

## SYNTHESE

# CONCEPTUEEL KADER VOOR DE HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING





## Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programmawet (1) van 24 december 2002 (artikelen 259 tot 281) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

### Raad van Bestuur

	<b>Effectieve Leden</b>	<b>Plaatsvervangende Leden</b>
Voorzitter	Pierre Gillet	
Leidend ambtenaar RIZIV (vice-voorzitter)	Jo De Cock	Benoît Collin
Voorzitter FOD Volksgezondheid (vice-voorzitter)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Voorzitter FOD Sociale Zekerheid (vice-voorzitter)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur-generaal FAGG	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Vertegenwoordigers Minister van Volksgezondheid	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Vertegenwoordigers Minister van Sociale Zaken	Lambert Stamatakis	Claudio Colantoni
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Vertegenwoordigers Ministerraad	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniel Devos	Wilfried Den Tandt
Intermutualistisch Agentschap	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Beroepsverenigingen van de artsen	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Ziekenhuisfederaties	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Sociale partners	Rita Thys	Catherine Rutten
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Kamer van Volksvertegenwoordigers	Lieve Wierinck	



## Controle

Regeringscommissaris

Steven Sterckx

## Directie

Algemeen Directeur  
Adjunct Algemeen Directeur  
Programmadirectie

Raf Mertens  
Christian Léonard  
Kristel De Gauquier  
Dominique Paulus

## Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)  
Doorbuilding (10<sup>e</sup> verdieping)  
Kruidtuinlaan 55  
B-1000 Brussel  
België

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>



## SYNTHESE

# CONCEPTUEEL KADER VOOR DE HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING

EINDREDACTIE: CARINE VAN DE VOORDE, KOEN VAN DEN HEEDE, RAF MERTENS

CO-AUTEURS: LIEVEN ANNEMANS, REINHARD BUSSE, STEFAAN CALLENS, GUY DURANT, ALEXANDER GEISSLER, PAUL GEMMEL, JOHAN KIPS, BRUNO KRUG, JON MAGNUSSEN, MAGALI PIRSON, WILM QUENTIN, WALTER SERMEUS



## COLOFON

- Titel:** Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering – Synthese
- Auteurs:** Eindredactie: Carine Van de Voorde (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Raf Mertens (KCE)  
Co-auteurs: Lieven Annemans (Universiteit Gent), Reinhard Busse (Technische Universität Berlin, Germany; European Observatory on Health Systems and Policies), Stefaan Callens (KU Leuven), Guy Durant (Université catholique de Louvain), Alexander Geissler (Technische Universität Berlin, Germany), Paul Gemmel (Universiteit Gent), Johan Kips (KU Leuven), Bruno Krug (CHU Mont-Godinne), Jon Magnussen (Norwegian University of Science and Technology, Norway), Magali Pirson (Université libre de Bruxelles), Wilm Quentin (Technische Universität Berlin, Germany; European Observatory on Health Systems and Policies), Walter Sermeus (KU Leuven)
- Project coördinatie:** Carine Van de Voorde (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Nathalie Swartenbroekx (KCE)
- Reviewers:** Sophie Gerkens (KCE), Christian Léonard (KCE), Mattias Neyt (KCE), Caroline Obyn (KCE), Karin Rondia (KCE), Nathalie Swartenbroekx (KCE), Stefaan Van de Sande (KCE), Geneviève Veereman (KCE)
- Externe experten:** Geoff Ballinger (Canadian Institute for Health Information, Canada), Robert Berenson (Urban Institute, US), David Bernstein (Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, France), Karen Bloor (University of York, UK), Desie Dircks (Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), the Netherlands), Dana Forgione (The University of Texas at San Antonio, US), Pascal Garel (HOPE – European Hospital and Healthcare Federation), Simon Hölzer (SwissDRG AG, Switzerland), Jean-Paul Juchem (Ministère de la sécurité sociale, Luxembourg), Jung-Hoe Kim (Health Insurance Review and Assessment Service, South-Korea), Peer Köpf (Deutsche Krankenhaus-Verzeichnis, Germany), Madelon Kroneman (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), the Netherlands), Julian Pettengill (Medicare Payment Advisory Commission (MEDPAC), US), Lisbeth Serden (Socialstyrelsen, Sweden), Michael Stewart (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (OMHLTC), Canada), Raúl Suarez (Universitätsspital Zürich, Switzerland), Johan van Manen (Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), the Netherlands), Steve Wright (European Centre for Health Assets and Architecture)
- Stakeholders:** In alfabetische volgorde:  
Lieven Annemans (Universiteit Gent), Jan-Piet Bauwens (Algemeen Belgisch Vakverbond (ABVV)), Jan Beeckmans (Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België; UZ Brussel), Xavier Benez (Union Nationale des Mutualités Libres (UNML)), Jean-Pierre Bronckaers (Landsbond van Liberale Mutualiteiten (LLM)), Pascal Burlet (Centrale Nationale des Employés (CNE)), Piet Calcoen (Assuralia), Stefaan Callens (KU Leuven), Françoise Clément (Pharma.be), Linda Cloostermans (Confédération de Syndicats Chrétiens (CSC)), Marie-Christine Closon (Université catholique de Louvain), Benoît Collin (INAMI – RIZIV), Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV), Luc De Clercq (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)), Jo De Cock (RIZIV – INAMI), Ri De Ridder (RIZIV – INAMI), Olivier de Stexhe (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales



(FNAMS)), Jacques de Toeuf (Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSVM)), Katia Debaetselier (ICURO), Christiaan Decoster (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Peter Degadt (Zorgnet Vlaanderen), Bart Dehaes (Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (VBS)), Guy Delrée (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG); Forum des Associations de Généralistes (FAG)), Jean-Luc Demeere (Groupement des unions professionnelles Belges de médecins spécialistes (GBS)), Thierry Derème (Praticiens Hospitaliers des Institutions de Soins Publiques (PHISOP)), Dirk Dewolf (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Annemie Doms (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Eric Dubois (Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique (CGSLB)), Guy Durant (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB); Cliniques universitaires St. Luc; Université catholique de Louvain), Martine Duyck (Union Nationale des Mutualités Neutres (UNMN)), Johan Eykens (FeBelGen), Micky Fierens (La Ligue des Usagers des Services de Santé, (LUSS)), Cécile Fontaine (Cabinet de la Ministre Onkelinx), Peter Fontaine (AZ Delta Roeselare), Paul Gemmel (Universiteit Gent), Philippe Gérard (Service public de Wallonie), Eddy Gers (Belfius), Simona Ghitescu (la Communauté française), Denis Gilles (Praticiens Hospitaliers des Institutions de Soins Publiques (PHISOP)), Pierre Gillet (CHU de Liège), Dieter Goemaere (Cobeprive-Becoprive), Floris Goyens (Assuralia), Hans Hellinckx (UNAMEC), Jean Hermesse (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)), Johan Heselmans (AXXON), Luce Hofmann (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België), Yolande Husden (Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS)), Katrien Kesteloot (Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België; UZ Leuven; KU Leuven), Johan Kips (AZ Sint-Jan Brugge-Oostende; KU Leuven), Bruno Krug (CHU Mont-Godinne), Jean-Marc Laasman (Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS)), David Lefèbvre (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales (FNAMS)), Yves Louis (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)), Michel Mahaux (Santhea), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV), Stéphane Mercier (Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Ingrid Mertens (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Ludo Meyers (Vlaamse Verpleegunie; Jessa Ziekenhuis), Marc Moens (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS); Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (VBS)), Magali Mosbeux (Service public de Wallonie), Bernard Michaux (Belfius), Antoine Monhonval (Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Raymond Moriaux (la Communauté française), Eric Mortier (UZ Gent), Jan Mortier (Algemeen Christelijk Vakverbond (ACV)), Mathias Neelen (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM)), Philippe Olivier (Association Francophone des Médecins-Chefs (AFMC)), Paul Palsterman (Confédération de Syndicats Chrétiens (CSC)), Vinciane Paquay (Union Générale des Infirmiers de Belgique), Magali Pirson (Université libre de Bruxelles), Annick Poncé (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Dirk Ramaekers (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Stéphane Rillaerts (EpiCURA), Robert Rutsaert (Kartel ASGB-GBO), Jean-Pierre Schenkelaars (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)), Marc Selleslach (Algemeen Christelijk Vakverbond (ACV)), Walter Sermeus (KU Leuven), Yves Smeets (Santhea), Pierre Smiets (Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Pierre Tempels (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales (FNAMS); Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Georges Van Cang (Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSVM)), Rob Van den Oever (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Martine Van Hecke (Test-Aankoop), Gert Van Hees (Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België (ACLVB)), Philippe Van Wilder (Union Nationale des Mutualités Libres (UNML)), Wim Vanhecke (Vlaamse Vereniging Hoofdgeneesheren),



	Dieter Vercammen (Domus Medica), Bart Vermeulen (Pharma.be), Katrien Verschoren (Zorgnet Vlaanderen), Patrick Waterbley (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform, VPP), Bert Winnen (RIZIV – INAMI), Dominique Wouters (Association Belge des Pharmaciens Hospitaliers, ABPH)
Externe validatoren:	Gérard de Pouvourville (ESSEC Business School, France), Niek Klazinga (Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, the Netherlands; OECD), Matt Sutton (Institute of Population Health, University of Manchester, UK)
Acknowledgements:	Francis Arickx (RIZIV – INAMI), Cécile Camberlin (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Anja Crommelynck (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Xavier de Bethune (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)), Katrien Kesteloot (Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België; UZ Leuven; KU Leuven), Marleen Louagie (RIZIV – INAMI), Walter Sermeus (KU Leuven), Irm Vinck (KCE) We willen expliciet de vele medewerkers van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid bedanken voor hun constructieve bijdrage aan dit rapport.
Andere gemelde belangen:	Alle experts die in deze studie werden geconsulteerd, zijn geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij de financiering van ziekenhuizen. Bijgevolg kunnen ze potentieel belangen hebben van diverse aard met betrekking tot het onderwerp van deze studie.
Layout:	Ine Verhulst
Coverfoto:	Foto rechts: <a href="http://www.geldersevallei.nl/fotos/album/52/foto-s-gebouw-in-behandeling">http://www.geldersevallei.nl/fotos/album/52/foto-s-gebouw-in-behandeling</a>
<b>Disclaimer:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>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.</b></li><li>• <b>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.</b></li><li>• <b>Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur.</b></li><li>• <b>Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de oriëntaties voor hervorming gericht aan de overheid.</b></li></ul>
Publicatiedatum:	26 september 2014
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Health Care Reform; Health Systems Plans; Prospective Payment System; Fees, Medical; Reimbursement, Incentive





NLM classificatie: WX 157  
Taal: Nederlands  
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)  
Wettelijk depot: D/2014/10.273/65  
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-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R (eds). Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 229As. D/2014/10.273/xx.

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





## ■ VOORWOORD

Veel geluk en vreugde, en een goede gezondheid. Dit is wat we mekaar bij het begin van elk nieuw jaar toewensen. Onze gezondheid is ons inderdaad erg dierbaar, en zodra er iets ernstig misgaat, vestigen we al onze hoop op de geneeskunde. Terecht, zo blijkt, want wat enkele decennia geleden nog ongeneeslijk of zwaar invaliderend was, kan vandaag niet zelden worden genezen of afdoende 'hersteld'. Dé *'repair shop'* bij uitstek is uiteraard het acute ziekenhuis, waar de hoge techniciteit en de hooggespecialiseerde kennis van de moderne geneeskunde samenkomen. Maar naast een focaal punt van steeds verder evoluerende hi-tech en superspecialisatie, zal het ziekenhuis van de toekomst ook antwoorden moeten bieden op de vraag naar een meer integratieve, holistische aanpak van de gezondheidsproblemen van een vergrijzende bevolking, met haar toenemende prevalentie van chronische aandoeningen en multimorbiditeit. En dit alles bovendien tegen de achtergrond van een trend naar meer extramurale zorg, dicht bij de leefomgeving van de patiënt, en een steeds prangender vraag naar economische efficiëntie.

Onder het gewicht van al deze uitdagingen, begint het systeem stilaan in zijn voegen te kraken, en talrijk zijn de stakeholders die vinden dat we aan een grondige hervorming, met name van de financiering van de ziekenhuizen, toe zijn. Misschien is dit wel één van die kantelmomenten waarop iedereen aanvoelt dat de tijd rijp is, en het ogenblik tot handelen is aangebroken. Dan is het zaak om niet te talmen en inderdaad tot actie over te gaan. Maar in welke richting precies – daarover is de consensus dan weer minder groot.

De opdracht die we in oktober 2013 van de Minister ontvingen was nochtans om verder invulling te geven aan de routekaart voor een toekomstige financiering van de ziekenhuizen. Maar wil zo'n routekaart ergens toe leiden, dan moeten er keuzes gemaakt worden – een groot aantal keuzes, op vele niveaus. Hierbij stond het KCE gelukkig niet alleen. Tijdens het hele verloop van dit project hebben vele tientallen actoren uit de ziekenhuiswereld en uit het beleid openhartig hun analyses en visies met ons gedeeld, en hebben opnieuw tientallen experts uit binnen- en buitenland met grote generositeit hun kennis en ervaring ter beschikking gesteld. Wij danken hen hiervoor zeer hartelijk. Niet alle keuzes konden door robuuste wetenschappelijke studies worden onderbouwd, laat staan dat ze door alle actoren worden gedragen – dit zou al te utopisch zijn. Het resultaat is veeleer een complexe evenwichtsoefening, zoekend naar een optimum tussen een aantal, soms diametraal tegenovergestelde doelstellingen, en dit alles binnen de grenzen van wat wetenschappelijk aangetoond is, en wat met enige zin voor realisme haalbaar zou moeten zijn. Daarom ook is deze routekaart geen menukaart, waaruit men naar believen kan kiezen, maar een omvattend conceptueel kader waarin alles aan mekaar vasthangt.

Wij leggen deze ambitieuze routekaart met enige trots, maar ook met de stellige hoop op een concrete invulling op de tafel van de nieuwe regeringen. Deze hervorming zal een hechte samenwerking en heel wat durf en doorzettingsvermogen vergen, maar, zoals de ouden ons leerden: het lot helpt de stoutmoedigen.

Christian LÉONARD  
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS  
Algemeen Directeur



## ■ SAMENVATTING

### INLEIDING

Begin 2013 kondigde de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een 'routekaart aan voor een prospectief financieringssysteem, gebaseerd op pathologieën, die aan de Ministerraad zou moeten worden voorgelegd begin oktober 2013'. Als een eerste stap vroeg de Minister het KCE een vergelijkende analyse te maken van de financieringssystemen, met inbegrip van de vergoeding van medisch specialisten, in een selectie van landen. De focus lag hierbij op de 'lessen die kunnen getrokken worden', met speciale aandacht voor financiële stimulansen voor kwaliteit en zorgintegratie. Dit eerste rapport werd gepubliceerd in oktober 2013.

### SCOPE VAN DE STUDIE

Het huidige rapport is de tweede stap van de routekaart. In november 2013 kreeg het KCE opdracht van de Minister om **kijlijnen uit te zetten voor een hervorming van het financieringssysteem van ziekenhuiszorg in België**. Omdat ziekenhuizen geen geïsoleerde spelers zijn, bekijken we in dit rapport deze vraag vanuit het bredere perspectief van de **rol van het ziekenhuis in het hele zorglandschap**.

De kern van het rapport is een omvattend conceptueel kader voor een hervorming van het financieringssysteem van acute ziekenhuizen, met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen. De financiering van psychiatrische, gespecialiseerde of geriatrische ziekenhuizen behoorde niet tot de opdracht van deze studie.



## METHODEN

De voorstellen tot hervorming zijn gebaseerd op een combinatie van onderzoeksmethoden, waarin een grondig, gestructureerd overleg met stakeholders werd gecombineerd met het zoeken naar relevante onderzoeksresultaten in de vakliteratuur en met een kritische beoordeling van de ervaringen in andere landen.

Het wetenschappelijk rapport bestaat uit twee delen. Het eerste deel beschrijft en analyseert de organisatie en financiering van Belgische ziekenhuizen in de ruimere context van het gezondheidszorgsysteem, waarin we de volgende aspecten belichten:

- de feiten en cijfers van de Belgische organisatie en -financiering van ziekenhuizen, geplaatst in een internationaal perspectief, vooral op basis van de OESO-Gezondheidsstatistieken 2014;
- een feitelijke beschrijving van het huidige Belgische systeem, vooral steunend op juridische documenten en op handboeken;
- een kritische beoordeling van de sterktes en zwaktes van het huidige systeem op basis van Belgische onderzoeksrapporten en een kwalitatief onderzoek over de standpunten van een brede waaier van stakeholders;
- oplossingselementen die aangereikt werden in de kwalitatieve studie of vanuit vroeger onderzoek over het Belgische gezondheidszorgsysteem;
- kernboodschappen die naar voren kwamen uit de feitelijke beschrijving, kritische beoordeling en oplossingselementen.

Het overleg met de stakeholders verliep in verschillende stappen en bestond hoofdzakelijk uit:

- diepte-interviews met 20 sleutelfiguren over de toekomst van de ziekenhuizen in de Belgische gezondheidszorg, sterktes en zwaktes van de huidige ziekenhuisfinanciering en van de verloning van medisch specialisten en oplossingen voor een meer doelmatige toekomstige financiering;
- rondetafelgesprekken over de kwaliteit van zorg, het duale financieringssysteem voor ziekenhuizen, artsenhonoraria en het beheer op macroniveau;

- een workshop met academici met als doel het ontwerp van oriëntaties voor de hervorming kritisch te bespreken;
- overleg met een breed panel van stakeholders en met overheden om het ontwerp van oriëntaties voor de hervorming te toetsen aan hun standpunten, en aanvullende suggesties te krijgen.

Deel II behandelt een aantal specifieke onderwerpen vanuit een internationaal perspectief:

- een internationale vergelijking (10 landen) van de verloning van medisch specialisten door middel van een enquête bij buitenlandse experts, aangevuld met een literatuurstudie over de financiële en andere stimuli voor medisch specialisten; de impact van verschillende financieringsmethoden op de relatie tussen ziekenhuismanagement en specialisten; de keuze van zorgsetting door medisch specialisten;
- voor het hoofdstuk '*Hospital of the future*' werd gekeken naar (1) de juiste balans tussen centralisatie, specialisatie en decentralisatie van ziekenhuisdiensten aan de hand van een literatuurstudie; (2) de vraag welk type zorg in welke zorginstelling moet worden geleverd via een studie van de grijze literatuur; (3) internationale voorbeelden en *best practices* inzake nieuwe rollen voor ziekenhuizen met als doel een meer geïntegreerde zorg te realiseren;
- een internationale vergelijking van de financiering van investeringen (4 landen) en innovatie (7 landen), op basis van grijze literatuur en een selectie *peer-reviewed* artikelen.



## CONCEPTUEEL KADER VOOR DE HERVORMING

Het resultaat van deze studie is een conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering berustend op drie belangrijke pijlers.

Een eerste pijler omvat een **hervorming van het ziekenhuisbudget** (Budget van Financiële Middelen (BFM)) naar een meer prospectieve pathologiefinanciering door de bestaande op *Diagnosis Related Groups* (DRG's) gebaseerde vergoeding uit te breiden en meer te baseren op kosten. Dit zou moeten resulteren in een meer realistische en adequatere financiering die de kosten van de ziekenhuisactiviteit beter dekt maar tegelijkertijd aanzet tot meer efficiëntie.

Een tweede pijler omvat een grondige **hervorming van de honoraria** van de medisch specialisten die in de voorgestelde hervorming niet inbegrepen zijn in het DRG-tarief, maar nog steeds per prestatie betaald worden. De hervorming bestaat uit de volledige afschaffing van afhoudingen op de honoraria, samen met een volledige herberekening van alle tarieven zodat enkel de cognitieve en fysieke 'arbeid' van de arts vergoed wordt, met uitsluiting van alle andere kosten voor verplegend en ander personeel, infrastructuur en investeringskosten. Een deel van het budget van de huidige opdrachten zou naar het BFM moeten gaan om bij te dragen tot het wegwerken van de onderfinanciering. Een ander deel zou moeten gaan naar een investeringsfonds per ziekenhuis dat gezamenlijk wordt beheerd door specialisten en beheerders. De nieuwe tarieven zullen de facto ook leiden tot een herijking van de nomenclatuur tussen de specialismen. Bovendien zou de overheveling van de afhoudingen de drijfveer voor de beheerder om een maximale productie van prestaties te stimuleren, sterk moeten afzwakken.

Een derde pijler omvat een **grondige (her)inrichting van het ziekenhuislandschap** aan de hand van strategische zorgplannen gebaseerd op de behoeften van de bevolking. Deze zorgplannen worden uitgewerkt per geografische 'zorgzone' en moeten samen met de door de overheid verstrekte financiële middelen (op basis van een gesloten budget dat een maximumgrens voor de productie inhoudt), de grenzen uitzetten

waarbinnen de actoren hun aanbod kunnen ontplooiën. De krachtlijnen hierin zijn een vermindering van het aanbod van acute bedden, de centralisatie van zeer gespecialiseerde, complexe of zeer dure diensten, en een zorgaanbod georganiseerd in netwerken per zorgzone, over alle ziekenhuizen en echelons heen.

Naast deze drie basispijlers zijn er nog veel meer elementen nodig om tot een evenwichtig nieuw financieringssysteem te komen:

- een **macrobeleid** gebaseerd op strategische lange-termijn plannen met duidelijke doelstellingen, met een vereenvoudiging en betere integratie van de huidige beheersstructuren en een nieuw evenwicht tussen de rol van overheid, stakeholders (waaronder ook de patiënten) en technische expertise;
- financiële mechanismen om de kwaliteit te bevorderen, met een bijzondere aandacht voor de recente ontwikkelingen in de ziekenhuizen rond **kwaliteitsbeleid** en de rol die een prospectieve DRG-financiering kan spelen om deze te stimuleren en niet te ontmoedigen. Via pilootprojecten en op kleine schaal kan worden geëxperimenteerd met 'pay-for-quality', en met het integreren van prikkels voor kwaliteit in de DRG-financiering (bijv. belonen van *evidence-based* zorg);
- voldoende **ruimte bieden om te investeren** in kosteneffectieve medische **innovaties**, en terugbetalingsbeslissingen veel meer baseren op *Health Technology Assessment (HTA)*. Voor veelbelovende technologieën, waarvoor er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn voor een formele HTA, kan eerst een beperkte '*Coverage with Evidence Development (CED) in Research*' aanpak worden overwogen.

Het is duidelijk dat dit conceptueel kader een set van voorgestelde hervormingen bevat die niet van mekaar kunnen worden losgekoppeld zonder het evenwicht tussen de vele en soms tegenstrijdige doelstellingen die op het spel staan, in het gedrang te brengen. Aan de andere kant kunnen de meeste componenten ervan geleidelijk worden geïmplementeerd, wat een relatief soepele overgang naar het uiteindelijke, volledige systeem mogelijk maakt.



## ■ **SYNTHESE**

### **INHOUDSOPGAVE**

■	<b>VOORWOORD</b> .....	1
■	<b>SAMENVATTING</b> .....	2
	<b>INLEIDING</b> .....	2
	<b>SCOPE VAN DE STUDIE</b> .....	2
	<b>METHODEN</b> .....	3
■	<b>SYNTHESE</b> .....	5
1.	<b>INLEIDING – WAAROM EEN HERVORMING?</b> .....	8
1.1.	WAAROM EEN SYSTEEM HERVORMEN DAT HEEL GOED LIJKT TE FUNCTIONEREN? .....	8
1.2.	ONDER HET OPPERVLAK ZIT EEN DIEPE MALAISE .....	8
1.3.	WIE IS DE KAPITEIN VAN HET SCHIP? .....	11
1.4.	EEN BREED GEDRAGEN GEVOEL VAN URGENTIE .....	13
2.	<b>DRIE COMPLEMENTAIRE PIJLERS VOOR EEN ALOMVATTENDE HERVORMING</b> .....	13
3.	<b>EEN COMBINATIE VAN ONDERZOEKS-METHODEN</b> .....	15
4.	<b>HET ZIEKENHUISBUDGET: EEN STAPSGEWIJZE VERSCHUIVING NAAR EEN NIEUWE MIX VAN FINANCIERINGSSYSTEMEN</b> .....	17
4.1.	DE HUIDIGE MIX VAN INKOMSTENBRONNEN VOOR ZIEKENHUIZEN.....	17
4.1.1.	Een gefragmenteerd case-mix systeem met een vergoeding op basis van verblijfsduur ....	18
4.1.2.	Complexe, ondoorzichtige berekening van het individuele ziekenhuisbudget .....	19
4.1.3.	Prikkels voor meer efficiëntie: te veel? te weinig? .....	19
4.2.	DE BESTAANDE PROSPECTIEVE, OP PATHOLOGIE GEBASEERDE FINANCIERING UITBREIDEN, VERFIJNEN EN STABILISEREN.....	20
4.2.1.	Systeemontwerp: de details maken het verschil.....	22
4.2.2.	Patiënten met chronische of meerdere aandoeningen .....	25
4.3.	AANZIENLIJKE HERSCHIKKINGEN IN DE MACROBUDGETTEN .....	27
5.	<b>DE VERGOEDING VAN MEDISCH SPECIALISTEN: BILLIJKER, EVENWICHTIGER EN TRANSPARANTER</b> .....	28
5.1.	FEE-FOR-SERVICE STAAT ONDER DRUK: WEGEN DE HISTORISCHE VERDIENSTEN NOG STEEDS OP TEGEN DE TEKORTKOMINGEN? .....	28



5.2.	IS ER EEN ALTERNATIEF? .....	29
5.3.	INGRIJPENDE VERANDERINGEN, MAAR HET WAARDEVOLLE BEWAREN .....	30
5.4.	ARTSENHONORARIA IN ZIEKENHUISPOLIKLINIEK EN PRIVATE PRAKTIJK.....	33
5.5.	POTENTIËLE VERDERE ONTWIKKELINGEN.....	34
5.6.	SUPPLEMENTEN .....	34
<b>6.</b>	<b>HET ZIEKENHUISLANDSCHAP: EEN NETWERK IN TWEE LAGEN, DAT NABIJHEID EN UITMUNTENDHEID COMBINEERT .....</b>	<b>35</b>
6.1.	EEN SNEL VERANDERENDE WERELD VRAAGT OM EEN GRONDIGE HERTEKENING VAN HET LANDSCHAP.....	35
6.2.	EEN HERTEKEND LANDSCHAP MET EEN BEHOEFTENGESTUURD AANBOD .....	36
6.3.	'REGIONALE ZIEKENHUIS'-DIENSTEN IN DE NABIJHEID VAN DE PATIËNT .....	38
6.4.	CONCENTRATIE VAN HOOGGESPECIALISEERDE DIENSTEN IN REFERENTIECENTRA .....	41
6.5.	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN: EEN SLEUTELROL IN ONDERWIJS, ONDERZOEK EN TOPKLINISCHE ZORG.....	43
<b>7.</b>	<b>HET MACROBELEID.....</b>	<b>45</b>
7.1.	GEZONDHEIDSBELEID OP BASIS VAN STRATEGISCHE LANGE-TERMIJN PLANNEN MET DUIDELIJKE DOELSTELLINGEN .....	45
7.2.	AFGESLANKTE BEHEERSSTRUCTUREN EN HERDEFINIËREN VAN DE ROL VAN OVERHEID, STAKEHOLDERS EN TECHNISCHE EXPERTISE .....	46
<b>8.</b>	<b>FINANCIËLE STIMULI VOOR KWALITEIT VAN ZORG .....</b>	<b>48</b>
8.1.	PRIKKELS VOOR KWALITEIT INGEBED IN DE DRG-FINANCIERING .....	49
8.1.1.	Belonen van evidence-based zorg, eventueel over de grenzen van het ziekenhuis heen...	49
8.1.2.	Penaliseren van heropnames en iatrogene complicaties? Voorzichtigheid geboden! .....	51
8.2.	PAY-FOR-QUALITY .....	53
8.3.	IN FINE... BETALEN OF NIET BETALEN VOOR KWALITEIT? .....	55
<b>9.</b>	<b>"MEDISCHE INNOVATIE DAAGT KOSTENBEHEERSING UIT": MAKEN WE DE JUISTE KEUZES? .....</b>	<b>56</b>
<b>10.</b>	<b>VEEL WERK VOOR DE BOEG – EERSTE STAPPEN EN DAARNA .....</b>	<b>58</b>
10.1.	VOORBEREIDENDE WERKPAKKETTEN VOOR EEN SUCCESVOLLE IMPLEMENTATIE .....	58
10.2.	EEN GELEIDELIJKE OVERGANG, GESPREID OVER MEERDERE JAREN.....	59





10.3.	HANDEN, TOOLS, EN RUIMTE VOOR EXPERIMENTEN .....	60
■	<b>REFERENTIES</b> .....	<b>61</b>



## 1. INLEIDING – WAAROM EEN HERVORMING?

### 1.1. Waarom een systeem hervormen dat heel goed lijkt te functioneren?

De Belgen zijn zeer tevreden over hun gezondheidszorg – dat blijkt jaar na jaar uit de *Euro Health Consumer Index*.<sup>1</sup> Globaal bezetten we de zesde plaats onder de 35 landen die in de enquête zijn opgenomen. De belangrijkste reden voor dit goede resultaat is de extreem hoge score voor toegankelijkheid: korte wachttijden en directe toegang tot specialistische zorg. Ten aanzien van dit criterium overtreffen we, samen met Zwitserland, veruit alle andere landen.

Wat uitkomstindicatoren betreft, zijn de resultaten minder positief, aangezien we samen met zes andere OESO-landen een gedeelde 12de positie bekleden. Ons systeem is ook **relatief duur**. We besteden 10,9% van ons bruto binnenlands product aan gezondheidszorg en staan daarmee op de vierde plaats in Europa na Nederland, Zwitserland en Frankrijk, maar bijna een kwart van de uitgaven wordt door de patiënt gedragen (2012).<sup>2</sup> Ondanks de vaak minder positieve indicatoren – of het ronduit ontbreken daarvan – is er een breed gedragen overtuiging dat de kwaliteit van onze gezondheidszorg uitstekend is.

Meer in het bijzonder wordt de ziekenhuiszorg geprezen om haar dynamisme en voor het uitgebreide dienstenaanbod: een dicht netwerk van acute ziekenhuizen concurreren met elkaar door het aanbieden van de meest geavanceerde technologie in het grootst mogelijke aantal zorgdomeinen. Met bijna vier acute bedden per 1000 inwoners en maar liefst zeven universitaire ziekenhuizen, behoort België tot de best voorziene West-Europese landen (alleen voorafgegaan door Duitsland en Oostenrijk).

België heeft ook een hoge dichtheid aan artsen – huisartsen zowel als specialisten – en het feit dat zij overwegend per prestatie worden vergoed, wordt gezien als een krachtige drijfveer voor het leveren van tijdige en kwalitatief hoogstaande medische zorg. Stakeholders erkennen dat dit aspect bijdraagt tot een zeer productief, gemotiveerd en ondernemend medisch korps, wat het risico op onderbehandeling verkleint en resulteert in een zeer toegankelijke dienstverlening met weinig of geen wachttijsten.

Een systeem van betaling per prestatie past ook in de cultuur van keuzevrijheid, die diep geworteld zit in onze **liberale geneeskunde**: deze vrijheid van keuze van de zorgverlener (die bijdraagt tot de hoge tevredenheid van patiënten en burgers<sup>3</sup>) wordt door sommige stakeholders beschouwd als een sleutelement voor de zorgkwaliteit, in de zin dat de mensen zouden 'stemmen met de voeten'. Dit veronderstelt echter dat de patiënt goed geïnformeerd is, wat door anderen dan weer wordt betwijfeld.<sup>4</sup>

Sinds de hervorming van 2002, waarbij elementen van prospectieve pathologiefinanciering werden geïntroduceerd via het concept van verantwoorde bedden, is er een duidelijke efficiëntiewinst in de vorm van een kortere verblijfsduur. De capaciteit aan acute bedden is gestaag gedaald en de partiële forfaitarisatie van de ziekenhuisgeneesmiddelen heeft tot aanzienlijke besparingen geleid. Ondanks het gesloten ziekenhuisbudget zijn er geen wachttijsten, noch een opgelegde limiet aan het aantal ziekenhuisopnames.

Op macroniveau wordt het beheer van het systeem gekenmerkt door een overwegend **op onderhandelingen gebaseerd 'overlegmodel'**, wat zorgt voor een diepgaande betrokkenheid van de stakeholders bij het beleid en veel 'pragmatisch realisme' in de uiteindelijke besluitvorming.

Kortom, het schip lijkt een behouden koers te varen. Maar klopt dit wel degelijk, en voor hoe lang nog?

