

## SYNTHESE

# EVALUATIE VAN EEN NIEUWE FINANCIERING VOOR THUISVERPLEGING

## DEEL 1: ONDERZOEKSPROTOCOL



KOEN VAN DEN HEEDÉ, CÉCILE CAMBERLIN, JENS DETOLLENAERE, LAURENCE KOHN, ROOS LEROY, HELENA VAN DEYNSE, CARINE VAN DE VOORDE



## ■ VOORWOORD

Thuisverpleegkundige zorg is een essentiële pijler binnen de gezondheidszorg, waarbij zorgverlening aan huis mensen ondersteunt in hun streven naar autonomie en welzijn. Of het nu gaat om korte of langdurige zorg, thuisverpleegkundigen staan er op cruciale momenten in het leven: hun zorg helpt ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen, stelt patiënten in staat om sneller het ziekenhuis te verlaten na een ingreep of opname, en ondersteunt de opvolging en behandeling van mensen met een chronische ziekte. Tenslotte spelen ze ook een belangrijke rol als mensen aan het einde van hun leven palliatieve zorgen nodig hebben.

De kracht van thuisverpleegkundige zorg schuilt in de vertrouwensrelatie die wordt opgebouwd – letterlijk bij mensen thuis. Thuisverpleegkundige zorg komt niet alleen tegemoet aan de maatschappelijke tendens om zorg zo dicht mogelijk bij huis te brengen, zodat mensen in hun vertrouwde omgeving kunnen verzorgd worden. Thuisverpleegkundigen slaan ook de brug tussen de patiënten en hun andere zorgverleners, als ambassadeurs of spreekbuis voor zij die zelf niet kunnen of durven spreken.

Toch staat deze sector voor grote uitdagingen. Het takenpakket van thuisverpleegkundigen wordt stevast uitgebreid, denk maar aan de toediening van chemotherapie in de thuissituatie. Daarnaast ervaren thuisverpleegkundigen ook een toenemende werkdruk door de vergrijzing en een stijging van het aantal nog thuis wonende ouderen, en door een toename van het aantal daghospitalisaties. Dit alles in een context van krapte op de arbeidsmarkt. Verpleegkundige is nog altijd het knelpuntberoep bij uitstek. Deze factoren hebben een directe impact op zowel de kwaliteit van de geleverde zorg als de jobtevredenheid van de thuisverpleegkundigen. De sector vraagt daarom zelf om na te denken over een hervorming van de manier waarop thuisverpleegkunde gefinancierd wordt, niet enkel om efficiënter kwaliteitsvolle zorg te kunnen blijven aanbieden, maar ook om de duurzaamheid van deze zorgvorm te garanderen.

Binnen het RIZIV werd, in samenwerking met de betrokken koepels van thuisverpleegkundigen en verzekeringsinstellingen, een pilootproject voorbereid waarbij de thuisverpleegkundigen op een andere manier vergoed zullen worden voor de geleverde zorg en voor hun praktijkwerking. Dit rapport beschrijft op welke manier het KCE de evaluatie van dit pilootproject zal uitvoeren: transparant, onafhankelijk en wetenschappelijk onderbouwd. De resultaten van deze evaluatie zullen het RIZIV in staat stellen om, samen met hun partners, een doordachte beslissing te nemen over een eventuele bredere implementatie. Dergelijke evaluaties waarbij nieuwe zorgmodellen of financieringsmechanismen worden getest en onafhankelijk geëvalueerd alvorens deze breed uit te rollen, moeten bijdragen aan het streven naar meer evidence-based beleidsvoering. Zodat we de gezondheidszorg krijgen die bewezen kwalitatief is voor de patiënt en duurzaam voor de zorgverlener én de maatschappij.

