



You get what you pay for. Naar een nieuw business model van zorg: Feedback van 16 stakeholders

2013/06

24 | 04 | 2013



MENSEN



WELVAART



BESCHERMING

De analyse “You get what you pay for. Naar een nieuw business model van zorg” werd op vertrouwelijke, individuele basis voorgelegd aan 16 stakeholders als experts in de materie om feedback te bekomen over het voorstel en om aanvullende belangrijke aandachtspunten te identificeren. Het panel bestaat uit 7 artsen die in hun werk dagdagelijks bezig zijn met de financiering van zorg, 6 ziekenhuisdirecteurs, 3 experts uit de ziekenfondsen, 2 academische experts (bovenop de 3 auteurs van de analyse), 4 beleidsmakers van de overheid en/of RIZIV. Sommige van de 16 experts combineerden meerdere van deze functies. Hieronder geven we in 20 punten de belangrijkste bemerkingen van het expertenpanel weer. Sommige bemerkingen die volgens Itinera cruciaal zijn, worden aangekondigd met een subtitel in **HOOFDLETTERS** en omkaderd.

PIETER VAN HERCK,
Senior Fellow Itinera Institute

PROFESSOR WALTER SERMEUS,
Centrum voor Ziekenhuis- en
Verplegingswetenschap, KU
Leuven

PROFESSOR LIEVEN ANNEMANS,
Visiting Fellow Itinera Institute
en Vakgroep Maatschappelijke
Gezondheidskunde, UGent

Inleiding

1. Het belang van intrinsieke motivatie. Ondanks de nood aan een nieuw business model, heeft de analyse niet de bedoeling te impliceren dat enkel de financiering bepalend zou zijn. De analyse gaat er zelfs vanuit dat de intrinsieke motivatie sterker is dan extrinsieke motivatie, en dat je het tweede element als instrument meer moet afstemmen op het eerste. Deontologie, ethiek en de menselijke bekommernis die we kennen binnen het huidig zorgsysteem moeten meer benadrukt worden.

De sense of urgency scherpgesteld

- 2. Opletten met cijfers.** De geciteerde cijfers zijn correct (check door officiële instanties). Echter, men moet opletten voor registratiebias en de impact hiervan op vergelijkingen tussen landen. Dit verdient dus de nodige nuancering. Administratieve regels zoals de timing van het aanvragen van een forfait, kunnen ook niet rechtstreeks gelinkt worden met een slechte praktijk. Over elementen zoals het aantal adverse events is meer onderzoek op zijn plaats. Het klopt dat Brussel twee maal zo veel gedwongen opnamen kent in de psychiatrie in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië: 14% en stijgend. Er doet zich een gestage stijging voor doorheen België. Deze vaststelling verdient wel de nodige nuancering dat België veel lager scoort in aantal gedwongen opnamen in vergelijking met andere landen. Het aantal personen met een globaal medisch dossier is intussen boven de 50% gestegen. Daar staat tegenover dat sommige resultaten positiever worden voorgesteld dan ze in feite zijn, zoals de overlevingsgraad bij kanker. Deze cijfers zijn volgens een expert niet zo goed en vooral heel verschillend tussen ziekenhuizen (zie Nationaal Kankerregister en Procure). Sommige experts wijzen erop dat het remgeld in de afgelopen jaren inderdaad een stijgende trend vertoont, maar als percentage van de totale zorguitgaven voor zorg bleef het remgeld aandeel doorheen de jaren echter quasi-constant. Deze nuancering is correct, maar doet niets af aan het feit dat de individuele patiënt binnen de beperkingen van zijn of haar financiële draagkracht de gevolgen ondervindt van de absolute stijging. De constante relativiteit tegenover de totale zorguitgaven houdt geen verband met de verhouding binnen een individueel bestedingsbudget. Het risico op een verslechtering van de bestaande ongelijkheid in zorguitkomsten neemt hier bovenop toe omwille van het in de sector recent aangekondigde risico op stijgende supplementen. Tot slot, zoals een expert terecht vermeldt: het feit dat we inderdaad een grotere schaarste zullen kennen aan bepaalde specialismen (huisartsen, geriaters, psychiaters, pediaters) in de toekomst, wil niet zeggen dat hun aantal nu reeds over de ganse lijn afneemt. Bij sommige van deze specialismen registeren we zelfs een positieve inhaalbeweging.
- 3. Opletten met variabiliteit.** De variatie in heropnames kan in sterke mate verklaard worden door de zwaarte van de pathologie of sociale problematiek. Het niet meer in rekening brengen van complicaties na opname en het blind sanctioneren van heropnames kan heel arbitrair zijn en ziekenhuizen met zwaardere high risk patiënten afstraffen. Een goede case mix correctie is cruciaal.
- 4. Opletten met terminologie.** In de analyse wordt gesteld dat we het minst goed zijn in secundaire preventie. Sommige experts argumenteren dat het eerder primaire of tertiaire preventie betreft. Deze discussie mag niet afleiden van de noodzaak om het zorgsysteem te heroriënteren op meer effectieve preventie in haar diverse vormen.

