

Vergelijkende analyse van de financieringsmethoden voor ziekenhuizen en de toekomstperspectieven voor België

Auteurs:

Eduard Portella
Stéphane Le Grand
Marc Van Uytven
Joan Barrubés

juli 2020



Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux asbl
Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs vzw
Belgische Vereinigung der Krankenhausdirektoren VoG

Bibliografische verwijzing

Elk gebruik van informatie uit dit document, moet gebeuren met de volgende bibliografische verwijzing:

Portella E, Le Grand S, Van Uytven M, Barrubés J. Vergelijkende analyse van de financieringsmethoden voor ziekenhuizen en de toekomstperspectieven voor België. Brussel : Antares Consulting, BVAS, BVZD ; 10 augustus 2020

Doelstelling van het document

Dit rapport is opgesteld door Antares Consulting in opdracht van de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs (BVZD) en de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS).

De doelstelling is het identificeren van trends in de financieringsmethoden voor ziekenhuizen, teneinde toekomstperspectieven met betrekking tot de financiering in België te definiëren.

Dit rapport bevat een beschrijving en analyse van de drie Europese landen die een radicale hervorming ondergaan hebben: Frankrijk, Duitsland en Zwitserland; landen die recent een financiering geïmplementeerd hebben op basis van activiteits- en resultaatcriteria. Beschrijving en analyse met het oog op het identificeren van:

- De bekomen effecten (gewild of niet).
- De huidige situatie en ontwikkelingsmogelijkheden.
- Hoe, binnen deze systemen, specifieke aspecten gefinancierd worden, zoals de verloning van beroepsbeoefenaars, de investeringen, de innovatie, de outliers en ernstige gevallen, enz. werden opgelost.
- Welke zijn de vereisten van deze financieringsmodaliteiten op het regelgevingsmodel van de ziekenhuissector.

Dit rapport heeft niet tot doel de financieringsmodaliteiten in België te beschrijven, ook al wil het de complexiteit hiervan aantonen. Andere bestaande rapporten beschrijven het Belgisch systeem reeds in detail.

Zijn belangrijkste aanbevelingen

Het Belgisch gezondheidssysteem heeft een zeer complex en weinig doorzichtig model voor ziekenhuisfinanciering, gebaseerd op een indirecte financiering. Dit model is ontstaan uit een juxtapositie van telkens partiële hervormingen en heeft zijn logica nooit gewijzigd... Het heeft vandaag zijn eindpunt bereikt en wordt bekritiseerd door alle *stakeholders*, die pleiten voor een diepgaande hervorming. Actuele projecten, zoals de hervorming van de nomenclatuur, zullen deze hervorming niet bewerkstelligen.

In gezondheidssystemen die zijn geëvolueerd naar meer innovatieve financieringsmethoden, was het vertrekpunt de oprichting van DRG's. Dit proces vereiste ongeveer een tiental jaren voorbereiding alvorens het werd geïmplementeerd. Tegenwoordig hebben al deze systemen, op een of andere manier, het begrip 'waarde' in hun financieringsmodel geïntroduceerd.

Dit rapport stelt daarom een "shokplan" voor om te evolueren naar nieuwe, meer innovatieve financieringsmodaliteiten van het type "*bundled payments*", dat voornamelijk gebaseerd zou zijn op een "All-in" DRG-systeem. Deze stap is essentieel om de forfaitarisering voor te bereiden en de transitie van het gehele systeem te ondersteunen.

Deze evolutie dient in een recordtijd uitgevoerd te worden om de kloof tussen de huidige situatie en de verwachtingen van de stakeholders te overbruggen.

Om dit te bereiken, stellen we voor om 3 grote werven te starten die over een korte periode van 10 jaar verwezenlijkt kunnen worden:

1. Een *schaduw financieringssysteem* ontwikkelen op basis van DRG's, als basis voor toekomstige "*bundled payments*";
2. De nodige elementen voorbereiden voor de opbouw van de "*bundled payments*";
3. De regelgeving, instrumenten en competenties aanpassen (gericht op resultaten in plaats van op structuren).

Deze 3 projecten worden in detail beschreven in het document, met voor elk een reeks prioritaire sleutelmaatregelen die genomen dienen te worden.

ACO	Accountable Care Organization (VS)	IFAQ	Incitation Financière de la Qualité (Frankrijk)
ARS	Agence Régional de Santé (Frankrijk)	InEK	Duits DRG-instituut (Duitsland)
BFM	Budget van Financiële Middelen (België)	KHRG	Wet op de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (Duitsland)
CDS	Conférence de Directeurs cantonaux de la Santé (Zwitserland)	NHS	National Health Service (VK)
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins (Frankrijk)	OFS	Office fédéral de la santé publique (Zwitserland)
DRG	Diagnosis related group	PACE	Program of All-Inclusive Care for the Elderly (VS)
ENCC	Étude Nationale de Coûts à Méthodologie Commune (Frankrijk)	PCG	Basis psychiatrische kosten (Zwitserland)
EXH/B	Extrêmement Haut/Bas (Frankrijk)	NMR	Nucleaire magnetische resonantie
FHM	Fédération des médecins (Zwitserland)	IZ	Intensieve zorgen
FIDES	Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (Frankrijk)	ST Reha	De prijsstructuur voor revalidatiediensten (Zwitserland)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups System (Duitsland)	Swissdrg	Zwitsers DRG-instituut (Zwitserland)
GHM	Groupes Homogènes de Malades (Frankrijk)	T2A	Op activiteit gebaseerde prijzen (Frankrijk)
H+	Nationaal ziekenhuisorganisme (Zwitserland)	TARMED	De prijsstructuur voor medische diensten (Zwitserland)
HAS	Haute Autorité de Santé (Frankrijk)	TARPSY	De prijsstructuur voor psychiatrische prestaties (Zwitserland)
HMO	Health Maintenance Organization (Zwitserland)	USLD	Unité de soins de longue durée (Frankrijk)
		VBHC	Value-Based HealthCare

TABELLEN

Tabel 01. Introductie van de HRD-financiering in Europese landen.	Pagina 11
Tabel 02. Toepassingsgebied van de DRG-betalingsystemen voor ziekenhuizen in verschillende geselecteerde Europese landen.	Pagina 12
Tabel 03. Steekproef van ziekenhuizen die gebruikt werden voor de berekening van het tariefgemiddelde per DRG-groep.	Pagina 13
Tabel 04. Financieringsbronnen voor de Belgische ziekenhuizen.	Pagina 27
Tabel 05. Ontwikkelingskalender van de 3 werven.	Pagina 102

AFBEELDINGEN

Afbeelding 01. Risico-overdrachtsniveau van de financieringsmethoden.	Pagina 15
Afbeelding 02. Ontwikkeling van de verschillende modellen.	Pagina 16
Afbeelding 03. Financieringsprincipe van "OrthoChoice" in Zweden voor wervelkolomchirurgie.	Pagina 21
Afbeelding 04. Modellering tussen de verschillende actoren binnen het ACO-model	Pagina 22
Afbeelding 05. Verdeling van de verschillende BFM-onderdelen.	Pagina 29
Afbeelding 06. Verdeling van de verschillende bevoegdheden in België.	Pagina 33
Afbeelding 07. Naast elkaar bestaan en stromen binnen de Belgische financieringsmodellen.	Pagina 36
Afbeelding 08. Kaiser Permanente-model.	Pagina 42
Afbeelding 09. De verschillende landen in de studie: Frankrijk, Zwitserland en Duitsland.	Pagina 45
Afbeelding 10. Een vergelijkende analyse in 3 landen: Frankrijk, Zwitserland en Duitsland.	Pagina 58
Afbeelding 11. Een versneld traject voor de ontwikkeling van nieuwe financieringsmodaliteiten.	Pagina 93

GRAFIEKEN

Grafiek 01. Gezondheidsuitgaven in 2015 en 2016 (in % BBP).	Pagina 26
Grafiek 02. Cumulatieve evolutie van de gezondheidsuitgaven sinds 2000.	Pagina 26
Grafiek 03. Introductiefases van het betalingssysteem per DRG in Duitsland.	Pagina 52
Grafiek 04. Convergentiefases van het betalingssysteem per DRG in Duitsland.	Pagina 53
Grafiek 05. Evolutie van het aantal ontslagen, 2000-2009.	Pagina 62
Grafiek 06. Gemiddelde verblijfsduur (in dagen) voor opnames in chirurgie, verloskunde en geneeskunde.	Pagina 62
Grafiek 07. Evolutie van de gemiddelde verblijfsduur, sterfte en heropname in het ziekenhuis, Zwitserland, 2002-2009.	Pagina 65
Grafiek 08. Verminderingen en toeslagen in verband met de verblijfsduur in Duitsland.	Pagina 70

1. Financieringen die een breuklijn vormen	08
2. De huidige situatie in België	25
3. Vergoedingsmethoden van beroepsbeoefenaars	35
4. De bestudeerde landen: Hoofdkenmerken	44
5. Transversale analyse	57
6. Aanbevelingen	89
7. Referenties	103

Financieringen die een breuklijn vormen

Een echte breuklijn in de financieringslogica die, sinds 1983 en de implementatie van de DRG's, geleidelijk de risico's overdraagt en de responsabilisering van de zorgverleners vergroot

1. Financieringen die een breuklijn vormen

De VS zijn pioniers in het opzetten van een DRG-financieringssysteem, op initiatief van Medicare en na onderzoek van de Universiteit van Yale, die het systeem al in 1970 had geconceptualiseerd.

Sinds de jaren '90, zijn de betalingssystemen per pathologie en diagnosegroepen (*"Diagnosis Related Groups"* of DRG's) in de meeste landen met hoge inkomens de voornaamste financieringsmethode geworden voor acute ziekenhuizen, met als doel het verhogen van de efficiëntie en het verbeteren van de transparantie van de ziekenhuisactiviteiten.

Dit instrument werd begin jaren '70 gecreëerd door Robert B. Fetter en John D. Thompson van de Universiteit van Yale, met de steun van de voormalige Health Care Financing Administration (HCFA), nu bekend onder de naam Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Het initiatief werd voor het eerst geïmplementeerd in New Jersey in 1980 onder impuls van de gezondheidscommissaris van New Jersey, Joanne Finley.

Dit proefproject werd uitgevoerd met een klein aantal ziekenhuizen, verdeeld in drie groepen volgens hun budgettaire posities vóór invoering van de betaling per DRG:

- Ziekenhuizen met overschot
- Ziekenhuizen met een break-even punt bereikend
- Verlieslatende ziekenhuizen

Dit proefproject duurde vervolgens drie jaar en na verloop van tijd hebben de andere ziekenhuizen van New Jersey zich aangesloten tot dit initiatief.

Dit proefproject werd opgezet om het aandeel van de ziekenhuisopbrengsten uit het budget van het Medicare-programma te beperken.

Al in 1982 keurde het Amerikaans congres de Tax Equity and Fiscal Responsibility Act goed, met bepalingen om de Medicare-betaling te hervormen, maar het duurde nog tot 1983 voordat een amendement de DRG's in het Medicare-systeem opnam.

Het systeem werd vervolgens uitgebreid naar het hele land, beginnend met de staat New York, die in 1987 een wet goedkeurde die gebaseerd was op de betalingen per DRG voor het geheel van de "Non-Medicare" patiënten. Na een evaluatie door het gezondheidsdepartement van de staat New York, bleek dat het systeem niet aangepast was voor deze populatie. Wijzigingen werden ontwikkeld om deze populatie toe te laten, wat leidde tot het *"All Patient Refined Diagnosis Related Groups"* systeem (APR-DRG systeem). Dit systeem liet eveneens toe om er transplantaties, verloskundige zorgen met een hoog risico, voedingsstoornissen en kindergeneeskunde in op te nemen.

De volledige historiek vanaf het ontwerp van het model, alsook alle classificatieregels en de toepassing op de ontslaggegevens van de patiënten, kunnen geconsulteerd worden in de CMS DRG Definitions Manual. Deze classificatie kent regelmatig wijzigingen, waarvan de laatste versie (nr. 37) dateert van oktober 2019.

Zoals we zullen vaststellen in het huidige rapport, heeft het systeem zich vervolgens progressief geïmplementeerd in vele landen, door het risico over te dragen naar de zorgverleners en door zich aan te passen aan het specifiek karakter van elk land.

1. Financieringen die een breuklijn vormen

Een aanvankelijk relatief eenvoudig concept met veel verwachte voordelen, maar dat ook ongewenste effecten met zich kan meebrengen

Het basisidee van de DRG's is eenvoudig: het is te verwachten dat gevallen binnen dezelfde DRG een soortgelijk klinisch verloop kennen en daarom homogene diagnostische en behandelingskosten met zich meebrengen. De twee belangrijkste kenmerken voor het ontwerpen van een op DRG gebaseerd financieringssysteem zijn:

1. Een volledig classificatiesysteem van de patiënten (m.a.w. Het DRG-systeem)
2. De betalingsformule, gebaseerd op een tarief/prijs vermenigvuldigd met een specifiek relatief gewicht voor elke DRG. Hoewel in elk land de prijs en de kost per DRG met elkaar verbonden zijn, gebruiken de landen verschillende methoden om de prijs te berekenen. De voornaamste verschillen omvatten de gebruikte gegevensbronnen voor de kosten, de definitie van outliers en de vraag of de kosten rechtstreeks omgezet worden in prijzen of in een weging van **kosten**. Wat dit laatste betreft, is er gewoonlijk een doelbewuste scheiding tussen de prijzen en de onderliggende kosteninformatie waarop ze gebaseerd zijn: de kosteninformatie wordt een wegingssysteem, veeleer van prijzen rechtstreeks in monetaire eenheden uit te drukken.

Dit type van mogelijk betalingssysteem, gebaseerd op het theoretische model van benchmarking, zet ziekenhuizen ertoe aan om de inzet van hun middelen te verbeteren en de organisatie van de gezondheidszorg te optimaliseren met het oog op een hogere efficiëntie.

Voor zover deze veranderingen het klinische proces en het beheren van ziektegevallen verbeteren, draagt dit bij om de kwaliteit van de zorg te verhogen.

Echter, zoals bij elke vorm van betaling, kunnen betalingen per DRG ongewenst gedrag van verstrekkers veroorzaken. Deze negatieve effecten zijn in de literatuur ruim beschreven. Patiëntselectie, overcodering van ernstniveaus en vroegtijdig ontslag van patiënten zijn opportunistische handelswijzen die vaak in de literatuur worden vermeld en die gevolgen kunnen hebben op de kwaliteit van de zorg.

Bovendien kan ook de gewenste efficiëntie in het gedrang komen, aangezien ziekenhuizen, om de inkomsten te maximaliseren, onverantwoorde activiteiten kunnen verhogen en de "case mix" kunnen veranderen door bepaalde activiteiten die niet winstgevend zijn, op te geven.

Ondanks gemeenschappelijke basisprincipes kunnen de op DRG gebaseerde betalingsmodellen in hun architectuur en implementatie sterk van land tot land verschillen.

1. Financieringen die een breuklijn vormen

Een echte breuklijn in de financieringslogica door risico's over te dragen aan de zorgverleners...

De overdracht en/of verdeling van de risico's kan worden bekomen door middel van verschillende financieringsinstrumenten en forfaitariseringsystemen, en meer bepaald door middel van het DRG-systeem dat het meest verspreid is in onze regio van de wereld. Immers, dit prospectief betalingssysteem is gebaseerd op de medische activiteit die uitgevoerd wordt door de gezondheidsinstellingen en op de kosten die aan elk verblijf verbonden zijn, de zogenaamde "cost-based". Het houdt rekening met de diversiteit van de klinische gevallen, de zogenaamde "case mix". De toepassingsmodaliteiten zijn verschillend van land tot land en er bestaan over het algemeen bijkomende financieringen voor onderwijs, onderzoek, kwetsbare groepen, enz. Maar het oorspronkelijke idee is dat de totale jaarlijkse inkomsten worden verkregen door de prijs van elk verblijf dat in een diagnostische groep is ingedeeld, ongeacht de daadwerkelijk verleende zorg, te vermenigvuldigen met het aantal jaarlijks behandelde gevallen. De instelling neemt dan ook het risico op zich dat haar budget wordt overschreden in verhouding tot de inkomsten uit haar activiteiten, in plaats van dat haar kosten eenvoudigweg door de ziektekostenverzekering worden vergoed.

In 2007 omschreef de auteur Rick Mayes, professor openbare politiek aan het departement politieke wetenschappen van de Universiteit van Richmond, het fenomeen DRG als volgt:

"... de belangrijkste wijziging in het gezondheidsbeleid sinds de overgang van Medicare naar Medicaid in 1965, die grotendeels onopgemerkt voor het grote publiek heeft plaatsgevonden. Niettemin was de wijziging op zijn minst revolutionair. Voor het eerst nam de federale regering de overhand in haar financiële relaties met de ziekenhuissector."

Het nieuwe prospectieve betalingssysteem van Medicare met DRG veroorzaakte een verschuiving in het politieke en economische machtsevenwicht tussen de zorgverleners (ziekenhuizen en dokters) en degenen die ze betalen - macht die de verleners sedert meer dan een halve eeuw met succes hadden opgebouwd..."

In Europa werden op proces gebaseerde prospectieve betalingssystemen eind jaren '90 in een pilootfase ingevoerd. Vervolgens werden ze in het eerste decennium van de jaren 2000 veralgemeend. Zweden was in 1992 pionier met de invoering van de betaling per DRG, gevolgd door Finland in 1995, Oostenrijk in 1997, Portugal in 1998 en Denemarken in 2000. Het betalingssysteem per DRG werd tussen 2003 en 2005 ingevoerd in Engeland, Frankrijk, Duitsland, België en Nederland. Het laatste land dat de betaling per DRG aannam, was Zwitserland (2012).

Tabel 01. Introductie van de HRD-financiering in Europese landen.

	België	Verenigd Koninkrijk	Duitsland	Frankrijk	Nederland	Zwitserland
Introductie-jaar (*)	2002	2003	2003	2005	2005	2012
Gebruikt classificatiesysteem	APR DRG	Healthcare Resource Group (HRG)	German DRG (G-DRG)	Groupes Homogènes de Malades (GHM)	Diagnose Behandeling Combinaties (DBC)	Swiss DRG
Vorig betalings-systeem	Provisioneel budget en betaling per activiteit	Aangepast budget in functie van activiteiten	Aangepast budget in functie van activiteiten	Aangepast budget in functie van activiteiten	Aangepast budget in functie van activiteiten	Aangepast budget in functie van activiteiten

(*) Startdatum van de introductie. Dit kan mogelijk een proeffase zijn.

1. Financieringen die een breuklijn vormen

... maar met een risicodeling die verschilt per land

We merken echter op dat tussen de verschillende landen die een dergelijk systeem hebben ingevoerd, het niveau van risicodeling sterk verschilt is gezien het zeer variabel procentueel aandeel van de inkomsten van de acute ziekenhuizen dat aan het DRG-systeem is gekoppeld. Het aandeel van de betalingen per DRG in de ziekenhuisfinanciering is hoog: meer dan 60% van het ziekenhuisbudget in het Verenigd Koninkrijk en 80% in Duitsland, Frankrijk, Nederland en Portugal. De vergoeding per DRG omvat over het algemeen de hospitalisatiebehandelingen. De Europese systemen verschillen door het opnemen van bepaalde diensten in het systeem van de betaling per DRG: psychiatrie, spoeddienst, intensieve zorgen of revalidatie.

Tabel 02. Toepassingsgebied van de DRG-betalingssystemen voor ziekenhuizen in verschillende geselecteerde Europese landen.

	Oostenrijk	Verenigd Koninkrijk	Frankrijk	Duitsland	Portugal	Nederland	Zwitserland
% ziekenhuiskosten gefinancierd door de DRG's	≈ 96%	≈ 60%	≈ 80%	≈ 80%	≈ 80%	≈ 84%	NA
Prestaties gedekt door de DRG's							
Ziekenhuisopname	X	X	X	X	X	X	X
Daghospitalisatie	X	X	X	X	X	X	X
Ambulante zorg	X	X	X	X	X	X	X
Niet gedekt door de DRG's							
Psychiatrie	X	X		X			
Revalidatie	X		X				X
Intensieve zorgen	X		X				
Spoeddiensten			X				
Onderwijs	X	X	X	X	X	X	X
Onderzoek	X	X	X	X	X	X	X
Investering	X			X			
Dure geneesmiddelen				X		X	X

1. Financieringen die een breuklijn vormen

Tarieven die berekend worden op basis van een steekproef van verschillende instellingen volgens elk land en die voorbereidende maatregelen vergen vóór de invoering van het systeem.

De invoering van de betaling per DRG in de Europese landen vereiste de veralgemening van geavanceerde kostenberekeningssystemen om de gemiddelde kost per patiëntengroep te bepalen. Hiertoe diende elk land twee maatregelen door te voeren:

- Een gedeeld model van analytische boekhouding gebaseerd op de "case mix". Een dergelijk model wordt momenteel niet gebruikt in België.
- Een steekproef van ziekenhuizen op nationaal niveau voor de berekening van de gemiddelde kosten per patiëntengroep.

Wat de analytische boekhouding betreft, is de meest gebruikelijke situatie in Europa hiervoor het bestaan van een nationale gids. Dit is onder andere het geval in Frankrijk, Duitsland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Portugal.

Desondanks is het in de meeste landen niet verplicht om een analytische boekhouding te hebben in elk ziekenhuis, hoewel dergelijke boekhouding ruim ontwikkeld is.

De steekproef van ziekenhuizen die in elk land gebruikt wordt voor het bepalen van de gemiddelde kosten per patiëntengroep is niet vergelijkbaar en varieert van 8% tot 9% van alle ziekenhuizen in Oostenrijk en Frankrijk, en tot 100% in het Verenigd Koninkrijk. Een gemeenschappelijk element is dat er telkens een decalage is tussen de database voor het berekenen van de gemiddelde kosten en het lopende jaar. Normaal gesproken wordt de gemiddelde kost voor het vaststellen van de prijs per DRG gehaald uit een database die al 2 tot 3 jaar oud is.

Tabel 03. Steekproef van ziekenhuizen die gebruikt werd voor de berekening van het tariefgemiddelde per DRG-groep

Land	Steekproef van instellingen	% van totaal
Oostenrijk	20	8%
Verenigd Koninkrijk	Alle	100%
Finland	5	30%
Frankrijk	99	9%
Duitsland	296*	15%
Nederland	15-25	24%
Zwitserland	175	62%

* Vanaf 2020, zullen 60 nieuwe instellingen deelnemen aan de berekening van het tarief.

De steekproeven zijn variabel, maar er wordt vaak een sterke overeenkomst waargenomen in het relatieve gewicht van de activiteit van elke instelling, met betrekking tot de activiteit die 80% van de totale activiteit uitmaakt.

1. Financieringen die een breuklijn vormen

Het "All-in" DRG-systeem heeft niettemin zijn beperkingen, wat de landen er vandaag toe aanzet zich open te stellen voor nieuwe vormen van financiering.

De invoering en het gebruik van DRG's geeft soms, en met name in onze Europese landen, aanleiding tot verschillende problemen die het gebruik ervan beperken en die nauwelijks verenigbaar zijn met de bedoeling tot "rationalisering" die aan de basis lag van de implementatie.

1. Het ontwerp van DRG's gaat terug naar een periode, de jaren '70, toen de centrale missie van het ziekenhuis de klassieke behandeling in hospitalisatie was, deze vertegenwoordigde een groot deel van de ziekenhuisactiviteit. Tegenwoordig is de zorg sterk geëvolueerd naar een ambulante behandeling.
2. De DRG dient opgevat te worden als een ziekenhuisgerichte logica en beperkt zich tot de ziekenhuiswereld, zonder rekening te houden met de rest van het traject van de patiënt buiten de muren van het ziekenhuis. Het DRG-systeem dient geconcipieerd te worden binnen een bredere visie van de patiëntenzorg, bij gebrek hieraan wordt de coördinatie van de zorg tussen de verschillende actoren niet bevorderd.
3. De DRG's veroorzaken ongewenste effecten die niet altijd in overeenstemming zijn met de initiële opzet tot rationalisatie. De DRG kan in tegenstelling leiden tot een verhoging van de activiteit:
 - Evenwel, in tegenstelling tot de Verenigde Staten, die hun gezondheidssysteem grondig hebben geliberaliseerd, wat aanleiding kan geven tot overconsumptie van de zorg, zijn de budgetten voor de ziektekostenverzekeringen in onze landen over het algemeen vastgelegd.
 - Sommige instellingen kunnen zich aangespoord weten tot overcodering, waarbij diagnostische codes worden vermeerderd, niet noodzakelijkerwijs in overeenstemming met de klinische context van de patiënten, met als bedoeling een langer verblijf te rechtvaardigen en bijgevolg een groter bedrag te innen. Tot slot, kunnen ze zich ook aangespoord weten om de patiënten te selecteren waarbij ze een groter bedrag zouden kunnen krijgen. Deze ongewenste effecten hebben er daarom toe geleid dat er binnen de regelgeving nieuwe methoden zijn ontwikkeld voor een betere opvolging en controle.
4. Er kunnen soms discussies zijn over de verdelingsregels van de kostenweging, dat het relatieve gemiddelde verbruik van de middelen van een DRG moet vertegenwoordigen, d.w.z. de vergoedingsbasis voor ziekenhuizen voor de zorg van gehospitaliseerde patiënten. Soms wordt het zelfs aan de kaak gesteld als een willekeurige toewijzing van middelen aan DRG's die het meeste inkomen genereren versus aan de anderen.

De invoering en het gebruik van DRG's kunnen daarom tot bepaalde limieten leiden, en daarom beschouwen tegenwoordig de gezondheidsstelsels die deze hervorming hebben doorgevoerd het als een eerste stap en ontwikkelen ze nieuwe financieringsmethoden met een aanpak die meer gericht is op "Patient Centered Care".

1. Financieringen die een breuklijn vormen

Nieuwe vormen van financiering, naast het DRG-systeem of per activiteit, blijven het niveau van risico-overdracht naar zorgverleners verhogen

Er bestaan andere mogelijkheden om zorgverleners te vergoeden dan de traditionele vergoeding per prestatie. Twee van deze mogelijkheden met telkens een andere gegroepeerde betalingsmethode, zijn enerzijds de betaling van het type "bundled payments" en anderzijds de per capita-betaling. De DRG richt zich alleen op het ziekenhuisgedeelte, terwijl de "bundled payments" zich toespitsten op de instroom en uitstroom van haar financiering.

De groepering creëert duurzame incentives voor de coördinatie van alle gezondheidsactoren en voor het opstellen van een aanbod met een duidelijke 'Patient Centered Care'-oriëntatie. In dit verband moeten zorgverleners met elkaar afstemmen over alle stadia van de patiëntenzorg, wat leidt tot een betere systeemefficiëntie, lagere kosten en verbeterde kwaliteit, met name door lagere complicatiegraad en minder heropnames en spoedopnames. Afhankelijk van de mate van maturiteit bevorderen deze financieringsmethoden ook de integratie van preventiestrategieën. Deze evoluties van de financieringsmethoden kenmerken zich onder andere door een overdracht van de risico's naar de zorgverleners.

Afbeelding 01. Niveau van risico-overdracht van de financieringsmethoden

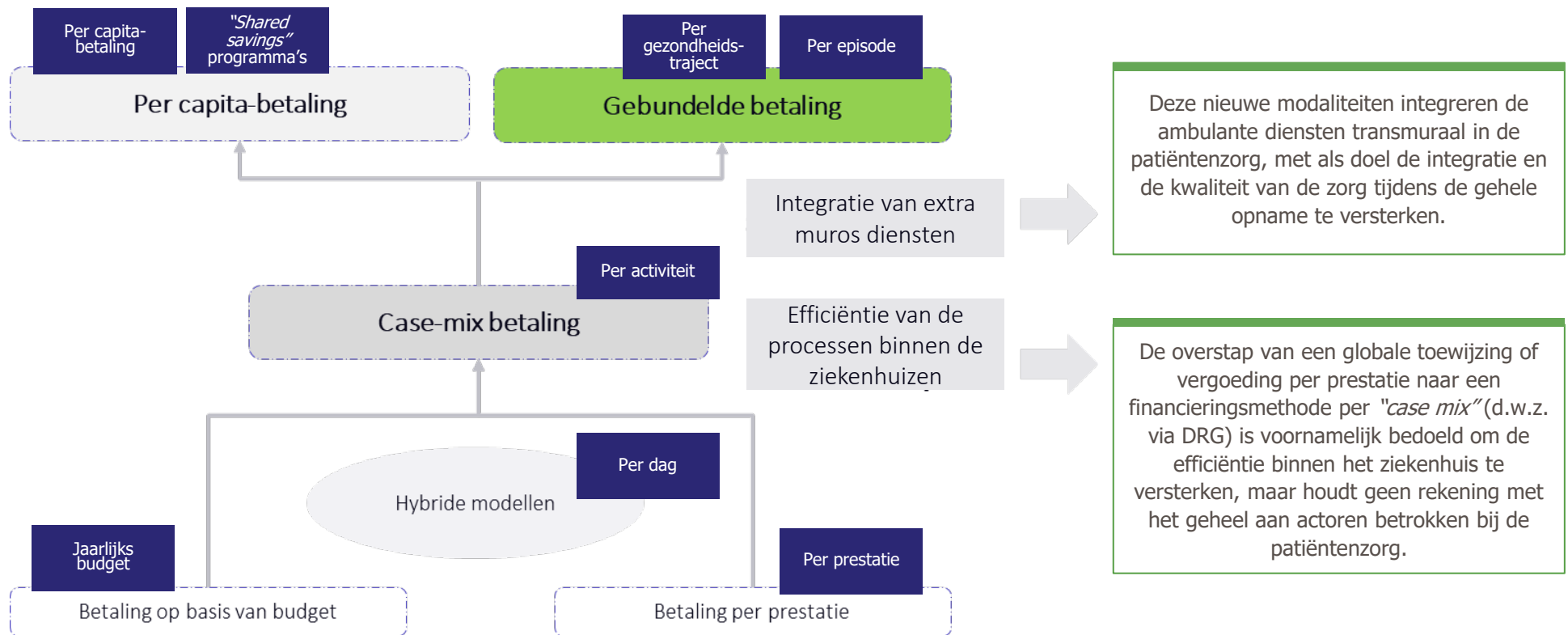


Bron: Antares Consulting

1. Financieringen die een breuklijn vormen

Nieuwe vormen van financiering (per capita-betaling of "bundled payments") richten zich op de coördinatie en de kwaliteit van de zorg gedurende het gehele traject van de patiënten, naar en van het ziekenhuis

Afbeelding 02. Ontwikkeling van de verschillende modellen



Bron: Antares Consulting

1. Financieringen die een breuklijn vormen

De per capita-betaling is een systeem dat het risico sterk overdraagt op de zorgverlener, met als doel het versterken van het zorgaanbod door alle actoren aan te moedigen en vermijdbare prestaties te verminderen, door alle zorgen voor een gegeven bevolkingsgroep in te sluiten

De per capita-systemen:

De per capita-betaling is een forfaitaire vergoeding voor een patiënt voor een gegeven periode, bijvoorbeeld één jaar. Deze vergoeding is forfaitair en wordt gestort ongeacht of de zieke een of meerdere keren of helemaal geen beroep doet op het gezondheidssysteem. Het forfaitniveau voor elke patiënt wordt aangepast aan zijn klinische kenmerken en aan zijn leeftijd. In dit model is de ontwikkeling van de preventie een sleutelement.