Christophe JANSSENS  
Adjunct Algemeen Directeur

Ann VAN DEN BRUEL  
Algemeen Directeur



## ■ INHOUDSTAFEL

|     |                                                                                   |           |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ■   | <b>SYNTHESE</b> .....                                                             | <b>4</b>  |
| 1   | <b>INLEIDING</b> .....                                                            | <b>4</b>  |
| 1.1 | WAAROM DEZE STUDIE? .....                                                         | 4         |
| 1.2 | DRIE RAPPORTEN IN TOTAAL .....                                                    | 4         |
| 2   | <b>DE THUISVERPLEEGKUNDIGE ZORG IN ONS LAND VANDAAG</b> .....                     | <b>5</b>  |
| 2.1 | WIE VERLEENT THUISVERPLEEGKUNDIGE ZORG?.....                                      | 5         |
| 2.2 | VAN ENKEL VERGOEDINGEN PER PRESTATIE NAAR OOK FORFAITAIRE VERGOEDINGEN .....      | 5         |
| 2.3 | MEER COMPLEXE EN GESPECIALISEERDE ZORG .....                                      | 5         |
| 2.4 | WELKE PATIËNTEN KRIJGEN THUISVERPLEGING?.....                                     | 6         |
| 2.5 | MENING VAN DE STAKEHOLDERS OVER HET HUIDIGE FINANCIERINGSMODEL... 6               |           |
| 3   | <b>WAT OMVAT HET PILOOTPROJECT?</b> .....                                         | <b>7</b>  |
| 3.1 | DOEL VAN EEN NIEUWE FINANCIERING .....                                            | 7         |
| 3.2 | WAT HOUDT DE NIEUWE FINANCIERING IN? .....                                        | 7         |
| 3.3 | GOVERNANCE STRUCTUUR PILOOTPROJECT.....                                           | 7         |
| 3.4 | MENING VAN DE STAKEHOLDERS.....                                                   | 7         |
|     | 3.4.1 Een belangrijk momentum na twee decennia van debat .....                    | 8         |
|     | 3.4.2 Voor- en nadelen van de nieuwe financiering .....                           | 8         |
|     | 3.4.3 En op langere termijn? .....                                                | 8         |
| 4   | <b>ONDERZOEKSPROTOCOL: HOE VOEREN WE ONZE EVALUATIE UIT?</b> .....                | <b>9</b>  |
| 4.1 | UITWERKEN VAN EEN EVALUATIEKADER .....                                            | 9         |
| 4.2 | CONTROLE- EN PILOOTPRAKTIJKEN MET TELKENS DRIE MOMENTEN VAN DATAVERZAMELING ..... | 9         |
| 4.3 | HOEVEEL DEELNEMENDE PRAKTIJKEN EN ZORGVERLENERS ZIJN ER NODIG?.. 9                |           |
| 4.4 | COMBINATIE VAN KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE METHODEN.....                        | 9         |
| ■   | <b>AANBEVELINGEN</b> .....                                                        | <b>11</b> |



## AFKORTINGENLLIJST

| AFKORTING | DEFINITIE                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------|
| IMA       | Intermutualistisch Agentschap                           |
| KCE       | Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg          |
| RIZIV     | Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering |
| VTE       | Voltijdsequivalent                                      |

## ■ SYNTHESE

### 1 INLEIDING

#### 1.1 Waarom deze studie?

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) ontwikkelde samen met de sector van de thuisverpleging en de ziekenfondsen een nieuw financieringsmodel voor thuisverpleging.

Bedoeling is dat deze nieuwe financiering beter afgestemd is op de reële zorgbehoeften van de patiënten, dat ze de werkdruk voor de verpleegkundigen verlaagt, en de samenwerking met andere zorgprofessionals bevordert.

Het RIZIV zal een oproep lanceren gericht aan praktijken thuisverpleging om zich kandidaat te stellen om dit nieuwe model uit te testen. Deze testfase, **Pilootproject Artikel 56 Thuisverpleging genoemd** (kortweg 'pilootproject'), gaat binnen enkele maanden van start. Het gaat om een belangrijk beleidsexperiment binnen een sector die essentiële zorg verleent aan een aanzienlijk deel van de Belgische bevolking.

Het RIZIV gaf het KCE de opdracht om de wetenschappelijke evaluatie van het pilootproject uit te voeren. De ontwikkeling van het financieringsmechanisme zelf en de implementatie ervan maakten geen deel uit van de opdracht. De belangrijkste principes van de nieuwe financiering werden al door het Verzekeringscomité van het RIZIV in een conceptuele nota besproken en worden momenteel verder geconcretiseerd. De uiteindelijke goedkeuring van het financieringsmechanisme dat in de pilootstudie wordt uitgetest, behoort tot de formele bevoegdheid van het Verzekeringscomité van het RIZIV.

#### 1.2 Drie rapporten in totaal

Het huidige **eerste rapport** bestaat uit het onderzoeksprotocol dat we ontwikkelden voor onze wetenschappelijke evaluatie. Het protocol combineert een wetenschappelijk rigoureuze met operationeel haalbare aanpak.

Het KCE zal nog **twee rapporten** afleveren: een tussentijds rapport zal de eerste bevindingen na 1 jaar pilootproject beschrijven, zonder beleidsaanbevelingen, terwijl het eindrapport (na 2 jaar pilootproject) alle resultaten zal samenvatten en concrete beleidsaanbevelingen zal bevatten. Het moment van de publicatie van deze rapporten zal voor een deel afhangen van de beschikbaarheid en volledigheid van de administratieve gegevens, en van de mate waarin de sector bereid is om deel te nemen aan de pilootstudie (als controle- of pilootpraktijk) en de nodige gegevens aanlevert (bv. medewerking aan enquêtes door praktijken en zorgverleners).