You get what you pay for: starten bij de opportuniteiten die reeds lang gekend zijn

- 5. Voordelen betaling per prestatie.** Het is positief dat de bestaande goede elementen van het huidige business model behouden blijven. De voordelen van betaling per prestatie mogen meer in de verf worden gezet: geen aanzet tot selectie van doelgroepen, een lager risico op onderconsumptie, en een hogere productiviteit per zorgverstrekker vanuit de invalshoek van efficiëntie.
- 6. Vele andere verklarende factoren.** Uiteraard zijn vergoedingssystemen maar één van vele verklarende factoren die impact hebben op de huidige performantie van het zorgsysteem. Dit wil echter niet zeggen dat het ontwerp en de combinatie van vergoedingssystemen genegeerd moet worden in het beleid.
- 7. Afdrachten.** De opinie over afdrachten bij de experts is verdeeld. De twee extreme uitersten zijn: (1) Het systeem behouden zoals het is om de artsen blijvend bij het beheer van ziekenhuizen te betrekken. (2) De afdrachten radicaal overdragen naar het BFM. Er worden echter ook tussenoplossingen geformuleerd die verder onderzoek waard zijn: (3) De omzetting van de huidige afdrachten boven kosten (artikel 155) naar een verplicht paritair beheerd investeringsbudget per ziekenhuis voor technologie, IT en kwaliteitsbewaking. Hierbij zou de nadruk komen te liggen op beheer door de collectiviteit van artsen i.p.v. het overgewicht van enkele specialismen. Door aanpassing van de nomenclatuur aan zulk nieuw instrument zouden de inkomensverschillen tussen artsen ook deels gecorrigeerd worden. Uiteindelijk verliezen de artsen niets bij dit voorstel van investeringsbudget en de beheerders krijgen niets bij. (4) Als laatste alternatief wordt voorgesteld om het BFM, net zoals de nomenclatuur, voortdurend te actualiseren op basis van de evidence over waardevolle investeringen. Zo kan de nood aan afdrachtendiscussies voor investeringen geleidelijk aan worden afgebouwd. Diverse experts pleiten bijkomend om ook een hervormde governance methode binnen de ziekenhuizen op te nemen als integraal deel van een nieuw business model. Men moet bij wijze van spreken ook de interactie tussen beheer en medische raad herijken op basis van een veel duidelijkere accountability en meer afgelijnde en sturende regelgeving. Niet alle experts zijn het hiermee eens.
- 8. Bestaande forfaits en referentiebedragen.** Forfaitaire systemen worden onpopulair gemaakt door hun huidig incorrect gebruik. Het uithollen van een forfait door ondoordachte budgetreducties (geneesmiddelenforfait, forfaits klinische biologie en medische beeldvorming) gaat diagonaal in tegen het basisopzet van een forfait: het voorzien van een vaste basis die voldoende financiële houvast en zekerheid biedt om de drang tot overproductie te neutraliseren. De meerderheid van experts roept ook op om de referentiebedragen grondig te hervormen i.p.v. deze blindelings uit te breiden naar bv. interne geneeskunde. Vooral artsen staan hierbij open voor evidence based kostensystemen om gestandaardiseerde ingrepen te dekken. Ze hebben hier opvallend meer vertrouwen in dan in statistisch bepaalde DRG systemen. Dit houdt ook deels verband met een duidelijke scheiding van het domein en de financiering van artsen en beheerder.

