



## DE ZIEKENHUISFINANCIERING: uitdagingen, sterktes en kansen tot verbetering.

2011/19  
05 | 07 | 2011



MENSEN



WELVAART



BESCHERMING

## 1. Inleiding

Het Itinera Institute heeft het afgelopen jaar de belangrijkste uitdagingen voor onze gezondheidszorg in kaart gebracht. Ze kwamen tot de vaststelling dat er op een aantal gebieden dringend moet ingegrepen worden. Het sleutelwoord in de hervormingen van ons gezondheidssysteem is doelmatigheid. Elke euro die we in de toekomst uitgeven moeten we verantwoorden aan de hand van de gezondheidswinst die hij oplevert. Hiervoor moeten de spelregels veranderen en een financieringssysteem worden uitgewerkt dat de doelstellingen van onze gezondheidszorg weerspiegelt.

Ziekenhuiszorg vormt in ons gezondheidssysteem een belangrijke schakel. Er worden heel wat maatschappelijke middelen aan de financiering van de tweedelijns geneeskunde besteed. Het overheidsbudget dat wordt vrijgemaakt om de ziekenhuizen te financieren bedraagt ongeveer 5.322 miljoen euro. Daarnaast bedraagt de honorariummassa van de artsen-specialisten ongeveer 3.015 miljoen euro. Ook op vlak van absolute groei vormen de honoraria en verpleegdagprijs een uitdaging. Over de periode 1996-2006 bedroeg de gemiddelde jaarlijkse groei respectievelijk 168<sup>1</sup> miljoen euro en 104 miljoen euro (RIZIV, 2011).

In het uitwerken van een nieuw financieringssysteem mogen we ons echter niet blindstaren op de kostenzijde van deze gezondheidszorgen. Er wordt ook heel wat toegevoegde waarde gecreëerd op individueel, maatschappelijk en economisch vlak. Enerzijds wordt gezondheid vaak omschreven als iemands meest

<sup>1</sup> Dit is de gemiddelde absolute jaarlijkse groei van de totale honoraria van geneesheren (zowel huisartsen als artsen-specialisten).

waardevolle bezit. Bijgevolg kan de zorg en verbetering van deze gezondheid als een basisrecht worden beschouwd. Aspecten als kwaliteit en toegankelijkheid van gezondheidszorg kunnen daarom niet worden losgekoppeld van de financiering en organisatie van deze zorg. Bovendien verhoogt deze gezondheid niet enkel het welzijn maar ook de economische productiviteit. Anderzijds wordt ook heel wat economisch toegevoegde waarde gecreëerd. Dit geldt zeker en vast voor ziekenhuizen die stevast tot de grootste werkgevers van een regio behoren en daarnaast ook de indirecte motor vormen voor nevenssectoren zoals de farmaceutische nijverheid, medische technologie, bouw en catering.

Het ontwikkelen van een adequate organisatie en financiering die een performante, billijke en kwaliteitsvolle zorgverstrekking stimuleert, vormt daarom een belangrijke uitdaging waarbij het totaalbeeld niet uit het oog mag worden verloren. De Belgische ziekenhuiszorg wordt voor het ogenblik op een complexe en gefragmenteerde manier gefinancierd. Er is sprake van verschillende financiële stromen die in overleg met de sector vorm krijgen. Dit leidt tot een weinig transparant systeem met soms slechts beperkte onderlinge afstemming. In deze paper vertrekken we vanuit de doelstellingen van een financieringsysteem en de centrale uitdagingen waarmee we worden geconfronteerd. Daarna geven we een korte omschrijving van het Belgische systeem van de ziekenhuiszorg met zijn verschillende actoren. Na een korte evaluatie van de sterktes van de huidige financiering formuleren we een aantal praktische beleidsaanbevelingen.

Het is hierbij niet de bedoeling om een volledig technisch overzicht te geven van de financieringsregels. Gecoördineerde teksten van de regelgeving kunnen op de websites van de desbetreffende overheidsinstellingen worden teruggevonden. Deze reflectie concentreert zich op de kansen die zich voordoen op het grotere geheel. De bedoeling van deze nota is een gedachtenproces op gang te brengen over hoe een meer geïntegreerde benadering van de ziekenhuisfinanciering kan worden uitgewerkt.

## 2. De doelstelling van een financieringsysteem

De financiering van de ziekenhuiszorg dient in de eerste plaats te vertrekken vanuit de zorgnoden van de zorgvrager. Hoewel niet enkel financiële incentieven het gedrag van artsen (en not-for profit ziekenhuizen) beïnvloeden, is de betalingswijze van zorgverstrekkers een krachtig instrument om een gezondheidszorgbeleid vorm te geven. Er is heel wat wetenschappelijk bewijs voorhanden over de impact die de verschillende keuzes op vlak van financiering hebben op de verschillende kwaliteitsdimensies (bv. toegankelijkheid en risico-selectie).<sup>2</sup> Daarom is het belangrijk om eerst even stil te staan bij de doelstellingen van een gezondheidszorgsysteem. Algemeen worden deze doelstellingen vaak omschreven als het aanbieden van kwalitatief hoogstaande zorgen. Het Institute of Medicine (2001) schuift zes dimensies naar voor die richting geven aan beleidsmakers en andere actoren (mutualiteiten, ziekenhuizen en artsen) bij het verder verbeteren van gezondheidszorgsystemen.

<sup>2</sup> Voor een overzicht zie Donaldson, Gerard et al. (2004). Economics of Healthcare financing: the visible hand.

- Een veilige zorgverstrekking: het vermijden van verwondingen aan patiënten door het verstrekken van de zorg die bedoeld was om de patiënt te helpen.
- Een effectieve zorgverstrekking: dienstverlening op basis van wetenschappelijke kennis aan ieder een die hierbij baat heeft en het weerhouden van zorg aan de patiënten die geen meerwaarde betekent.
- Een zorgverstrekking die de patiënt centraal plaatst: het verstrekken van aangepaste zorgen met respect voor de voorkeuren, noden en waarden van deze patiënt. De waarden van de patiënt dienen klinische beslissingen mee te sturen.
- Een tijdige zorgverstrekking: het beperken van wachttijden en soms ook schadelijke vertragingen voor zowel de verstrekkers als de patiënt.
- Een efficiënte zorgverstrekking: het vermijden van verspilling op vlak van materiaal, voorraden, ideeën en energie.
- Een rechtvaardige zorgverstrekking: het verstrekken van zorg die niet varieert in kwaliteit omwille van persoonlijke patiëntenkarakteristieken zoals geslacht, ethniciteit, geografische lokatie en socio-economische status.

Naast deze zes basisdimensies kan ook continuïteit van zorg als extra dimensie naar voor geschoven worden (Vlayen et al., 2006). Alle inspanningen (van de verschillende actoren binnen de gezondheidszorg) dienen op een geïntegreerde manier op elkaar worden afgestemd. Door de versnippering van bevoegdheden en financieringsregelgeving is het vaak moeilijk om een coherent en gestructureerd gezondheidsbeleid uit te stippelen. Een financieringssysteem dient steeds het grotere gezondheidssysteem voor ogen te houden met een afstemming van de verschillende zorgalternatieven op een kosten-effectieve manier (bv ziekenhuiszorg, thuiszorg, kortverblijf in woonzorgcentra, enz.).

Naast deze individuele patiëntenbelangen gaat een financieringssysteem ook onvermijdelijk uit van het algemeen financieel belang en de budgettaire weerslag die deze uitgaven met zich meebrengen. Toch is het hierbij ook belangrijk te duiden dat het doel van een goed gezondheidszorgbeleid in de eerste plaats niet besparen is, maar het produceren van gezondheid. Het doel kan omschreven worden als het 'produceren' van gezondheid, of anders gezegd het realiseren van gezondheidswinst (Annemans, 2010). Het uitwerken van een gepast financieringsmodel is het middel tot het realiseren van deze winst (en niet als doel op zich). Bovendien bestaan ook andere beleidsinstrumenten die kosteneffectieve zorgverstrekking kunnen bevorderen. Gezondheidseconomische evaluatie van nieuwe technologie vormt de basis tot een doelmatige tweedelijns geneeskunde. Ook programmering en zorgstrategische planning waarbij samenwerking tussen ziekenhuizen en afstemming van het aanbod centraal staan vormen belangrijke beleidsinstrumenten.

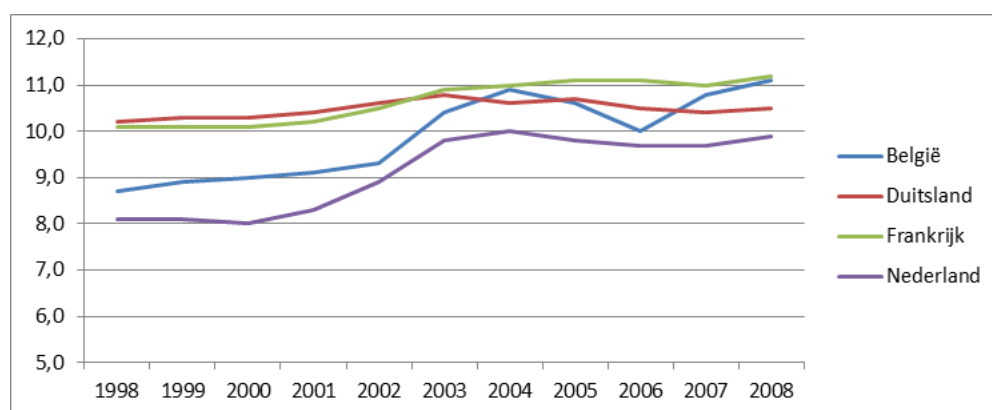
Tenslotte dient het financieringssysteem uit te gaan van een langetermijnvisie. De versnippering van de bevoegdheden en het intensieve overleg met de sector leidt tot een bijna exclusieve focus op korte termijn. Gezien de budgettaire druk leidt dit tot een overleg waarbij de verschillende spelers zich defensief opstellen en 'onderhandelen' over de mogelijke wijzigingen aan het systeem. Het overleg wordt hierdoor aangestuurd door de belangen van de verstrekkers in plaats van kosten-effectieve zorgverlening. Hierbij worden al te vaak lineaire besparingen naar voor geschoven als het sturingsmechanisme om het budget te beheersen.

Een hervorming dringt zich op waarbij fundamentele keuzes dienen worden gemaakt, gebaseerd op enerzijds zorgnoden van de patiënt en anderzijds het algemene financiële belang. Uiteraard dient een financieringssysteem ook een billijke vergoeding voor de verstrekkers voorop te stellen. Dit is een belangrijk aspect bij de concrete uitwerking om zo de doelstellingen te realiseren maar kan niet als doel worden beschouwd.

### 3. Drie centrale uitdagingen voor een financieringssysteem

#### 3.1 De betaalbaarheid van ons gezondheidszorgsysteem.

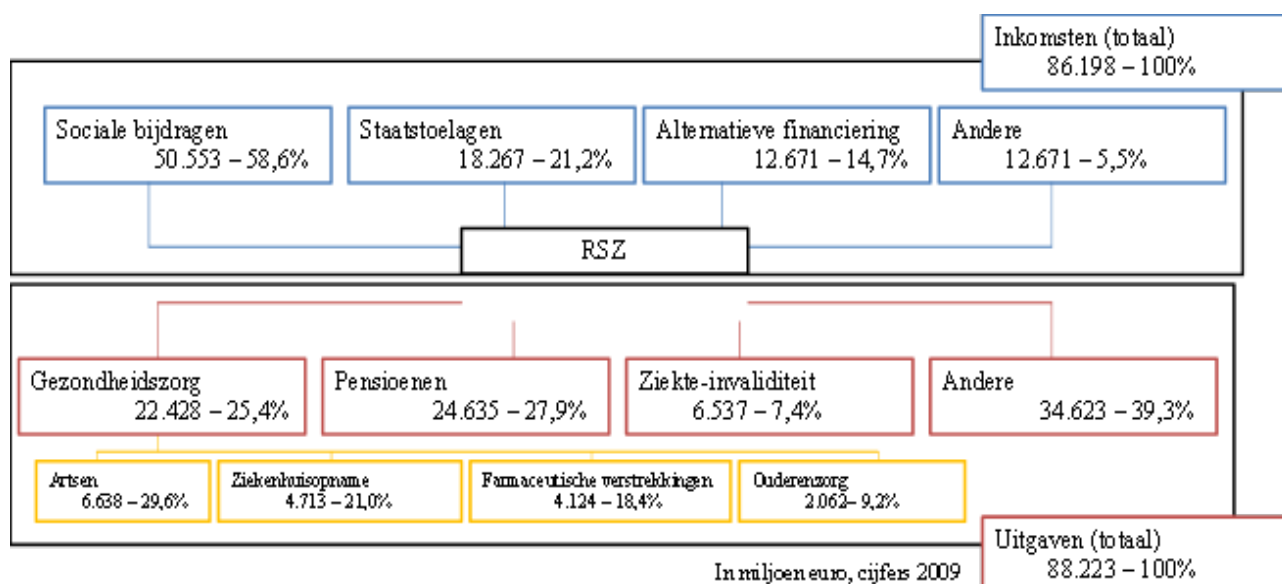
De evolutie van ons gezondheidszorgbeleid kan worden opgesplitst in twee grote periodes. Tot de jaren '80 wordt het beleid gekenmerkt door het uitbouwen van gezondheidszorgsysteem en het stimuleren van groei in de zorg. Daarna wordt in het beleid steeds meer het accent gelegd op het budgettaire. Begrotingscontrole en financiële responsabilisering staan vanaf dan centraal (Dave & Crainich, 2008). De uitgaven voor gezondheidszorg zijn de afgelopen decennia explosief toegenomen. In 1970 bedroeg dit budget nog ongeveer 850 miljoen EUR, in 2011 bedraagt dit cijfer ongeveer 25,8 miljard EUR. In termen van Bruto-Binnenlands Product (BBP) betekent dit een gemiddelde jaarlijkse stijging van de totale uitgaven met 4,6% (zie figuur 1). Deze cijfers maken duidelijk dat de uitgaven inzake gezondheidszorg continu sneller groeien dan de Belgische economie. In de nabije toekomst is een dergelijke groei van uitgaven dan ook niet langer houdbaar. Nochtans is deze evolutie vergelijkbaar met andere landen binnen de Europese unie.