Deze rapporten moeten de beslissingen over de toekomstige financiering van de thuisverpleging in België wetenschappelijk onderbouwen.

#### Disclaimer

Ten tijde van het schrijven van dit rapport waren bepaalde elementen van het pilootproject nog volop in ontwikkeling. De modaliteiten die we hier bespreken, kunnen dus nog wijzigen.



## 2 DE THUISVERPLEEGKUNDIGE ZORG IN ONS LAND VANDAAG

### 2.1 Wie verleent thuisverpleegkundige zorg?

In ons land zijn er ongeveer 25 000 actieve thuisverpleegkundigen (28% loontrekkenden, 50% zelfstandigen en 22% gemengde tewerkstelling).

### 2.2 Van enkel vergoedingen per prestatie naar ook forfaitaire vergoedingen

De financiering van de thuisverpleging in België evolueerde de laatste decennia van een eenvoudig systeem met een betaling per prestatie naar een meer gesofisticeerd model met ook forfaitaire vergoedingen.

De hervormingen die sinds de jaren 1990 werden doorgevoerd, beoogden een beter evenwicht tussen toegang tot zorg, kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering. Bij patiënten met een zware of langdurige zorgbehoefte kan de zorg heel moeilijk in afzonderlijke prestaties worden opgesplitst. Voor hen voorziet het RIZIV een forfaitaire betaling per dag, per patiënt. Voorbeelden hiervan zijn zorgbehoevende ouderen en palliatieve patiënten. De hoogte van het toegekende forfait hangt af van de zorgbehoefte, die wordt ingeschat met behulp van de Katz-schaal (zie verder, sectie 3.2).

De forfaitaire vergoedingen werden ingevoerd om het risico op overconsumptie of onnodige zorgprestaties te verkleinen. Bovendien wordt via de forfaits getracht verpleegkundigen te stimuleren om zorg te plannen in functie van de totale zorgbehoefte van de patiënt in plaats van zich enkel op losse taken te focussen. Tevens is de administratieve last kleiner dan bij een betaling per afzonderlijke prestatie.

Thuisverpleegkundigen kunnen daarnaast ook **toelagen** krijgen voor professionele ontwikkeling, bepaalde competenties (bv. diabetes- of wondzorg) en investeringen in technologie (bv. bijhouden van elektronische patiëntendossiers).

De diensten voor thuisverpleging kunnen ook een **forfaitaire tegemoetkoming ontvangen voor hun coördinerende werk**. Hiervoor moeten ze voldoen aan strenge eisen inzake o.a. personeelsbeheer en het organiseren van bijscholingen.

De meeste terugbetaalde prestaties en forfaits voor thuisverpleging kan u vinden [in artikel 8 van de nomenclatuur](#).

### 2.3 Meer complexe en gespecialiseerde zorg

Uit een analyse van de gegevens van het RIZIV blijkt dat tussen 2015 en 2023 de uitgaven voor **meer complexe en technische zorg** (bv. complexe wondzorg, toediening geneesmiddelen via intraveneuze toegangsweg, voorbereiding en toediening van medicatie bij chronische psychiatrische patiënten) zijn toegenomen. Vooral de uitgaven voor complexe wondzorg en palliatieve zorg stegen sterk. Het aandeel van de basiszorg (routinebezoeken, hygiëne, eenvoudige injecties) stagneerde of daalde.

Opvallend is dat ongeveer 58% van de uitgaven binnen thuisverpleging (artikel 8 nomenclatuur) gaat naar de forfaitaire vergoedingen (Katz-forfaits A, B en C).

Meer informatie over de financiering van thuisverpleging in ons land vindt u in Hoofdstuk 1 van het wetenschappelijke rapport.



## 2.4 Welke patiënten krijgen thuisverpleging?

Op basis van een analyse van de '[Permanente Steekproef](#)' stelden we vast dat in 2023 ongeveer 880 000 patiënten thuisverpleging kregen. Dit komt neer op bijna 8% van de bevolking, en een jaarlijks RIZIV-budget van ongeveer 2 miljard euro.

Ongeveer 24% van deze patiënten (tegenover 19% in 2015) kwam in aanmerking voor een forfaitaire vergoeding (Katz-forfaits A, B, C of een palliatief forfait). Het bedrag ten laste van de ziekteverzekering voor patiënten in de meest afhankelijke forfaitaire categorieën (Katz C, palliatief) bedraagt ongeveer € 13 000 per jaar.

