de conventies.



6.3. Nauwer samenwerken

Uit de interviews met de stakeholders blijkt dat een nauwere samenwerking en meer vertrouwen tussen het RIZIV en de zorgverleners de conventies ten goede zou komen. Zowel de zorgverleners als de managers van de zorginstellingen betreuren de beperkte transparantie en bekritisieren de top-down aanpak van het RIZIV. Hoewel er tijdens het proces van totstandkoming van een conventie overleg is tussen het College en de sector, lieten sommige zorginstellingen verstaan dat er nadien – als de conventie in voege is – weinig ruimte is voor overleg en de communicatie voornamelijk *top-down* verloopt (bijv. bij wijzigingen). Bij gebrek aan een forum en aan vertrouwen (bijv. men heeft schrik voor besparingsmaatregelen) komen de eventuele suggesties om de efficiëntie te verbeteren niet tot bij het RIZIV.

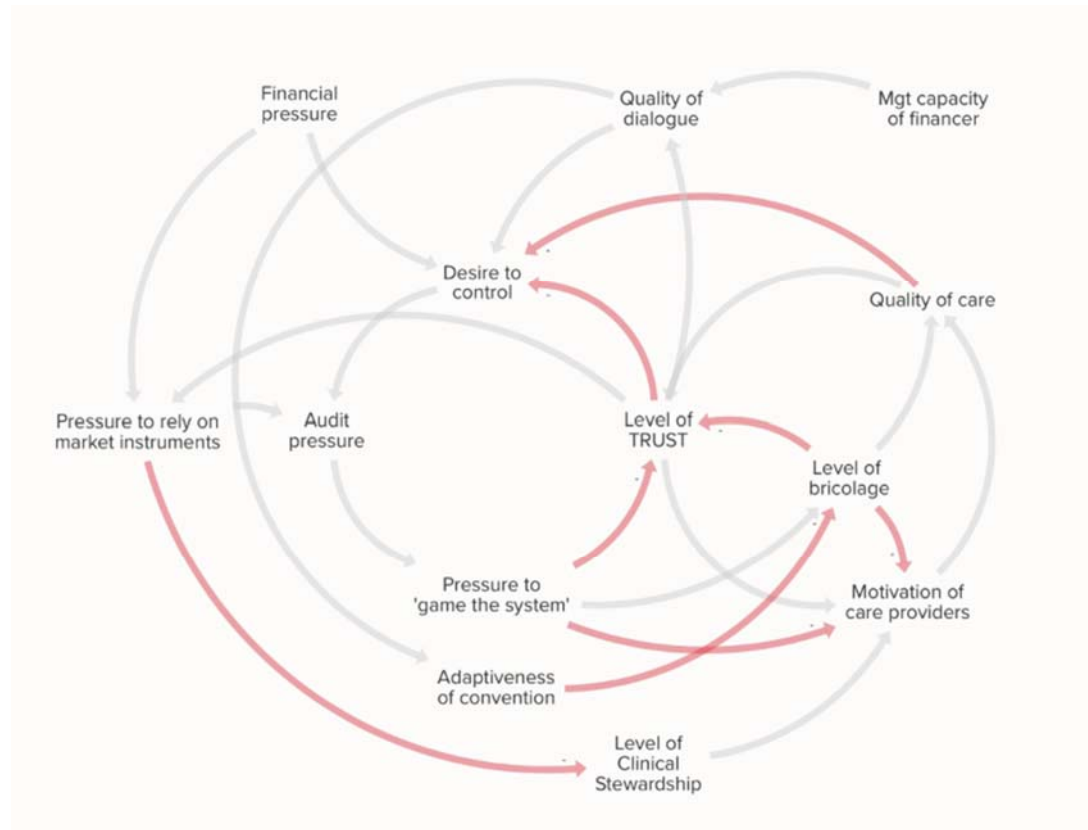
Daarnaast stelden we een frustratie vast bij het RIZIV (College) omwille van het gebrek aan hefboomen om de kwaliteit en de doeltreffendheid van de zorg te verbeteren. Dit leidde er trouwens toe dat ons werd gevraagd om een evaluatie-instrument te ontwikkelen. In de praktijk is er momenteel geen forum om elkaar te ontmoeten en ideeën uit te wisselen. Relevante informatiestromen zijn overigens altijd essentieel voor de performantie van een evaluatiesysteem. De reactivering van de Akkoorden kan een manier zijn om het vertrouwen geleidelijk op te bouwen, wat noodzakelijk is om bij beide partijen een informatie-uitwisseling op gang te brengen. Zo kunnen vooral ideeën over innovatie of over het verhogen van de efficiëntie *bottom-up* doorstromen.