Figuur 1: Groei van de uitgaven gezondheidszorg ten opzichte van BBP (OECD, 2010)

Deze sterke groei van de uitgaven heeft ook een directe impact gehad op de andere domeinen van de sociale zekerheid. Een steeds groter wordend deel wordt besteed aan gezondheidszorg waardoor deze de sociale zekerheid langzaam kanabaliseert. De groei van uitgaven gaat voornamelijk ten koste van de kinderbijslag en de werkloosheidsuitkeringen (studiecommissie voor de vergrijzing, 2010). Bovendien kan

ook een belangrijke stijging in de pensioensuitgaven worden verwacht (Hendriks & Van de Cloot, 2011). Globaal zullen, bij afwezigheid van structurele ingrepen in pensioenen, gezondheidszorg, arbeidsmarkt en economisch draagvlak, de sociale uitgaven toenemen van 25% van het BBP in 2009 tot 32% van het BBP in 2060 (studiecommissie voor de vergrijzing, 2010).



Figuur 2: Inkomsten en uitgaven sociale zekerheid (FOD sociale zekerheid, 2009)

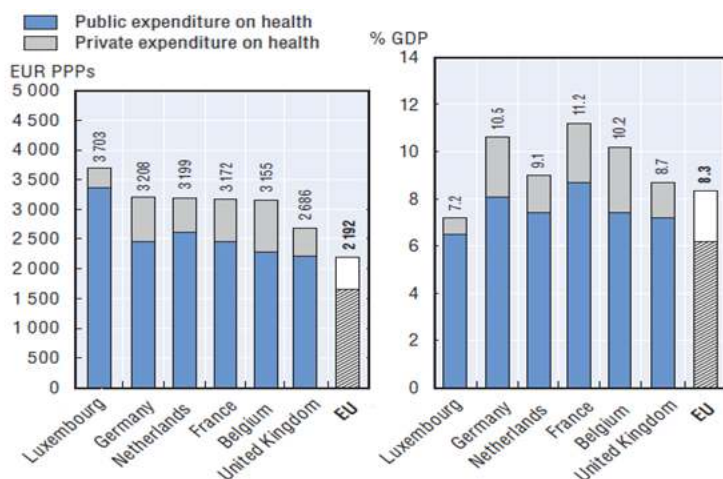
De evolutie in de uitgaven heeft aanleiding gegeven tot heel wat wetenschappelijke output die ons meer inzicht verschaft in de oorzaak van deze belangrijke stijging. Fasquelle en collega's (2011) schuiven de stijging van de levensstandaard, de medisch-technologische voortuitgang en in beperkte mate de demografische evolutie<sup>3</sup> naar voor als de drie fundamentele oorzaken van de stijging van de uitgaven. Hoewel het financieringsmodel in deze macro-economische modellen niet als dusdanig naar voor wordt geschoven is dit toch in belangrijke mate gelinkt aan de medisch-technologische vooruitgang. Via de betalingssystemen en geassocieerde regelgeving (bv programmatie en kosten-effectiviteit) kan het gebruik en de kost van deze nieuwe (vaak dure) technologie worden aangestuurd. Het uitwerken van een duurzaam financieringsmodel kan bijgevolg als een van de beleidsprioriteiten worden beschouwd.

<sup>3</sup> Deze demografische evolutie verwijst naar de vergrijzing (het aantal ouderen) van de bevolking en niet zozeer de stijgende levensverwachting (de veroudering). De veroudering heeft voornamelijk een effect op de consumptie van de langdurige zorg (woonzorgcentra en thuiszorg) en niet zozeer op de acute ziekenhuiszorg.

### 3.2 De toegankelijkheid van gezondheidszorgen vrijwaren.

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg, zowel ambulante als in de ziekenhuizen, kan als een van de traditionele sterktes van het Belgisch gezondheidssysteem worden beschouwd. Door de quasi universele openbare dekking van de gezondheidszorg via de verplichte verzekering wordt het persoonlijk aandeel van de patiënten beperkt. Daarnaast werden een aantal belangrijke beschermende maatregelen genomen om de betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Naast de uitbreiding van de dekking voor de kleine risico's voor zelfstandigen (met een aanpassing van de bijdragen) werd de dekking voor bepaalde categorieën van de bevolking verruimd via de maximumfactuur, de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en het omniostatuu.

Echter, naast de stijging van de openbare uitgaven zijn ook de uitgaven gedragen door particulieren de laatste jaren sterk toegenomen (figuur 3). De OESO (2010) raamt deze uitgaven (eigen bijdragen en private verzekeringen) op 26,9%. Hiermee scoort België een stuk hoger dan het Europees gemiddelde (23,5%). Op zich zijn deze hogere uitgaven niet problematisch en kunnen deze middelen bijdragen tot de betaalbaarheid van het systeem. De uitdaging bestaat erin om de toegankelijkheid voor kwetsbare groepen (bv. beperkt inkomen en chronisch zieken) te vrijwaren. Gezien het grotere gezondheidsrisico in deze groepen is dit een belangrijk aandachtspunt. De uitdaging is om de kosten te beheersen en tegelijk iedereen op een rechtvaardige wijze toegang te geven tot de goede zorgen.



Figuur 3: Het persoonlijk aandeel in gezondheidsuitgaven 2008 (OESO, 2010).

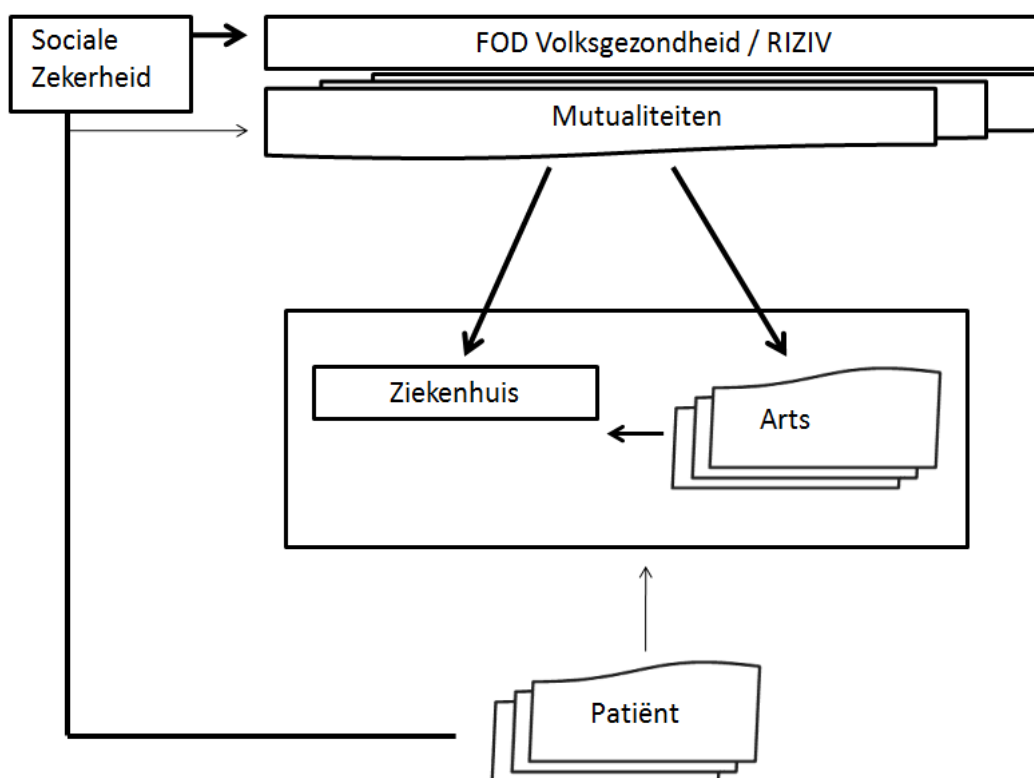
### 3.3 De kwaliteit van de ziekenhuiszorg (verder) verbeteren.

De Belgische ziekteverzekering en ziekenhuiszorg worden internationaal geprezen, en worden door de gebruikers (patiënten en verwijzers) als betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogstaand beschouwd. Echter,

van het systematisch meten van die kwaliteit en het uitwerken van een bijhorende beleidsvisie is tot op heden nog geen sprake. Dit kan als een belangrijke zwakte van ons huidig systeem worden beschouwd. Nochtans is de wil tot een grotere focus op kwaliteit van zorgverlening en kwaliteitsmeting bij de verschillende actoren sterk aanwezig. Dit wordt geïllustreerd door de belangrijke beweging tot ziekenhuisaccreditatie die nu in de sector (in samenwerking met de Vlaamse overheid) werd geïnitieerd. Bij deze ziekenhuisaccreditatie wordt de werking en de processen van een ziekenhuis getoetst door een onafhankelijk instituut met als doel kwaliteit te garanderen en continu verbetering te stimuleren. Naast accreditatie is belangrijk dat ook indicatoren worden ontwikkeld die de kwaliteit van de geleverde zorg in beeld brengen. Hierbij dient het meten van kwaliteit verder te gaan dan het meten van patiëntentevredenheid en dient ook de zorgkwaliteit in kaart gebracht worden. Het is duidelijk dat nog steeds heel wat variatie bestaat in de kwaliteit van de geleverde zorg. Het uitbouwen van een gericht overheidsbeleid op vlak van kwaliteit (in combinatie met een passend financieringssysteem) is daarom een derde belangrijke uitdaging.

## 4. De actoren van het Belgisch ziekenhuislandschap.

De Belgische ziekenhuisfinanciering wordt gekarakteriseerd door verschillende actoren die elk hun specifieke rol spelen binnen het grotere geheel. De verschillende financieringsmethodes voor verstrekkers brengen bepaalde financiële prikkels met zich mee maar omwille van de interactie van de verschillende actoren is het de dynamiek van het grotere geheel die de financiering vorm geeft (figuur 4). In deze paragraaf komen achtereenvolgens de verschillende actoren en hun rol op vlak van de Belgische ziekenhuisfinanciering aan bod.



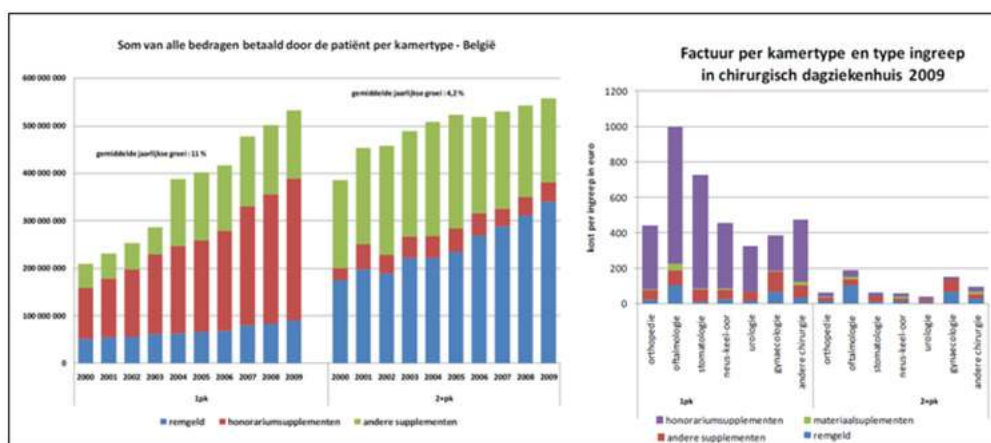
Figuur 4: De actoren die de ziekenhuisfinanciering vorm geven.