Een groot percentage van de patiënten (74%) ontvangt echter alleen zorg die vergoed wordt via een betaling per prestatie. Ongeveer 15% van de patiënten krijgt hygiënische zorg vergoed via een betaling prestatie, al dan niet in combinatie met andere prestaties. Het gemiddelde jaarlijkse bedrag ten laste van de ziekteverzekering per patiënt uit deze groep bedraagt € 1 997. De grootste groep patiënten (59%) krijgt zorg (zonder hygiënische zorg) vergoed via een betaling per prestatie. De meest gefactureerde activiteiten zijn daar het toedienen van medicatie via een subcutane of intramusculaire injectie en het verzorgen van complexe wonden. Het gemiddelde jaarlijkse bedrag ten laste van de ziekteverzekering per patiënt uit deze groep bedraagt € 345.

Meer informatie over de patiëntprofielen binnen thuisverpleging in ons land vindt u in Hoofdstuk 2 van het wetenschappelijke rapport.

## 2.5 Mening van de stakeholders over het huidige financieringsmodel

We vroegen de belangrijkste stakeholders van de sector (thuisverpleegkundigen en hun vertegenwoordigers, vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, de academische sector en de eerstelijnszorg) naar hun mening over het huidige financieringsmodel. Volgens hen:

- biedt het huidige systeem met **betaling per prestatie** het voordeel van de flexibiliteit bij het factureren van afzonderlijke verpleegkundige taken bij eenvoudige en kortdurende zorgvragen. Het is echter te sterk gericht op prestaties, wat kan leiden tot inefficiëntie, fraude en een te grote focus op terugbetaalbare in plaats van echt noodzakelijke zorg.
- houden de **forfaitaire betalingen**, die zorg financieren op basis van fysieke afhankelijkheid, geen rekening met de veranderende behoeften van de patiënt, zoals psychosociale, gedrags- en cognitieve zorgbehoeften (bv. bij personen met dementie). Ook kunnen ze ertoe bijdragen dat de afhankelijkheid van de patiënt in stand wordt houden in plaats van in te zetten op het stimuleren van zelfzorg, of dat de afhankelijkheid hoger wordt ingeschat dan de realiteit ('*upcoding*').
- heeft de **overheid** als betaler **slechts een beperkt inzicht** in de operationele werking van praktijken thuisverpleging, wat leidt tot inefficiëntie en problemen bij het organiseren van het beleid.
- worden **preventie, patiënteducatie en zorgcoördinatie** niet aangemoedigd.

Meer details over onze interviews met de stakeholders vindt u in Hoofdstuk 4 van het wetenschappelijke rapport.



### 3 WAT OMVAT HET PILOOTPROJECT?

#### 3.1 Doel van een nieuwe financiering

Het hoofddoel van de nieuwe financiering is het bevorderen van een andere manier van werken die beter afgestemd is op de reële zorgbehoeften van de patiënten en de zelfredzaamheid van patiënten stimuleert. Ze moet ook zorgen voor minder werkdruk en hogere jobtevredenheid bij de verpleegkundigen en zorgkundigen, en meer ruimte bieden tot samenwerking met andere zorgprofessionals.

#### 3.2 Wat houdt de nieuwe financiering in?

Een aantal praktijken thuisverpleging (de 'pilotpraktijken') zal gerekruteerd worden om het nieuwe financieringsmodel uit te testen in een pilotproject. Dit zal binnen een aantal maanden van start gaan.

De praktijken ontvangen een **stimulerende praktijkfinanciering** om niet-patiëntgebonden activiteiten op praktijkniveau te stimuleren (bv. expertise ontwikkeling, opzetten samenwerkingsverbanden met andere sectoren). Dit bedrag zal worden toegekend op basis van een aantal criteria (bv. organiseren 24/7 beschikbaarheid, beschikbaarheid van referentieverpleegkundigen in diabetes- en wondzorg, beleid omtrent permanente bijscholing van verpleeg- en zorgkundigen). Elk criterium leidt tot punten, en de som van de punten bepaalt de hoogte van het toegekende bedrag.

De verpleegkundigen en zorgkundigen in de pilotpraktijken worden **betaald per uur** voor directe en indirecte zorg (bv. communicatie met andere zorgverleners, teammeetings). Ook zal er rekening gehouden worden met verplaatsingstijd.