In de Verenigde Staten kunnen we het voorbeeld vermelden van het "Program of All-Inclusive Care for the Elderly" (PACE), dat een volledig scala aan beroepsbeoefenaars samenbrengt binnen een zogenaamd "PACE-center" teneinde de integratie van het zorgaanbod te waarborgen voor oudere en zwakke patiënten die lid zijn. Deze centra bestaan over het algemeen uit een dag gezondheidscentrum, artspraktijken, verpleegkundige zorg, sociale diensten en revalidatiediensten en beschikken over een eigen administratieve omkadering. De PACE-programma's leveren hoogstaande preventieve diensten. Ze zorgen voor patiënten met de volgende hoofdkenmerken:

- Ze zijn ouder dan 55 jaar
- Ze wonen in een gebied dat bediend wordt door een PACE (er waren 239 centra in 2017, verdeeld over 31 staten)
- Ze hebben een nood aan verpleegzorg
- Ze zijn in staat om veilig te leven binnen de gemeenschap

PACE's werken dus op basis van een per capita-systeem. PACE's worden op vaste basis per lid en per maand vergoed en zijn, in ruil voor deze vaste betaling, verantwoordelijk voor het verlenen van alle gezondheidsdiensten, inclusief vervoer. De zorgverlener neemt het risico op zich de per capita-betaling te overschrijden, wat hem aanmoedigt om onnodige zorg te verminderen en de kwaliteit van de zorg en preventie te versterken.

Deze maandelijkse per capita-betaling wordt rechtstreeks verzekerd door Medicare en Medicaid. Patiënten die niet in aanmerking komen voor Medicaid betalen zelf.

De per capita-uitkomst voor Medicare is aangepast aan de kwetsbaarheid van de PACE-ingeschrevene. Ongeveer 99% van de ingeschrevene zijn Medicaid-gecertificeerd en ongeveer 90% komt in aanmerking voor zowel Medicare als Medicaid.



1. Financieringen die een breuklijn vormen

Per capita-betaling, een financieringsmethode die limieten kent en die niet noodzakelijk aangepast is aan de eigenheden van de Belgische gezondheidszorg

Een systeem dat zijn limieten kent...

In juli 2016 publiceerden de professoren Michael E. Porter en Robert S. Kaplan van de Universiteit van Harvard een opiniestuk in de Harvard Business Review dat de per capita-financieringsmethoden op de korrel nam. In het opiniestuk pleitten ze voor de ontwikkeling van een financiering van het type "*bundled payments*". Ze benadrukten alle beperkingen van het ene en de voordelen van het andere systeem. We citeren:

« Capitation is not the solution. It entrenches large existing systems, eliminates patient choice, promotes more consolidation, limits competition, and perpetuates the lack of provider accountability for outcomes. It will fail again to drive true innovation in health care delivery. »

« Capitation might seem simple, but given highly heterogeneous populations and continual turnover of patients and physicians, it is actually harder to implement, risk-adjust, and manage to deliver improved care. Bundled payments, in contrast, are a direct and intuitive way to pay clinical teams for delivering value, condition by condition. They put accountability where it should be—on outcomes that matter to patients. This way to pay for health care is working, and expanding rapidly. »

**Harvard
Business
Review**

...en is niet overdraagbaar in België

België is een land dat zich kenmerkt door een kleine oppervlakte en een traditioneel sterke geografische mobiliteit van de patiënten.

Deze patiënten zijn zeer autonoom in het kiezen van de locatie van hun zorg, met een sterk regionaal bepaalde culturele component. Deze verschillende aspecten bemoeilijken de ontwikkeling van een per capita financieringsmethode.

Bovendien, dient er opgemerkt te worden dat de financieringssysteem per capita zich ontwikkelen wanneer de gemeenschappelijke gezondheid van het land sterk verankerd is, wat niet het geval is in België.

De ontwikkeling van een per capita-systeem in België zou leiden tot het oprichten van een complex systeem waarbij de centra verplicht naar elkaar zouden door factureren.

Ten slotte moet worden opgemerkt dat het moeilijk zou zijn om de huidige actoren FOD Volksgezondheid, RIZIV en mutualiteiten naast elkaar te laten bestaan in een per capita-logica.

1. Financieringen die een breuklijn vormen

"Bundled payments", een alternatief ontwikkelingspad voor per capita-betaling, is een evolutie die vertrekt van DRG's en waarbij er twee modellen zijn

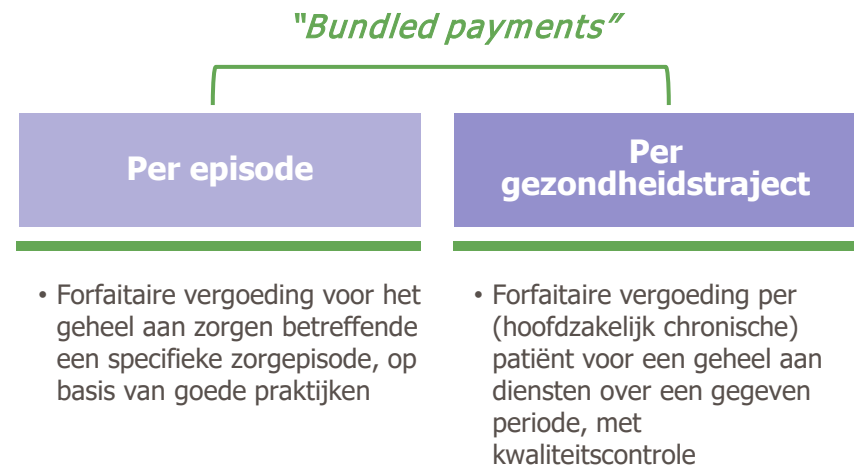
Met een beperkter maar tegelijkertijd gerichter toepassingsgebied integreren de *"bundled payments"* in één enkele betaling alle verstrekte zorg voor een bepaalde pathologie, waardoor de integratie en het bereiken van vooraf gedefinieerde resultaten worden bevorderd. De verschuiving van blok- of budgetbetalingen naar "op episode gebaseerde" betalingen voor een of meer zorgverleners betekent een stap in de richting van een meer gecoördineerde aanpak, waarbij hetzelfde klinische verloop van het zorgpad wordt aangemoedigd. De voorstanders van dergelijke betalingssystemen merken op dat ze bijzonder efficiënt zijn voor het behandelen van chronische ziekten.

Nederland heeft dit systeem in 2010 ingevoerd voor de behandeling van diabetes, chronisch obstructief longlijden (COPD) en voor het beheersen van het vasculair risico. In Duitsland hebben verzekeraars sinds 2010 de mogelijkheid om met meerdere zorgverleners over geïntegreerde contracten te onderhandelen.

In het Verenigd Koninkrijk laat, naast de bovengenoemde prestatievergoeding initiatieven voor eerstelijnsartsen (Quality of Outcomes Framework QOF) en specialisten (Best Practice Tariffs BPT), het in 2009 geïmplementeerd CQUIN-initiatief (Commissioning for Quality and Innovation) kopers van gezondheidsdiensten toe een deel van de betaling te koppelen aan het bereiken van kwaliteits- en verbeterdoelstellingen. Tegelijkertijd biedt het NHS *"Right Care"* initiatief een methodologie voor variabiliteitsanalyse die toelaat de verbeterpunten te identificeren.

Voorwaarde voor dit type betalingssysteem is dat de leverancier alle betrokken zorgactoren controleert. Opdat een organisatie de verantwoordelijkheid kan opnemen gepaard gaande met het ontvangen van een *"bundled payment"*, dient zij de controle te hebben over het hele zorgteam en het hele proces.

We maken het onderscheid tussen twee types *"bundled payment"*: per episode en per traject.



1. Financieringen die een breuklijn vormen

"Bundled payments", een alternatief voor per capita-betaling: per episode, naar het voorbeeld van artikel 51 in Frankrijk

"Bundled payment" per zorgspecifieke episode:

Het algemene principe is dat er voor een zorgepisode een globale forfaitaire vergoeding wordt toegekend voor alle verschillende actoren die betrokken zijn bij de behandeling van een pathologie of een bepaald zorgaanbod in een gezondheidsinstelling of in de eerste lijn. Deze actoren zijn gegroepeerd en gaan met elkaar contracten aan voor het beheer van de gehele zorgepisode. Dit forfaitaire bedrag dient de onnodige prestaties en diensten te beperken en de coördinatie tussen beroepsbeoefenaars te versterken.

In Frankrijk laat artikel 51 van de wet op de financiering van de sociale zekerheid 2018 toe te experimenteren met nieuwe gezondheidsorganisaties die gebaseerd zijn op nieuwe financieringsmethoden. Deze experimenten zijn momenteel lopende met een geïntegreerde betaling per zorgepisode voor relatief gestandaardiseerde chirurgische zorgen, met sterke coördinatie-uitdagingen tussen de eerste lijn en het ziekenhuis:

- Colectomie voor kanker;
- Totale heupprothese;
- Totale knieprothese.

Het gaat erom een financiering per zorgepisode te voorzien die overeenkomt met de verwachte kosten voor een welbepaald dienstenpakket (ziekenhuis en meerdere actoren in de eerste lijn) met een collectieve vergoeding voor de multidisciplinaire uitoefening (collectieve betaling aan de patiënt en/of aan sequentie van de zorg of per pathologie), of de mogelijkheid van een collectieve vergoeding als alternatief voor een deel van hun klassieke conventionele vergoeding. Deze vergoedingsmethode maakt het mogelijk om preventieactiviteiten te valoriseren en een logica van zorgverantwoordelijkheid voor de bevolking in eerste instantie aan te moedigen.

Frankrijk, een land dat 12 jaar geleden is begonnen met een DRG financieringssysteem dat van toepassing is op alle ziekenhuisinkomsten, schakelt vandaag via de experimenten van artikel 51 over naar een systeem van *"bundled payments"*.



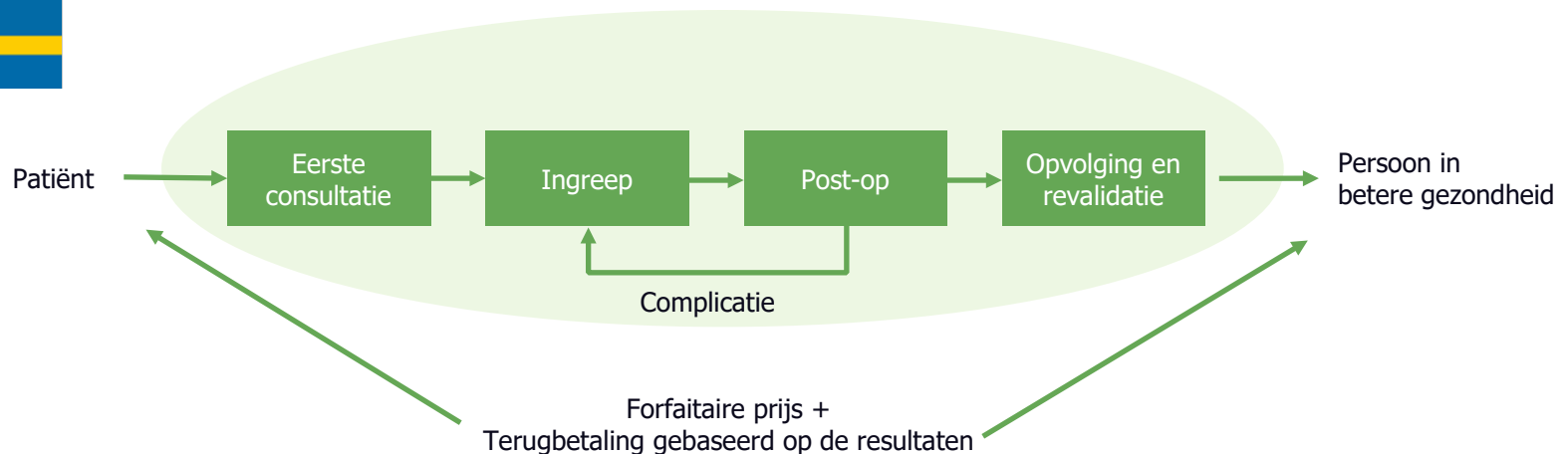
1. Financieringen die een breuklijn vormen

"Bundled payments", een alternatief voor per capita-betaling: per gezondheidstraject naar het voorbeeld van *"OrthoChoice"* in Zweden

"Bundled payment" per gezondheidstraject:

Het principe is hetzelfde als voor de betaling per episode voor specifieke zorgen, m.a.w. er is een globale forfaitaire vergoeding, maar deze heeft betrekking op een bepaalde periode. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de behandeling van chronische ziekten, met een jaarlijkse forfaitaire vergoeding. Dit forfaitair bedrag moet ook bijdragen tot een verbetering van het patiëntentraject, de efficiëntie van het gezondheidssysteem, de toegang tot de zorg of de pertinentie van het voorschrijven van gezondheidsproducten. We kunnen als voorbeeld *"OrthoChoice"* citeren, dat in 2009 in Zweden werd ingevoerd. Het is een betalingsmechanisme per episode rond heup en knie vervangende chirurgie, met een garantie vanwege de zorgverstrekker gedurende 2 tot 5 jaar na de ingreep en opvolging en kwaliteitscontrole. Dit systeem werd in 2013 uitgebreid tot de wervelkolomchirurgie door een forfaitaire vergoeding te betalen voor een behandeling met garantie in geval van complicaties.

Afbeelding 03. Financieringsprincipe van *"OrthoChoice"* in Zweden voor wervelkolomchirurgie



Alternatieven voor "bundled payments" en per capita-betalingen

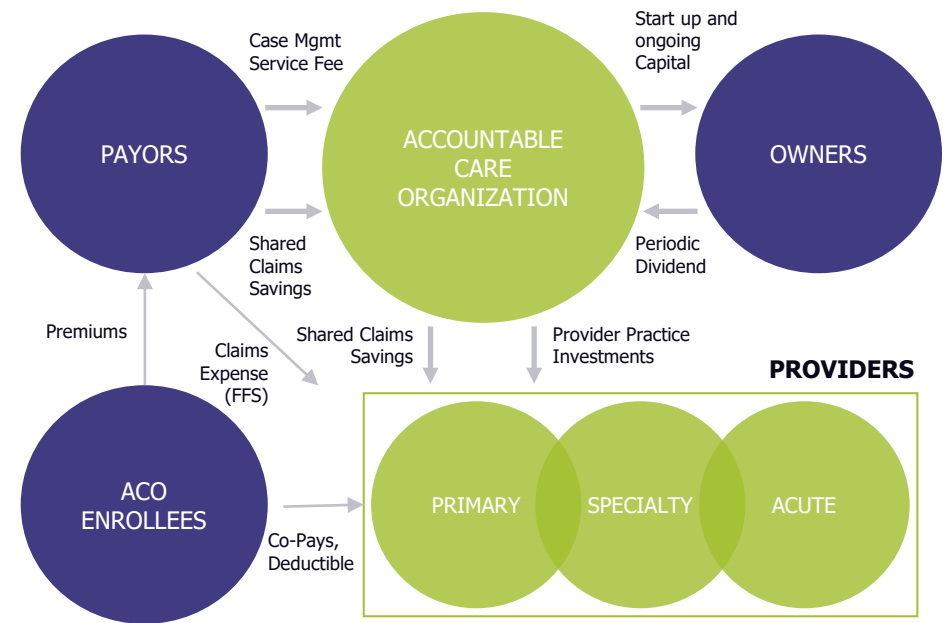
De "Shared Savings Programs":

Het principe betreft hier ook een forfaitaire betaling, gericht op een bepaalde bevolking en op de coördinatie binnen een territoriale benadering.

We kunnen als voorbeeld "Accountable Care Organization" (ACO) vermelden. Het gaat om een model van zorgorganisatie waar een zorgverlener (of meerdere zorgverleners) de verantwoordelijkheid neemt om een zorg te leveren aan een gehele populatie, gecoördineerd en met het perspectief om de onnodige uitgaven te beperken, namelijk door een onnodig gebruik van het ziekenhuis te vermijden.

Dit model ontwikkelt zich meer en meer in Europa waar de opkomst van het concept van de ACO's centraal staat, waaronder in het Verenigd Koninkrijk. In zijn agenda 'England's Five Year Forward View' uit 2014, besteedt de NHS een bijzondere aandacht aan een grotere integratie van de zorgverleners, met als doel een gezamenlijke dienst te verlenen aan de patiënten. De huidige regering ziet de ACO's als een manier om dit te bereiken, aangezien ACO's financieel gemotiveerd worden om de patiënten zo snel mogelijk naar andere/alternatieve zorgvormen over te brengen om op deze manier het gebruik van de vaste vergoeding die ze voor dit zorgaanbod ontvangen te optimaliseren. In juli 2017 kondigde de NHS dat acht gezondheidszones "Accountable Care Systems" (voorlopers van ACO's) zouden worden.

Afbeelding 04. Modellering tussen de verschillende actoren binnen het ACO-model



De financiering van ACO's vereist een gemeenschappelijke organisatorische, juridische en wettelijke structuur onder de verschillende actoren die de toegangspoort vormt tot de financiering. Dit gecentraliseerd financieringsmodel is een hefboom ter versterking van de integratie van de zorg tussen het ziekenhuis en actoren binnen de eerste lijn.

1. Financieringen die een breuklijn vormen

Vandaag zouden deze nieuwe financieringsmodaliteiten ("*bundled payments*" of per capita-betalingen) hefbomen moeten zijn voor het structureren van de gezondheidstrajecten en de behandeling van zorgepisoden met als doel deze te oriënteren naar "*Value-Based HealthCare*".

Het concept "*Value-Based HealthCare*" (beter bekend onder het acroniem VBHC) bestaat reeds een tiental jaren. De belangrijkste bijdrage van dit concept komt erop neer dat de zorgverlening wordt gericht op de activiteiten die de best mogelijke resultaten opleveren op het gebied van gezondheid (de "*outcomes*"), d.w.z. het meest pertinent voor de patiënt en voor elke gedane uitgave.

Van oudsher heeft de geneeskunde elke afzonderlijke zorghandeling als basis genomen en heeft het de effectiviteit, efficiëntie en kosten-batenverhouding ervan ingeschat. *Evidence-based medicine* (EBM) is gebaseerd op die zelfde principes, aangevuld met een economisch perspectief ten aanzien van de gezondheidsthema's. Meer recent is er sterk de nadruk gelegd op de veiligheid van zogenaamde gezondheidshandelingen, evenals op de relevantie of consistentie van elke zorghandeling ("*right care movement*"). De VBHC-aanpak, daarentegen, benadrukt het globale resultaat van het gehele zorgproces dat aan personen of patiënten wordt aangeboden (gedeeltelijk of volledig herstel van de gezondheidstoestand, het proces van revalidatie en stabiliteit van de gezondheidstoestand eenmaal hersteld) in verhouding tot de geleverde inspanningen (geheel aan kosten die zijn gemaakt om deze resultaten te bereiken).

De instrumenten waarmee de verschillende actoren op één lijn kunnen worden gebracht met de geboden waarde, kunnen worden ingedeeld naargelang ze gericht zijn op beroepsbeoefenaars of gezondheidsorganisaties. Deze instrumenten kunnen economische of niet-economische incentives genereren.

Als het gaat om het afstemmen van organisaties en beroepsbeoefenaars op waarde als doelstelling, ontstaat nagenoeg spontaan de mogelijkheid van de financiële incentives gekoppeld aan waarde. De afstemming van organisaties, centra en beroepsbeoefenaars op alleen economische incentives is evenwel een nogal simplistische visie. Het is evident dat economische incentives een krachtig instrument zijn om veranderingen teweeg te brengen in de oriëntatie van organisaties en beroepsbeoefenaars. Het afstemmen van de vergoedingen op de waarde, belooft beroepsbeoefenaars en organisaties voor de efficiëntie waarmee ze goede resultaten bekomen en bevordert tegelijkertijd de verantwoordelijkheid voor het verlenen van kwaliteitsvolle zorg.

Het zijn evenwel beperkte en risicovolle instrumenten: de nadelige effecten van economische incentives zijn goed gekend (bijvoorbeeld discriminerende selectie van de patiënten) en ze kunnen een krachtige stimulans vormen voor het 'bespelen' of manipuleren van de informatie waarop de incentives zijn gebaseerd.

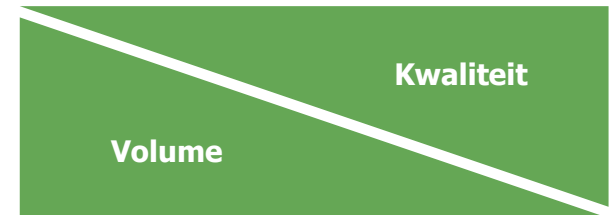
Een oefening in realiteitszin is nodig om de bestaande instrumenten te combineren met de algemene afstemming onder de zorgverleners. Opdat een stimulerend instrument zou werken is het essentieel dat de hele cultuur van de organisatie gericht is op waarde.

Uitgaande van het bestaan van een cultuur, waarbij excellentie in de organisatie bestaat, moeten we nadenken over de systemen van variabele vergoeding, die bijdragen tot het behalen en consolideren van resultaten.

1. Financieringen die een breuklijn vormen

De belangrijkste conclusies die we kunnen trekken uit veranderende trends

- 1 De nieuwe financieringsmodaliteiten die de afgelopen jaren zijn ontstaan, zijn gebaseerd op een logica die het risico sterk bij de zorgverlener legt, met als doel een versterking van het zorgaanbod door een integratie van actoren aan te moedigen en de vermijdbare handelingen te verminderen.
- 2 Deze risico-overdracht naar zorgverleners betekent dat alle zorgaanbieders over alle zorgfasen onderling met elkaar moeten afstemmen en coördineren, wat leidt tot een betere efficiëntie van het systeem, lagere kosten en een verbetering van de kwaliteit. Afhankelijk van de mate van maturiteit, bevorderen deze financieringsmethoden ook de integratie van preventiestrategieën.
- 3 Deze nieuwe modaliteiten vormen een nieuwe logica waarbij goed doen primeert op het volume. Met andere woorden, openstaan voor het concept "Value Based HealthCare", wat toelaat de zorgverlening te richten op de activiteiten die de best mogelijke resultaten opleveren op het gebied van gezondheid, d.w.z. het meest pertinent voor een patiënt en voor elke gemaakte uitgave.



"From volume to value".

Deze financieringsmodaliteiten leiden naar een nieuw paradigma:

$$\text{Toegankelijkheid} \times \text{Effectiviteit} \times \text{Efficiëntie} \times \text{Patiëntenervaring} = \text{Waarde}$$

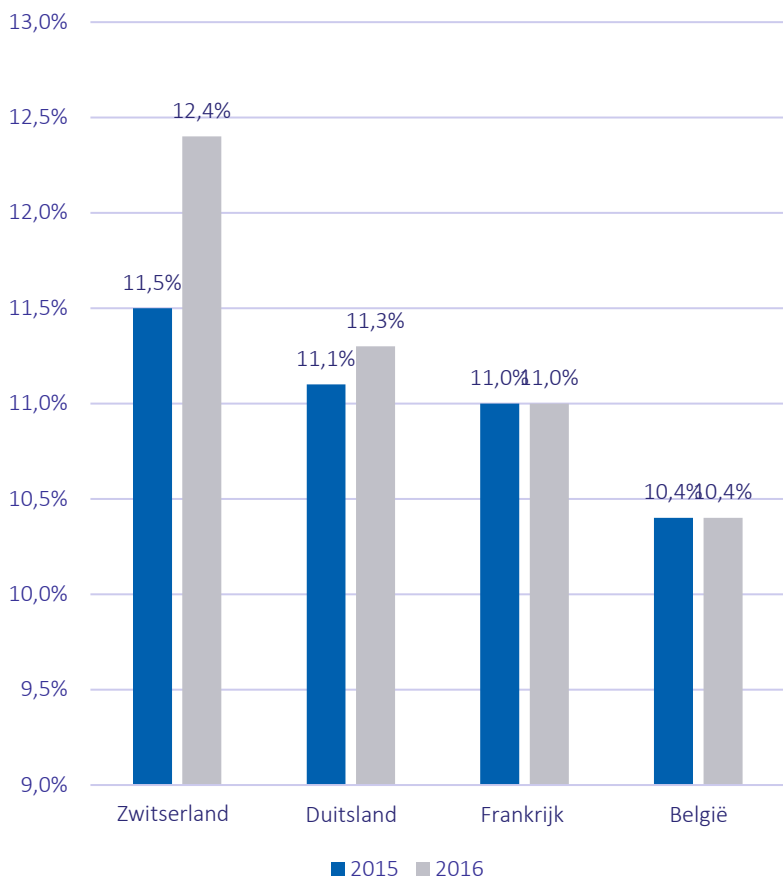
De huidige situatie in België

Een weinig stimulerend systeem gebaseerd op een compilatie van partiële wijzigingen die het systeem complexer maken, wat leidt tot een gebrek aan doorzichtigheid en budgetteringsproblemen voor de beheerders.

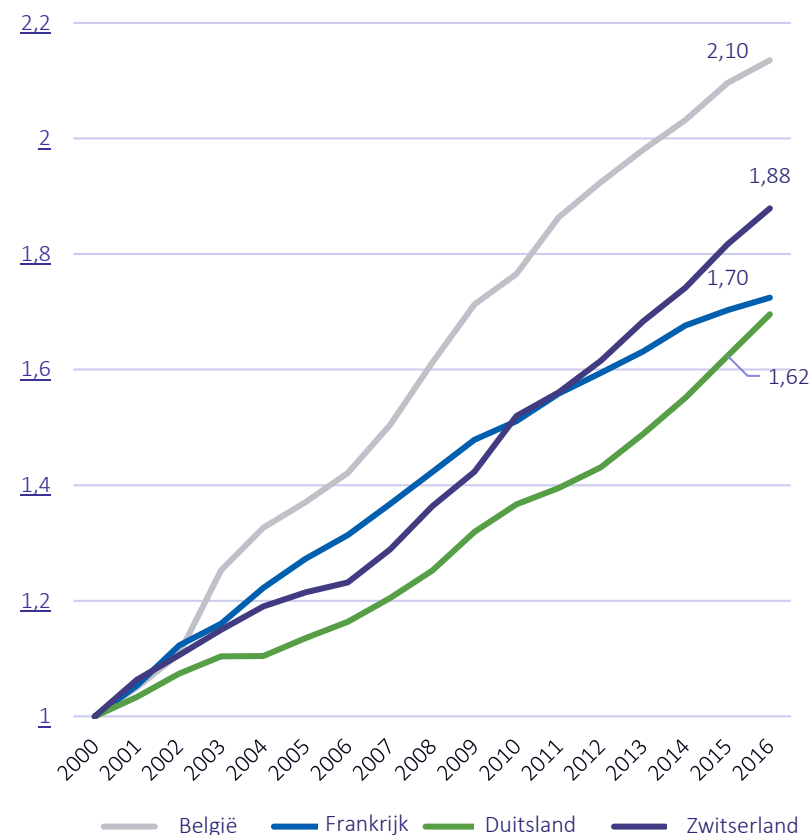
2. De huidige situatie in België

Vergeleken met de in dit rapport bestudeerde landen, is het aandeel van de gezondheidsuitgaven in het Belgisch BBP niet het hoogst, maar België kent de sterkste evolutie betreffende de gezondheidsuitgaven sinds de jaren 2000.

Grafiek 01. Gezondheidsuitgaven in 2015 en 2016 (in % BBP)



Grafiek 02. Cumulatieve evolutie van de gezondheidsuitgaven sinds 2000



2. De huidige situatie in België

Vier financieringsbronnen bepalen de omzet van de Belgische ziekenhuizen en dit zowel voor de openbare als de private non-profit organisaties. Een gebruik van DRG's dat sterk afwijkend is van het oorspronkelijke concept en het nut hiervan.

30% van de ziekenhuizen in België zijn openbaar en worden lokaal beheerd door de gemeenten en intergemeentelijke autoriteiten. De 70% resterend zijn privé (zonder winstgevend kenmerk) en allen zijn VZW's. Of ze nu openbare of privé non-profitorganisaties zijn, hun financiering is hoofdzakelijk gebaseerd op 4 grote delen, die hun omzet vertegenwoordigen:

1. Het Budget van Financiële Middelen (BFM), dat ongeveer 36% van de omzet van de instellingen vertegenwoordigt
2. De medische erelonen, die ongeveer 41% van de omzet van de instellingen vertegenwoordigen
3. De farmaceutische producten, die ongeveer 17% van de omzet van de instellingen vertegenwoordigen
4. De RIZIV forfaitaire bedragen en conventies, die ongeveer 4% van de omzet van de instellingen vertegenwoordigen.

Deze verschillende financieringsbronnen kenmerken de complexiteit van het huidig systeem, waarmee de beheerders geconfronteerd worden. Al deze bronnen volgen regels die zich met de jaren vermenigvuldigd hebben, waardoor het systeem weinig doorzichtig en moeilijk te begrijpen is voor de beheerders.

Het Belgisch systeem is een zeer hybride systeem wat betreft de financieringsbronnen en waarin de DRG's momenteel slecht een deel van de financiering bepalen. Er bestaat momenteel geen enkele juiste berekening, maar ze zouden 20 tot 30% van de totale inkomsten van een ziekenhuis vertegenwoordigen.

Dit systeem is het APR DRG-systeem, waarvan het algoritme zich baseert op de Amerikaanse gegevens maar haar huidig gebruik in het Belgisch systeem vertoont eigenaardigheden die het totaal vervreemdt van het inherent nut van de DRG's:

- De bekomen DRG's voor een bepaald jaar worden, 2 tot 3 jaar later, gebruikt als verdeelsleutel voor de budgetten tussen de ziekenhuizen.
- De DRG's worden enerzijds gebruikt voor de financiering van de BFM, de geneesmiddelen en de erelonen, maar met regels die verschillen van bron tot bron (uitzonderingsdefinitie, groepering van de ernst,...)
- Een belangrijk gebrek aan controle van de codering.

Tabel 04. Financieringsbronnen voor de Belgische ziekenhuizen

	Geaggregeerd Gem.%		Abs. Mil.€		Δ € abs
	2017	2018	2017	2018	
Bedrijfsopbrengsten	108,9	108,7	16.085	16.895	5
Omzet	100	100	14.774	15.543	5,2
BFM en inhaalbedragen	36,7	36,1	5.424	5.612	3,5
Forfaits	4,4	4,2	657	658	0,2
Farmaceutische producten	17,1	17,9	2.528	2.783	10,1
Erelonen	40,8	40,9	6.032	6.354	5,3
Supplementen en aanvullende opbr.	0,9	0,9	134	137	2,3
Andere bedrijfsopbrengsten	8,8	8,7	1.310	1.135	7,3

Bron: MAHA gegevens 2019

Het Budget van Financiële Middelen, een globaal budget met een prospectieve doelstelling, die voor de beheerder moeilijk te begrijpen is.

Het BFM bestaat uit een vaste globale federale enveloppe, die jaarlijks wordt herzien en die verdeeld wordt tussen de instellingen volgens gegevens uit het verleden. Laten we even herhalen wat het BFM dekt:

- Alle kosten die voortvloeien uit het verblijf van de patiënt in een gedeelde kamer
- Het verlenen van zorg aan de patiënt in het ziekenhuis, met inbegrip van dagchirurgie, en met uitzondering van de erelonen, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (implanteerbaar, invasief,...).
- De werkingskosten van de apotheek (gehospitaliseerde patiënten)
- Bepaalde medisch-technische diensten, zoals de NMR (Nucleaire magnetische resonantie), de radiotherapie en de Pet Scan sinds de 6^e staatshervorming gefinancierd door de gewesten.
- De infrastructuur van de zorgeenheden, de spoedgevallendienst, de bevallingsafdeling, de operatiekamer, de centrale sterilisatie en van de intensieve zorgen, sinds de 6^e staatshervorming gefinancierd door de gewesten.

Het bestaat, zoals afbeelding 5 aangeeft, uit 3 hoofddelen en verschillende onderdelen. Deze opsplitsing is uiterst complex om te begrijpen voor de beheerders, en we zullen hier niet verder op ingaan, aangezien het BFM niet het onderwerp van het rapport is en de literatuur het onderwerp reeds voldoende behandeld heeft.

Gebruik van APR DRG in het BFM : In het onderdeel B2 dat 41% van het BFM vertegenwoordigt, wordt het beschikbaar budget verdeeld onder de ziekenhuizen op basis van een puntensysteem. Deze punten worden grotendeels bepaald door het aantal "verantwoorde" bedden van het ziekenhuis. Dit aantal bedden is hoofdzakelijk gebaseerd op de nationale gemiddelde verblijfsduur geobserveerd door APR DRG.