#### 4.1 De patiënt

Hoewel de patiënt zonder twijfel als de meest belangrijke actor kan worden beschouwd, is zijn of haar invloed op vlak van directe financiële stromen beperkt. De financiering van de gezondheidszorg is voornamelijk gebaseerd op indirecte financiering door de bevolking door middel van sociale bijdragen (en belastingen). Toch tonen recente cijfers aan dat de kosten waarvoor de patiënt zelf (of zijn/haar private verzekering) instaat de laatste jaren zijn toegenomen en nu reeds zo'n 27.7% van de totale uitgaven gezondheidszorg bedragen (OECD, 2009). Deze patiëntenbijdrage kan bestaan uit remgelden, supplementen en diverse kosten (zie figuur 5). Remgelden zijn het wettelijk bepaald deel van de ziekenhuiskost waarvoor de patiënt zelf instaat. Hoewel dit deel van de patiëntenbijdragen voor de algemene ziekenhuizen (en hun artsen) slechts een beperkte bron van inkomsten betekenen, speelt dit remgeld toch een belangrijke centrale rol in het gezondheidssysteem. Het maakt patiënten prijsbewust en vermindert het risico op overconsumptie van gezondheidszorg en de daarbij horende onnodige uitgaven. Ze worden gehanteerd per opname, per verblijfsdag, voor het gebruik van medicatie, enz. Supplementen worden gevraagd voor bijzondere presta-



ties (bv. een eenpersoonskamer) en betekenen een extra inkomen voor de arts of het ziekenhuis. Diverse kosten zijn kosten gefactureerd door het ziekenhuis waarvoor geen terugbetaling is van het ziekenfonds. Het gaat om producten en diensten die geen strikt medische indicatie hebben en gevraagd worden door de patiënt (bv. telefoon, maaltijden voor derden, enz.).



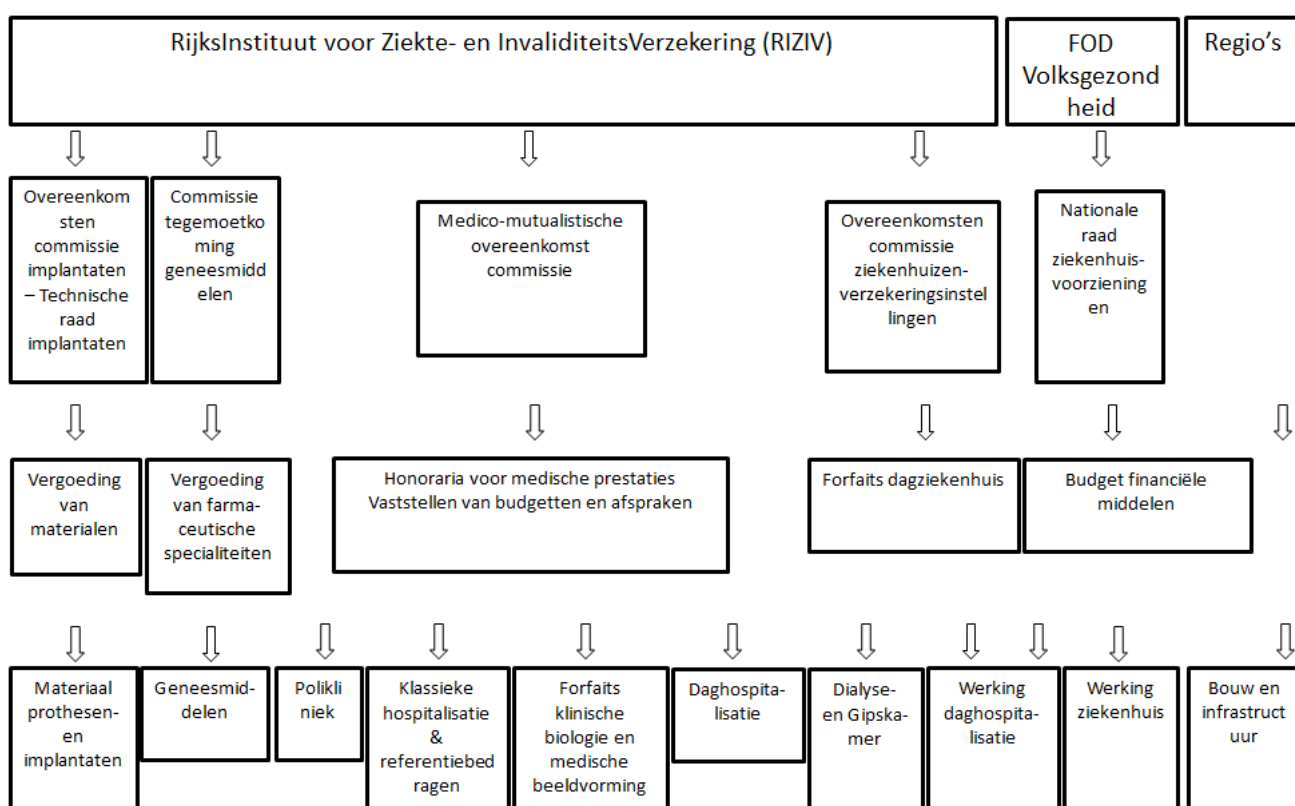
Figuur 5: Persoonlijk aandeel in de ziekenhuiskosten (CM, 2009).

## 4.2 De overheid

Internationaal gezien, kunnen op het macro-niveau van de ziekenhuisfinanciering verschillende beleidskeuzes worden gemaakt. Globaal gezien kan een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds een vast, geplafonneerd budget en anderzijds een onbeperkt open budget. Omwille van de explosieve stijging van gezondheidsuitgaven kiezen nog weinig landen voor de alternatieve 'open budgetten' die een overschrijding van het budget toelaten.

Ook de Belgische uitgaven voor gezondheidszorg zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen tot iets meer dan 10% van het BBP. Het overheidsbeleid heeft zich de afgelopen decenia voornamelijk geconcentreerd op kostenbeheersing. Dit is uiteraard nodig om het steeds groeiende aandeel van de gezondheidszorg onder controle te houden en de verdere kanabalisering van de sociale zekerheid tegen te gaan. Op het macro-niveau wordt de financiering van gezondheidszorg gekenmerkt door een gesloten portefeuille systeem. Er wordt een niet te overschrijden plafond van uitgaven vooropgesteld en binnen dit totale budget worden deelbudgetten toegewezen (bv. thuisverpleegkunde, farmaceutische verstrekkingen, artsenhonoraria, enz.). Dit systeem wordt gekenmerkt door het responsabiliseren van de gezondheidszorgverstrekkers, die binnen hun toegewezen deelbudget verantwoordelijk worden gesteld. Bij overschrijding wordt een financiële sanctie ingesteld (bv. terugvordering door het lineaire verminderen van honoraria) waardoor de kosten van de gezondheidszorg onder controle worden gehouden.

De wijze waarop de financiering zijn specifieke vorm krijgt, wordt gekenmerkt door een nauwe samenwerking en overleg met de sector (zie figuur 4). Onze gezondheidszorg is gebaseerd op een voortdurend overleg tussen de verschillende spelers in het systeem. Dit overleg in de verschillende overeenkomstencommissies in het RIZIV en het Ministerie van Volksgezondheid bieden een belangrijke toegevoegde waarde door de praktische ervaring en expertise die de sector in dit overleg bijbrengt. Anderzijds creëert dit overlegmodel ook een draagvlak voor eventuele aanpassingen binnen de financieringsregelgeving in de sector.



Figuur 6: Het overlegmodel van de ziekenhuisfinanciering (gebaseerd op Sermeus, 2006).

### 4.3 Mutualiteiten

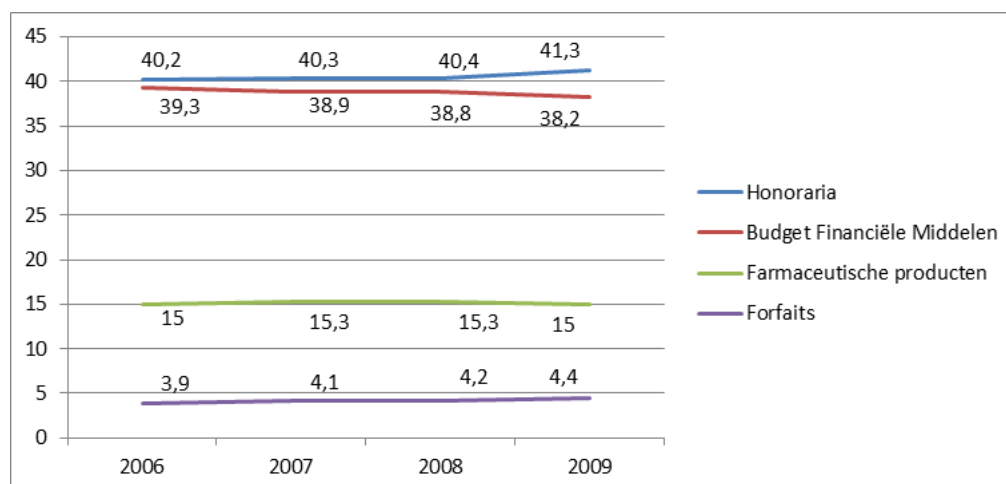
De mutualiteiten oefenen een centrale rol uit in ons gezondheidszorgsysteem door middel van de verplichte verzekering.<sup>4</sup> Drie belangrijke functies kunnen worden onderscheiden. In de eerste plaats vervullen de mutualiteiten een verzekeringsfunctie door het financieel tussenkomen in de kosten van hun leden (en de personen ten laste van hun leden).

<sup>4</sup> Daarnaast staan zij ook in voor de bijkomende, private verzekeringen die in kader van deze nota niet expliciet aan bod komen.

De gezondheidstoestand van een individu en de eventuele noodzakelijke gezondheidszorgen zijn onzeker. Gezien de mogelijke hoge kosten die gezondheidszorgen met zich meebrengen betekent dit een zeker financieel risico. Verzekeraars nemen dit individuele financiële risico over en garanderen betaalbaarheid door het poolen van deze risico's over de aangesloten leden. Hierdoor garanderen ze ook de toegankelijkheid van basisdienstverlening door het verdelen van de bijdragen tussen verschillende risicogroepen. Daarnaast vervullen deze verzekeraars ook een belangrijke vertegenwoordigende functie (agency) waarbij ze waken over de belangen van hun leden binnen het gezondheidszorgsysteem (en bijhorend het financieringsstelsel). Centraal hierbij staat het verkleinen van de grote informatie asymmetrie tussen de zorgverstreker (bv. de arts en ziekenhuis) en de patiënt. Gezien de complexiteit van de tweedelijns geneeskunde kan de patiënt zelf niet steeds een correcte inschatting maken van enerzijds zijn gezondheidstoestand en anderzijds de vereiste gezondheidszorgen. De verzekeraar heeft mogelijks wel de vereiste expertise en kan bijgevolg de belangen behartigen van de leden. Tenslotte staan de mutualiteiten ook in voor het medebeheer van de verplichte ziekteverzekering. Ze zijn verantwoordelijk voor het efficiënt beheer van de uitgaven. Deze opdracht bestaat onder andere uit de verdeling van de middelen voor de ziekteverzekering, de tariefakkoorden en conventies met de zorgverstrekkers en de aanpassing van de nomenclatuur voor medische zorgen. Deze beheersfunctie krijgt voornamelijk vorm door enerzijds hun aanwezigheid in de verschillende organen van het RIZIV en anderzijds de financiële verantwoordelijkheid die zij dragen. Deze financiële verantwoordelijkheid wordt gerealiseerd door het toekennen van een theoretisch bedrag aan de verschillende mutualiteiten dat overeenstemt met de verwachte uitgaven van haar leden. Dit theoretisch bedrag wordt vervolgens vergeleken met de werkelijk gedane uitgaven met een verdeelsleutel 40-60%. Elke mutualiteit is voor 25% financieel verantwoordelijk voor het verschil tussen enerzijds deze verwachte uitgaven en anderzijds de reële gemaakte uitgaven. Om te vermijden dat de mutualiteiten zouden worden bestraft voor het onderschatten van hun globaal budget is het tekort waarvoor zij verantwoordelijk zijn beperkt tot 25% van hun globaal budget. De invloed op de financiering en de uitgaven van gezondheidszorg wordt voornamelijk uitgeoefend door het collectief handelen van de verzekeringsinstellingen in de verschillende overeenkomstencommissies. Individueel hebben zij weinig instrumenten om de uitgaven te beïnvloeden.