### 1.2. Onder het oppervlak zit een diepe malaise

#### Een chronisch probleem van onderfinanciering

Ondanks de over het algemeen positieve beoordeling van ons ziekenhuissysteem door de algemene bevolking, wordt de wijze waarop het tegenwoordig functioneert en gefinancierd wordt door velen van de belangrijkste stakeholders als op termijn desastreus ervaren. Het meest in het oog springend zijn de alsmaar luider klinkende alarmkreten van ziekenhuisbeheerders dat het zogenaamde **Budget van Financiële Middelen (BFM) steeds minder toereikend** is om de verpleging, het andere (niet-medisch) personeel en de algemene kosten van hun instelling te betalen. Hun belangrijkste klacht is dat men hen een minimale personeelsbezetting, erkenningsnormen en collectieve arbeidsovereenkomsten oplegt, maar dat het geld niet volgt.



Er zijn steeds meer aanwijzingen dat de situatie voor een aantal ziekenhuizen inderdaad echt problematisch wordt. Uit het 19de MAHA-onderzoek (*Model for Automatic Hospital Analyses*) bleek dat de structurele onderfinanciering van verpleegkundigen door middel van het BFM opliep tot -4,3% in 2012 (tegenover -3,1% in 2011). Dit betekent dat voor iedere € 100 omzet een gemiddeld ziekenhuis een verlies van € 4,3 lijdt.<sup>5</sup>

De structurele onderfinanciering van het BFM zou ook **andere perverse effecten hebben**: het dwingt ziekenhuizen tot hogere afhoudingen op artsenhonoraria wat resulteert in meer productie en hogere supplementen. Het kan ook leiden tot inkrimping van personeel.

### Overinvestering en overgebruik

**Pathologiefinanciering** werd in ons land slechts in **gefragmenteerde en zeer partiële vorm geïntroduceerd** en de tarieven zijn gebaseerd op de gemiddelde verblijfsduur en niet op kosten, wat bijdraagt tot de discrepantie tussen inkomsten en kosten.

De post-factum aanpassing van het aandeel van elk ziekenhuis in het globaal gesloten budget is een bron van financiële onzekerheid. Dit plaatst de beheerder voor moeilijke uitdagingen, temeer omdat het mechanisme voor de bepaling van een individueel ziekenhuisbudget zeer complex en ondoorzichtig is geworden. Bovendien wakkert het een hevige concurrentie tussen ziekenhuizen aan en drijft het tot investeringen in *hightech* innovaties om zo hun marktaandeel veilig te stellen. Hoewel dit ongetwijfeld bijdraagt tot een dynamisch, *state of the art* zorgaanbod en instrumentarium, remt het samenwerking en afspraken over taakverdeling. Vanuit een macro-perspectief gezien, leidt het tot een ongerechtvaardigde toename van dure investeringen, met een manifest risico op overproductie en ondoelmatige zorg als gevolg, wat een grote bedreiging vormt voor de duurzaamheid van het gezondheidszorgbudget op macroniveau. Niet minder belangrijk is dat de daaruit voortvloeiende versnippering van competenties en ervaring een ernstige bedreiging voor de zorgkwaliteit vormt, vooral voor zeldzame of complexe aandoeningen.

Overproductie is ook een welbekend risico van een systeem van vergoeding per prestatie. Het zijn de artsen die, via hun medische beslissingen, sturen welke middelen gebruikt worden in ziekenhuizen, bijvoorbeeld via het aanvragen van diagnostische tests, het voorschrijven van geneesmiddelen en het aanvragen en uitvoeren van ingrepen (zie Hoofdstuk 14 van het

wetenschappelijk rapport). **België staat bekend om zijn hoge consumptie** van geneesmiddelen (bijv. antidepressiva<sup>3</sup>), medische beeldvorming (bijv. CT-scans<sup>6,7</sup>), medische hulpmiddelen (bijv. pacemakers<sup>8</sup>) evenals chirurgische ingrepen (bijv. cataractoperaties<sup>9</sup>).

In het huidige systeem lijken deze twee belangrijke drijfveren om meer te produceren elkaar te versterken, en te leiden tot een gevaarlijke spiraal van steeds toenemende uitgaven.<sup>2</sup>

### Herijking van de artsenhonoraria: een patstelling die al veel te lang duurt

In de loop der jaren is de link tussen de hoogte van de artsenhonoraria en objectieve criteria zoals kosten grondig scheefgegroeid. Dit heeft geleid tot aanzienlijke onevenwichten tussen de honoraria voor de meer 'lucratieve', overwegend technische prestaties en de meer zuiver cognitieve prestaties, zoals consultaties, die de nodige tijd vergen voor evaluatie en interactie met de patiënt. Dit heeft op zijn beurt geleid tot **grote inkomensverschillen tussen specialisten**. De schatting is dat de hoogste en laagste inkomens per specialisme gemiddeld met een factor drie verschillen.<sup>10</sup> Toch kunnen afhoudingen op de honoraria en verschillen bij het aanrekenen van ereloon-supplementen leiden tot inkomensverschillen die soms oplopen tot een factor tien, zonder dat dit gepaard gaat met een tienmaal hogere werkbelasting, beroepsrisico of expertise. Hoewel sommige verschillen in de afgelopen tien jaar kleiner zijn geworden, blijven ze een bron van spanning en worden ze door velen gezien als manifest onrechtvaardig. Bovendien dragen ze bij tot een relatieve schaarste aan meer cognitief georiënteerde specialisten, en dit terwijl door het toenemend aantal patiënten met een chronische aandoening juist deze medische disciplines met een meer generalistisch profiel, zoals internisten of geriateren, nodig zullen zijn.

Het feit dat de nomenclatuur niet vaak genoeg wordt herzien of bijgewerkt en dus de prijsdalingen van vele technische prestaties niet volgt, is een probleem dat in vele landen wordt gezien. Echter, de patstelling in het herijkingsproces, dat al lang geleden plaats had moeten vinden, heeft alles te maken met het 50 jaar geleden ingevoerde Belgische overlegmodel waarbij de disciplines met traditioneel sterke vertegenwoordigers betere vergoedingen wisten te bedingen, om voor het overige onduidelijke redenen.



Bijgevolg wordt de nomenclatuurlijst als verouderd ervaren en vaak niet aangepast aan de nieuwste ontwikkelingen in de medische wetenschap en praktijk. De nomenclatuurlijst wordt ook in vele domeinen als te gedetailleerd beschouwd (met momenteel bijna 9000 verschillende codes).

### Interne spanningen over toewijzing en verdeling van middelen

Parallel met de verouderde, weinig doorzichtige nomenclatuur en de even ondoorzichtige en complexe macroverdeling van het BFM, is er ook een structureel gebrek aan transparantie binnen het ziekenhuis zelf met betrekking tot welke kosten uit welke inkomstenbronnen moeten worden betaald. Dit heeft twee grote gevolgen.

Aan de ene kant worden bepaalde meer 'lucratieve' activiteiten of diensten zoals nierdialyse of de ziekenhuisapotheek bijna systematisch aangesproken om de 'tekorten' van andere afdelingen zoals pediatrie of de spoeddienst bij te passen.

Aan de andere kant zijn de inkomsten van de medisch specialisten in de vorm van betaling per prestatie in feite een hybride mix van enerzijds een vergoeding voor de werkelijke intellectuele en fysieke 'arbeid' van de arts en anderzijds van een vergoeding voor de kosten verbonden aan de geboden zorg. Onder laatstgenoemde vallen kosten voor verplegend en ondersteunend personeel, voor het gebruik van verbruiksgoederen en voorzieningen en voor de afschrijving van apparatuur. De Ziekenhuiswet schrijft duidelijk voor dat de medisch specialisten aan deze verschillende kosten moeten bijdragen door aan het ziekenhuis een deel van de geïnde honoraria af te dragen (art. 155). De praktische modaliteiten van deze afhoudingen worden echter grotendeels geregeld in overeenkomsten tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten. De concrete uitvoering kan per ziekenhuis sterk verschillen maar bijna altijd leidt dit tot moeilijke en energieverblindende onderhandelingen tussen de medische staf en het ziekenhuismanagement. Toegegeven, het geeft de artsen een stem in de besluitvorming, en het maakt dat medische staf en ziekenhuismanagement een aantal gemeenschappelijke belangen hebben (zoals maximalisatie van op nomenclatuur gebaseerde inkomsten), maar het wordt toch vooral gezien als een situatie die de geesten afleidt van een gemeenschappelijk, geïntegreerd zorgproject voor de lange termijn. Hoge afhoudingen worden zelfs gezien als een belangrijke prikkel voor artsen om het ziekenhuis te verlaten en hun activiteiten in een private praktijk uit te oefenen.

De spanning die voortvloeit uit de eerder genoemde verschillen in inkomens tussen medisch specialisten doorweeft trouwens alle aspecten van de toewijzing en herverdeling van middelen binnen het ziekenhuis. Ze leidt tot een gebrek aan solidariteit tussen artsen, en het ontbreken van een echt *human resources* (HR) beleid voor artsen in het ziekenhuis maakt de problemen alleen maar erger. Afhoudingen zorgen daarnaast ook voor spanningen tussen artsen en verpleegkundigen. Immers, een deel van de honoraria wordt gebruikt om het salaris van deze verpleegkundigen te betalen, een uitgavenpost die beschouwd wordt als de belangrijkste factor in de onderfinanciering van ziekenhuizen. Bovendien wordt het feit dat het inkomen van de specialisten in absolute cijfers vijf à zes keer, soms zelfs tot tien of meer keer hoger is dan dat van verpleegkundigen en andere zorgverleners eveneens gezien als een mogelijke belemmering voor het in harmonie en wederzijds respect samenwerken rond de patiënt.

### Barrières voor continuïteit en integratie

Het kernconcept van het acute ziekenhuis is episodegericht: een plaats waar oplossingen worden aangeboden voor min of meer ernstige problemen, en veel minder een speler ingebed in een zorgspectrum voor mensen met (vaak meerdere) chronische aandoeningen. Met uitzondering van een beperkt aantal initiatieven zoals de liaisonfunctie in de geriatrische zorg of het multidisciplinair oncologisch consult, zijn er **geen specifieke middelen voorzien voor de coördinatie** vereist voor de longitudinale, multidisciplinaire en geïntegreerde aanpak van chronisch zieken. Zolang de verschillende zorgniveaus en zorgsettings (acute en langdurige zorg, thuiszorg, revalidatie, enz.) los van elkaar opereren, zal het oriënteren van de patiënt naar het voor hem best geschikte niveau niet leiden tot win-win situaties waar uiteindelijk ook het systeem baat bij heeft. Een voorbeeld is de organisatie en financiering van chronische dialyse, waar de huidige vergoeding van de verschillende alternatieven verre van financieel neutraal is voor het ziekenhuis en de nefroloog.<sup>11</sup>



### Kwaliteit wordt niet beloond

Zoals hoger vermeld, wordt het huidige systeem met vrije toegang tot een quasi niet-gerantsoeneerde specialistische zorg door velen beschouwd als een belangrijke troef. De keerzijde van de medaille is dat oneigenlijk gebruik wordt gestimuleerd of dat de patiënt niet noodzakelijkerwijs verwezen wordt naar het meest doelmatige zorgpad. Zowel ziekenhuismanagement als artsen worden aangezet om zoveel mogelijk 'productie' te halen, wat vooral zorgwekkend is op het gebied van diagnostische procedures, waar er haast per definitie geen rem staat op wat er kan worden aangevraagd. Maar tegelijkertijd leidt het systeem ook tot een gefragmenteerde aanpak in plaats van tot integratie en coördinatie (die doorgaans helemaal niet wordt beloond). Kortom, het systeem wordt in hoge mate gestuurd door de individuele zorgverlener, terwijl kwaliteit vraagt om een meer patiëntgestuurde, multidisciplinaire aanpak die de grenzen van de zorginstelling overstijgt. Bovendien zal het huidige financieringssysteem iatrogene of andere complicaties eerder belonen dan penaliseren, terwijl potentiële efficiëntiewinsten door een verbeterde kwaliteit vaak alleen de betaler en niet het ziekenhuis ten goede komen.

### Technologische innovaties dreigen uit de hand te lopen

Het huidige systeem wordt door zijn eigen betalingsmechanismen haast gedwongen in de richting van technologische, vaak op acute zorg gerichte innovaties, terwijl de enorme behoeften aan een innovatieve aanpak op het gebied van kwaliteit, zorgintegratie, doelmatigheid en versterking van de positie van patiënten nooit dezelfde prioriteit krijgen, laat staan gelijkwaardige financiële middelen. Wanneer de terugbetaling het tempo waarop innovaties zich verspreiden niet kan volgen, loopt de patiënt het risico te worden gegijzeld tot het zelf dragen van de volledige financiële verantwoordelijkheid. Erger nog, de **ongecontroleerde verspreiding van onvoldoende geteste medische hulpmiddelen** brengt ook een aanzienlijk risico op iatrogene schade met zich mee. De ziekteverzekering wordt hierbij in de rol van boosdoener geduwd omdat ze de patiënten zorg ontzegt die door dezen, samen met hun artsen, beschouwd wordt als een absolute noodzaak of een 'laatste kans', zelfs als de bewijzen hiervoor alsnog erg mager of tegenstrijdig zijn.

### 1.3. Wie is de kapitein van het schip?

#### Een landschap overheerst door een organisch gegroeid aanbod

Het ziekenhuislandschap, of zelfs het gehele zorglandschap, werd bijna uitsluitend vorm gegeven door historische, contingente beslissingen van autonome actoren, zonder formele link met de behoeften van de bevolking. En de opeenvolgende staats Hervormingen hebben de complexiteit van het landschap en de fragmentatie van de beleidskeuzes voor de gezondheidszorg alleen maar vergroot.

De universitaire ziekenhuizen (inclusief de zogenaamd 'universitaire bedden' in een aantal acute ziekenhuizen) laten – mutatis mutandis – een soortgelijk beeld zien. Ze bieden weliswaar een uitgebreid en zeer toegankelijk aanbod met het hele gamma aan hooggespecialiseerde competenties en diensten. Maar hun geografische spreiding is zeer onevenwichtig en elk ziekenhuis houdt nauwelijks rekening met wat de anderen doen, wat opnieuw leidt tot een 'wapenwedloop' tussen de centra. De universitaire ziekenhuizen zelf beweren dat ze worden ondergefinancierd voor de verschillende taken die ze uitvoeren. Hierbij verwijzen ze meer in het bijzonder naar hooggespecialiseerde zorg voor complexe gevallen, research en onderzoekstaken. Aan de andere kant wordt hun specifieke financiering via het B7 onderdeel van het BFM door de andere ziekenhuizen als te ondoorzichtig beschouwd, en onvoldoende gebaseerd op objectieve criteria.

#### Kunnen kortetermijnonderhandelingen tussen stakeholders een langetermijnvisie genereren?

Op macroniveau verschilt de besluitvorming in het ziekenhuisbeleid niet van deze in de andere domeinen van de gezondheidszorg: ook hier vinden we een emanatie van het Belgische 'overlegmodel' waarin de beslissingen het resultaat zijn van onderhandelingen tussen ziekenfondsen en de representatieve organisaties van zorgverstrekkers of zorginstellingen. In de loop van de tijd heeft het een **veelvoud van raden en commissies** voortgebracht die enorm veel energie spenderen aan het onderhandelen over elke grote of kleine kwestie in hun vaak half overlappende bevoegdheidsgebieden. Meer in het bijzonder heeft de historische scheiding van bevoegdheden tussen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, en de verdere opdeling als gevolg van de meest recente





staatshervorming niet geholpen bij het bekomen van een geïntegreerde, coherente langetermijnvisie, maar heeft het alleen de logheid van de besluitvorming vergroot. Het heeft in elk geval niet geresulteerd in het formuleren van concrete en toetsbare gezondheidsdoelen.

Bijgevolg focust het gezondheidszorgbeleid vooral op de raming van een **jaarlijkse begrotingsdoelstelling**. Bovendien wordt het macrobudget onderverdeeld in specifieke budgetten per discipline en per sector, wat resulteert in een beleid op macroniveau dat uit elkaar valt in concurrerende en nauwelijks met elkaar interagerende 'silo's', die worden verdedigd door hun respectievelijke stakeholders. Deze **'silo-mentaliteit'** vormt een ernstige belemmering voor innovatie en investeringen op lange termijn. Ten eerste wordt, gezien het globale budget gesloten is, de groei van een sector (zelfs indien gewenst en verantwoord) afgeblokt door andere sectoren die onvermijdelijk zouden moeten inkrimpen. Ten tweede is het kortetermijnperspectief moeilijk te verzoenen met investeringen met hoge initiële kosten (bijv. IT-investeringen) waarvan de positieve effecten pas na een paar jaar merkbaar worden.

Op verschillende niveaus in het systeem spelen stakeholders verschillende, soms conflicterende rollen, met als gevolg dat de belangen van de patiënten, die niet rechtstreeks zijn vertegenwoordigd in de beheersstructuren, niet altijd het beste worden gediend. De ontoereikende controle op de registratie van diagnoses, die de grondslag vormt voor de *All Patient Refined* (APR)-DRG-classificatie, is slechts één voorbeeld van dit 'rechter en partij'-probleem. De beleidsmakers kunnen niet echt op hun beslissingen worden aangesproken, zelfs wanneer deze in strijd zijn met *evidence-based* aanbevelingen of aantoonbaar ondoelmatig of ondoeltreffend zijn.

### **Gebruik van objectieve informatie bij de besluitvorming krijgt een onvoldoende**

Dit kan worden geïllustreerd met een recente evaluatie van het gebruik van wetenschappelijke evidentie bij terugbetalingsbeslissingen aan de hand van zes gevalstudies (vervanging van endovasculaire aortaklep; screening op borstkanker; oseltamivir; hadrontherapie; trastuzumab; geneesmiddelen voor Alzheimer).<sup>12</sup> De auteurs concluderen dat het overwicht van de opinieleiders, het selectieve gebruik van informatie, het doorwegen van belangenconflicten en het onnodige omzeilen van standaardprocedures erg verontrustend waren.<sup>12</sup> Hoewel veel van de stakeholders die werden

geïnterviewd in het kader van het huidige onderzoek, het principe verdedigen van intensief overleg met de stakeholders in het besluitvormingsproces en de historische verdiensten van het huidige model erkennen, veroordeelden zij toch grotendeels precies dezelfde problemen die in het genoemde onderzoek werden aangeklaagd.

### **Kunnen systemen op basis van betaling per prestatie een werkelijk geïntegreerd gezondheidsbeleid creëren?**

Terwijl het zwaartepunt van de besluitvorming op het gebied van ziekenhuisbudgetten en -planning ligt bij de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) en de 'Multipartite structuur', is het de Nationale Commissie van Artsen en Ziekenfondsen (de zogenaamde 'Medico-Mut') die beslist over de terugbetaling van honoraria en diensten. Terwijl de Medico-Mut in eerste instantie werd ingesteld om te beslissen over de tarieven van de honoraria en diensten (de nomenclatuur), werd deze commissie (door gebrek aan alternatieven) beetje bij beetje ook de plaats waar wordt beslist over beleidsmaatregelen die veel verder gaan dan de opdracht waarvoor ze oorspronkelijk was bestemd en opgezet. Voorbeelden hiervan zijn de implementatie van een uniform, elektronisch patiëntendossier in eerstelijnszorg; de ontwikkeling van zorgtrajecten; het uitwerken van een meer op preventie gericht globaal medisch dossier (GMD+). Gezien het beperkte beschikbare repertoire, blijft dit deel van de federale beleidsvorming in essentie een beleid van tarieven. Een beleid waarbij opnieuw in de meeste gevallen een expliciete, maatschappelijk overlegde visie ontbreekt, laat staan een gedetailleerde strategie op lange termijn.

Gegeven deze bestuurskenmerken van het systeem vrezende veel actoren voor de duurzaamheid ervan en het vermogen om passende antwoorden te vinden op de grote uitdagingen waarmee het wordt geconfronteerd (steeds meer chronische aandoeningen met multimorbiditeit; vergrijzing; één-oudergezinnen en gezinnen in armoede; medische innovatie; een tekort aan bepaalde zorgverleners; veranderende maatschappelijke voorkeuren).



## 1.4. Een breed gedragen gevoel van urgentie

... maar alsjeblief geen revolutie!

Na aandachtig te hebben geluisterd naar alle actoren die bij de ziekenhuisfinanciering zijn betrokken, en dus ook bij de werking van ons gezondheidszorgsysteem als geheel, kan men alleen maar concluderen dat er een breed gedragen gevoel van urgentie is: het systeem kan zo niet langer doorgaan. Maar hier stopt de consensus dan ook, en voor een paar stakeholders zelfs nog eerder! Er is mogelijks toch nog één uitzondering waarover haast alle partijen het eens lijken te zijn: het huidige systeem blijkt in grote lijnen toch te functioneren, ondanks alle aanwijsbare tekortkomingen; **een hervorming mag het niet brutaal komen destabiliseren**. Of dit advies wordt ingegeven door de angst voor verlies van kwaliteit, werkgelegenheid, inkomsten, invloed of enige andere bekommernis, het gevolg blijft hetzelfde: de hervorming moet geleidelijk en stapsgewijs worden uitgevoerd. Hoewel dit zeker niet mogelijk is voor alle aspecten ervan, lijkt het toch grotendeels een logisch pad om te volgen, al was het maar gezien het aantal en de omvang van de werkpakketten die tegelijkertijd moeten worden aangevat om alle betrokken aspecten afdoende te kunnen aanpakken.

### Naar een nieuw evenwicht – en dus geen eenzijdige veranderingen

Een laatste woord in dit 'diagnostische' luik van onze studie: onderliggend aan de vele redenen voor hervorming opgelijst in de vorige paragrafen zijn er een aantal waarden en doelstellingen die de financiering wordt geacht te bevorderen of te steunen – we komen hier in de volgende delen op terug. Deze waarden en doelstellingen zijn van zeer uiteenlopende, zo niet tegenstrijdige aard. Het is daarom een illusie te verwachten dat ze allemaal tegelijk kunnen worden bereikt. Toch moeten we ernaar streven dit ideaal zo dicht mogelijk te benaderen. Dit is de reden waarom de oplossing niet kan liggen in de voortzetting van het gebruikelijke gesleutel aan het huidige systeem. We zijn duidelijk aan een **multidimensionele, diepe en gecoördineerde herziening** toe van talrijke aspecten van het systeem tegelijk, op de verschillende organisatieniveaus. Als we voor minder gaan, lopen we het risico dat onze 'patiënt' echt fataal uit balans gaat.

## 2. DRIE COMPLEMENTAIRE PIJLERS VOOR EEN ALOMVATTENDE HERVORMING

Algemeen wordt aanvaard dat, wil men verschillende, vaak uiteenlopende beleidsdoelstellingen van een financieringssysteem voor de ziekenhuizen optimaal verwezenlijken, er een combinatie van verschillende systemen nodig is waarin de belangrijkste risico's en nadelen van elke component tot op zekere hoogte worden opgeheven of minstens verzacht door één of meer van de andere componenten.<sup>13</sup> Dit is de reden waarom de verschillende componenten van het conceptueel kader voor een toekomstige ziekenhuisfinanciering, die we in volgende hoofdstukken zullen ontwikkelen, niet van mekaar kunnen worden losgekoppeld zonder het evenwicht tussen de vele en soms tegenstrijdige doelstellingen die op het spel staan in het gedrang te brengen. Dit conceptueel kader berust op drie belangrijke pijlers: (1) een uitbreiding van de bestaande, prospectieve pathologiefinanciering, (2) een grondige hervorming van de *fee-for-service* (FFS) vergoeding van de medisch specialisten en (3) een grondige (her)inrichting van het ziekenhuislandschap.

In zijn meest kernachtige vorm, kan de langetermijnambitie van de voorgestelde hervorming als volgt worden geformuleerd:

*Als we er in slagen een rationeel, behoeftengestuurd herontwerp van het zorgaanbod neer te zetten en een halt toe te roepen aan het huidige overaanbod en dito versnippering, en als we op een meer transparante wijze de middelen kunnen heroriënteren die momenteel geput worden uit de afhoudingen op de honoraria van de specialisten, zullen we de nodige ruimte creëren, zowel voor een bredere 'case-based' prospectieve financiering, toereikend voor de dekking van de reële kosten van een kwaliteitsvolle zorg, als voor een correcte, meer evenwichtige verloning van de specialisten.*



### Het ziekenhuisbudget (BFM)

De voorgestelde hervorming van het BFM bestaat uit het **uitbreiden van de bestaande, op DRG's gebaseerde vergoeding per opname**, maar met **tarieven die veel meer gebaseerd zijn op de werkelijke kosten** dan nu het geval is. Hoewel dit logischerwijze ziekenhuizen zou moeten aanzetten tot meer efficiëntie, is het hoofddoel hen een meer realistische en adequate financiering te verschaffen, waarmee ze de werkelijke kosten van hun activiteiten kunnen dekken.

### De honorering van specialisten

In de voorgestelde hervorming zijn **de honoraria van de medisch specialisten** niet inbegrepen in het DRG-tarief, en **worden dus nog steeds betaald op basis van fee-for-service**. Maar alle elementen die niet rechtstreeks betrekking hebben op de daadwerkelijke cognitieve en fysieke arbeid van de arts worden voortaan wel uitgesloten van dit honorarium. Het corrolarium hiervan is de **volledige afschaffing van de afhoudingen op de artsenhonoraria** en een heroriëntering van het desbetreffende budget. Een deel ervan zou naar het BFM moeten gaan om bij te dragen tot het wegwerken van de onderfinanciering. Aan de andere kant is het van cruciaal belang dat de specialisten een grote inspraak behouden in het middellange- en langetermijn zorgproject van hun instelling; vandaar het belang om een deel van de gewijzigde enveloppe van de ereloonafhoudingen veilig te stellen in **een investeringsfonds per ziekenhuis dat gezamenlijk door specialisten en beheerders moet worden beheerd**.

Dergelijke herziening van de nomenclatuur zal bijna automatisch meteen ook leiden tot een **herijking** van de honoraria voor de verschillende specialismen. En de voorgestelde overheveling van de afhoudingen zou de drijfveer voor de beheerder om een maximale productie van prestaties te stimuleren, sterk moeten afzwakken.

### Het landschap

In termen van duurzaamheid en vanuit het oogpunt van de betalende overheid is een prospectief *case-based* betalingssysteem ongetwijfeld een zinvolle keuze, maar toch lost het slechts de helft van het probleem op, aangezien het totale aantal gevallen (opnames) ongelimiteerd kan blijven groeien.

Daarom is het opleggen van **een bovengrens aan de totale productie (capaciteit)** een derde essentiële pijler van de hervorming. Strategische zorgplannen op middellange en lange termijn, per geografische 'zorgzone'<sup>a</sup> en regio, en gebaseerd op de behoeften van de bevolking, moeten, samen met de door de overheid verstrekte financiële middelen, de grenzen uitzetten waarbinnen de actoren hun aanbod kunnen ontplooiën. Het leidt geen twijfel dat **het aanbod van acute bedden aanzienlijk moet worden verminderd**, en dat **zeer gespecialiseerde, complexe of zeer dure diensten moeten worden gecentraliseerd**, al was het maar omwille van de zorgkwaliteit.

Er zijn nog veel meer elementen nodig om tot een evenwichtig nieuw financieringssysteem te komen; deze worden in de volgende pagina's uitgewerkt. Meer diepgaande achtergrondinformatie uit eigen onderzoek en uit de literatuur is te vinden in het bijbehorende wetenschappelijk rapport.

<sup>a</sup> In het kader van deze studie gebruiken we de neutrale term 'zorgzone' ('care area') voor de af te bakenen geografische entiteiten.





### 3. EEN COMBINATIE VAN ONDERZOEKS-METHODEN

In november 2013 kreeg het KCE opdracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid om krijtlijnen uit te zetten voor een hervorming van het financieringssysteem van ziekenhuiszorg in België. In dit rapport hebben we ons strikt beperkt tot de acute ziekenhuizen, met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen.

De diepgaande achtergrondinformatie in het wetenschappelijk rapport, evenals de diagnostische analyse en de in deze synthese uitgewerkte hervormingsvoorstellen zijn het resultaat van een stapsgewijze en veelzijdige onderzoeksaanpak, waarin een grondig, gestructureerd overleg met stakeholders wordt gecombineerd met het zoeken naar bewijsmateriaal in de vakliteratuur en met een kritische beoordeling van de ervaringen in andere landen.

Meer in het bijzonder bestond het **onderzoekopzet van het wetenschappelijk rapport** uit een combinatie van de volgende elementen:

- een beschrijving van het huidige Belgische systeem, vooral steunend op juridische documenten en op handboeken;
- feiten en cijfers over de Belgische organisatie en financiering van ziekenhuizen op basis van publieke bronnen, en een situering van de Belgische ziekenhuiscapaciteit en -activiteiten in een internationaal perspectief, vooral op basis van de OESO-Gezondheidsstatistieken 2014, aangevuld met andere vlot toegankelijke internationale bronnen;
- diverse overlegondes om te peilen naar de standpunten van de stakeholders (zie Tekstvak 1);
- het doorzoeken van de grijze literatuur naar relevante Belgische publicaties. Het uitvoeren van een volledige systematische review voor elk van de onderwerpen viel buiten het opzet van dit onderzoek. De vernoemde literatuur is voornamelijk gebaseerd op een systematische screening van bestaande KCE-rapporten; identificatie van de verslagen van de federale en gefedereerde overheden door rechtstreeks contact op te nemen met personen in een leidinggevende positie; zoekactie op het internet; een Medline-zoekactie naar *peer-reviewed* artikelen van toonaangevende Belgische auteurs; ad hoc zoekacties (bijv. Belgische universiteiten, studiediensten van ziekenfondsen, internationale

organisaties zoals de OESO en de WHO) om informatie te verzamelen over (of relevant voor) de Belgische ziekenhuissector en om interessante internationale initiatieven en beste praktijken te identificeren;

- een internationale vergelijking van de vergoeding van medisch specialisten door middel van een enquête bij buitenlandse experts, aangevuld met een literatuurstudie over de financiële en andere stimuli voor medisch specialisten; de impact van verschillende financieringsmethoden op de relatie tussen ziekenhuismanagement en specialisten; de keuze van zorgsetting door medisch specialisten;
- voor het hoofdstuk '*Hospital of the future*' werden drie deelstudies uitgevoerd: (1) een *review of systematic reviews* over de juiste balans tussen centralisatie, specialisatie en decentralisatie van ziekenhuisdiensten (relatie volume-uitkomst en schaal- en scopevoordelen (*economies of scale and of scope*)) evenals (2) een studie van de grijze literatuur aangaande de vraag welk type zorg in welke zorginstelling moet worden geleverd en (3) een studie van internationale goede praktijken inzake nieuwe rollen voor ziekenhuizen met als doel een meer geïntegreerde zorg te realiseren;
- een internationale vergelijking van de financiering van investeringen en innovatie, op basis van grijze literatuur en een selectie *peer-reviewed* artikelen. De hoofdstukken van elk land zijn door een expert uit het desbetreffende land gevalideerd.



## Tekstvak 1 – De verschillende stappen in het overlegproces met stakeholders

### Diepte-interviews

In december 2013 en januari 2014 werden 20 sleutelfiguren (10 Franstaligen en 10 Nederlandstaligen) geïnterviewd: vertegenwoordigers van de ziekenhuisbeheerders, de artsen, de overheid en de ziekenfondsen en academici met ervaring in de ziekenhuisfinanciering. De interviews gingen over: (1) de toekomst van de ziekenhuizen in de Belgische gezondheidszorg, (2) sterktes en zwaktes van de huidige ziekenhuisfinanciering en van de verloning van medisch specialisten en (3) oplossingen voor een meer doelmatige toekomstige financiering.

### Rondetafelgesprekken

In februari 2014 werden twee rondetafelgesprekken (1 Nederlandstalig en 1 Franstalig) gevoerd. Bij beiden waren 9 deelnemers betrokken, uitgekozen om de in de vorige fase geïnterviewde stakeholders aan te vullen. Besproken onderwerpen waren: kwaliteit van zorg, het duale financieringssysteem voor ziekenhuizen, artsenhonoraria en het beheer op macroniveau. Het doel was te peilen naar de manoeuvreerruimte voor een toekomstige hervorming, in termen van aanvaardbaarheid en haalbaarheid.

### Workshop met academici

In juni 2014 werd een voorlopig ontwerp van de synthese besproken tijdens een tweedaagse workshop met 11 Belgische en buitenlandse academici (de auteurs van Hoofdstuk 13 en 14 van het wetenschappelijk rapport), met als doel om het ontwerp van oriëntaties voor de hervorming kritisch te bespreken.

### Overleg met stakeholders

In juni werd het ontwerp van oriëntaties voor de hervorming en hun rationale eveneens gepresenteerd aan een breed panel van stakeholders (meer dan 50 stakeholders, waaronder de deelnemers aan de interviews en de rondetafelgesprekken), om hen de gelegenheid te bieden hun standpunten kenbaar te maken en aanvullende suggesties te doen.

### Overleg met overheden

In juni werden ook vertegenwoordigers van de verschillende overheden (zowel federale als gefedereerde entiteiten) uitgenodigd voor een rondetafelgesprek over het ontwerp van oriëntaties voor de hervorming.