Daarnaast wordt de **BelRAI** geïntroduceerd. Zowel de **Katz-schaal**, die vandaag wordt gebruikt, als de BelRAI zijn meetinstrumenten om de afhankelijkheid en de daarbij horende zorgbehoeften van een patiënt in te schatten. De Katz-schaal gaat na in welke mate een patiënt dagelijkse activiteiten kan uitvoeren, zoals eten, drinken en dagelijkse hygiëne. Op basis van deze meting wordt er beslist of een patiënt in aanmerking komt voor een forfaitaire vergoeding, en hoe hoog dat bedrag is (zie sectie 2.2).

BelRAI kijkt daarnaast ook naar de mate waarin een patiënt nog in staat is om dagelijkse activiteiten zoals koken, huishoudelijke taken, enz. uit te voeren, en naar eventuele psychische, cognitieve en gedragsproblemen. Tijdens de pilotfase zullen de pilotpraktijken zowel de BelRAI als de Katz-schaal gebruiken. De beoordeling met BelRAI moet verpleegkundigen ondersteunen bij de overgang van een activiteit-gedreven naar een behoefte-gedreven zorg.

#### 3.3 Governance structuur pilotproject

Er is een **governance structuur** opgezet voor het beheer van het pilotproject. De ziekenfondsen, de sector van de thuisverpleging en het RIZIV maken hiervan deel uit, met het Verzekeringscomité (RIZIV) als eindverantwoordelijke. Het KCE is op verschillende niveaus van de governance structuur vertegenwoordigd, maar heeft alleen een adviserende rol en draagt enkel de eindverantwoordelijkheid voor de wetenschappelijke evaluatie van het pilotproject.

Meer details over het pilotproject vindt u in Hoofdstuk 3 van het wetenschappelijke rapport.

#### 3.4 Mening van de stakeholders

We interviewden verschillende stakeholders (vertegenwoordigers van de sector thuisverpleging, vertegenwoordigers van ziekenfondsen, de academische sector en van de eerstelijnszorg) over hun verwachtingen van het nieuwe model en de factoren die de invoering ervan kunnen ondersteunen of belemmeren.

### 3.4.1 Een belangrijk momentum na twee decennia van debat

Volgens de stakeholders is het nieuwe systeem het resultaat van een langdurig debat van meer dan 20 jaar, dat uitmondde in een 'Belgisch compromis', met een combinatie van forfaitaire financiering op praktijkniveau (of stimulerende praktijkfinanciering) en een betaling per uur. Alhoewel er in de conceptnota over de nieuwe financiering verwezen wordt naar KCE rapport 122 om de noodzaak van een nieuwe financiering te onderbouwen, verschilt het voorgestelde financieringsmechanisme van wat het KCE in 2010 aanbevolen heeft. Het huidige voorstel is wel geïnspireerd op praktijkvoorbeelden uit Nederland en Frankrijk maar is toch meer gebaseerd op onderhandelingen dan op een diepgaande analyse van goede internationale praktijken of wetenschappelijke literatuur. Het pilootproject wordt beschouwd als een belangrijk momentum om een nieuwe 'future proof' financiering voor de thuisverpleging uit te werken.

### 3.4.2 Voor- en nadelen van de nieuwe financiering

De stakeholders zien de **forfaitaire financiering op praktijkniveau** als een middel om thuisverpleging te professionaliseren, expertise te verhogen, zorgkwaliteit te ondersteunen en samenwerking tussen de sector thuisverpleging, ziekenhuizen en eerstelijnsnetwerken aan te moedigen. Ze zal, volgens stakeholders, ook de beleidsvoering voor de overheid bevorderen door via een verbeterde gegevensverzameling meer transparantie te creëren over de organisatie en werking van praktijken thuisverpleging. Hun bezorgdheid is wel dat de administratieve last kleinere praktijken, en vooral zelfstandige verpleegkundigen kan afschrikken om deel te nemen aan het pilootproject.

Volgens hen maakt de **betaling per uur** een einde aan de prestatiegerichte betaling en opent het de deur naar meer holistische en patiëntgerichte zorg. Dit komt de patiëntervaring, de begeleiding bij zelfzorg, de werktevredenheid van verpleegkundigen en zorgkundigen, taakverdeling en samenwerking met andere sectoren ten goede. Het systeem ondersteunt volgens hen kwaliteitsvollere zorg door ook tijdsintensieve verpleegkundige taken te vergoeden die verder gaan dan louter technische handelingen, en biedt ruimte voor patiënteducatie, preventieve zorg en coördinatie – zaken waarvoor er vandaag geen specifieke financiering voorzien is.

Toch zien ze ook risico's, zoals een inefficiënt tijdsgebruik door verpleegkundigen wat zeker vermeden moet worden in tijden van personeelsschaarste. Bovendien is het nog onzeker of dit zal leiden tot een daling of stijging van de inkomsten van de deelnemende praktijken.