De diagram hieronder ontwikkelt deze logica verder (Figuur 1). De pijlen staan voor oorzaak-gevolgrelaties tussen de variabelen (de blauwe pijlen geven een stijging weer, de rode een daling). Het diagram toont hoe het vertrouwen in het brede conventie-systeem (inclusief zorgverleners, managers van de zorginstellingen en het RIZIV (College)) onderhevig is aan de effecten van in elkaar grijpende elkaar versterkende lussen (loops). Een verminderd *vertrouwen* tussen het RIZIV en de zorgverleners doet bij het RIZIV de *behoefte aan controle* en dus ook de *auditdruk* toenemen. Dit verhoogt dan weer de druk bij de zorgverleners *om het systeem te omzeilen (to game the system)*, wat het *vertrouwen* tussen RIZIV en zorgverleners nog verder doet dalen. De zorgverleners halen weinig voldoening uit dit *gebricoleer* (met het oog op de behoeften van de patiënten) waardoor ook hun *motivatie* afneemt. Vervolgens brengt de dalende motivatie de *kwaliteit van de zorg* in gevaar, wat de *behoefte aan controle* bij het RIZIV nog doet toenemen. Deze *behoefte aan controle* wordt sowieso ook sterk beïnvloed door exogene factoren, zoals de *beschikbare financiële middelen* en de *kwaliteit van de dialoog* tussen het RIZIV en de managers van de zorginstellingen. De term 'dialoog' staat hier voor 'gecontextualiseerde management informatie' (tegenover administratieve informatie met veel cijfers die bijna niemand leest). Een belangrijke beperking is ook dat het College van artsen-directeuren (RIZIV) over onvoldoende management capaciteit beschikt.

Ten slotte bestaan er nog links tussen de *financiële beperkingen* en de *druk om marktmechanismen in te zetten* en de erosie van '*clinical stewardship*'³. Dit alles oefent ook een negatieve invloed uit op de *motivatie* van de zorgverleners.



Figuur 1 – Dynamiek van samenwerking en vertrouwen in het systeem van de conventies



Binnen het huidige klimaat zal een objectiverend evaluatie-instrument het College van artsen-directeurs waarschijnlijk niet helpen om meer zicht te krijgen op de performantie van de conventies. Eerder het tegenovergestelde kan verwacht worden, gezien een bijkomende rapportering riskeert om het gevoel van 'disempowerment' bij de zorgstrekkingen te vergroten. Daarom stellen we een 'meta-evaluatieprotocol' voor, dat geen gedetailleerde

vragenlijst is, maar eerder een inventaris van sleutelvragen die alle actoren voeling kan geven met hun bijdrage tot de drie transformatieniveaus (patiënt, zorginstelling, systeem).



AANBEVELING 3

Aan het RIZIV:

Het RIZIV zou moeten de leiding nemen in het implementeren en opvolgen van het meta-evaluatie-instrument.