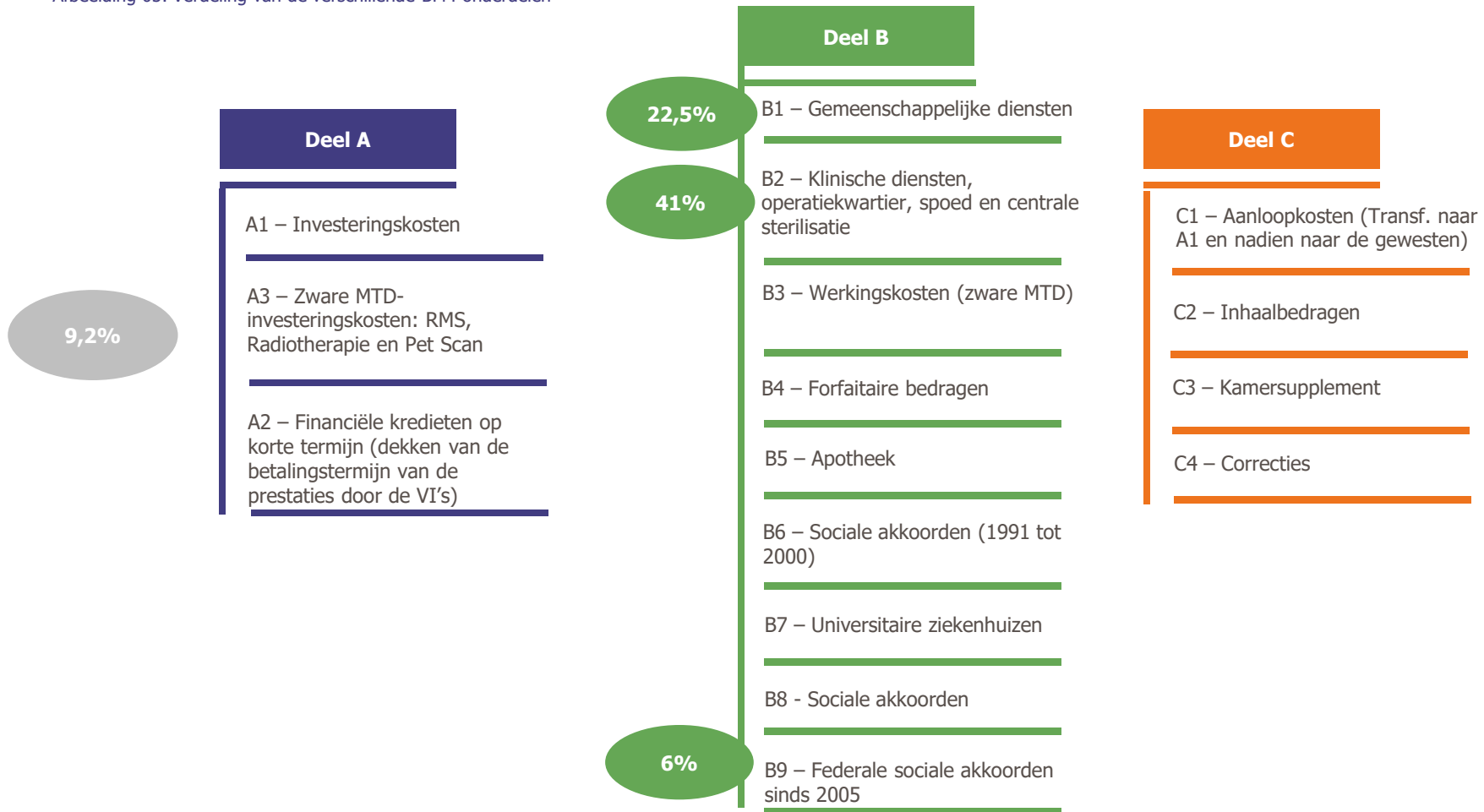
Hierbij bepaalt de keuze van de hoofddiagnose en de procedures de pathologiegroep, en de secundaire diagnoses de ernst, wat de noodzaak van een juiste codering aantoont.

Om de waarde van het punt te berekenen, wordt het nationaal beschikbaar budget gedeeld door de som van de punten voor elk ziekenhuis. Hoe hoger het aantal punten, hoe lager de waarde van het punt. Het budgetbedrag voor elk ziekenhuis is dus afhankelijk van de activiteiten van al de andere ziekenhuizen. Bovendien, is het globaal budget gebaseerd op de som van de individuele budgetten van het jaar voordien. Deze situatie bemoeilijkt de sturing van de instelling in de tijd bij gebrek aan financiële vooruitzichten.

2. De huidige situatie in België

Het Budget van Financiële Middelen, een globaal budget met een prospectieve doelstelling, die voor de beheerder moeilijk te begrijpen is.

Afbeelding 05. Verdeling van de verschillende BFM-onderdelen



De medische erelonen vertegenwoordigen ongeveer 41% van de omzet van de instellingen

De medische erelonen in België dekken de volgende aspecten:

- De medische activiteit, d.w.z. de vergoeding van de artsen die medische handelingen uitvoeren
- De werkingskosten die voortvloeien uit de uitvoering van deze medische handelingen (personeel, materiaal, lokalen,...)

De vertegenwoordigers van de gezondheidswerkers, de ziekenfondsen (verzekeringsinstellingen) en de overheden stellen de prijzen of erelonen vast in conventies. De gezondheidswerkers kunnen zich tot deze conventie aansluiten. Zij verbinden zich ertoe de erelonen of reglementaire prijzen te respecteren. Indien een tarief niet in de nomenclatuur is vastgesteld, is dit tarief vrij.

Bemerk dat indien de regel een financiering per prestatie betreft, er meer en meer forfaitaire systemen bestaan:

- In de klinische biologie voor intramurale en poliklinische patiënten wordt 75% van de erelonen gefinancierd op basis van forfaits, gedeeltelijk op basis van DRG's en 25% per prestatie.
- In de medische beeldvorming voor gehospitaliseerde patiënten wordt 30% van de erelonen gefinancierd met forfaitaire bedragen, gedeeltelijk op basis van DRG's en 25% per prestatie.
- Forfaitaire erelonen per opname voor de medische aanwezigheid op intensieve zorgen (IZ) en spoedopname

De verblijven met de zogenaamde "laagvariabele zorg" (onder andere bepaald op basis van APR DRG's), krijgen een globaal forfaitair honorarium toegewezen.

- Forfaitaire erelonen per opname voor de medische aanwezigheid op intensieve zorgen (IZ) en spoedopname (geen verband met de APR DRG's)
- Forfaitaire erelonen voor beschikbaarheid (geen verband met de APR DRG's)

Het verschil tussen de erelonen of de prijzen en de tussenkomst van de ziekteverzekering valt ten laste van de patiënt (remgeld).

Ten slotte moet worden opgemerkt dat artikel 155, §1 4°, van de ziekenhuiswet voorziet in de mogelijkheid om een deel van de erelonen toe te wijzen aan maatregelen ter behoud en bevordering van de medische activiteiten in het ziekenhuis.

Het innen van erelonen moet gebeuren via een centrale inning van de prestaties aan gehospitaliseerde patiënten, met een maximale aftrek voor de dekking van de inningskosten ten belope van 6%. Er is ook een inning van de kosten die worden gemaakt voor prestaties die niet door het BFM worden gefinancierd, hetzij op basis van de werkelijke kosten, hetzij via een percentage dat is overeengekomen tussen de medische raad van het ziekenhuis en de beheerder.

Prestaties die beter worden vergoed dan de forfaitaire bedragen creëren verschillen en leiden tot de wens om de invoering van forfaitaire bedragen te beperken.

De RIZIV forfaitaire bedragen en conventies vertegenwoordigen ongeveer 4% van de omzet van de instellingen

Het forfait wordt toegekend voor behandeling in daghospitalisatie en het zorgaanbod dient te beantwoorden aan volgende basiscriteria:

- De hospitalisatie vindt niet plaats in de wachtkamer, noch in een poliklinisch spreekkamer van het ziekenhuis.
- De hospitalisatie wordt niet onmiddellijk opgevolgd door een geplande opname in hetzelfde ziekenhuis.

Er bestaan een hele reeks verschillende forfaitaire bedragen, bijvoorbeeld:

- Het maxi-forfait, wanneer een algemene anesthesie plaatsvindt tijdens de daghospitalisatie. Het is een bedrag eigen aan elke instelling.
- Forfait voor oncologische basisverzorging
- Maxi-forfait monotherapie
- Forfait kindergeneeskunde als monotherapie
- Forfait voor het gebruik van de gipskamer

RIZIV-conventies maken het mogelijk om specifieke medische activiteiten, die niet onder het BFM en/of de erelonen vallen, met een sterke paramedische focus (ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, psychologie,...) te financieren .

- Standaard conventies: zuurstoftherapie thuis, slaapapneu, zelfbeheer van patiënten met diabetes mellitus, insulinetherapie thuis, met pomp, enz.,
- Semi-standaard conventies (standaardprogramma, maar het volume verschilt per ziekenhuis): pediatrische neurorevalidatie, hartrevalidatie,
- Andere specifieke conventies.

Deze conventies worden rechtstreeks met het RIZIV afgesloten en de betrokken zorgverlening is niet afhankelijk van de federale programmatiecriteria, noch van de regionale erkenningsnormen.

2. De huidige situatie in België

De farmaceutische producten vertegenwoordigen ongeveer 17% van de omzet van de instellingen.

Alle, in het ziekenhuis toegediende geneesmiddelen, of het gaat om de diagnose of de behandeling van gehospitaliseerde patiënten of ambulante behandelingen, moeten afgeleverd worden door een ziekenhuisapotheker.

De geneesmiddelen die niet worden vergoed, zijn 100% ten laste van de patiënt en het ziekenhuis kan hierop een marge aanrekenen tot 31% van de verkoopprijs (exclusief BTW), met een maximum van € 7,44.

De geneesmiddelen die vergoed worden, worden anders gefinancierd afhankelijk van het feit of patiënt gehospitaliseerd wordt of ambuland behandeld wordt. Voor de patiënten in volledige ziekenhuisopname, is de tussenkomst sinds 2006 vastgesteld op basis van APR DRG's.

Het forfaitaire bedrag is echter niet van toepassing op geneesmiddelen die zijn opgenomen in een "uitzonderingslijst" (ATC-codelijst). Ten slotte zijn dieetvoeding, diagnostische middelen en radio-isotopen niet inbegrepen in het forfait.

Complexiteit in besluitvormingsorganen met directe of indirecte gevolgen voor de ziekenhuisfinanciering

Afbeelding 06. Verdeling van de verschillende bevoegdheden in België



Dit resulteert in een groot aantal verschillende regelingen:

- Gecoördineerde ziekenhuiswet van 10/07/08
- RIZIV-regelgeving (Wet van 14/07/94 Reglement 28/07/03)
- Vele K.B., M.B.
- Federale en regionale decreten...

De belangrijkste conclusies die we kunnen trekken uit het huidig Belgisch model

- 1 Het huidig model is een juxtapositie van hervormingen die jaar na jaar zijn opgebouwd en die vandaag de limiet van de capaciteit tot wijziging bereiken.
- 2 Het principe van DRG's wordt alzo gedeeltelijk toegepast en op verschillende manieren volgens de financieringsbron. Het gebruikte classificatiesysteem is afkomstig uit de Verenigde Staten en houdt weinig rekening met de Belgische specifieke situatie.
- 3 Een complex en weinig doorzichtig model voor het geheel aan stakeholders, waardoor het zijn stimulerend karakter jegens hen verliest.
- 4 Het huidige financieringssysteem leidt, naast zijn ondoorzichtigheid, tot een financieringstekort voor de beheerder, aangezien de behandelde pathologieën de toegekende financiering pas 2 tot 3 jaar later gedeeltelijk beïnvloeden. De incentives zijn niet duidelijk en moedigen de versterking van een "Value-Based HealthCare" aanpak niet aan.
- 5 Het vergoedingssysteem voor artsen heeft ook ongewenste effecten die leiden tot het overschrijding van de erelonen en moedigt soms de instellingen en de artsen aan tot een overconsumptie van de zorg, zoals we in het volgende hoofdstuk zullen beschrijven.
- 6 Het Belgisch financieringsmodel voor ziekenhuizen laat geen enkele gedeeltelijke hervorming meer toe zonder het nog complexer en moeilijker beheersbaar te maken voor het geheel aan stakeholders. Het is daarom aan te bevelen om het volledig te herzien en een echt 'schokplan' voor het model op te maken.

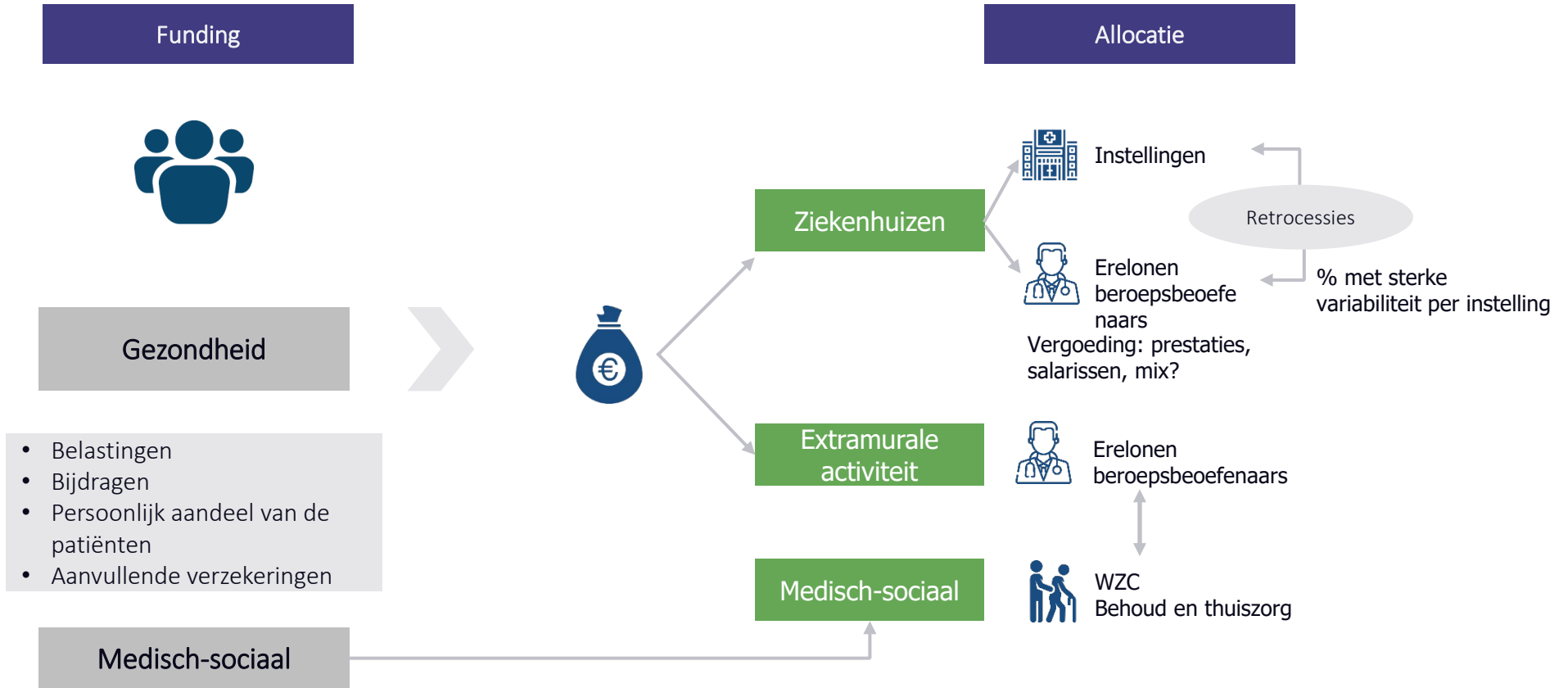
Vergoedingsmethoden van beroepsbeoefenaars

Een echte frustratie voor de artsen met betrekking tot het huidige vergoedingsmodel, dat opnieuw moet worden gedefinieerd met de financiering van het ziekenhuissysteem, omdat de twee onderling afhankelijk zijn

3. Wijze van vergoeding van de beroepsbeoefenaars

Het is moeilijk om de doelstellingen op elkaar af te stemmen tussen ziekenhuizen, de medisch-sociale sector en de vergoeding van beroepsbeoefenaars ... en toch vormen ze een uniek ecosysteem dat het zorgaanbod voor mensen met gezondheidsproblemen moet garanderen

Afbeelding 07. Naast elkaar bestaan en stromen binnen de Belgische financieringsmodellen



Bron: Antares Consulting

Het huidige vergoedingssysteem voor artsen kent een ongewenst effect, met name het risico op overconsumptie van zorgen aan patiënten

Zoals we eerder hebben vermeld, vertegenwoordigen de medische erelonen in België vandaag ongeveer 41% van de omzet van de ziekenhuisinstellingen, die dus voornamelijk door deze erelonen worden gefinancierd. In die zin is er een afstemming van de belangen omdat beide partijen reageren op dezelfde prikkel: meer prestaties, soms leidend tot overconsumptie van zorg. Deze incentive komt echter niet ten goede aan de duurzaamheid van het gezondheidssysteem, noch aan de hervorming ervan.

Volgens een artikel in Health Affairs in de Verenigde Staten **bedragen volgens de huidige inschattingen, de onnodige uitgaven als gevolg van overmatig gebruik tot 30%** van de totale gezondheidsuitgaven. Zelfs de laagste inschatting, van de National Academy of Medicine (NAM), bedraagt bijna 300 miljard dollar per jaar. Geen enkele specialiteit wordt gespaard van praktijken die tot overmatig gebruik leiden. Het artikel schat dat in de cardiologie, zelfs met behulp van relatief permissieve criteria, 11% van de stents worden geplaatst bij, en we citeren "unappropriate patients". In bepaalde ziekenhuizen benadert deze verhouding 20%.

Deze analyses zijn niet uitgevoerd in het Belgische systeem, maar de sterke regionale variaties die er zijn, zijn een proxy voor deze situatie; en het zou logisch zijn omdat de incentive in het huidige vergoedingsmodel hierop van invloed is.

In de structuur en werking van het huidige model moeten er twee aspecten worden geanalyseerd:

- De facturatie van de medische erelonen
- De vergoedingsmodellen van de artsen

De facturatie van de medische erelonen gebeurt vanuit een nomenclatuur en aan tarieven die verbonden zijn aan elke prestatie, en vanuit een normatief kader met toepassingsregels. De evolutie van dit model gebeurt door middel van een permanente onderhandeling om de nomenclatuur en de tarieven de actualiseren. Hetzelfde geldt voor de toepassingsregels. De belangrijkste hervorming die werd uitgevoerd is waarschijnlijk de bepaling en de implementatie van DRG's met lage variabiliteit, die van toepassing zijn sinds januari 2019.

Het geheel aan facturatie van de erelonen wordt verdeeld onder de beroepsbeoefenaars en het ziekenhuis, zonder dat een algemene regel is opgesteld. Het is dus een verdeling die onderhevig is aan een onderhandeling tussen beide partijen. Dit feit benadrukt dat de nomenclatuur van medische handelingen niet de intellectuele waarde van handelingen weerspiegelt, anders zou deze onderhandeling niet nodig zijn. Het lijkt ons dat deze situatie niet wenselijk is.

Indien de verdeling van de medische erelonen tussen beroepsbeoefenaars en ziekenhuisinstellingen gebaseerd is op onderhandeling en onderhevig is aan verschillende onzekerheden, geeft dit aan dat de waardering van de erelonen niet de bedside-waarde weerspiegelt.

3. Wijze van vergoeding van de beroepsbeoefenaars

Het huidige vergoedingssysteem voor artsen kent slechts één stimuleringsdrempel: het volume. Er bestaat geen enkel kwalitatief incentive of criterium dat de afstemming tussen beroepsbeoefenaars en instellingen bovenop het volume zou kunnen bevorderen.

Ondanks de sterke relatie tussen artsen en ziekenhuisinstellingen met betrekking tot de verdeling van de medische erelonen, genereert deze relatie tussen de twee 'begunstigden' van deze erelonen niet altijd een wederzijds engagement ten aanzien van de ontwikkeling of de resultaten van de instelling. De doelstellingen van de instellingen maken over het algemeen geen deel uit van de incentives die zijn opgenomen in het vergoedingsmodel van de artsen.

Zodra de *pool* aan erelonen is gedefinieerd, wordt de verdeling onder de beroepsbeoefenaars uitgevoerd volgens het mechanisme dat is gedefinieerd door de medische raad van elke ziekenhuisinstelling en er bestaan zeer diverse methoden ... Al deze verschillende situaties ontberen duidelijkheid en harmonisatie in een faire logica van professionele ontwikkeling. Ondanks deze diversiteit, van buitenaf gezien, is er een gemene deler die sterk onze aandacht trekt: de 'solidariteitspool' (of daarmee vergelijkbare regeling) waar een deel van de medische erelonen wordt aangewend om medische specialismen te compenseren die een onderfinanciering zouden hebben; of tijdelijke situaties die weinig erelonen kunnen genereren. Deze situaties zouden gecompenseerd worden door dit solidariteitsmechanisme.

Het bestaan van dit mechanisme toont aan dat noch de tarieven, noch de vergoedingsmethoden goed gestructureerd zijn. Hoewel het zeker is dat de ziekenhuispraktijk een zekere onderlinge afhankelijkheid vereist tussen alle medische specialismen die binnen een ziekenhuis werkzaam zijn, zouden deze zogenaamde solidariteitsmechanismen niet mogen bestaan. Temeer daar dit wijdverbreide mechanisme, waaraan iedereen al gewend is, van buitenaf gezien een beetje ergerlijk en een minachting voor professionalisme lijkt.

Op de volgende pagina illustreren we de 4 componenten die een professioneel vergoedingssysteem zouden moeten structureren. Deze vier componenten veronderstellen een mix aan variabele en vaste (verbonden aan de ervaring en de functie van de professional) vergoedingen. Het is aan elke medische raad en ziekenhuisinstelling om het juiste evenwicht te vinden tussen deze vier componenten.

Een model dat gebaseerd is op deze 4 componenten laat toe zich niet enkel te beperken tot het volume van de prestaties als enig criterium voor de vergoeding en, vervolgens, vergoedingsmechanismes te zoeken in het geval van ongunstige situaties.

Een vraag die niet behandeld zal worden in dit hoofdstuk is de invloed van de fiscale regelgeving op de verschillende juridische modaliteiten die de beroepsbeoefenaars toelaten de fiscale verplichtingen te optimaliseren. Desondanks, beïnvloedt de fiscale regelgeving rechtstreeks de organisatie van de vergoeding voor beroepsbeoefenaars, en is het vaak een element dat kan leiden tot distorsies.

3. Wijze van vergoeding van de beroepsbeoefenaars

Het variabele gedeelte van de vergoeding dient op twee premissen worden gebouwd:

- Een basis om zogenaamde solidariteitsfondsen te vermijden.
- De variabiliteit in de vergoeding van beroepsbeoefenaars bevat andere variabelen dan enkel prestaties.

Een reflectie over het juiste evenwicht tussen de componenten van de vergoeding zou nuttig zijn om aan deze twee premissen te voldoen.



Het financieringssysteem van het ziekenhuis en het vergoedingsmodel voor artsen dienen dezelfde logica te hebben

Het belang van dit hoofdstuk in het rapport wordt gerechtvaardigd door het feit dat het financieringssysteem van het ziekenhuis en het vergoedingsmodel voor beroepsbeoefenaars op elkaar moeten worden afgestemd in hun opzet en logica die eraan ten grondslag ligt ... en niet alleen door het verdelen van erelonen, gebaseerd op een onderhandelingsproces.

Het beste systeem voor de financiering van de erelonen voor beroepsbeoefenaars zou een model zijn waarbij de waarde van de bedside-prestaties de kosten ervan weerspiegelt en dat de valorisatie van deze prestaties strikt aan de artsen wordt toegekend. In deze context zou er meer duidelijkheid en transparantie zijn, omdat deze prestaties enkel beïnvloed zouden worden door de bepaling van hun waarde vanuit het oogpunt van de professional. Paradoxaal genoeg betekent deze 'onafhankelijkheid', gebaseerd op de scheiding van ziekenhuisfinanciering en medische erelonen voor beroepsbeoefenaars, niet dat de twee modellen afzonderlijk zouden kunnen evolueren. Integendeel, er bestaat een sterke onderlinge afhankelijkheid, en dit in de zin van een gedeelde logica en incentives. De twee systemen moeten op elkaar afgestemd worden.

Als ziekenhuizen bijvoorbeeld worden gefinancierd door een per capita-systeem, kunnen artsen niet worden vergoed voor de uitgevoerde prestaties. Immers in een dergelijk financieringsmodel is het best om de prestaties te beperken door een sterke ontwikkeling van de preventieve geneeskunde en de volksgezondheid. Als de ziekenhuisfinanciering, nogmaals bij wijze van voorbeeld, gebaseerd is op resultaten, zal het ook nodig zijn om de valorisatie van de resultaten op te nemen in de vergoeding van artsen... anders zullen deze resultaten niet voorkomen. Deze twee voorbeelden worden op een relatief eenvoudige manier voorgesteld, teneinde de nood op afstemming uit te leggen. In de realiteit zijn de situaties complexer, maar dat belet niet dat er gezocht wordt naar een verzoening van de logica en dat de doelstellingen van de twee modellen op elkaar worden afgestemd.

In de volgende pagina's, en opnieuw bij wijze van voorbeeld, beschrijven we het Kaiser Permanente-model, dat, ondanks zijn complexiteit, erin slaagt de twee logica's met elkaar te verzoenen.

In het eerste hoofdstuk gaven we aan dat de financieringssystemen van de ziekenhuizen allemaal in een trend verkeerden waarin ziekenhuizen meer risico's op zich nemen (een risico-overdracht van de financier naar de verstrekker) en dat in deze financieringssystemen het begrip resultaat in termen van volksgezondheid is opgenomen. Deze twee trends zijn duidelijk en ontwikkelen zich in nagenoeg alle buurlanden. De "*bundled payments*" en "*Shared Savings Programs*" maken deel uit van deze logica van afstemming van de incentives, d.w.z. dat zowel de beroepsbeoefenaars als de instellingen elk hun vergoedingssysteem behouden, maar dat ze de finale doelstellingen delen.


In deze context en in overeenstemming met wat we voorheen uitgelegd hebben, kan de vergoeding van de artsen niet enkel gebaseerd zijn op de uitgevoerde prestaties... Om de twee financieringssystemen op elkaar af te stemmen, dient men eveneens de maatstaf van de waarde op te nemen in de vergoeding van de beroepsbeoefenaars. D.w.z., dat de twee systemen, in onderlinge afhankelijkheid, dezelfde evolutie zouden moeten delen: "*From volume to value*".

3. Wijze van vergoeding van de beroepsbeoefenaars

Een vergoedingsmodel voor beroepsbeoefenaars bepalen in afstemming met het financieringssysteem van zorginstellingen

Financieringsmodellen van de ziekenhuizen		Vergoeding voor beroepsbeoefenaars
1	Forfaitair In gelijk welke modaliteit	Kan niet per prestatie gerealiseerd worden, zo niet ontstaat er een tegenstelling in de incentieven, ofwel dienen er forfaitaire medische erelonen bepaald en opgenomen te worden.
2	"Bundled payments" Hetzij per gezondheidstraject of per zorgepisode	Nadenken over een basisvergoeding. Deze basis laat toe een stabiliteit te waarborgen in de inkomsten, die aangevuld worden met een variabel gedeelte. In dit variabel gedeelte zouden de doelstellingen betreffende de kwaliteit, de resultaten of de doelstellingen van de instelling opgenomen worden. Men dient het evenwicht tussen variabel en vast te bespreken.
3	Per capita-betaling	Absoluut vermijden van vergoedingen voor prestaties die incentieven zouden geven om ze te produceren en die in strijd zijn met de logica van per capita-betalingen en met de doelstellingen voor volksgezondheid en de resultaten die in dit model zijn opgenomen.

Voorbeeld



In Zwitserland zal een nieuwe nationale tarificatie per forfait voor de ambulante sector ingevoerd worden. Deze nieuwe tarificatie werd uitgewerkt door Santésuisse en de vereniging van chirurgen (FMCH). Dit systeem is bedoeld om transparanter te zijn voor de patiënt en zou een vereenvoudigde en eerlijkere tarificatie moeten mogelijk maken. Deze nieuwe nationale tarificatiestructuur met een uniform kostenmodel houdt eveneens rekening met de kostenverschillen per kanton, zoals de huurkosten of ook de salarissen. Deze nieuwe tarificatie is afgestemd op de meest standaard ingrepen, namelijk 80% van het volume van elk van de geïdentificeerde medische specialismen. Deze eerste forfaits richten zich op 6 specialiteiten voor de facturatie van 67 ambulante operaties en behandelingen: (1) handoperatie (2) radiologie (3) kinderheekunde (4) vasculaire chirurgie (5) oogchirurgie en (6) anesthesie.

3. Wijze van vergoeding van de beroepsbeoefenaars

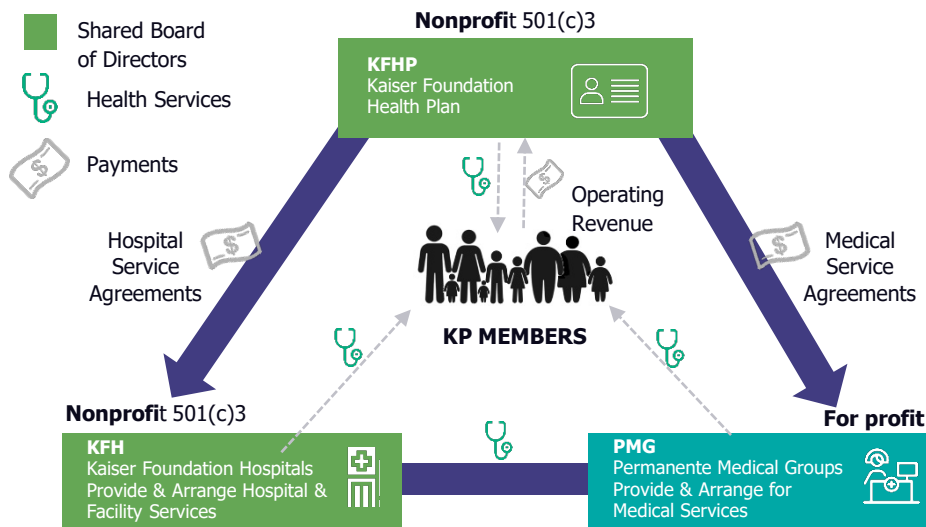
Bij wijze van voorbeeld en reflectie op de haalbaarheid ondanks complexe situaties

Kaiser Permanente, een model dat, ook al is het complex, toelaat de actoren op elkaar af te stemmen via duidelijke incentives die gericht zijn op de ontwikkeling van een "Value-Based Payment System" in de vergoeding voor beroepsbeoefenaars

Financiering.

Kaiser Permanente is een geïntegreerd zorgsysteem dat in 1945 gecreëerd werd door het verenigen van drie organisaties: (1) een non-profit gezondheidsplan (verzekering) (2) ziekenhuizen, (3) eerstelijns groepspraktijken. Het geïntegreerd model van Kaiser Permanente laat toe de belangen van de ziekenhuizen, de artsen en de verzekering op elkaar af te stemmen, en alzo een effectieve coördinatie van de zorg voor haar leden te realiseren en de waarde van hun zorg te verbeteren. Volgens het Kaiser-model, delen eerstelijns en tweedelijns artsen hetzelfde budget met de teams van beroepsbeoefenaars.

Afbeelding 08. Kaiser Permanente-model



Bron: <https://bit.ly/2YA2jy9>

Vergoeding van de artsen.