### 3.4.3 En op langere termijn?

Sommigen stakeholders zien in het financieringsmodel dat wordt uitgetest wel degelijk een financieringsmodel voor de toekomst dat verder kan worden uitgerold bij een positieve evaluatie. Andere stakeholders zien het eerder als een middel om gegevens te verzamelen die verdere hervormingen kunnen ondersteunen. De meningen over hoe dit financieringsmodel er in de toekomst zal uitzien, lopen uiteen.

Na afloop van het pilootproject zou dit volgens sommige stakeholders, op basis van de wetenschappelijke evaluatie, ook kunnen uitmonden in een hybride systeem, waarin naast een financiering op basis van tijd ook elementen van een betaling per prestatie en forfaitaire financiering worden opgenomen.

Het is volgens sommige stakeholders ook niet uitgesloten dat het nieuwe systeem naast een (aangepaste) versie van het huidige blijft bestaan. Anderen pleiten voor een meer fundamentele hervorming richting populatiegerichte financiering en sector-overschrijdende geïntegreerde zorg.

Men is het wel eens over de noodzaak van een gedegen wetenschappelijke evaluatie om na de pilootfase op een onderbouwde manier beslissingen te kunnen nemen over een toekomstig financieringsmodel voor thuisverpleging in België. De bezorgdheid werd wel geuit dat de omslag naar een nieuwe manier van werken tijd in beslag zal nemen en de eindevaluatie mogelijks te vroeg komt om de verwachte effecten te zien.

Meer details over onze interviews met de stakeholders vindt u in Hoofdstuk 4 van het wetenschappelijke rapport.



## 4 ONDERZOEKSPROTOCOL: HOE VOEREN WE ONZE EVALUATIE UIT?

### 4.1 Uitwerken van een evaluatiekader

We werkten een evaluatiekader uit dat een leidraad vormt voor de wetenschappelijke evaluatie. Het kader vermeldt o.a. de belangrijkste te meten uitkomsten (bv. jobtevredenheid, patiënttevredenheid) en processen (bv. taakdelegatie). Hiervoor baseerden we ons op de input van de stakeholders (zie sectie 3.3) en het overleg tijdens de voorbereiding van de pilootstudie.

Meer informatie over het evaluatiekader vindt u in Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport.

### 4.2 Controle- en pilootpraktijken met telkens drie momenten van dataverzameling

Een evaluatie van een nieuw financieringssysteem vergt een vergelijkingsbasis. In het studieprotocol opteren we voor metingen voor, tijdens en na de pilootfase bij de pilootprojecten, zodat pilootpraktijken hun eigen controle kunnen zijn. Daarnaast werken we met een controlegroep, zodat een vergelijking mogelijk is met praktijken die niet in de nieuwe financiering zijn gestapt. Het studieprotocol voorziet dus:

- **controlepraktijken** die we zullen selecteren op basis van gelijkaardige kenmerken (bv. praktijkgrootte, ligging, werkstatuut, taal) als die van de **pilootpraktijken**. De controlepraktijken krijgen nog steeds de bestaande financiering. Er wordt hen wel gevraagd om deel te nemen aan bepaalde metingen;
- **drie momenten van dataverzameling**: één voor de aanvang van het pilootproject (pre-meting), de volgende na 1 jaar (tussentijdse meting) en de laatste na 2 jaar (post-meting). Deze drie meetmomenten vinden plaats zowel bij de piloot- als de controlepraktijken. Hierdoor kunnen we niet alleen evalueren wat er verandert bij de pilootpraktijken na het invoeren van de nieuwe financiering. Het laat ook toe om deze verandering doorheen de tijd te vergelijken met eventuele veranderingen bij de controlepraktijken.

### 4.3 Hoeveel deelnemende praktijken en zorgverleners zijn er nodig?

De conceptuele nota die besproken werd door het Verzekeringscomité, gaat uit van een scenario met pilootpraktijken waarin in totaal 1 000 VTE (voltijds equivalenten verpleegkundigen en zorgkundigen) actief zijn.

Dit is echter niet strikt noodzakelijk om statistisch significante effecten van de nieuwe financiering te kunnen vaststellen. Het is wel belangrijk dat er voor elke drie deelnemende pilootpraktijken minstens één controlepraktijk is. Volgens onze berekeningen varieert het totaal aantal verpleegkundigen en zorgkundigen dat over piloot- en controlepraktijken verdeeld is van minimaal 260 (indien elke pilootpraktijk een controlepraktijk heeft) tot 350 (indien er voor elke drie pilootpraktijken één controlepraktijk is). Dit is het vereiste minimum aantal op het einde van de studie. Bij de rekrutering dient er een reserve te worden ingebouwd om rekening te houden met drop-outs tijdens het verloop van de studie.