Lessen van elders voor een nieuw business model

- 9. Pay for performance.** De experts raden aan om een voldoende hoog budget naar P4P te heroriënteren, echter met een maximum van 10 tot 15%. In eerste instantie dient P4P zacht geïmplementeerd te worden met een beperkte variabiliteit in te verdienen punten. Zo worden shockeffecten vermeden. Accreditering, QIP en sociale statuten kunnen allen als kapstok voor P4P benut worden. P4P moet zo ontworpen worden dat ongewenste neveneffecten vermeden worden. Een voorbeeld hiervan is het hanteren van slechts enkele indicatoren die de volledige financiële prioriteit zouden worden ten nadele van andere kwaliteitsdomeinen. Overigens dient de nadruk te liggen op kwaliteitsindicatoren van en voor professionals, met de arts in de lead. De intense betrokkenheid van wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen is aan te bevelen. Daar tegenover staat het belang van de externe validatie van kwaliteitsregistraties door de Zorginspectie.
- 10. Innovatie stimuleren.** Zoals een expert vermeldt, is er een gebrek aan innovatie in de zorgorganisatie doorheen de sector, eerder het omgekeerde is een feit. Directies moeten zelf ook meer ondernemend worden in plaats van alles bij de overheid te leggen. Een cardioloog die echter momenteel 'mobile health' ondersteunt, schiet financieel in eigen voet. Zulke innovatie kan ook financieel verdisconteerd worden door een deel shared savings te organiseren voor artsen en ziekenhuizen.
- 11. Netwerkfinanciering.** Netwerking botst momenteel op de fragmentatie van de financiering. Qua business model is het vooral belangrijk om de financiering in een gezamenlijke pot te leggen. Zo kan investering in preventie worden terugverdiend doorheen 4 tot 5 tussenstations. Artikel 107 is een goede start, maar heeft nood aan een duidelijker kader i.p.v. een 'boksmatch' tussen sectoren te induceren. Eén expert merkt op dat leerpunten over zorgtrajecten en artikel 107 deels ook percepties betreft i.p.v. de realiteit van de instrumenten. Het is ook belangrijk om eenzelfde of aansluitende P4P stimulus te kennen voor alle spelers.

Een slimme financiering in lijn met een slimme zorgorganisatie

- 12. Gegevens in de eerste lijn.** De eerste lijn heeft om gestalte te geven aan het nieuwe business model geen nood aan een bijkomende datastructuur type DRG. De nieuw opgezette case mix correctie ter ondersteuning van capitation vormen een goed uitgangspunt.

Praktisch vooruit: de volgende stappen

- 13. NOOD AAN EEN NEW DEAL.** De meerderheid van experts, doorheen alle functies, is het erover eens dat het business model fundamenteel moet wijzigen. Er is nood aan een 'new deal'. Men wil geen fine tuning meer. De incrementele benadering heeft haar grenzen bereikt. We moeten met zijn allen middelen verschuiven, allen samen in bad. Niet vanuit een protectionistisch standpunt, maar in alle weiden. In plaats van met ieder afzonderlijk in discussie te gaan, dient de politiek, binnen een bottom-up benadering, allen samen aan tafel te consulteren in volle openheid. Enkel zo kan de zweem van onderlinge achterdocht overwonnen worden. In Frankrijk bijvoorbeeld sloot men 'la pacte de confiance'.

14. DE NOMENCLATUUR HERIJKEN. Volgens enkele experts betreft het hier het grootste aankondigingsbeleid dat er ooit geweest is, doorheen diverse commissies en regeerakkoorden. Het feit dat er al vele jaren sprake van is, maar nooit gebeurd, is een symptoom. De voorbeelden die de experts aanhalen zijn echter opmerkelijk. Voor de financiering van een klinisch labo waren er oorspronkelijk 25 personen voorzien. Echter, in de meest innovatieve laboratoria heb je maar twee medewerkers nodig. De tijdbesteding voor het nemen van een CT is ingekort van de voorziene 20 minuten naar enkele minuten. De voorziene nomenclatuur blijft hier een veelvoud van. Hetzelfde geldt voor een NMR: vandaag de dag kan je 30 i.p.v. 10 patiënten zien. De financiering per acte bleef dezelfde. Daar staat tegenover dat je je als arts je broek scheurt aan een intellectuele acte (20 minuten consultatie + verslag + onkosten). Hierdoor worden artsen sinds jaar en dag min of meer verplicht om technische acten bij te doen. Een pneumoloog gaat bij consultatie bij COPD financieel 2/3^e in het rood en wordt impliciet verplicht om dit te compenseren via het uitvoeren van tot 4 longfunctietesten, zelfs indien niet altijd geïndiceerd. Hetzelfde geldt bij neurologie voor het afnemen van een EEG en bij ORL wat betreft audiometrie. Origineel werden er enkele decennia geleden een 50 tal metingen uitgevoerd van kosten verbonden aan een prestatie. Nadien werden de overvloed aan bijkomende prestaties niet daadwerkelijk gemeten, maar ingeschat op basis van een veelvoudig van de originele 50 metingen. Uiteraard zit hier een sterk subjectieve bias op. Niemand stelt vragen bij de originele cijfers die blijven gelden, waardoor sommige specialismen overdadig veel inkomsten genereren. De echte meerwaarde van innovatie blijft zo onderbenut voor het zorgsysteem als geheel. Het is terecht dat artsen erop staan dat ze een relatie zien met verantwoordelijkheid, risico, kritisch karakter, input, stress, etc. Dit geldt echter niet enkel in positieve, maar ook in negatieve zin doorheen de tijd. Enkel een herijking naar boven toe voor enkele specialismen heeft tot nu toe gewerkt. Cruciaal is dat men de nomenclatuur, maar ook het BFM en forfaits, niet eenzijdig naar boven toe kan herijken, maar de ruimte moet creëren voor andere dingen, terwijl voldoende hoge inkomens behouden blijven op basis van een zelfde budget plus een redelijke groeinorm. Wat met de neonatologen, de hemato-oncologen, diabetologen en oncologen die nauwelijks technische acten kunnen uitvoeren? Waarom verdient een orthopedist binnen het kwaliteitsvol en innovatief subspecialisme gericht op handen en voeten slechts 1/3^{de} van de collega gespecialiseerd in rugbehandeling? De exclusieve link met face to face interacties tussen patiënt en zorgverstreker moet ook verdwijnen om een business model voor chronische zorg mogelijk te maken. Er wordt aangeraden om binnen de enorme complexiteit van de nomenclatuur zich in eerste instantie te richten op de herijking van de acten die het meest frequent voorkomen en het meest kostelijk zijn (cf. 20/80 regel). Indien men hier niet in slaagt binnen het huidige consensusmodel, dient dit model hertekend te worden.