Hoewel veel zorg werd besteed aan het zo goed mogelijk integreren van de standpunten en inzichten van de verschillende belanghebbenden, moesten er op zeker moment keuzes gemaakt worden tussen tegengestelde gezichtspunten en belangen om tot een evenwichtig en samenhangend geheel van oriëntaties voor de hervorming te kunnen komen. Daarom kunnen deze oriëntaties onmogelijk de positie van elke individuele stakeholder weerspiegelen.

Deze synthese is een integratie, door de KCE-auteurs, van de resultaten van de verschillende methodologische bouwstenen. Als zodanig is het meer dan alleen een samenvatting van het materiaal uit het wetenschappelijk rapport, en bouwt het ook voort op de inzichten van een vorig KCE-rapport, waarin de prospectieve *case-based* ziekenhuisfinancieringssystemen van vijf landen werden vergeleken.<sup>13</sup>

Tenslotte willen we nog vermelden dat het simuleren van de effecten van de voorgestelde hervormingen buiten het bestek van deze studie viel. Dit was niet haalbaar in het tijdsbestek van het onderzoek maar is zeker nodig vóór een daadwerkelijke invoering kan overwogen worden.



## 4. HET ZIEKENHUISBUDGET: EEN STAPSGEWIJZE VERSCHUIVING NAAR EEN NIEUWE MIX VAN FINANCIERINGSSYSTEMEN

In de afgelopen twintig jaar werden zowat overal in Europa ziekenhuisfinancieringssystemen gebaseerd op DRG's ingevoerd.<sup>13, 14</sup> Hoewel DRG-financieringssystemen oorspronkelijk werden opgezet om de efficiëntie te verhogen van de zorg voor gehospitaliseerde patiënten, worden ze nu ook in de verschillende landen op uiteenlopende andere domeinen in de zorg toegepast. En inmiddels zijn veel landen alweer een nieuwe hervormingsfase ingegaan, waarbij de nadruk meer kwam te liggen op de efficiëntie van het gehele zorgsysteem (en niet enkel de ziekenhuizen), op kostenbeheersing, op de coördinatie van zorg en kwaliteit transmuraal in alle settings. Om deze doelstellingen te bereiken wordt steeds vaker gebruik gemaakt van gebundelde financiering of financiering per episode en van forfaitaire betalingen.

Elk financieringssysteem, en bijgevolg ook elke mix van systemen, heeft een aantal verschillende dimensies, elk met zijn eigen gedragseffecten.<sup>15, 16</sup> Het begrijpen van de wijze waarop een hervorming het financieel risico verschuift van de ene naar een andere speler (bijv. van overheden naar de ziekenhuizen) is hierin cruciaal om mogelijke gedragswijzigingen in te schatten.

### Enkele kernbegrippen verklaard

**Financiering per geval (*case-based payment*):** ziekenhuizen krijgen een vast bedrag per behandeld geval ongeacht de werkelijke kosten voor het individuele ziekenhuis.

***Diagnosis Related Groups (DRGs):*** de meest bekende methode om de *case-mix* van ziekenhuizen te groeperen in bredere, min of meer homogene categorieën.<sup>13</sup>

**Gebundelde financiering:** zorgverleners krijgen een vast bedrag voor een geheel of 'bundel' van gerelateerde zorgprestaties, al dan niet met inbegrip van diensten stroomop- en stroomafwaarts van het acute ziekenhuis. Binnen het gebundelde financieringsmodel zijn nog wel verschillende betalingsmodaliteiten mogelijk.<sup>17</sup>

**Forfaitaire betalingen of per capita betaling:** zorgverleners krijgen een vast bedrag per patiënt voor het leveren van een aantal diensten die deze patiënt wellicht gedurende een specifieke periode (bijv. een jaar) nodig heeft.<sup>18</sup>

#### 4.1. De huidige mix van inkomstenbronnen voor ziekenhuizen

Ziekenhuizen verkrijgen hun inkomsten uit verschillende bronnen. De financiering door de overheid komt voornamelijk via twee stromen: het globaal ziekenhuisbudget, genaamd het Budget van Financiële Middelen (BFM), en de honoraria van artsen (voornamelijk via een FFS-systeem). Ziekenhuizen krijgen aparte financiering voor farmaceutische producten, revalidatieprogramma's, dagbehandeling en investeringen. Een laatste bron zijn de patiënten, die altijd ook remgelden betalen en aan wie mogelijk nog supplementen worden aangerekend.



#### 4.1.1. Een gefragmenteerd case-mix systeem met een vergoeding op basis van verblijfsduur

##### Een gefragmenteerd case-mix systeem

Over de laatste decennia werden een aantal forfaitaire vergoedingen, al dan niet gebaseerd op APR-DRG's, ingevoerd in de ziekenhuisfinanciering, bijv. de forfaits voor klinische biologie en medische beeldvorming; de DRG-financiering in het B2-luik van het BFM (voornamelijk voor de kosten van verplegend personeel) en een (apart) systeem per pathologie voor een subgroep van de geneesmiddelen. In vergelijking met andere landen lijkt echter de invoering van een op *case-mix* gestoelde ziekenhuisfinanciering in België zeer **gefragmenteerd en partieel**.<sup>19</sup>

Het systeem van de **geneesmiddelenforfaits**, geïntroduceerd in 2006, wordt over het algemeen beschouwd als een eerlijke manier om de middelen tussen de ziekenhuizen te verdelen. Stakeholders erkennen dat het voorschrijven van geneesmiddelen veel efficiënter en rationeler is geworden, maar stellen zich wel vragen over de impact op de kwaliteit van de zorg. Sommigen vrezen dat bepaalde (dure) geneesmiddelen worden vervangen door goedkopere alternatieven, die weliswaar niet minder effectief zijn maar meer ongemak voor de patiënt veroorzaken (bijv. op het vlak van de toedieningswijze of -frequentie, of qua bijwerkingen). Aan de andere kant worden een aantal (o.m. zeer dure) geneesmiddelen niet in het forfait opgenomen, wat het risico op onderbenutting weliswaar beperkt, maar op zijn beurt dan weer het risico inhoudt van een ongewettigde shift naar deze producten. Een belangrijk punt van kritiek blijft dat de overheid haar oorspronkelijke belofte dat de besparingen zouden terugstromen naar de ziekenhuizen, niet is nagekomen. Hierdoor werd het vertrouwen geschaad en werd ook bij de artsenorganisaties het wantrouwen in het algemeen tegen iedere vorm van forfaitaire vergoedingen aangewakkerd.

##### Vergoeding op basis van gemiddelde verblijfsduur in plaats van op kosten

Verantwoorde activiteiten, het basisconcept van het BFM, zijn gebaseerd op de nationale gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep (APR-DRG), die vervolgens wordt toegepast op de *case-mix* van elk ziekenhuis. Echter, **een voor pathologie gewogen verblijfsduur is slechts een ruwe schatting van de gebruikte middelen of de reële kosten**. Helaas zijn tot op heden in België weinig kostengegevens beschikbaar, tenzij deze van een paar ziekenhuisgroepen, verzameld op vrijwillige basis.<sup>20-22</sup> Ook de tarieven voor medische ingrepen worden als een onvoldoende graadmeter voor de reële kosten beschouwd.

Stakeholders wijzen erop dat, indien een nieuw financieringssysteem op de reële kosten zou gebaseerd zijn, dit zou leiden tot een nog schevere verdeling van het gesloten budget omdat binnen elke pathologiegroep en ernstgraad de kosten veel sterker variëren dan de verblijfsduur. Uit simulaties blijkt dat een uitbreiding van de pathologiefinanciering inderdaad tot grote budgettaire verschuivingen tussen de ziekenhuizen zou leiden.<sup>20</sup>

##### Geen uniform model voor daghospitalisatie

De financiering van de activiteiten in dagziekenhuis volgen een **verschillende logica naargelang het type opname of zorg**: de vergoeding voor het chirurgisch dagziekenhuis is geïntegreerd in het BFM en een aantal forfaits voor niet-chirurgische dagopnames worden berekend pro rata het B2-deel van de zogenaamde verpleegdagprijs, die sterk verschilt tussen ziekenhuizen onderling. De forfaits voor andere vormen van niet-chirurgische daghospitalisatie (groepen 1 tot 7), voor het gebruik van de gipszaal, voor de behandeling van chronische pijn en voor de manipulatie van poortkatheters hebben dan weer een vaste prijs, die onafhankelijk is van het ziekenhuis.

Sommige stakeholders pleiten ervoor om alle vergoedingen voor daghospitalisatie in het BFM op te nemen. Zij zijn van oordeel dat het onderscheid tussen hospitalisatie en ambulante activiteiten achterhaald is en de behandeling van de patiënt op het meest geschikte zorgniveau belemmert, en vinden dat het bijdraagt tot de onenigheid tussen ziekenhuismanagement en artsen.



### Verpleegkundige werkbelasting en sociaal-economische status als verklaring van verschillen in middelengebruik

De hoofdsleutel voor de verdeling van het B2-deel van het BFM is de APR-DRG-classificatie, en dit wordt in het algemeen beschouwd als objectief en transparant. **APR-DRG's** kunnen, ondanks hun tekortkomingen, worden beschouwd als **één van de beste internationaal beschikbare systemen**. Stakeholders geven echter ook aan dat APR-DRG's alleen de verschillen in behoefte aan middelen niet voldoende verklaren. Zo bleek ook de sociaal-economische status van patiënten een invloed te hebben op de verblijfsduur.<sup>23</sup> Sinds 2002 ontvingen de Belgische ziekenhuizen een extra financiering voor patiënten met een lage sociaal-economische status via het deel B8 van het BFM. Het is een gesloten budget dat over ziekenhuizen wordt verdeeld volgens een ingewikkelde formule.

Belangrijker nog, de pathologiegegevens die vervat zijn in de APR-DRG's, verklaren niet noodzakelijkerwijs de variabiliteit in de werkbelasting voor verpleegkundigen.<sup>24</sup> Het systeem corrigeert hiervoor via een aanvullend deel van het B2-budget, maar er is veel kritiek op de manier waarop dit wordt berekend. Men beschouwt de data waarop het is gebaseerd (nl. Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG)) als onvoldoende gevalideerd en gecontroleerd. Bovendien wordt de berekeningsmethode (beter bekend als 'de decielen') als oneerlijk beschouwd omdat de extra budgetten exponentieel toenemen per deciel, wat de grote (meestal universitaire) ziekenhuizen onevenredig bevoordeelt. Vanaf 2014 stapt men geleidelijk af van het systeem van decielen, dat wordt vervangen door een nieuwe berekeningsmethode op basis van de zogenaamde *Nursing Related Groups* (NRGs).

### 'Verantwoorde activiteiten' zijn niet per definitie medisch verantwoord

De berekeningswijze van de verantwoorde patiëntendagen, op basis van gemiddelde activiteitenprofielen, beantwoordt niet noodzakelijk aan wat *evidence-based* is. Een beter alternatief, althans volgens sommige stakeholders, is het uitwerken van klinische zorgpaden op basis van een *evidence-based* aanpak, en de vergoeding te baseren op verblijfsduur of liever nog de kosten van deze zorgpaden, zoals bij de *Best Practice Tariffs* in Engeland (zie Tekstvak 3).

### 4.1.2. Complexe, ondoorzichtige berekening van het individuele ziekenhuisbudget

Oorspronkelijk was de berekening van het BFM relatief rechttoe rechtaan, met een duidelijke toewijzing van elk van zijn componenten. Intussen is de complexiteit gestaag toegenomen, tot op het punt dat het voor ziekenhuismanagers een zwarte doos is geworden.

De verdeling van het nationale ziekenhuisbudget over de individuele ziekenhuizen is gebaseerd op een berekening op basis van tientallen componenten, die om de haverklap werden gewijzigd en waarvan het resultaat daarbovenop ook nog eens a posteriori wordt gecorrigeerd. Elk budgetonderdeel heeft zijn eigen berekeningsmethode met zijn eigen determinanten, voortvloeiend uit inconsistente en soms regelrecht tegenstrijdige doelstellingen. Het gebrek aan transparantie en voorspelbaarheid wordt nog versterkt door de **veelheid aan inkomstenbronnen**. Voor het gedeelte afkomstig van afhoudingen op artsenhonoraria, is er geen algemeen kader dat de hoogte en bestemming aangeeft; hierover moet in elk afzonderlijk ziekenhuis worden onderhandeld.

Stakeholders klagen dat de financieringscriteria inmiddels zo ingewikkeld en ondoorzichtig zijn geworden, dat het vermoeden ontstaat dat de uiteindelijke toewijzing van middelen van tevoren wordt gemanipuleerd ten voordele van degenen die in de onderhandelingen het beste zijn geïnformeerd en voorbereid. Een vaak geciteerd voorbeeld hiervan zijn de criteria voor de toewijzing van de extra middelen voor patiënten met een lage sociaal-economische status (B8).

### 4.1.3. Prikkels voor meer efficiëntie: te veel? te weinig?

#### Verblijfsduur

Stakeholders erkennen dat door het **betalen voor activiteiten (d.w.z. het principe van verantwoorde bedden) in plaats van structuurfinanciering (d.w.z. erkende bedden), de efficiëntie is toegenomen**, met een vermindering van de overcapaciteit aan ziekenhuisbedden<sup>25</sup> en een verkorting van de ligduur. De verkorting van de ligduur in het afgelopen decennium kan deels ook worden verklaard door medische en technologische ontwikkelingen, maar de geïnterviewde stakeholders wijzen toch een groot deel van de verkorting toe aan de stimuli die al in 1994 opgenomen werden in de financiering. Omdat de verantwoorde activiteit





gebaseerd is op de gemiddelde verblijfsduur over alle ziekenhuizen heen is er een **permanente wedijver om de ligduur te verkorten**.

Veel geïnterviewden geven aan dat met de huidige organisatie van de zorg de grenzen van een verdere compressie van de ligduur zijn bereikt, wil men geen afbreuk doen aan de kwaliteit van de zorg. Maar zij wijzen er ook op dat er nog ruimte is voor een verdere verkorting indien men investeert in een versterking van de eerstelijnszorg en in alternatieve structuren zoals intermediaire voorzieningen voor post-acute zorg.

Kortere ziekenhuisverblijven zijn over het algemeen arbeidsintensiever en ze kosten meer per dag, maar de **verpleegkundige personeelsnormen werden niet overeenkomstig aangepast**. Uit een recente Europese studie, gebaseerd op gegevens van 300 ziekenhuizen uit negen landen, bleek dat Belgische ziekenhuizen gemiddeld een relatief hoog aantal patiënten per verpleegkundige hebben (10,8 patiënten per verpleegkundige per 24u, versus een Europees gemiddelde van 8,3).<sup>26</sup>

Aan het andere eind van het spectrum lopen patiënten met een lange ligduur het risico dat ze onnodig lang in het ziekenhuis worden gehouden, alleen om te worden erkend als *outlier* en zo aanspraak te kunnen maken op een hogere vergoeding. Stakeholders stellen voor om het aantal *outliers* per ziekenhuis te plafonneren om misbruiken te voorkomen. Het financieel risico kan ook gedeeld worden tussen het ziekenhuis en de betalende overheid door *outliers* te definiëren als de x% van de patiënten met een verblijf dat zeer lang of zeer kort is.

### Ongewenste opnames

In vergelijking met andere OESO-landen heeft België een relatief hoog aantal opnames (163,8 ontslagen per 1000 inwoners in 2010 tegen 152,9 ontslagen als het OESO gemiddelde<sup>2</sup>) en een relatief lange ligduur, wat resulteert in een hoog aantal opnamedagen per inwoner. Stakeholders stellen dat er, ondanks de toegenomen efficiëntie, nog steeds te veel onnodige opnames zijn. Ze schrijven dit toe aan de overcapaciteit aan acute bedden en aan de ontoereikendheid van de eerstelijnszorg en van alternatieve voorzieningen.

## 4.2. De bestaande prospectieve, op pathologie gebaseerde financiering uitbreiden, verfijnen en stabiliseren

### Oriëntatie 1

Het partiële en gefragmenteerd gebruik van *case-mix* elementen in het huidige financieringsmodel moet geleidelijk worden uitgebreid en verfijnd tot een prospectief en op pathologie gebaseerde financiering per verblijf met de volgende kenmerken:

- een vaste prijs per DRG voor elke opname die binnen het kader van het prospectief systeem valt;
- de prijs per DRG wordt bepaald aan de hand van werkelijke kosten van, waar mogelijk, de meest aangewezen, *evidence-based* zorg;
- de prijs per DRG dekt alle kosten die nu worden betaald uit het deel B2 van het BFM, alsook die elementen uit de delen B1, B3, B4, B5, B6 en B9, die rechtstreeks verband houden met zorgactiviteit; elementen waarop het ziekenhuis geen impact heeft, worden uitgesloten;
- de kosten van geneesmiddelen, implantaten en invasieve medische hulpmiddelen zijn inbegrepen in de prijs per DRG, met uitzondering van de erg dure (cfr. de lijst van producten die zijn uitgesloten van het geneesmiddelenforfait);
- de prijs per DRG dekt evenwel niet de honoraria van de artsen; deze blijven gefinancierd per prestatie, zij het met een grondig aangepaste nomenclatuur. Hierin is de vergoeding voor de eigenlijke fysieke en intellectuele inspanning gescheiden van de vergoeding voor werkings- en investeringskosten. Deze laatste wordt deels geïntegreerd in de prijs per DRG en deels overgeheveld naar een door artsen en ziekenhuismanagement mede-beheerd investeringsfonds (zie Hoofdstuk 5);
- complexe gevallen met een grote kostenvariabiliteit (bijv. verblijven met een hoge graad van ernst (*severity of illness* (SOI) 4) blijven buiten het prospectieve systeem. Voor deze patiënten ontvangen de ziekenhuizen een vast bedrag per dag.



#### De prospectieve financiering per geval wordt uitgebreid naar de activiteiten in het dagziekenhuis:

- tarieven worden gedifferentieerd om stimuli te creëren voor dagbehandeling voor zover dit medisch verantwoord en veilig is;
- voor relatief homogene pathologieën kan één zelfde tarief voor klassieke hospitalisatie en dagbehandeling worden toegepast.

Geestelijke gezondheidszorg en revalidatiezorg vallen buiten het toepassingsgebied van dit voorstel.

Aparte financiering wordt voorzien voor:

- afschrijvingen, investeringskosten en infrastructuur;
- de specifieke taken van universitaire ziekenhuizen.

#### Objectieven en rationale

De stakeholders zijn in grote mate gewonnen voor de idee om de ziekenhuisfinanciering meer pathologiegericht en prospectief te maken. Ze verwachten dat dergelijke financiering **efficiënter en transparanter zal zijn, alsook billijker** in de toewijzing van de middelen aan de ziekenhuizen, doordat ze beter overeenstemt met de reële activiteit. Bovendien laten DRG's toe **verschillende settings** (bijv. chirurgisch dagziekenhuis en hospitalisatie) **op een geïntegreerde manier** te financieren en zorgt DRG-financiering er beter voor dat het **budget gebruikt wordt waarvoor het bedoeld was**. Dit zou interne discussies over de verdeling van middelen tussen afdelingen en diensten moeten vergemakkelijken.

Internationale ervaring leert ons dat de doelstellingen van de invoering van een DRG-systeem duidelijk moeten worden bepaald.<sup>13</sup> Algemene termen zoals doelmatigheid en transparantie zijn te vaag om vorm te geven aan een financieringssysteem en laten niet toe te evalueren of deze doelstellingen op termijn ook effectief bereikt werden.

- In de Belgische context kan een prospectieve, DRG-gebaseerde financiering voor klassieke hospitalisatie en dagziekenhuis **de kosten per geval en de verblijfsduur (verder) verlagen**, maar niet noodzakelijkerwijs de totale ziekenhuiskosten omdat alleen de prijs van de opname wordt beheerst en niet het aantal opnames.

- Een DRG-systeem kan transparantie vergroten door de prijs voor een goed omschreven ziekenhuisproduct (de DRG) prospectief te bepalen, maar dit impliceert wel **duidelijke regels voor de codering en voor de manier waarop deze prijzen worden bepaald**.<sup>13</sup>
- Ziekenhuismanagers zullen de ziekenhuisactiviteiten beter kunnen beheren omdat hun **begroting meer voorspelbaar** wordt wanneer het tarief per pathologie vooraf is bepaald en daarna niet meer wijzigt.
- Het ziekenhuisfinancieringssysteem moet een adequate personeelsbezetting mogelijk maken alsook een **dynamisch human resources-beleid**, dat zich kan aanpassen aan de veranderende bevolkingssamenstelling en de evoluerende verwachtingen van de medische staf omtrent de balans tussen werk en privéleven.
- Of een prospectief, DRG-gebaseerd financieringssysteem **een meer billijke verdeling van de middelen tussen de ziekenhuizen** in België kan realiseren, zal in grote mate afhangen van hoe een vooraf kenbaar gemaakte, vaste prijs per DRG kan worden gehandhaafd binnen een globaal budget dat niet onbepert kan groeien. Volumebeheersing zal hierin dus essentieel zijn, maar dit komt aan bod in de derde pijler van dit voorstel (zie Hoofdstuk 6 van de synthese).
- Stakeholders vinden het ook belangrijk dat ziekenhuizen enige budgettaire ruimte krijgen om een **algemeen zorgbeleid** te voeren zodat ze bijvoorbeeld initiatieven kunnen nemen voor kwaliteitsverbetering. Dit kan worden gerealiseerd met een systeem vergelijkbaar met het huidige deel B4 van het BFM, dat transversale structuren en activiteiten financiert (bijv. de preventie van ziekenhuisinfecties) alsook tijdelijke proefprojecten via individuele ziekenhuiscontracten.



#### 4.2.1. *Systeemontwerp: de details maken het verschil*

Uit internationale ervaringen kunnen we leren dat de gemaakte keuzes voor de **concrete vormgeving van het DRG-financieringssysteem** het verschil kunnen maken of de doelstellingen al dan niet worden bereikt. Om het systeem te bouwen en operationeel te maken moeten drie nauw samenhangende begrippen worden gedefinieerd en uitgewerkt: classificatie, product en prijs/tarief.

##### **A. Classificatiesysteem en verdeling in groepen**

Om de *case-mix* eenduidig te kunnen beschrijven over de verschillende ziekenhuizen, gebruiken de meeste landen een uit de Verenigde Staten afkomstig DRG-classificatiesysteem.<sup>13, 3</sup> België gebruikt APR-DRG's met vier niveaus van ernst van de ziekte (*severity of illness*, SOI) en vier niveaus van mortaliteitsrisico (*risk of mortality*, ROM).<sup>20</sup>

In een vroegere studie onderzochten we de mate waarin de APR-DRG indeling op basis van Belgische gegevens, de patiënten onderverdeelt in economisch, statistisch en klinisch samenhangende groepen.<sup>20</sup> Er moet een evenwicht gevonden worden tussen een zo precies mogelijke indeling en een zo werkbaar mogelijk systeem, rekening houdend met de specifieke context en systeemdoelstellingen van het land. APR-DRG's met een grote variabiliteit kunnen worden opgesplitst in subgroepen met elk een nieuw tarief. Hoe meer groepen, hoe kleiner het financieel risico voor het ziekenhuis, maar hoe groter de administratieve complexiteit.

Dan nog kan geen enkel *case-mix* systeem de variabiliteit veroorzaakt door *outliers* uitvlakken. Daarom is een **afzonderlijke financiering nodig voor deze outliers**.

##### **B. Het product – wat valt eronder en wat niet?**

In andere landen is de DRG-financiering nooit volledig inclusief, maar wordt zij gecombineerd met andere financieringsvormen (globale budgetten, *fee-for-service*, gebundelde financiering, *pay-for-quality*). Het is dan ook niet verbazend dat Belgische stakeholders voorstander zijn van een combinatie van systemen en erop wijzen dat het zorgvuldig opgebouwde historische evenwicht niet al te drastisch moet worden verstoord. Ze erkennen wel dat in de meeste Westerse landen het aandeel van het prospectief en pathologiespecifiek budget in de ziekenhuisfinanciering groter is dan in België.

#### *Welke delen van het budget?*

De meeste geïnterviewde stakeholders zijn het er ook over eens dat verschillende onderdelen van het BFM, alsook bepaalde budgetten buiten het BFM (bijv. de reeks forfaits voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis), zouden kunnen geïntegreerd worden in één enkel prospectief financieringssysteem. In ons voorstel omvat de betaling per DRG dan ook een aantal componenten die vandaag niet onder het prospectieve deel van het BFM vallen, namelijk componenten uit de delen B1, B3, B4, B5, B6 en B9 voor zover deze gerelateerd zijn aan de patiënt-gebonden zorgactiviteit en ziekenhuizen er invloed kunnen op uitoefenen. Geneesmiddelen die momenteel worden gedekt door het in 2006 geïntroduceerde prospectieve budget (het geneesmiddelenforfait), zouden ook worden opgenomen in de financiering per DRG. De volgende elementen zouden niet worden opgenomen:

- financiering voor niet-patiënt gebonden activiteiten, d.w.z. sectoren en diensten waarvan de kosten moeilijk op het niveau van de patiënt kunnen geventileerd worden en/of kosten die onvoldoende gevat worden in DRG's zoals afschrijvingskosten;
- financiering voor specifieke taken van universitaire ziekenhuizen (bijv. onderwijs en onderzoek);
- financiering voor versturende prijselementen zoals dure geneesmiddelen, implantaten of invasieve medische hulpmiddelen.

#### *Welke opnames?*

Bij het bepalen van de reikwijdte van het systeem is een tweede dimensie **het soort opnames die er al of niet onder vallen**. In het huidige voorstel werden alle opnames voor acute zorg meegenomen, inclusief dagopnames. Geestelijke gezondheidszorg en revalidatiezorg werden niet opgenomen, niet omdat deze onmogelijk in een prospectieve pathologiefinanciering zouden te vatten zijn, maar omdat deze zorgvormen hun eigen classificatiesystemen vergen met andere databronnen, andere aanpassingen aan de wetgeving, enz. Al deze aspecten konden niet grondig worden behandeld binnen het tijdsbestek van dit project.

Om het **dagziekenhuis** adequaat te integreren in het systeem dient er eerst een globaal plan te komen, waarin voor elk type zorg de meest geschikte setting wordt bepaald (klassieke hospitalisatie, dagbehandeling of ambulante). Daarbij moeten duidelijke doelstellingen en strategieën





geformuleerd worden voor de uitbreiding van de dagziekenhuisactiviteiten. De keuze van de zorgsetting moet gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderbouwde informatie, maar ook rekening houden met andere aspecten zoals de kosteneffectiviteit. Voor ingrepen en procedures waar dagbehandeling haalbaar en wenselijk is, moet een doelstelling worden gesteld voor het te bereiken aandeel van dagbehandelingen (in %). Deze doelstelling moet eveneens wetenschappelijk onderbouwd zijn en getoetst aan internationale trends en benchmarking tussen de ziekenhuizen.

## Tekstvak 2 – Het Franse gemeenschappelijke actieprogramma ter bevordering van dagchirurgie

Een gemeenschappelijk actieprogramma van de *Haute Autorité de Santé* (HAS) en het *Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux* (ANAP) werd opgezet om het aandeel van de dagchirurgie te vergroten.<sup>27, 28</sup>

Het actieprogramma is opgevat als een meerjarenplan (2012-2015) met zes componenten:

- een overzicht van de huidige kennis inzake de organisatie, financiering en wetgeving van dagchirurgie;
- selectiecriteria voor patiënten in dagchirurgie;
- werkmodellen en tools;
- economische evaluatie-instrumenten om de voorwaarden te bepalen voor een financieel break-even in dagchirurgie;
- monitoring en evaluatie-indicatoren;
- certificatie- en accreditatienormen.

Binnen de groep van de geselecteerde opnames kunnen individuele verblijven met een zeer lange ligduur en/of hogere kosten zoals bij dure geneesmiddelen, implantaten en transplantaties alsnog worden uitgesloten.<sup>20</sup>

Om risicoselectie en beknibbelen op kwaliteit te voorkomen kan **complexe, dure patiëntenzorg** beter niet vergoed worden via DRG-financiering. Een optie is om deze onder te brengen in zorgprogramma's. Het budget per zorgprogramma kan worden gebaseerd op verschillende criteria zoals de

APR-DRG's, maar ook op de beschikbaarheid in het ziekenhuis van permanenties en wachtdiensten. De toetredingsvoorwaarden voor deze zorgprogramma's kunnen bijvoorbeeld minimale volumedrempels, de rapportage van proces- en uitkomstindicatoren en permanente beschikbaarheid van personeel voor specifieke diensten omvatten.

Een mogelijk alternatief, bijvoorbeeld bij patiënten met een SOI 4, is een forfait per dag dat het normale DRG-tarief vervangt of aanvult. Het bedrag per dag kan degressief gemaakt worden naar verblijfsduur, zoals het geval is bij de *Healthcare Resource Groups* (DRG-variant) in Engeland.<sup>29</sup> Op middellange of lange termijn kan men alsnog overwegen om deze patiënten ook in de DRG-financiering op te nemen.

### Welke diensten?

Een derde dimensie heeft betrekking op de **mate van bundeling van diensten** in de DRG-financiering, bijv. of diensten vóór opname en na ontslag al dan niet zijn opgenomen.

In andere landen ziet men hiervoor uiteenlopende benaderingen, afhankelijk van wie de betalende instantie is en hoe poliklinische zorg is georganiseerd. De **meeste Europese landen breiden de bundeling uit naar 30 of meer dagen na ontslag**.<sup>13, 16</sup> In sommige landen valt ook specialistische ambulante zorg hieronder (bijv. in Nederland), maar in het algemeen is de bundel of zorgepisodet beperkt tot één setting.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld Nederland, waar ambulante diensten bijna steeds verbonden zijn aan een ziekenhuis, varieert de situatie in België veel meer en kan een gebundelde financiering minder eenvoudig worden ingevoerd. Wat wel zou kunnen meegenomen worden in de DRG-financiering is de voorspelbare revalidatieperiode na een geplande chirurgische ingreep, zoals een heup- of knieprothese, of na specifieke acute episodes zoals een beroerte of na een normale bevalling. De *'post-discharge tariffs'* voor cardiale revalidatie, pulmonaire revalidatie, heup- en knieprothese in Engeland financieren bijvoorbeeld een gans *evidence-based* zorgpad.<sup>13</sup> We komen terug op de reikwijdte van het DRG-tarief in paragraaf 8.1 van het hoofdstuk over de kwaliteit van de zorg.

Nog verder op het continuüm naar meer coördinatie en integratie zijn de initiatieven waarin men voor zorgepisodet van specifieke, chronische aandoeningen zoals diabetes, een gebundelde financiering heeft voor het geheel van de zorgverstrekkers en settings. Echter, insluiting van langere



periodes van post-acute zorg voor chronische patiënten met meerdere aandoeningen, kan tot een nieuw soort versnippering van diensten leiden als hiervoor meerdere bundels van overlappende zorgpakketten nodig zijn.<sup>30</sup> We komen op dit vraagstuk terug in paragraaf 4.2.2.

### C. De prijs of het tarief

Een eerste stap voor het vastleggen van het DRG-tarief (de prijs) is het in geldwaarde uitdrukken van de middelen die werden gebruikt voor de behandeling van een patiënt. **Als basis voor deze tarieven gaat de voorkeur uit naar reële kosten en niet naar de bestaande terugbetalingstarieven** aangezien laatstgenoemden ook sterk beïnvloed zijn door de historische onderhandelingspositie van bepaalde groepen zorgverleners en door specifieke politieke keuzes. Het DRG-tarief of het relatieve gewicht van een DRG in het totale budget, wordt in de meeste landen berekend op basis van de gemiddelde kost per DRG in een steekproef van ziekenhuizen. De kwaliteit van de gegevens blijkt echter omgekeerd evenredig te zijn met het aantal ziekenhuizen dat de kostengegevens verzamelt (de grootte van de steekproef). Hoe meer ziekenhuizen in de steekproef, hoe minder uniform ook de gehanteerde boekhoudregels.<sup>13</sup>

In België zijn de **beschikbare kostengegevens** op basis van activiteiten (*activity-based costing*) afkomstig van geïsoleerde, vrijwillige initiatieven van een aantal ziekenhuizen. Stakeholders stellen voor om de gegevensverzameling **uit te breiden naar een voldoende grote en representatieve steekproef van ziekenhuizen** omdat ziekenhuizen in veel opzichten van elkaar verschillen, zoals in het vergoedingsbeleid voor artsen en de organisatie van de zorgprocessen.

Voor **tarieven voor dagbehandeling** kunnen verschillende mogelijkheden worden overwogen. Voor relatief homogene pathologieën kan één tarief voor hospitalisatie en dagbehandeling worden toegepast, maar de voor- en nadelen in termen van kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid moeten tegen elkaar worden afgewogen. Voor minder homogene pathologieën is een gedifferentieerd tarief geschikter.

Op experimentele basis kunnen andere varianten worden overwogen (zie bijvoorbeeld de *Best Practice Tariffs* toegepast in Engeland, in Tekstvak 3).