Er bestaat een "huwelijkscontract" tussen enerzijds Kaiser Permanente, dat de exclusiviteit van de medische prestaties in één enkele entiteit garandeert, en anderzijds de artsen, die geen betaalde medische prestaties mogen verlenen buiten deze organisatie.

Omgekeerd hebben ziekenhuizen en het Kaiser-verzekeringssysteem niet het recht om contracten te ondertekenen met artsen die niet tot de Permanente-groep behoren. Artsen krijgen een salaris en verkrijgen tot 20% van hun vergoeding in bonussen, in functie van de klinische resultaten. We haalden op de vorige pagina de ontwikkeling van nieuwe indicatoren aan die een afstemming van de doelstellingen tussen de actoren mogelijk maakt: het Kaiser Permanente voorziet, bijvoorbeeld, een bonus voor de niet-activiteit van beroepsbeoefenaars om zo de prestaties te beperken.

De beroepsbeoefenaars, die een salaris ontvangen, staan niet onder druk van cliëntelisme. Ze worden rechtstreeks geconfronteerd met het belang om de middelen, meer in te zetten voor de gemeenschap van patiënten dan voor één enkel individu. Artsen nemen dus deel aan het beheersen van de financiële stromen en het nemen van investeringsbeslissingen in het belang van alle aangeslotenen. Vaak zijn de artsen niet alleen werknemers, maar ook aandeelhouders. Ze hebben dan ook als incentive om de uitgaven te verminderen teneinde de marge te vergroten.



De belangrijkste conclusies die we kunnen trekken met betrekking tot de vergoedingsmodellen voor beroepsbeoefenaars bij een herziening van de financieringssystemen van de ziekenhuizen

- 1 Het financieringsmodel van de ziekenhuizen, dient afgestemd te zijn met het vergoedingssysteem voor de beroepsbeoefenaars. De twee systemen dienen duidelijk onderscheiden te worden, maar met een sterke afstemming betreffende de doelstellingen en in de logica waarop ze gebaseerd zullen zijn.
- 2 Het huidige systeem dat enkel gericht is op het uitvoeren van prestaties, leidt tot een vergoeding voor beroepsbeoefenaars die gericht is op volume. Daar de instellingen hoofdzakelijk gefinancierd worden via de medische erelonen, kunnen we stellen dat er een ongewenste afstemming is vanwege de actoren om meer te presteren, wat een mogelijke incentive vormt tot overconsumptie van de zorg. In deze zin moet de kwestie van passende praktijken duidelijk in dit debat worden geïntroduceerd.
- 3 Het huidige vergoedingssysteem voor beroepsbeoefenaars mist harmonisatie en is niet erg transparant ... De retrocessie verschilt sterk van de ene instelling tot de andere en is het resultaat van interne onderhandelingen tussen de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars en de instelling. Dit hele proces bagatelliseert de valorisatie van de professionele handelingen. Een scheiding van deze twee financieringsmodaliteiten zou wenselijk zijn en zou meer duidelijkheid en transparantie brengen.
- 4 De beroepsbeoefenaars, hoewel ze verschillende medische specialismen uitoefenen, zijn onderling volledig afhankelijk als ze de goede zorg van hun patiënten willen garanderen en de continuïteit van hun zorg willen waarborgen. Er echter een grote ongelijkheid in de vergoeding per specialisatie, die vaak wordt gecompenseerd door een solidariteitsfonds. Dit gebrek aan billijkheid leidt tot een gebrek aan erkenning van bepaalde specialisaties en kan leiden tot een beroepsprobleem. Deze logica van solidariteitsfondsen moet worden vervangen door een billijke vergoedingsbasis, die wordt aangevuld met een variabele component.
- 5 De fiscale regelgeving bij het organiseren van de vergoeding voor beroepsbeoefenaars is een element dat distorsies kan veroorzaken en dat met de nodige aandacht dient bestudeerd te worden.



De bestudeerde landen: hoofdkenmerken

De in het kader van deze
vergelijkende studie
geselecteerde landen maakten
deel uit van de 3 laatste die op
een efficiënte manier DRG's
geïmplementeerd hebben in
hun financieringsmodel

4. De bestudeerde landen: hoofdkenmerken

De bestudeerde landen: hoofdkenmerken

Afbeelding 09. De verschillende landen in de studie: Frankrijk, Zwitserland en Duitsland

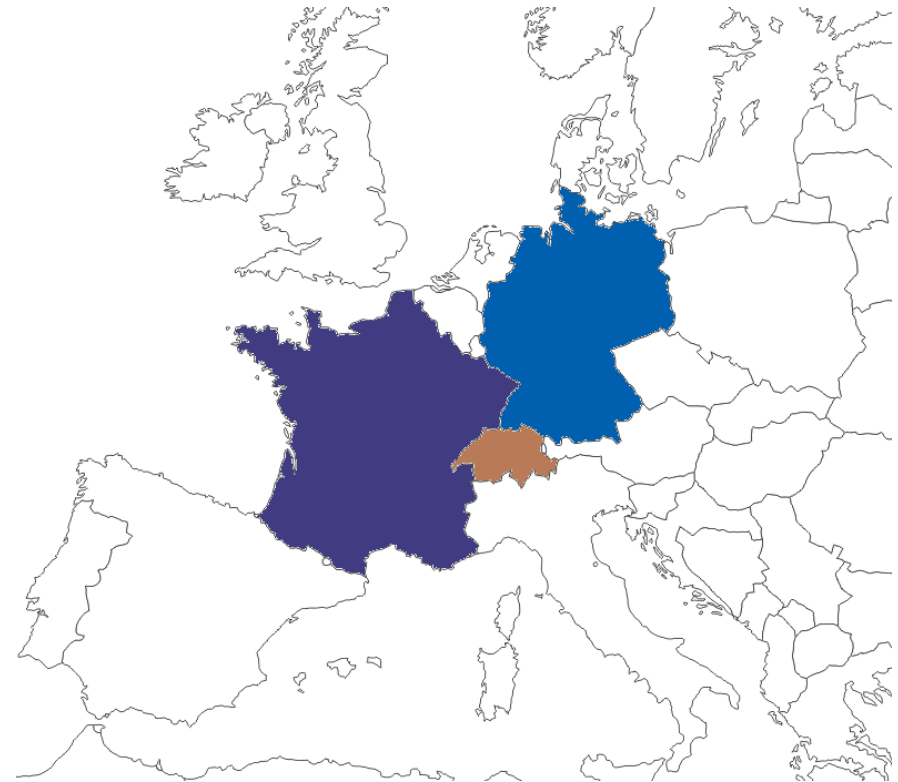
We hebben enkel Europese landen geselecteerd die de volgende kenmerken vertegenwoordigen:

- Landen die hervormingen geïmplementeerd hebben in de ziekenhuissector op basis van een sterke DRG-tarificatie en die behoren tot de meest recente ervaringen van onze Europese buurlanden.
- Sociaaleconomisch vergelijkbaar met België, en met gezondheidsproblemen die vergelijkbaar zijn met de onze.
- Landen die erkend zijn voor hun prestatieniveau.
- Landen met een strikte regelgeving.

We hebben de volgende landen geselecteerd: Frankrijk, Zwitserland en Duitsland.

In dit deel zullen we daarom voor elk van deze landen de belangrijkste kenmerken introduceren die volgens ons nuttig zijn in het kader van de studie. We zullen eveneens het opstartproces beschrijven voor het doorvoeren van hun financieringssysteem.

We zijn overeengekomen om Nederland uit te sluiten van deze analyse omwille van specifieke kenmerken die inherent zijn aan dit model en die niet convergeren met België.



4. De bestudeerde landen: hoofdkenmerken

Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Frankrijk?

Inleiding

Om de acute zorg in alle ziekenhuizen te financieren, heeft de Franse regering in 2004/2005 een betalingssysteem ingevoerd dat gebaseerd is op DRG's (T2A, Tarification à l'activité). Voorheen integreerden de betalingsmethoden enerzijds globale budgetten en anderzijds betalingen per prestatie.

Sinds 2008 worden alle ziekenhuizen en klinieken terugbetaald via het betalingssysteem per DRG dat toegepast wordt op alle ziekenhuisinkomsten (met en zonder opname) en de vergoedingen dekt van de artsen in de openbare en non-profit ziekenhuizen. De openbare ziekenhuizen vertegenwoordigen ongeveer 65% van de ziekenhuisactiviteiten, de privé instellingen met winstoogmerk vertegenwoordigen 25% en de privé non-profit instellingen de rest. Openbare ziekenhuizen worden voornamelijk gefinancierd door de nationale ziektekostenverzekering (80%), de vrijwillige verzekering en de directe betaling door de patiënten die de resterende inkomsten vormen. Openbare en privé ziekenhuizen zonder winstoogmerk profiteren ook van de subsidies voor onderzoek en opleiding (tot 13% van het budget) en spoedopnames, orgaanprelevatie en transplantatie (gemiddeld 10 tot 11% extra op het ziekenhuisbudget).

De privé ziekenhuizen met winstoogmerk (eigendom van particulieren of, in toenemende mate, van grote ondernemingen) hebben hetzelfde financieringsmechanisme als de openbare ziekenhuizen, maar met verschillende verhoudingen. De erelonen voor artsen worden gefactureerd bovenop de betaling per DRG en de betaling van de erelonen per DRG zijn lager dan deze gestort aan de openbare en non-profit ziekenhuizen. Dit verschil wordt gerechtvaardigd door de verschillen in omvang van de voorzieningen, de "case mix" van behandelde DRG's en de kenmerken van de patiënten (leeftijd en sociaaleconomische status).



Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Frankrijk?

Opstartproces

In Frankrijk werd een betalingssysteem op basis van DRG's (T2A, Tarification à l'activité) ingevoerd in 2004/2005 voor de financiering van acute zorgen in alle ziekenhuizen. De voornaamste doelstellingen van de hervorming waren het verbeteren van de efficiëntie van de ziekenhuizen, het oprichten van een gemeenschappelijk "speelveld" voor de betalingen aan de openbare en privé ziekenhuizen en het verbeteren van de transparantie van de activiteit, het beheer en de autonomie van de ziekenhuizen. Tot 2005 waren de financieringssystemen van openbare en privé ziekenhuizen complex en niet geharmoniseerd: openbare ziekenhuizen hadden globale budgetten, voornamelijk gebaseerd op historische kosten; privé ziekenhuizen met winstoogmerk, die meer dan de helft van alle operaties en een kwart van de verloskundige zorg verlenen, hadden een complex facturatiesysteem, aangevuld met de betaling van de kosten voor de terugbetaling van de zorgverlening.

De openbare en privé ziekenhuizen steunden aanvankelijk de introductie van de betaling per DRG: openbare ziekenhuizen zagen hierin een kans om de meer dynamische ziekenhuizen te belonen, en de privé ziekenhuizen zagen in het nieuwe systeem een kans om hun marktaandeel te vergroten. Deze aanvankelijke consensus over de hervorming vervaagde echter tijdens de uitvoering ervan. In 2012 erkende de nieuw benoemde minister van Volksgezondheid dat het model moest worden gewijzigd om de nadelige effecten ervan tegen te gaan.

In de openbare sector (openbare en privé non-profit ziekenhuizen) is het aandeel van de activiteiten die worden vergoed via betalingen per DRG geleidelijk gestegen: 10% in 2004, 25% in 2005 en 100% in 2008. Daartegenover, worden de privé ziekenhuizen met winstoogmerk volledig betaald met betalingen per DRG sinds maart 2005.

Het gebruikte patiëntenclassificatiesysteem (GHM, Groupe Homogène des Malades) haalde zijn inspiratie eerst uit de Amerikaanse classificatie (HCFA DRG). Sindsdien is het driemaal gewijzigd, van 600 groepen in 2004 tot ongeveer 2300 vandaag, met vier graden van ernst voor de meeste GHM. De voortdurende classificatiewijzigingen hebben voor verwarring gezorgd en de vergelijkbaarheid van de resultaten van het betalingssysteem van jaar tot jaar verminderd. Bovendien werd de economische pertinentie van de laatste classificatie in twijfel getrokken, aangezien sommige groepen gebaseerd zijn op een zeer laag aantal gevallen per ziekenhuis, terwijl 40 GHM's meer dan de helft van de gevallen dekken.

De referentiekosten worden berekend op basis van een jaarlijkse nationale studie van de nationale kosten (ENCC), afzonderlijk uitgevoerd voor de openbare en privé ziekenhuizen. Het ENCC levert gedetailleerde gegevens over de kost van elk ziekenhuisverblijf in de ziekenhuizen die de gegevens leveren, en dit op vrijwillige basis en volgens een genormaliseerd boekhoudmodel. Tot 2006, dekte het ENCC enkel de openbare en privé non-profit ziekenhuizen. Het aantal deelnemende ziekenhuizen is gestaag gestegen, inclusief de ziekenhuizen met winstoogmerk, is gestaag toegenomen van 44 in 2005 tot 110 in 2012, wat ongeveer 16% van de ziekenhuisgevallen vertegenwoordigd.

De DRG-prijzen (tarieven) worden elk jaar vastgesteld op nationaal niveau door de aparte referentiekosten voor openbare en privé ziekenhuizen. Het 'Ministère des Solidarités et de la Santé' stelt echter de definitieve prijzen vast, rekening houdend met het globale budget (uitgavendoelstellingen) van de ziekenhuissector en de nationale gezondheidsprioriteiten.

Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Frankrijk?

Opstartproces

Bijgevolg worden de referentiekosten elk jaar op een complexe en ondoorzichtige manier gewijzigd om zo de tarieven per DRG te berekenen. Bovendien zijn de tarieven verschillend voor openbare en privé ziekenhuizen: de tarieven voor openbare ziekenhuizen dekken alle kosten verbonden aan het verblijf, terwijl die voor de privésector noch de vergoedingen van de artsen (betaald onder de vorm van betaling per prestatie), noch de kosten van biologische tests en beeldvorming dekken; deze worden afzonderlijk gefactureerd.

De aanvankelijke doelstelling van de prijsconvergentie tussen de twee sectoren, die in 2010 begon met 40 geselecteerde DRG's, werd in 2013 stopgezet vanwege sterke kritiek vanwege de openbare ziekenhuizen. De moeilijkheid om het verband te begrijpen tussen de noteringskosten en tarieven stelde de ziekenhuizen ontevreden, omdat het moeilijk was om de prijsevolutie en dus hun begrotingssituatie van jaar tot jaar te voorspellen. Anderzijds veroorzaakte de doelstelling van tariefconvergentie, ondersteund door de vereniging van privé ziekenhuizen, voor spanningen. In de praktijk vertaalde de convergentie zich in een prijsverlaging voor de openbare ziekenhuizen en constante prijzen voor de privé ziekenhuizen, aangezien de tarieven gebaseerd zijn op de gemiddelde kosten in de regio's waar de privésector een concurrentieel voordeel (ambulante chirurgie) en reeds een winstmarge had.

In 2009 noteerde het Rekenhof het volgende:

1. De betaling van de ziekenhuizen op basis van de DRG's was een zeer ondoorzichtig kostenbeheersingsmechanisme geworden voor de beheerders en lokale toezichthouders.
2. De opvolging van de middelen, de kosten en de kwaliteit van de ziekenhuizen was onvoldoende.

Naast de noodzaak om de prijstransparantie te verbeteren en de controlemechanismen op macroniveau te wijzigen, constateerde het Rekenhof de noodzaak tot een vereenvoudiging van het systeem (inclusief classificatie), tot een betere communicatie met de openbare ziekenhuizen en betere opvolging van de resultaten.

Ten tweede stelde het voor om op activiteiten gebaseerde betalingen aan te vullen met op kwaliteit gebaseerde financiering, en meer bepaald in de domeinen die mogelijk anderszins ondergefinancierd worden (monitoring en coördinatie van de zorg, patiëntveiligheid, enz.). Het pilootmodel, getest gedurende het schooljaar 2014/15 in ongeveer 220 vrijwillige ziekenhuizen, voorziet in een financiering tot 0,5% van het ziekenhuisbudget op basis van een reeks kwaliteitsindicatoren. Het idee is om zowel de resultaten als de "inspanning" te belonen, rekening houdend met de vooruitgang die in de loop van de tijd wordt gemaakt. De overgrote meerderheid van de indicatoren heeft echter betrekking op de organisatie van de zorg en niet op de resultaten: indicatoren zoals de heropnamegraad of het sterftecijfer worden niet opgevolgd en er wordt geen informatie over de patiëntervaring verzameld.

Tot slot worden er steeds meer vraagtekens geplaatst bij de pertinentie van de zorg die in het DRG-systeem geboden wordt. De op DRG gebaseerde betaling kan de ontwikkeling van de ziekenhuisactiviteiten bevorderen, soms verder dan wat medisch noodzakelijk is. Het verzekeren van een adequate zorg is dan ook een politieke prioriteit geworden en verschillende instellingen pakken het probleem aan. Het 'Haute Autorité de Santé (HAS) is begonnen met het uitwerken van klinische handleidingen voor bepaalde chirurgische ingrepen en/of behandelingen.

Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Frankrijk?

Opstartproces

Variaties in ziekenhuisopnames en operaties tussen ziekenhuizen en regio's worden ook nauwkeuriger opgevolgd. Er is een meer contractuele benadering met verstrekkers gepland, met duidelijke volume- / prijssignalen voor specifieke DRG's. Het doel is om het huidige macro-economische regelgevingssysteem te verfijnen met expliciete volumedoelstellingen voor bepaalde interventies, waarvoor de DRG-tarieven zouden worden verlaagd zodra de doelstelling is bereikt.

Ten slotte wordt erkend dat betalingen per DRG in hun basisvorm, het toezicht en de coördinatie van de zorg niet bevorderen en mogelijk niet optimaal zijn voor betalingen in verband met patiënten met chronisch ziekten. Het systeem moet worden uitgebreid tot meer dan alleen de acute ziekenhuiszorg en de revalidatiediensten.

Om de ziekenhuisuitgaven in te perken, stelt het Franse parlement nationale uitgavendoelstellingen voor acute zorg vast (met afzonderlijke doelstellingen voor de publieke en private sector). Indien de daadwerkelijke groei van het totale volume de doelstelling overschrijdt, worden de tarieven verlaagd. De evolutie van de activiteitsvolumes wordt echter niet opgevolgd op het niveau van de individuele ziekenhuizen, maar op globaal niveau (publieke sector, private sector). Bijgevolg, worden de DRG-prijzen bepaald op basis van de algehele evolutie van de ziekenhuisactiviteit (meer en meer), onafhankelijk van de kosten en hun evolutie op ziekenhuisniveau.

Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Duitsland?

Inleiding

Duitsland telt 2.100 ziekenhuizen die jaarlijks medische zorg verlenen aan meer dan 17 miljoen gehospitaliseerde patiënten. Sinds de wet op de ziekenhuisfinanciering van 1972 worden de ziekenhuizen gefinancierd vanuit twee verschillende bronnen ("dubbele financiering": enerzijds worden investeringen in infrastructuur gefinancierd door de Länder (deelstaten) en anderzijds de exploitatiekosten door de betalingen van de openbare en privé zorgverzekeraars en de patiënten). De verzekeraars financieren het grootste deel van de exploitatiekosten, inclusief alle kosten voor medische goederen en personeel (met uitzondering van de aangesloten artsen en verloskundigen). Ze financieren eveneens de vervanging van activa of de kosten voor onderhoud en reparatie. De financiering van de exploitatiekosten is een kwestie van onderhandeling tussen de individuele ziekenhuizen en de verzekeraars en gebeurt via de betaling per DRG.

De betaling per DRG werd ingevoerd in 2003. Het hoofddoel van de hervorming en invoering van het betalingssysteem per DRG was het vervangen van de op, historiek gebaseerde, ziekenhuisbudgetten, die de betaling per verblijf gebruikte als eenheid van terugbetaling, en de invoering van een systeem van meer activiteit gerichte betaling om op die manier de efficiëntie, transparantie en kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te verbeteren.

In 2009 introduceerde de Wet op de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (KHRG) verdere wijzigingen: de terugbetalingstarieven voor de deelstaten zouden in 2015 convergeren naar een nationaal tarief en in 2012 hadden de deelstaatregeringen de mogelijkheid om af te zien van het systeem van dubbele financiering en de ziekenhuisbetaling per DRG aan te passen door gebruik te maken van wegingsfactoren voor de investeringskosten.

Na een invoeringsperiode van meer dan 15 jaar en nauwkeurige aanpassing van de DRG's, wordt het systeem ruim aanvaard en aanzien als een succes. De evaluatie van het systeem toont aan dat het de transparantie van de ziekenhuissector verbeterd heeft en bijgedragen heeft tot een grotere efficiëntie en kwaliteit van de zorg.



Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Duitsland?

Opstartproces

In 2000 heeft de Wet op de hervorming van de ziekteverzekering de weg vrijgemaakt voor de betaling per DRG. Het gaat hier om de belangrijkste hervorming in de Duitse ziekenhuissector sinds de invoering van het systeem van "dubbele financiering" in 1972. De hervorming heeft de fundamentele kenmerken van het DRG-systeem vastgelegd voor de terugbetaling van de zorg voor gehospitaliseerde patiënten. Krachtens deze bepaling hadden de autonome organen op federaal niveau (d.w.z. de Federale Vereniging van Ziekenfondsen, de Vereniging van privé ziektekostenverzekeringen en de Duitse Ziekenhuisfederatie) het mandaat om te kiezen voor een vergoedingssysteem op basis van DRG's (vóór juni 2000) en het vervolgens in te voeren.

De invoering van een DRG-systeem beoogde meerdere doelstellingen te bereiken. Ten eerste was de belangrijkste reden voor de hervorming van het oude systeem het bekomen van een meer geschikte en billijkere verdeling van de middelen door gebruik te maken van de DRG. Andere gerelateerde doelstellingen waren het vergemakkelijken van een nauwkeurige en transparante meting van de "case mix" en het niveau van dienstverlening door de ziekenhuizen. Anderzijds werd aangenomen dat de efficiëntie en kwaliteit van de zorgverlening in de ziekenhuissector zouden toenemen door betere documentatie van de interne processen en een grotere managementcapaciteit. Bijgevolg, werd een bescheiden bijdrage aan kostenbeheersing verwacht, gebaseerd op een verkorting van de verblijfsduur.

Het DRG-systeem werd in 2003 ingevoerd op basis van het Australische systeem (AR-DRG, versie 4.1). Het systeem evolueerde, zodat het aantal groepen ging van 664 in 2003 naar 1.318 in 2019.

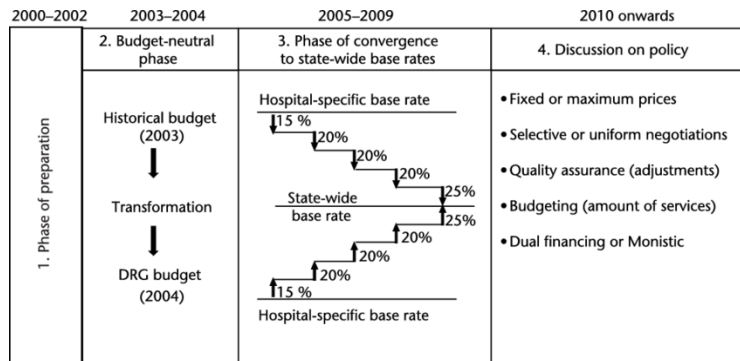
De toewijzing van de gevallen aan een DRG is gebaseerd op een hergroeperingsalgoritme dat gebruik maakt van de ontslagdataset voor gehospitaliseerde ziekenhuispatiënten en bevat de volgende gegevens: hoofddiagnose en andere diagnoses, medische procedures, patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht en gewicht bij pasgeborenen), verblijfsduur, duur van de beademing, reden voor ontslag uit ziekenhuis en type opname (bijv. spoed, verwijzing huisarts of overplaatsing vanuit een ander ziekenhuis). De "grouper"-software wijst de gegevens toe aan een bepaalde DRG.

Elke DRG wordt toegewezen aan één van de 25 voornaamste diagnosecategorieën en aan een weging van de vaste kosten die berekend wordt door het Instituut voor het vergoedingssysteem van ziekenhuizen (InEK) in functie van de gemiddelde kost bepaald uit een steekproef van ziekenhuizen.

Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Duitsland?

Opstartproces

Grafiek 03. Introductiefases van het betalingssysteem per DRG in Duitsland



Bron: Geissler, 2011.

Bij de invoering van betalingen per DRG kunnen vier fasen worden onderscheiden:

Fase 1. Voorbereidingsfase, van 2000 tot 2002, waarin het AR-DRG-systeem werd geselecteerd en aangepast aan de Duitse ziekenhuisomgeving, in twee grote fasen: 1) De Australische procedurecodes gecodeerd volgens CIM-9-MC werden omgezet volgens de Duitse procedurecodes naar CIM-10-GM, en 2) De berekening van de relatieve weging van de kosten werd ontwikkeld. In 2001 voerden een klein aantal ziekenhuizen het betalingssysteem per AR-DRG in. De resultaten werden in 2002 besproken en de voorwaarden voor de ontwikkeling van het systeem werden vastgesteld, zodat eind 2002 de eerste versie van het systeem per G-DRG werd voorbereid.

Voor deze eerste versie deelden ongeveer 100 ziekenhuizen (van de ongeveer 1.800 acute ziekenhuizen die deelnamen aan het betalingssysteem per G-DRG) vrijwillig hun kostengegevens om het relatieve gewicht van de DRG's te ontwikkelen. De eerste versie van het G-DRG-systeem bevatte 664 DRG's.

Fase 2. De tweede fase, van 2003 tot 2004, bestond uit het invoeren van de DRG's. Deze fase werd de budgettaire neutraliteit genoemd, daar de ziekenhuizen dezelfde budgetten ontvingen als voorheen. Het enige verschil was dat de terugbetalingseenheden niet meer per verblijf gebeurden, maar per G-DRG. In 2003 konden de ziekenhuizen op vrijwillige basis het betalingssysteem per G-DRG toepassen (aangemoedigd door de mogelijkheid om over hogere budgetten te onderhandelen), totdat ze daartoe in 2004 verplicht werden.

De overgang van een op budget gebaseerd betalingssysteem naar een op DRG gebaseerd betalingssysteem hield in dat bepaalde kostencategorieën in de budgetten als aanvullende activiteiten werden gedefinieerd, die verder op verschillende manieren werden gefinancierd (psychiatrische gezondheidszorg, of de opleiding van verpleegkundestudenten, om enkele voorbeelden te geven).

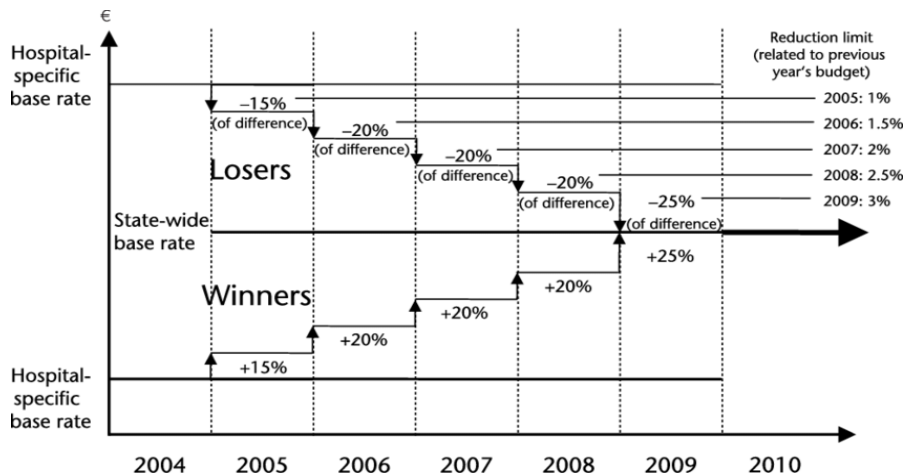
Terwijl tot 2002 het budget gebaseerd was op een afgesproken aantal dagen per patiënt was het budget voor 2003/2004 gebaseerd op de samenstelling van de "case mix" (d.w.z. het relatieve DRG-gewicht van alle patiënten). Op deze manier werd voor het eerst de efficiëntie van de Duitse ziekenhuissector zichtbaar: het werd duidelijk dat goedkope ziekenhuizen (vanwege de relatief hoge budgetten voor hun "case mix") relatief minder efficiënte zorg verleenden.

Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Duitsland?

Opstartproces

Fase 3. Tijdens de derde fase van omschakeling, van 2005 tot 2010, convergeerden de individuele ziekenhuistarieven naar de tarieven per deelstaat (één voor elk van de 16 deelstaten). Om te beginnen werd in 2005 voor het eerst onderhandeld over de tarieven per deelstaat. Deze werden gebruikt als maatstaf voor de tarieven van alle ziekenhuizen in de deelstaat. In 2005 werd het individuele tarief vastgesteld op 15% van het verschil met het nationaal tarief, in 2006 op 35% (15% plus 20%), enzovoort, tot het nationaal tarief bereikt werd in 2009.

Grafiek 04. Convergentiefases van het betalingssysteem per DRG in Duitsland



Aanvankelijk varieerden de tarieven sterk, van € 2.200 (voornamelijk voor kleine ziekenhuizen op het platteland) tot € 3.200 (voor grote stedelijke ziekenhuizen), wat tot op zekere hoogte de historische verschillen in hun onderhandelingen weerspiegelt. Aangezien het G-DRG-systeem geen rekening houdt met organisatorische kenmerken zoals omvang, prijsverschillen in het aanbod of het feit dat het een om universitair ziekenhuis gaat, zorgt de convergentie van tarieven ervoor dat ziekenhuizen met lage tarieven onder een aanzienlijke druk komen te staan om hun kosten te verlagen.

Om de hervorming aanvaardbaarder te maken op politiek vlak, werden de budgettaire verliezen aanvankelijk beperkt tot 1% in 2005 (ten opzichte van 2004), om vervolgens over te gaan naar 3% in 2009 (ten opzichte van 2008) Bijgevolg, hadden alle ziekenhuizen met een hoog tarief de niveaus van de deelstaat niet bereikt in 2009. In 2010, echter, werden de tarieven per deelstaat toegepast in alle ziekenhuizen.

Fase 4. Tijdens de vierde fase van 2010/11, werden verdere wijzigingen aangebracht aan het betalingssysteem per DRG. Meer bepaald, werd een uniek tarief berekend voor het gehele land. Tot 2014, moesten alle tarieven van alle deelstaten convergeren naar een vork tussen 2,5% al bovengrens en 1,25% als ondergrens.

Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Zwitserland?

Inleiding

Zwitserland beschikt over een verplicht ziekteverzekeringssysteem. Elke burger moet verzekerd zijn bij een verzekeringsmaatschappij, basisgezondheidszorg ontvangen en mogelijk een aanvullende privé verzekering hebben. De verzekeringsmaatschappijen zijn privé bezit en dekken alle kosten in verband met ambulante zorg, terwijl de kosten van ziekenhuiszorg worden gedeeld tussen de verzekeringsmaatschappijen en de kantons.

Het Zwitserse parlement heeft in 2007 een wet aangenomen om het terugbetalingssysteem te veranderen van een betalingssysteem per verblijf in een toekomstig betalingssysteem op basis van DRG's (SwissDRG), dat uiteindelijk in 2012 werd ingevoerd. Sommige kantons hadden de terugbetaling per SwissDRG echter een paar jaar eerder, geleidelijk ingevoerd, zoals in andere landen (bijv. Duitsland). Net als andere op DRG gebaseerde betalingssystemen, vergoedt het SwissDRG-systeem ziekenhuizen voor acute patiëntenzorg tegen een vast tarief per geval. Elke ziekenhuisopname wordt toegewezen aan een groep op basis van specifieke criteria die door iedereen in de groep worden gedeeld (bijv. primaire diagnose, secundaire diagnoses, behandelingen en ernstniveau). Aan de groep wordt een weging van de kosten toegewezen. De vergoeding wordt berekend door het gewicht van de kosten van SwissDRG te vermenigvuldigen met het door de lokale kantons vastgestelde tarief. In tegenstelling tot het betalingssysteem per verblijf, biedt het SwissDRG-systeem incentieven voor de vroegtijdige registratie van de patiënten, wat resulteert in een korter verblijf in het ziekenhuis en lagere kosten.