Aan het College van artsen-directeurs van het RIZIV:

Aan de zorginstellingen betrokken bij één of meerdere conventies:

Het College van artsen-directeurs en de zorginstellingen zouden het meta-evaluatieprotocol moeten gebruiken om de relevante informatiestromen tussen de voornaamste actoren tot stand te brengen en op die manier transparantie, participatie en verantwoordelijkheid (accountability) te induceren en ondersteunen. Deze drie hefboomen kunnen een participatief 'leerproces' op gang brengen en de positieve relaties (sociaal kapitaal) tussen de belangrijkste actoren versterken:

- binnen multidisciplinaire teams die werken binnen het kader van een conventie;
- bij de zorgverleners die werken binnen het kader van een conventie;
- tussen de zorgverleners en het RIZIV;
- tussen institutionele actoren binnen het RIZIV.

De zorginstellingen moeten de inhoud van de overeenkomsten kenbaar maken aan de zorgverleners werkzaam binnen hun structuur en het kader van de conventie.

AANBEVELING 4

Aan het RIZIV:

Het meta-evaluatieprotocol zou moeten worden getest in pilootprojecten bij een steekproef van conventies.

6.4. Maatregelen nemen om het gebruik van het meta-evaluatie-instrument te vergemakkelijken

Een meta-evaluatie alleen volstaat niet. Ze moet deel uitmaken van een groter geheel van interventies om het evaluatieproces tussen het RIZIV en de zorgverleners te ondersteunen. De aanbevelingen hieronder gaan over een geheel van interventies die het gebruik van een gestandaardiseerd evaluatieprotocol voor de conventies kunnen activeren en ondersteunen.

6.4.1. De werking van de Akkoorden stimuleren

Formeel gezien wordt er bij elke conventie (uitgezonderd een aantal oude conventies) een Akkoordraad opgericht, waarin vertegenwoordigers van het College van artsen-directeurs en van de zorgverleners die betrokken zijn bij de conventie, zetelen. Uit onze Interviews bleek dat de Akkoorden de dialoog bevorderen, en dat ze een krachtig middel zijn om de conventie aan te passen aan bijvoorbeeld nieuwe therapeutische opportuniteiten of nieuwe manieren om de zorg te organiseren. Akkoorden worden echter nauwelijks ingezet. Volgens de bevroegden komen ze weinig samen. In sommige gevallen was er zelfs in meer dan 5 jaar geen formeel overleg meer geweest. Dit versterkt bij het RIZIV en de zorgverleners het gevoel van controleverlies, en het is dus essentieel dat Akkoorden worden geactiveerd, dat er voldoende overleg wordt gepleegd en dat ook de sector daartoe initiatief kan nemen. Met het meta-evaluatie-instrument kan de draagwijdte worden bepaald van de discussies die binnen de Akkoorden moeten worden gevoerd.



AANBEVELING 5

Aan het RIZIV:

De werking van de Akkoordraden zou voor alle conventies moeten worden aangemoedigd. De organisatie van één Akkoordraad om de 2 jaar per conventie zou een minimale ambitie moeten zijn.

6.4.2. De beheerscapaciteit van het College van artsen-directeurs versterken

De capaciteit van het College van artsen-directeurs om de bestaande conventies te beheren en te updaten is erg beperkt. De tijd (gemiddeld 6u per week) voor meetings is beperkt, en de ondersteunende technische cel is relatief klein (minder dan 10 VTE). Een nieuwe conventie opstarten vergt veel tijd, zelfs voor kleinere conventies met relatief beperkte budgetten. Het spreekt voor zich dat als het College het meta evaluatieprotocol moet implementeren en nauwer en meer dynamisch moet samenwerken met de zorgverleners, het daar ook de middelen voor moet krijgen.

Meerdere scenario's zijn mogelijk:

- de ondersteuningscel van het College versterken
- bepaalde taken uitbesteden aan gekwalificeerde onderaannemers met de noodzakelijke competenties om bepaalde taken uit te voeren. Dit zou vooral interessant zijn voor competenties waarmee artsen minder vertrouwd zijn.
- de samenstelling en/of het aantal leden van het College herdenken en reorganiseren.