### Tekstvak 3 – Best Practice Tariffs (BPT's) in Engeland: een alternatief voor gemiddelde kosten om de tarieven te bepalen

Tot 2009-2010 werd één tarief voor een klassieke opname en dagbehandeling toegepast voor de meeste *Healthcare Resource Groups* (HRG's - de Engelse versie van DRG's) ter bevordering van de omschakeling naar dagbehandeling, waar mogelijk. Het tarief werd vastgesteld op de gemiddelde kost van dagbehandeling en klassieke opname, gewogen met het aandeel van de activiteit in elke setting. Na de invoering van het eenheidstarief heeft men een stijging vastgesteld van het percentage patiënten in dagbehandeling.

Vanaf 2010/2011 werden *Best Practice Tariffs* (BPT's) ingevoerd voor een reeks ingrepen zoals de behandeling van liesbreuken en prostaatrectomie. Een BPT omvat twee prijzen, één voor dagbehandeling en één voor geplande hospitalisatie. Door het toekennen van een hogere prijs aan dagbehandeling dan aan een klassieke opname, worden de eerste overbetaald en de laatste onderbetaald. Volgens de *National Health Service* (NHS) zullen ziekenhuizen over het geheel genomen voldoende worden vergoed zolang zij overeenkomstig de beoogde ratio's voor dagbehandeling werken. Voor de meeste geselecteerde ingrepen verbeterden de percentages in dagbehandeling met 1 tot 10 procent.

De keuze van ingrepen die in aanmerking komen voor BPT's werd gemaakt door de *British Association of Day Surgery*.



#### 4.2.2. Patiënten met chronische of meerdere aandoeningen

##### Oriëntatie 2

**Er zouden pilootprojecten moeten opgezet worden waarin de DRG-financiering voor de intramurale zorg wordt uitgebreid tot een globale vergoeding voor een 'zorgbundel' die alle settings bestrijkt waarin een zorgepisode van een gegeven pathologie zich afspeelt.**

##### Doelstellingen en rationale

Gezondheidszorgsystemen worden in toenemende mate geconfronteerd met een vergrijzende bevolking en een stijgende prevalentie van chronische multimorbiditeit. DRG's en andere financieringssystemen op basis van zorgepisodes schieten hier op verschillende vlakken tekort: hun gezichtsveld is te beperkt om bredere systeemproblemen effectief aan te pakken en zij bieden onvoldoende stimuli om het aantal ziekenhuisopnames te verminderen.

Idealiter zouden een financiering die de continuïteit en coördinatie van zorg beoogt de middelen moeten toewijzen aan die actor die het beste kan beoordelen welke elementen van zorg nodig zijn, maar die zelf geen rechtstreeks belang heeft bij het bieden van één of meerdere van deze elementen.

##### Nog geen bewezen methodes

In de praktijk verleggen de meeste financieringsstelsels die de integratie van chronische zorg nastreven, het **zwaartepunt van de ziekenhuizen naar de eerstelijnszorg**.<sup>13</sup> In België is het echter onduidelijk hoe ziekenhuizen de relaties met een groot aantal eerstelijnszorgverleners, waarvan een groot aantal zelfstandig is en solo werkt, effectief zouden kunnen sturen.

Landen waar al vele jaren DRG-financiering bestaat experimenteren met alternatieven die beter verenigbaar zijn met zorgintegratie. Over het algemeen betreft het hier projecten die focussen op één enkele aandoening.

**De meeste projecten** zijn nauw verbonden met de specifieke culturele en organisatorische context van de lokale gezondheidszorg en **kunnen** als zodanig **niet zondermeer worden overgezet naar onze eigen, Belgische situatie**.<sup>13</sup> Veelal verkeren ze ook in een vroeg stadium van uitvoering, zodat momenteel weinig tot geen evaluaties beschikbaar zijn. We kiezen

dus best voor een voorzichtige aanpak bij het ontwerpen en invoeren van trajecten van geïntegreerde zorg gestoeld op financiële stimuli en innovatieve financieringssystemen. Een van de vragen die nog niet werden opgelost is hoe om te gaan met patiënten met polypathologie, zonder een al te complexe 'bundel van bundels' te creëren.

Afhankelijk van de financiële en klinische doelstellingen kunnen hetzij het ziekenhuis, hetzij andere zorgverleners hier het voortouw nemen. De zorgverleners die in het systeem stappen zouden dan een gegarandeerd budget moeten krijgen voor een bepaalde periode (bijv. 3 jaar). De proefprojecten kunnen worden ingebed in algemene zorgnetwerken (zie paragraaf 6.2) en de benodigde ICT-infrastructuur zou dan ook moeten ontwikkeld worden.

Initiatieven inzake *bundled payments* zullen overigens ook steeds met de Gemeenschappen/Gewesten moeten overlegd worden omdat de voorzieningen buiten ziekenhuizen onder hun bevoegdheid vallen.

##### Enkele voorbeelden... en hun grenzen

In België komen de revalidatieovereenkomsten het dichtst in de buurt van een dergelijke geïntegreerde, gebundelde financiering. Maar momenteel zijn er geen wetenschappelijke bewijzen die ons toelaten om een gebundelde financiering die ook acute ziekenhuiszorg insluit, aan te bevelen.

De voorbeelden uit andere landen variëren van gebundelde financiering voor specifieke ziekte-episodes tot per capita-financiering voor het volledige gamma van zorg.



#### Tekstvak 4 – ‘Keten-DBC’ (Diagnose Behandel Combinatie) Schema in Nederland

Voor patiënten met diabetes, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of vasculair risico, kunnen zorgverzekeraars alle benodigde zorg aankopen via de betaling van één jaarlijkse vergoeding aan nieuw opgerichte contracterende entiteiten, 'zorggroepen' genoemd.

Zorggroepen, die een aantal zorgverleners omvatten, zijn klinisch en financieel verantwoordelijk voor alle toegewezen patiënten in het zorgprogramma. Nationale, ziekte-specifieke klinische richtlijnen bepalen welke diensten in de zorgbundels worden opgenomen, maar de prijs voor elke zorgbundel is het resultaat van individuele onderhandelingen tussen verzekeraars en zorggroepen.

Uit een voorlopige evaluatie van gebundelde betalingen voor diabeteszorg bleek een grotere kostenstijging dan voor patiënten die niet deelnamen aan een *disease-management* programma. Aanloopkosten zijn een mogelijke verklaring. Tegenstanders twifelen er echter aan of patiënten met comorbiditeit baat hebben bij regelingen die focussen op één enkele aandoening. Zorgprogramma's integreren weliswaar de zorg voor één specifieke ziekte, maar creëren tegelijkertijd een nieuwe vorm van fragmentatie.<sup>30</sup>

Een alternatieve benadering zou een **financiering per capita** kunnen zijn, met correctie voor individuele risico's, die de medische behoeften van een bepaalde groep patiënten, gedeeltelijk of geheel, gedurende een bepaalde tijd (in de meeste gevallen één jaar) dekt. Een per capita-betaling doorbreekt de rechtstreekse band tussen de financiering en de specifieke zorgverstrekingen, waardoor zorgverleners meer flexibiliteit verkrijgen. Maar, zeker bij volledige per capita-betalingen, dragen zorgverleners het volle financiële risico, wat kan aanzetten tot patiëntselectie en beknibbelen op de kwaliteit van de zorg.

Een innovatief voorbeeld van de overschakeling naar forfaitaire betalingsregelingen is het *Gesundes Kinzigtal Integrated Care*-model in Duitsland.

#### Tekstvak 5 – *Gesundes Kinzigtal* initiatief voor geïntegreerde zorg

- geïntegreerd zorgsysteem voor alle zorgsectoren en -indicaties voor een welomschreven populatie;
- besparingen worden gedeeld tussen *Gesundes Kinzigtal GmbH* (de beheersmaatschappij) en de ziekenfondsen via onderhandelde contracten;
- extra *pay-for-performance* betalingen door *Gesundes Kinzigtal GmbH* aan zorgverleners voor diensten die belangrijk worden geacht voor de kwaliteit van zorg (ongeveer 10-15% van hun andere inkomsten);
- winstdeling tussen de zorgverleners en de beheersmaatschappij op basis van de prestaties van de individuele zorgverlener;
- patiënten moeten zich inschrijven;
- preventieve maatregelen tegen risicoselectie.

Bij evaluatie blijken de maatregelen tegen risicoselectie effectief te zijn geweest: niet alleen werd de traditionele risicoselectie vermeden, maar de leden die zich het eerst inschreven hadden een bovengemiddelde morbiditeit en kosten.<sup>13</sup> Deze leden vertegenwoordigen echter juist een groep waar de meeste ruimte voor verbetering van efficiëntie was tegenover het oude systeem, wat het aanvankelijke succes van het model deels verklaart.

In het Medicare-programma van de *Accountable Care Organizations* (ACO's) in de Verenigde Staten draagt niet een (externe) zorgmanager of de verzekeraar de verantwoordelijkheid, maar de groep van zorgverleners zelf.<sup>13</sup>



### Tekstvak 6 – Accountable Care Organizations (ACO's)

- Financierders stellen kwaliteitscriteria en naar risico gewogen budgetten vast op basis van verwachte uitgaven, voor een omschreven groep begunstigden in een ACO.
- Groepen zorgverleners, verantwoordelijk voor de globale kosten en kwaliteit van zorg voor hun patiënten, krijgen een deel van de besparingen wanneer ze zowel de financiële als klinische doelstellingen halen.
- ACO's kunnen bestaan uit een breed scala van zorgverleners maar omvatten minstens huisartsen, specialisten en één of meer ziekenhuizen.
- ACO's nemen de verantwoordelijkheid voor de gezondheidsresultaten van zorgepisodes van een jaar of langer.
- Patiënten hoeven zich niet in te schrijven maar worden toegewezen aan de ACO op basis van hun patroon van zorggebruik.
- Een ACO moet minstens 5000 patiënten hebben.

In tegenstelling tot sommige Europese modellen die worden gedomineerd door huisartspraktijken (zoals de zorggroepen in de Keten-DBC's in Nederland), vallen ziekenhuizen ook onder ACO's.

### 4.3. Aanzienlijke herschikkingen in de macrobudgetten

#### Oriëntatie 3

- **Om middelen vrij te maken voor de verschillende bouwstenen van deze hervorming, moet het totaal aantal 'ziekenhuisligdagen' aanzienlijk dalen, via een verdere ligduurverkorting en een vermindering van de totale acute bedden capaciteit.**
- **Het macro-BFM blijft een gesloten budget en is groot genoeg voor een adequate dekking van de verantwoorde case-mix, met inbegrip van een buffer voor eventuele 'overproductie' van beddagen.**

- **Het totaal aantal verantwoorde cases (opnames) en de bijhorende budgetten worden verdeeld over de verschillende zorgzones van het land volgens de behoeften van de respectievelijke bevolking, maar een verevening tussen zorgzones blijft mogelijk om diensten voor patiënten afkomstig uit een andere zone te vergoeden.**
- **Voor elke zone wijst een strategisch, meerjarig netwerk-zorgplan de middelen toe aan de verschillende ziekenhuizen en andere zorgverleners.**
- **Als een ziekenhuis zijn aandeel van cases overschrijdt, wordt het DRG-tarief voor de overschrijdende DRG's geleidelijk verlaagd.**

#### Doelstellingen en rationale

We kunnen er niet omheen: een toereikende, stabiele financiering per DRG betekent meer geld voor het deel B2 van het BFM. Toch is er weinig kans dat het budget voor gezondheidszorg aanspraak zal kunnen maken op royale groeivoeten, terwijl de rest van de door de overheid gefinancierde sectoren hun budgetten drastisch moeten verlagen. Bijgevolg zullen de middelen moeten komen van de gezondheidszorg zelf, via een drastische reorganisatie en herverdeling van middelen.

Daarom zijn de in dit hoofdstuk voorgestelde hervormingen op kritieke wijze afhankelijk van de invoering van twee andere belangrijke hervormingen: een ingrijpende herziening van de artsenhonoraria (de nomenclatuur), beschreven in Hoofdstuk 5 van deze synthese, en een grondige herinrichting van het ziekenhuislandschap, beschreven in Hoofdstuk 6.

Om met het laatste te beginnen, **de vermindering van het aantal acute ligdagen en het aanbod van bedden en diensten** is een conditio sine qua non voor een toereikende financiering van de resterende capaciteit. Het goede nieuws is dat er waarschijnlijk nog ruimte voor verbetering is: de gemiddelde verblijfsduur is nog steeds 10 tot 15% hoger dan wat men ziet in een aantal andere Westerse landen met kwalitatief hoogstaande ziekenhuiszorg (zie Hoofdstuk 2 van het wetenschappelijk rapport), en het overaanbod van dure medische technologie en zeer gespecialiseerde diensten wordt algemeen erkend. Kortom, dit is waarschijnlijk de belangrijkste stap om deze hervorming van de grond te krijgen.





De andere, nauwelijks minder belangrijke stap is de herziening van de honoraria voor medisch specialisten en, meer in het bijzonder, **de overheveling van wat momenteel wordt verrekend via de afhoudingen op de artsenhonoraria naar een mede-beheerd investeringsfonds en deels ook naar het BFM** om de DRG-financiering aan te vullen. Dit punt wordt verder uitgewerkt in Hoofdstuk 5 van deze synthese.

### Het netwerk van de zorgzone – een nieuwe belangrijke speler in het landschap

De volledige rationale en modaliteiten van de netwerken in de zorgzones worden behandeld in Hoofdstuk 6. Hier concentreren we ons alleen op de gevolgen van het werken met zorgzones op de prospectieve DRG-financiering.

Het uitgangspunt is dat ziekenhuizen voor het hun toegewezen 'kapitaal' van verantwoorde opnames, kunnen rekenen op een vaste prijs per DRG. Als ze dit volume overschrijden, wordt de financiële verantwoordelijkheid geleidelijk verlegd van de betalende overheid naar het ziekenhuis. Het ziekenhuis krijgt namelijk een **degressieve vergoeding per DRG naarmate zijn 'overproductie' toeneemt**, tot simpelweg geen financiering meer boven een bepaalde drempel. Deze degressieve vergoeding is niet van toepassing op artsenhonoraria. Dit onderscheid kan weliswaar aanleiding geven tot spanningen tussen artsen en ziekenhuisbeheerders, maar er werd geoordeeld dat de directe impact op individuele inkomens te veel weerstand zou oproepen en het risico op onderproductie naar het einde van het jaar toe zou doen toenemen.

De toewijzing van cases per instelling gebeurt op het niveau van het netwerk van de zorgzone in het kader van een **meerjarig, strategisch, netwerk-zorgplan** dat de acute ziekenhuiszorg integreert in een breder *public health* perspectief dat alle aspecten van zorg en welzijn voor een bepaalde bevolking omvat.

Patiënten en verwijzende artsen blijven volledig vrij in hun keuze van zorgverleners. Zorgzones die patiënten uit aangrenzende zones aantrekken worden hiervoor vergoed via een a posteriori verevening tussen de zorgzones.

## 5. DE VERGOEDING VAN MEDISCH SPECIALISTEN: BILLIJKER, EVENWICHTIGER EN TRANSPARANTER

De medisch-specialistische zorg is een essentiële pijler van ons gezondheidssysteem, en van de ziekenhuiszorg in het bijzonder. De mate waarin een zorgstelsel zijn specialisten kan ondersteunen en motiveren om kwalitatief hoogstaande, doeltreffende en efficiënte zorg te leveren is dan ook van cruciaal belang voor zijn globale performantie. Naast de sterke intrinsieke motivatie van de beroepsgroep zijn nog veel andere factoren in het geding, waaronder goede arbeidsomstandigheden, toegang tot de *state-of-the-art* technologieën, sociale erkenning en natuurlijk ook de hoogte en de modaliteiten van het inkomen.

### 5.1. Fee-for-service staat onder druk: wegen de historische verdiensten nog steeds op tegen de tekortkomingen?

Met de invoering van de verplichte ziekteverzekering in 1963 koos België voor een model van overeenkomsten en conventies tussen zorgverleners en ziekenfondsen met een *fee-for-service* (FFS) vergoeding voor de verstrekte zorg.<sup>31</sup> Tot op vandaag worden medisch specialisten overwegend betaald op basis van FFS, behalve (de meeste) specialisten in universitaire ziekenhuizen, die in loondienst werken. Het tarief per verstrekking wordt beschreven in een **zeer gedetailleerde 'nomenclatuur'** en dit tarief wordt verondersteld de feitelijke cognitieve en fysieke 'arbeid' van de arts te vergoeden, maar in veel gevallen ook een deel van de kosten die direct of indirect verband houden met de prestatie. Hieronder vallen kosten voor verpleging, paramedisch, technisch, administratief, onderhouds- en ander ondersteunend personeel, evenals de kosten voor het gebruik van lokalen, voor de inkoop, renovatie en onderhoud van apparatuur en voor verbruiksgoederen die niet zijn inbegrepen in het budget van financiële middelen.<sup>9</sup>



Zoals is vermeld in Hoofdstuk 1 van deze synthese kunnen de belangrijkste nadelen van het huidige vergoedingsstelsel voor medisch specialisten als volgt worden samengevat:

- Medisch specialisten worden (vrijwel) uitsluitend betaald op FFS-basis terwijl de vakliteratuur en ervaringen in het buitenland aantonen dat een mix van methoden (FFS, salaris, forfaits) noodzakelijk is voor een meer optimaal uitgebalanceerde set van stimuli. Vandaag staat de wetgeving echter niet toe om binnen één ziekenhuis verschillende statuten voor de artsen te combineren.
- De grote inkomensverschillen tussen de verschillende specialismen worden als onrechtvaardig ervaren en leiden niet alleen tot spanningen maar ook tot tekorten in bepaalde disciplines.
- De afhoudingen op de artsenhonoraria veroorzaken spanningen tussen ziekenhuismanagement, artsen en verpleegkundigen. Ze worden ook beschouwd als aan *push factor* naar private praktijken.
- De afhoudingen, maar ook de regelgeving dragen ertoe bij dat artsen uitwijken naar private praktijken. *Cherry picking* en problemen met kwaliteit en personeel zijn potentiële gevaren van deze trend.
- Ereloonsupplementen, die in België integraal deel zijn gaan uitmaken van het artseninkomen, vormen een bedreiging voor de financiële toegankelijkheid van de zorg.

### Ereloonsupplementen: diametrale standpunten

Uit het overleg met stakeholders kwamen sterk uiteenlopende opvattingen naar voor over de aanvaardbaarheid van het aanrekenen van ereloonsupplementen.

Volgens sommigen zijn supplementen het resultaat van de historische (stilzwijgende) overeenkomst tussen ziekenfondsen en artsen uit 1964, dat de conventietarieven relatief laag zouden worden gehouden op voorwaarde dat artsen supplementen konden aanrekenen aan patiënten die deze konden betalen. Hierdoor zijn sommigen de supplementen als een integraal deel van het reguliere artsenhonorarium gaan beschouwen en de overeengekomen tarieven als een gegarandeerde maximumprijs voor de financieel achtergestelden. Het geeft hen toegang tot hetzelfde niveau van zorg, zij het mogelijk in een andere setting, bijvoorbeeld twee- of meerpersoons ziekenhuiskamers in plaats van eenpersoonskamers. Een

ander argument van de voorstanders van supplementen is dat conventietarieven te strak zijn, terwijl zij vinden dat inkomensdifferentiatie op basis van kennis en ervaring gewettigd is.

Anderen zijn echter van mening dat het aanrekenen van verschillende tarieven voor dezelfde soort zorg, alleen omdat een patiënt een eenpersoonskamer heeft, vreemd, zo niet ronduit onaanvaardbaar is.

Ondanks het recht op informatie van de patiënt, erkennen veel stakeholders dat het systeem van supplementen niet transparant genoeg is en dat patiënten onvoldoende worden geïnformeerd.

### Tijd voor verandering

Hoewel voor velen onder de geraadpleegde stakeholders een FFS-systeem onmiskenbare, belangrijke voordelen biedt, lijkt de vertaling ervan in het Belgische systeem, na 50 jaar niet aflatende onderhandelingen, niet langer houdbaar te zijn.

### 5.2. Is er een alternatief?

#### Salarissen kunnen rust brengen... maar misschien te veel rust?

In België zijn, net als in andere landen het geval is, de verschillen in artsenhonoraria tussen disciplines minder extreem in universitaire ziekenhuizen waar artsen (overwegend) in loonverband werken, zij het met een zekere mate van differentiatie, bijvoorbeeld vanwege nachtdiensten of te dragen risico's.

Voordelen die worden vernoemd zijn het creëren van meer ruimte voor multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en het reduceren van de prikkel tot overproductie. Bovendien maakt het een HR-beleid mogelijk dat beter is afgestemd op een gezond evenwicht tussen werk en privéleven en biedt het artsen een betere sociale bescherming.

Tegenstanders vrezen dat artsen in loondienst geneigd zullen zijn 'van 9 tot 5' te werken, met een verlies van productiviteit en beschikbaarheid voor de patiënt als gevolg. Terwijl er nochtans veel voorbeelden bestaan van professionals in loondienst die intrinsiek gemotiveerd zijn en lange werkdagen niet schuwen, benadrukken verschillende stakeholders dat een salariering in strijd is met de cultuur van de Belgische medische professie en artsen naar private praktijken zou kunnen doen uitwijken. Zij beweren



bovendien dat het macrobudget in fine zal stijgen vanwege de bijkomende sociale bijdragen voor artsen in loonverband.

### All-inclusive financiering? Niet overtuigend!

Een tweede alternatief is meer te gaan werken met **forfaitaire vergoedingen**. In feite verleggen dergelijke systemen het financiële risico naar de zorgverlener, wat begrijpelijkerwijze veel weerstand oproept. De argumenten tegen zijn opnieuw het risico op onderproductie, wachtlijsten en verlies van kwaliteit.

In België werden meerdere pogingen in die richting gedaan, maar geen ervan kan als een echt succes worden beschouwd. Sinds eind jaren tachtig en begin jaren negentig worden **klinische biologie en medische beeldvorming** bijvoorbeeld vergoed via een mix van FFS en forfaits. De invoering ervan had echter slechts een beperkte en kortdurende impact op de voorschrijfvolumes en de uitgaven. Stakeholders wijzen op verschillende redenen. Ten eerste was de gefragmenteerde en gedeeltelijke invoering van het systeem niet voldoende om het gedrag van zorgverleners te veranderen. Ten tweede, en wellicht nog belangrijker, worden de voorschrijvers van laboratoriumonderzoeken of medische beeldvorming zelf niet financieel getroffen door het gewijzigde financieringssysteem.

De **referentiebedragen** zijn een ander voorbeeld. Volgens stakeholders misten deze eveneens grotendeels hun doel wegens hun beperkt toepassingsgebied. Bovendien gaat het hier in feite alleen maar over een correctie a posteriori, en dus geenszins om een echt prospectief, pathologie-specifiek financieringssysteem. Met als bijkomend probleem dat het achteraf terugvorderen van de bedragen die het referentiebedrag overstijgen een bron van conflicten is tussen ziekenhuizen en de overheid, maar ook tussen artsen en ziekenhuismanagement.

### Ziekenhuizen zijn geen geïsoleerde eilanden

Een belangrijke uitdaging voor welk verloningssysteem van ziekenhuisspecialisten dan ook is het voorkomen dat artsen ongewenst het ziekenhuis ontvluchten en uitwijken naar een private praktijk. Redenen hiervoor zijn de meer aantrekkelijke financiële voorwaarden (inclusief de fiscale voordelen en de vrijheid om ereloonsupplementen aan te rekenen), meer autonomie (onder meer de keuze van welke diensten men aanbiedt) en betere werkomstandigheden (bijv. geen werk buiten de kantooruren). Tot op zekere hoogte is dit nu al het geval voor een aantal specialisten en

verstrekkingen. Hoewel een shift van bepaalde diensten van het ziekenhuis naar een private praktijk op zich geen probleem vormt, zal een toekomstige hervorming toch op een adequate manier met dit fenomeen moeten omgaan en voldoende handgrepen aanreiken om dergelijke verschuivingen in de gewenste richting te sturen.

Een verschuiving naar een extramurale setting kan immers perfect gerechtvaardigd zijn en efficiënter dan intramurale zorg. Maar als de verschuiving bepaalde proporties overschrijdt, brengt het een aantal risico's met zich mee:

- Het risico op *cherry picking* waarbij de private praktijken alleen de ongecompliceerde gevallen uitkiezen en de moeilijke (en duurere) gevallen patiënten aan het ziekenhuis overlaten.
- Dit kan leiden tot wachtlijsten voor de zorg verstrekt in het ziekenhuis (intramuraal of poliklinisch), terwijl patiënten die supplementen kunnen en willen betalen in private praktijken snel worden geholpen. In meer extreme gevallen kan het zijn dat ziekenhuizen er gewoon niet meer in slagen om bepaalde specialisten te vinden, zoals kinderartsen, oogartsen en dermatologen.

Om al deze redenen moet elke toekomstige hervorming het gehele spectrum van settings bestrijken, van de private praktijk aan huis tot de zuiver intramurale activiteiten.

### 5.3. Ingrijpende veranderingen, maar het waardevolle bewaren

Vanuit een maatschappelijk perspectief moet een vergoedingssysteem voor medisch specialisten de volgende doelstellingen nastreven: productiviteit, kwaliteitsvolle zorg, geen risicoselectie en kostenbeheersing, en dat alles in een systeem dat administratief eenvoudig is. Voor de specialisten is het daarnaast ook belangrijk dat zij op een rechtvaardige en transparante wijze worden vergoed. Het is aangetoond dat enkel een mix van benaderingen een optimale set van stimulanzen kan bieden (zie Hoofdstuk 14 van het wetenschappelijk rapport).

Op grond van de beoordeling door de stakeholders van de sterke en zwakke punten van het huidige Belgische financieringssysteem, van de ervaringen in tien landen en van de bevindingen in de vakliteratuur, blijkt dat het verdergaan met punctuele veranderingen in stukken en beetjes hoogstwaarschijnlijk niet kan leiden tot een stabiel systeem dat op





evenwichtige wijze aan alle vereisten voldoet. Aan de andere kant wil dit niet zeggen dat wij geen waardevolle elementen van het huidige systeem kunnen bewaren. Zo werd het volledig integreren van de vergoeding van artsen in een *all-in* tarief per *case* als té radicaal beschouwd, gezien de historische evenwichten die ons systeem kenmerken. Bovendien zou het ook het risico inhouden om een van de belangrijkste sterktes (hoge toegankelijkheid) ervan te ondermijnen. Daarom kan het voorstel dat in de volgende paragrafen wordt ontvouwd het beste worden omschreven als een **diepgaande verandering** van het huidige systeem, **maar geen totale vervanging ervan door iets nieuws**.

#### Oriëntatie 4

- **De artsenvergoeding via betaling per prestatie (*fee-for-service* (FFS)) blijft bewaard, en de tarieven worden nog steeds vastgelegd in een gedetailleerde catalogus ('nomenclatuur'), maar alle tarieven worden volledig herberekend zodat enkel de cognitieve en fysieke 'arbeid' van de arts vergoed wordt, met uitsluiting van alle andere kosten voor verplegend en ander personeel, infrastructuur en investeringskosten. Dit nieuwe tarief wordt hierna aangeduid als 'professioneel honorarium'.**
- **Het mechanisme van de afhoudingen op de artsenhonoraria wordt volledig afgeschaft.**
- **Het resterende deel van het budget voor de artsenhonoraria (d.w.z. het deel niet bestemd voor het professioneel honorarium) wordt overgeheveld naar:**
  - een investeringsfonds, opgedeeld per ziekenhuis, waar het paritair wordt beheerd door de artsen en het ziekenhuismanagement;
  - het globale BFM, om de middelen voor de werkingskosten per DRG aan te vullen;
  - een klein deel gaat naar een kwaliteitsfonds, opnieuw opgedeeld per ziekenhuis, waar het wordt medebeheerd door artsen, verpleegkundigen en andere relevante actoren.

#### Doelstellingen en rationale

Hoewel men in verscheidene Westerse landen al sinds lang artsen in loondienst heeft, waren de meeste stakeholders het erover eens dat het moeilijk, zo niet onmogelijk zou zijn om een dergelijk systeem in België te laten aanvaarden, gezien de van oudsher zeer 'liberale' cultuur die een groot deel van de medische beroepsgroep kenmerkt. Bovendien houdt het volledig afstappen van het FFS-systeem het risico in belangrijke troeven te verliezen, zoals de grote tevredenheid bij de burger. Overigens geeft de facturatie van de nomenclatuurcodes een zeer gedetailleerd beeld van het zorgverbruik per type zorgverlener, instelling en patiënt, waardoor het een krachtig beleidsinstrument is voor de monitoring van het systeem.<sup>32</sup>

Maar tegelijkertijd moet er dringend iets gedaan worden om de belangrijkste nadelen van het systeem te corrigeren of op te heffen. Een toekomstig vergoedingssysteem moet de stimuli voor (over)productie temperen, de relatie met de andere actoren in het ziekenhuis verbeteren, de inkomens van specialisten weer met elkaar in evenwicht brengen en ervoor zorgen dat het ziekenhuis een aantrekkelijke werkplaats blijft. Bovendien zou het zorgkwaliteit en toegankelijkheid moeten bevorderen en uiteraard moet het betaalbaar blijven op macroniveau.

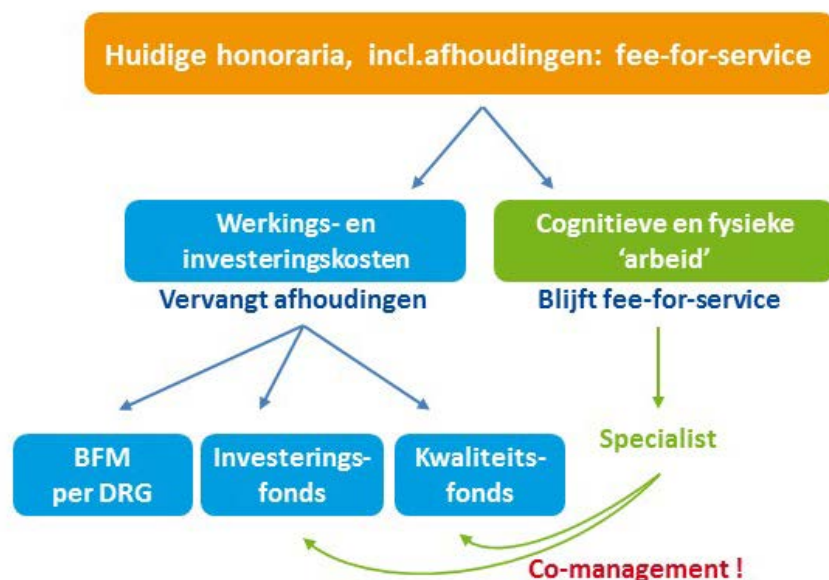
#### Naar een eerlijk en doorzichtig honorarium, 'gezuiverd' van alle andere elementen

De voorgestelde hervorming van de nomenclatuur zou op twee fundamentele niveaus een gezond evenwicht moeten herstellen. Ten eerste het terugkeren naar een **normale verhouding tussen het inkomen en het daadwerkelijk door de arts gepresteerde werk**. Het staat buiten kijf dat artsen een mooi inkomen mogen hebben, gezien de maatschappelijke waarde van hun werk, hun grote verantwoordelijkheden en het niveau van expertise dat men van hen verwacht. Maar er kan ook weinig discussie over bestaan dat de arbeidsduur de voornaamste bepalende factor van het inkomen moet zijn. Natuurlijk kan en moet dit inkomen verder worden aangepast aan het niveau van vereiste expertise/ervaring, risico en stress, vereiste intellectuele en fysieke inspanning en belasting (waaronder nacht/weekendwerk) of nog andere criteria. Men kan zich hierbij laten inspireren door een aantal recent ingevoerde tariefregelingen in het buitenland zoals TARMED in Zwitserland of CCAM in Frankrijk (zie Hoofdstuk 14 in het wetenschappelijk rapport). Dit soort verfijningen wordt

best door een onafhankelijke instantie uitgevoerd, aan de hand van bestaande normalisatietechnieken zoals die ook in andere beroepssectoren worden toegepast.

Het tweede fundamentele evenwicht zal dan bijna automatisch uit het eerste volgen, d.w.z. het **inkomensevenwicht tussen de verschillende medische disciplines**. Er bestaat weinig twijfel dat dit een rechtvaardige maatregel is, maar het is ook billijk deze verschuivingen in de inkomens niet op abrupte wijze door te voeren maar ze heel geleidelijk over een periode van meerdere jaren te implementeren.

**Figuur 1 – Voorgestelde hervorming van de fee-for-service honorering van specialisten**



### De afhoudingen afschaffen en vervangen door iets nieuws

De rechtstreekse **overheveling van de budgetmassa** die momenteel via de artsenhonoraria en de afhoudingen wordt doorgegeven, **naar een investeringsfonds en naar het BFM** zou een aantal nadelen van het huidige systeem moeten wegwerken. Behalve dat dit bijdraagt tot een meer transparante, uniforme en adequate financiering van de zorgkosten per DRG (zie Hoofdstuk 4 van de synthese), kan het ook ziekenhuismanagement en artsen meer op één lijn brengen door het gezamenlijk beheer van het investeringsfonds. Tegelijkertijd heft het een permanente bron van onenigheid op zodat het debat veel meer kan focussen op een gedeeld langetermijn zorgproject voor de instelling in de bredere context van de zorgzone.