Voor prestaties die onder het gezondheidssysteem vallen en door het betalingssysteem per DRG worden gefactureerd, ontvangen de ziekenhuizen ongeveer de helft (45% tot 55%) van de middelen via de verzekeraars. De andere helft wordt gedekt door de kantons en gemeenten of, in het geval van supplementaire prestaties, door een privé ziektekostenverzekering.

De kantons zijn verantwoordelijk voor de planning en financiering van de ziekenhuizen en zijn wettelijk verplicht om deze planning af te stemmen met andere kantons. In 2012 werd, naast de invoering van het betalingssysteem per DRG, het vrije verkeer van patiënten tussen de kantons toegestaan, waardoor de fragmentatie per kanton werd verminderd. De vergoedingsmechanismen zijn afhankelijk van de verzekeringscontracten. Bijgevolg, blijft de betaling per prestatie voor ziekenhuiszorg die niet onder het volksgezondheidssysteem valt mogelijk. Ziekenhuisartsen ontvangen vaak een salaris en artsen in openbare ziekenhuizen kunnen aanvullende betalingen ontvangen voor de zorg voor patiënten met een privé verzekering.



Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Zwitserland?

Opstartproces

De wijzigingen in de federale wet op de ziektekostenverzekering (KVG/LAMal) met betrekking tot de ziekenhuisfondsen, die op 1 januari 2009 in werking zijn getreden, hebben een wettelijk kader gecreëerd voor gestandaardiseerde betalingen voor ziekenhuiszorg op basis van DRG's.

In 2007 heeft het Zwitserse parlement de nieuwe wet op de financiering van ziekenhuizen aangenomen, die een op DRG gebaseerde tariefstructuur omvat die in 2012 nationaal werd ingevoerd. Er werd een organisatorisch kader (SwissDRG AG) gecreëerd en de Zwitserse federale overheid gaf de opdracht om een op DRG gebaseerd financieringssysteem van het ziekenhuis te ontwikkelen en te implementeren. De activiteiten van SwissDRG waren voornamelijk gericht op technische kwesties in verband met de aanpassing van de classificatiealgoritmen en het bepalen van passende kostengewichten voor het Zwitserse gezondheidszorgsysteem. Tegelijkertijd werd de reeks ontslaggegevens voor alle ziekenhuisopnames in Zwitserse ziekenhuizen die door het Federaal Bureau voor de Statistiek (*Medizinische Statistik der Krankenhäuser*) werden verzameld, gewijzigd om alle gegevens op te nemen die nodig zijn voor de classificatie van diagnoses en procedures en de hergroepering van DRG's met behulp van de SwissDRG "grouper". De SwissDRG-classificatie is gebaseerd op het Duitse G-DRG-systeem.

Sinds 1 januari 2012 wordt acute zorg voor gehospitaliseerde patiënten gefinancierd volgens een uniform nationaal systeem (het SwissDRG-systeem) waarbij erelonen worden betaald volgens de diagnostische groepering van gevallen (DRG).

Binnen het DRG-systeem worden de ziekenhuisgevallen gegroepeerd op basis van medische en economische criteria om zo homogeen mogelijke groepen te vormen (DRG) Elk ontslag wordt aan een specifiek DRG toegewezen op basis van medische criteria (diagnose, behandeling, enz.) en andere (leeftijd van de patiënt, enz.). Deze DRG's zijn dezelfde voor heel Zwitserland.

Het gewicht van de kost van een specifieke DRG weerspiegelt de gemiddelde behandelingskosten in vergelijking met andere DRG's die onder de tariefstructuur vallen. De weging van de kosten wordt berekend op basis van gevalgegevens afkomstig van geselecteerde ziekenhuizen. De tarieven worden overeengekomen tussen de verzekeraars en de zorgverleners en goedgekeurd door het verantwoordelijk kanton. Als ze het niet eens kunnen worden over een vergoeding, wordt deze vastgesteld door het kanton.

De DRG's en de kostenweging worden in heel Zwitserland op gestandaardiseerde wijze gedefinieerd en vormen samen de tariefstructuur van het financieringssysteem. De formulering van de tariefstructuur op nationaal niveau en de jaarlijkse evaluatie ervan is een van de hoofdtaken van SwissDRG AG. De tariefstructuur dient voorgelegd te worden aan de Federale raad ter goedkeuring.

SwissDRG AG heeft eveneens het betalingsstelsel voor psychiatrische zorg ontwikkeld en is bezig met het opstellen van uniforme tariefstructuren op nationaal niveau voor de revalidatiecentra. Dit betekent dat er in de toekomst uniforme tariefstelsels komen die de uitbetaling van de ziekenhuiszorg door ziekenhuizen in de drie domeinen (acute zorg, revalidatie en psychiatrie) regelen.

Hoe is dit financieringssysteem tot stand gekomen in Zwitserland?

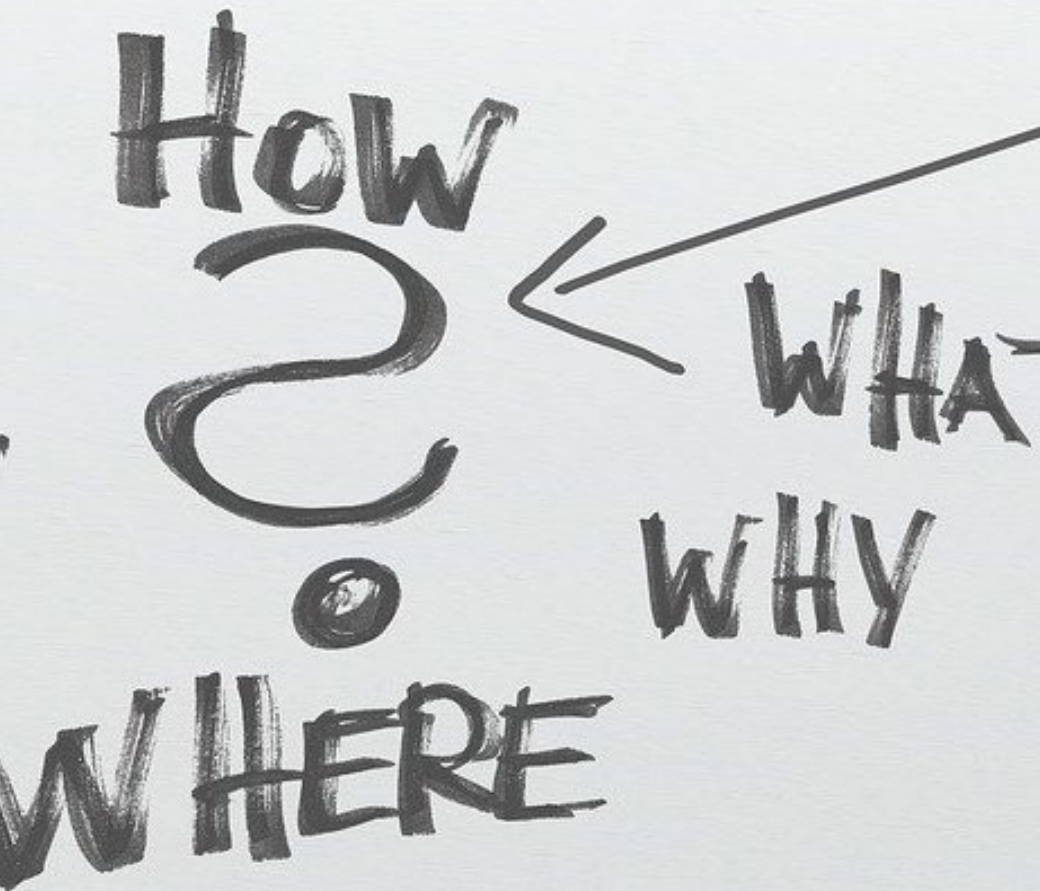
Opstartproces

SwissDRG AG is verantwoordelijk voor het ontwerp, de ontwikkeling, de aanpassing en het onderhoud van het DRG-systeem voor de vergoeding van de ziekenhuiszorg. De aandeelhouders zijn: Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Hôpitaux de Suisse (H+), de Zwitserse ziekte verzekeraars (santésuisse), Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) en Fédération des médecins suisses (FMH). Sinds 2014 financiert en coördineert SwissDRG GA eveneens de ontwikkeling en de implementatie van het terugbetalingssysteem voor psychiatrische en revalidatieprestaties.

In februari 2018 besliste het federale ministerie van Binnenlandse Zaken dat de volgende zes groepen interventies alleen zouden worden vergoed als ze ambulant werden uitgevoerd:

1. Eenzijdige spataderoperatie van de benen
2. Aambeï procedures
3. Unilaterale inguinale hernia-operatie
4. Onderzoeken / interventies in de baarmoederhals of baarmoeder
5. Knieartroscopie, inclusief artroscopische operatie aan de meniscus
6. Operatie aan de amandelen en adenoïden.

Het doel van deze beslissing is het creëren van uniforme regels voor alle verzekerden in Zwitserland die deze procedures ondergaan. Daarnaast wordt er een plan opgesteld om de evolutie van het aantal ziekenhuis- en extramurale interventies op te volgen om de impact van de hervorming te beoordelen. Dit maakt deel uit van een bredere evaluatie die in de loop van de volgende drie jaar uitgevoerd zal worden, en die de impact van de hervorming op de patiënten, de dienstverstrekkers en de verzekeraars betreffende de kwaliteit en de kost zal evalueren. Vervolgens zal er beslist worden om de lijst van interventies in daghospitalisatie al dan niet uit te breiden naar andere operaties. Tegelijkertijd hebben sommige kantons (met name Aargau, Luzern, Wallis, Zug en Zürich) al hun eigen lijsten ingediend, die meer interventies bevatten dan de zes hierboven genoemde.



Transversale analyse van de problemen

Een vergelijkende analyse van de 3 landen uit de studie op basis van 9 criteria die als essentieel zijn aangemerkt, waarbij de landen verschillende antwoorden hebben gegeven

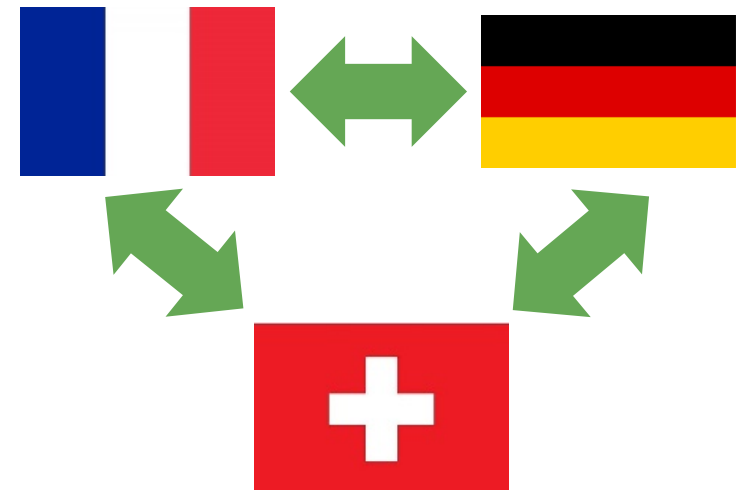
5. Transversale analyse van de problemen

Transversale analyse van de problemen

Het doel van dit deel is om een vergelijkende analyse te maken van de financieringsmodellen van de ziekenhuizen op basis van DRG's in Frankrijk, Duitsland en Zwitserland. Voor elk land worden de volgende elementen geanalyseerd:

1. Behaalde doelstellingen en resultaten (gewenst en ongewenst)
2. Uitgesloten producten/activiteiten
3. Behandeling van de *outliers* en de ernstige gevallen
4. Financieringsmodel voor middellange en lange verblijven, de mentale gezondheid en de ambulante zorg
5. Financiering van belangrijke investeringen (essentiële renovaties, bouw van nieuwe centra, dure apparatuur)
6. Medische activiteit
7. Financiering van niet medische opdrachten
8. Controle van de kwaliteit van de codering
9. Sanctie- of stimuleringsstelsel

Afbeelding 10. Een vergelijkende analyse in 3 landen: Frankrijk, Zwitserland en Duitsland



5. Transversale analyse van de problemen

De essentiële punten van de transversale analyse Frankrijk

- In Frankrijk waren de gevolgen van de implementatie van het DRG-financieringssysteem de toename van de activiteit, de afname van het sterftecijfer, de toename van de opnames, de afname van de gemiddelde verblijfsduur, de verbetering van de productiviteit en de toename van de verkeerde codering. Het verzekeren van een adequate zorg is dan ook een politieke prioriteit geworden.
- De transparantie van het DRG-financieringssysteem is één van de meest gewaardeerde elementen. De ondoorzichtigheid bij de berekening van de DRG-tarieven is een hangend verbeteringspunt.
- Het financieringssysteem bevordert de monitoring en coördinatie van de zorg niet en blijkt niet optimaal te zijn voor het betalen van de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen.
- De vergoeding van de prestaties is problematisch omdat er wordt vermoed dat ze worden gebruikt als een mechanisme om de daadwerkelijke efficiëntiekorten van openbare ziekenhuizen te dekken.
- Innovatie is beschermd: er wordt een extra vergoeding betaald voor innovatieve en dure geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Innovatieve medische technologieën en procedures die wachten om in het systeem te worden opgenomen, worden gefinancierd door onderzoeksprogramma's.
- De psychiatrische en revalidatieactiviteiten zullen naar verwachting tegen 2022 worden gefinancierd door het DRG-systeem.
- Er bestaat een zeer interessant kwaliteitsmonitoringsysteem. Alle resultaten worden openbaar gecommuniceerd.

5. Transversale analyse van de problemen



De essentiële punten van de transversale analyse Duitsland

- In Duitsland werd het DRG-financieringssysteem geïmplementeerd in vier fases: voorbereiding, introductie van de DRG's, convergentie naar de tarieven voor elke deelstaat en convergentie naar de nationale tarieven.
- De DRG's waren gedeeltelijk succesvol in het beheersen van de kosten. De DRG's op zichzelf zijn echter niet voldoende om de uitgaven onder controle te houden. Het concept van geïntegreerde zorg wordt meer en meer gebruikt in een poging om dit te realiseren. In tegenstelling tot de DRG's, is de mate van ontwikkeling in het land echter zeer heteroog en is er geen specifieke nomenclatuur.
- Steeds vaker en bij elke nieuwe versie van DRG's, wordt deze niet gedefinieerd volgens de onderliggende diagnose, maar alleen volgens de uitgevoerde procedure (de hoofdinterventie). Dit creëert een incentive om complexe procedures uit te voeren opdat deze kunnen worden gefactureerd, ongeacht de noodzakelijkheid voor de patiënt.

5. Transversale analyse van de problemen



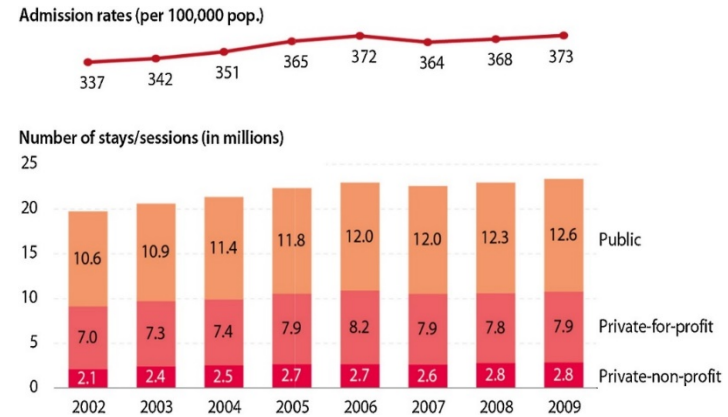
De essentiële punten van de transversale analyse Zwitserland

- Het SwissDRG-systeem wordt ruim aanvaard en aanzien als een succes. De evaluatie van het systeem toont aan dat het de transparantie van de ziekenhuissector verbeterd heeft en bijgedragen heeft tot een grotere efficiëntie en kwaliteit van de zorg.
- Er is een non-profitonderneming (SwissDRG AG), waaraan de Zwitserse regering de verantwoordelijkheid heeft gedelegeerd voor het ontwerp, de ontwikkeling, de aanpassing en het onderhoud van het DRG-systeem.
- Uniforme tariefstructuren voor de psychiatrische zorg werden eveneens nationaal gecreëerd en er worden tarieven ontwikkeld voor de revalidatiediensten (respectievelijk TARPSY en ST Reha).
- Er is een bijkomende vergoeding voor dure geneesmiddelen en behandelingen. Net zoals in Frankrijk en Duitsland, bestaat er een specifiek fonds voor de financiering van nieuwe diagnoses of behandelingen in afwachting dat deze worden opgenomen in het systeem (wachtijd kan oplopen tot vijf jaar).

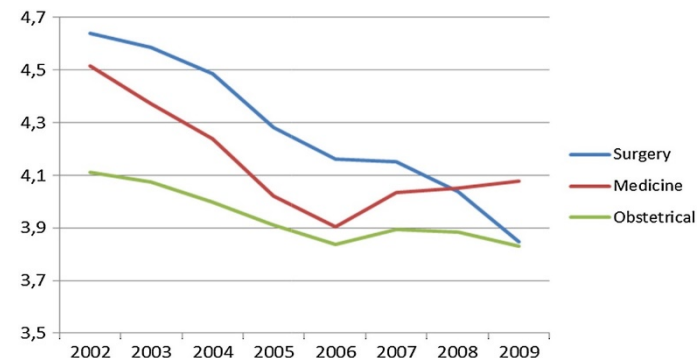
De verkregen doelstellingen en resultaten (gewenst en ongewenst) in de verschillende landen van de studie Frankrijk

Toename van de ziekenhuisactiviteiten. De beschikbare gegevens suggereren dat de ziekenhuisactiviteit (aantal ontslagen) sinds de invoering van het betalingssysteem per DRG gestaag is toegenomen, hoewel de openbare en privé ziekenhuizen verschillende strategieën hebben gevolgd. In openbare ziekenhuizen nam het aantal ontslagen en gecorrigeerde ontslagen in functie van de complexiteit aanzienlijk toe tussen 2004 en 2009, en voor verschillende activiteiten (geneeskunde, chirurgie, verloskunde), hoewel iets meer voor chirurgie. In privé ziekenhuizen met winstoogmerk was er een sterke toename van de opnames voor ambulante chirurgie, met in parallel een afname in chirurgische hospitalisatie en de verloskundige en medische gevallen. Hoewel de openbare sector zijn marktaandeel in chirurgie heeft verbeterd, blijft de privé sector (traditioneel gespecialiseerd in electieve chirurgie) de grootste producent van ambulante chirurgie die wordt betaald volgens de diagnostische groepering van gevallen (DRG).

Grafiek 05. Evolutie van het aantal ontslagen, 2000-2009



Grafiek 06. Gemiddeld verblijf (in dagen) voor opnames in chirurgie, verloskunde en geneeskunde



Bron: Or en coll., 2014.

De verkregen doelstellingen en resultaten (gewenst en ongewenst) in de verschillende landen van de studie Frankrijk

Sterftecijfer en heropname. Een recent onderzoek suggereert dat het aantal heropnames na 30 dagen voor veelvoorkomende medische aandoeningen, zoals beroertes en hartinfarcten, maar ook colonkanker en heupchirurgie in de periode 2007-2009 is toegenomen. Het sterftecijfer van ziekenhuizen binnen 30 dagen vertoont echter onder dezelfde omstandigheden een constante daling tussen 2002 en 2009, zoals dit het geval was in andere Europese landen.

Verbetering van de productiviteit in openbare ziekenhuizen.

Er is er een positieve verandering in de productiviteit van de openbare sector. Het aantal verlieslatende openbare ziekenhuizen is verminderd. De gemiddelde verblijfsduur is afgenomen, met name bij gevallen die ambulante kunnen worden geopereerd, terwijl de afname minder uitgesproken is bij medische en verloskundige gevallen. De technische efficiëntie is eveneens toegenomen in de openbare ziekenhuizen: tussen 2005 en 2009 was er een aanzienlijke toename van de complexiteit gewogen productiviteit, terwijl het aantal ziekenhuismedewerkers slechts matig is toegenomen. In de privésector met winstoogmerk daarentegen daalde het gewogen productieniveau lichtjes als gevolg van een daling van de ziekenhuisopnames (meer gewogen in het productieniveau). In alle sectoren heeft een betere codering van de activiteiten en de wijzigingen in de coderingsgewoonten (optimalisatie van de codering van de comorbiditeiten) een positieve impact gehad op het behaalde productieniveau. De groeiende kloof tussen de openbare en de privé sector in de productie-index (sinds 2007) wijst echter op verschillende trends in de "case mix" tussen de twee sectoren.

Foute codering. Aangezien de DRG-classificatie van patiënten de ziekenhuisopnames bepaalt, zijn er sterke ongewenste incentives voor de ziekenhuizen om hun coderingspraktijken te "optimaliseren". In 2006, een jaar na de introductie van de betaling per DRG, bleek uit audits van ziekenfondsen dat het coderen van sommige ambulante procedures als dagziekenhuisprocedures een reëel probleem vormde. Deze kwestie werd in 2007 aangepakt door middel van een decreet dat de procedures beschrijft die ambulante worden uitgevoerd en die niet mogen worden gecodeerd als dagziekenhuisprocedures. Daarnaast hebben externe kwaliteitscontroles op regionaal niveau aangetoond dat een groot aantal ziekenhuizen patiënten, opzettelijk of niet, in duurdere groepen indelen. Tussen 2006 en 2009 werd driekwart van de ziekenhuizen minstens één keer gecontroleerd, en de helft hiervan meer dan eens. In 2006 bevatte meer dan 60% van de ziekenhuisopnames (meer dan 80% van de ambulante episodes) een coderingsfout of inconsistentie in de gefactureerde procedures. Als een opzettelijke codificatie werd ontdekt, konden de ziekenhuizen onderworpen worden aan economische sancties die tot 5% van hun jaarlijkse budget konden bedragen. De via deze boetes ontvangen inkomsten bedroegen 51 miljoen euro in 2008 en 23 miljoen euro in 2010.

Geïnduceerde vraag. Het is moeilijk te bewijzen welke vraag gerechtvaardigd is en welke vraag geïnduceerd kan worden. Een deel van de toegenomen activiteit kan verklaard worden door de toename van de vraag omwille van de veroudering van de bevolking en de verspreiding van de nieuwe interventies, maar ook door de verbetering van de codering van de ziekenhuisactiviteiten. De grote toename van percentages gestandaardiseerd per leeftijd, van sommige electieve interventies en procedures die rendabel zijn (zoals cataract, endoscopieën, enz.) in vergelijking met de percentages voor heupvervanging (interventie waarvoor de vraag moeilijk op te wekken is) suggereert het bestaan van een geïnduceerde vraag.



De verkregen doelstellingen en resultaten (gewenst en ongewenst) in de verschillende landen van de studie Duitsland

Foute codering. De inkomsten van elk ziekenhuis zijn afhankelijk van het aantal geleverde prestaties en hun waarde. Dit kan de ziekenhuizen er toe leiden meer prestaties of prestaties die beter terugbetaald worden, te coderen dan degene die werkelijk toegediend worden. De medische beoordelingsraden van verzekeraars proberen deze slechte coderingspraktijken op te sporen door individuele gevallen willekeurig te herbeoordelen.

Nadelige selectie. De nadelige selectie is in strijd met de rol van de ziekenhuizen, vooral in landelijke gebieden. De prijslijst wordt jaarlijks bijgewerkt om rekening te houden met de werkelijke behandelingskosten in de ziekenhuizen. Het betreft hier een systemische methode om de nadelige selectie te vermijden aangezien de kostenweging van jaar tot jaar varieert. Deze benadering maakt het onmogelijk om de bijdragemarges van de DRG's te voorspellen voor langdurige behandelingen en vermindert de incentives om de capaciteiten dienovereenkomstig aan te passen. Te meer omdat het verlenen van specifieke zorg in de ziekenhuizen vaak afhankelijk is van de speciale infrastructuur en organisatorische wijzigingen kan vereisen.

Vroegtijdig ontslag. Het risico op vroegtijdig ontslag teneinde de kosten te verlagen werd goed gedocumenteerd sinds de invoering van de DRG-systemen. Het DRG-systeem tracht een vroegtijdig ontslag te vermijden door twee hoofdinstrumenten toe te passen. Het eerste is de jaarlijkse bijwerking van de prijslijst, de herberekening van de kostengewichten en de vermindering van de punten voor terugbetaling van *outliers*, met als doel het verminderen van de incentives voor vroegtijdige registratie door correcte vergoeding voor dure zorg, alsmede door aftrek van betalingen voor extreme waarden op korte termijn. Ten tweede wordt de heropname na 30 dagen om dezelfde reden vergoed binnen de oorspronkelijke DRG en ontvangen de ziekenhuizen geen extra vergoeding. Deze benadering penaliseert financieel het vroegtijdig ontslag, althans als ze tot heropnames leiden.

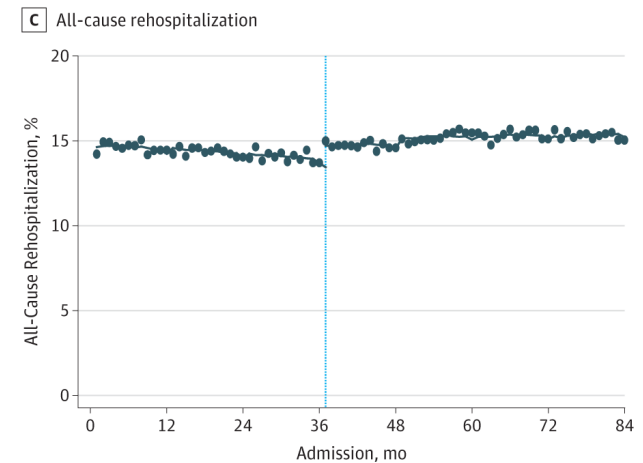
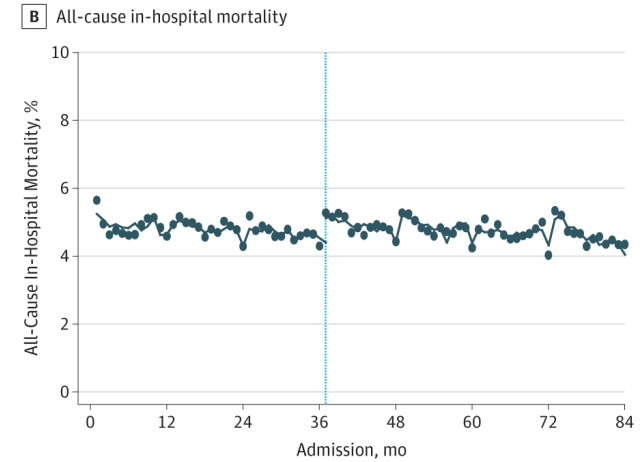
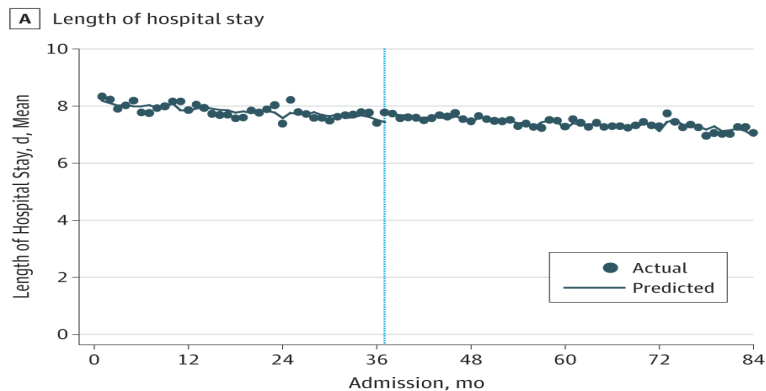


De verkregen doelstellingen en resultaten (gewenst en ongewenst) in de verschillende landen van de studie Zwitserland

Drie recente studies hebben de invloed van het Zwitserse DRG-financieringssysteem op de verblijfsduur, het sterftecijfer en de heropnames bij ziekenhuisopnames voor volwassen personen geëvalueerd. Studies hebben aangetoond dat de invoering van een DRG-financieringssysteem het volgende met zich mee bracht:

- Toename van het aantal ziekenhuisopnames
- Toename van de kost per geval
- Afname van de gemiddelde verblijfsduur
- Afname van het sterftecijfer
- Toename van de opnames

Grafiek 07. Evolutie van de gemiddelde verblijfsduur, sterfte en heropname in het ziekenhuis, Zwitserland, 2002-2009



De uitgesloten producten en activiteiten Frankrijk

Geneesmiddelen in het ziekenhuis. Zoals eerder vermeld, dekken de DRG-tarieven zowel de medische kosten als de apotheekkosten. Sinds 2005 is er echter een supplementaire vergoeding voor innovatieve en dure geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. De ziekenhuizen ontvangen, tegen factuur, een financiering van de openbare verzekeraar voor de duurste geneesmiddelen op basis van een nationale lijst opgesteld door het Ministerie van volksgezondheid (115 geneesmiddelen in december 2014). Het doel is toegang te waarborgen tot innovatieve geneesmiddelen, zonder een aanzienlijke heterogeniteit in de kosten per verblijf te creëren. De financiële traceerbaarheid van de elementen op de lijst is verplicht voor de facturatie. De door de overheden vastgestelde criteria voor inschrijving op en intrekking van de lijst omvatten het beoogde gebruik van het medicijn, het medische voordeel en de verbetering ervan, de frequentie en kosten van het medicijn tijdens ziekenhuisverblijven en de gelijke behandeling van vergelijkbare producten. Alle openbare en privé ziekenhuizen met medische, chirurgische of verloskundige diensten in Frankrijk komen in aanmerking voor deze aanvullende financiering. De openbare verzekeraar vergoedt de geneesmiddelen aanwezig op de lijst, afgezien van de betaling per DRG aan een prijs die is overeengekomen door het Franse Comité voor de prijzen van gezondheidsproducten en farmaceutische bedrijven, het zogenaamde "aansprakelijkheidstarief". De Franse regering reguleert de aankooprijzen van geneesmiddelen in ziekenhuizen niet: het is aan de ziekenhuizen om met farmaceutische bedrijven te onderhandelen over een prijs die binnen de terugbetalingslimiet ligt. Bovendien ontvangen de ziekenhuizen de helft van het verschil tussen de werkelijke aankooprijzen en het tarief, zijnde een retrocessie op de winstmarge, indien de aankooprijzen lager zijn dan het terugbetalingstarief.

Ook moeten de ziekenhuizen zich houden aan een overeenkomst met de openbare verzekeraar over "het juiste gebruik van de gezondheidszorg" opdat hun prestaties volledig vergoed worden. Het geval van implanteerbare medische hulpmiddelen is vergelijkbaar: ze zijn opgenomen in een vooraf gedefinieerde lijst en worden volledig vergoed door de openbare verzekering.

Hoewel dit beleid van gelijke toegang tot innovatieve zorg een stap voorwaarts is, heeft de voortdurende opkomst van nieuwe producten op de markt en de veralgemening van het gebruik ervan tot gevolg dat de 'Agences régionales de santé' en het 'Ministère des Solidarités et de la Santé' onder druk worden gezet om de uitbreiding van de lijsten met dure geneesmiddelen en implanteerbare medische hulpmiddelen te beperken.

Nieuwe technologieën. De innovatieve medische technologieën en procedures die wachten op inschrijving, worden gefinancierd door twee onderzoeksprogramma's. Vooreerst het klinisch onderzoeksprogramma voor ziekenhuizen, de voornaamste bron van openbare financiering voor klinische onderzoeksprojecten, die de efficiëntie van nieuwe behandelingsstrategieën beoordeelt. Daarnaast het medisch-economisch onderzoeksprogramma, gefinancierd door een fonds voor economische evaluatie, dat de efficiëntie evalueert van de innovatie.