#### 4.4 Ziekenhuizen

De Belgische ziekenhuisfinanciering wordt gekenmerkt door een duale structuur waarbij een onderscheid kan gemaakt worden tussen enerzijds de middelen die rechtstreeks aan de ziekenhuizen worden toegewezen en anderzijds de middelen die aan de artsen-specialisten worden betaald. Deze duale financiering heeft een belangrijke impact op de werking en organisatie van de ziekenhuiszorg gezien ook een deel van de middelen die initieel aan de artsen wordt uitbetaald ook wordt gebruikt om een aantal werkingskosten van de tweedelijnszorg te financieren. Hoewel het ziekenhuis uiteraard als één actor dient worden beschouwd splitsen we in dit werk, conform de ziekenhuisfinanciering, het ziekenhuis op in een ziekenhuisbudget (Budget Financiële Middelen, (dag)forfaits en farmaceutische middelen) en de medische honoraria.



Figuur 7: Omzetcomponenten algemene ziekenhuizen (MAHA, 2010).

#### 4.4.1 Ziekenhuisbudget

Tot het begin van de jaren '80 werd de financiering van ziekenhuizen voornamelijk gekarakteriseerd door economische groei en uitbouw van gezondheidszorgvoorzieningen. De ziekenhuizen werden gefinancierd door een retrospectief terugbetalingssysteem gebaseerd op de reëel gemaakte kosten.<sup>5</sup> Vanaf 1982 werd dit systeem sterk hervormd en concentreert het beleid zich voornamelijk op kostenbeheersing, begrotingscontrole en financiële responsabilisering.

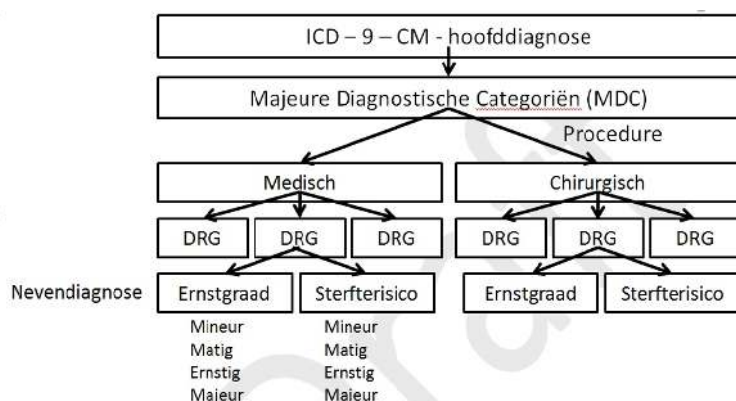
In een eerste fase werd een quotumsysteem ingevoerd om een verdere groei in het aantal hospitalisatiedagen te beëindigen. Dit maakte een einde aan de voortdurende capaciteitsuitbreiding van ziekenhuizen en de niet-waardetoevoegende competitie tussen de ziekenhuizen dat hiermee geassocieerd was. Deze hervorming was bovendien een eerste belangrijke stap richting een efficiënter opname en ontslagbeleid. Het was ook toen reeds lang duidelijk dat een verhoging van capaciteit een verhoging van middelen met zich meebrengt.<sup>6</sup> Meer algemeen wordt dit belangrijk principe de 'aanbod-gestuurde vraag' genoemd.

Daarnaast werd ook een vergelijkingsmechanisme ingevoerd waarbij de financiering van de werkingskosten niet langer wordt gefinancierd op basis van de individuele kosten maar op basis van een gemiddelde prijs in de sector. Om dit ook voor de klinische diensten mogelijk te maken werd hiertoe het systeem van diagnose gerelateerde groepen (DRG - Diagnosis related groups) geïntroduceerd (zie figuur 8).

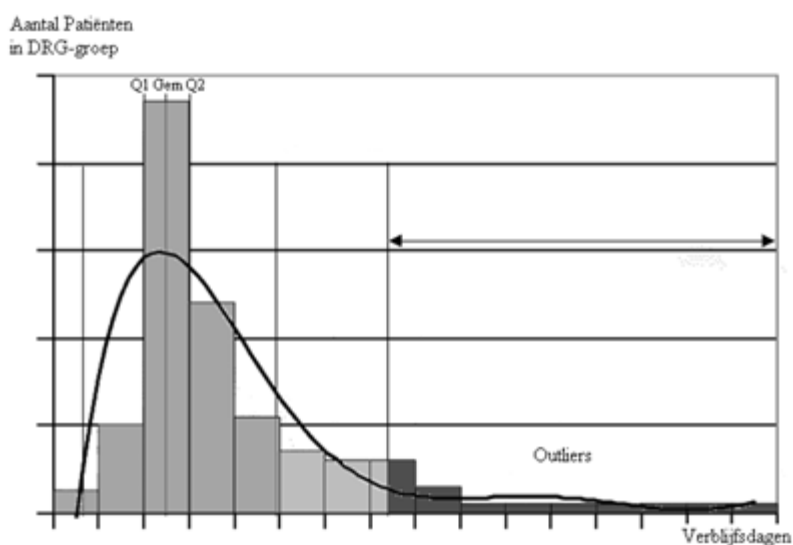
<sup>5</sup> Deze ziekenhuisfinanciering ging initieel uit van een uniforme verpleegdagprijs voor alle ziekenhuizen maar de beheerder had de mogelijkheid beroep in te stellen indien dit bedrag onvoldoende bleek te zijn. Dit beroep werd al snel de regel waardoor de ziekenhuizen op basis van reële kosten werden gefinancierd.

<sup>6</sup> Dit is beter gekend als de wet van Roemer: 'a built bed is a filled bed'.

Het gaat om een patiëntenclassificatiesysteem waarbij gevallen die zowel klinisch als op vlak van hun kostprijs homogeen zijn, gegroepeerd worden. De ziekenhuizen ontvangen een forfaitaire vergoeding per opname behorend tot dezelfde DRG. Outliers worden bij deze berekening uitgesloten (figuur 9). Het terugblikkende (retrospectief) systeem dat gebaseerd was op reële individuele kosten werd hierbij omgevormd tot een vooruitblikkend (prospectief) systeem. Dit vergelijkingsysteem introduceerde de financiële responsabilisering van ziekenhuizen en bleek al snel een krachtig instrument om de efficiëntie van de organisatie van zowel de klinische activiteiten als de ondersteunende activiteiten (hotelfuncties, administratie, ..) te verbeteren. De daaropvolgende decennia werden daarom gekarakteriseerd door het progressief invoeren van dit mechanisme. Ook de huidige ziekenhuisfinanciering, gebaseerd op verantwoorde activiteiten is geëvolueerd uit dit systeem.



Figuur 8: Het DRG patiënten-classificatiesysteem.



Figuur 9: Outliers.

Beide fundamentele hervormingen (quota en vergelijkingsmechanisme) en de sterke verbeteringen op medisch vlak (bv. anesthesie en minimaal invasieve chirurgie) hebben alvast geleid tot een sterke verbetering van de efficiëntie. Een sterke verkorting van de verblijfsduur werd gerealiseerd (zie figuur 10) en de groei van ziekenhuisuitgaven werd afgeremd. Gezien de belangrijke personeelskosten die ziekenhuiszorg met zich meebrengt, betekende dit alvast een belangrijke stap richting een meer efficiënte tweedelijnszorg.

Type Dienst		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% verschil
C-dienst	# bedden	9.966	9.807	9.461	9.276	8.960	8.770	8.646	8.732	8.388	-15,83
	Gem. ligduur	6,47	6,20	5,86	5,49	5,34	5,11	5,00	4,93	4,74	-26,74
D-dienst	# bedden	9.597	9.610	9.359	8.885	8.913	8.743	8.556	8.545	8.318	-13,33
	Gem. ligduur	8,40	8,5	7,73	7,11	7,12	7,14	6,79	6,56	6,29	-25,12
G-dienst	# bedden	4.010	4.002	3.949	3.972	3.988	3.941	3.918	4.085	3.972	-0,95
	Gem. ligduur	28,40	28,7	25,34	22,63	23,41	26,97	21,22	20,18	18,91	-33,42
M-dienst	# bedden	1.859	1.799	1.791	1.853	1.853	1.712	1.731	1.748	1.708	-8,12
	Gem. ligduur	5,77	5,98	4,84	5,11	5,29	5,32	5,14	5,04	4,97	-13,86
E-dienst	# bedden	1.680	1.624	1.607	1.607	1.569	1.550	1.548	1.580	1.515	-9,82
	Gem. ligduur	3,93	3,91	3,77	3,8	3,71	3,45	3,4	3,32	3,29	-16,28

Figuur 10: Ligduur en capaciteit aan ziekenhuisbedden (bron: Agentschap Zorg en Gezondheid).

#### 4.4.2 Het dagziekenhuis

Naast de sterke reductie van het aantal verblijfsdagen in de klassieke hospitalisatie-afdelingen is ook een belangrijke verschuiving naar daghospitalisatie aanwezig. Inmiddels wordt meer dan 50% van de verblijven via daghospitalisatie gerealiseerd wat een belangrijke reductie in kostprijs met zich meebrengt. De financiering van deze activiteit is deels geïntegreerd in het BFM waarbij een verblijfsdag in daghospitalisatie wordt gelijkgesteld aan 0,81 verblijfsdag in klassieke hospitalisatie. Daarnaast wordt een groot aantal van de verblijven via een forfaitsysteem vergoed (forfait 1-7). Het bedrag van deze forfaits wordt bepaald door de nationale overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen waarbij een aantal verschillende RIZIV-forfaits worden uitgewerkt. Tenslotte kan in bepaalde gevallen (bv. indien er een intraveneus infuus wordt geplaatst) ook een mini of maxi-forfait worden toegekend voor activiteiten die niet in bovenstaande lijsten zijn opgenomen.

#### 4.4.2 Farmaceutische producten

De farmaceutische producten maken ongeveer 15 % uit van de ziekenhuisomzet. Bij de financiering van de geneesmiddelen wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de hospitalisaties en anderzijds de ambu

lante activiteit. Deze eerste is sinds 1 juli 2006 deels forfaitair gefinancierd. De meeste geneesmiddelen die aan gehospitaliseerde patiënten worden toegediend (75%) worden via een vast bedrag, dat losstaat van de reële consumptie, gefinancierd. Naar analogie met de regelgeving van de hierboven besproken basisfinanciering wordt gewerkt met een nationaal gemiddelde kost per APR-DRG (en ernstgraad). Op die manier ontvangt ieder ziekenhuis dezelfde som per APR-DRG ongeacht de werkelijke consumptie. De overige 25 % wordt nog steeds op basis van de reële kostprijs terugbetaald. Ook de geneesmiddelen die in daghospitalisatie en de ambulante zorg worden toegediend zijn niet in het prospectieve budget vervat. De forfaitarisering van de farmaceutische producten beoogt een optimaal gebruik van geneesmiddelen in het ziekenhuis. Door de verantwoordelijkheid voor deze uitgaven deels bij de ziekenhuizen te plaatsen stimuleert de overheid tot een permanent interdisciplinair overleg tussen ziekenhuisapothekers, artsen, verpleegkundigen en ziekenhuisdirectie.

#### 4.4.2 Medische honoraria

Hoeksteen van de huidige Belgische financieringsregeling is de medische prestatie. Gezien de arts autonoom medisch handelt en dit voor een groot deel ook de werkingskosten bepaalt, vormt de nomenclatuur de motor voor het ziekenhuisbudget. In de medico-mutualistische overeenkomstencommissie worden in overleg tussen de mutualiteiten en vertegenwoordigers van de artsen afspraken gemaakt over de deelbudgetten en worden de honoraria voor de medische prestaties vastgelegd. Nadien worden deze akkoorden in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. Indien de individuele arts dit akkoord onderschrijft dan is hij een geconventioneerde arts die zich aan de afgesproken tarieven moet houden. Artsen die het akkoord niet onderschrijven, zijn niet geconventioneerd en moeten zich niet aan de afgesproken tarieven houden.