Deze nieuwe verhoudingen moeten een wettelijke ondersteuning krijgen, hopelijk op een meer doeltreffende manier dan tot nu toe het geval was. Toen de Ziekenhuiswet in 1986 de taken van de hoofdgeneesheer en van de medische raad vastlegde, wilde men de integratie van de medische activiteiten in het algemene ziekenhuisbeleid nastreven. In de praktijk kreeg de hoofdgeneesheer echter nooit de instrumenten om een geïntegreerde visie op kwaliteit en zorg daadwerkelijk te realiseren.<sup>33</sup> En de rol van de medische raad werd beperkt tot het adviseren van het ziekenhuismanagement aangaande 18 in de wet vastgelegde domeinen (waaronder de benoeming van de hoofdgeneesheer, maar ook het bepalen welk personeel kan betaald worden met de afhoudingen op de honoraria). In feite functioneert de medische raad in de meeste gevallen vooral als de 'syndicale vertegenwoordiging van de artsen' die zijn adviserende rol vooral gebruikt om de belangen van de artsen te verdedigen veeleer dan om aan een gezamenlijk strategisch zorgproject te werken.<sup>33</sup> De wet creëerde de mogelijkheid om de adviserende rol van de medische raad te vervangen door een procedure voor rechtstreeks overleg tussen artsen en ziekenhuismanagers, via de oprichting van een 'permanente overlegcommissie' (POC) waarin beide partijen paritair zijn vertegenwoordigd. In de praktijk hebben echter slechts heel weinig ziekenhuizen voor een POC geopteerd, voornamelijk omdat de artsen vreesden voor een aantasting van de macht van de medische raad.<sup>33</sup>



Wanneer ziekenhuizen er niettemin in slagen om een gedeeld project te ontwikkelen waarbij zowel de artsen als de beheerder zijn betrokken, is dit te danken aan plaatselijke, individuele goodwill en ad hoc samenwerkingsverbanden. Uiteindelijk is dit een kwetsbaar proces dat gedoemd is voort te schrijven aan het tempo van de traagste partij.<sup>33</sup>

### Een mede-beheerd investeringsfonds

Een deel van de budgetmassa dat overeenkomt met de afhoudingen wordt overgeheveld naar een investeringsfonds, dat wordt opgesplitst per ziekenhuis pro rata de investerings-kost-component van zijn DRG *case-mix*. Op het niveau van het ziekenhuis wordt het mede-beheerd door ziekenhuismanagement en artsen. Het is duidelijk dat hierdoor de machtsverhoudingen binnen het ziekenhuis zullen veranderen. Alle **belangrijke strategische investeringsbeslissingen voor medische uitrusting en infrastructuur** zouden door de artsen zowel als door de beheerders moeten worden gedragen. Daarom is het belangrijk om te zoeken naar een bestuursvorm en naar procedures die een openhartige samenwerking tussen artsen en beheerders maximaal ondersteunen. Dit platform zou de plaats moeten worden waar gestalte wordt gegeven aan het **gemeenschappelijk middellange- en langetermijn zorgproject** van de instelling in zijn bredere context. Voorbeelden uit andere landen (bijv. Nederland, Frankrijk) kunnen inspiratie bieden voor hoe men komt tot een geïntegreerd beleidsplan, hoewel beide landen voor zeer verschillende opties gingen: in Frankrijk steunt men vooral op officiële, formele voorschriften; Nederland koos resoluut voor meer marktwerking.

## 5.4. Artsenhonoraria in ziekenhuispolikliniek en private praktijk

### Oriëntatie 5

- Voor de zorg voor ambulante patiënten in de polikliniek van het ziekenhuis of in hun private praktijk, krijgen medisch specialisten voor dezelfde prestaties hetzelfde professioneel honorarium als intramuraal.
- Personeel, infrastructuur en investeringskosten worden door een praktijktoelage gedekt, berekend in verhouding tot de omvang van de praktijk (het 'patiënteel') en de specifieke, objectieve kosten van de geboden diensten.
- De praktijktoelage wordt verder gedifferentieerd naar gelang de dimensionering van de geboden diensten in termen van continuïteit (d.w.z. al of niet met wachtdienst), multidisciplinariteit, medische infrastructuur, kwaliteitsborging, enz.

### Doelstellingen en rationale

De stakeholders erkennen het spanningsveld tussen private en ziekenhuispraktijk, maar de Europese regelgeving belet een differentiatie van de vergoedingen voor dezelfde zorg naargelang de zorgsetting. Het blijft evenwel perfect verdedigbaar om op een correcte en transparante wijze tegemoet te komen aan de meerkost van 24/7 continuïteit, van multidisciplinariteit of van effectieve kwaliteitsborging, allemaal elementen die men wellicht eerder in het ziekenhuis dan in een private praktijk zal aanbieden. Aan de andere kant moet dit niet tot het uiterste worden doorgetrokken, omdat het niet de bedoeling kan zijn om een exclusief hospitalocentrisch model na te streven.



### Hoogte van de praktijktoelage: geen *one-size-fits-all*

De hoogte van de praktijktoelage moet op basis van verschillende componenten worden bepaald. Een **vast bedrag** zou de **relatief niet-schaalbare uitgaven** zoals ICT-infrastructuur moeten dekken. Een bijkomend, **variabel bedrag** zou **evenredig** moeten zijn aan de **omvang van de praktijk**, d.i. het aantal verschillende patiënten over een periode van bijv. twee of drie jaar. Verder zou het moeten worden aangepast aan het soort praktijk (wat specialisme of sub-specialismen betreft), de noodzaak van verpleging of andere hulp en de noodzakelijke investeringen in apparatuur.

In het Medicare-programma in de Verenigde Staten bijvoorbeeld, verschillen de *Relative Value Units* (RVU's) van de praktijkuitgaven tussen een *in-facility* en *non-facility setting*, en worden ze op grond van enquêtegegevens berekend (zie Hoofdstuk 14 in het wetenschappelijk rapport). Steeds zal er moeten over gewaakt worden dat er een duidelijke band is tussen toelagen en de aard van de opdrachten en bijhorende kosten, om niet in tegenspraak te komen met de Europese reglementering inzake staatssteun en het vermijden van concurrentievervalsing.

### 5.5. Potentiële verdere ontwikkelingen

Voor zover de nieuwe vergoedingsregeling er uiteindelijk in slaagt de spanningen tussen verschillende groepen specialisten en tussen specialisten en management te temperen, opent het perspectieven voor nog meer doorgedreven hervormingen.

- Door het **groeperen van nomenclatuurcodes in bundels en specialisten per zorgbundel te betalen**, zouden zij verder aangespoord kunnen worden om onnodige zorg, duplicatie van diagnostische tests en al te dure behandelingen te weren indien er deugdelijke, goedkopere alternatieven bestaan.
- Meer in het bijzonder kan het bestaande systeem van **referentiebedragen** worden **omgezet in een prospectieve financiering van de in het systeem opgenomen honoraria**. De vergoeding wordt dan vooraf bepaald en is, indien mogelijk, alleen berekend op basis van op *evidence-based* onderzoeken en behandelingen.

- De **bestaande forfaits** voor hoog-volume verstrekkingen (bijv. voor medische beeldvorming en voor klinische biologie) zouden moeten worden **behouden** en kunnen op termijn zelfs worden **uitgebreid**.
- Gedeeltelijke herverdeling ('mutualisatie') van artsenhonoraria in een fonds, gezamenlijk beheerd met het ziekenhuismanagement en de hoofdgeneesheer, kan mogelijkheden scheppen voor een **dynamischer HR-beleid** voor artsen, met ruimte voor ondermeer:
  - betere regelingen voor ziekte- en moederschapsverlof;
  - betere carrièremogelijkheden waaronder differentiatie tussen junior en senior consultants en het faciliteren van loopbaanheroriëntering, bijvoorbeeld om transversale verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit, ziekenhuishygiëne, patiëntveiligheid, patiëntgerichtheid enz. op te nemen;
  - compensatie voor bijzonder moeilijke of lastige taken;
  - een actief opleidingsbeleid.

### 5.6. Supplementen

De meeste stakeholders hebben geen probleem met het principe van het aanrekenen van kamersupplementen aan patiënten die extra comfort of luxe wensen. Over het aanrekenen van ereloon-supplementen aan patiënten in eenpersoonskamers, terwijl de medische zorg in principe toch identiek is, lopen de meningen echter sterk uiteen. In een toekomstig systeem waarin de erelonen op een correcte wijze de geleverde inspanningen, expertise, fysieke of emotionele belasting, enz. weerspiegelen, hebben in theorie de supplementen niet langer een plaats. Gezien de uiterst gepolariseerde meningen en standpunten, zijn we van oordeel dat dit de bevoegdheid van KCE overstijgt om positie te kiezen in dit debat. Ons enig voorstel is om het debat boven het niveau van onderhandelingen tussen de directe belanghebbenden uit te tillen en om een **breder, maatschappelijk debat** op gang te brengen **over wat een aanvaardbaar inkomen is voor specialisten** die werken in een zorgsysteem dat voornamelijk wordt gefinancierd door de gemeenschap, en over welke 'tariefzekerheid' aan de sociaal verzekerden moet worden geboden.

Ondertussen hebben patiënten het recht om beter en vroeger geïnformeerd te worden over de prijs die ze voor hun behandeling zullen moeten neertellen.



## 6. HET ZIEKENHUISLANDSCHAP: EEN NETWERK IN TWEE LAGEN, DAT NABIJHEID EN UITMUNTENDHEID COMBINEERT

### 6.1. Een snel veranderende wereld vraagt om een grondige hertekening van het landschap

#### Nieuwe rollen voor ziekenhuizen

In de komende jaren zullen de zorgstelsels en ziekenhuizen in West-Europa worden geconfronteerd met een vergrijzing van de bevolking die wordt gekenmerkt door multimorbiditeit en door een groter aantal dementerenden.<sup>34</sup> Daarnaast zal het afnemend aantal werkenden in verhouding tot niet-werkenden leiden tot een aanzienlijke toename van de belastingdruk op het systeem, en zal het ook zorgen voor een tekort aan professionals in de gezondheidszorg.<sup>35</sup> Verder zijn er de niet-aflatende ontwikkelingen en innovaties in de medische technologie en de geneesmiddelen, met een historische trend van exponentieel stijgende prijzen die een bedreiging vormen voor de duurzaamheid van het systeem. Internationaal komen langetermijn investeringen in infrastructuur steeds meer in handen van private investeerders, wat de toekomstprojecties naar rendabiliteit in een ander daglicht plaatst. Kortom, de gezondheidszorg en bijgevolg ook de ziekenhuizen worden geconfronteerd met een snel veranderende omgeving.

Zoals in de meeste Westerse landen, richt de Belgische gezondheidszorg zich van oudsher essentieel op het behandelen van patiënten tijdens acute zorgepisodes, met daarin een centrale rol voor ziekenhuizen.<sup>36</sup> Maar ziekenhuizen zijn grote materiële structuren die aanzienlijke investeringen vergen en, eenmaal gebouwd, lijkt hun rol voor een lange tijd haast letterlijk 'in steen gebeiteld'. Toch zal de veranderende omgeving de ziekenhuizen hoe dan ook nieuwe taken opleggen. Zeer zeker zullen ze in de toekomst ook nog steeds zeer gespecialiseerde, technologie-intensieve zorg blijven aanbieden, naast meer personeel-intensieve, maar nog steeds (hoog)gespecialiseerde diensten. Maar tegelijkertijd zullen ziekenhuizen ook andere paradigmata moeten adopteren.

Veel meer dan in het verleden, zullen ze hun **activiteiten** moeten **integreren met die van veel andere actoren in het zorgstelsel** en in wezen wordt hun aanbod slechts een schakel in de langetermijn keten van zorg voor de patiënt met één of meerdere chronische aandoeningen. Een veel groter deel van de zorg die vandaag nog steeds op een klassieke afdeling gebeurt, zal moeten verschuiven naar dagbehandeling en van dagbehandeling naar andere settings, veel dichterbij of zelfs ten huize van de patiënt. Zo is de praktijk van 'thuishospitalisatie' in heel wat Europese landen veel sterker uitgebouwd dan in ons land.

Om al deze redenen kan van het ziekenhuislandschap van de toekomst geen voorstelling worden gemaakt buiten de context van de (gezondheids)zorgsector in de ruimste zin van het woord.

#### Een (te?) groot aanbod, nog steeds overwegend gericht op acute episodes

Hoewel een vergelijking van het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden tussen landen verre van eenvoudig is, lijkt België toch een relatief hoog aantal erkende acute bedden per inwoner te hebben (4/1000 inwoners in 2012). Een weliswaar dalende, maar toch nog steeds vrij hoge gemiddelde verblijfsduur, en een hoog aantal opnames resulteren in een zelfs nog hoger aantal opnamedagen per inwoner per jaar.<sup>25</sup>

Sinds de hervorming van het BFM in 2002 is er een groeiende kloof tussen het aantal erkende en het aantal verantwoorde bedden, vooral voor de C- en D-bedden (meer dan 10%), wat wijst op een zekere mate van overcapaciteit aan erkende bedden. Dit lijkt niet het geval voor de G-bedden (voor geriatrische zorg).<sup>37</sup> Volgens vele stakeholders zou deze **overcapaciteit** leiden tot oneigenlijke of vermijdbare opnames en een onvoldoende substitutie van intramurale zorg door ambulante zorg. Het wakkert ook de concurrentie tussen ziekenhuizen aan, door sommigen beschreven als een **rat race om patiënten aan te trekken**. Ziekenhuizen willen een zo breed mogelijk pallet van diensten aanbieden, uitgerust met de laatste technologische innovaties, wat resulteert in een brede verspreiding van technologieën en zware apparatuur, zelfs wanneer hiervoor geen *evidence-based* argumenten zijn (bijvoorbeeld robotchirurgie<sup>38</sup>). Deze ambitie om te investeren in (zeer) gespecialiseerde diensten vindt men terug bij alle types van ziekenhuizen, wat resulteert in regionale ziekenhuizen die zichzelf gaan uitbouwen tot centra voor





tweedelijnszorg, en tweedelijnsziekenhuizen die actief concurreren met universitaire ziekenhuizen.

Bovendien zijn de zeven **universitaire ziekenhuizen**, die nooit meer dan 60 km van elkaar verwijderd liggen (behalve één), op de meeste gebieden ook onderling verwickeld in een moordende **concurrentiestrijd**. Elk centrum blijft zich het recht voorbehouden het hele gamma aan hooggespecialiseerde subdisciplines aan te bieden, terwijl het vanuit epidemiologisch oogpunt waarschijnlijk beter is de activiteiten te concentreren in een beperkt aantal diensten of zelfs om op internationaal niveau samen te werken (bijv. hadron-therapie<sup>39</sup>).

Dit competitief klimaat leidt tot een **fragmentatie van ervaring en expertise**, zoals duidelijk blijkt uit een onlangs gepubliceerd KCE-rapport over de organisatie van de zorg voor complexe en zeldzame kankers.<sup>40</sup> Naast het duidelijke risico op het vlak van de kwaliteit, is een dergelijke versnippering ook inefficiënt: zowel vanuit regionaal als vanuit nationaal perspectief, is er heel vaak sprake van overinvesteringen, wat op zijn beurt bijna onvermijdelijk leidt tot een zekere mate van overproductie.

### Eerstelijnszorg verspreid over een groot aantal actoren

Ondanks de algemeen erkende overcapaciteit van klinische diensten voor acute zorg zijn er nog veel lacunes in het systeem, vooral na het ontslag van de patiënt. De relatief lange verblijfsduur in acute ziekenhuisbedden zou verder kunnen worden verkort indien er alternatieven worden gecreëerd voor post-acute zorg voor patiënten die wellicht nog niet toe zijn aan thuiszorg, maar die niet langer een gespecialiseerd medische omkadering nodig hebben. De nood aan dergelijke alternatieven zal wellicht alleen maar toenemen met de vergrijzing en de toenemende prevalentie van chronische aandoeningen.

In België is de **eerstelijnszorg relatief slecht voorbereid op de evolutie naar een meer geïntegreerde zorg**. De meeste huisartsen werken nog steeds in een solo-praktijk of in kleine groepspraktijken. Zij vormen dus een zeer heterogene groep wat vaardigheden, infrastructuur en organisatie betreft en hetzelfde geldt in grote lijnen ook voor andere zorgverleners op de eerste lijn, voor de woonzorgcentra/rust- en verzorgingstehuizen en

welzijnsdiensten. Met zo'n groot en verschillend aantal gesprekspartners is het opzetten van een dynamisch ontslagbeleid met voldoende waarborgen voor kwaliteit en continuïteit van zorg bijgevolg allesbehalve eenvoudig voor een ziekenhuis. De dreigende schaarste aan huisartsen in de komende jaren zal de situatie er zeker niet gemakkelijker op maken. Men kan echter ook oplossingen gaan zoeken bij andere groepen van zorgverstrekkers, zoals bijvoorbeeld de thuiszorgorganisaties. De zeer uiteenlopende manieren waarop palliatieve thuiszorg vandaag is georganiseerd kan hierbij fungeren als een bron van inspiratie.<sup>36</sup>

## 6.2. Een hertekend landschap met een behoeftengestuurd aanbod

### Oriëntatie 6

- **Er moet een hertekening komen van het ziekenhuislandschap, in termen van acute bedden, diensten, functies en zorgprogramma's, die moeten worden afgestemd op de behoeften van de bevolkingsgroepen binnen geografisch omschreven zorgzones<sup>b</sup>.**
- **Binnen elk van de zorgzones moet dit gebeuren in het kader van een omvattend, meerjarig strategisch netwerk-zorgplan, dat alle niveaus en aspecten van de zorg- en welzijnssector omvat voor de gegeven populatie.**

### Doelstellingen en rationale

De hertekening van het ziekenhuislandschap voor acute zorg is een van de hoekstenen van de voorgestelde hervorming van de ziekenhuisfinanciering, en moet drie fundamentele doelstellingen dienen.

Een eerste doelstelling is het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, via een **vermindering** van het overaanbod van **complexe, dure of technologie-intensieve diensten**.

<sup>b</sup> In het kader van deze studie gebruiken we de neutrale term 'zorgzone' ('care area') voor de af te bakenen geografische entiteiten.





Het tweede doel is het beter afstemmen van het aanbod op de behoeften van de bevolking in plaats van dit over te laten aan de concurrentiestrijd om meer marktaandeel. Op de middellange en lange termijn moet dit resulteren in een globale **netto capaciteitsvermindering en reconversie van bedden**, waardoor middelen vrijkomen die kunnen bijdragen tot het oplossen van de chronische onderfinanciering in het BFM en tot de ontwikkeling van alternatieve zorgsettings die meer verankerd zijn in de lokale gemeenschappen.

Opdat dit zou leiden tot het daadwerkelijk mobiliseren van middelen, moet capaciteitsvermindering vooral worden gezien als **een vermindering van het totale aantal verantwoorde ziekenhuisbeddagen voor acute zorg**, wat zich de facto vertaalt in de **feitelijke sluiting van volledige afdelingen** (bijvoorbeeld het verminderen van het aantal kraamklinieken) of zelfs van hele campussen.

En ten derde moet deze hertekening van het landschap worden uitgevoerd binnen het grotere geheel van de strategische netwerk-zorgplannen van elk van de zorgzones. Een dergelijk strategisch zorgplan beslaat alle niveaus en aspecten van de zorg- en medisch-sociale sector, en moet dus ook goed articuleren met de initiatieven die gericht zijn op de zorg voor chronisch zieken. Dit alles zou moeten leiden tot een **veel beter geïntegreerd zorgstelsel** waar de diensten worden geleverd aan de patiënt in de minst complexe, klinisch aangewezen omgeving.<sup>40</sup>

Het woord 'landschap' wijst natuurlijk op een **geografisch concept**, maar er zijn verscheidene andere redenen waarom het onvermijdelijk lijkt om een geografische basis aan dit soort strategische planning te verschaffen. Er is een grote consensus dat de behoeften van de bevolking een goede basis voor zorgaanbodplanning vormen, maar er is haast geen andere manier om deze bevolkingsgroepen te omschrijven dan in geografische termen. En bovendien, meer nog dan voor ziekenhuizen, geldt dit voor de zorgvoorzieningen op de eerste lijn, die bijna per definitie vasthangen aan kleine, afgebakende geografische gebieden en waarvoor, zoals aangegeven in de *position paper* van het KCE over chronische zorg, een organisatie in niet-overlappende, hiërarchische territoria de sleutel vormt tot efficiënte zorgintegratie. Er is geen enkele reden dat dit niet evenzeer van toepassing zou zijn in de context van integratie van ziekenhuiszorg.

Bestaande geografische grenzen en hiërarchische structuren moeten maximaal worden herbenut en de **ziekenhuis-zorgzones dienen optimaal aan te sluiten**, zo niet samen te vallen, **met de territoriale omschrijvingen** die worden gehanteerd in het kader van eerstelijnszorg, chronische zorg, welzijnzorg, enz. Het feitelijk vastleggen van afbakening en omvang van deze zones valt buiten het bestek van het huidige onderzoek, maar gezien internationale ervaring en de bevolkingsdichtheid van ons land, zal men wellicht uitkomen op ongeveer 15, maximaal 20 zones (zie hieronder).

Ten slotte moet duidelijk zijn dat **het doel niet de beperking van de keuze van de patiënt of van de doorverwijzende arts is**, en dus zeker ook niet het volledig aan banden leggen van elke vorm van initiatief of concurrentie tussen ziekenhuizen, maar wel om vanuit het oogpunt van de volksgezondheid een kader aan te bieden waarbinnen de actoren hun dienstenaanbod kunnen ontplooiën. Aangezien deze zorgzones veel meer verantwoordelijkheid krijgen voor het daadwerkelijk voldoen aan de noden van de bevolking, moet men in elk van die zones absoluut **mechanismen gaan installeren om af te spreken wie wat doet en met welke middelen**.

Het buitenlandse voorbeeld dat het dichtst in de buurt komt van wat voor België kan worden overwogen, is te vinden in Frankrijk, waar de 22 *régions* de eenheden voor strategische planning vormen, via de zogenaamde *Schémas Régionaux d'organisation des Soins (SROS)* (zie ook Hoofdstuk 4 in het wetenschappelijk rapport).



### Tekstvak 7 – ‘Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)’ in Frankrijk

Het programma stelt prioriteiten voor patiëntenzorg op regionaal niveau voor een periode van vijf jaar, met als doel de ziekenhuiszorg in het gebied te rationaliseren en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het programma superviseert de geleidelijke uitbouw van specialistische platforms en stimuleert alternatieve oplossingen voor ziekenhuisopname (via thuiszorg en lokale activiteiten). Voorheen waren de *Agences régionales de l'hospitalisation* (ARH) verantwoordelijk voor toewijzing van het ziekenhuisbudget in hun gebied, voor het afleveren van vergunningen en voor de samenwerking tussen openbare en particuliere zorginstellingen.

Als onderdeel van de meest recente ziekenhuishervorming werden de ARH in 2010 vervangen door *Agences Régionales de Santé* (ARS). Deze instanties voeren nu het regionaal beleid inzake gezondheidszorg in een breder medisch-sociaal kader. Verschillende plannen zullen naast elkaar bestaan binnen het regionale gezondheidszorgplan beheerd door de ARS: het *Schéma régional de prévention*, het *Schéma régional d'organisation sanitaire* (met een luik voor de ziekenhuizen en een ambulante luik) en het *Schéma médico-social*.<sup>41</sup>

In Nederland is er het recente advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) die voor het ziekenhuislandschap een dubbel proces van spreiding en concentratie aanbeveelt.<sup>42</sup> Spreiding naar buurtgezondheidscentra van een aanzienlijk deel van de zorg die nu nog geboden wordt in een formele intramurale setting. Concentratie van de resterende ziekenhuiscapaciteit in een kleiner aantal grotere structuren, met als doel kwaliteit en efficiëntie te verbeteren. Optimale resultaten kunnen niet worden bereikt als één van de twee processen niet voldoende momentum kan opbouwen, en de RVZ geeft een aantal scenario's voor het bereiken van de uiteindelijke doelstellingen.

<sup>c</sup> Het begrip ‘regionaal ziekenhuis’ moet vooral als een functioneel concept worden beschouwd; de nadruk ligt op het specialisatie- en

### 6.3. ‘Regionale ziekenhuis’-diensten in de nabijheid van de patiënt

#### Oriëntatie 7

**Regionale ziekenhuisdiensten<sup>c</sup> bieden het meer algemene en frequente deel van het zorgspectrum. Zij zijn georganiseerd in een netwerkstructuur die op basis van het principe van nabijheid en vertrekend vanuit de behoeften van de bevolking, de realisatie van de doelstellingen en streefcijfers van de zorgzone nastreeft.**

- Hun lokalisatie, aantal en grootte moeten worden bepaald aan de hand van geografische ligging (zorgzone) en behoeften.
- Binnen de zorgzone moeten ziekenhuizen samenwerken in een sterk functioneel netwerk, met een goede verdeling van taken en functies.
- Niet alle diensten hoeven in alle ziekenhuizen te worden aangeboden en binnen een bepaald ziekenhuis kunnen ‘regionale’ ziekenhuisdiensten worden gecombineerd met één of meerdere diensten die fungeren als referentiecentra voor specifieke disciplines.
- Spoeddiensten moeten worden gevestigd op basis van geografische criteria.
- Standaardiseerbare en electieve zorgprocessen moeten verder worden gerationaliseerd, en activiteiten moeten naar dagbehandeling en ambulante zorg worden verplaatst wanneer dat aangewezen en haalbaar is.
- De zorg voor chronisch zieken moet hertekend worden met een geïntegreerde, transmurale, longitudinale logica.

complexiteitsniveau van de aangeboden diensten. In dezelfde zin verstaan we ‘dienst’ vooral als het type zorg dat wordt verleend, eerder dan als de fysieke afdeling.



In tegenstelling tot de zeer gespecialiseerde diensten die moeten worden geleverd in de zogenaamde 'referentiecentra' (zie hieronder), moet men een breed gamma aan diensten blijven aanbieden in de geografische nabijheid van de patiënt. Hiervoor zijn verschillende functies en typologieën van ziekenhuizen (of meer bepaald ziekenhuisdiensten) nodig, alsook investeringen in eerstelijnszorg.

- De basis voor het uittekenen van het ziekenhuislandschap van de toekomst is **een langetermijn visie, vertaald in doelstellingen en streefcijfers** die moeten worden gehaald door de secundaire en tertiaire intramurale (en steeds meer transmurale) sector, in samenwerking met de eerste lijn, de residentiële ouderenzorg, de medisch-sociale sector, enz. Deze doelstellingen en streefcijfers moeten per regio en per zorgzone worden bepaald.
- De volgende laag is **een op behoeften gebaseerde, geografische spreiding van de benodigde capaciteit van regionale ziekenhuisdiensten**. Diverse bestaande concepten en instrumenten kunnen (her)gebruikt worden om dit op de kaart te zetten en er bestaan verschillende theoretische of bedrijfsmodellen die beleidsmakers kunnen inspireren. Zonder hier in details te treden proberen deze modellen zorg te classificeren in verschillende typen afhankelijk van de karakteristieken in termen van urgentiegraad, standaardiseerbaarheid, complexiteit, frequentie en duur van de episodes, diagnostische/curatieve/palliatieve/preventieve/enz. intentie.<sup>43, 44</sup>

Het begrip 'zorgzone' staat centraal in deze aanpak. De juiste orde van grootte in termen van proximité en capaciteit lijkt de omvang van een Belgische provincie of iets kleiner te zijn, maar veel andere factoren, waaronder reeds bestaande territoriale onderverdelingen en aggregaten, moeten worden bekeken en naast mekaar gelegd vooraleer de kaart optimaal kan worden geconsolideerd.

Op basis van de omvang en de kenmerken van de bevolking, waaronder morbiditeitsgegevens, moet het vereiste aantal en type bedden (incl. dagbehandeling) per zorgzone worden vastgesteld, bijvoorbeeld aan de hand van de indeling per majeure diagnosecategorieën (MDC). Een belangrijke uitdaging is het verkrijgen van betrouwbare gegevens om tot een dienstenaanbod te komen dat beantwoordt aan de werkelijke zorgbehoeften en uitstijgt boven de traditionele 'hokjes en zuilen'.

Voor de feitelijke modellering van de behoeften mag men zich niet beperken tot historische 'productie'-gegevens en moeten andere technieken worden aangesproken. Zo is er de bestaande expertise met de multivariate normatieve formule gebruikt voor de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Ook de snel toenemende mogelijkheden van *big data*-analyses moeten volop worden benut.

- **Zorgzones die patiënten uit aangrenzende zones aantrekken worden hiervoor 'beloond'** en hun aandeel in de middelen moet evenredig toenemen, ten nadele van de naburige zones die patiënten 'verliezen'. Door dit mechanisme wordt een zekere mate van concurrentie gehandhaafd.
- Vervolgens moeten binnen de zorgzone alle bestaande instellingen samenwerken in **een sterk functioneel netwerk, en een gemeenschappelijk, meerjarig strategisch netwerk-zorgplan voor de zorgzone uitwerken**. Op voorwaarde dat het plan aan de eisen voldoet en door de bevoegde overheid officieel wordt aanvaard, dient **deze overheid zich te verbinden tot een overeenkomstig, stabiel meerjarenbudget**.
- **Niet elk type dienst moet in elk ziekenhuis, laat staan op elke campus worden aangeboden**. Meer gespecialiseerde of technologie-intensieve diensten (maar daarom nog niet noodzakelijk met dezelfde specifieke hoge eisen als voor referentiecentra) mogen alleen worden aangeboden in één of twee centra per zone, of zelfs minder, waarbij ze dan meerdere zones bedienen. Aan de andere kant kan een (overwegend) 'regionaal' ziekenhuis ook één of meerdere diensten leveren als referentiecentrum voor een specifieke discipline, aandoening of type zorg. In dit opzicht kan men de huidige wetgeving in vraag stellen die vereist dat elk ziekenhuis minstens drie types diensten aanbiedt (C, D en een M, G, A, of E dienst).
- Bedden (beddagen) en **diensten moeten zo worden verdeeld dat ze het beste aan de behoeften van de bevolking voldoen** op de meest efficiënte manier, om ervoor te zorgen dat alle benodigde zorg daadwerkelijk, op het juiste moment wordt geboden, dat ze beantwoordt aan de behoeften van de bevolking en past in de overkoepelende systeemdoelstellingen die werden vastgesteld op het gepaste bestuursniveau. In die zin is er behalve het netwerken *tussen* ziekenhuizen, ook een sterke behoefte om functionele relaties met alle



relevante zorgactoren van de eerste lijn uit te bouwen, evenals met de andere zorg- en welzijnsactoren, om continue en geïntegreerde zorg voor het toenemend aantal chronisch zieken te kunnen verzekeren (zie verder).

- De correctie voor ziekenhuizen in **sociaal achtergestelde gebieden** valt momenteel onder deel B8 van het BFM. Het ware logischer ze op te nemen als een van de parameters in de multivariate formule die gebruikt zou worden om het aanbod op het niveau van de zorgzone op de behoeften van de bevolking af te stemmen.

### De rol van 'zorginkoper' (*purchaser*)

Het is duidelijk dat een dergelijk ziekenhuis-overstijgend netwerkconcept niet kan functioneren **zonder een bestuursplatform op het niveau van de zorgzone**.

- Idealiter zou er **een integrerende instantie** moeten zijn – noem het een zorginkoper (*purchaser*) – maar dan liefst een die bewogen wordt door motieven van volksgezondheid. Momenteel is dit in ons systeem manifest een lege stoel: spijs twintig jaar van financiële verantwoordelijkheid hebben de ziekenfondsen nauwelijks of niet in die rol kunnen of willen stappen; de macro-beleidsstructuren blijken te hard bezig met het verdedigen van verworven rechten, en de (lokale) politieke instanties proberen begrijpelijkerwijze het aanbod in hun eigen 'wingewest' te maximaliseren. In de huidige stand van zaken, en zonder a priori een sterkere rol voor de ziekenfondsen in de toekomst uit te sluiten, valt de verantwoordelijkheid voor het uittekenen van het landschap en zijn grenzen duidelijk op de schouders van de regionale overheid, maar dan wel in nauw overleg met de federale sponsor (zie verder).
- De praktische uitvoering van de strategische doelen van de zone kan wellicht het best worden overgelaten aan de plaatselijke actoren, op basis van een gemeenschappelijk strategisch zorgplan voor de zone. Het is duidelijk dat vandaag, meer dan ooit, deze **gesprekspartner langs de zijde van de verstrekkers** niet langer alleen maar het ziekenhuis is, maar het geheel van de zorgverleners, over de echelons heen.