### 4.4 Combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden

We zullen verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden van dataverzameling combineren (*mixed-method*). De kwantitatieve benadering zal vooral de zorg onder de nieuwe financiering beschrijven (bv. tijdsbesteding verpleegkundigen, type zorgactiviteiten) en de impact op uitkomsten evalueren (bv. werktevredenheid, patiënttevredenheid, kosten ziekteverzekering). De bedoeling van de kwalitatieve gegevensverzameling is om o.a. contextuele factoren, veranderingsmechanismen, facilitatoren en barrières voor het nieuwe financieringsmodel in kaart te brengen en de redenen te kennen waarom sommige praktijken zich geen kandidaat stellen voor, of terugtrekken uit het pilootproject.

Het **kwantitatieve luik** bestaat uit de volgende elementen:

- Gegevensverzameling via **enquêtes bij verpleegkundigen, zorgkundigen en patiënten**. Op die manier kunnen we snel en flexibel bij de zorgverleners gegevens inzamelen over o.a. werktevredenheid, risico op burn-out, ervaren zorgkwaliteit, taakverdeling, niet-verleende zorg, werkdruk en autonomie. Patiënten zullen we o.a. bevragen over hun tevredenheid en de patiëntgerichtheid van de zorg.
- Een analyse van **administratieve gegevens** van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) zal ons inzicht geven over de zorgkosten, de verleende zorg (bv. aantal bezoeken per verpleegkundige), aantal hospitalisaties, enz.
- Dankzij de analyse van **nieuwe, specifieke facturatiecodes** zullen we de tijd kunnen berekenen die besteed wordt aan directe en indirecte zorg, en aan verplaatsingen. Deze gegevens zullen niet beschikbaar zijn voor de controlegroep. Een vergelijking met de huidige financiering is daardoor niet mogelijk. Toch kunnen ze waardevolle inzichten leveren over welke verpleegkundige activiteiten er plaatsvinden bij een vergoeding per uur. Dit betreft ook activiteiten die nu niet vergoed worden (bv. begeleiding bij zelfzorg, preventie en patiëntenvoorlichting). Bovendien zal het informatie opleveren over de tijdsbesteding per patiënt (directe en indirecte zorg, verplaatsingstijd) en de tijdsbesteding per verpleegkundige.
- De **BelRAI-beoordelingen in de pilootpraktijken** zullen ons een beter en vollediger beeld geven van de zorgbehoeften van patiënten, en maken het mogelijk om deze te koppelen aan de bestede tijd en het type zorg. Een belangrijk nadeel is ook weer hier dat de BelRAI-gegevens net als de nieuwe facturatiecodes niet beschikbaar zijn voor de controlepraktijken. Daardoor zullen we geen directe vergelijkingen kunnen maken tussen de huidige en nieuwe financiering.
- De **registratie op praktijkniveau** zal ons toelaten om de pilootpraktijken in kaart te brengen, bv. op vlak van aantal medewerkers, beschikbare expertise en bijscholingsbeleid. Ze maakt ook een procesevaluatie van de implementatie van de interventie (i.e. nieuwe financieringsmechanisme en BelRAI beoordeling) mogelijk. Een voorbeeld hiervan is het meten van het aantal verpleegkundigen per praktijk dat is opgeleid om een BelRAI-beoordeling af te nemen.

We zullen **kwalitatieve gegevens** verzamelen door focusgroepen en diepte-interviews te organiseren met stakeholders uit de hele sector, waaronder managers, praktijkcoördinatoren, verpleeg- en zorgkundigen en vertegenwoordigers van de sector thuisverpleging bij de overheid. Zo krijgen we beter zicht op wat verandering mogelijk maakt of juist tegenhoudt, en op factoren die het gebruik en de resultaten van het financieringsmodel beïnvloeden.

Het pilootproject is ambitieus en bepaalde elementen zoals de BelRAI en de pseudocodes voor de facturatie werden geïnitieerd op vraag van de sector thuisverpleging en ziekenfondsen zelf, eerder dan op vraag van het KCE. Alhoewel dit zal resulteren in een dataverzameling die een rijk beeld kan opleveren over de patiëntenzorg binnen pilootpraktijken, zijn er ook risico's aan verbonden. Dit werd ook bevestigd door de wetenschappelijke validatoren van het rapport. Zo kunnen deze vereisten een drempel zijn om deel te nemen aan de studie maar kunnen ze ook interfereren met de beoogde effecten van de nieuwe financiering (bv. impact van bijkomende registratievereisten op jobtevredenheid).