Dit systeem van akkoorden- en overeenkomstensysteem bestaat reeds sinds de invoering van de verplichte ziekteverzekering voor werknemers in 1963. In dit systeem wordt de arts voornamelijk per prestatie gecompenseerd. Destijds werd voor een dergelijk financieringssysteem gekozen omdat reeds prijsafspraken bestonden rond bepaalde medische handelingen. Bovendien is dit systeem eerlijk en dus aanvaardbaar voor verstrekkers want iedere extra inspanning wordt, indien goed uitgewerkt, beloond met extra compensatie. Bovendien worden in dit systeem artsen financieel gestimuleerd om te presteren, waardoor de toegankelijkheid wordt bevorderd. In een tijdperk waarin de uitbouw van gezondheidszorg als prioriteit werd beschouwd, lag deze vorm van compensatie in lijn met de overheidsdoelstellingen inzake gezondheidszorg. Sinds de start werd deze nomenclatuur verder uitgebouwd op basis van relatieve vergelijking tussen verschillende diagnostische en therapeutische procedures. Concreet wordt het honorarium van een geneeskundige verstrekking in de nomenclatuur bepaald door twee waarden: een sleutelletter en een coëfficiëntgetal. De sleutelletter heeft een bepaalde waarde, die verschillend kan zijn per verstrekking of groep van verstrekkingen. Het coëfficiëntgetal geeft per verstrekking de relatieve waarde aan van die bepaalde verstrekking t.o.v. andere verstrekkingen die eenzelfde sleutelletter hebben. De vermenigvuldiging van beide waarden levert het honorarium of de prijs van de prestatie op.

Naast een financiering per prestatie bestaan ook een beperkt aantal forfaitaire honoraria die de beschikbaarheid van geneesheren vergoeden. Deze honoraria zijn van toepassing op de dienst spoedgevallen in

het weekend en feestdagen ter compensatie van de beschikbaarheid en sinds kort bestaat ook een forfaitair permanentiehonorarium voor de pediaters. Deze forfaits werden gecreëerd om de aanwezigheid van de geneesheren-specialisten in het ziekenhuis te stimuleren, zodat deze expertise beschikbaar is buiten de uurroosters. Daarnaast wordt ook de klinische biologie en medische beeldvorming deels via een forfaitair honorarium per verpleegdag of opname gefinancierd.

Naast de medische nomenclatuur die voornamelijk op een betaling per prestatie is gebaseerd, werd sinds kort ook een systeem met referentiebedragen ingevoerd. Het gaat om een financieringsinstrument dat budgetbeheersing bevordert door de medische prestaties via de nomenclatuur te toetsen aan een vooropgesteld 'verantwoord' bedrag per opname. Dit is een bedrag gelijk aan het gemiddelde van de jaarlijkse uitgaven per opname vermeerderd met 10%. Per ziekenhuis wordt een evaluatie gemaakt van de verschillende pathologiegroepen. Indien het totale verschil positief is, wordt aan het ziekenhuis een bonus toegekend. Is het totale verschil negatief dan wordt dit bedrag teruggevorderd.

#### 4.4.3 Afhouding honoraria

Ondanks deze opsplitsing in financiering dragen de artsen niet onaanzienlijk bij in de werkingskosten van de ziekenhuizen door een deel van hun honorarium af te staan aan het ziekenhuis. Deze bijdragen worden vastgelegd in de algemene regeling tussen ziekenhuisbeheerders en ziekenhuisartsen en verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis en van specialisme tot specialisme. Gemiddeld dragen de artsen ongeveer 43% van hun honorarium af. Voor niet-technische specialismen bedraagt dit ongeveer 19,5%. Omdat de ondersteunende medisch-technische specialismen voornamelijk via de honoraria worden gefinancierd (bv radiologie) ligt dit percentage met 61% een stuk hoger (Dexia, 2010). Op vlak van de wijze waarop deze afdrachten worden uitgewerkt, kan globaal een onderscheid gemaakt worden tussen procentuele afdrachten en afdrachten gebaseerd op reële kosten.

In geval van procentuele afdrachten betalen de artsen een vooraf afgesproken percentage van hun honoraria aan het ziekenhuis. Dit percentage kan variëren naargelang de specialiteit en de types van prestaties. Een systeem van reële kostendekking betekent dat de artsen de kosten van hun activiteiten bepalen. Directe en indirecte kosten van hun activiteit worden via een kostprijscalculatiesysteem doorgerekend. Vanuit gezondheidseconomisch perspectief kan ook een onderscheid gemaakt worden tussen geassocieerde financiële prikkels die beide systemen met zich meebrengen. Immers, in een systeem van reële kostendekking worden de kosten doorgerekend aan de artsen (associaties). De wijze waarop de artsen met deze middelen omgaan heeft directe financiële impact op hun inkomen waardoor efficiëntie wordt gestimuleerd. In geval van procentuele afdrachten leidt een goed beheer van de middelen door het artsencorps niet onmiddellijk tot een efficiënt beheer van middelen. De financiële prikkels verschillen op vlak van de timing (onmiddellijk vs. later) en het niveau (de volledige medische staf vs. een associatie of individuele arts). Bovendien wordt bij een systeem dat gebaseerd is op procentuele afdrachten, op korte termijn het geassocieerde financieel risico door het ziekenhuis gedragen. In geval van reële kostenregeling wordt dit financiële risico gespreid



over de medische staf. Dit verschil geldt evenwel enkel op korte termijn gezien de ziekenhuiswet deze verantwoordelijkheid expliciet bij de ziekenhuisartsen legt.

## 5. Alternatieve vormen van financiering: een typologie

Bij het uitwerken van een doelmatig financieringssysteem worden we geconfronteerd met een probleem dat vanuit (gezondheids)economische theorie wordt omschreven als het 'principal-agent'-probleem. Dit probleem stelt zich wanneer een arts beslissingen neemt waarbij hij zijn eigen (financieel) voordeel vooropstelt in plaats van enkel dat van de patiënt. Dit probleem wordt mogelijk gemaakt door drie verschillende elementen die de arts in een ongewone sleutelpositie plaatsen (Donaldson et al., 2004).

- Door de grote kennis- en informatieasymmetrie is het voornamelijk de arts en niet zozeer de patiënt die het medisch beslissingsproces vorm geeft (aanbodgestuurde vraag).
- De arts is als aanbieder van deze zorg ook onmiddellijk betrokken partij bij heel wat medische beslissingen (en heeft bijgevolg ook financieel belang bij deze beslissingen)
- Door het derde betalerssysteem draagt noch de patiënt zelf, noch de arts de financiële gevolgen van deze zorg.

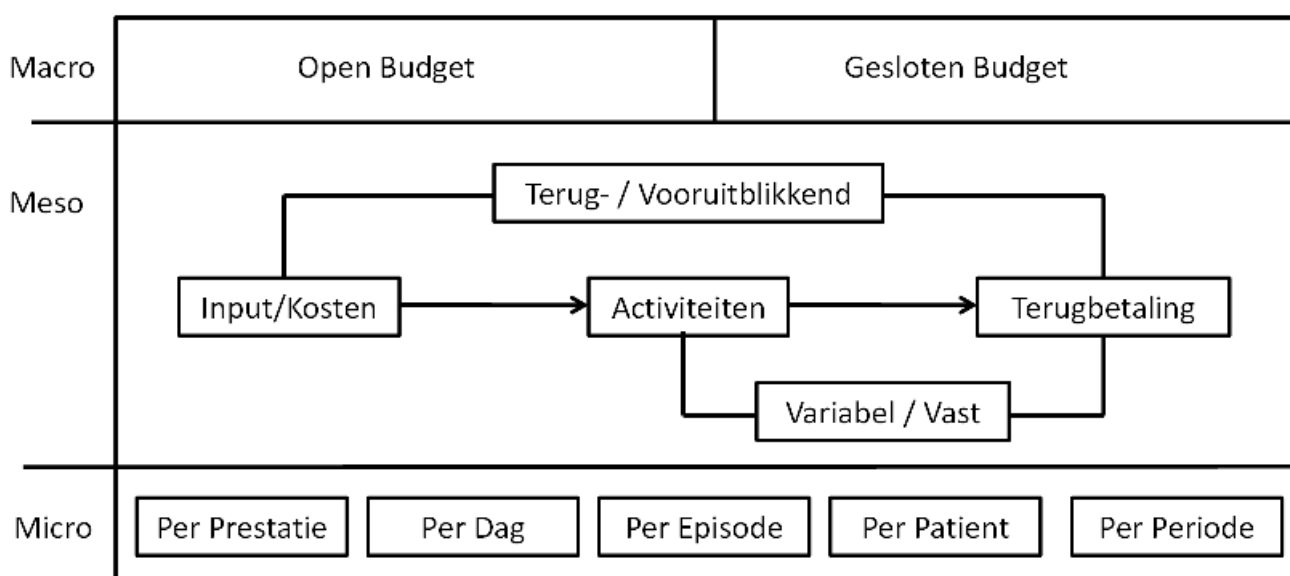
Er is reeds heel wat empirisch onderzoek verricht naar het effect van betalingsmechanismen op gedrag van zowel artsen als ziekenhuizen. Zonder te gedetailleerd in te gaan op de technische verschillen in deze systemen kan een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds retrospectieve en prospectieve systemen en anderzijds de vaste en variabele systemen (Jegers, Kesteloot, De Graeve et al., 2002). Daarnaast kunnen ook een aantal mogelijkheden inzake de betalingswijze worden onderscheiden.

Een eerste dimensie maakt een onderscheid tussen de zogenaamde terugblikkende (retrospectieve) systemen en vooruitblikkende (prospectieve) systemen. Deze dimensie geeft aan in welke mate de vergoeding gekoppeld worden aan de reële kosten of inspanningen van de verstrekker. Gezien de kost van de zorg a priori niet steeds een zeker, vaststaand gegeven is, kan hierbij ook de mate van financieel risico verschillen (Trybou et al., 2011). Dit financieel risico kan worden vertaald als de mate waarin de voorziening de financiële gevolgen draagt indien de kosten hoger uitvallen, dan initieel ingeschat. Bij de retrospectieve systemen wordt het financieel risico in dit systeem volledig op het niveau van de derde betaler behouden en is de vergoeding gebaseerd op de reële kosten. De prospectieve systemen gaan uit van een vooraf bepaalde vergoeding en stimuleren bijgevolg kostenbeheersing. Dit verhoogt de efficiëntie maar kan een nadelig effect hebben op de kwaliteit van zorg, de toegankelijkheid en risicoselectie.

De tweede dimensie toont aan of er een directe link is tussen het inkomen en de activiteit. Een variabel systeem gaat uit van het principe dat tegenover bijkomende inspanningen een hogere vergoeding staat. In tegenstelling tot de 'vaste systemen', waarbij wijzigingen in activiteit geen impact hebben op de vergoeding, hebben verstrekkers in variable systemen de mogelijkheid om hun inkomen te verhogen of verlagen. Variabele systemen brengen hierdoor twee grote voordelen met zich mee, ze stimuleren extra activiteit en verhogen daarom ook de toegankelijkheid van de zorg. Bovendien blijkt het principe van een vergoeding per prestatie billijk vanuit het perspectief van de verstrekkers. Nadeel van dit systeem is dat er weinig tot

geen incentieven aanwezig zijn tot kosten-effectieve zorgverstrekking.

Op niveau van de verstrekkers kunnen op basis van deze eigenschappen vijf verschillende financieringsmodellen worden vooropgesteld. De activiteitsparameter die wordt gebruikt om de vergoeding te bepalen staat in deze typologie centraal. Een onderscheid kan gemaakt worden tussen de betaling per prestatie, per ligdag, per ziekte-episode, per patiënt en per tijdseenheid.



Figuur 11: Een typologie van betalingssystemen (op basis van Jegers et al., 2002).

Het systeem met een betaling per prestatie gaat uit van een afzonderlijke vergoeding per handeling. Het gaat om een variabele vergoeding gezien het inkomen varieert naargelang het type en de omvang van de gepresteerde diensten. Het grote voordeel van dit systeem is dat het relatief eenvoudig is. Er wordt een lijst opgesteld met acten. Hiervan wordt telkens de inspanning afgewogen en daartegenover wordt telkens een bepaalde vergoeding bepaald. Bovendien wordt hierdoor een natuurlijke correctie gemaakt voor de omvang van de dienstverlening. Een arts die bv. meer consultaties doet, wordt hiervoor bijkomend gecompenseerd. Het systeem lijkt bijgevolg 'rechtvaardig' en aldus aanvaardbaar voor verstrekkers. Bovendien worden de verstrekkers financieel gestimuleerd om te presteren wat de toegankelijkheid bevordert. Het grootste neveneffect is dat overproductie van zorgverstrekking op een natuurlijke manier in de hand wordt gewerkt. Dit effect wordt omschreven als de door het aanbod geïnduceerde vraag (supply induced demand) of ook de vraag naar gezondheidszorgen die niet aanwezig zou zijn indien de patiënt zelf een volledig geïnformeerde keuze zou kunnen maken.