- De overdracht van verantwoordelijkheden en bevoegdheden na de 6e staatshervorming van 2011 omvat de **afschrijvingen van ziekenhuisinfrastructuur en investeringen in apparatuur** (A1, A3 en C1 van het BFM) en de vaststelling van **erkenningcriteria** voor ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en zorgprogramma's, voor zover deze geen negatieve invloed hebben op het federale budget. **De langetermijn bouwkalender** zou wel eens een van de krachtigste instrumenten kunnen worden om het landschap te hertekenen, en de toenemende rol van private investeerders hierbij verhoogt de druk om een sterk *business plan* voor te leggen, wat op zichzelf al ingaat tegen een ondoordachte overcapaciteit.
- **Programmering** (en uiteraard financiering) blijven daarentegen een federale bevoegdheid, maar er kunnen voortaan wel bilaterale akkoorden met slechts één van de gefedereerde entiteiten worden afgesloten.<sup>45</sup> Het minste wat men kan zeggen, is dat de gefedereerde entiteiten, om hun nieuwe bevoegdheden met succes te kunnen uitoefenen en het nieuwe landschap vorm te kunnen geven, nauw met de federale autoriteiten zullen moeten samenwerken.
- De **specifieke situatie van Brussel** zal aangepaste regelingen en oplossingen vereisen, maar dit kon binnen het kader van deze studie niet verder worden uitgewerkt.

Deze **logica, gebaseerd op geografie en bevolking** verschilt drastisch van de voornamelijk opportunistische, productie-gedreven motieven voor de 'ziekenhuisnetwerken' die in het laatste decennium opdoken. Om het scherp te stellen: kleinere ziekenhuizen zullen 'moeten worden heruitgevonden' en ernaar streven 'buitengewoon in het gewone' te zijn, d.w.z. het meer gangbare deel van het zorgspectrum, zoals standaard spoedeisende zorg, electieve en chronische zorg.

- Het aantal en de spreiding van **referentiecentra** (of liever: referentiediensten/functies) voor zeldzame en complexe aandoeningen en diensten waarvoor dure infrastructuur nodig is, zullen moeten worden vastgelegd op regionaal niveau, d.w.z. over de zorgzones heen. Hetzelfde geldt voor de specifieke functies van universitaire ziekenhuizen.

**Universitaire ziekenhuizen** moeten evenzeer een deel van de gewone 'regionale ziekenhuisdiensten' kunnen aanbieden in de zone waarin ze

zijn gevestigd, maar dan wel onder dezelfde voorwaarden als voor de andere ziekenhuizen.

- Nabijheid is essentieel voor **afdelingen voor spoedeisende hulp** en een aantal andere diensten (bijv. zorg voor beroertes, bevallingen, hartinfarct, enz.). Gezien het grote aantal ziekenhuizen in België hoeft echter niet ieder ziekenhuis een spoeddienst of stroke-unit te hebben. Het is belangrijk dat spoeddiensten geografisch evenwichtig zijn gespreid en dat er met huisartsen afspraken worden gemaakt over de organisatie van huisartsenwachtposten.<sup>46</sup> Er zullen aanpassingen in de wetgeving nodig zijn om de ziekenhuizen ervan te overtuigen om spoeddiensten te sluiten (momenteel is het hebben van een spoeddienst een voorwaarde voor de vergunning van bijv. een neurochirurgie-afdeling). Minstens zo belangrijk is dat ziekenhuizen evenwichtige afspraken maken rond verwijzing en terugverwijzing, zodat vestigingen zonder spoeddienst hierdoor niet worden gepenaliseerd.
- Er is nog veel meer standaardisering van de zorgprocessen mogelijk, door het gebruik van *evidence-based* richtlijnen, protocollen, zorgpaden, enz. Daarnaast kunnen ook veel van de **gestandaardiseerde en electieve zorgprocessen** worden verplaatst naar dagbehandeling en ambulante zorg.<sup>9</sup>
- Het toenemend aandeel van **chronische ziekten** zal zowel een versterking van de eerste lijn als een andere rol voor de ziekenhuizen vereisen.<sup>36</sup> Zij vormen een schakel, op bepaalde kritieke momenten, in een keten van zorg die voornamelijk door de eerste lijn wordt ingevuld. De (in het ziekenhuis werkende) specialist die betrokken is bij de zorg voor chronische patiënten moet het team op de eerste lijn ook ondersteunen, onder meer door het delen van kennis. Bovendien moeten alternatieve zorgsettings (bijv. intermediaire zorgvoorzieningen voor patiënten tijdens de post-acute zorgfase, respijtzorg enz.) worden gecreëerd en moeten mantelzorgers worden ondersteund.

Een van de cruciale onderdelen in deze evolutie is de ontwikkeling van een gedeeld elektronisch patiëntendossier, ingebed in een performante goed beveiligde en gebruiksvriendelijke overkoepelende e-Health omgeving.

Proefprojecten moeten worden opgezet waarin ziekenhuisactiviteiten (en middelen) worden verplaatst naar eerstelijnszorg, thuiszorg,

dagcentra of alternatieve zorgvoorzieningen (bijv. intermediaire zorgvoorzieningen post-acute zorg) en waarbij de eventuele efficiëntiewinsten door alle betrokken partijen worden gedeeld. Een aantal alternatieve scenario's, waarbij ook andere actoren dan het ziekenhuis de regie in handen krijgen, of gestuurd vanuit nieuwe, gemengde structuren, moeten verder worden onderzocht.

#### 6.4. Concentratie van hooggespecialiseerde diensten in referentiecentra

##### Oriëntatie 8

- **Zeldzame of complexe aandoeningen die hooggespecialiseerde of complexe vaardigheden, dure apparatuur of infrastructuur of specifiek, multidisciplinair personeel vereisen, moeten enkel in referentiecentra (of beter: referentiediensten/functies) worden behandeld die voldoende ervaring (volume), expertise en kwaliteitsgaranties kunnen voorleggen.**
- **Hun aantal en geografische spreiding moeten op regionale schaal en niet per zorgzone worden bepaald; er moet zo goed mogelijk rekening worden gehouden met nabijheid, maar overcapaciteit moet in elk geval absoluut worden vermeden.**
- **Ze moeten worden ingebed in netwerken die de zorgzone overschrijden, en functioneren op basis van een *shared care* model met goede afspraken rond verwijzing en terugverwijzing, zodat de vereiste expertise en multidisciplinariteit gedurende het volledige zorg- en revalidatieproces van de patiënt kan worden gegarandeerd.**

##### Doelstellingen en rationale

Concentratie van hooggespecialiseerde diensten is een wijdverspreid principe in vele Westerse landen (bijv. Nederland<sup>47</sup>, UK<sup>48</sup>), met als belangrijkste argumenten de **kwaliteit van de zorg en schaalvoordelen**. De trend is gebaseerd op het vroege werk van Luft<sup>49</sup>, dat aantoonde dat ziekenhuismortaliteit lager was in ziekenhuizen waar bepaalde chirurgische ingrepen vaker werden verricht. De conclusie was dat, 'ongeacht de mogelijke verklaring, de resultaten het belang aantonen van centralisatie van bepaalde interventies'. Hoewel al wat er daarna nog in de vakliteratuur





werd gepubliceerd nog steeds niet toelaat om de discussie definitief te beslechten (zie Hoofdstuk 13 in het wetenschappelijk rapport), hebben we intussen een rijk gamma aan inzichten en aanduidingen die allemaal in dezelfde richting wijzen.

Vooraf voor zeldzame en complexe kankers is er een sterke **druk, zowel vanuit de patiëntenorganisaties als vanuit Europa**, om de behandeling ervan te concentreren in referentiecentra die zijn ingebed in een *shared care* netwerkmodel.<sup>40</sup>

Bijna alle stakeholders geven toe dat de herhaaldelijk aangetoonde zeer lage *case-loads* voor een heel aantal hooggespecialiseerde procedures in ons land te veel patiënten blootstellen aan het risico dat ze **geen state-of-the-art zorg van voldoende hoge kwaliteit** krijgen. Telkens wanneer dit aspect in België werd bestudeerd, werd het verband tussen volume en resultaten bevestigd.<sup>50, 51, 52</sup> Bij centralisatie gaat het overigens niet alleen om bekwaame en ervaren individuele artsen, maar om de input en expertise van het volledig multidisciplinaire team, en dit over het hele zorgcontinuüm heen.

Ook de **toenemende subspecialisatie in de geneeskunde** (bijv. algemeen orthopedisch chirurgen worden meer en meer vervangen door hand-, knie-, heupchirurgen) dwingt ziekenhuizen in de richting van meer concentratie voor hooggespecialiseerde diensten. Subspecialisatie is tenslotte enkel mogelijk wanneer er een voldoende aantal patiënten per arts is. Concentratie van diensten in grotere eenheden zal ook resulteren in een 'interessantere' *case-mix* en in het verdelen van wachtdiensten onder meer collega's. Beide dragen bij tot een betere **balans tussen werk- en privéleven**, een voordeel dat meer en meer door de jongere generaties artsen wordt gewaardeerd.

Stakeholders erkennen verder dat in een klein, dichtbevolkt land als België, concentratie niet noodzakelijk in tegenspraak hoeft te zijn met het behoud van een redelijke mate van **geografische bereikbaarheid**.

De bijna ongebreidelde investeringsdrang van de Belgische ziekenhuizen en de daaruit volgende fragmentatie van de beschikbare middelen worden door veel stakeholders als onhoudbaar beschouwd. Om **uitgaven op macroniveau te beheren** is concentratie van hooggespecialiseerde diensten die grote investeringen eisen (die in veel kortere tijd dan voorheen worden afgeschreven) absoluut noodzakelijk, en dit op basis van meer objectieve criteria.

### Netwerken in een model voor gedeelde zorg

De randvoorwaarden en modaliteiten voor het concentreren van gespecialiseerde zorg in referentiecentra zijn uitvoerig beschreven in het KCE-rapport over de organisatie van de zorg voor zeldzame en complexe vormen van kanker.<sup>40</sup> Uiteraard zijn dezelfde algemene concepten en principes van toepassing op vele andere gebieden van de gezondheidszorg. Hierna zullen wij deze principes slechts kort opsommen en we verwijzen de lezer naar de hierboven genoemde studie.

Maar voordat we de belangrijkste principes overlopen, willen we nog even expliciet verduidelijken wat in de vermelde studie eerder impliciet als uitgangspunt werd genomen: een referentiecentrum moet worden opgevat als een referentiedienst of -functie. Het is officieel erkend voor een specifieke rol waarvoor elk ziekenhuis kan kandideren, zolang het voldoet aan alle specifieke vereisten voor deze rol.

- De behoeften aan de verschillende soorten referentiecentra moeten zorgvuldig worden bepaald **om te komen tot een aanbod dat én geografisch evenwichtig is verdeeld én goed is gedimensioneerd voor de doelgroepopulatie**. Deze planning moet deel uitmaken van een algemene planningsstrategie voor de regio, met operationele doelstellingen die het gehele spectrum van de gezondheidszorg omvatten.
- Referentiecentra vereisen **multidisciplinaire teams met erkende klinische en technische expertise**. Voor elk type referentiecentrum moeten de vereisten qua bestaande infrastructuur en apparatuur worden bepaald.<sup>40</sup> Dit betekent ook dat de erkenning als referentiecentrum geenszins het exclusieve voorrecht van universitaire ziekenhuizen mag zijn.





- Referentiecentra moeten een onderdeel vormen van **netwerken waarbinnen sluitende afspraken worden gemaakt** tussen de betrokken artsen en centra rond **verwijzing en terugverwijzing**, evenals rond de follow-up van patiënten (zie de regelgeving inzake cardiale zorgnetwerken<sup>53</sup>). Niettemin draagt de vorming van netwerken het risico met zich mee dat men de criteria voor referentiecentra te ruim gaat interpreteren en binnen het netwerk opnieuw iedereen alles blijft aanbieden. Daarom is het nodig om de drempels voor minimum volume te verbinden met een specifieke fysieke vestiging (campus), en zou men de terugbetaling van bepaalde ingrepen kunnen beperken tot specialisten met een specifieke kwalificatie of erkenning.<sup>40</sup>
- Referentiecentra hebben de plicht om **hun prestaties en resultaten te meten en te rapporteren**, zodat hun status van competentiecentrum periodiek kan worden geëvalueerd en herbevestigd (of niet). Dit vereist het opzetten van een kwaliteitssysteem, dat (o.a.) de meting omvat (en in een volgende fase de publicatie) van een set *evidence-based* kwaliteitsindicatoren.
- Referentiecentra moeten een voldoende **financiering** krijgen om te kunnen investeren in aanvullende (para)medische expertise en kostbare infrastructuur. Het systeem van RIZIV-conventies is een bewezen formule die goed kan inspelen op de behoefte in deze specifieke context.
- Een voldoende **aanlooperperiode en overgangsmaatregelen** moeten worden voorzien, zodat ziekenhuizen hun activiteiten geleidelijk kunnen heroriënteren en hiervoor budgettaire garanties krijgen. Het principe van art. 107 dat wordt gebruikt voor het converteren van bedden voor psychiatrische zorg in locoregionale extramurale zorgalternatieven kan – mutatis mutandis – als model dienen.
- Ten slotte zal voor de concentratie van diensten niet alleen een **cultuuromslag** bij zorgverleners, zorginstellingen en het grote publiek nodig zijn, maar ook een **sterke politieke impuls** om de historische trend om te buigen.

## 6.5. Universitaire ziekenhuizen: een sleutelrol in onderwijs, onderzoek en topklinische zorg

### Oriëntatie 9

- **De specifieke opdrachten van universitaire ziekenhuizen – onderwijs en opleiding, onderzoek en hooggespecialiseerde zorg – moeten duidelijk worden afgebakend. Voor elke opdracht is er best een afzonderlijke, specifieke financiering.**
- **De financiering, maar ook de extra kosten voor de specifieke taken, moeten transparanter worden gemaakt; financiering moet meer worden gebaseerd op productie- en prestatie-indicatoren.**
- **Voor de begeleiding van stagiairs en assistenten moeten de universitaire ziekenhuizen en de andere ziekenhuizen die stagiairs of assistenten hebben op dezelfde manier worden behandeld.**
- **De financiering moet toereikend zijn om de extra kosten voor de specifieke taken te dekken.**

### Achtergrond

Zoals in de meeste andere landen hebben universitaire ziekenhuizen een drieledige taak van (1) onderzoek, (2) patiëntenzorg en (3) onderwijs en opleiding. Ze functioneren ook als 'laatste trap' voor patiënten die complexe zorg behoeven.

Universitaire ziekenhuizen ontvangen speciale financiering voor onderzoek en voor onderwijs- en opleidingsactiviteiten in het B7A-deel van het BFM. De vergoedingsregels voor patiëntenzorg zijn daarentegen (bijna) hetzelfde voor universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen. De hogere per diemprijs voor universitaire ziekenhuizen is grotendeels het gevolg van hun *case-mix* en de diensten die ze aanbieden.

De mening van stakeholders aangaande het B7A-deel van het ziekenhuisbudget kan als volgt worden samengevat: stakeholders van niet-universitaire ziekenhuizen beweren dezelfde soort activiteiten uit te voeren als universitaire ziekenhuizen, zowel wat betreft de specialistische zorg als voor opleiding of onderzoek. Daarom vinden ze dat ze recht hebben op dezelfde extra financiering voor deze taken als universitaire ziekenhuizen.



Stakeholders van universitaire ziekenhuizen weerleggen deze beweringen echter en zijn van mening dat hun rol in alle drie de taken anders is. Ze beweren dat ze de complexere en meest ernstig zieke patiënten behandelen, meer artsen in opleiding hebben en dat R&D meer gekoppeld is aan fundamenteel onderzoek en klinische ontwikkeling.

### Specifieke financiering voor specifieke taken

Universitaire ziekenhuizen moeten **naast hooggespecialiseerde zorg ook basiszorg** blijven aanbieden en moeten voor beide vormen van zorg onder dezelfde voorwaarden als andere ziekenhuizen worden betaald (zie ook paragraaf 6.3).

Universitaire ziekenhuizen hebben een **specifieke rol bij het verstrekken van formeel onderwijs** aan medische studenten, assistenten en huisartsen in opleiding. Dit omvat colleges, practica, gestructureerde begeleiding, enz. Ze behoren hiervoor een specifieke financiering te krijgen.

Wat de **begeleiding van stagiairs en assistenten** betreft, moeten universitaire ziekenhuizen op dezelfde manier behandeld worden als andere ziekenhuizen die stagiairs of assistenten hebben.

De financiering van onderzoek is afkomstig uit verschillende bronnen, net als in andere landen.<sup>54</sup> Universitaire ziekenhuizen spelen een centrale rol in **fundamenteel, translationeel en klinisch onderzoek**. De meeste financiering van fundamenteel onderzoek gebeurt per project en bestaat uit subsidies uit overheids- en particuliere bronnen buiten de ziekteverzekering. Klinisch onderzoek, waaronder fase III studies, wordt meestal gefinancierd door de industrie, in universitaire ziekenhuizen zowel als in andere ziekenhuizen. Translationeel onderzoek zit daar ergens tussenin, en kan vanuit verschillende bronnen worden gefinancierd.

**Onderzoek of ondersteunende activiteiten met een duidelijke public health oriëntatie** (bijv. in het domein van de preventie, screening, *health technology assessment*, *health services research*, enz.) kunnen logischerwijze aanspraak maken op financiering uit het budget van de ziekteverzekering. Maar dit gebeurt dan best project per project via een openbare aanbesteding, wat iedereen op gelijke voet zet.

De specifieke financiering voor de academische taken moet worden gebaseerd op **parameters die objectief de activiteiten, prestaties en productie meten** van de onderwijs- en onderzoeksopdrachten in plaats van op historische of structurele criteria.<sup>55</sup> Mogelijke parameters voor opleiding zijn het aantal en het soort artsen in opleiding of het aantal en type opleidingsprogramma's; voorbeelden voor onderzoek zijn wetenschappelijke publicaties in internationale *peer-reviewed* tijdschriften, het aantal en soort klinische onderzoeken, octrooien enz.

Sommige stakeholders voeren aan dat alle budgetten voor opleidings- en onderzoeksactiviteiten moeten worden verstrekt door de instanties die verantwoordelijk zijn voor onderwijs en voor onderzoek en niet door de ziekteverzekering. We zijn van oordeel dat deze discussie buiten het bestek van dit onderzoek valt.

### Adequate financiering voor specifieke taken

Stakeholders van universitaire ziekenhuizen klagen dat het budget voor de specifieke taken niet voldoende is en veel lager dan in andere landen. In 2012 bedroeg het budget voor de specifieke taken van universitaire ziekenhuizen (het B7A-deel van het ziekenhuisbudget) 4,3% van de totale omzet. In een recent, vergelijkend onderzoek van de rol en financiering van universitaire ziekenhuizen in acht landen, varieerde dit percentage van 6% tot 34%.<sup>54</sup> De cijfers moeten echter met de nodige omzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat ze niet volledig vergelijkbaar zijn. Voor België werd alleen het B7A-deel van het ziekenhuisbudget meegerekend, terwijl onderzoek bijvoorbeeld ook uit verschillende andere bronnen wordt gefinancierd. Het zou dus goed zijn om de transparantie inzake de aanvullende budgetten voor universitaire ziekenhuizen te verhogen door de **meting van de extra tijd en middelen** die nodig zijn voor de uitvoering van hun specifieke taken.



## 7. HET MACROBELEID

### 7.1. Gezondheidsbeleid op basis van strategische lange-termijn plannen met duidelijke doelstellingen

#### Oriëntatie 10

**Elke regering in België die bevoegd is voor gezondheidszorg definieert en bewaakt een reeks doelstellingen en streefcijfers voor het sturen van het gezondheidszorgbeleid gedurende haar legislatuur.**

#### Doelstellingen en rationale

Het opstellen van doelstellingen of streefcijfers inzake volksgezondheid is internationaal uitgegroeid tot een veelgebruikt instrument om het gezondheidsbeleid te sturen en prioriteiten vast te leggen voor investeringen in de zorgsector.<sup>56</sup> Het is een manier om de ambities en het engagement van bestuursorganen te formaliseren. Streefcijfers laten toe de vorderingen op te volgen, ze vergroten de publieke verantwoording en maken parlementaire (democratische) controle mogelijk, zowel van de keuze van de prioriteiten als van de doeltreffendheid van het beleid om de doelstellingen te bereiken.<sup>57, 58</sup>

Uit een OESO-onderzoek in 29 landen is gebleken dat vandaag de meeste landen doelstellingen hebben voor de volksgezondheid. België is één van de weinige uitzonderingen.<sup>56</sup> Het ontbreken van doelstellingen op gezondheidsgebied werd dan ook aangemerkt als een ernstige tekortkoming bij de interpretatie van de 74 indicatoren die werden gemeten in het kader van de systematische beoordeling van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem (*Health System Performance Assessment*).<sup>3</sup>

Op **federaal niveau** is er inderdaad **geen traditie van het werken met doelstellingen voor gezondheidszorg** als een wezenlijk onderdeel van een langetermijnstrategie voor beleidsvorming. In Vlaanderen werden voor het eerst gezondheidsdoelstellingen beschreven voor preventieve gezondheidszorg in 1998.<sup>59</sup> Uit een recente evaluatie van de eerste tien jaar van deze aanpak bleek dat gezondheidsdoelstellingen inderdaad kunnen leiden tot een transparanter preventiebeleid, betere beleidsprocessen voor

de gezondheidszorg en meer synergie tussen organisaties op het gebied van preventie, gezondheidsbevordering en daarbuiten.<sup>60</sup>

#### Sturing van beleidsvorming aan de hand van gezondheidsdoelstellingen: lessen uit het buitenland

- Beleidsvorming in de gezondheidszorg moet veel meer steunen op een heldere langetermijnstrategie met meetbare doelstellingen en een gedetailleerd budget voor de middellange termijn. Dit laatste werd ook aanbevolen door de OESO in haar laatste economisch onderzoek van België, "om de strategische reflectie over het gewenste uitgavenniveau te versterken." Een focus op de middellange termijn zou ook nuttig zijn om het effect van nieuwe maatregelen op een transparante manier weer te geven.<sup>61</sup> Daarnaast is het essentieel dat men boven de 'hokjesmentaliteit' uitstijgt en besluitvorming naar een hoger niveau tilt, dat minder schatplichtig is aan de rechtstreekse belangen van de onderhandelende groepen.
- Het European Observatory on Health Systems and Policies deed aanbevelingen over verschillende dimensies van het proces van het vastleggen en monitoren van gezondheidsdoelen die kunnen bijdragen tot een beter presterend gezondheidssysteem:<sup>57, 58, 62</sup>
  - Formaat van gezondheidsdoelen. Gezondheidsdoelen kunnen kwantitatief zijn (bijvoorbeeld daling van ongerechtvaardigde ziekenhuisopnames met x%) of kwalitatief (bijv. de invoering van referentiecentra voor behandeling van complexe en zeldzame vormen van kanker), en kunnen worden uitgedrukt in termen van resultaten (bijv. vermindering van het aantal sterfgevallen) of processen (bijv. daling van het aantal CT-scans per inwoner).<sup>62, 63</sup>
  - Bepalen van gezondheidsdoelen. Het is aan te bevelen om systematisch met de betrokken stakeholders te overleggen, aangezien het bereiken van consensus met deze stakeholders (bijv. zorgverleners, zorginstellingen, burgers, enz.) de lokale aanvaarding van de op macro-niveau bepaalde gezondheidsdoelen bevordert.
  - Wie moet gezondheidsdoelen gebruiken? Om succesvol te zijn hebben gezondheidsdoelen volgehouden politieke inzet nodig en een permanente, openbare instantie belast met de continue bewaking en rapportering en, waar nodig, tijdige bijsturing.<sup>57</sup>



- o Hoe gezondheidsdoelen kwantificeren? Een ideaal gezondheidsdoel wordt SMART genoemd<sup>d</sup>. Smith et al. (2009; 2010)<sup>57, 58</sup> beschrijven meer in detail de principes zoals uiteengezet door de *Royal Statistical Society*. Erkend wordt dat in de praktijk weinig projecten rond gezondheidsdoelen deze principes integraal volgen, wat een aantal fouten uit het verleden kan verklaren.<sup>57</sup>
- o Hoe omgaan met gezondheidsdoelen op interministerieel niveau? Sectoroverschrijdende gezondheidsdoelen vergen coördinatie, overreding en betrokkenheid, vastgelegd in sterke samenwerkingsverbanden. Hoe dan ook, gezamenlijke gezondheidsdoelen moeten altijd één autoriteit hebben die het proces leidt.<sup>57</sup>  
In België moet dit ook worden vertaald naar gezondheidsdoelen voor meerdere bevoegdheidsniveaus (zie paragraaf 7.2).

## 7.2. Afsgeplante beheersstructuren en herdefiniëren van de rol van overheid, stakeholders en technische expertise

### Oriëntatie 11

**De beheersstructuren op macroniveau moeten worden vereenvoudigd, beter op elkaar afgestemd en de rollen van de verschillende actoren moeten opnieuw worden gedefinieerd binnen de volgende krachtlijnen:**

- integreren van de bevoegdheden die nu zijn verdeeld tussen RIZIV en FOD;
- instellen van een permanent, technisch uitwisselingsplatform tussen de federale en gefedereerde overheidsinstellingen;
- verduidelijken van de bevoegdheden en besluitvormingsprocessen na de 6de staatshervorming.

d Specifiek (qua het uiteindelijk na te streven gezondheidsdoel), Meetbaar (kan worden gecontroleerd met bestaande gegevens of gegevens die kunnen worden verzameld), Accuraat (om te weten of het gezondheidsdoel is

### Doelstellingen en rationale

In het hier voorgestelde conceptuele kader wordt een aanzienlijk deel van de huidige budgettaire middelen voor artsenhonoraria geïntegreerd in het BFM. Daarom moeten ook de beleidsdiscussies en de besluitvorming over het ziekenhuisbudget en de artsenhonoraria veel meer worden geïntegreerd dan nu het geval is. Dit zou niet alleen efficiënter zijn en de interne samenhang tussen de verschillende beslissingen vergroten, maar eveneens de samenhang met de langetermijn doelstellingen en streefcijfers van het gezondheidssysteem als geheel waarborgen. Meer in het bijzonder betreft het hier de **coherentie tussen de besluiten over programmering, erkenning en financiering**. Toch zijn stakeholders erg ongerust dat de staatshervorming de fragmentatie alleen maar zal doen toenemen in plaats van voor een homogener beleid te zorgen.

### Vereenvoudigde, beter op elkaar afgestemde beheersstructuren

Het macrobestuur van het financieringssysteem voor ziekenhuizen, dat nu is verdeeld tussen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), de Multipartite structuur, en de Conventiecommissies tussen ziekenfondsen en artsen en tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen, moet in de toekomst geïntegreerd worden en een structurele articulatie met de gefedereerde autoriteiten uitbouwen.

Hoe dan ook, een gezamenlijk beheersplatform zoals de **Interministeriële Conferentie voor Gezondheid of het zogenaamde, maar nog steeds hypothetische 'Instituut van de toekomst'**, aangekondigd in het regeerakkoord van december 2011, zal een belangrijkere rol moeten spelen. Het laatstgenoemde kan worden gezien als het meer technische platform waar de feitelijke basis voor een algemene visie en strategie voor gezondheidszorgbeleid wordt voorbereid (in tegenstelling tot de meer politiek getinte Interministeriële Conferentie). Het moet gebruik maken van relevant onderzoeksmateriaal om ervoor te zorgen dat discussies zoveel mogelijk op *evidence* zijn gebaseerd.<sup>64</sup> Op zijn allerminst moet zo'n structuur het platform zijn waar streefcijfers van elke betrokken overheid worden getest op hun onderlinge congruentie.

bereikt), Realistisch (vormt een uitdaging maar daadwerkelijk haalbaar) en Tijdgebonden (tijd voor het bereiken van het gezondheidsdoel moet worden opgegeven).



Stakeholders erkennen ook de vaardigheden en competenties van het huidige bestuurlijke personeel. Daarom is het raadzaam, voor zover voor hervormingen nieuwe functies, taken en rollen nodig zijn, om deze te integreren in de bestaande (federale) instellingen in plaats van nieuwe te creëren.

## Oriëntatie 12

**De besluitvormingsprocessen in de gezondheidszorg en de ziekteverzekering moeten zich veel meer dan nu baseren op objectieve gegevens en *evidence* en de rol van de stakeholders, hoewel deze noodzakelijk blijft, moet meer worden afgewogen tegen wetenschappelijke en *evidence-based* input, en tegen de waarden en voorkeuren van de patiënten en de burgers in het algemeen.**

### Doelstellingen en rationale

Gezondheidszorgbeleid vereist complexe beslissingen omtrent o.a. planning en programmering of de vergoeding van geneesmiddelen, implantaten, medische hulpmiddelen en technologieën. Hoewel het grote publiek vaak veronderstelt dat dit besluitvormingsproces op een systematische manier plaatsvindt, hebben beleidsmakers over de hele wereld problemen met het vinden van de **juiste balans tussen een 'participerende' en een 'wetenschappelijke, technocratische' benadering**.<sup>12</sup> In België leunt het macrobestuur, met twee verschillende federale bestuursorganen (RIZIV en FOD), sterk over naar de zijde van een participatief proces met stakeholders. De stakeholders vertegenwoordigd in de NRZV en de Multipartite structuur adviseren de minister over ziekenhuisbudgetten en planning. Het zwaartepunt voor alle kwesties betreffende de honoraria en vergoeding van diensten is gelegen in de zogenaamde 'Medico-Mut'. Dit bestuursmodel op macroniveau komt steeds meer onder druk te staan en er is een krachtig pleidooi voor meer *evidence-based* beleid.

Hervorming van de samenstelling van stakeholdercommissies was een steeds terugkerend thema tijdens deze studie. Er bestaat echter geen consensus over welke actoren betrokken moeten worden bij het onderhandelings-/overlegproces. Dit is niet verwonderlijk aangezien de meeste geïnterviewden zelf stakeholder zijn die professionele groepen/organisaties vertegenwoordigen, betrokken bij het huidige besluitvormingsproces. Desondanks is er toch een breed besef dat **het huidige overlegmodel zijn grenzen heeft bereikt** en niet meer is aangepast aan de maatschappelijke ontwikkelingen en context. Met name de stem van de patiënt en burger is duidelijk ondervertegenwoordigd.

### Meer *evidence-based* beleid

In plaats van zich te laten domineren door een overvloed aan commissies en structuren waar de stakeholders over elk afzonderlijk besluit onderhandelen, moet een goed gezondheidszorgbeleid een veel **grotere rol toekennen aan objectieve, *evidence-based* elementen** in het besluitvormingsproces. Het informeren van de besluitvormers met wetenschappelijk advies en feitelijke gegevens moet op een of andere manier verplicht worden voor duidelijk omschreven vraagstukken. Dit moet niet alleen gelden voor besluiten inzake vergoedingen, maar ook voor het financieringssysteem van ziekenhuizen (bijv. gegevens inzake kostprijsberekening), de vaststelling van tarieven of de planning van ziekenhuiscapaciteit.

Toch betekent meer nadruk op *evidence* in het beleid niet dat stakeholders worden gepasseerd. Het moet worden benadrukt dat de inbreng van stakeholders en experts van op het terrein van cruciaal belang blijft, omdat de besluiten anders te academisch of theoretisch kunnen worden en niet afgestemd op de werkelijkheid. In dit opzicht moet de inbreng van bepaalde groepen rechtstreeks betrokken stakeholders (bijv. de verpleegkundigen), al naargelang het onderwerp, worden versterkt. De **input van stakeholders** moet echter ook **transparanter** worden en, nog belangrijker, de invloed van de belangen van bepaalde beroepsgroepen moet minder overheersend worden ten gunste van objectief beschreven noden inzake volksgezondheid. Bovendien zouden **besluitvormers ook verantwoording moeten afleggen** wanneer hun beslissingen in strijd zijn met een *evidence-based policy* of andere, objectiveerbare bevindingen.





### Meer ruimte voor de stem van de patiënt en de burger

Hoewel de ziekenfondsen van oudsher de rol hebben van patiëntenvertegenwoordigers, is er een toenemend **pleidooi voor het versterken en verder professionaliseren van de overkoepelende patiëntenorganisaties** (met name LUSS: *Ligues des Usagers des Services de Santé* en VPP: Vlaams Patiëntenplatform) en om hen een meer prominente rol toe te kennen in het besluitvormingsproces. Zo betrekken ook de gefedereerde instanties de patiëntenorganisaties steeds meer, en is de VPP, bijvoorbeeld, lid van de stuurgroep van het Vlaams Indicatorenproject (VIP<sup>2</sup>).<sup>65</sup>

Input van stakeholders moet absoluut een essentieel onderdeel blijven van de besluitvorming maar dit moet in balans zijn – veel meer dan nu het geval is – met wetenschappelijke input. Bovendien moet het ook gestoeld zijn op de waarden en voorkeuren van de patiënten, en in het verlengde daarvan, de burgers.