15. EEN PATIENTENBOEKHOUDING. Om tot een rechtvaardig business model te komen op basis van reële kosten, moeten deze kostengegevens verzameld en geaggregeerd worden doorheen het horizontale traject van de patiënt, zoals vele andere landen al dan niet steekproefsgewijs doen. Tot op vandaag kennen we de reële kost per patiënt niet in België. De band van de financiering met opgelegde normen moet hierbij teruggewerkt worden. Zonder deze herstructurering van gegevens kan de vaste vergoedingscomponent niet op accurate wijze worden vormgegeven.

Besluit

16. DE HOE VRAAG. Aanvullend op de tekst van de analyse is vooral de HOE vraag van belang. Er moet experimenteeruimte geboden worden om concrete ideeën uit te testen, om innovatie te creëren, met een zekere mate van deregulering of regelluwte. De inclusie van het transmuraal karakter en een bottom-up benadering staan hierbij centraal. Zulke pilootprojecten kunnen gepland worden in 2014 (voor zover de verkiezingen dit toelaten), 2015 en 2016. Naast chronische aandoeningen en chirurgische ingrepen bij referentiebedragen verwijzen de experts ook naar borstkanker en naar dialyse als speerpunt domeinen om het nieuwe business model experimenteel te introduceren.

17. SAMENWERKING TUSSEN FEDERALE EN REGIONALE OVERHEDEN. Het ideale scenario is dat de koppeling wordt gemaakt tussen gelijktijdige structurele initiatieven. Een voorbeeld hiervan is de opstart van een proeftuin slimme zorg over personeelsbeleid, onder gedeelde bevoegdheid, met daaraan de introductie van het nieuwe business model gekoppeld, als federale bevoegdheid.

18. DE GOVERNANCE STRUCTUUR VAN HET GEHELE SYSTEEM. In het kader van het nieuwe business model moet de governance structuur van het gehele systeem nog nader uitgewerkt worden samen met alle stakeholders. Deze analyse legt enkel de nadruk op de inhoudelijke wijziging van het business model. Een bottom-up ondersteuning is cruciaal. Twee centrale begrippen zijn 'accountability' en het versterken van 'professional proudness'.

19. Eén van meerdere maatregelen. De creatie van een nieuw business model kadert in een ruimer geheel van maatregelen om de duurzaamheid van het zorgsysteem te versterken, naast de aantrekking van nieuwe middelen in het zorgsysteem, het responsabiliseren van de patiënt, een sterkere nadruk op kosten-effectiviteit, een gericht aanbodbeheer (vb. referentiecentra, bedden capaciteit, aantal hospitalisaties...) en het opstarten van een ethisch debat over de grenzen van de geneeskunde (vb. over terminale levensverlenging).

20. DANK AAN ELK VAN DE 16 EXPERTEN

Voor duurzame economische groei
en sociale bescherming.