De betaling per ligdag gaat uit van een vaste vergoeding per dag. Gezien telkens een forfaitair bedrag wordt gekoppeld aan een ligdag, is het systeem van toepassing op de zorg verstrekt aan gehospitaliseerde patiënten. In tegenstelling tot vorig systeem waarbij per prestatie een bijkomende vergoeding wordt gegeneerd worden in dit systeem deze prestaties gegroepeerd. Uiteraard wordt voor verschillende klinische types een verschillende vergoeding per ligdag vooropgesteld. Het gaat ook hier om een variabel systeem want meer patiënten en ligdagen betekenen nog steeds een hogere totale vergoeding. Toch wordt de vergoeding deels bevroren want binnen eenzelfde ligdag worden bijkomende prestaties niet vergoed. Er is bijgevolg niet langer een rechtlijnig verband tussen 'inspanning' en 'vergoeding'.

Bij een betaling gebaseerd op ziekte-episodes (case) wordt een vergoeding vooropgesteld per type van behandelde patiënt. In dit systeem houdt men niet langer rekening met de reële inspanningen die binnen de ziekte-episode worden geleverd. Er wordt een inschatting gemaakt van de gemiddelde (verantwoorde) inspanning en men stelt hiervoor een billijke vergoeding voorop. Dit systeem kan reeds tussen de variabele en vaste systemen worden gepositioneerd. Enerzijds kan de verstrekker nog steeds zijn inkomsten gaan verhogen door meer casussen te behandelen. Anderzijds staat een vaste vergoeding voorop binnen dezelfde casus.

Het betalingssysteem per patiënt gaat nog een stap verder door een vaste vergoeding voorop te stellen per patiënt. Het verschuift een deel van het verzekeringsrisico door naar de verstrekker gezien de betaling niet langer gebaseerd is op het reële activiteitsniveau. Het systeem kan als vast worden ingedeeld gezien de inkomsten enkel kunnen worden verhoogd door meer patiënten te behandelen. Gezien een deel van het verzekeringsrisico wordt doorgeschoven naar de verstrekkers (die ten opzichte van de verzekeraars slechts een beperkte financiële draagkracht hebben) is een correcte risico-inschatting zeer belangrijk. Belangrijke nadelen van dit systeem zijn de mogelijke financiële stimuli tot risico-selectie en een beperking van de toegankelijkheid van de zorg.

Een laatste mogelijk vergoedingssysteem is het gesalarieerd model waarbij artsen een vast inkomen ontvangen ongeacht het aantal verzorgde patiënten of prestaties per patiënt. Het is een volledig vast systeem waarbij het inkomen niet langer kan worden beïnvloed door het aantal prestaties te verhogen. Er bestaan twee alternatieve vormen. Een eerste mogelijke vorm bestaat erin dat artsen worden betaald door de overheid en aldus een ambtenarenstatuut hebben. In dit geval is de arts nog steeds financieel onafhankelijk van het ziekenhuis waar hij praktiseert wat voordelen kan bieden op vlak van onafhankelijkheid en het bewaren van de autonomie. Een tweede mogelijke vorm bestaat erin dat de arts als werknemer, in een bediendestatuut een vast inkomen geniet van het ziekenhuis. Een gelijkaardig model kunnen we terugvinden in de ziekenhuisfinanciering waarbij een ziekenhuis een vast budget ter beschikking krijgt om de tweedelijngeneeskunde voor een bepaalde populatie (geografische regio) te verzorgen. Net als bij de betaling per capita leidt deze vorm van financiering tot een mogelijk beperkte toegankelijkheid van gezondheidszorgen.

## 6. Diagnose

### 6.1 De sterktes van het huidige systeem

#### 6.1.1 De toegankelijkheid.

De toegankelijkheid van de tweedelijns geneeskunde kan als een van de sterktes van het Belgisch gezondheidssysteem worden beschouwd. Door de quasi universele openbare dekking van de gezondheidszorg via de verplichte verzekering wordt het persoonlijk aandeel van de patiënten beperkt. Bovendien blijkt er zich geen probleem voor te doen inzake risicoselectie. Ook inwoners met een hoog gezondheidsrisico kunnen rekenen op de verplichte verzekering (Van de Ven et al., 2007). Daarnaast werden een aantal belangrijke beschermende maatregelen genomen om de betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Naast de uitbreiding van de dekking voor de kleine risico's (met een aanpassing van de bijdragen) voor zelfstandigen werd de dekking voor bepaalde categorieën van de bevolking verruimd via de maximumfactuur, de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en het omniostatuuat.

#### 6.1.2 Het vergelijkingsmodel van ziekenhuizen.

Sinds het invoeren van het vergelijkingsmechanisme waarbij de financiering van de ziekenhuiszorg niet langer gebeurt op basis van de individuele kosten maar op basis van een gemiddelde prijs is de preformantie van de Belgische ziekenhuizen sterk verbeterd. Zowel de efficiëntie van de ondersteunende niet-klinische diensten (bv. administratie, voeding, was en linnen) als de klinische diensten (ligduur, opname en ontslagbeleid) werden verhoogd. Het vergelijkingsmechanisme en de geassocieerde financiële verantwoordelijkheid blijken onmisbare schakels in een sterk gereguleerde sector waar marktelementen (die vraag en aanbod in evenwicht brengen) grotendeels ontbreken. Het basisprincipe van onderlinge vergelijking in combinatie met financiële verantwoordelijkheid kan daarom als een belangrijke sterkte van het huidige financieringssysteem worden beschouwd.

#### 6.1.3 De keuzevrijheid

De keuzevrijheid van patiënten en artsen-specialisten kan als een essentiële troef van de huidige ziekenhuisorganisatie worden beschouwd. Artsen worden door hun wettelijk geregelde medische vrijheid, hun eigen inkomensstroom en zelfstandig statuut in staat gesteld om onafhankelijk beslissingen te nemen in het belang van hun patiënt. Dit versterkt de belangrijke vertrouwensrelatie tussen de arts en zijn of haar patiënt. Bovendien kan de patiënt zijn eigen zorgverlener vrij kiezen en kan hij van zorgverstrekker veranderen. Dit zorgt voor een marktmechanisme in het systeem waarbij instellingen en medici concurreren en hun dynamisme wordt aangewakkerd.

## 6.2 Opportuniteiten tot verbetering

### 6.2.1 Het huidige overlegmodel staat een geïntegreerde benadering in de weg.

Het heeft weinig duiding dat er sprake is van een sterk versnipperd en gefragmenteerd overlegmodel. Hoewel dit model een sterke betrokkenheid met de sector realiseert maakt figuur 4 duidelijk dat verschillende silo's van budgetten worden gecreëerd om de tweedelijnszorg te financieren. Nochtans is het zo dat beslissingen die in de verschillende organen van dit overlegmodel worden genomen, vaak een directe impact hebben op de andere actoren die niet direct bij dit overleg betrokken zijn. In het overzicht van de verschillende actoren werd via de financieringsstroom van het artsenkops naar het ziekenhuis reeds duidelijk dat de opsplitsing van het moderne ziekenhuis in een verblijfsgedeelte en een medisch gedeelte steeds moeilijker wordt. Bijgevolg zal een wijziging in de regelgeving van een bepaalde financiële stroom ook impact hebben op de andere actoren die niet in dit overleg werden betrokken. Concreet kan een wijziging in de regelgeving van het budget financiële middelen, stimuli induceren om de werking van een ziekenhuis te wijzigen. Dit heeft direct impact op de artsen werkzaam in het ziekenhuis zonder dat zij op de samenstelling en berekeningswijze van dit budget impact hebben. Bovendien werd reeds duidelijk dat een aantal kosten die niet via het ziekenhuisbudget worden gefinancierd op de artsen(associaties) worden verhaald. Naast een invloed op de dagelijkse werking kunnen deze beslissingen daarom ook een directe financiële impact hebben op het artsencorps. Op een gelijkaardige manier zal een wijziging in de regelgeving van de honoraria een impact hebben op het medisch gedrag van artsen. Gezien de tweedelijns geneeskunde wordt georganiseerd rond de arts als autonome medisch beslisser, heeft dit ook direct impact op de operationele ziekenhuiswerking. Ook hier zal sprake zijn van een financiële impact gezien de medische aanvragen, voorschriften, procedures en afspraken het volledige ziekenhuisproces in werking zet.

### 6.2.2 Een weinig transparante en gefragmenteerde financiering.

De huidig ziekenhuisfinanciering is weinig transparant waardoor een diepgaande evaluatie nodig is om een toekomstige hervorming vorm te geven. Zoals in de globale beschrijving is weergegeven bestaat de financiering uit een ingewikkeld kluwen van regels en procedures. De financiering loopt via diverse kanalen die worden gekenmerkt door verschillende financiële stimuli: het Budget Financiële Middelen, de (dag) forfaits, de patiëntenbijdragen en honoraria. Dit maakt een beleid gebaseerd op een langetermijnvisie en gezondheidsdoelstellingen erg moeilijk. Gezien de omvang van deze financiële middelen, het aantal betrokkenen en ook de impact op de verhoudingen tussen artsen en ziekenhuisbeheerder dient evidence-based beleidsvoering in deze hervorming centraal te staan. Hierbij dient speciale aandacht uit te gaan naar een evaluatie van de nomenclatuur en de financiële verhoudingen tussen ziekenhuis en medisch corps. Een onafhankelijk onderzoekscentrum (zoals het KCE) kan met deze opdracht worden belast.

## 6.2.3 Een correcte inschatting van de werkingskosten

### 6.2.3.1 De financiering van de (personeels)kost

Ondanks het feit dat het globale ziekenhuisbudget de afgelopen 5 jaar met ongeveer 23% is toegenomen, bestaat nog steeds een structurele onderfinanciering van de personeelskost via het budget financiële middelen. Uit de MAHA-sectoranalyse (2010) blijkt dat nog steeds een onderfinanciering van de verplegingsdiensten aanwezig is. De negatieve marge komt gemiddeld uit op -3,5%. In het laagste kwartiel bedraagt deze marge zelfs -11,7%. Het verschil tussen de gefinancierde loonkost en de werkelijke kost bedraagt gemiddeld ongeveer 2.500 EUR per voltijdsequivalent. Bovendien is er ook sprake van een belangrijke onderfinanciering via het programma 'sociale maribel' (6% van het personeelsbestand) voor 32% van de patronale loonkost. Gezien de omvang van het tewerkgesteld personeel in een ziekenhuis (ongeveer 43% van de omzet) is dit een zeer belangrijk gegeven. Er is in belangrijke mate sprake van een cross-subsidiëring tussen de verpleegafdelingen en de medisch-technische diensten. Hierdoor zijn directies verplicht om aan het artsencorps hogere bijdragen te vragen.

### 6.2.3.2 De financiering van de dienst geriatricie.

In de huidige financiering van de geriatricische zorg wordt, in tegenstelling tot de andere afdelingen (geneeskunde, heelkunde, pediatrie, intensieve zorgen) geen inschatting gemaakt van het individuele zorgprofiel van de patiënten. De indeling van patiënten op basis van enkel het APR-DRG-systeem is ontoereikend daar deze indeling geen rekening houdt met de hulpbehoefte van de patiënt. Een verbetering aan het huidige financieringssysteem kan worden doorgevoerd door de financiering deels te baseren op de individuele kenmerken (bv. pathologie en behandeling, de mate waarin de patiënt kan instaan voor algemene dagelijkse levensverrichtingen). Hiervoor zijn reeds een aantal meetinstrumenten beschikbaar (minimaal verpleegkundige gegevens en meetinstrumenten die de zorgbehoefte inschatten bv. Katz of RAI).

### 6.2.3.3 De financiering van de dienst spoedgevallen.

In de huidige financiering van de dienst spoedgevallen wordt geen specifieke parameter in acht genomen die zich toespitst op de reële activiteit van de dienst. De basisfinanciering van de spoedgevallenafdeling is gebaseerd op het totaal aantal verantwoorde bedden van het ziekenhuis. De aanvullende financiering wordt toegekend in functie van de waarde per bezet bed van de supplementen voor de dringende geneeskundige verstrekkingen voor gehospitaliseerde patiënten. De ziekenhuizen worden gerangschikt volgens de stijgende waarde per bed en naargelang het deciel worden de punten van de basisfinanciering vermenigvuldigd met een bepaalde waarde die varieert naargelang het deciel waartoe een ziekenhuis behoort. Gezien de functie spoedgevallen een belangrijke functie uitoefent naar de externe omgeving lijkt een financieringssysteem dat zich baseert op de reële activiteit (bv. aantal aanmeldingen, opnames via de

dienst spoedgevallen, ...) aangewezen.