Natuurlijk kan niet worden verwacht dat dergelijke wijzigingen worden verwelkomd door degenen die nu de hoofdrol spelen. Hun visies op de noodzakelijke hervorming van het overlegmodel lopen dan ook sterk uiteen. Maar aan de andere kant zal de druk van de publieke opinie in de komende jaren alleen maar toenemen.

## 8. FINANCIËLE STIMULI VOOR KWALITEIT VAN ZORG

### Theoretische risico's van prospectieve financiering niet in de praktijk bevestigd

De prospectieve *case-based* financieringssystemen die de afgelopen decennia in de meeste geïndustrialiseerde landen zijn ingevoerd, waren in de eerste plaats ontworpen om te voorkomen dat er teveel prestaties per opname werden geleverd. In theorie kan dit zowel positieve effecten hebben op de kwaliteit van de zorg (bijv. door onnodige zorg te voorkomen) als negatieve (bijv. onderbehandeling of te vroeg ontslag).<sup>17, 66</sup> Toch lijkt het beschikbare onderzoeksmateriaal deze bezorgdheid over mogelijke nadelige effecten op de kwaliteit van de zorg niet te bevestigen.<sup>13</sup> Bijna altijd liepen er echter, in parallel met de hervorming van de financiering, ook veel andere initiatieven voor kwaliteitsverbetering, vaak niet gerelateerd aan financiering (bijv. accreditatie, publieke rapportering, audit en feedback), waardoor het moeilijk is de gevolgen hiervan te onderscheiden van stimuli voor kwaliteitsverbetering gestoeld op financiering.

Deze laatste kunnen worden onderverdeeld in stimuli ingebouwd in de DRG-financiering versus financiële stimuli die hier buiten vallen (d.w.z. *pay-for-quality* programma's).

### Huidige focus ligt op structuur en niet op proces of resultaat

In het huidige Belgische financieringssysteem ligt de nadruk op nog een ander soort ondersteuning van de kwaliteit, via **een structurele financiering van functies voor kwaliteitsbewaking**, zoals bijv. de ziekenhuishygiëne. Hoewel stakeholders de waarde van het beleid van de FOD inzake zorgkwaliteit duidelijk erkennen, vindt men dat het sterk is gefocust op structurele erkenningsnormen (bijv. personeelsnormen, architectuur), wat als **noodzakelijk, maar niet voldoende** wordt beschouwd. Bovendien werden sommige van deze normen (met name voor personeelsbezetting van verpleegkundigen) als achterhaald, te star en ondergefinancierd beoordeeld.





## Een nieuw momentum, maar nog steeds kwetsbaar

In het afgelopen decennium en dankzij diverse *top-down* en *bottom-up* initiatieven, zijn er tekenen van een opkomende, nieuwe cultuur van kwaliteitsborging, maar deze heeft nog een erg kwetsbaar en punctueel karakter. Hervormingen in het financieringssysteem moeten erover waken deze ontwikkeling niet te ontmoedigen of tegen te werken, maar ze veeleer bevorderen en stimuleren. Meer in het algemeen moet men elke maatregel voor de hervorming van de financiering zorgvuldig screenen op zijn mogelijke impact op dit momentum rond zorgkwaliteit.

### 8.1. Prikkel voor kwaliteit ingebed in de DRG-financiering

#### 8.1.1. Belonen van evidence-based zorg, eventueel over de grenzen van het ziekenhuis heen

#### Oriëntatie 13

In het APR-DRG-systeem is er ruimte voor een voorzichtige invoering van kwaliteitbevorderende prikkels:

- **Pilootprojecten met *all-inclusive* (incl. artsenhonoraria) en *evidence-based* tarieven kunnen worden opgezet voor een selectie van frequente APR-DRG's met een goede *evidence-base* (richtlijnen beschikbaar) en een gedocumenteerde variabiliteit in de praktijkvoering.**
- **In een volgende stap kan de door het tarief gedekte periode worden verlengd tot de post-acute zorgfase bij APR-DRG's met voldoende gestandaardiseerde klinische zorgpaden.**

#### Doelstellingen en rationale

De meeste landen hebben reeds dergelijke initiatieven ontplooid, vaak in de vorm van pilootprojecten. Van de systemen ingebed in de DRG-financiering, is een eerste groep gericht op de **vermindering van onterechte praktijkvariabiliteit en, meer in het bijzonder, op het terugdringen van afwijkingen van de *evidence-based* praktijk-richtlijnen**. Dit is ook een welgekend pijnpunt in het Belgische gezondheidszorgsysteem.<sup>3, 67</sup> Er wordt dan ook sterk gepleit voor het opnemen van *evidence-based* praktijk als een parameter in het toekomstige DRG-financieringssysteem, waarbij de DRG-tarieven zich eerder baseren op de aanbevolen, *evidence-based*

zorgelementen dan op de gemiddelde waargenomen kosten of de gemiddelde verblijfsduur per episode.

Aangezien prospectieve financieringssystemen een sterke aansporing tot efficiëntie bevatten,<sup>68</sup> is er ook een **risico op (te) vroegtijdig ontslag**. Daarnaast is er geen enkele stimulans voor een coördinatie van de zorg tussen verstrekker en instelling. Er zijn verschillende voorbeelden uit andere landen van initiatieven om **uitgavenbeheersing van acute zorg te combineren met een betere coördinatie tussen zorgsettings**.

- Het Nederlandse op DBC's gebaseerde DRG-systeem dekt het hele spectrum van klinische en poliklinische zorg voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste specialistenbezoek tot het einde van het zorgproces (behandeling voltooid).<sup>13</sup>
- Het '*Bundled payments for care improvement*' systeem van Medicare, in de VS gaat uit van een DRG-gebaseerd systeem, en onderscheidt vier mogelijke gebundelde financieringsmodellen: prospectief versus retrospectief; bundel voor de gehele zorgepisode versus een aparte bundel voor de klinische en poliklinische zorgepisode. In het systeem zijn 48 verschillende pathologieën opgenomen, en de duur van een episode omvat 30, 60 of 90 dagen na ontslag.

De noodzaak om de reikwijdte van de financiering tot over de grenzen van de instelling uit te breiden wordt ook in België gevoeld, en er zijn een aantal *bottom-up* initiatieven geweest met geïntegreerde zorgpaden, in verschillende zorgsettings (bijv. voor heupoperaties). Telkens werd het huidige financieringssysteem als een grote barrière ervaren. Daarom wordt aanbevolen om te **starten met pilootprojecten** voor duidelijk gedefinieerde patiëntengroepen met een gebundelde financiering die zowel de acute als de post-acute zorgepisode dekt.



### Integratie van *evidence-based practice* in de DRG-financiering

Hoewel het concept zeer aantrekkelijk is, werd het bij ons weten nooit breed toegepast of geëvalueerd. De Engelse '*Best Practice Tariffs* (BPTs)' komen waarschijnlijk het dichtst in de buurt en kunnen als voorbeeld dienen voor het ontwerp van Belgische pilootprojecten. Uit dit initiatief kunnen we de volgende lessen trekken:

- Begin met APR-DRG's waarvoor:
  - een **sterke *evidence-base*** beschikbaar is (goede praktijkrichtlijnen) en grote klinische consensus over wat *best practice* inhoudt;
  - de **verwachte impact hoog is** (grote doelgroep en aangetoonde onverklaarde praktijkvariatie met negatieve impact op de resultaten);<sup>69, 70</sup>
  - de ***evidence-based* praktijk kan worden beoordeeld op basis van de bestaande gegevens** (bijv. minimale ziekenhuisgegevens (MZG), klinische registers), maar uiteraard alleen voor zover de gegevens voldoende betrouwbaar zijn.<sup>69</sup>
- Een mogelijk model is om het tarief op te delen in een **basistarief** en een **voorwaardelijke bonus**. Het basistarief kan worden afgestemd op of zelfs onder de nationale gemiddelde kostprijs; de voorwaardelijke component wordt pas toegekend als de behandeling voldoet aan een aantal *evidence-based best practice* criteria.<sup>69</sup>
- De **financiële consequenties voor het ziekenhuis moeten substantieel zijn**. Eén van de punten van kritiek na een eerste evaluatie van de Engelse BPT's was dat het verschil met het normale tarief vaak irrelevant was en weinig of geen stimulans bood. Toch hielp het hen om de aandacht te vestigen op een specifiek gebied van de klinische praktijk en werd het beschouwd als een 'erkenning voor de juiste aanpak'. Na evaluatie bleken *best practice* tarieven wel degelijk een impact te hebben, maar er werd niettemin aanbevolen om de financieringsmodellen te vereenvoudigen en om een openbare rapportering van kwaliteitsresultaten toe te voegen.<sup>69</sup>

### Tekstvak 8 – Het *Best Practice* Tarief voor broosheidsfracturen van de heup<sup>71</sup>

Voor broosheidsfracturen van de heup is het doel om ziekenhuizen te stimuleren om patiënten snel te stabiliseren en voor te bereiden voor de ingreep, een antwoord te bieden op hun zwakke algemene toestand en complexe behoeften en om adequate post-operatieve zorg te verlenen.

Het *best practice* tarief is opgebouwd uit een basistarief en een voorwaardelijk tarief, dat uitbetaald wordt als aan alle van de volgende punten wordt voldaan:

- operatie binnen 36 uur;
- gedeelde zorg door chirurg en geriater;
- zorgprotocol overeengekomen met geriater, chirurg en anesthesist;
- beoordeling door geriater binnen 72 uur;
- pre- en post-operatieve beoordeling van ingekorte mentale testscore;
- door geriater geleide, multidisciplinaire revalidatie;
- secundaire valpreventie;
- beoordeling van de botkwaliteit.

### Inclusie van pre- en post-acute zorg in de DRG

Bij het opzetten van pilootprojecten zijn er een aantal lessen te trekken uit ervaringen in het buitenland:

- **Selecteer aandoeningen**
  - waarvoor een duidelijke *evidence-base* bestaat;
  - gekoppeld aan relatief laag financiële risico voor de zorgverleners;
  - waarvoor grote variatie/inefficiëntie in zorg bestaat die kan worden verminderd zonder afbreuk te doen aan de resultaten voor de patiënt.

Erkende *best practice* initiatieven (bijv. geïntegreerde transmurale zorgtrajecten voor heupprothese) kunnen richting geven bij de keuze van aandoeningen die hiervoor in aanmerking komen.



- **Duur van de post-acute zorgfase**  
Langere episodes bieden meer zekerheid dat de patiënt zal gestabiliseerd zijn en geen verdere zorg meer nodig zal hebben. Maar langere episodes betekenen ook dat er meer variatie is in de kosten per patiënt, wat dus een groter financieel risico inhoudt voor het ziekenhuis of de zorgverlener. Idealiter moet de post-acute zorgfase worden gedefinieerd op basis van een bewezen doelmatig klinisch zorgpad waarover een hoge mate van consensus bestaat.
- **Reikwijdte van dienstverlening:** de diensten die wel of niet zijn opgenomen in de gebundelde financiering moeten worden gepreciseerd.
- **Gebruik wegingscoëfficiënten en/of specifieke regelingen voor outliers** om rekening te houden met heterogeniteit wegens comorbiditeit (bijv. chronische aandoeningen).
- **Monitor ongewenste gevolgen:** vermindering van het aantal post-acute zorgverleners in het verwijsnetwerk van een ziekenhuis, vermindering van het aantal diensten, verminderde toegankelijkheid, negatieve risicoselectie, enz. en hun impact op de uitkomsten voor de patiënt.

### 8.1.2. Penaliseren van heropnames en iatrogene complicaties? *Voorzichtigheid geboden!*

#### Oriëntatie 14

**Als penaliseren geval per geval worden toegepast (bijv. minder of geen financiering van onterechte heropnames), moeten deze:**

- rekening houden met verschillen tussen de ziekenhuizen in termen van *case-mix* en sociaal-economische klasse van de patiënten;
- een deel van de daaruit volgende kostenbesparingen laten terugvloeien naar het ziekenhuis voor eigen initiatieven voor kwaliteitsverbetering;
- coherent zijn met reeds bestaande kwaliteitsinitiatieven, wat betreft definities, berekeningsmethoden, afkappunten enz.

**Om de opkomende, open en niet-defensieve kwaliteitscultuur in de Belgische ziekenhuizen niet in de kiem te smoren, is het raadzaam niet te penaliseren voor in het ziekenhuis opgelopen verwickelingen. Ziekenhuizen moeten verder worden ondersteund om mogelijk te voorkomen complicaties en 'dit had nooit mogen gebeuren' voorvallen ('never events') te monitoren, om deel te nemen aan intercollegiale toetsing en feedback programma's en om de transparantie van hun resultaten te vergroten.**

#### Doelstellingen en rationale

In principe 'belonen' prospectieve *case-based* financieringssystemen intrinsiek het ziekenhuis wanneer een patiënt opnieuw wordt opgenomen, zelfs kort na ontslag, en zelfs voor hetzelfde probleem.<sup>72</sup> Het is dan ook geen verrassing dat diverse landen initiatieven hebben genomen om onterechte heropnames te voorkomen, zowel via het financieringssysteem (bijv. penaliseren voor veel heropnames) als daarbuiten (bijv. ondersteunen van ontslagplanning). Hoewel uit een studie in vijf landen geen stijging van het aantal heropnames bleek na de invoering van een prospectief financieringssysteem, zijn er te weinig studieresultaten om harde conclusies te kunnen trekken.<sup>13</sup> Talrijke studies hebben in elk geval aangetoond dat het aantal heropnames kan worden verminderd door interventies als ontslagplanning, liaison verpleegkundigen en gedeelde elektronische patiëntendossiers. Bovendien zijn ziekenhuisbrede strategieën effectiever gebleken dan pathologie-specifieke benaderingen.<sup>73</sup>

In België zijn onlangs sancties ingevoerd waarmee een heropname in hetzelfde ziekenhuis binnen een termijn van 10 dagen wordt bestraft met een verlaging (min 18%) van de opnameforfaits voor (o.a.) medische beeldvorming en klinische biologie. Hoewel in principe verdedigbaar, werd de wijze waarop de maatregel is ingevoerd sterk aangevochten. Het werd ervaren als te bot en onbillijk, omdat het ook niet te vermijden of volledig gerechtvaardigde heropnames en heropnames zonder verband met de vorige opname afstrafte, en omdat het ziekenhuizen die de ziekste en armste patiënten behandelen onevenredig zwaar benadeelt. Dezelfde punten van kritiek werden ook in andere landen geuit (bijv. Medicare in de VS).<sup>74</sup>



### Indien penalisaties per geval gehandhaafd blijven, moeten ze verfijnd worden

Indien de maatregel gehandhaafd blijft moet hij worden verfijnd door meer te focussen op potentieel vermijdbare heropnames.<sup>75</sup> Meer in het algemeen is het raadzaam om dit soort maatregelen stapsgewijs in te voeren, te beginnen met specifieke pathologiegroepen (bijv. acuut infarct, chronisch obstructieve longaandoening).<sup>76</sup>

Verder moeten de verschillende, naast elkaar bestaande initiatieven inzake heropnames (cfr. het Vlaams Indicatorenproject<sup>65</sup> versus de federale initiatieven) op zijn minst met mekaar in overeenstemming worden gebracht (bijvoorbeeld qua gehanteerde definities).

### Samenwerking over de bevoegdheidsniveaus heen

Meer in het algemeen, zouden door de overheid genomen initiatieven inzake kwaliteitsverbetering best op een geïntegreerde manier worden ontwikkeld, zodat dubbel werk en inconsistenties worden vermeden. Het integreren van prikkels in de financiering om kwaliteit van zorg te belonen, vergt een goede samenwerking met de Gemeenschappen/Gewesten. Mogelijks zal hierover een samenwerkingsakkoord moeten worden gesloten.

### Geen penalisaties voor 'never events' en iatrogene verwikkelingen

Een van de mogelijke perverse gevolgen van op APR-DRG-gebaseerde financieringssystemen is dat ziekenhuizen extra inkomsten kunnen ontvangen voor patiënten met complicaties ontwikkeld tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, omdat ze dan in een hogere ernstgraad (SOI) terecht komen. Stakeholders wezen erop dat deze 'anomalie' moet worden opgelost. Sommigen pleiten voor de uitsluiting van gevallen met complicaties uit de APR-DRG-vergoeding of de uitsluiting van *never events* uit het ziekenhuisbudget zoals in sommige andere landen het geval is (zie Tekstvak 9).

### Tekstvak 9 – Voorbeelden van penalisaties voor in ziekenhuizen opgelopen verwikkelingen en 'never events'<sup>13</sup>

Medicare betaalt ziekenhuizen niet langer voor de extra kosten veroorzaakt door in het ziekenhuis opgelopen verwikkelingen die voorkomen op een lijst met in totaal 10 complicaties (waaronder: vreemd voorwerp achtergebleven na een operatie, bepaalde soorten ziekenhuisinfecties, stadium III en IV decubitus, valincidenten en traumata)

NHS in Engeland betaalt niet langer voor behandelingen die resulteren in één van de nationaal opgelijste *never events*, noch voor de behandeling van de gevolgen van het *never event*. Voorbeelden hiervan zijn: ingrepen op een fout lichaamsdeel; vreemd voorwerp achtergebleven na de operatie; verkeerd bereide, injecteerbare medicatie met hoog risico; verkeerde toedieningsweg voor chemotherapie; dood of ernstig letsel als gevolg van intraveneuze toediening van epidurale medicatie.

Hoewel deze aanpak **voor sommigen aantrekkelijk** lijkt, zijn er **veel barrières** voor de invoering ervan:

- Een correcte en volledige codering van ziekenhuisdiagnoses en complicaties blijft moeilijk te bekomen.
- Complicaties (in het ziekenhuis opgelopen) moeten worden onderscheiden van co-morbiditeit (reeds aanwezig bij opname).<sup>13</sup> Hoewel de MZG (sinds 2008) toelaten het onderscheid te maken, toonde eerder onderzoek aan dat dit niet op afdoende wijze gebeurt.<sup>77</sup> De kwaliteit van de MZG-codering is niet gekend (geen publiek beschikbare auditverslagen) en stakeholders hebben zware bedenkingen en vrezen 'gaming' (zie volgende blz.) of 'upcoding'.<sup>13</sup>
- In Medicare bleken de budgettaire gevolgen van het niet betalen voor enkele in het ziekenhuis opgelopen verwikkelingen te verwaarlozen en waarschijnlijk onvoldoende om zorgverleners te stimuleren tot kwaliteitsverbetering.
- Stakeholders benadrukken dat dit soort penalisaties het risico inhouden dat opnieuw een 'schandpaalcultuur' wordt gecreëerd in Belgische ziekenhuizen, wat een kwalijke stap terug zou zijn voor de kwaliteit van de zorg.



Om al deze redenen lijkt het niet aan te raden om dergelijke penaliserende maatregelen voor individuele gevallen in het financieringssysteem op te nemen. Dit sluit echter de invoering van bonussen voor een doelmatige preventie van complicaties niet uit (zie paragraaf 8.2).

Het is raadzaam om de lopende initiatieven voor bevordering van de kwaliteit verder te ondersteunen en te versterken. Aan de andere kant, wanneer initiatieven voor kwaliteitsverbetering ook resulteren in besparingen en efficiëntiewinsten, wordt het als niet meer dan billijk gezien dat ten minste een deel van de opbrengst opnieuw in het ziekenhuis wordt geïnvesteerd, bijvoorbeeld ter ondersteuning van lokale initiatieven voor kwaliteitsverbetering.

Het algemene beeld dat uit ons overzicht naar boven kwam is dat financiële stimuli die *bottom-up* initiatieven stimuleren, erkennen en adequaat belonen, veel acceptabeler zijn dan financiële sancties op basis van externe 'foutenregistratie'.

## 8.2. Pay-for-quality

### Oriëntatie 15

- Een *pay-for-quality* beleid (P4Q) zou op kleine schaal kunnen worden ingevoerd via een aantal demonstratieprojecten, gefinancierd door het reserveren van een beperkt deel (1 tot 2%) van het macrobudget, zowel van het BFM als van het budget voor honoraria.
- In de ziekenhuizen moet de toewijzing van P4Q-budgetten en van de eventueel vrijgekomen middelen door kostenbesparingen verplicht gezamenlijk worden beheerd door ziekenhuismanagers, artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners vertegenwoordigd in een strategisch ad-hoc comité, met als doel deze te (her)investeren in projecten voor kwaliteitsverbetering.
- Indicatoren met een sterke onderliggende *evidence* en een breed draagvlak bij stakeholders verdienen de voorkeur. Het is wellicht gemakkelijker om te beginnen met structuurindicatoren (bijv. deelname aan projecten met publieke rapportering; ziekenhuisbrede accreditering) en procesindicatoren (bijv. percentage van operaties waarvoor de *safe surgery* checklist wordt overlopen), en pas in tweede instantie ook uitkomstindicatoren mee te nemen (bijv. met een focus op de patiëntveiligheid van de zorg, zoals de incidentie van decubitus). Er moet best een mix zijn van pathologiespecifieke en ziekenhuisbrede indicatoren; laatstgenoemden moeten voorrang hebben ter bevordering van een kwaliteitscultuur in instellingen.

### Doelstellingen en rationale

*Pay-for-quality* (P4Q)-programma's worden ongetwijfeld aangevoeld als zinvol omdat ze gebaseerd zijn op de economische gemeenplaats 'geld verandert gedrag'.<sup>78</sup> Veel P4Q-programma's zijn vooral gericht op structuur en proces en veel minder op klinische resultaten.<sup>13</sup> Het eerste P4Q-programma in ziekenhuizen was **Medicare's Premier Hospital Quality Incentive Demonstration** (PHQID)-programma dat zich later verder ontwikkelde tot een landelijk *Value-Based Purchasing Program* en ook werd overgenomen in het Verenigd Koninkrijk (zie Tekstvak 10). Tot op heden zijn er in België geen P4Q-programma's in ziekenhuizen, hoewel voor sommige





stakeholders de structurele financiering van de kwaliteit (bijv. van de verpleegkundige ziekenhuishygiënist of de 'patiëntveiligheidscontracten') kan beschouwd worden als een vorm van betalen voor kwaliteit.

### De voor- en nadelen van P4Q

De invoering van P4Q-modellen in België heeft voor- en tegenstanders. De argumenten van de tegenstanders worden door de voorstanders erkend als potentiële risico's, maar laatstgenoemden wijzen erop, vaak ondersteund door studieresultaten, dat deze risico's kunnen worden tegengegaan wanneer aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan:

- **Gaming** is het manipuleren van gegevens om prestaties beter voor te stellen dan de werkelijkheid en dit om inkomsten te verhogen. Hoewel uit een ouder onderzoek in de VS bleek dat verpleeghuizen vaak beweerden dat ze zwaar invalide patiënten opnamen, die vervolgens 'wonder boven wonder' in korte tijd herstelden, werden *gaming*-praktijken niet bevestigd in een aantal meer recente onderzoeken ter evaluatie van P4Q-programma's. Er is in elk geval een sluitende controle nodig op de dataregistratie voor P4Q-programma's.<sup>13</sup>
- **Patiëntselectie** (*cherry picking*) kan zich voordoen wanneer uitkomstindicatoren of metingen van de gebruikte middelen onvoldoende rekening houden met verschillen in *case-mix*: zorgverleners kunnen dan aangezet worden gezonde of gemakkelijk te behandelen patiënten te selecteren en ernstig zieke, moeilijk te behandelen patiënten te vermijden. Er bestaat slechts beperkt en zwak bewijs van dit soort ongewenst gedrag.<sup>79, 80</sup> Om het probleem te beheersen is een afdoende risicoverevening en rapportage van uitzonderingen belangrijk (zodat artsen hun klinisch oordeel kunnen aanwenden om *outliers* te verwijderen uit de populatie waarop ze zullen geëvalueerd worden).<sup>13</sup>
- **Tunnel-visie** treedt op als zorgverleners zich onevenredig sterk richten op de zorgaspecten die worden beloofd terwijl andere belangrijke aspecten worden verwaarloosd. Er zijn wat aanwijzingen voor tunnelvisie: sommige onderzoeken toonden een verslechtering van de continuïteit van de zorg en minder verbetering bij aandoeningen die niet werden opgenomen in een P4Q-programma. Daarom is het beter om een breed pakket van indicatoren te hebben (waaronder bijvoorbeeld klinische kwaliteit, patiënttevredenheid, continuïteit van zorg) met een overwegend ziekenhuisbrede focus (i.p.v. pathologie-specifieke indicatoren).<sup>13</sup>
- **Eindeloze discussies over de geldigheid van de gegevens** dreigen de aandacht af te leiden van kwaliteitsverbetering.
- De vrees bestaat dat het belonen met geld van kwaliteit van patiëntenzorg **de zorgvuldig opgebouwde (maar nog steeds erg kwetsbare) cultuur teniet doet om op niet-defensieve en transparante wijze te werken aan kwaliteitsverbetering**. Om de bereidheid van zorgverleners om samen te werken in andere initiatieven voor kwaliteitsverbetering (bijv. accreditatieprogramma's; feedback en rapportage van resultaten van kwaliteitsindicatoren) niet in gevaar te brengen, moeten P4Q-programma's dan ook zorgvuldig worden getest en geleidelijk worden ingevoerd.
- **Er bestaan geen toevalligheden.** Hoewel veel studies een verbetering tonen in een aantal kwaliteitsindicatoren en suggereren dat P4Q effectief kan zijn, is er op dit punt nog steeds geen overtuigend bewijs, en dit vooral voor langetermijn effecten van P4Q-programma's. Voorstanders erkennen dit gebrek aan krachtig bewijs, maar ze wijzen op de belangrijke **rol van specifieke ontwerpelementen** in succesvolle programma's:
  - P4Q-doelstellingen die zo gekozen zijn dat er voldoende ruimte voor verbetering blijft;
  - *evidence-based* proces- en (intermediaire) uitkomstindicatoren;
  - betrokkenheid van stakeholders en grondige, rechtstreekse communicatie tijdens de gehele ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het programma;
  - focus op de geboekte vooruitgang en niet alleen op het bereikte resultaat;
  - prikkels rechtstreeks gericht op individuen en/of teams, of anders prikkels op het niveau van de organisatie maar met formele afspraken dat bonussen rechtstreeks opnieuw worden geïnvesteerd in initiatieven voor kwaliteitsverbetering;
  - voortdurende bewaking van mogelijke onbedoelde gevolgen van het programma;
  - zorgvuldige keuze van de reikwijdte van de stimulus: niet zo klein dat hij wordt genegeerd of geminacht; niet zo groot dat hij de



energie wegneemt voor de 'natuurlijke' professionele drive om kwalitatief goede dienstverlening te leveren;

- o P4Q-programma's die zijn ingebed in een ruimere kwaliteitsverbeteringsstrategie.<sup>13</sup>

### Tekstvak 10 – Voorbeelden van P4Q-systemen in ziekenhuizen

Het *Premier Hospital Quality Incentive Demonstration* (PHQID)-programma van Medicare is een budget-neutraal P4Q-programma (1 of 2% bonussen versus 1 of 2% sancties voor het aandeel Medicare patiënten) met 34 voornamelijk procesgerelateerde indicatoren voor vijf klinische aandoeningen. Uit evaluatieprogramma's bleken initiële verbeteringen (in de eerste twee jaar) in procesindicatoren die echter werden afgevlakt bij langere follow-up (na zes jaar). In geen enkele fase van het programma werd een verbetering van de resultaten voor de patiënt geconstateerd.<sup>13</sup>

Het *Value-Based Purchasing Program* is een nationaal P4Q-programma op basis van PHQID dat echter nog moet worden beoordeeld. Het bevat indicatoren voor klinische processen, samengestelde scores voor patiëntenervaringen, mortaliteit, in het ziekenhuis opgelopen aandoeningen en patiëntveiligheid.<sup>78</sup>

*Advancing Quality* is een P4Q-programma gebaseerd op PHQID, dat in alle NHS-ziekenhuizen in de noordwestelijke regio van Engeland is geïntroduceerd. De invoering ervan leidde tot een reductie van de mortaliteit. Belangrijke verschillen met het Amerikaanse programma waren de grotere bonussen (4%) die werden toegekend aan een groter deel van de deelnemers. Bovendien werden bonussen rechtstreeks geïnvesteerd in initiatieven voor kwaliteitsverbetering.

Het programma werd overgenomen door een nieuw, nationaal P4Q-programma: de *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN). Dit programma ging niet gepaard met verbetering van proces- of uitkomstindicatoren. CQUIN is gebaseerd op lokaal overeengekomen doelstellingen en maatregelen. Hoewel lokale strategische en klinische input in P4Q-programma's als waardevol werd beoordeeld, lijkt het beter om technische ontwerpelementen (indicatordefinitie; drempels; prijsstelling) op een hoger niveau te centraliseren.<sup>13</sup>

### 8.3. In fine... betalen of niet betalen voor kwaliteit?

Hoewel kwaliteitsbevordering met financiële stimuli een aantal voordelen lijkt te bieden, is de grote les van wereldvermaarde 'kampioenen' op het gebied van zorgkwaliteit dat de belangrijkste succesfactor een langdurende '**kwaliteitscultuur**' in de zorginstelling is, sterk aangemoedigd door het management, en geïnternaliseerd en gedragen door alle beroepsgroepen. Dit is van een heel andere orde dan het 'geld verandert gedrag'-paradigma en het steunt eerder op waarden als beroepsfierheid, altruïsme, verantwoordelijkheid en religieuze of humanistische idealen. Beleidsmakers moeten heel voorzichtig zijn om deze uiterst waardevolle bron van positieve energie niet te vervreemden door een reductionistische aanpak die kwaliteit beperkt tot cijfers en geld.

Dit wil niet zeggen dat kwaliteit niet moet worden bewaakt en zorgvuldig beoordeeld in cijfers. Op basis van de kennis die voorhanden is, lijkt het veel doelmatiger om enerzijds verder te **investeren in benchmarks en publieke rapportage** en anderzijds **selectief te contracteren op basis van kwaliteitsstanddaarden**. Dit alles mag echter nooit ten koste gaan van het 'natuurlijk' streven naar uitmuntendheid dat in heel de zorgsector opvallend sterk is. Integendeel, dit streven moet nog versterkt worden.

Toch moet 'uitmuntendheid' niet worden opgevat als synoniem voor top-expertise of super-specialisatie. Op macroniveau moet een kwaliteitsondersteunend beleid passen bij de streefcijfers en doelstellingen die voor de verschillende 'echelons' van het ziekenhuislandschap werden uitgezet. **Een top lokaal ziekenhuis worden is net zo waardevol als een top referentiecentrum worden** en de indicatoren en, desgevallend, de financiële stimuli moeten getrouw de specifieke verwachtingen weerspiegelen die beantwoorden aan de rol van elke entiteit in het systeem.

En ten slotte, voor zover de kwaliteit vandaag, meer dan ooit tevoren, berust op duurzaam, dynamisch en multidisciplinair teamwerk, moeten aansporingen tot en beloningen voor kwaliteit expliciet **de bijdrage valoriseren van alle beroepsgroepen** die zich actief engageren in dit gezamenlijke streven.



## 9. "MEDISCHE INNOVATIE DAAGT KOSTENBEHEERSING UIT": MAKEN WE DE JUISTE KEUZES?

De financiering van ziekenhuizen moet ruimte bieden om te investeren in kosteneffectieve medische innovaties terwijl de andere innovaties niet worden vergoed en hun verspreiding wordt ontmoedigd. De precieze gevolgen van medische innovaties op de groei van de uitgaven op lange termijn<sup>e</sup> is ook in ons land het voorwerp van heel wat discussies. De geïnterviewde stakeholders geven aan dat in België de medische innovaties gemakkelijk ingang vinden dankzij de hevige concurrentie tussen ziekenhuizen, in combinatie met de *fee-for-service* vergoeding voor artsen en de hoge mate van therapeutische vrijheid (zowel voor artsen als voor ziekenhuizen). Vele ervan blijken niet kosteneffectief of waardevol, maar ze worden in groten getale op de markt gebracht, stevast tegen een hogere prijs dan de bestaande technologie.<sup>82</sup>

### Oriëntatie 16

- **Om de verspreiding, vergoeding en prijsbepaling van veilige en (kosten-)effectieve medische innovaties te verbeteren, moet meer gebruik gemaakt worden van objectieve gegevens en wetenschappelijke studieresultaten over de kosteneffectiviteit alvorens er een beslissing wordt genomen over terugbetaling.**
- **Voor veelbelovende technologieën waarvoor er duidelijke aanwijzingen zijn dat ze veilig en (kosten-)effectief zijn, kan een 'Coverage with Evidence Development (CED) in Research' aanpak worden overwogen indien er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn voor een formele HTA.**
  - **In een dergelijk CED opzet kunnen ziekenhuizen een aanvraag indienen om (gedeeltelijk) terugbetaald te worden om specifieke medische innovaties te testen en te evalueren.**
  - **Aanvragers moeten voldoen aan de eisen voor expertise en volume.**

- **In het geval de evaluatie van de technologie negatief uitvalt, moet de terugbetalingsbeslissing ook negatief zijn.**
- **Terugbetalingsbeslissingen moeten regelmatig en systematisch worden herbeoordeeld om rekening te houden met nieuwe *evidence*.**
- **Misbruik van bestaande factureringscodes voor niet-vergoedbare innovaties moet actief worden onderzocht en bestraft.**

### Gebruik van (nog) niet terugbetaalde innovaties: patiënten betalen vaak de rekening.

In België worden terugbetalingsbeslissingen genomen door verschillende commissies, waaronder de Commissie voor de Tegemoetkoming van Geneesmiddelen (CTG) en de Commissie voor de Tegemoetkoming van Invasief Medisch Materiaal en Implantaten (CTIIMH). Deze commissies zijn echter niet bevoegd om te beslissen over marktintroductie. Dit levert vooral problemen op voor **implantaten en invasieve medische hulpmiddelen** waarvoor in Europa de beoordelingsnormen voor markttoegang niet zo streng zijn als voor geneesmiddelen.<sup>83</sup>

De geraadpleegde stakeholders maken zich grote zorgen over de invoering en verspreiding in ziekenhuizen van medische innovaties (implantaten, invasieve medische hulpmiddelen en apparatuur) zonder enige vorm van *Health Technology Assessment* (HTA) en voorafgaand aan een terugbetalingsbeslissing, vaak met als enig doel een concurrentieel voordeel te krijgen tegenover andere ziekenhuizen. Dit resulteert in grote en wijdverspreide investeringen in onvoldoende bewezen technologieën (bijv. robotchirurgie voor radicale prostatectomie<sup>38</sup>; transkatheter aortaklepimplantatie<sup>84</sup>) en een **kostenverschuiving naar de patiënten**. De ziekteverzekering wordt daardoor op haar beurt ook onder druk gezet door de lobby van de industrie, de ziekenhuizen en de artsen.