Supplementen. Bepaalde medische activiteiten (dialyse, abortus, palliatieve zorg, enz.) worden gefinancierd onder de vorm van aanvullende betalingen per DRG, de zogenaamde supplementen. Meer specifiek kan de dialyse in Franse ziekenhuizen op twee manieren worden gefinancierd: ofwel in een DRG "dialyse in uitvoering" wanneer de patiënt enkel opgenomen wordt voor de dialyse, of in een DRG "buiten dialyse" (dialyse kostensupplement) wanneer de patiënt opgenomen wordt om een andere reden die ernstiger is dan de dialyse en de dialyse plaatsvindt tijdens het verblijf.

De uitgesloten producten en activiteiten Frankrijk

De tarieven voor de dialysesupplementen zijn identiek aan de tarieven voor dialyse per sessie voor elke type van DRG-dialyse. Dit geldt ook voor radiotherapie-sessies voor diegenen bij wie de ziekenhuisopname geen kanker betreft.

ICU. Onlangs (decreet nr. 2017-247 van 27 februari 2017) zijn nieuwe financieringsmethoden geïntroduceerd voor de intensieve zorgen en intermediaire zorgeenheden (reanimatie, intensieve zorgen, neonatale intensieve zorgen, neonatale reanimatie). Deze eenheden worden gekenmerkt door hoge vaste kosten vanwege hun operationele behoeften en de fluctuerende activiteiten als gevolg van de noodsituaties. Voorheen werd deze acute zorg gefinancierd door extra dagelijkse betalingen per DRG, op voorwaarde dat aan meerdere criteria werd voldaan (formele goedkeuring van de eenheid, procedures uitgevoerd tijdens het bezoek en ernst van de patiënt). Deze financieringsmethode zorgde voor een grote financiële instabiliteit. Met het nieuwe model, wordt de kritische zorg nu gefinancierd door een gemengd model dat de activiteitsafhankelijke betaling combineert met een vaste jaarlijkse vergoeding op basis van de grootte van eenheden voor kritische zorg en hun activiteiten tijdens het voorgaande jaar. Deze jaarlijkse vergoedingen waarborgen een stabiel bedrag aan middelen om de vaste kosten van deze eenheden te dekken.

Andere. Procedures die in een ziekenhuisomgeving moeten worden uitgevoerd, maar waarvoor geen ziekenhuisopname vereist is (endoscopie zonder anesthesie, observatie in een ziekenhuisomgeving, toediening van producten en diensten in een ziekenhuisomgeving, enz.) worden gefinancierd door forfaitaire bedragen die zijn gegroepeerd onder de rubriek "veiligheid en ziekenhuisomgeving".

Reanimatie wordt gefactureerd op basis van standaard dagelijkse supplementen. Er zijn ook aanvullende kosten voor ambulante consultaties en bezoeken aan de spoeddienst. Voor het beheer van de orgaanprelevatie en -transplantaties worden dezelfde financieringsmethoden met jaarlijkse bedragen toegepast. Ten slotte gelden er speciale financieringsregels voor ziekenhuizen in geografisch afgelegen gebieden met een lage bevolkingsdichtheid die anders zouden worden benadeeld door een lage bezettingsgraad.



De uitgesloten producten en activiteiten Duitsland

Geneesmiddelen in het ziekenhuis. Supplementaire vergoedingen dekken bepaalde dure geneesmiddelen of complexe zorg. Deze vergoedingen worden gebruikt omwille van het ontbreken van voldoende gegevens voor de kostenberekening van sommige DRG's en de beperkte toereikendheid (in termen van wat de werkelijke kosten weerspiegelen) van de huidige kostengewichten. Deze extra vergoedingen worden over het algemeen uniform berekend voor heel Duitsland, zelfs als voor sommige vergoedingen die ziekenhuis per ziekenhuis worden onderhandeld.

Nieuwe technologieën. Bovendien mogen de verdragsluitende partijen in het geval van zeer gespecialiseerde diensten over aanvullende vergoedingen onderhandelen, op voorwaarde dat kan worden aangetoond dat de betrokken dienst nog niet naar behoren kan worden vergoed via DRG's of supplementaire vergoedingen. Er zijn ook een aantal toeslagen die worden onderhandeld tussen de verdragsluitende partijen en die met name pertinent zijn voor ziekenhuizen die nieuwe en innovatieve behandelingen gebruiken. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om te onderhandelen over vergoedingen voor diagnostische procedures en innovatieve behandelingen, en zelfs om bepaalde gespecialiseerde instellingen en ziekenhuisdiensten af te zonderen, door deze te financieren door middel van individueel overeengekomen tarieven.

Aangezien de DRG-financiering gebaseerd is op historische gegevens, kan de bestaande doorlooptijd een grote belemmering vormen voor het aannemen van nieuwe technologieën.

Om dit tekort aan te vullen, werd een verordening ingevoerd met twee hoofddoelstellingen: ten eerste, het financieringstekort dichten, en een extra budget (en geen DRG) voorzien voor nieuwe technologieën en, ten tweede, de tijdens deze latentieperiode gegenereerde gegevens gebruiken om het integratieproces van deze technologieën in het reguliere DRG-terugbetalingssysteem te versnellen.



De uitgesloten producten en activiteiten Zwitserland

Een supplementaire vergoeding onder de vorm van een vergoeding per prestatie is beschikbaar voor bepaalde prestaties die niet voldoende gefinancierd kunnen worden door het SwissDRG-betalingssysteem.

Een supplementaire vergoeding wordt gebruikt voor de betaling van dure geneesmiddelen, bloedproducten, implantaten of methodes voor intensieve zorgen die voorkomen in verschillende DRG's. Het moet om een duidelijk definieerbare en eenmalige prestatie gaan, die niet tot een specifieke DRG behoort en binnen de DRG een aanzienlijke meerprijs genereert. Extra compensatie helpt de duidelijkheid van het DRG-systeem te behouden en vermindert het aanmaken van nieuwe DRG's.

Geneesmiddelen, implantaten en medische apparatuur die meer dan 1000 Zwitserse frank kosten, moeten in klinische gevallen als individuele kosten worden beschouwd. Het doel is om een meer evenwichtige verdeling te bereiken: een vermindering van de onderfinanciering voor de dure gevallen en een overwaarding van de minder veeleisende gevallen.

Het SwissDRG-systeem houdt geen rekening met de onderzoekskosten, de universitaire opleiding en de kosten voor het waarborgen van de geografische beschikbaarheid van de ziekenhuiscapaciteit.

Beheer van de *outliers* en ernstige gevallen
Frankrijk

De DRG-tarieven kennen modulaties wanneer de verblijfsduur hoger of lager is dan wat in elke GHM (Groupes Homogènes de Malades) als standaard wordt beschouwd. Er wordt een toeslag betaald voor elke dag boven de bovengrens (EXH); een vermindering wordt toegepast (forfait of per dag) als het verblijf korter is dan de ondergrens die is gedefinieerd voor de GHM (EXB).

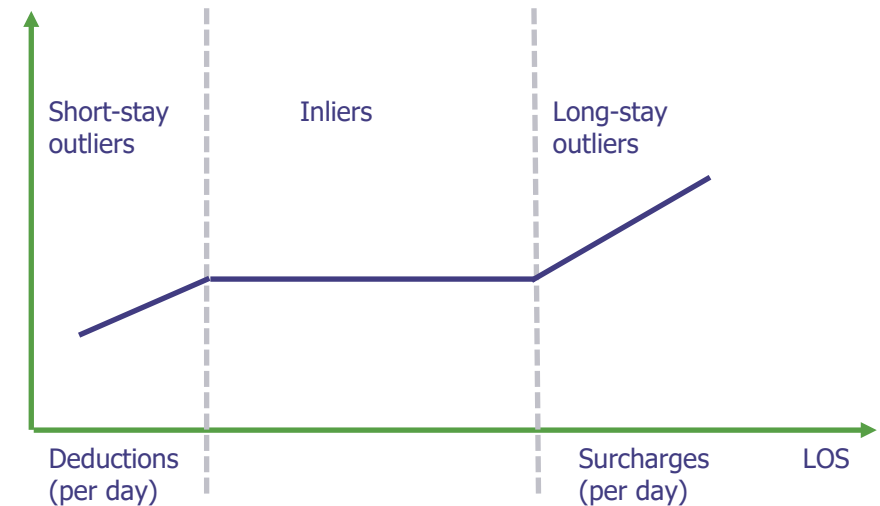
Beheer van de *outliers* en ernstige gevallen
Zwitserland

De duur van het ziekenhuisverblijf wordt voor elke DRG berekend. Gevallen met een verblijfsduur tussen de onderste (LIDS) en bovenste (LSDS) limieten van deze duur, worden als normaal beschouwd (*inliers*). Patiënten voor wie de hospitalisatie korter is dan de minimum duur zijn *low-outliers*-patiënten en degene voor wie de hospitalisatie langer is dan de maximale duur zijn *high-outliers*-patiënten. De gemiddelde hospitalisatieduur is de gemiddelde duur van alle gevallen van deze DRG in het ziekenhuis.

Beheer van de *outliers* en ernstige gevallen
Duitsland

Er wordt een wiskundige "*trim*"-methode toegepast om rekening te houden met de extreme gevallen. Aangezien de DRG-systemen de ziekenhuisgevallen trachten te vertalen naar coherente medische groepen op basis van de kosten, worden de extreme waarden uitgesloten uit de berekening van de kostenweging. De "*inlier*", gevallen die met intervallen worden behandeld. Dit interval, gedefinieerd tussen een lage en een hoge waarde, bevat de gemiddelde gevallen. Eens de gegevens verfijnd zijn met plausibiliteitscontroles, worden voor elke DRG de gemiddelde kosten van de inlier-gevallen bepaald. Hiervoor, worden de gemiddelde kosten van de inlier-gevallen voor de DRG's in kwestie gedeeld door de referentiewaarde voor het overeenkomstige jaar. De referentiewaarde, gedefinieerd als het rekenkundig gemiddelde van de kosten van alle *inlier*-gevallen, wordt berekend als de som van de pertinente kosten van de DRG gedeeld door de som van de "*case mix*" in Duitsland.

Grafiek 08. Verminderingen en toeslagen in verband met de verblijfsduur in Duitsland



Financieringsmodel voor middellange en lange verblijven, de mentale gezondheid en de ambulante zorg Frankrijk

Middellange en lange verblijven. De USLD (Unités de soins de longue durée) zijn gezondheidscentra die patiënten behandelen die belangrijke medische behoeften hebben, ongeacht hun leeftijd. De kosten verbonden aan de algemene medicalisering van de USLD (personeelskosten, aankoop van farmaceutische producten, noodzakelijke apparatuur voor de zorg, enz.) worden betaald door de openbare verzekeraar. De persoonlijke medische kosten (medische consultaties, geneesmiddelen, enz.) worden door de patiënten zelf betaald. De revalidatieziekenhuizen bezitten een provisioneel betalingssysteem gebaseerd op de verblijfsduur en de intensiteit van de zorg.

Geestelijke gezondheidszorg. De psychiatrische diensten bieden een openbare mentale gezondheidszorg aan gehospitaliseerde en ambulante patiënten en worden meestal gecoördineerd door een ziekenhuis gespecialiseerd in mentale gezondheid. Deze zorg wordt gefinancierd op basis van een jaarlijks provisioneel budget, net zoals voor de privé psychiatrische ziekenhuizen. Er werd een informatiesysteem (inzameling van medische en psychiatrische informatie) geïmplementeerd, maar het betalingsmechanisme (valorisatie van de psychiatrische activiteit) is nog steeds in ontwikkeling. De door eerstelijns artsen of onafhankelijke psychiaters toegediende ambulante zorg wordt vergoed via een betaling per prestatie. De door andere onafhankelijke beroepsbeoefenaars uitgevoerde consultaties in psychotherapie worden eveneens vergoed onder de vorm van een betaling per prestatie.

De psychiatrische activiteiten, de opvolging en de revalidatie zullen naar verwachting worden gefinancierd door het DRG-systeem tegen 2022.

Ambulante zorg. Over het algemeen betalen de externe patiënten voor de zorg en vragen ze nadien de terugbetaling aan van een deel van de uitgaven via hun ziekenfonds. Er zijn echter situaties waar de patiënt vrijgesteld is van betaling. Dit systeem van rechtstreekse betaling door het ziekenfonds aan de zorgverlener is gekend onder de naam "derde betalers" en is meer en meer van toepassing op de ambulante zorg. Het kan ook worden gebruikt voor laboratoria, apotheken (enkel voor generieke geneesmiddelen), tijdens ziekenhuisbezoeken en voor poliklinieken en door sommige artsen voor dure tests en behandelingen.

In 2017 introduceerde een nieuw decreet specifieke financieringsmodaliteiten voor ambulante zorg die grenzen aan de ambulante zorg in ziekenhuizen en daghospitalisatie. Voor deze activiteiten is geen ziekenhuisopname nodig, maar het gaat om lange bezoeken waarbij verschillende personeelsleden uit verschillende domeinen betrokken zijn. Het gaat, bijvoorbeeld, om de algehele monitoring van diabetespatiënten, waarvoor het bezoek van een diabetesspecialist, een verpleegkundige, een diëtist en een oogarts vereist is. Voorheen brachten sommige ziekenhuizen daghospitalisatiekosten in rekening, die veel hoger lagen dan het werkelijk bestede bedrag, of ontsloegen ze de gehospitaliseerde patiënten niet voor deze activiteiten, ter compensatie voor het feit dat sommige kosten niet gedekt werden door de betaling per prestatie, welke de ambulante zorg financiert. Om deze leemte op te vullen, introduceert het nieuwe decreet een intermediair financieringsniveau voor deze specifieke activiteiten, wat aanzienlijke besparingen zal opleveren en de overgang naar ambulante zorg in ziekenhuizen zal ondersteunen, door de ontwikkeling van deze activiteiten te faciliteren.



Financieringsmodel voor middellange en lange verblijven, de mentale gezondheid en de ambulante zorg Duitsland

Geestelijke gezondheidszorg. Sinds 2013 wordt de psychiatrische zorg vergoed door een systeem vergelijkbaar met het DRG-systeem, waarbij de wegingen dagelijks worden berekend en er rekening wordt gehouden met de verblijfsduur en de intensiteit van de middelen. Deze systeemwijziging ging gepaard met een verbetering op korte termijn van de financiering van het personeel.

Ambulante zorg. Tot eind 2008 werd de volledige uitkering over het algemeen onderhandeld als een vergoeding per lid of per verzekerde persoon, dat alle prestaties van alle aangesloten artsen van alle specialismen dekte. Sinds januari 2009, omvat deze globale vergoeding drie luiken. De eerste component is een algemene vergoeding gebaseerd op de morbiditeit, die voortvloeit uit de behandelingsvereisten van de patiënten, een regionale richtwaarde en het aantal door de verzekeraar verzekerde personen. Het bedrag van de algemene vergoeding voor de zorg uitgevoerd door aan het openbaar stelsel verbonden artsen, wordt jaarlijks onderhandeld tussen de regionale verenigingen van artsen en de regionale verenigingen van verzekeraars. De algemene vergoeding op basis van de morbiditeit voor 2009 wordt berekend op basis van de gegevens van 2007. Door het plafondsysteem om te zetten in een algemene vergoeding op basis van de morbiditeit, beoogt de wet het morbiditeitsrisico over te dragen van de artsen naar de verzekeraars. De vergoeding van de artsen in het openbare systeem blijft weliswaar onderworpen aan een plafond, hoewel de bijdrage aan individuele fondsen is gebaseerd op de noodzaken tot behandeling van haar leden in vergelijking met het bedrag van de voorgaande periode. De tweede component is de mogelijkheid om de uitkeringen van het ziekenfonds te verhogen tot de algemene vergoeding als zich een onvoorziene noodzaak aan behandeling (bijvoorbeeld een epidemie) voordoet.

De derde component is de vergoeding van de individuele prestaties die de verzekeraars moeten betalen aan vaste prijzen die hoger zijn dan de algemene vergoeding op basis van de morbiditeit. Voor bijzonder in aanmerking komende prestaties, zoals vaccinaties, screeningtests of ambulante chirurgie, gelden geen maximale volumelimiten.

Middellange en lange verblijven. Lange verblijven zijn meestal de verantwoordelijkheid van de publieke of privé ziektekostenverzekeraar. Patiënten ouder dan 18 jaar dienen supplementaire vergoedingen te betalen, tot een maximum van 2% van het bruto-inkomen of 1% bij ernstige chronische ziekte. Voor ziekenhuizen en preventie- en revalidatieklinieken gelden verschillende financieringsregels. Instellingen die verantwoordelijk zijn voor de medische zorg en revalidatie in ziekenhuizen hebben dus geen recht op contracten met sociale zekerheidsinstellingen. Ze kunnen hun prestaties daarom alleen aan de ziekenfondsen in rekening brengen als hun zorgverleners prestatiecontracten sluiten. De exploitatie- en investeringskosten van preventie- en revalidatiefaciliteiten moeten worden gedekt door de vergoeding voor de geleverde prestaties. Daartoe factureren de instellingen onder meer de ziekenfondsen, de pensioenverzekering, het arbeidsbureau en de wettelijke ongevallenverzekering. De prestaties worden doorgaans gefactureerd aan de hand van specifieke onderhoudstarieven, maar er worden ook steeds meer forfaitaire bedragen overeengekomen. Andere regels zijn eveneens van toepassing voor wat de deelname van de patiënten in de kosten betreft. In het geval van een vervolgrevalidatie na een ziekenhuisopname is de supplementaire vergoeding beperkt tot 28 dagen en wordt er rekening gehouden met de aan het ziekenhuis reeds betaalde supplementen.



Financieringsmodel voor middellange en lange verblijven, de mentale gezondheid en de ambulante zorg Zwitserland

Middellange en lange verblijven. Sinds januari 2011 betaalt de openbare verzekeraar de langdurige zorg onder de vorm van een vast tarief van 9,0 Zwitserse frank per dag en per zorgniveau, in functie van de mate van afhankelijkheid. De maximale dagelijkse bijdrage van de openbare verzekeraar is 108 Zwitserse frank en wordt vastgesteld door de federale overheid (Federale Raad). Als dit bedrag de totale medische kosten niet dekt, betalen de patiënten tot 20% van de maximale bijdrage, d.w.z. een maximale eigen bijdrage van 21,6 Zwitserse frank per dag of 7.884 Zwitserse frank per jaar. Deze betalingen door de patiënten worden doorgaans vertaald naar vaste tarieven per dag, in functie van de mate van afhankelijkheid. De overige kosten worden gefinancierd door het kanton of de gemeente.

Voor centra voor langdurig verblijf die door de staat worden gefinancierd of gesubsidieerd, wordt de overheidsbijdrage (kantonaal of gemeentelijk) doorgaans gekoppeld aan een contract dat bepaalde vereisten specificeert (bijvoorbeeld het verlenen van hoogwaardige zorg). De details van deze contracten kunnen echter talrijk zijn (tekortgaranties, investeringen in infrastructuur, enz.) en de vereisten zijn vaak relatief specifiek. De bijdragen van de patiënten voor zorg en huisvesting zijn vaak lager in door de staat gesubsidieerde of medegefinancierde instellingen dan in de privé instellingen.

Oorspronkelijk zouden ook de psychiatrische en de revalidatieziekenhuizen tegen januari 2012 worden overgezet naar een betalingssysteem gebaseerd op de gevallen (zoals wettelijk vereist). Omdat deze systemen echter van nul moesten worden ontwikkeld (aangezien er geen internationale systemen beschikbaar waren), werden verschillende ontwikkelingsniveaus bereikt: het TARPSY-systeem voor de financiering van psychiatrische hospitalisaties werd in 2018 gelanceerd, het systeem ST Reha is nog in ontwikkeling en zal naar verwachting vanaf 1 januari 2021 actief zijn.

Geestelijke gezondheidszorg. Sinds 2018 worden ook psychiatrische ziekenhuizen gefinancierd op basis van een "case mix" systeem (sinds 2019 voor kinderpsychiatrie). De invoering van de TARPSY-tariefstructuur voor ziekenhuispsychiatrie heeft tot doel duidelijke randvoorwaarden te scheppen, de transparantie en vergelijkbaarheid van centra in termen van kosten en kwaliteit te vergroten en de oriëntatie van de patiënten te verbeteren. De TARPSY-tariefstructuur is gebaseerd op de kostengegevens en psychiatrische prestaties van de ziekenhuizen in heel Zwitserland. De tariefstructuur is gebouwd op basis van een leersysteem, zodat deze continu wordt ontwikkeld op basis van de verzamelde gegevens.



Financieringsmodel voor middellange en lange verblijven, de mentale gezondheid en de ambulante zorg Zwitserland

TARPSY classificeert patiënten eerst op basis van hun primaire diagnose in 10 basis psychiatrische kostengroepen (PCG's). Deze kostengroepen komen overeen met de negen klinische groepen die zijn gedefinieerd door de belangrijkste diagnostische categorieën in CM-10 (F0 tot F9), plus een extra groep voor de behandeling van delirium. Aangezien patiënten met dezelfde primaire diagnose verschillende symptomen en ernst kunnen vertonen, kunnen ze ook verschillende behandelingen krijgen en verschillende uitgaven inhouden. Secundaire diagnose, leeftijd en symptoomintensiteit zijn de aanvullende classificatievariabelen, wat resulteert in een definitieve set van 23 PCG's. De ernst van de symptomen wordt beoordeeld aan de hand van het niveau van agressie, de neiging tot automutilatie en de aanwezigheid van andere lichamelijke ziekten en handicaps.

Volgens de Zwitserse wet op de ziektekostenverzekering moet het nieuwe financieringssysteem voor ziekenhuiszorg gebaseerd zijn op forfaitaire tarieven, in het algemeen op vaste tarieven per geval waarbij voor elk geval een vast bedrag wordt betaald in een bepaalde kostengroep. Dit is echter een moeilijke taak in een psychiatrische context waar de individuele verblijfsduur en dus de kosten van een internering voor een bepaalde PCG moeilijk te voorspellen zijn. In feite varieert de verblijfsduur voor een PCG aanzienlijk en de waargenomen gemiddelde dagelijkse kosten nemen af met de verblijfsduur. Om deze redenen heeft SwissDRG, Inc. zich onthouden van het berekenen van de specifieke kenmerken van psychiatrische ziekenhuiszorg en worden er geen tarieven per geval gebruikt, maar worden er dagelijkse subsidies toegepast, die de gemiddelde dagelijkse behandelingskosten weerspiegelen.

Deze bijdragen worden vervolgens omgezet in relatieve kosten en gewichten, die de nationale tariefstructuur vormen. Deze kostenweging, vermenigvuldigd met de verblijfsduur voor een bepaald geval, leveren het uiteindelijke tarief voor dat geval op. De werkelijke vergoeding in Zwitserse frank is het product van het eindtarief en het basistarief, een bedrag waarover elk ziekenhuis afzonderlijk met de verzekeraars onderhandelt en dat door de kantons wordt goedgekeurd.

Ambulante zorg. Het dominante betalingsmechanisme in de sector van externe patiënten is de betaling per prestatie. Er is geen volumelimiet op het aantal factureerbare prestaties. Alle artsen (huisartsen en specialisten) met een praktijklicentie worden vergoed voor de prestaties die de openbare verzekeraar dekt op basis van het nationale uniforme betalingssysteem voor de prestaties: TARMED (afgeleid van de medische kosten). TARMED is een schaal van relatieve waarde en de wegeningen voor elk prestatie-element (lokaal "belastingpunten" genoemd) bestaan uit twee delen: (1) het medische gedeelte voor artsen en (2) het technische gedeelte voor technisch en verplegend personeel, apparatuur en algemene kosten. Het medische gedeelte werd berekend op basis van deskundige schattingen (vertegenwoordigers van gespecialiseerde verenigingen) van de tijd die de arts nodig had om de prestaties te verlenen en een jaarlijks referentie-inkomen van 207.000 Zwitserse frank (met gespecialiseerde aanpassingen en aanvullende kwalificaties). De TARMED-belastingpunten worden omgezet in monetaire waarden door ze te vermenigvuldigen met de waarde van het onderhandelde kantonpunt. Deze waarde varieerde in 2014 van 0,82 Zwitserse frank in de kantons Luzern, Schwyz, Wallis en Zug tot 0,97 Zwitserse frank in de Jura.



Financieringsmodel voor middellange en lange verblijven, de mentale gezondheid en de ambulante zorg Zwitserland

TARMED werd geïntroduceerd om de vergoeding te harmoniseren voor zorgverleners die in verschillende kantons en verschillende omgevingen werken en om een aantal van de ongewenste incentives weg te nemen, zoals de overplaatsing van externe patiënten tussen de ambulante diensten van het ziekenhuis en de praktijken. Daarnaast was de introductie van TARMED erop gericht de vergoeding voor algemene medische zorg te verbeteren door meer gewicht te geven aan niet-technische diensten dan aan technische diensten, en om minder hulpbron intensieve vormen van zorg aan te moedigen.

Acute zorg in de daghospitalisatie wordt ook vergoed op basis van betaling per prestatie op basis van de TARMED-punten en de waarden van de onderhandelde kantonpunten. De puntwaarden zijn verschillend voor artsen in de ambulante praktijk. Ook andere ambulante zorg dat valt onder de openbare verzekeraar en uitgevoerd wordt door niet-medisch personeel, zoals fysiotherapeuten, psychotherapeuten (psychologen) werkzaam in medische praktijken, laboratoria en paramedici, wordt vergoed volgens een betalingssysteem per prestatie. Alle beroepen in de ambulante zorg hebben een nationaal overeengekomen ereloonprogramma, dat wordt onderhandeld tussen de betreffende beroepsvereniging en de openbare verzekeraar.

Thuiszorgdiensten (Spitex) worden door de openbare verzekeraar vergoed via een betaling per prestatie, tot een maximale bijdrage per patiënt per dag. Patiënten betalen tot een extra plafond en de rest van de kosten worden gedragen door de kantons of gemeenten.

Zorg die niet onder de openbare verzekeraar valt, wordt gefinancierd door vrijwillige verzekeraars of door rechtstreekse betaling aan de patiënten in de vorm van een betaling 'à la carte'. Het staat de actoren in principe vrij om over de erelonen voor prestaties te onderhandelen. De zorgverleners kunnen bijvoorbeeld een bepaalde procentuele verhoging toevoegen aan het normale TARMED-tarief. Voor behandelingen die niet door TARMED gespecificeerd zijn (bv. alternatieve geneeswijzen), staat het de zorgverleners vrij om de tariefniveaus te bepalen.

Tandartsen die ambulante tandheelkundige diensten verlenen, worden gefinancierd door privé betaling (90%) en de rest is afkomstig van een privéverzekering.

Financiering van belangrijke investeringen (essentiële renovaties, bouw van nieuwe centra, dure apparatuur) Frankrijk

Tussen 1983 en 2003 hadden de openbare en privé non-profitsectoren te kampen met een gebrek aan investeringen als gevolg van financiële beperkingen die werden opgelegd door het toenmalige globale betalingssysteem. Sindsdien zijn er nationaal twee investeringsprogramma's opgestart om de verbeteringen te ondersteunen die dienen te voldoen aan de huidige normen op het gebied van kwaliteit en veiligheid: het *Plan Hôpital 2007* en het *Plan Hôpital 2012*.

Het *Plan Hôpital 2007* werd in 2003 gelanceerd als onderdeel van een ambitieuze hervorming van de ziekenhuissector. Er is in vijf jaar tijd 6 miljard euro geïnvesteerd voor bepaalde projecten die zijn voorgesteld door openbare en privé ziekenhuizen. Het regime zou volledig worden gefinancierd door de openbare verzekeraar, deels door een directe financiering van de investeringen (1,5 miljard euro) en deels door het afsluiten van leningen op 20 jaar aan ziekenhuizen (4,5 miljard euro). Het *Plan Hôpital 2007* voorzag ook publiek-private partnerschappen, en elk van de 'Agences régionales de l'hospitalisation', voorlopers van de 'Agences régionales de santé' (ARS), moest ten minste één publiek-privaat investeringsproject voorstellen. Het Rekenhof had kritiek op de uitvoering van deze associaties, die ze onvoldoende gepland en uitgevoerd achtte. Het 'Comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins de santé' zorgt sinds 2012 voor een nationale monitoring van de investeringen van de ARS.

Het tweede investeringsplan, het *Plan Hôpital 2012*, werd in 2007 gelanceerd om de vorige investeringscyclus te verlengen. Dit nieuwe plan voorzag een initiële toewijzing van 7 miljard euro, opnieuw gefinancierd door de openbare verzekeraar via directe financiering (5 miljard euro) en door toegang tot openbare leningen aan een preferentiële interestvoet (2 miljard euro). Dit plan had drie hoofdprioriteiten: de IT-systemen van de ziekenhuizen, de herstructurering van de regionale ziekenhuisfaciliteiten (bijv. samenwerking en fusies van ziekenhuizen) en de verbetering van de naleving van de veiligheidsnormen (bijv. seismische naleving en asbestverwijdering).

In 2013 werd de strategie om investeringen in de gezondheid te ondersteunen versterkt door ervoor te zorgen dat de investeringen in overeenstemming zijn met de zorgprioriteiten, dat ze voldoen aan de hoogste normen, dat ze digitale programma's integreren en dat ze de financiële levensvatbaarheid van de ontwikkelde activiteiten waarborgen (de provisionele exploitatierekeningen moeten in evenwicht zijn). In 2013 werden regionale investeringsmechanismen voor de gezondheid (regionale investeringsplannen voor de gezondheid) ingevoerd, met als doel de consistentie van de investeringen op regionaal niveau te waarborgen. Een onderdeel van de aanpak van de regionale schema's, is het evalueren van de investeringen die de afgelopen 10 jaar zijn gedaan en het identificeren van de bestaande capaciteiten om te voldoen aan de behoeften die zijn vastgesteld door de ARS.

In december 2013 ondertekende de Franse regering een overeenkomst met de Europese Investeringsbank voor bouw- en renovatieprojecten voor openbare en privé ziekenhuizen, als onderdeel van het *Hôpital d'avenir*-programma, ter waarde van € 1,5 miljard euro, verspreid over drie jaar. De aankoop van belangrijke medische apparatuur is onderworpen aan de toestemming van het betrokken ARS.



Financiering van belangrijke investeringen (essentiële renovaties, bouw van nieuwe centra, dure apparatuur) Zwitserland

De meeste investeringen in de zorginfrastructuur zijn afhankelijk van de beslissingen door zorgverleners. In het geval van de ziekenhuiszorg wordt de medische apparatuur gefinancierd net zoals de andere ziekenhuisinfrastructuren. De kantons spelen een steeds minder belangrijke rol bij de ziekenhuisinvestering, aangezien de implementatie van op DRG gebaseerde betalingen heeft geleid tot het einde van de directe investeringssubsidies door de kantons. In de praktijk blijven de kantons echter, als eigenaar van de meeste ziekenhuizen, een belangrijke rol spelen bij het uitwerken van de investeringsbeslissingen en bezitten ze soms nog toegewijde budgetten voor dit doel.

Aangezien de kantons de ziekenhuiscapaciteit plannen, beïnvloeden de beslissingen per kanton bovendien de investeringsbeslissingen van de ziekenhuizen. Tot slot spelen overeenkomsten tussen de kantons een belangrijke rol bij het uitwerken van de investeringsbeslissingen: ziekenhuizen (of kantons als eigenaar van de ziekenhuizen) zouden kunnen investeren in de infrastructuur met als doelstelling aangewezen te worden als referentiecentrum of om deze status te behouden.



Financiering van belangrijke investeringen (essentiële renovaties, bouw van nieuwe centra, dure apparatuur) Duitsland

Investeringen in de infrastructuur vallen rechtstreeks onder de begrotingen van de deelstaten. De infrastructuur (of ze nu klein of groot zijn - bouw van een ziekenhuis) moet worden voorzien in het "ziekenhuisplan" van hun deelstaat. Of ze al dan niet tot stand komen hangt af van de economische situatie van de deelstaat en de politieke context.