Tot slot, het KCE engageert zich om gedurende een periode van minstens drie jaar dit pilootproject op te volgen en tussentijds (rapport 2) en na twee jaar (rapport 3) te evalueren. De wetenschappelijke evaluatie die zal worden uitgevoerd richt zich dus zowel op een beoordeling van het effect van de interventie als de implementatieaspecten ervan.

Meer details over ons onderzoeksprotocol vindt u in Hoofdstuk 6 van het wetenschappelijke rapport.



## ■ AANBEVELINGEN

In het kader van de wetenschappelijke evaluatie van beleidsinitiatieven, zoals organisatie- en financieringsmodellen, onderstreept de Raad van Bestuur het belang van een methodologisch robuuste onderzoekopzet. Zij beveelt aan dat interventies zodanig worden vormgegeven dat een wetenschappelijk kwaliteitsvolle evaluatie – inclusief randomisatie waar haalbaar – mogelijk is. De Raad van Bestuur engageert zich ertoe hierin een actieve en faciliterende rol op te nemen.



## COLOFON

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Titel:                                   | Evaluatie van een nieuwe financiering voor thuisverpleging – Synthese                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Auteurs:                                 | Koen Van den Heede (KCE), Cécile Camberlin (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Laurence Kohn (KCE), Roos Leroy (KCE), Helena Van Deynse (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Project facilitator:                     | Els Van Bruystegem (KCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Data extractie, transformatie en upload: | Stephan Devriese (KCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Redactie synthese:                       | Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Externe experts:                         | Jean-Marie Collin (Axiosinfi), Kelly De Caluwé (Wit-Gele Kruis), Uschi De Coster (Wit-Gele Kruis), Anja Declercq (LUCAS – KU Leuven), Céline De Spiegeleire (Mutualité chrétienne (MC)), Jannie Hespel (i-mens), Benoît Mores (Landsbond der Onafhankelijke Ziekenfondsen (LOZ)), Sandrina Peeters (e-Vita), Edgard Peters (Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD)), Magali Pirson (Université libre de Bruxelles (ULB)), Julien Pot (Solidaris), Stefaan Sarens (Wit-Gele Kruis), Walter Sermeus (KU Leuven), Daphné Thirifay (UNion En Soins de SANTé (UNESSA)), Peter Van Bogaert (Universiteit Antwerpen (UA)), Hendrik Van Gansbeke (Wit-Gele Kruis), Geert Verbeke (KU Leuven), Dieter Vercammen (Alliantie Artsenbelang, Domus Medica), Lode Verspeelt (Mederi), Senne Vleminckx (UA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Externe validatoren:                     | Jonathan Drennan (University College of Dublin, Ireland), Eva Goossens (UA, Universitair ziekenhuis Antwerpen (UZA)), Patrick Jeurissen (Radboud universitair medisch centrum, the Netherlands)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Acknowledgements:                        | Ahmed Assi (FASD), Marijke Borghgraef (Möbius), Stijn Camps (Team Zorg), Carolien Cavents (Wit-Gele Kruis), Tina Denoo (i-mens), Siska Germonpré (Solidaris), Stephanie Hillen (Wit-Gele Kruis), Alexandre Lardeur (INAMI – RIZIV), Ann Luyckx (Wit-Gele Kruis), Lore Malfait (RIZIV – INAMI), Pacho Mampa Siziwando (ASD), Carl Michiels (RIZIV – INAMI), Astrid Poulissen (Möbius), Ingrid Van Deuren (i-mens), Liliane Van Gestel (Wit-Gele Kruis), Severine Van Hoecke (KPMG), Mathijs Vandenbroucke (KPMG), Johan Vanoverloop (Solidaris), Patrick Verliefde (RIZIV – INAMI), Peter Vermeir (UZ Gent), Wendy Wauters (Ronde van Bas (via Mederi)), Didier Willaert (Solidaris)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Belangen KCE experts:                    | <p>Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen.</p> <p>Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen) die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experts die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experts leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.</p> |



Gemelde belangen: Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijk een zekere graad van belangenconflict.

Layout: Ine Verhulst

**Disclaimer:**

- De externe experten 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: 10 juli 2025

Project nummer: 2024-52-HSR

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Home Nursing; Nursing care; Financing, organized; Financing, Government

NLM classificatie: WY 200

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2025/10.273/20

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?

Van den Heede K, Camberlin C, Detollenaere J, Kohn L, Leroy R, Van Deynse H, Van de Voorde C. Evaluatie van een nieuwe financiering voor thuisverpleging – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2025. KCE Reports 405As. D/2025/10.273/20.

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

<https://doi.org/10.57598/R405AS>