AANBEVELING 6

Aan het RIZIV en aan de Minister van Sociale Zaken

Om de aanbevelingen van dit rapport te kunnen realiseren is het cruciaal dat de capaciteit van het College van artsen-directeurs en de ondersteunende technische cel kwantitatief en kwalitatief worden versterkt.

6.4.3. Performantie-indicatoren ontwikkelen voor alle actoren

Zodra het strategische kader duidelijk is gedefinieerd, moet het worden vertaald naar een aantal performantie-indicatoren voor alle actoren binnen het conventielandschap, met inbegrip van het College van artsen-directeurs en het Verzekeringscomité (RIZIV).

AANBEVELING 7

Aan het RIZIV

Er zouden performantie-indicatoren moeten worden ontwikkeld voor alle actoren betrokken bij conventies, bestaande en toekomstige, met inbegrip van de organen van het RIZIV - het College van artsen-directeurs en het Verzekeringscomité – zelf.

6.4.4. Oude conventies herzien

De oudste conventies dateren uit de jaren '80 en het begin van de jaren '90. Ze kwamen tot stand in een maatschappelijke context die helemaal anders was dan die van nu. De doelstelling was om toegankelijke zorg aan te bieden, met een minimum aan remgelden en een eenvoudige factuur met forfaitaire bedragen. Het financiële klimaat was toen gunstiger dan vandaag, en voor sommige gezondheidsproblemen was er urgentie. Sommige van de toenmalige conventies voorzien geen of slecht gedefinieerde kwaliteitscontroles. Daarnaast bevatten een aantal conventies – zelfs vrij



recente – geen incentives voor therapietrouw, doeltreffendheid en gegevensregistratie.

AANBEVELING 8

Aan de Akkoorden en aan het College van artsen-directeurs

Oude conventies zouden moeten worden herzien om ze aan te passen aan de huidige zorgnoden en om een kwaliteitsmonitoring mogelijk te maken.

6.4.5. Een beheerssysteem ontwikkelen voor de informatiestromen die zijn ontstaan door het meta-evaluatie-instrument

Een van de zwakke punten van de conventies is dat de ingezamelde gegevens vaak fragmentair blijven en dat ze door het RIZIV niet worden geïntegreerd. Een van de belangrijkste doelstellingen van het instrument is het tot stand brengen van relevante informatiestromen tussen de sleutelactoren, om vertrouwensrelaties uit te bouwen. Het meta-evaluatieprotocol zal grote volumes data genereren die adequaat moeten worden beheerd, om te komen tot een participatief leerproces en uiteindelijk doeltreffende conventies.

AANBEVELING 9

Aan het RIZIV en aan de FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu

Er zou een efficiënt data management systeem moeten worden ontwikkeld, om de data output van de conventies te beheren en integreren; dit systeem moet rekening houden met de reeds bestaande registratiemechanismen.

AANBEVELING 10

Aan het RIZIV:

De resultaten van de evaluaties van de conventies zouden op een transparante manier openbaar moeten gemaakt worden.

6.4.6. Scenario's ontwikkelen om conventies aan te passen of te beëindigen

In sommige zorginstellingen heerst er onzekerheid over de stabiliteit van hun financiering door het RIZIV. Dat zet sommige zorgverleners aan tot risicovermijdende strategieën, waarbij ze elk contact met het RIZIV vermijden, om geen nodeloze argwaan op te wekken. Een duidelijk bijsturing- of beëindigingsscenario geeft het College een krachtig instrument om de afspraken binnen de conventie door de zorgverleners te doen respecteren. Bovendien zal het de situatie op gebied van financiering minder onvoorspelbaar maken voor de zorginstellingen.

AANBEVELING 11

Aan het College van artsen-directeurs en het Verzekeringscomité

Op het niveau van de conventies (als financieringsinstrument) zijn er duidelijke, goed-omschreven bijsturing- of beëindigingsscenario's nodig in het geval een conventie niet meer beantwoordt aan een zorgnood.