#### 6.2.3.4 De financiering van de daghospitalisatie

De financiering van de activiteit in daghospitalisatie verloopt voor het ogenblik via drie mogelijke financieringsstromen. Enerzijds is een deel van de activiteit geïntegreerd in het BFM waarbij elke daghospitalisatie wordt gelijkgesteld aan 0,81 ligdag in klassieke hospitalisatie. Anderzijds zijn er verstrekkingen waarvoor een bepaald forfait wordt toegekend (groep 1-7). Ten slotte kan in bepaalde gevallen (bv. indien er een intraveneus infuus wordt geplaatst) ook een mini of maxi-forfait worden toegekend voor activiteiten die niet in bovenstaande lijsten zijn opgenomen. Een eenvormige financiering van de daghospitalisatie, naast de klassieke hospitalisatie dient worden uitgewerkt. Onze aanbeveling om niet in te zetten op een volledige integratie van de daghospitalisatie is gebaseerd op het feit dat een koppeling met de klassieke hospitalisatie met zich meebrengt dat de financiële vergoeding die de ziekenhuizen voor dezelfde activiteit ontvangen verschilt. De verpleegdagprijs schommelt immers naargelang de onderliggende activiteit van het ziekenhuis en aldus verschilt ook de financiering voor daghospitalisatie. Deze vergoeding weerspiegelt het specifieke activiteitenprofiel en de 'gemiddelde zorgbehoefte' van de patiënten in een bepaald ziekenhuis. Een schommeling in de forfaits voor daghospitalisatie kan men echter moeilijker rechtvaardigen omdat men dan dezelfde prestatie anders gaat vergoeden naargelang van het ziekenhuis. Bovendien betekent een volledige integratie een arbitraire waardering van een daghospitalisatie ten opzichte van een ligdag in klassieke hospitalisatie. Een correcte inschatting is een moeilijke oefening gezien de intensiteit van de zorgverstrekking veel hoger ligt dan in een klassieke hospitalisatie-afdeling. Voor het ogenblik wordt een verhouding van 0,81 vooropgesteld. Daarom lijkt het aangewezen om de daghospitalisatie niet volledig in de klassieke hospitalisatie te integreren maar te werken met een aantal vooropgestelde forfaitaire vergoedingen die de gemiddelde reële kost weerspiegelen.

### 6.3 Een billijke vergoeding voor de medisch-specialist

De medische nomenclatuur werd historisch in de eerste plaats uitgewerkt als instrument om het budget te verdelen over de verschillende verstrekkers via een vergoeding voor elke geleverde prestatie. Sindsdien werd deze nomenclatuur verder uitgebouwd op basis van relatieve vergelijking. Doordat de complexiteit van de ziekenhuispraktijk sterk is toegenomen treden hierbij problemen op bij (1) het identificeren van de acten en (2) het waarderen van deze acten. Het eerste probleem leidt tot een selectie van prestaties waardoor er (ongewild) heel wat zaken overblijven waar geen vergoeding tegenover staat. Het tweede probleem zorgt ervoor dat voor heel wat procedures de honoraria niet de reële kosten of inspanning weerspiegelen. Bovendien evolueert de medische wetenschap en praktijk erg snel waardoor er er onvoldoende aanpassingen en herzieningen gebeuren. Hierdoor hebben de honorariumwaarden van verschillende verrichtingen een historisch karakter gekregen en stemmen ze niet meer overeen met de reële inspanning. Dit heeft geleid tot een betalingssysteem waarin technische, diagnostische en therapeutische handelingen worden overgevalueerd ten opzichte van intellectuele prestaties (bv raadpleging, toezicht, uitleg patiënt, ..). Dit staat in contrast met de verwachtingen van de patiënt en de moderne geneeskunde waar multidisciplinariteit en

overleg steeds belangrijker worden. Deze progressieve veroudering van de nomenclatuur heeft bovendien geleid tot een toenemende vorm van onbillijke inkomensongelijkheid tussen de verschillende specialismen. Daarbij komt nog dat de omvang van de afhoudingen door het ziekenhuis, ter dekking van de werkingskosten ook varieert naargelang het specialisme en het ziekenhuis.

Tenslotte is het belangrijk op de merken dat dit systeem werd ontwikkeld in een periode waarbij de uitbouw van ons gezondheidzorgsysteem centraal stond. Via de betaling per prestatie werden artsen, in lijn met deze centrale beleidsdoelstelling, gestimuleerd om extra te presteren waardoor tevens de toegankelijkheid werd verzekerd. Het gezondheidsbeleid is de laatste decennia geëvolueerd en concentreert zich steeds meer op kostenbeheersing, begrotingscontrole en financiële responsabilisering. Een aanpassing van de medische nomenclatuur die dit beleid vorm geeft is daarom aangewezen. In de huidige situatie worden ziekenhuisbeheerders en hun directies geconfronteerd met een situatie waarbij ze financieel geresponsabiliseerd worden voor de geleverde zorgen via het vergelijkingsmodel tussen ziekenhuizen maar aligering van financiële stimuli via de honoraria uitblijft. Hierbij hebben ze het gevoel door de overheid te worden gebruikt om de therapeutische en professionele vrijheid van de arts te beperken. Immers, hoewel de nomenclatuur wordt gekenmerkt door een betaling per prestatie blijven de artsen uiteindelijk verantwoordelijk voor de financiële gezondheid van het ziekenhuis. Indirect is bijgevolg wel sprake van een zekere responsabilisering.

Naast een herwaardering van de verschillende prestaties lijkt een verschuiving naar een meer vaste financieringsvorm en afstemming met de ziekenhuisfinanciering aangewezen. Concreet kan, naar analogie met het APR-DRG systeem, een financiering op basis van een ziekte-episode worden uitgewerkt. Hierbij kan een verdere opsplitsing worden gemaakt naargelang de variabiliteit van de zorgtrajecten. Dit systeem brengt verschillende voordelen met zich mee:

- Een financiering op niveau van ziekte-episodes maakt een betere afstemming met de ziekenhuisfinanciering mogelijk;
- Indien correct uitgewerkt betekent dit voor de artsen-specialisten een meer billijk, rechtvaardiger systeem. Het systeem corrigeert voor ongewenste variabiliteit tussen verschillende specialismen (gecorrigeerd voor werkbelasting en eventuele kosten) en verkleint de foutmarge op vlak van de arbitraire waardering van prestaties (figuur 11).
- Dit weerspiegelt beter de beleidskeuze tot kostenbeheersing en financiële responsabilisering van de verstrekker.



Figuur 11: Van vergoeding per prestatie naar een vergoeding per ziekte-episode.



#### 6.4 Een duale financiering voor een geïntegreerde ziekenhuiszorg.

Ziekenhuizen zijn geëvolueerd van plaatsen waar patiënten verblijven en artsen op bezoek kwamen naar een medisch-specialistisch bedrijf. Het gaat om geïntegreerde zorghuizen waarbij het verblijf steeds korter wordt en waarbij de grens tussen ambulante zorg en gehospitaliseerde zorg vervaagt. Een kunstmatig onderscheid tussen een deel dat via honoraria wordt gefinancierd en een deel dat ten laste van de werkingsmiddelen moet worden gerealiseerd is hierdoor steeds moeilijker te maken. Dit brengt ons tot een discussie die ook bij het herwaarderen van de nomenclatuur aan bod dient te komen. Bij het afwegen van de verschillende determinanten zoals complexiteit van de acte, technische vaardigheden, enz. komt men immers onvermijdelijk ook tot een evaluatie van de geassocieerde kosten die door de medische nomenclatuur worden gedekt. Het gaat om kosten van o.a. infrastructuur, gebruiksmateriaal en ondersteunend personeel. In deze context spreekt men ook over de 'zuivere honoraria' die abstractie maken van eventuele bijkomende kosten en enkel de inspanning van arts waarderen. Het zijn deze relatief onduidelijke kostenonderdelen die voor een permanent debat (en mogelijk conflict) zorgen tussen de medische staf en ziekenhuisbeheerder en die door een hervorming eenduidig kunnen worden opgelost. Gezien de nomenclatuur ook van toepassing is voor ambulante verstrekkingen die in de extramurale zorg worden uitgevoerd (een arts-specialist die thuis ook nog een praktijk heeft) wordt het werken met een zuiver honorarium bemoeilijkt. Daarom kan, waar nodig, op basis van dezelfde kostenstructuur een parallelle nomenclatuur worden uitgewerkt die van toepassing is op de ambulante, extramurale zorg. Dit heeft als bijkomend voordeel dat een expliciete afweging van deze kosten (en setting) leidt tot een verhoging van de kosteneffectiviteit.

#### 6.5 Een professioneel medisch beleid dat steunt op vrijwilligerswerk.

De huidige financiering stimuleert geen samenwerking tussen de medische staf en de ziekenhuisdirecties. Vaak zitten zij als onderhandelaars samen om duidelijke afspraken te maken over de hierboven beschreven grijze zone in plaats van op basis van gelijkwaardigheid te werken aan het realiseren van de doelstellingen. Dit wordt geïllustreerd door de discussies rond de referentiebedragen en afhoudingsbedragen. Tegelijk verklaart deze situatie deels de sterke positie van de arts in het ziekenhuisbeleid. Indien de ziekenhuisfinanciering evolueert naar een geïntegreerd model dan dient op vlak van de vertegenwoordiging van de artsen in het ziekenhuisbeleid een correctie te worden gemaakt. In de huidige financiering worden amper middelen vrijgemaakt om artsen te vergoeden voor inspanningen. Nochtans is het uitwerken van een medisch inhoudelijk en strategisch beleid zeer belangrijk en absoluut noodzakelijk voor het verder verbeteren van de zorgkwaliteit en kosteneffectiviteit.

#### 6.6 Taakuitzuivering van het verpleegkundig beroep.

Nadat het aantal 'verantwoorde' voltijdsequivalenten aan zorgpersoneel is berekend, is de financiering van de zorgomkadering gebaseerd op de onderliggende theoretische loonkost (anciënniteit en mix aan kwalificaties). Concreet wordt een correctie gemaakt voor de verhouding tussen de gemiddelde loonkost van het ziekenhuis ten opzichte van de nationaal gemiddelde loonkost. Doordat deze berekening uitgaat

van de theoretische loonkost van het reëel ingezette personeel bestaat geen financiële stimulans tot taakuitzuivering van verpleegkundigen. Soms spreekt men ook over de herkaveling van de zorgtaken tussen verpleegkundigen, verzorgenden en logistiek medewerkers. Uiteraard moeten steeds voldoende verpleegkundigen beschikbaar zijn om de verantwoordelijkheid voor de delegatie van de opdrachten en het daaraan verbonden toezicht te garanderen. Dit dient volgens het profiel van de zorgbehoefte in de verschillende verpleegafdelingen verder worden verfijnd. Het verschil in loonkost bachelor verpleegkundige - verzorgende bedraagt per VTE ongeveer 14.000 EUR. Ten opzicht van een gediplomeerd verpleegkundige bedraagt dit verschil ongeveer 9.000 EUR. Gezien de grote zorgomkadering die in de ziekenhuizen vereist is kan dit een belangrijke verlaging van de ziekenhuiskosten betekenen. Daarnaast kan dit een deel van de oplossing bieden aan het personeelsvraagstuk waarmee de sector wordt geconfronteerd.