<sup>e</sup> De titel van dit hoofdstuk is overgenomen uit Rettig (1994).<sup>81</sup>



### Weinig gebruik van *evidence* in het besluitvormingsproces

Als gevolg van het krappe budgettaire kader wensen verzekeraars meer en meer bewijs te zien van de werkzaamheid voor specifieke indicaties voordat een 'medische innovatie' voor deze indicaties wordt vergoed. Maar, ondanks de inspanningen om terugbetalingsbeslissingen te 'rationaliseren', blijft het **besluitvormingsproces zelf toch vooral een interactief onderhandelingsproces**.<sup>82</sup>

Beslissingen leunen sterker op de raadpleging van deskundigen (niet altijd volledig vrij van belangenvermenging), dan op een systematische evaluatie van objectieve, wetenschappelijke gegevens (effectiviteit, veiligheid, kosten/batenverhouding, internationale vergelijkingen, budgetimpact).

Stakeholders zijn van oordeel dat HTA in België nog steeds ondergewaardeerd wordt en dat HTA-adviezen te laat komen of vaak genegeerd worden door beleidsmakers.

In tegenstelling tot de terugbetaling van geneesmiddelen (herbeoordeeld na 3 jaar – toch in theorie), is er **geen enkele systematische herbeoordeling van terugbetalingsbeslissingen voor andere medische innovaties**. Dit is een grote tekortkoming die bijdraagt aan de onevenwichten in de nomenclatuur, reële prijsdalingen worden veel te laat (of nooit) gevolgd door een overeenkomstige verlaging van het terugbetalingstarief. Ten slotte worden ook nieuwe technologieën ingevoerd zonder dat de oude (en minder effectieve) uit de terugbetaling worden geschrapt, hetgeen het risico van dubbel gebruik inhoudt (bijv. CT/NMR).<sup>7</sup>

### De verspreiding van innovaties is niet goed gestructureerd

Vanaf het moment dat de terugbetaling van een innovatie wordt goedgekeurd (of meestal zelfs daarvóór), nemen bijna alle Belgische ziekenhuizen ze op in hun zorgpakket. In de zeldzame gevallen waar de verspreiding van innovaties (of investeringen in zware apparatuur) werd beperkt, werden de onbedoelde effecten onvoldoende gecontroleerd noch aangepakt (bijv. de reeds vermelde CT vs. NMR problematiek).<sup>3</sup> Programmatie heeft zijn beperking en moet worden afgestemd op andere beleidsinstrumenten zoals erkenningscriteria en financiële stimuli. Daarnaast hebben wij een traditie om programmatievoorschriften te negeren en vervolgens creatief om te gaan met factureringsregels (zie de programmatie van PET-scans).<sup>6, 7</sup>

Het RIZIV experimenteert met CED via contracten en terugbetalingsbeperkingen (beperkte tijd, specifieke setting), met de verplichting dat de innovatie wordt geëvalueerd. Niettemin vrezen de geïnterviewde stakeholders dat de tijdelijke goedkeuring van terugbetaling automatisch de deur opent voor een latere volledige terugbetaling (zoals bij robotchirurgie).

### Selecteer de meest veelbelovende innovaties op basis van HTA en CED

Veel landen kennen betalingsmodaliteiten waarbij innovatieve gezondheidstechnologie (geneesmiddelen, implantaten, procedures, enz.) worden beoordeeld door middel van eenzelfde financieringskanaal.

Voor de meest **veelbelovende innovaties waarvoor nog (veel) evidentie nodig is, moeten nieuwe betalingskanalen ontwikkeld worden met beperkte toegang**. Een stapsgewijze aanpak moet worden gevolgd, waarbij eerst de toegang tot de innovaties beperkt wordt tot een klein aantal centra en research als voorwaarde geldt voor de (gedeeltelijke) terugbetaling. CED-systemen zijn in verschillende formaten in veel landen ingevoerd (zie Hoofdstuk 16 in het wetenschappelijk rapport). Ervaringen zijn niet unaniem positief geweest, maar een aantal kritische succesfactoren konden worden vastgesteld:

- een duidelijk kader voor het starten, opvolgen en stopzetten van CED-studies;
- geschikte onderzoeksmethoden zodat voldoende gegevens worden verzameld ter ondersteuning van valabele terugbetalingsbeslissingen;
- voldoende aansporingen voor artsen en fabrikanten om deel te nemen aan onderzoek;
- effectief gebruik van de onderzoeksresultaten bij besluiten inzake terugbetaling.<sup>85</sup>



Om de financiële drempel te verlagen, zouden verzekeraars in Europa moeten overwegen, zoals in de VS reeds gebeurt, om *pre-market* onderzoek van innovatieve hoog-risico hulpmiddelen te co-financieren. Bovendien zou voor dergelijke hulpmiddelen de **toekomstige EU-Richtlijn** best niet alleen veiligheids- en performantiegegevens vereisen, maar *pre-market* studiegegevens die '**klinische werkzaamheid of effectiviteit**' aantonen, zoals ook het geval is in de VS. Het risico voor de patiënt moet worden geminimaliseerd door meer transparantie van de beschikbare klinische gegevens en door de marktintroductie van nieuwe hulpmiddelen met hoog risico én beperkte klinische gegevens te beperken tot centra met de nodige expertise. Dit moet bij voorkeur worden gedaan binnen een CED-regeling.<sup>83</sup>

## 10. VEEL WERK VOOR DE BOEG – EERSTE STAPPEN EN DAARNA

### 10.1. Voorbereidende werkpakketten voor een succesvolle implementatie

Zoals herhaaldelijk vermeld op de vorige bladzijden is de voorgestelde hervorming behoorlijk ambitieus in de zin dat **de verschillende onderdelen van het voorstel samen moeten worden ingevoerd** om te vermijden dat we bij een onevenwichtig systeem uitkomen dat slechter functioneert dan het huidige. Aan de andere kant kunnen de **meeste componenten ervan geleidelijk worden geïmplementeerd**, wat een relatief soepele overgang naar het uiteindelijke, volledige systeem mogelijk maakt.

Uiteraard is dit onderzoek niet in staat geweest, binnen het tijdsbestek van minder dan één jaar, gedetailleerde actieplannen op te stellen of kwantitatieve simulaties van de voorgestelde hervorming uit te voeren. Er moeten een heel aantal grote **werkpakketten** worden uitgevoerd alvorens de eerste stappen in de implementatie kunnen gezet worden. Hoewel ze een niet te onderschatten hoeveelheid werk met zich meebrengen, is geen van deze werkpakketten onoverkomelijk, en de beschikbaarheid van erg gedetailleerde gegevens in ons land is hierin van grote waarde.

De allereerste en belangrijkste stap is natuurlijk een **politieke beslissing** om werk te maken van de hervorming en om voldoende middelen vrij te maken voor de uitvoering van de werkpakketten. Zonder volledig te willen zijn kunnen we ten minste de volgende werkpakketten benoemen:

#### A. *Werkpakketten uitvoerbaar in de volgende één à twee jaar*

- Aanvullend politiek voorbereidingswerk om de federale en gefedereerde autoriteiten op één lijn te krijgen rond een gemeenschappelijk programma van capaciteitsvermindering en reconversie van acute bedden, dat voor alle partijen een win-win-situatie betekent; dit kan bijvoorbeeld gebeuren in het kader van **samenwerkingsakkoorden tussen de federale overheid en de gefedereerde entiteiten**.
- Inventaris en beschrijving van de **nodige wijzigingen in de regel- en wetgeving** en voorbereiding van wijzigingsvoorstellen. De impact van de zorgregio's en hun beheer versus de respectievelijke bevoegdheden van de verschillende overheden dient verder te worden uitgediept.



- Uitwerking van een **permanente representatieve steekproef van kostenregistratie** (via analytische boekhouding), die voortbouwt op de beschikbare aanwezige ervaring in België en wordt ondersteund door de nodige ICT-infrastructuur. Ziekenhuizen kunnen bijv. via het deel B4 van het BFM aangemoedigd worden om deel te nemen aan kostenstudies.
- Ontwikkeling van een **globaal kader** waarin voor elk type zorg **de meest geschikte zorgsetting** wordt bepaald (klassieke opname, dagbehandeling of ambulante zorg), op basis van wetenschappelijke *evidence* en van de ervaring in andere landen.
- Ontwikkeling van multivariate modellen voor **de bepaling van de acute-zorgbehoeften** op basis van demografische kenmerken.

#### B. Werkpakketten uit te voeren binnen de volgende drie of vier jaar

- Grondige herziening van het huidige APR-DRG-systeem:
  - ontwikkeling van **op kostprijs gebaseerde APR-DRG-tarieven**, uitgaande van de Belgische kostengegevens en bestaande modellen van andere landen;
  - **aanpassing van de grouper** om te komen tot voldoende homogene APR-DRG's op vlak van zorgkost;
  - herziening van het systeem van **outliers en uitsluitingen**;
  - opzetten van een geloofwaardig en doeltreffend systeem voor systematische **audits** van medische registratie en monitoring van praktijkverschillen.
- **Kritische herziening van de bestaande nomenclatuur** waarbij, voor elke code, het deel wordt bepaald dat overeenkomt met het 'professioneel honorarium';
- Opzetten en uitvoeren van **kleinschalige pilootprojecten** in de verschillende domeinen waar bijkomende ervaring in de lokale context nodig is (P4Q, geïntegreerde zorg, enz.).

#### C. Permanent, overkoepelend werkpakket voor de projectcoördinatie

Er is nood aan een **multidisciplinair team** dat op het geheel van de werkzaamheden toeziet en de andere werkpakketten structureert en coördineert.

## 10.2. Een geleidelijke overgang, gespreid over meerdere jaren

Zodra de eerste resultaten van de hierboven genoemde werkpakketten beschikbaar zijn, kan een begin worden gemaakt met de geleidelijke invoering van de hervorming. Vandaag kan hiervan slechts een ruwe schets worden gemaakt aangezien veel van de concrete modaliteiten en details zullen afhangen van de resultaten van het verdere voorbereidende onderzoekswerk.

- De allereerste stap is het opstellen van een kalender voor een gemeenschappelijk programma van **capaciteitsvermindering en reconversie** van acute bedden, en het starten met de eerste fase ervan.
- Een ander element dat vrij snel kan worden opgepakt, is het opzetten van het **investeringsfonds**. De modaliteiten voor de berekening van het bedrag (dat geleidelijk kan toenemen) moeten bepaald worden en er moeten bestuursregels vastgelegd worden. In een eerste fase kunnen ziekenhuizen de aanpak op vrijwillige basis introduceren.
- Zodra de verschillende parameters (DRG-tarieven, nieuwe groepen, uitzonderingsregels, gewijzigde nomenclatuur, enz.) voldoende bekend zijn, moet een **volledige simulatie per ziekenhuis** worden uitgevoerd, naast de huidige berekeningen voor financiering per ziekenhuis. In de loop van vijf tot acht jaar moet een geleidelijke overgang in stappen van 12% tot 20% worden gerealiseerd totdat het nieuwe model volledig wordt toegepast.
- De geleidelijke stijging van de nieuwe **DRG-tarieven** moet gelijktijdig plaatsvinden met de geleidelijke vermindering van de afhoudingen en verschuiving van het bijbehorende budget naar het investeringsfonds en het BFM.
- Nadat de **zorgzones** zijn bepaald en de zorgbehoeften zijn berekend, kan het budget voor DRG's worden toegewezen aan de zones en aan de ziekenhuizen binnen die zone op basis van het aanvaarde strategische netwerk-zorgplan voor de zone.





### 10.3. Handen, tools, en ruimte voor experimenten

#### Oriëntatie 17

- Een goed bemand, multidisciplinair team moet verantwoordelijk worden gemaakt voor de verdere voorbereidende onderzoeks-werkzaamheden en moet het geheel van de werkpakketten structureren en coördineren, bij voorkeur binnen bestaande structuren.
- Voor elk van de andere werkpakketten moeten de teams worden aangeduid die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering ervan, en er moet worden gezorgd voor voldoende personeel en middelen.
- De huidige wetgeving moet worden aangepast waar nodig om op een beperkte schaal verschillende aspecten van de hervorming te kunnen testen, met een gegarandeerd vast meerjarenbudget.

In elk van de vijf landen bestudeerd in KCE Rapport 207 zijn er één of meerdere **onafhankelijke instanties die belast zijn met het DRG-systeem**, en die van een paar tientallen tot meer dan honderd medewerkers in dienst hebben. Hoewel deze instanties verschillende taken en verantwoordelijkheden hebben, zijn ze allemaal betrokken bij het verzamelen en beheren van gegevens; de ontwikkeling van het systeem voor kostprijsrekening en de berekening en updates van DRG kostengewichten of tarieven. Ze worden betaald via een toeslag per DRG-case (bijv. in Duitsland) of krijgen een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid (bijv. in Nederland).

Belgische stakeholders zijn geen voorstander van de oprichting van een nieuw instituut voor deze functies, maar zouden het beheer en toezicht van het DRG-systeem liever geïntegreerd zien in bestaande instellingen. Uiteraard zullen deze extra taken veel extra arbeidskrachten vereisen, met de juiste mix van relevante competenties.

Hoewel deze permanente structuur onafhankelijk moet kunnen functioneren, moet het ook **sterke, verplichtende procedures voor raadpleging van stakeholders hebben**, om de relevantie, haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de adviezen te garanderen.

De structuur moet ook **de plek worden waar de verschillende overheden belast met gezondheidsgerelateerde bevoegdheden hun beleid en hervormingsprojecten kunnen bespreken en op elkaar afstemmen** alvorens ze op het niveau van de politieke besluitvorming komen. Dit is één van de functies van het door de vorige regering geplande, zogenaamde 'Instituut van de toekomst'.

Financieringssystemen op DRG-basis worden altijd geleidelijk ingevoerd over een periode van meerdere jaren. Om gedurende de **overgangperiode** extra kennis en ervaringen op te doen, moeten ziekenhuizen een veilige ruimte krijgen om experimenten uit te voeren, waarbij ze de vrijheid hebben om middelen te gaan heroriënteren om te komen tot meer efficiënte en patiëntgerichte zorg. Indien er op deze manier besparingen worden gegenereerd, moeten ziekenhuizen deze deels in eigen beheer kunnen houden voor verdere verbetering van de dienstverlening.

En last, but not least is er het **beheer op macroniveau van de ziekenhuisfinanciering**. Hoewel dit als een belangrijke kwestie naar voor kwam in ons onderzoek, valt het niet binnen het mandaat van het KCE om hierin concrete keuzes te maken.





## ■ REFERENTIES

1. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2013. Available from: <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>
2. OECD Health Statistics 2014 [Web page]. Available from: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)
3. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. Performance of the Belgian Health System. Report 2012. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 196C (D/2012/10.273/112) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_196C\\_Health\\_system\\_performance\\_0.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196C_Health_system_performance_0.pdf)
4. Daue F, Crainich D. L'avenir des soins de santé: oser le diagnostic et les thérapies. Bruxelles: Itinera Institute; 2008.
5. Belfius. Nouvelle analyse sectorielle 2009-2012 des hôpitaux généraux en Belgique. Communiqué de presse. Bruxelles: Belfius Banque & Assurances; 2013. Available from: [https://www.belfius.be/common/FR/multimedia/MMDownloadableFile/PressReleases/Public\\_Social/1003%20MAHA.pdf](https://www.belfius.be/common/FR/multimedia/MMDownloadableFile/PressReleases/Public_Social/1003%20MAHA.pdf)
6. Demaerel P, Hermans R, Verstraete K, Bogaert J, Van Goethem M, Deblaere K, et al. HTA of Magnetic Resonance Imaging. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006. KCE Reports 37C (D/2006/10.273/34) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20061027334.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20061027334.pdf)
7. Obyn C, Cleemput I, Léonard C, Closon J-P. Magnetic Resonance Imaging: cost analysis. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009 26/03/2009. KCE Reports 106 Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/magnetic-resonance-imaging-cost-analysis>



8. Van Brabandt H, Neyt M, Stroobandt S, Van de Sande S, Schwierz C. Pacemaker therapy for bradycardia in Belgium. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 29/09/2010. KCE Reports 137C (D/2010/10.273/58) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/kce\\_137c\\_pacemakertherapy\\_0.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_137c_pacemakertherapy_0.pdf)
9. Van de Sande S, Swartenbroekx N, Van de Voorde C, Devos C, Devriese S. Evolution of day care: impact of financing and regulations. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports 192 Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/evolution-of-day-care-impact-of-financing-and-regulations>
10. Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. Manual for cost-based pricing of hospital interventions. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 178C (D/2012/10.273/31) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_178C\\_manual\\_pricing\\_hospital\\_interventions.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_178C_manual_pricing_hospital_interventions.pdf)
11. Cleemput I, Beguin C, de la Kethulle Y, Gerkens S, Jadoul M, Verpooten G, et al. Organisation and financing of chronic dialysis in Belgium. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 10/02/2010. KCE Reports 124C (D/2010/10.273/13) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20101027313.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20101027313.pdf)
12. Van Herck P, Annemans L, Sermeus W, Ramaekers D. Evidence-based health care policy in reimbursement decisions: lessons from a series of six equivocal case-studies. PLoS One. 2013;8(10):e78662.
13. Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. A comparative analysis of hospital care payments in five countries. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013 11/10/2013. KCE Reports 207 (D/2013/10.273/61) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_207\\_hospital\\_financing.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_207_hospital_financing.pdf)
14. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Copenhagen: 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series Available from: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/162265/e96538.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf)
15. Ellis R, Miller M. Provider payment methods and incentives. In: Carrin G, editor. Health systems policy, finance, and organization. Amsterdam: Elsevier Academic Press; 2009.
16. Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Blumel M, Geissler A, Busse R. Hospital payment based on diagnosis-related groups differs in Europe and holds lessons for the United States. Health Aff (Millwood). 2013;32(4):713-23.
17. Hussey PS, Mulcahy AW, Schnyer C, Schneider EC. Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. Rockville, MD: 2012. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of Science Evidence Report/Technology Assessment No. 208 (Prepared by The RAND Evidence-based Practice Centre under Contract No. 290-2007-10062-I) AHRQ publication No. 12-E007-EF Available from: <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm>
18. WHO. Provider payments and cost-containment. Lessons from OECD countries. 2007(2). Technical Briefs for Policy-Makers. Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/pb\\_e\\_07\\_2-provider\\_payments.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf)
19. Swartenbroekx N, Van de Voorde C, Crott R, Ramaekers D. Financing of hospital drugs: a descriptive study of several European countries and Canada. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2004 24/12/2004. KCE Reports 8 Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/financing-of-hospital-drugs-a-descriptive-study-of-several-european-countries-and>



20. Van de Sande S, De Ryck D, De Gauquier K, Hilderson R, Neyt M, Peeters G, et al. Feasibility study of the introduction of an all-inclusive case-based hospital financing system in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 25/01/2010. KCE Reports 121 (D/2010/10.273/03) Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/feasibility-study-of-the-introduction-of-an-all-inclusive-case-based-hospital-fin>
21. Pirson M, Dramaix M, Leclercq P, Jackson T. Analysis of cost outliers within APR-DRGs in a Belgian general hospital: two complementary approaches. Health Policy. 2006;76(1):13-25.
22. Pirson M, Leclercq P. PACHA: proefproject voor kostenanalyse per pathologie. Healthcare Executive. 2014;78.
23. Perelman J, Closon M-C. Impact of socioeconomic factors on in-patient length of stay and their consequences in per case hospital payment systems. J Health Serv Res Policy. 2011;16(4):197-202.
24. Pirson M, Delo C, Di Pierdomenico L, Laport N, Biloque V, Leclercq P. Variability of nursing care by APR-DRG and by severity of illness in a sample of nine Belgian hospitals. BMC Nurs. 2013;12(1):26.
25. OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. 2013. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
26. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014;383(9931):1824-30.
27. Haute Autorité de Santé. Day surgery tariffs in France and in other countries. Current situation and future prospects. Position statement. June 2013. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/day\\_surgery\\_tariffs\\_in\\_france\\_and\\_in\\_other\\_countries\\_current\\_situation\\_and\\_future\\_prospects.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/day_surgery_tariffs_in_france_and_in_other_countries_current_situation_and_future_prospects.pdf)
28. HAS and ANAP. Day surgery: an overview. April 2012. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/day\\_surgery\\_-\\_an\\_overview.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/day_surgery_-_an_overview.pdf)
29. Department of Health. A Simple Guide to Payments by Results. 2012. Available from: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213150/PbR-Simple-Guide-FINAL.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213150/PbR-Simple-Guide-FINAL.pdf)
30. Appleby J, Harrison T, Hawkins L, Dixon A. Payment by Results. How can payment systems help to deliver better care? London: The King's Fund; 2012. Available from: [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/payment-by-results-the-kings-fund-nov-2012.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/payment-by-results-the-kings-fund-nov-2012.pdf)
31. van den Oever R, Volckaert C. Financing health care in Belgium. The nomenclature: from fee-for-service to budget-financing. Acta Chir Belg. 2008;108(2):157-66.
32. van den Oever R, Volckaert C. Vijftig jaar nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen: een instrument tot verdeling van het overheidsbudget voor zorgverleners 1963-2013. 2013. CM Informatie 254. Available from: [http://www.cm.be/binaries/CM-254-NL-50jaarZIV-nomenclatuur\\_tcm375-134851.pdf](http://www.cm.be/binaries/CM-254-NL-50jaarZIV-nomenclatuur_tcm375-134851.pdf)
33. Coussée F. De integratie van arts en ziekenhuis. Gent: Universiteit Gent; 2012.
34. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012;380(9836):37-43.
35. WHO. A universal truth: no health without a workforce. 2013. Available from: [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a\\_universal\\_truth\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1)
36. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisation of care for chronic patients in Belgium : development of a position paper. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 190C (D/2012/10.273/81) Available from:



- [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_190C\\_or\\_ganisation\\_care\\_chronic\\_patients.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190C_or_ganisation_care_chronic_patients.pdf)
37. FOD Volksgezondheid. Ziekenhuizen [Web page].2013 [cited 27/05/2014]. Available from: <http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Financing/Hospitals/18067053?ie2Term=nieuws?&fodnlang=nl>
38. Camberlin C, Senn A, Leys M, De Laet C. Robot-assisted surgery: health technology assessment Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009 09/02/2009. KCE Reports 104C (D/2009/10.273/09) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20091027309.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20091027309.pdf)
39. Huybrechts M, Obyn C, Gailly J, Mambourg F, Vinck I, Ramaekers D. Hadrontherapy. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2007 13/11/2007. KCE Reports 67 Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/hadrontherapy>
40. Stordeur S, Vrijens F, Henau K, Schillemans V, De Gendt C, Leroy R. Organisation of care for adults with a rare or complex cancer Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 10/02/2014. KCE Reports 219 (D/2014/10.273/21) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_219\\_rare\\_cancers.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_219_rare_cancers.pdf)
41. Groupement d'Intérêt Public Santé Protection Sociale International (GIP SPSI). Organisation and health system in France. 2010. Available from: <http://www.gipspsi.org/>
42. Bos WJ, Koevoets HPJ, Oosterwaal A. Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandslaan of Droomland? Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2013.
43. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. The innovator's prescription: a disruptive solution for health care. New York: McGraw-Hill; 2009.
44. Lillrank P, Groop PJ, Malmstrom TJ. Demand and supply-based operating modes-a framework for analyzing health care service production. *Milbank Q.* 2010;88(4):595-615.
45. Hannes P. Wat betekent de 6de staatshervorming voor de gezondheidszorgsector? 2014. *CM Informatie* 255. Available from: [http://www.cm.be/binaries/CM-255-NL-Staatshervorming\\_tcm375-137078.pdf](http://www.cm.be/binaries/CM-255-NL-Staatshervorming_tcm375-137078.pdf)
46. Jonckheer P, Dubois C, Borgemans L, Verhoeven E, Rinckard E, Baudewyns A-M, et al. After-hours Primary Care: which solutions? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 171C (D/2011/10.273/88) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/171C\\_after-hours\\_primary\\_care.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/171C_after-hours_primary_care.pdf)
47. van den Einden LC, Aben KK, Massuger LF, van Spronsen DJ, de Hullu JA. Successful centralisation of patients with vulvar carcinoma: a population-based study in The Netherlands. *Eur J Cancer.* 2012;48(13):1997-2003.
48. Morris E, Forman D, Haward B. The impact of the Calman-Hine report: analysis of breast and colorectal cancer surgical workloads and the degree of surgical site specialization in the Yorkshire region of the UK, 1990-2000. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2007;16(2):150-5.
49. Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *N Engl J Med.* 1979;301(25):1364-9.
50. Vrijens F, De Gauquier K, Camberlin C. The volume of surgical interventions and its impact on the outcome: feasibility study based on Belgian data. *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009 13/07/2009. KCE Reports 113C (D/2009/10.273/35) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20091027335.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20091027335.pdf)



51. Stordeur S, Vrijens F, Beirens K, Vlayen J, Devriese S, Van Eycken E. Quality indicators in oncology: breast cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 150C (D/2010/10.273/101) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/kce\\_150c\\_breast\\_cancer\\_1.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_150c_breast_cancer_1.pdf)
52. Vlayen J, Vrijens F, Devriese S, Beirens K, Van Eycken E, Stordeur S. Quality indicators for testicular cancer: a population-based study. Eur J Cancer. 2012;48(8):1133-40.
53. De Laet C, Van den Heede K, Mertens R. General framework for a multidisciplinary quality manual for cardiac care networks. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports 213 (D/2013/10.273/94) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_213\\_Manual\\_cardiology\\_0.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_213_Manual_cardiology_0.pdf)
54. Antares Consulting. Etude internationale sur l'organisation et le financement des missions universitaires dans les hôpitaux dans huit pays. Rapport final. 2014.
55. Kesteloot K. Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective. Achtergrondstudie. 2003. Available from: [http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie\\_-\\_Health\\_Care\\_Market\\_Reforms.pdf](http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Health_Care_Market_Reforms.pdf)
56. OECD. Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries. Paris: OECD; 2010. Health Working Papers Available from: [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)1&docLanguage=En](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)1&docLanguage=En)
57. Smith P, Busse R. Learning from the European experience of using targets to improve population health. Prev Chronic Dis. 2010;7(5):A102.
58. Smith P, Busse R. Targets and performance measurement. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects: Cambridge University Press; 2009. p. 509-36.
59. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Health Targets [Web page]. [cited 13 March 2014]. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Policy/Health-targets/>
60. Van den Broucke S. Flanders: health targets as a catalyst for action. In: Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R, editors. Health targets in Europe: learning from experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
61. OECD. OECD Economic Surveys Belgium. May 2013. Available from: [http://www.oecd.org/eco/surveys/Belgium2013\\_Overview\\_ENG%20\(2\).pdf](http://www.oecd.org/eco/surveys/Belgium2013_Overview_ENG%20(2).pdf)
62. Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R. Health targets in Europe: learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies, editor. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2008.
63. Annemans L. De prijs van uw gezondheid: is onze gezondheidszorg in gevaar? 1st ed. Leuven: Lannoo Campus; 2014.
64. Regeerakkoord 1 december 2011. Federale Regering. Available from: [http://premier.fgov.be/sites/all/themes/custom/tcustom/Files/Regeerakkoord\\_1\\_december\\_2011.pdf](http://premier.fgov.be/sites/all/themes/custom/tcustom/Files/Regeerakkoord_1_december_2011.pdf)
65. Agentschap zorg & gezondheid. Vlaams Indicatorenproject (VIP) - kwaliteit in algemene ziekenhuizen [Web page]. 2014 [cited 24/06/2014]. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatorenziekenhuizen/>
66. Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Hakkinen U, Kobel C, et al. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? BMJ. 2013;346:f3197.
67. Van Brabant H, Camberlin C, Vrijens F, Parmentier Y, Ramaekers D, Bonneux L. Practice pattern variation in the treatment of acute myocardial infarction in Belgian hospitals. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE);





- 2005 24/06/2005. KCE Reports 14 Available from: <http://kce.fgov.be/publication/report/practice-pattern-variation-in-the-treatment-of-acute-myocardial-infarction-in-bel>
68. Vertrees JC, Averill RF, Eisenhandler J, Quain A, Switalski J. Bundling Post-Acute Care Services into MS-DRG Payments. Medicare Medicaid Res Rev. 2013;3(3).
  69. Peskett J, Lynch P, Johnson N, Halling S, Knowles E, Sandhu J, et al. Best Practice Tariffs and their impact. Audit Commission; 2012.
  70. Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, Chernew ME, McWilliams JM. Measuring Low-Value Care in Medicare. JAMA Intern Med. 2014.
  71. Royal College of Physicians. National Hip Fracture Database: national report 2013. London: Royal College of Physicians; 2013.
  72. Hockenberry JM, Burgess JF, Jr., Glasgow J, Vaughan-Sarrazin M, Kaboli PJ. Cost of readmission: can the Veterans Health Administration (VHA) experience inform national payment policy? Med Care. 2013;51(1):13-9.
  73. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Hospital readmission performance and patterns of readmission: retrospective cohort study of Medicare admissions. BMJ. 2013;347:f6571.
  74. Averill RF, Goldfield N, Hughes JS. Medicare payment penalties for unrelated readmissions require second look. Healthc Financ Manage. 2013;67(10):96-8.
  75. Blunt I, Bardsley M, Grove A, Clarke A. Classifying emergency 30-day readmissions in England using routine hospital data 2004-2010: what is the scope for reduction? Emerg Med J. 2014.
  76. Nagasako EM, Reidhead M, Waterman B, Claiborne Dunagan W. Adding socioeconomic data to hospital readmissions calculations may produce more useful results. Health Aff (Millwood). 2014;33(5):786-91.
  77. Gillet P, Kolh P, Sermeus W, Vleugels A, Jacques J, Van den heede K, et al. Detection of adverse events in administrative databases. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 17/11/2008. KCE Reports 93C (D/2008/10.273/75) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20081027375.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027375.pdf)
  78. Ryan A, Blustein J. Making the best of hospital pay for performance. N Engl J Med. 2012;366(17):1557-9.
  79. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schoffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy. 2013;110(2-3):115-30.
  80. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? Med Care Res Rev. 2006;63(2):135-57.
  81. Rettig RA. Medical innovation duels cost containment. Health Aff (Millwood). 1994;13(3):7-27.
  82. Cleemput I, Neyt M, Thiry N, De Laet C, Leys M. Threshold values for cost-effectiveness in health care Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 14/01/2009. KCE Reports 100C (D/2008/10.273/96) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20081027396.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027396.pdf)
  83. Hulstaert F, Neyt M, Vinck I, Stordeur S, Hui M, Sauerland S, et al. The pre-market clinical evaluation of innovative high-risk medical devices. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 158C (D/2011/10.273/31) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/kce\\_158c\\_innovative\\_high-risk\\_medical\\_devices\\_0.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_158c_innovative_high-risk_medical_devices_0.pdf)
  84. Neyt M, Van Brabant H, Van de Sande S, Devriese S. Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI): a Health Technology Assessment Update. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 163C (D/2011/10.273/48) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/kce\\_163c\\_tavi\\_update.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_163c_tavi_update.pdf)
  85. Sorenson C, Drummond M. Decision making under uncertainty: coverage with evidence development in the context of medical devices. In: ISPOR Conference. Dublin; 2013.