Op het niveau van de overeenkomsten met individuele zorginstellingen binnen een conventie moeten duidelijke maatregelen met vooraf vastgelegde criteria worden voorzien, voor wanneer de termen van de overeenkomst niet worden gerespecteerd. Er moeten eveneens scenario's worden ontwikkeld om eventueel een overeenkomst aan te passen of zelfs te beëindigen.



7. CONCLUSIE

De doelstelling van dit onderzoeksproject was om bij te dragen tot meer uitwisseling van relevante informatie, het versterken van het vertrouwen tussen de sleutelactoren en de management capaciteit, om te komen tot meer doeltreffende en flexibele conventies.

Het meta-evaluatieprotocol wil het participatief leerproces (ontwikkelingsevaluatie) ondersteunen en daarbij zowel zorgverleners als het RIZIV betrekken. Zij zouden dergelijke tool kunnen gebruiken als kompas voor een regelmatige dialoog al dan niet binnen de Akkoorden.

Met onze aanbevelingen willen we ook de management capaciteit van het College van artsen-directeuren versterken, de verantwoordelijkheid (accountability) van het College en het Verzekeringcomité vergroten, de kwaliteit van de dialoog tussen het RIZIV en de zorgverleners verbeteren, de gegevens uit de conventies relevanter en praktijkgericht maken en de onvoorspelbaarheid van de financiering voor de zorgverleners verkleinen.

Op basis van de feedback van de zorgverleners tijdens de stakeholderworkshops, denken wij dat dit instrument ook nuttig zal zijn om een reflectieproces te ondersteunen rond de verbetering van de kwaliteit binnen de multidisciplinaire teams en tussen de teams van verschillende instellingen.

Wij hopen dat dit meta-evaluatieprotocol zal bijdragen tot een positieve impuls aan de revalidatiesector, zodat deze volop de mogelijkheden kan benutten die de conventies, als discrete maar erg waardevolle instrumenten binnen ons gezondheidszorgsysteem, kunnen bieden.



■ AANBEVELINGENⁱ

AANBEVELING 1

Aan het RIZIV:

- De conventies moeten meer worden ontwikkeld en geconsolideerd als financieringsinstrument van zorg binnen het globale gezondheidszorgsysteem, voor complexe/zeldzame aandoeningen en voor patiënten met multipele pathologieën.

Aan de Minister van Sociale Zaken:

- Conventies worden beschouwd als een waardevol instrument voor de financiering/terugbetaling van kwaliteitsvolle multidisciplinaire zorg. Om het gebruik van conventies als een financieringsinstrument te optimaliseren binnen het bredere gezondheidszorgsysteem, en om het potentieel van conventies ten volle en efficiënt te benutten, moet er een adequaat budget voorzien worden.

AANBEVELING 2

Aan het RIZIV en alle stakeholders:

- Er zou een breed debat moeten worden gevoerd tussen de stakeholders om samen een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen m.b.t. de rol van de conventies.

AANBEVELING 3

Aan het RIZIV:

- Het RIZIV zou moeten de leiding nemen in het implementeren en opvolgen van het meta-evaluatie-instrument.

ⁱ Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

***Aan het College van artsen-directeurs van het RIZIV:******Aan de zorginstellingen betrokken bij één of meerdere conventies:***

- Het College van artsen-directeurs en de zorginstellingen zouden het meta-evaluatieprotocol moeten gebruiken om de relevante informatiestromen tussen de voornaamste actoren tot stand te brengen en op die manier transparantie, participatie en verantwoordelijkheid (accountability) te induceren en ondersteunen. Deze drie hefboomen kunnen een participatief 'leerproces' op gang brengen en de positieve relaties (sociaal kapitaal) tussen de belangrijkste actoren versterken:
 - binnen multidisciplinaire teams die werken binnen het kader van een conventie;
 - bij de zorgverleners die werken binnen het kader van een conventie;
 - tussen de zorgverleners en het RIZIV;
 - tussen institutionele actoren binnen het RIZIV.
- De zorginstellingen moeten de inhoud van de overeenkomsten kenbaar maken aan de zorgverleners werkzaam binnen hun structuur en het kader van de conventie.