## 6.7 Een doelmatig gebruik van de spoedgevallenzorg.

Het verhogen van het doelmatig gebruik van de (relatief dure) spoedgevallenzorg kan als een beleidsprioriteit beschouwd worden. De dienst spoedgevallen wordt al te vaak als alternatief voor de huisarts naar voor geschoven. In 68% van de meer dan 2 miljoen bezoeken wordt niet eerst een huisarts geraadpleegd en ongeveer 56% van deze bezoeken kunnen als ongerechtvaardigd worden beschouwd (Socialistische Mutualiteit, 2011). Het onnodig beroep doen op de spoedgevallendienst en de extra uitgaven op vlak van bijkomende onderzoeken (bv. radiologie en klinische biologie) kost de ziekteverzekering uiteraard heel wat extra middelen. Het gaat om een complexe problematiek waarbij verschillende redenen kunnen worden aangehaald. Enerzijds dient een voldoende toegankelijke eerstelijns geneeskunde aanwezig te zijn. Huisartsenwachtposten en groepspraktijken dienen daarom verder (financieel) gestimuleerd te worden. Anderzijds zijn er financiële verschillen tussen de raadpleging bij de huisarts en een bezoek aan de spoedgevallen. Centraal staat hierbij het systeem van de derde betaler. Immers, bij de consultatie bij de huisarts geniet de patiënt een terugbetaling van deze medische kosten. Dit betekent dat de patiënt eerst zelf dit bedrag betaalt en pas later (deels) een terugbetaling ontvangt. Op de dienst spoedgevallen wordt de betaling geregeld via de regeling van de derde betaler. De patiënt ontvangt een factuur maar dient niet de gehele som te betalen. Enkel het remgeld dient door de patiënt te worden betaald, de overige kosten worden door de mutualiteit betaald. Toch betalen de meeste patiënten ook uiteindelijk meer als ze zonder voorafgaande verwijzing van een arts naar de spoedafdeling gaan. De patiënt betaalt bij een consultatie van een geconventioneerd huisarts 22,98 EUR, het remgeld bedraagt 5,89 EUR. Indien deze zich ongepast aanbiedt voor een raadpleging op de afdeling spoed, betaalt hij 19,54 EUR. Helaas blijkt de patiënt hier niet steeds van op de hoogte en vaak denkt men (oa door het derde betalerssysteem) dat de zorgen in de spoedgevallendienst zo goed als gratis worden verstrekt. Gezien het reeds aanwezige verschil in remgeld tussen een huisartsenbezoek en een onnodige consultatie van de dienst spoedgevallen lijkt een verdere verhoging van het remgeld niet onmiddellijk aangewezen. Een informatie- en sensibiliseringscampagne voor de bevolking om een doelmatig gebruik te stimuleren kan hier een deel van de oplossing aanreiken. Het deels afschaffen van het derdebetalerssysteem bij een spoedbezoek (zonder opname) waardoor dit wordt gelijkgeschakeld tot het niveau van een huisartsbezoek kan verder bijdragen tot een meer doelmatig gebruik.

## 6.8 Supplementen

Supplementen kunnen worden gevraagd voor bijzondere prestaties en betekenen een extra inkomen voor de arts of ziekenhuis. Er kan hierbij een onderscheid gemaakt worden tussen de supplementen op de kamer en de ereloon-supplementen. In tegenstelling tot de kamersupplementen is het ook mogelijk om ereloon-supplementen te vragen in een tweepersoonskamer. In de praktijk blijkt dat nog slechts een kleine minderheid van de ziekenhuizen honorariumsupplementen aanrekenen in tweepersoonskamers. De verschillende regeling voor kamer- en ereloon-supplementen komt de transparantie voor de patiënt niet ten goede. Het is vreemd dat er voor het ogenblik geen coherente, eenduidige regeling bestaat. Het is duidelijk dat de patiëntenverwachtingen (bv. privacy) de afgelopen decennia geëvolueerd zijn. Het verblijf in een tweepersoonskamer kan als een normale vraag beschouwd worden die aansluit bij een patiëntgerichte benadering die de huidige zorgverlening karakteriseert. Het is voorbijgestreefd om dit als een bijzondere eis te beschouwen en daarom comfortsupplementen aan te rekenen. Daarnaast druisen honorariumsupplementen in tegen het principe van 'value for money' die doelmatige zorg vooropstelt. Een evaluatie van de toegevoegde waarde die tegenover deze extra betalingen staat is aangewezen.

## 6.9 Informatisering

Elektronische gegevensuitwisseling en communicatie is onontbeerlijk in het streven naar een duurzaam systeem. Hoewel de ervaring leert dat dit vaak niet leidt tot een daling van de kosten, biedt het tal van voordelen die het mogelijk maken de kwaliteit van zorg verder te verhogen. Vanuit financieel perspectief kan het evenwel leiden tot een efficiëntere en betere communicatie tussen verstrekkers onderling en het vermijden van duplicatie van (technische) onderzoeken. Daarnaast kan door het poolen van (anonieme) data de evolutie van de ziekenhuiszorg verder worden opgevolgd en indien nodig de financiering worden aangepast. Voor het ogenblik worden heel wat middelen besteed aan verplichte registraties en administratie om de nodige informatie voor de ziekenhuisfinanciering aan te leveren. Koepelorganisatie Zorgnet Vlaanderen schat de kost voor enkel de registratie van de minimale ziekenhuisgegevens (MZG) op meer dan 54 miljoen EUR of 1,5 voltijdsequivalent per 100 bedden. Deze registratie maakt slechts een deel uit van het totale volume aan verplichte registraties waardoor de totale kost nog veel hoger ligt. Het gaat om belangrijke middelen die worden besteed aan niet direct waardetoevoegende activiteiten en waar informatisering wel een belangrijke kostenbesparing met zich kan meebrengen. Bovendien biedt dit de mogelijkheid om de financiering te baseren op een grotere steekproef of zelfs continue automatische registratie (bv. MVG registratie). Dit zorgt voor een meer wetenschappelijk onderbouwde en dus meer billijke financiering. Tenslotte kan de informatisering ook zorgen voor het verzamelen van de nodige informatie op vlak van de kwaliteit van zorgverstrekking. Dit dient de basis te vormen voor een (supraregionaal) competitie-model op basis van kwaliteit. De rol van de patiënt als centrale, geïnformeerde beslisser wordt hierdoor versterkt.

## 6.10 Intermediaire zorgvormen

Door de evoluties op medisch-technologisch vlak en het onderlinge vergelijkingsmodel in de ziekenhuisfi-

nanciering blijft de gemiddelde ligduur verder dalen. Uit de laatste MAHA-sector analyse (2010) blijkt dat de bezettingsgraad van de belangrijkste diensten (chirurgie en diagnose - CD-dienst), die 60% van het aantal erkende bedden vertegenwoordigen, verder afneemt. Ondanks de daling van het aantal bedden (-289 eenheden) en de stijging van het aantal opnames daalt de bezettingsgraad in de CD-dienst zelfs nog sterker dan de voorgaande jaren, tot 71,0%, tegenover 72,7% in 2007. Dit kan verklaard worden doordat de ligduur verder daalde van 6,2 naar 6,0 dagen. Ook op de geriatrische diensten (G-dienst) daalde de ligduur van 22,2 tot 21,6 dagen (mediaan). Toch is het hierbij belangrijk op te merken dat deze trend een verlaging van de zorgkwaliteit met zich kan meebrengen. De patiënt wordt sneller ontslagen maar is ook niet langer in dezelfde mate hersteld of genezen. In deze context spreekt men ook wel eens van 'quicker and sicker'. Sermeus (2006) verwijst hierbij veelbetekenend naar de wet van Baumol. Je kunt 'the minute Waltz' in vijftig seconden spelen, maar dan is het uiteraard niet meer hetzelfde. Goedkopere intermediaire zorgvormen dienen worden ontwikkeld om een tussenfase tussen de acute fase en de herstelfase verder vorm te geven. Gezien de grijze tsunami die de gezondheidszorg dreigt te overspoelen is dit een belangrijk gegeven. Enerzijds is de verstrekking van de tweedelijns geneeskunde hierdoor kosten-effectiever. Anderzijds biedt dit perspectieven om met de huidige capaciteit de stijgende zorgvraag tegemoet te komen.

#### 6.11 Introduceer financiële stimuli tot het verbeteren van kwaliteit van zorg.

De huidige ziekenhuisfinanciering concentreert zich voornamelijk op de hoeveelheid geleverde zorg en een het uitwerken van een billijke vergoeding voor de verstrekkers. Ook het actuele debat is vooral budgettair georiënteerd zonder daarbij de beoogde resultaten te definiëren, te evalueren en indien nodig bij te sturen. Indien een financieringssysteem uitgaat van de doelstellingen van de gezondheidszorg dan dient dit systeem verder te gaan dan louter een inschatting van deze inspanning en kosten. Een evaluatie van de kwaliteit van deze geleverde zorg is een belangrijke dimensie die binnen het financieringssysteem dient te worden opgenomen. In de context van deze belangrijke dimensie wordt vaak verwezen naar het concept Pay for Quality (P4Q). Het gaat om een mechanisme dat de beloning voor geleverde zorg rechtstreeks in verband brengt met de bereikte resultaten. Naast een (matige) verhoging van de kwaliteit van zorgverlening blijkt dat kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners ook kleiner worden. Bij het bepalen van de resultaten kan een onderscheid gemaakt worden tussen structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren geven de kenmerken, de input van het systeem weer (bv. aantal verpleegkundigen, activiteitsniveau ziekenhuis, enz.). Ze kunnen noodzakelijke voorwaarden leveren van kwaliteitszorgen maar garanderen geen kwaliteitsvolle zorgverstrekking. Procesindicatoren geven de kwaliteit van zorg weer op een intermediair niveau. De metingen weerspiegelen de inspanningen die worden geleverd om de kwaliteit van de verstrekte zorgen te verbeteren (bv. voorschrijfgedrag, doorlooptijden, enz.). Resultaatsindicatoren pogen de uitkomsten als gevolg van de zorgen te meten (bv. aantal heropnames, complicaties, enz.). Uiteraard lijken deze uitkomstindicatoren als directe meting van kwaliteit van zorg het meest geschikt om de doelstellingen te vertalen in een financieringssysteem. De moeilijkheid ligt echter in het vooropstellen van valide en betrouwbare indicatoren waaraan de financiering wordt gekoppeld. Het ontwikkelen van deze indicatoren dient daarom in nauw overleg met de sector te gebeuren. Bovendien kan dit kaderen in een groter project waarbij informatie over de kwaliteit van zorg voor de bevolking wordt ter beschikking gesteld. Gezien de grotere patiëntenmobiliteit kan zo tegelijkertijd waarde-toevoegende competitie worden gestimuleerd. Beide

initiatieven betekenen een nieuwe stap richting een verhoogde responsabilisering van de verstrekkers. Concreet kan op basis van de ervaringen in het buitenland een basisset aan indicatoren worden samengesteld en ter beschikking worden gesteld van de bevolking (en ook hun huisartsen en mutualiteiten indicatoren). Gelijkaardig aan de huidige financieringsregels kan op basis van onderlinge vergelijking van ziekenhuizen (decielen) een budget worden verdeeld. Op basis van deze ervaringen kan de set van indicatoren en de financiële implicaties de jaren erna worden uitgebreid.

Jeroen Trybou

## Bibliografie

Annemans L. (2010). Gezondheidseconomie voor niet-economen. Academia press.

Annemans L. et al. (2009). Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van een 'Pay for Quality' programma in België. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

Daue F. and Crainich D. (2008). De toekomst van de gezondheidszorg: diagnose en remedies, Itinera Institute Monografie.

Dexia. (2010). Sectoranalyse Algemene ziekenhuizen op basis van het MAHA-analysemodel.

Donaldson C. and Gerard K. (2005). Economics of Health Care Financing. The visible hand. Palgrave Macmillan.

Fasquelle N., Weemaes S. and Willemé P. (2011). De gezondheidsuitgaven: determinanten en projecties.

Hendriks J. And Van de Cloot I (2011). Onze pensioenerfenis.

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.

Kesteloot K. and Van Herck G. (2008). Financieel beleid voor ziekenhuizen. Acco.

OESO, (2010). Health at a Glance 2010, OECD Indicators.

RIZIV. (2011). De begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in cijfers.

RIZIV. (2009). Dienst voor geneeskundige verzorging, Statistische gegevens: II. Statistieken van de geneeskundige verzorging.

Sermeus W. (2006). De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd. Acco.

Socialistische Mutualiteit. (2011). Het gebruik van de spoeddienst: te veel en dikwijls ongerechtvaardigd  
Studiecommissie voor de Vergrijzing. (2010). Jaarlijks Verslag, online: [http://www.plan.be/admin/uploaded/201007050808240.rapport2010\\_nl.pdf](http://www.plan.be/admin/uploaded/201007050808240.rapport2010_nl.pdf)

Trybou J., Gemmel P. and Annemans L. (2011). The ties that bind: an integrative framework of physician-hospital alignment. BMC Health Services Research, 11: 36

van den Oever R. and Volckaert C. (2008) Financing Health Care in Belgium. The Nomenclature: from Fee-for-Service to Budget-Financing. Acta Chir Belg, 2008, 108, 157-66

Van De Sande S. et al.(2007). Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een "all-in" pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

Van de Ven. W et al. (2007). Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. Health Policy, 84:200-209

Vlayen J. et al. (2006). Klinische kwaliteitsindicatoren. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

Voor duurzame economische groei  
en sociale bescherming