GDHK 2009 gaf de deelstaatregeringen de mogelijkheid om de investeringskosten op te nemen in de kostenberekening van DRG's. Dit betekende voor sommige deelstaten een unieke betaler wat betreft de ziekenhuisfinanciering. Het is echter niet duidelijk hoe het door de deelstaten betaalde geld voor de ziekenhuisinvesteringen wordt gekanaliseerd.

De investering in de ambulante zorg hangt uitsluitend af van de investeringsbeslissingen van de artsen of andere zorgverleners, die vrij zijn om hun praktijken te lokaliseren waar ze willen of om te investeren in nieuwe apparatuur. De investeringskosten worden vervolgens gedekt door de vergoedingen per prestatie.

De investeringen in de ziekenhuisinfrastructuur voor ambulante patiënten volgen gelijkaardige regels als die voor de investeringen in de infrastructuur voor gehospitaliseerde patiënten en het is vaak moeilijk om onderscheid te maken tussen investeringen voor gehospitaliseerde patiënten en ambulante patiënten (bijv. radiologie).

De investeringskosten zijn sinds 2012 opgenomen in het SwissDRG-systeem (aanpassing van het basistarief met 10% naar boven) en de DRG-wegingen omvatten de investeringskosten sinds 2015. Net zoals in Frankrijk en Duitsland, bestaat er een specifiek fonds voor de financiering van nieuwe diagnoses of behandelingen die wachten op een terugbetaling (periode tot vijf jaar).

  Medische activiteit
Frankrijk

Artsen werkzaam in openbare ziekenhuizen. Artsen in openbare instellingen zijn ziekenhuisartsen. Ze moeten slagen voor een specifiek examen dat hen de kwalificatie van ziekenhuisarts geeft. De methode en het salaris variëren afhankelijk van de categorie:

- Artsen in universitaire ziekenhuizen worden vanwege hun onderwijstaken en verantwoordelijkheid geclassificeerd als overheidsbedienden. Hun salaris bestaat uit een universitair salaris, voor hun onderwijstaken en de ziekenhuistarieven die overeenkomen met hun klinische verantwoordelijkheden. De vergoedingsniveaus komen overeen met hun kwalificaties op een nationale leeftijdsschaal.
- Voltijdse of deeltijdse ziekenhuisartsen ontvangen een maandelijkse vergoeding op basis van hun rang (anciënniteit) en gepresteerde uren. Ze krijgen ook verschillende toeslagen voor hun wachtdiensten.
- Externe artsen die van tijd tot tijd in ziekenhuizen werken, ontvangen een maandelijkse vergoeding in verhouding tot het aantal sessies die ze uitvoeren, met toeslagen voor hun wachtdiensten.

Artsen in universitaire ziekenhuizen mogen een deel van hun werktijd besteden aan privé praktijken binnen het ziekenhuis. Hun erelonen worden geïnd door de ziekenhuisadministratie die ze, na aftrek van haar eigen erelonen voor het gebruik van de faciliteiten, overmaakt naar de professional.

Zorgverleners die in de privésector werken. Onafhankelijke beroepsbeoefenaars (huisartsen, specialisten, tandartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen, paramedici, logopedisten, orthopedisten en laboratoriumtechnici) verlenen de overgrote meerderheid van de ambulante zorg en een groot deel van de zorg in privé ziekenhuizen en worden rechtstreeks betaald per prestatie. Hun bruto-inkomen weerspiegelt dus het volume, het tarief en de prijs van de zorg die zij verlenen, verminderd met hun beroepskosten. Onlangs werden nieuwe betalingsmethoden geïntroduceerd voor bepaalde prestaties, zoals de betalingen per capita voor specifieke ziekten, en wordt er momenteel getest met de vergoeding van zorgverleners die betrokken zijn bij de multidisciplinaire netwerken van de zorgverstrekkers.

De meeste zorgverleners moeten de wettelijke tarieven toepassen die zijn vastgelegd in de nationale overeenkomsten (conventies). Er zijn echter uitzonderingen, met name voor artsen met een permanent recht om de officiële kosten te overschrijden (aanvullende facturering). Het gaat hier voornamelijk om artsen die ervoor hebben gekozen om in sector 2 te werken waar artsen, in tegenstelling tot sector 1, extra kosten in rekening mogen brengen. In 2010 was een kwart van de artsen werkzaam in sector 2, hoewel het aandeel aanzienlijk varieerde van specialiteit tot specialiteit. Artsen in sector 2 doen afstand van enkele van de sociale en fiscale voordelen die artsen gewoonlijk op basis van de overeenkomsten ontvangen. Patiënten die een arts uit sector 2 raadplegen, vallen onder het wettelijke tarief, ongeacht het supplementaire factureringsniveau. Aangezien supplementaire facturering toegangsproblemen oproept, wordt de toegang tot sector 2 strikt gecontroleerd door de openbare verzekeraar.

  Medische activiteit
Frankrijk

Momenteel kunnen alleen artsen met bepaalde voltijdse functies in openbare ziekenhuizen toegang tot deze sector aanvragen. Aangezien de supplementaire facturering erg belangrijk kan zijn voor bepaalde specialiteiten en in bepaalde domeinen, waardoor de toegang tot de zorg voor patiënten moeilijk is, zijn er maatregelen genomen om de supplementaire facturering te beperken.

In 2009 is de openbare verzekeraar begonnen met het vrijwillig aanbieden van individuele contracten aan huisartsen dat incentives bood om de praktijk te verbeteren. In 2011 is dit aan prestaties gebonden vergoedingssysteem op basis van volksgezondheidsdoelstellingen (Rémunération sur objectifs de santé publique, ROSP) toegevoegd aan de CAO voor artsen met een uitgebreide lijst van doelstellingen en uitgebreid naar andere specialiteiten. Artsen die deelnemen aan de ROSP ontvangen een extra vergoeding bovenop hun normaal loon per prestatie, waarbij rekening wordt gehouden met de omvang van de door de arts behandelde populatie en de 29 kwaliteitsindicatoren met tussentijdse en finale doelstellingen. In het algemeen geldt dat het verdiende bedrag de € 7.000 per jaar kan overschrijden voor een arts die meer dan 85% van de doelstellingen behaalt en meer dan 1.200 patiënten behandelt. Er is geen sanctie voor degenen die de doelstellingen niet halen. In 2012 namen meer dan 89.000 artsen deel aan het programma en ontvingen ze een gemiddelde jaarlijkse vergoeding van € 4.215.



Medische activiteit
Duitsland

Artsen en andere zorgverleners die in ziekenhuizen of verpleeg- of revalidatiecentra werken, ontvangen een salaris. Openbare en non-profit zorginstellingen betalen doorgaans openbare tarieven, terwijl zorginstellingen met winst oogmerk lagere of hogere salarissen of supplementaire vergoedingen kunnen betalen. Sinds het najaar van 2004 verkrijgen afgestudeerde artsen onmiddellijk hun volledige licentie ("goedkeuring"). Tussen 1988 en 2003 verkregen afgestudeerde artsen een voorlopige goedkeuring met beperkte vaardigheden (bijv. het ondertekenen van overlijdensaktes en medische adviezen) en hogere vereisten om de permanente opleiding te documenteren.

In het geval van eerstelijnszorg, is de vergoeding van artsen door verzekeraars niet eenvoudig en maakt het deel uit van een proces in twee stappen. Ten eerste, betalen de verzekeraars de volledige vergoeding aan regionale medische verenigingen voor de vergoeding van alle aangesloten artsen, in plaats van rechtstreeks aan de artsen. De enige uitzondering is de mogelijkheid om selectieve contracten af te sluiten in het kader van geïntegreerde zorg. Ten tweede, moeten de regionale medische verenigingen deze totale vergoeding verdelen onder de erkende artsen volgens een uniforme waardeschaal.



Medische activiteit
Zwitserland

De meeste artsen die in ziekenhuizen werken, zijn in loondienst en ontvangen een salaris. Een aanzienlijk deel van het salaris (ongeveer 42% van het salaris van een hoofdarts) bestaat uit premies. Deze premies worden voornamelijk gegenereerd door het leveren van diensten aan gehospitaliseerde patiënten met een vrijwillige verzekering.

De toegang van de artsen tot de onafhankelijke praktijk wordt rechtstreeks bepaald door het afsprakensysteem. Bij de Health Maintenance Organisations (HMO's), die eigendom zijn van een verzekering, werken de artsen in loondienst en ontvangen ze een salaris. In de HMO's die door een arts worden beheerd, ontvangen de artsen doorgaans rendement gerelateerde betalingen, alsook een gegarandeerd minimuminkomen.

De meeste ambulante beroepsbeoefenaars (apothekers, chiropractors, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, tandartsen, verpleegkundigen, verloskundigen, logopedisten en voedingsadviseurs) hebben een zelfstandige praktijk of beoefenen hun vak als zelfstandige uit. Hun inkomen wordt bijgevolg rechtstreeks bepaald door het betalingsstelsel per prestatie. Verpleegkundigen, verloskundigen en hulpverpleegkundigen die in ziekenhuizen en centra voor langdurig verblijf werken, zijn bijna altijd in loondienst.

 **Financiering van niet-medische diensten**
Frankrijk

Openbare ziekenhuizen ontvangen aanvullende vergoedingen ter compensatie van specifieke taken ("prestaties"): activiteiten in verband met opleiding, onderzoek en innovatie, activiteiten van algemeen belang, zoals het respecteren van nationale of regionale prioriteiten (bijv. het uitvoeren van preventieve activiteiten) en de financiering van bepaalde investeringen die zijn aangegaan met de ARS. De instellingen definiëren twee afzonderlijke forfaitaire bedragen: enerzijds voor activiteiten in verband met opleiding, onderzoek en innovatie in universitaire ziekenhuizen en anderzijds voor activiteiten die voldoen aan nationale of regionale prioriteiten of specifieke openbare taken.

De berekening van de budgetten om deze activiteiten te financieren is problematisch. De privé sector beweert dat dit budget wordt gebruikt als een mechanisme om de werkelijke efficiëntiekortingen van openbare ziekenhuizen te dekken, terwijl openbare ziekenhuizen een betere beoordeling van de kosten en waarde van hun specifieke taken verlangen.

 **Financiering van niet-medische diensten**
Zwitserland

Kantons of gemeenten bieden vaak openbare gezondheidsdiensten aan (preventiemaatregelen tegen alcohol-, tabaks- en drugsmisbruik, bestrijding van besmettelijke ziekten en ongevallenpreventie, evenals voedselcontrole en controle van de kwaliteit van de gezondheidsprogramma's voor scholen, enz.) via non-profit instellingen, die een forfaitair bedrag ontvangen voor een reeks preventiemaatregelen die contractueel gespecificeerd zijn.

 **Financiering van niet-medische diensten**
Duitsland

Een in 2015 aangenomen preventiewet legde de regels vast voor preventieactiviteiten in Duitsland. Ze bevordert de deelname van vele actoren en brengt preventieactiviteiten rechtstreeks naar de leefomgevingen van de bevolking: kinderdagverblijven, scholen, bedrijven, arbeidsbureaus, enz. De financiering wordt gewaarborgd door de ziekenfondsen, die sinds 2016 meer dan anderhalf miljard euro besteden aan de financiering van preventieactiviteiten.

Het Innovatiefonds, dat zich toelegt op innovatief onderzoek, met name intersectorale vormen van zorg en patiënt gerelateerde gezondheidszorg, werd in 2015 opgericht door de GKV VSG-wet, om de gezondheidszorg in Duitsland te verbeteren. Van 2016 tot 2019 werd 300 miljoen euro per jaar beschikbaar gesteld, 225 miljoen voor de financiering van nieuwe vormen van zorg en 75 miljoen voor de financiering van onderzoek naar de gezondheidsdiensten. Het wordt gefinancierd door de ziektekostenverzekering (GKV). In navolging van de evaluatie van het dispositief zijn er besprekingen gaande om het te vernieuwen tot 2024, met 200 miljoen per jaar.

 Controle van de kwaliteit van de codering
Frankrijk

De adoptie van T2A en de geleidelijke implementatie ervan hebben geleid tot een algehele evaluatie van de kwaliteit van de codificatie: de resultaten van het medicaliseringsprogramma voor informatiesystemen weerspiegelen nu beter de complexiteit van de behandelde gevallen en zijn meer representatief voor de hele activiteit die in ziekenhuizen wordt uitgevoerd.

Om de mogelijke ongewenste effecten van een slechte codificatie aan te pakken, voorziet de wet een extern controlebeleid (eventueel met sancties). Dit is een regionaal opvolgingsinitiatief, georganiseerd in twee fasen: automatische controle, dat alle instellingen in de regio groepeerd, gericht op het identificeren van "atypische" waarden in de verzonden informatie en een diepgaande controle in de centra waar een afwijking wordt gedetecteerd door de automatische controle.

Voorheen werden controles alleen achteraf en op een door de openbare verzekeraar gedefinieerde steekproef uitgevoerd.

Nu worden op sommige facturen ook vooraf controles uitgevoerd (vóór betaling), met als doelstelling van het project 'Facturation Individuelle Des Établissements de Santé' (FIDES) om alle facturen in 2022 te controleren.

 Controle van de kwaliteit van de codering
Duitsland

In eerste instantie worden de kostengegevens nagekeken om te controleren op mogelijke formele en technische fouten (bestanden, gegevensversleuteling, variabelen, enz.). Vervolgens worden verdere plausibiliteitscontroles op de economische en medische gegevens uitgevoerd. Vooreerst worden de minimale en maximale kosten per module (kosten van klinisch personeel per dag, totale kosten van het ziekenhuis, enz.) en de relaties tussen de modules gecontroleerd. Ten tweede wordt de codering van de Duitse codeclassificatie (ICD-10-GM en OPS) herzien. Ten derde wordt de consistentie tussen de economische informatie en de medische informatie gecontroleerd.

Teneinde terugbetaald te worden, dient elk ziekenhuis zijn casusgegevens te verstrekken aan de verzekeraars, waaronder de klinische gegevens (diagnoses, procedures), de demografische gegevens (leeftijd, geslacht) en de administratieve gegevens (data van opname, operatie en ontslag). De kwaliteit van de codering van deze gegevens wordt regelmatig gecontroleerd door de regionale gezondheidscommissies van de verzekeraars. Ze beoordelen de toewijzing van de gevallen aan de DRG's en het zorggebruik door review teams te sturen naar de willekeurig geselecteerde ziekenhuizen, die hun medische en coderingspraktijken moeten onthullen. In gevallen waarin opzettelijke problemen met slechte codering worden ontdekt, moeten de ziekenhuizen de inkomsten die verkregen zijn door deze verkeerde codering terug betalen aan de verzekeraars. Indien aangetoond wordt dat de ziekenhuizen opzettelijk een verkeerde codering gebruiken als middel om hun winst te vergroten, wordt naast de terugbetaling van het tarief een boete opgelegd die gelijk is aan het tarief.



Controle van de kwaliteit van de codering Zwitserland

Het doel van de coderingreview is het beoordelen van de kwaliteit van de codering in de ziekenhuizen en het vastleggen van de resultaten in een rapport. De coderingreview is gebaseerd op een steekproef van centra. Naast de monitoringfunctie wordt de herziening gebruikt voor de ontwikkeling van het codificatiesysteem. Om de vergelijkbaarheid van de resultaten te waarborgen, moeten het onderzoek van de codificatie en het opstellen van het onderzoeksverslag op uniforme wijze in heel Zwitserland worden uitgevoerd, in overeenstemming met de op nationaal niveau geldende bepalingen. De herziening van de codificatie met betrekking tot deze regeling maakt integraal deel uit van de tariefovereenkomsten en van de dienstmandaten van de kantons. Indien nodig wordt de regeling aangepast aan de nieuwe eisen. De contracterende partijen voltooien de nodige onderhandelingen voor elke aanpassing vóór 30 juni van elk jaar, en de resulterende nieuwe tekst treedt het volgende jaar in werking. De verplichtingen van de verifiërende instantie, de beoordelingsgidsen, de site-bemonstering, de structuur van het beoordelingsrapport, enz. zijn volledig gespecificeerd.

Sanctie- of stimuleringsysteem Frankrijk

Het 'Direction générale de l'offre de soins' (DGOS) en de 'Haute Autorité de santé' (HAS) beheren samen het financiële stimuleringsplan voor het verbeteren van de kwaliteit in de Franse zorginstellingen. Het voorbereidingsprogramma voor de implementatie van het *Incitation Financière de la Qualité*-programma (IFAQ), dat in 2012 werd gelanceerd, kreeg de opdracht een model te ontwerpen voor het beoordelen van de kwaliteit van de instellingen op basis van nationale kwaliteitsindicatoren en het simuleren van de financiële beoordeling onder dit model. De belangrijkste principes van het IFAQ-programma zijn als volgt:

- Een logica van incentives, zonder sanctie voor instellingen met een lagere rating
- Het gebruik van alle of een deel van de resultaten van de nationale procedures voor de kwaliteitsmeting (kwaliteitsindicatoren, veiligheid van de zorg en patiënttevredenheid voorgesteld door DGOS en HAS, certificering van de instellingen door de HAS, enz.), zonder extra gegevensverzameling.
- Vergoeding op basis van het kwaliteitsniveau en de betaling per DRG.

In een eerste fase werd het IFAQ 1-model gebouwd op basis van de resultaten van de nationale kwaliteits- en veiligheidsindicatoren, de resultaten van de certificering en het ontwikkelingsniveau van de ziekenhuisinformatiesystemen. Dezelfde weging werd gebruikt om het niveau te beoordelen dat werd bereikt tijdens de laatste gegevensverzameling en de voortgang tussen de laatste twee verzamelde jaren.

In december 2014 werden 93 zorginstellingen vergoed voor een totaalbedrag van 14.000 euro. Een tweede versnellingsfase (IFAQ 2) vond plaats in juni 2014. De IFAQ 2 maakte het mogelijk om nieuwe parameters te testen, met name de nationale kwaliteits- en veiligheidsindicatoren per specialiteit. In december 2015 werden 176 zorginstellingen vergoed voor een totaalbedrag van 30.000 euro. IFAQ werd in 2016 gegeneraliseerd naar alle ziekenhuizen (geneeskunde, chirurgie, verloskunde), inclusief thuisopname, en werd in 2017 uitgebreid naar alle revalidatiecentra.

Meer recent maakt de 'Ma santé 2022'-strategie, aangekondigd door de Franse president in september 2018, de kwaliteit van de zorg een belangrijke hefboom voor de transformatie van het gezondheidssysteem. Om deze transformatie met succes af te ronden, moet de financiering van de zorginstellingen worden gemoderniseerd. Daartoe stelt een ministeriële werkgroep in haar rapport van januari 2019 verschillende manieren voor om de wijze van ziekenhuisvergoeding te diversifiëren. Onder andere door de vernieuwing van het IFAQ-programma, waarvan de ontwikkeling in 2019 200 miljoen euro bedraagt.

Sanctie- of stimuleringsysteem Frankrijk

Elke openbare of privé instelling die een medische, chirurgische, verloskundige, revalidatie- of ziekenhuisopname-activiteit uitvoert, wordt automatisch en zonder bijzondere voorwaarden in het betalingssysteem voor kwaliteit geïntegreerd. Om het beheer van het systeem door de gezondheidsinstellingen te vergemakkelijken, gebeuren de classificatie en de vergoeding per indicator. Het aantal verplichte indicatoren waaraan een gezondheidsinstelling onderworpen is, wordt jaarlijks bij decreet bepaald in functie van haar activiteit. Het systeem voorziet in een aanpassing om instellingen met minder te verzamelen indicatoren niet te benadelen. Het garandeert dus een winstpotentieel, met hetzelfde economische volume, identiek tussen twee instellingen, ongeacht het aantal indicatoren dat ze moeten verzamelen. Om een meer gedetailleerde vergelijking van de ziekenhuizen en klinieken mogelijk te maken op basis van hun kwaliteitsresultaten, worden 12 vergelijkingsgroepen voor instellingen gevormd vanuit geografische entiteiten (een entiteit kan deel uitmaken van meer dan één groep als haar activiteit betrekking heeft op meerdere activiteiten), maar ook profielcriteria en activiteitsvolume.

Het aan het systeem toegewezen budget wordt verdeeld over deze 12 groepen in verhouding tot het economische gewicht van alle instellingen waaruit de groep bestaat. De instellingen worden vervolgens ingedeeld in hun respectievelijke groepen, op basis van hun resultaten per indicator.

Voor elke indicator wordt 70% van de instellingen erkend als de best presterende in hun vergelijkingsgroepen en de 70% die de grootste vooruitgang heeft geboekt, vergoed.

Om de resultaten van de instellingen die kwalitatief goede resultaten hebben behaald verder te verbeteren, compenseert het IFAQ 2019-systeem, per indicator, het bereikte kwaliteitsniveau (60%) en haar vooruitgang (40%). Voor de nieuwe indicatoren, vertegenwoordigt het bereikte niveau 100%.

De certificeringsindicator is onderworpen aan een specifieke behandeling. Alleen instellingen die zijn gecertificeerd zonder aanbevelingen (A) en instellingen die zijn gecertificeerd met aanbevelingen (B), worden voor deze indicator vergoed: 100% voor groep A, 66% voor groep B. Instellingen die wachten op een certificering en/of niet gecertificeerd zijn, worden onderworpen aan een speciale behandeling. In dat geval kan de directeur-generaal van de 'Agences régionales de santé' de vergoeding van zijn aanvullende toewijzing afhankelijk stellen van de verzending, binnen drie tot zes maanden, van een prioritair actieplan dat hen verbindt tot een verbetering van de kwaliteit.

De in het IFAQ-systeem geïntegreerde indicatoren voor de in aanmerking komende gezondheidsinstellingen worden jaarlijks bij decreet vastgesteld en behoren tot gedefinieerde categorieën:

- Kwaliteit van de zorg ervaren door patiënten
- Kwaliteit van de klinische zorg
- Kwaliteit van aan de gezondheidszorg gerelateerde praktijken voor infectiepreventie
- Coördinatie van de kwaliteit van zorg
- Prestaties van de zorgorganisatie
- Kwaliteit van het arbeidsleven
- Certificatie

 Sanctie- of stimuleringsysteem
Frankrijk

Het aantal nieuw in het systeem geïntegreerde indicatoren is nu beperkt aangezien transversale indicatoren die niet specifiek zijn voor de activiteit, bevoorrecht worden. In 2019 zullen de indicatoren "prestaties van de zorgorganisatie" en "levenskwaliteit op het werk" niet worden gehaald, aangezien er wordt gewerkt aan de ontwikkeling ervan tegen 2020. Omwille van de transparantie en de geleidelijke verspreiding van goede praktijken tussen de instellingen, moeten alle resultaten van de indicatoren waarmee in het IFAQ-systeem rekening wordt gehouden, openbaar worden gemaakt.

 Sanctie- of stimuleringsysteem
Duitsland

In 1999 werd een wet aangenomen die ziekenhuizen verplicht om kwaliteitscertificeringssystemen toe te passen. Sinds 2000 moeten de ziekenhuizen deelnemen aan een extern en vergelijkend kwaliteitscontroleprogramma. Dit programma selecteert behandeling gerelateerde kwaliteitsindicatoren en vergelijkt deze nationaal. Van 2001 tot 2009 zijn er jaarlijks kwaliteitsrapporten verschenen, waarin de resultaten van de ziekenhuizen anoniem zijn weergegeven. De methodologie werd bekritiseerd vanwege de inspanning die de ziekenhuizen moeten leveren om deze aanvullende gegevens te verkrijgen en die geen deel uitmaken van hun routine-informatie.

In 2002 werden de kwaliteitsrapporten van de ziekenhuizen gepresenteerd om de vergelijkingen tussen de ziekenhuizen te vereenvoudigen en om artsen en verzekeraars bij te staan in hun advies aan patiënten over optionele ziekenhuisbehandelingen. De ziekenhuizen zijn sinds 2005 verplicht om de twee jaar online kwaliteitsrapporten in te dienen, die openbaar beschikbaar zijn.

 Sanctie- of stimuleringsysteem
Zwitserland

Bij gebrek aan regulering leidt elk tariefsysteem, al dan niet gebaseerd op DRG's, tot economische incentives die de kwaliteit van de zorg kunnen belemmeren. SwissDRG GA heeft bepaalde mechanismen ontwikkeld om deze incentives te verlichten:

- Verblijfsduur in het ziekenhuis. Om het economisch incentive op vroegtijdig ontslag tegen te gaan, worden de ziekenhuizen onderworpen aan een mogelijke verlaging van hun DRG-tarief als de patiënt minder lang in het ziekenhuis verblijft dan gebruikelijk voor de betreffende pathologie. Bovendien ontvangen de ziekenhuizen geen vergoeding voor heropname binnen een bepaald tijdsbestek voor dezelfde ziekte of gerelateerde complicaties. Bepaalde pathologieën waarvoor de heropname medisch gerechtvaardigd is, zijn vrijgesteld van deze verordening.
- Kwaliteit van de medische behandelingen. De nationale vereniging voor de ontwikkeling van de kwaliteit in de ziekenhuizen en klinieken en de vereniging *H+ les Hôpitaux de Suisse* publiceren vergelijkende gegevens om peer-to-peer-vergelijking te bevorderen, evenals de implementatie van interne verbeteringsprocedures.
- Opleiding en ontwikkeling van het medisch personeel.

De belangrijkste conclusies die we kunnen trekken uit deze transversale analyse (1/2)

Uit de analyse en vergelijking van de kenmerken van de DRG-betalingssystemen voor ziekenhuisactiviteiten in Frankrijk, Duitsland en Zwitserland, kunnen bepaalde positieve en negatieve elementen worden geïdentificeerd, die als les kunnen dienen:

- 1 De drie geanalyseerde landen hebben dit financieringssysteem geleidelijk ingevoerd. In Duitsland werd het geïmplementeerd in vier zeer geleidelijke fasen over een periode van tien jaar.
- 2 De transparantie van het betalingssysteem per DRG is één van de meest gewaardeerde kenmerken in de drie vergeleken landen. Het feit dat in al deze systemen (wat is inbegrepen en wat is uitgesloten, enz.) expliciet is gemaakt, bevordert de transparantie en de verantwoording.
- 3 Betaling per DRG moedigt de ziekenhuizen aan om het gebruik van hun middelen te verbeteren en de organisatie van de gezondheidszorg te optimaliseren om de efficiëntie te verbeteren. DRG's moedigen aan om het goed te doen, maar niet per se de juiste dingen.
- 4 Betaling per DRG kan ook helpen om de klinische variabiliteit van de zorg te verminderen als de verbeteringen in het gebruik van de middelen en de organisatie van de gezondheidszorg zich vertalen in een verbetering van de klinische processen en het beheer van de gevallen. In de drie geanalyseerde landen leidde de invoering van DRG-financieringssysteem tot een daling van het sterftecijfer. Bijzonder interessant is de aanvulling op het financiële stimuleringssysteem om de kwaliteit van de zorg in Frankrijk te verbeteren.
- 5 Het belangrijkste nadeel van betaling per DRG zou de creatie van financiële incentives voor vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis kunnen zijn. In feite is er in de drie onderzochte landen een daling van het gemiddelde verblijf. In dit opzicht zijn er in Duitsland mechanismen om vroegtijdig ontslag tot een minimum te beperken.
- 6 In de drie onderzochte landen wordt innovatie, dat beperkt zou kunnen worden door de kostenbeheerdoelstellingen, beschermd: er wordt voorzien in een extra vergoeding voor innovatieve en dure geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Innovatieve medische technologieën en procedures die wachten op opname in het betalingssysteem, worden gefinancierd via verschillende mechanismen.
- 7 Een van de gemeenschappelijke gevolgen in de drie landen is de toename van de activiteit, met name voor bepaalde keuzevrije interventies en procedures. Dit geeft aan dat er aanvullende maatregelen nodig zijn om de zorg pertinent te maken.
- 8 Men dient steeds zorgvuldig om te gaan met de berekening van de tarieven, om een grotere transparantie te behouden.

De belangrijkste conclusies die we kunnen trekken uit deze transversale analyse (2/2)

Uit de analyse en vergelijking van de kenmerken van de DRG-betalingssystemen voor ziekenhuisactiviteiten in Frankrijk, Duitsland en Zwitserland, kunnen bepaalde positieve en negatieve elementen worden geïdentificeerd, die als les kunnen dienen:

9 In alle landen zijn er controlemechanismen voor de codering, die in wezen automatische validatiemechanismen combineren met steekproeven en auditing. Dit is belangrijk om opzettelijke verkeerde codering te voorkomen.

10 Zwitserland heeft zelf een betalingssysteem per DRG voor psychiatrische zorg ontwikkeld en ontwikkelt een systeem voor revalidatiediensten (zoals Frankrijk), het ST Reha-tariefsysteem, dat op 1 januari 2022 zal worden geïmplementeerd. Zwitserland ontwikkelt eindelijk een forfaitair betalingssysteem voor ambulante patiënten.

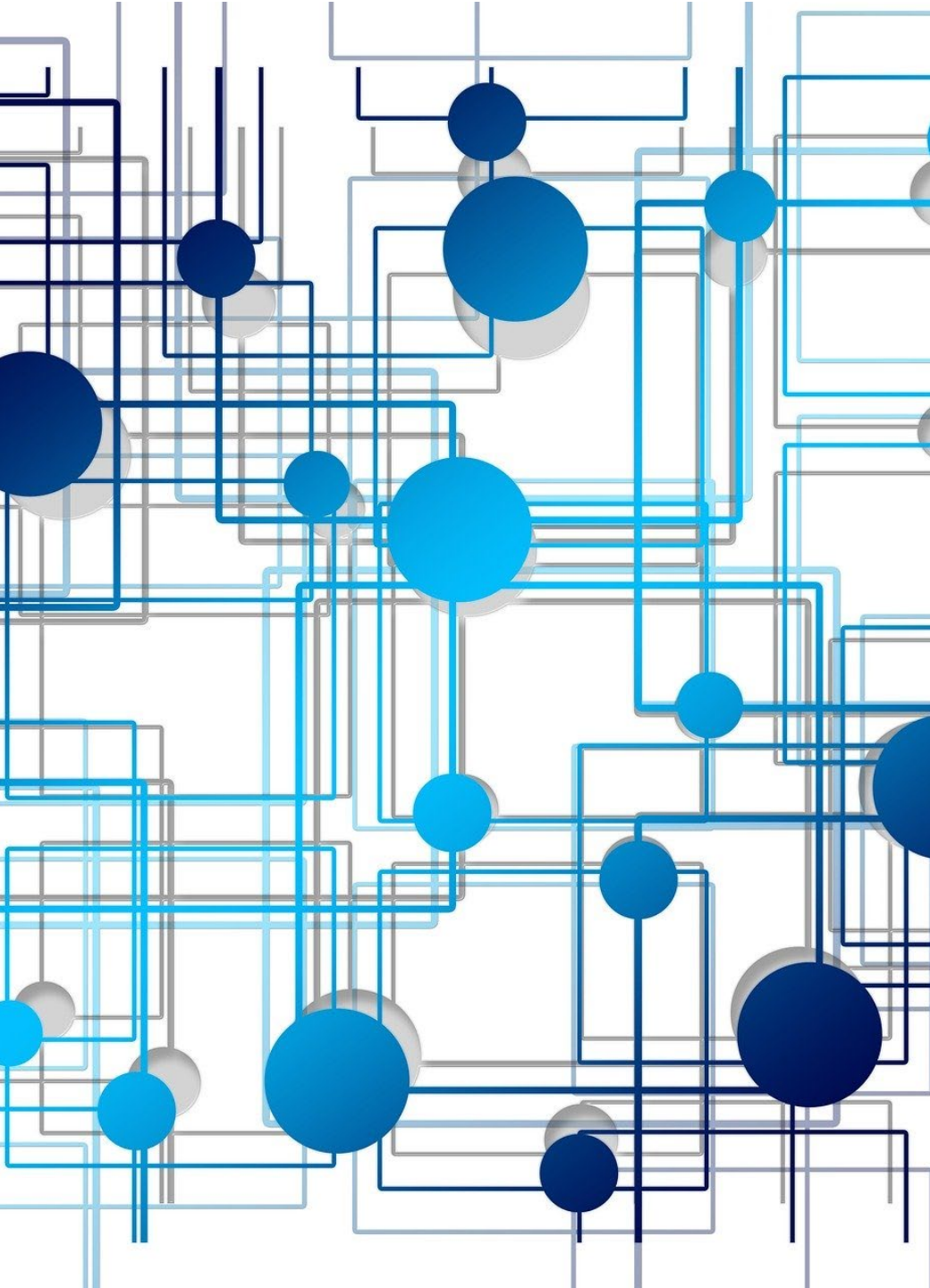
11 Het betalingssysteem per DRG bevordert de monitoring en coördinatie van de zorg niet en blijkt niet optimaal te zijn voor de betaling van prestaties voor patiënten met een chronisch ziekte, waarvoor ook de uitgavenbeheerdoelstellingen niet worden gehaald. Om dit probleem op te lossen, begint Duitsland concepten van geïntegreerde zorg te introduceren, hoewel deze zich nog in een zeer embryonale fase bevinden.