AANBEVELING 4***Aan het RIZIV:***

- Het meta-evaluatieprotocol zou moeten worden getest in pilootprojecten bij een steekproef van conventies.

AANBEVELING 5***Aan het RIZIV:***

- De werking van de Akkoordraden zou voor alle conventies moeten worden aangemoedigd. De organisatie van één Akkoordraad om de 2 jaar per conventie zou een minimale ambitie moeten zijn.

**AANBEVELING 6**

Aan het RIZIV en aan de Minister van Sociale Zaken:

- Om de aanbevelingen van dit rapport te kunnen realiseren is het cruciaal dat de capaciteit van het College van artsen-directeuren en de ondersteunende technische cel kwantitatief en kwalitatief worden versterkt.

AANBEVELING 7

Aan het RIZIV:

Er zouden performantie-indicatoren moeten worden ontwikkeld voor alle actoren betrokken bij conventies, bestaande en toekomstige, met inbegrip van de organen van het RIZIV - het College van artsen-directeuren en het Verzekeringscomité – zelf.

AANBEVELING 8

Aan de Akkoordraden en aan het College van artsen-directeuren:

Oude conventies zouden moeten worden herzien om ze aan te passen aan de huidige zorgnoden en om een kwaliteitsmonitoring mogelijk te maken.

AANBEVELING 9

Aan het RIZIV en aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu:

Er zou een efficiënt data management systeem moeten worden ontwikkeld, om de data output van de conventies te beheren en integreren; dit systeem moet rekening houden met de reeds bestaande registratiemechanismen.

AANBEVELING 10

Aan het RIZIV:

De resultaten van de evaluaties van de conventies zouden op een transparante manier openbaar moeten gemaakt worden.



AANBEVELING 11

Aan het College van artsen-directeurs en het Verzekeringscomité:

- Op het niveau van de conventies (als financieringsinstrument) zijn er duidelijke, goed omschreven bijsturings- of beëindigingsscenario's nodig in het geval een conventie niet meer beantwoordt aan een zorgnood.
- Op het niveau van de overeenkomsten met individuele zorginstellingen binnen een conventie moeten duidelijke maatregelen met vooraf vastgelegde criteria worden voorzien, voor wanneer de termen van de overeenkomst niet worden gerespecteerd. Er moeten eveneens scenario's worden ontwikkeld om eventueel een overeenkomst aan te passen of zelfs te beëindigen.



■ REFERENTIES

1. Checkland P, Poulter J. Learning For Action: A Short Definitive Account of Soft Systems Methodology, and its use Practitioners, Teachers and Students. Chichester, United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd; 2006.
2. Vandebroeck P. Working with Wicked Problems. . Brussels: King Baudouin Foundation, ; 2012.
3. Iles V. Why Reforming the NHS Doesn't Work. The importance of understanding how good people offer bad care. United Kingdom: Really Learning; 2011.



COLOFON

| | |
|----------------------|---|
| Titel: | Een evaluatieprotocol voor RIZIV conventies – Synthese |
| Auteurs: | Philippe Vandebroeck (shiftN), Wendy Christiaens (KCE), Marie Dauvrin (KCE), Rachel Wickert (MetM), Kim Becher (shiftN), Erik Hendrickx (KCE), Jo Goossens (shiftN), Liesbeth Jenné (shiftN), Marijke Eyssen (KCE) |
| Project coordinator: | Marijke Eyssen (KCE) |
| Redactie synthese: | Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE) |
| Reviewers: | Anja Desomer (KCE), Arnaud Fouchard (Haute Autorité de santé), François Schellevis (NIVEL), Koen Van den Heede (KCE) |
| Externe experts: | Valère Akafomo(ULg), Valérie Bartsch (ULg), Petra Berth (UZ Gent), Micheline Bon (ULg), Liesbeth Borgermans (Vrije Universiteit Brussel), Bertien Buyse (KULeuven), Jean-Pierre Bronckaers (Liberale Mutualiteit, College van artsen directeurs), Martin Caillet (CHU St-Pierre), Michel Cailliau (Clairs Vallons), Carine De Buck (Clairs Vallons), Ann De Guchtenaere (Zeepreventorium), Bart De Bock (AZ St-Lucas & Volkskliniek Gent), Eric Derom (UZ Gent), Philippe Duval (Cliniques de l'Europe), Arnaud Fouchard (Haute Autorité de Santé, Frankrijk), Aiden Fowler (NHS Quality Improvement and Patient Safety, 1000 Lives Improvement Service, Public Health Wales), Alain Gadisseur (Universitair ziekenhuis Antwerpen), Marjorie Gangolf (CHU Liège), Michelle Hall (HUDERF), Denis Herbaux (PAQS - Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients), Khalid Ismaili (HUDERF), Michel Mahaux (Santhea), Els Meerbergen (Vlaams Patiëntenplatform), Marc Moens (Imelda), Frank Nobels (OLV Aalst), Koen Peers (UZ Leuven), Philippe Persoons (KULeuven), Christian Pirard (ULg), Rudi Reyntjens (Zeepreventorium), Camelia Rossi (CHU Ambroise Paré), Chantal Seret (Cliniques de l'Europe), Bart Thomas (UZ Gent), Marie Thys (CHU Liège), Jan Maarten van de Berg (IGZ), Dominique Vandevelde (UGent), Viviane Van Elshocht (CM, College van artsen directeurs), Omer Vanhoute (UZ Gent), Chris Van Hul (MLOZ, College van artsen directeurs), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform), John Willems (Socmut, College van artsen directeurs), Eric Wilmet (Mutsoc, College van artsen directeurs), Bert Winnen (Kabinet Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid), Antonine Wyffels (Voorzitter College artsen directeurs), Marc Xhrouet (Santhea) |
| Externe validatoren: | Het rapport werd gevalideerd door Pascal Mertens (CHRSM) en Jan Maarten van den Berg (IGZ, Nederland). Een derde validator, Georges Vereecke, had majeure opmerkingen die door de andere twee validatoren niet werden gesteund. |
| Acknowledgements: | Olivier Schmitz (UCL), Tinne Vandensande (KBS – FRB) |
| Gemelde belangen: | “Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie ‘Evaluation Conventions Rehabilitation’. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict” |



Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Michel Cailliau (Lid van de personeelsdirectie van een geconventioneerd centrum – Clairs Vallons CMP asbl), Rudi Reyntjens (Raad van bestuur onafhankelijk ziekenfonds)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Carine De Buck (Medische directie van een privé conventie), Marijke Eysen (Centrum voor ambulante revalidatie)

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Michel Cailliau (Adjunct medische directie CMP Clairs Vallons (conventie INAMI – RIZIV)), Carine De Buck (Zie punt 7), Omer Vanhoute (Conventie coördinator UZ Gent)

Andere mogelijke belangen die kunnen leiden tot een potentieel of reëel belangenconflict: Tinne Vandensande (Het KBS-FRB heeft al samengewerkt met shiftN in het verleden. shiftN heeft de soft methodology systems gebruikt voor een studie rond patiëntenparticipatie)

Layout:

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

13 februari 2018

Domein:

Health Services Research (HSR)

MeSH:

Multidisciplinary health care; Interdisciplinary health care team; Organizational innovation; Rehabilitation; Chronic diseases; Outpatient care; Long term care; Quality of health care; Organizational efficiency

NLM classificatie:

WA 525

Taal:

Nederlands

Formaat:

Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:

D/2018/10.273/19



ISSN:

2466-6432

Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Vandenbroeck P, Christiaens W, Marie Dauvrin M, Wickert R, Becher K, Erik Hendrickx E, Goossens J, Jenné L, Eyssen M. Een evaluatieprotocol voor RIZIV conventies – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2018. KCE Reports 299As. D/2018/10.273/19.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.