12 Om deze negatieve effecten te verzachten, moeten de DRG-financieringsmodellen de efficiëntie beter afstemmen op de doelstellingen van kwaliteitsverbetering en efficiëntie van de aandacht. Daartoe is het essentieel om te beschikken over een sterk informatiesysteem om zowel de kosten als de kwaliteit van de ziekenhuisdiensten te beheersen, wat momenteel redelijk haalbaar is, gezien de ontwikkeling van gezondheidsinformatiesystemen. Bovendien is het nodig om de beschikbare gegevens en informatie beter te gebruiken om vergelijkingen van kosten en kwaliteit te kunnen vaststellen, om efficiënte zorgverstrekkers te identificeren en om goede medische en organisatorische praktijken te verspreiden.

13 De financieringssystemen die grotendeels gebaseerd zijn op een betaling per DRG, stellen ons in staat de vraag te stellen:

- Wat met de vergoeding van de artsen?
- Wat met de ambulante behandeling?
- Wat met de subacute zorg?

Aanbevelingen in het
licht van de
internationale ervaring



6. Aanbevelingen in het licht van de internationale ervaring

De gezondheidssystemen volgen een aantal belangrijke internationale trends in de evolutie van hun financieringsmethoden, die als volgt samengevat kunnen worden

Instellingen



In de meeste gezondheidssystemen volgde de ziekenhuisfinanciering de volgende belangrijke trends:

- Een risico-overdracht naar de zorgverleners, waardoor de zorginstellingen gedwongen worden om ontwikkelingsstrategieën te definiëren om deze risico's op zich te nemen. Dit leidde hen ertoe de ambulante en subacute zorg te ontwikkelen.
- Globale financieringsmodellen die niet gebaseerd zijn op de financiering van de bestaande hulpmiddelen. Deze modellen zetten de zorginstellingen ertoe aan de productie van de activiteit te beheren en niet de persistentie van de structuren, d.w.z. innovatieve vormen van zorg ontwikkelen (ambulantisering, herstel, enz.) die niet aanwezig zijn.
- Modellen die alle actoren die aan de zorg deelnemen integreren, waardoor de zorginstellingen gedwongen worden zich te integreren met andere actoren in verschillende vormen (allianties, integratie, organisatie van sectoren, enz.).
- Eenvoudigere en transparantere modellen die duidelijke beheersincentives worden. Deze modellen verplichten de zorginstellingen dus om het beheer van hun belangrijkste taak, de zorg voor hun patiënten, te versterken.
- Modellen die eerder gebaseerd zijn op de eindresultaten dan op de intermediaire prestaties, waardoor de zorginstellingen worden gedwongen hun informatiesystemen te versterken en de werkelijk geleverde waarde te meten.

Toezichthouder



Al deze systemen hebben ook een zeer grote invloed gehad op de regelgevende instanties:

- Een meer resultaatgerichte regelgeving;
- Een regelgeving die sterk gericht is op de kwaliteit en de toegevoegde waarde;
- Een regelgeving die niet alleen gericht is op de beheersing van de processen maar ook op het definiëren van de doelstellingen voor het gezondheidssysteem (gewenste resultaten);
- Een regelgeving die meer gericht is op het permanent bewaken van het financieringsmodel en het beheersen van de stimulerende effecten (positief of ongewenst);
- Een regelgeving met een aanzienlijke kracht in de informatiesystemen;
- Een regelgeving die de transparantie van het model vergemakkelijkt opdat het zijn volle incentive-waarde kan aanbrengen.

Het financieringsmodel in België dient te veranderen en zich te aligner met de algemene trend: "*bundled payments*", doelmatigheid van het zorgaanbod binnen de logica van een zorgtraject...

Het huidig model verlaten...



...om een toekomstig model te definiëren

- De afgelopen jaren zijn er te veel opeenvolgende gedeeltelijke hervormingen geweest die elkaar hebben overlapt. Het Belgisch financieringsmodel voor ziekenhuizen laat geen gedeeltelijke hervorming meer toe zonder het nog complexer en moeilijker beheersbaar te maken.
- De succesvolle ontwikkeling van de implementatie van de lokale regionale ziekenhuisnetwerken zou deze hervorming in gang kunnen zetten, omdat ze een juridische structuur en een gemeenschappelijk bestuur hebben gecreëerd. Als de toezichthouder echte synergiën tussen de instellingen in een netwerk wil ontwikkelen, kan de hervorming van de financiering een belangrijke hefboom zijn.
- Het huidige financieringssysteem biedt, naast zijn ondoorzichtigheid, de beheerder een late reactie op de betaling van het BFM. De huidige incentieven zijn niet duidelijk en moedigen de versterking van een *value-based healthcare*-aanpak niet aan.
- Deze vaststelling is dezelfde in het vergoedingssysteem voor artsen, dat ongewenste effecten heeft en met name aanleiding geeft tot overconsumptie van zorg.
- Een ontevredenheid van de grote meerderheid van de stakeholders die het eens zijn over de limieten van het huidige systeem.
- Het systeem is in zijn huidige vorm niet langer houdbaar en als er geen grondige hervorming plaatsvindt, zullen patiënten uiteindelijk meer moeten betalen.
- Onderdeel worden van de belangrijkste trends in de ontwikkeling van nieuwe financieringsmethoden om aan de verwachtingen van alle stakeholders te voldoen.
- Het model van ziekenhuisfinanciering in België verdient een radicale en snelle verandering. Er dient profijt gehaald te worden uit de knowhow van de landen om ons heen, die een bron van inspiratie en informatie zijn, vooral met betrekking tot het ontwerpen van nieuwe mechanismen en om de risicobeheersing te waarborgen:
 - Het model moet korte termijn gebaseerd zijn op een geïntegreerd financieringssysteem van de activiteit op basis van de DRG's.
 - Zodra een nieuw model van ziekenhuisfinanciering aanvaard is, dient men ervoor te zorgen dat de ervaringen met "*bundled payments*" worden overgenomen en de afstemming met de medisch-sociale sector vergemakkelijken.
- Het nieuwe model van ziekenhuisfinanciering zal er niet alleen toe leiden dat het beheer van de instellingen versterkt wordt, maar ook dat de focus van de regelgeving radicaal gewijzigd wordt, met nieuwe vaardigheden, capaciteiten en interventie-instrumenten. Hiervoor zullen alle informatiesystemen van de instellingen moeten georganiseerd en versterkt worden om deze wijzigingen te ondersteunen.

6. Aanbevelingen in het licht van de internationale ervaring

Zelfs als de landen die het gebruiken, convergeren naar nieuwe modaliteiten, is de DRG-financiering een essentiële stap om een meer gerichte financiering te bereiken van het zorgtraject, de coördinatie en de resultaten (waarde), maar het vergt een lange implementatieperiode die we ons niet kunnen veroorloven.

De landen die systemen van het type "*bundled payments*" hebben ontwikkeld, doen dit op basis van een sterke ervaring met een "*all in*" DRG-financieringssysteem: we kunnen een zorgtraject buiten het ziekenhuis niet financieren zonder het zorgtraject binnen het ziekenhuis te hebben geconsolideerd.

Deze landen hebben soms lange tijd geëxperimenteerd met een "*all in*" DRG-systeem, een essentiële stap om vandaag nieuwe ervaringen op te doen van het type "*bundled payments*". De implementatie van een globale DRG-financiering heeft deze landen in staat gesteld hun gezondheidssysteem aan te passen en te laten evolueren:

- Op cultureel niveau, door een nieuw efficiëntiegericht paradigma te integreren in de instelling
- Op bestuurlijk niveau, door zichzelf uit te rusten met instrumenten in de administratie en in de instellingen om deze wijzigingen te ondersteunen
- Op organisatieniveau, door de patiëntenzorg aan te passen aan deze financieringsmechanismen.

In de bestudeerde landen werd deze implementatie van de DRG's meer dan 10 jaar geleden uitgevoerd, wat maakt dat het vandaag mogelijk is om de stap te zetten naar meer innovatieve financieringsystemen, dit in een logica van zorgtraject en ondersteuning van het gehele proces door zich open te stellen voor de ambulante zorg.

Vandaag de dag is het noodzakelijk om als tussenstap door een systeem van het type DRG te gaan om tot een financieringsmethode van het type "*bundled payments*" te komen.

De ontwikkeling van deze financieringsmethoden vereist immers de forfitering van het gehele traject van patiëntenzorg. Er bestaat echter geen equivalente classificatie van de DRG, die de ambulante activiteiten integreert in een visie van het patiëntentraject.

De landen die deze financieringsmethoden momenteel ontwikkelen, dienen daarom de pre- en post-hospitalisatie prestaties te integreren in de waarde van de DRG.

6. Aanbevelingen in het licht van de internationale ervaring

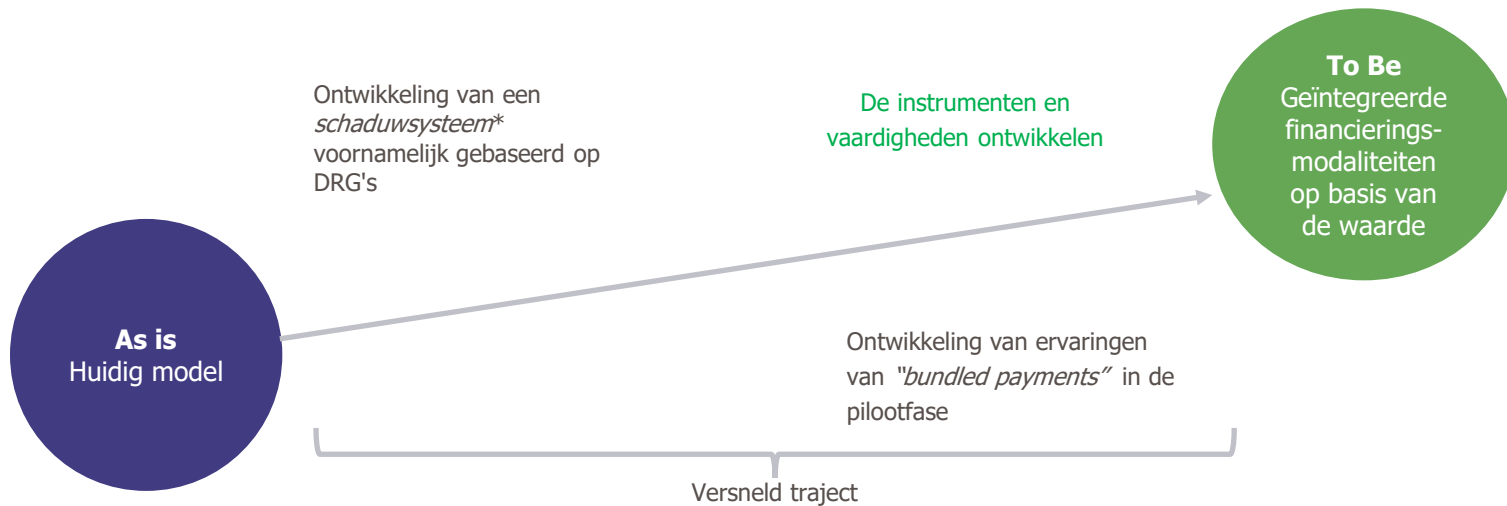
Op basis van deze vaststellingen zou er in België een hervormingsplan moeten worden geïmplementeerd om de achterstand in te halen en stapsgewijs een nieuw financieringsmodel te definiëren, waarbij de latere start dan in andere landen de mogelijkheid biedt om gebruik maken van hun ervaringen.

België bevindt zich vandaag in een situatie waarin de kloof tussen de complexiteit van de huidige financieringsmodaliteiten en de verwachtingen van het systeem een fundamentele sprong voorwaarts vereist.

Hiervoor heeft men de opportuniteit te kunnen terugvallen op de internationale ervaringen, niet om hun systeem blindelings na te bootsen maar eerder om er door geïnspireerd te worden, teneinde voorspelbare valkuilen te vermijden.

Om deze achterstand op te vangen, moeten snelle hervormingen op gang worden gebracht met de overgang naar een "all in" DRG-systeem en tegelijkertijd pilotprojecten worden opgestart met nieuwe financieringsmethoden van het type "bundled payments".

Afbeelding 11. Een versneld traject voor de ontwikkeling van nieuwe financieringsmodaliteiten



Bron: Antares Consulting

* Dit zogenaamde "*schaduwstelsel*" zou toegepast kunnen worden op de huidige situatie ter observatie, zonder invloed te hebben op de werkelijke financiering.

Wie zijn de betrokken stakeholders in het kader van een hervormingsplan?



Gezondheidssysteem en bevolking

De financieringsmodaliteiten zijn een hefboom voor de versterking van de kwaliteit van het gezondheidssysteem en de bevolkingsgerichtheid ervan. Gezondheid is een prioriteit in het sociale beleid, die door de bevolking rechtstreeks wordt ervaren.



Zorginstellingen

Vandaag de dag vormen de zorginstellingen het centrale punt van de kruising en de onderlinge afhankelijkheid van alle actoren. Vanuit de optiek van het zorgtraject, zijn de zorginstellingen een centraal element in het zorgproces.



Medisch personeel

Zij zijn het hart wat de toepassing van de financieringsmodellen betreft. Zij zijn het die de het zorgaanbod garanderen en realiseren. De vergoeding ervan moet onafhankelijk zijn van de financiering van het ziekenhuis, maar wel in overeenstemming met de afstemming van de doelstellingen.



Beheerder

De beheerders moeten de organisaties sturen en zijn eindverantwoordelijk voor de resultaten van de gedefinieerde institutionele strategie. Zij hebben behoefte aan duidelijke globale doelstellingen en stimulansen, en aan een coherentie die de financiering en de uitgaven aan elkaar kan koppelen.



Gewesten

De gewesten zijn cruciaal in een federaal land. Zij zijn immers verantwoordelijk voor het zorgaanbod buiten het ziekenhuis, het deel dat het meest zal toenemen met de invoering van de DRG's; en het deel dat zal moeten worden geïntegreerd met de "Bundled payments".



Toezichthouder

De toezichthouder stimuleert de hervorming en zorgt ervoor dat het budget wordt gerespecteerd om de kwaliteit en duurzaamheid van het gezondheidssysteem te waarborgen. De toezichthouder moet de normen herzien om ze af te stemmen op de doelstellingen van een financieringshervorming.

Wat zouden de voordelen zijn van dit nieuwe model voor de verschillende *stakeholders*? (1/2)



Gezondheidssysteem en bevolking

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou het volgende betekenen voor het gezondheidssysteem in het algemeen:

- Een eenvoudiger en transparanter model.
- Een focus op de volksgezondheid.
- Een betere coördinatie tussen alle actoren betrokkenen bij de patiëntopname, waardoor de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor patiënten kunnen worden gewaarborgd en er toegevoegde waarde wordt gecreëerd.
- Een versterking van de patiëntervaring tijdens hun zorgtraject.
- De klinische resultaten zijn belangrijker dan de prestaties.



Zorginstellingen

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou voor de beheerder het volgende betekenen:

- Een eenvoudiger en transparanter model.
- Een realistischere budgetplanning die zou toelaten het budget op middellange en lange termijn te stabiliseren.
- Een beter aanpassingsvermogen van de eigen institutionele strategie en positionering.
- Een versterking van het institutioneel beheer.
- Een groter innovatievermogen.



Beroepsbeoefenaars

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou het volgende betekenen voor de beroepsbeoefenaars:

- Een eenvoudiger en transparanter model.
- Een duidelijkere scheiding van de intellectuele prestatie.
- Een focus de klinische resultaten.
- Het vermijden van ongewenste effecten van het huidige model en onnodige prestaties.
- Een billijkere vergoeding.
- Een vergoeding die niet is gebaseerd op een onderhandeling.

Wat zouden de voordelen zijn van dit nieuwe model voor de verschillende *stakeholders*? (2/2)



Beheerder

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou voor de beheerder het volgende betekenen:

- Een eenvoudiger en transparanter model.
- Een realistischere budgetplanning die zou toelaten het budget op middellange en lange termijn te stabiliseren.
- Een beter aanpassingsvermogen van zijn institutionele strategie en productplaatsing.
- Een versterking van het institutioneel beheer.
- Een groter innovatievermogen.



Gewesten

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou voor de regio's het volgende betekenen:

- Het zou een grotere regionalisering van de gezondheidszorg mogelijk maken en voortbouwen op de 6^e staatshervorming.
- De samenwerking tussen ziekenhuisinstellingen en andere gezondheids- of medisch-sociale actoren vergemakkelijken, teneinde de continuïteit van de zorg te waarborgen.
- Een toenemende kracht van hun beheers- en managementtools, wat een betere budgetcontrole garandeert.
- Ten dienste staan van de bevolking en de beroepsbeoefenaars.



Toezichthouder

De ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteiten zou voor de toezichthouder het volgende betekenen:

- Meer belang hechten aan de klinische resultaten en hun opvolging, met "Value-Based HealthCare" modellen.
- Een toenemende impact van de eigen beheers- en beheertools, wat een betere budgetcontrole garandeert.
- Ten dienste staan van de bevolking en de beroepsbeoefenaars.

Wat zou dan de visie zijn van een toekomstig financieringssysteem voor België?

De visie die we hebben uiteengezet is een weergave van de toekomst zoals die zou gelden binnen 10 jaar. Het gaat hier om een algemene richting die het mogelijk moet maken om de doelstellingen te bepalen en een actieplan op te stellen voor het "schokplan". Dit is de eerste stap in het uitdrukken van de gewenste richting voor een toekomstig financieringsmodel.

Deze visie bestaat uit 4 pijlers en projecteert het Belgische financieringsmodel voor 2030:

1

België heeft een financieringssysteem ontwikkeld dat de waarde van wat wordt bereikt, centraal stelt in zijn belangen. Hiervoor is het systeem gericht op de zorgpraktijk naar prestaties die de best mogelijke resultaten opleveren op het gebied van gezondheid, d.w.z. die het meest pertinent zijn voor de patiënt, en dit voor elk van de uitgaven.

2

België heeft de kloof gedicht die bestond tussen de situatie in het verleden en de verwachtingen van alle *stakeholders*. Voortbouwend op de ervaringen van zijn burens heeft België, in minder dan 10 jaar, een "All-in" DRG-financieringssysteem geïmplementeerd dat door alle stakeholders als duidelijk en transparant wordt erkend. Het Belgisch nationaal DRG-agentschap houdt toezicht op de ontwikkeling, de aanpassing en het onderhoud van haar tariefsysteem. Tegelijkertijd zijn er verschillende financieringsprojecten van het type "bundled payments" ingevoerd, op basis van waarde, waardoor een echte cultuur van excellentie in de organisaties is ontstaan.

3

Al deze ingrijpende aanpassingen van het systeem gingen uiteraard gepaard met een ingrijpende cultuurverandering, maar ook met een grondige modernisering van de beschikbare instrumenten voor de zorgverleners en voor de regelgeving.

4

doelen en

Het succes van het nieuwe financieringsmodel voor ziekenhuizen in België werd mogelijk gemaakt door een afstemming met het vergoedingssysteem voor beroepsbeoefenaars. Deze twee systemen zijn duidelijk gescheiden, maar hebben gemeenschappelijke incentives. De overgrote meerderheid van de instellingen in België heeft dus een vergoedingssysteem ontwikkeld met een variabel deel voor hun beroepsbeoefenaars, wat hen aanmoedigt om te streven naar deze afstemming.

6. Aanbevelingen in het licht van de internationale ervaring

Om deze transformatie te bereiken, stellen we een aanpak voor die gebaseerd is op 3 grote werven, die een snelle implementatie mogelijk moeten maken



Werf A. Een *schaduw financieringssysteem* ontwikkelen op basis van DRG's, als nodige stap voor toekomstige "bundled payments"

- 1. Validatie van de classificatie.** Een eerste stap is de validatie van het feit dat het relatieve vergelijkende gewicht van 80% van de activiteit in DRG's in België vandaag hetzelfde is als in de laatste drie verschillende classificaties van de drie bestudeerde landen (Frankrijk, Zwitserland en Duitsland). Deze oefening veronderstelt de opmaak van een equivalentietabel tussen de bestudeerde systemen en de Belgische DRG's. Het zal ook nodig zijn om de mogelijke criteria vast te stellen die in de DRG-financiering in België moeten worden aangenomen. Dit omvat het definiëren van de perimeter en het aanduiden wat gefinancierd wordt via het mechanisme van de DRG's en wat niet.
- 2.** Vervolgens is het nodig om de **waarde van een punt** vast te stellen op basis van de huidige totale ziekenhuisuitgaven in België. Hiervoor dient een modellering van het systeem met de nieuwe regels te gebeuren. Dit zal toelaten het DRG-punt ("cost weight") te definiëren en de kosten buiten het DRG-systeem in te schatten.
- 3.** Daarna dient men alle normatieve vragen te definiëren, d.w.z. de **toepassingsregels** waarmee bij de ontwikkeling van deze nieuwe financieringsmodaliteit rekening zal moeten worden gehouden. Hiervoor, moeten men zich baseren op de positieve en negatieve aspecten van de landen die deze systemen hebben geïmplementeerd (Frankrijk, Duitsland en Zwitserland). Deze fase zal 3 jaar in beslag nemen. In dit verband is het ook raadzaam om een eerste coderingshandleiding op te stellen.
- 4.** De start van een overgangperiode genaamd "**schaduwstelsel**" is absoluut nodig. Gedurende een periode van 3 jaar, en op basis van de berekende waarde van een punt, dient men aan de instellingen mee te delen wat hun theoretisch budget zou zijn onder het nieuwe systeem, met behoud van de financiering die ze momenteel hebben onder de historische financieringsmodaliteiten. Het gaat er hier dus om de ziekenhuisinstellingen puur informatief op de hoogte te houden. Deze overdracht van informatie zou kunnen gebeuren op niveau van de lokale ziekenhuisnetwerken en er zou een evaluatie en regelmatige uitwisseling moeten zijn op basis van de cijfers van deze facturering om de aanpassing te garanderen.
- 5.** Tegelijkertijd wordt er een analyse uitgevoerd van de **analytische boekhoudingen** in een bepaalde steekproef van ziekenhuizen (netwerken), met als doel de consistentie van de analyse en de resultaten te valideren. Hiervoor is een goede verdeling van de directe en indirecte kosten van de analyseonderdelen van het ziekenhuis nodig, dus een analytische boekhouding, maar verschillend van die gevraagd door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Deze analytische boekhouding zou gebaseerd kunnen zijn op het pilotoproject voor de kostenevaluatie per pathologie, het PACHA-project.
Deze steekproef zou kunnen worden samengesteld door uit elk van de 25 locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerken telkens één ziekenhuis op te nemen om een totale territoriale dekking en representativiteit te bekomen.

Werk B. De nodige elementen voorbereiden voor de opbouw van de "bundled payments"

Tegelijkertijd zal moeten worden ingespeeld op de komst van nieuwe financieringsmodaliteiten door rekening te houden met het gehele geïntegreerde traject van de patiëntenzorg. Zoals eerder gesteld, is het een kwestie om onmiddellijk voort te bouwen op de ervaring van de andere landen en geen tijd te verspillen met de ontwikkeling van initiatieven van het type "bundled payments" in België.

Deze werf moet een hefboom zijn om de ontwikkeling van locoregionale netwerken aan te moedigen, door de samenwerking tussen de zorginstellingen te accelereren maar ook de samenwerking met de ambulante zorg op hun grondgebied te bevorderen. Om deze werf op te zetten, stellen we voor om de volgende verschillende punten te analyseren, met name:

1. Nagaan of het ook nodig is te bepalen of deze financiering de integratie van de prestaties voor **geestelijke gezondheidszorg** en van middellange en **lange verblijven** vereist.
2. Conform punt 1 zal het noodzakelijk zijn om een herziening van de **ambulante nomenclatuur te initiëren**. Deze herziening zal moeten worden uitgevoerd terwijl de ontwikkeling van ambulante chirurgie beter wordt bevorderd in vergelijking met de traditionele ziekenhuisopname. Dit is de reden waarom deze herziening duidelijke incentieven zou moeten implementeren, waardoor België deze praktijk echt kan ontwikkelen.
 - Om de ontwikkeling van ambulante chirurgie te ondersteunen, zou een identieke prijsstelling voor verblijven voor enkele pathologieën, ongeacht het type opname (ambulant of hospitalisatie), in het bijzonder overwogen kunnen worden, met de wens om deze uit te breiden of zelfs te veralgemenen naar pathologieën die zullen worden behandeld in ambulante chirurgie.
 - Tegelijkertijd dient een bewustmakingscampagne voor ziekenhuisartsen en een trainingsprogramma voor beroepsbeoefenaars te worden gestart.
3. Beginnen met het opzetten van **ervaringen** die de nieuwe betalingsmodaliteiten integreren, zoals "bundled payments" met een duidelijke oriëntatie naar "Value-Based HealthCare". Deze ervaringen dienen te worden opgestart met de ontwikkeling van duidelijke resultaatindicatoren in het kader van pilootprojecten.

Werk C. De regelgeving, instrumenten en vaardigheden aanpassen (gericht op resultaten in plaats van structuren)

Deze diepgaande hervorming van de financiering zal gepaard moeten gaan met organisatorische transformaties die in verhouding staan tot de uitdagingen, waardoor de huidige regelgeving zich kan aanpassen en zo de implementatie voor het hele gezondheidssysteem kan vergemakkelijken. Daarom zal het nodig zijn de administratie de nodige capaciteiten te geven om deze hervorming, zowel op technologisch als op managementniveau, uit te voeren door de nodige instrumenten en vaardigheden te verstrekken. De prioriteit zal zijn om **een agentschap op te richten dat belast is met het definiëren van de Belgische DRG's** en haar beheer, zoals we dit hebben vermeld voor de andere landen in de studie.

1. Om de Belgische DRG's te definiëren en operationeel te maken, zal er een Belgisch DRG-beheeragentschap moeten worden opgericht. Dit agentschap zal verantwoordelijk zijn voor het onderhoud en de ontwikkeling van de DRG-gevalgroepen. Het zal met andere woorden verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling en aanpassing van de grouper, die de behandelde gevallen aan de verschillende DRG's toewijst. Ze zal ook deelnemen aan de ontwikkeling van de medische classificaties en coderingsrichtlijnen in België. In dit verband dient nauwkeurig het volgende te worden gedefinieerd: (1) haar missie en functies (2) haar structuur, vorm en samenstelling
2. Alle actoren dienen deel uit te maken van deze grote verandering: Ziekenhuisinstellingen of lokale regionale ziekenhuisnetwerken, maar ook de beroepsbeoefenaars en beheerders die de actoren in het veld zijn, opdat ze zouden instemmen met de verandering en ze ondersteunen.
 - Organisatie van workshops
 - Organisatie van gerichte trainingen voor beroepsbeoefenaars maar ook managementcoaching
 - Opstellen van monitoringindicatoren voor een goede implementatie in het veld
 - Een bewakingssysteem voor de verschillende praktijken. Degene die snel zullen worden verboden en degene die moeten worden veralgemeend.
 - Implementatie van een online platform voor het verzamelen van suggesties.
3. Alle voorwaarden ontwikkelen die de toezichthouder in staat zullen stellen zich aan te passen en alle actoren in deze transformatie te ondersteunen.
 - Identificatie van de nieuwe functies en vaardigheden, capaciteiten, instrumenten, enz. die ontwikkeld moeten worden
 - Identificatie van de huidige functies die moeten worden gewijzigd en/of verwijderd; en beslissen hoe ze in de toekomstige context zullen worden uitgevoerd
 - Identificatie en definitie van alle operationele en managementprocessen die nodig zouden zijn, in een formaat voor de automatisering ervan.

6. Aanbevelingen in het licht van de internationale ervaring

Een wijziging die in minder dan 6 jaar doorgevoerd kan worden! We bieden hier als indicatie een eerste tijdslijn aan op basis van alle belangrijke fasen.

Tabel 05. Ontwikkelingskalender van de 3 werven

Fases	Jaren					
	J1	J2	J3	J4	J5	J6
Werk A Een <i>schaduw financieringssysteem</i> ontwikkelen op basis van DRG's, als basis voor toekomstige <i>"bundled payments"</i> .	Validatie van de classificatie	■				
	Bepaling van de waarde van een punt	■				
	Definiëring van de toepasbare regels	■	■			
	"Schaduw"-facturatie en opvolging		■	■	■	
	Analytische boekhouding (PACHA)		■	■	■	
Werk B De nodige elementen voorbereiden voor de opbouw van de <i>"bundled payments"</i> .	Revalidatie en geestelijke gezondheidszorg integreren		■	■	■	
	Ambulante nomenclatuur wijzigen		■			
	Ervaringen van het type <i>"bundled payments"</i>			■	■	■
Werk C Regelgeving aanpassen.	Lancering van het Belgisch DRG-agentschap		■	■	■	
	Identificatie van de noden betreffende de organisatie, de vaardigheden, de capaciteiten, de beheerinstrumenten		■	■	■	
	Identificatie en definiëring van alle operationele en beheersprocessen		■	■	■	

Referenties

Belangrijkste referenties die gebruikt werden in het kader van deze studie

Amol S. Navathe, Ezekiel J. Emanuel, Atheendar S. Venkataramani, Qian Huand and all, Spending and Quality After Three Yeras of Medicare's Voluntary Bundled Payment For Joint Replacement Surgery, Health Affairs, Vol. 39 n° 1: Patient costs, bundled payments and more, Jan. 2020.

Bielamowicz, Lisa, Should Providers Bite on Downside-Risk Bundles?, Gisthealthcare, Feb. 2018.

Bundesministerium für Gesundheit, Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung, Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit 11055 Berlin, 2016.

Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Hukkinen U, Kobel C et coll. Groupes liés au diagnostic en Europe : vers la transparence, l'efficacité et la qualité dans les hôpitaux ? BMJ 2013;346:f3197.

Damberg CL, Sorbero ME, Lovejoy SL, Martsolf G, Raen L, Mandel D. Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs Summary and Recommendations. Washington : Rand Corporation ; 2014.

Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies Series. World Health Organization 2011.

Harvard Business School, Institute for Strategy & [Site Web] [accès novembre 2018]. Value-Based Health Care Delivery. Disponible sur : <https://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/pages/default.aspx>

Journal de gestion et d'économie médicales 2017/1 (Vol. 35) N2-3.

Medtech Europe. Economic Value as a guide to invest in Health and Care. Bruxelles : Medtech Europe ; 2016.

Mihailovic N, Kocic S, Jakovljevic M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. Santé Serv Res Manag Epidemiol. 2016 Jan-Déc; 3: 2333392816647892. doi: 10.1177/2333392816647892

O'Reilly J, Busse R, Hukkinen U, Or Z, Street A, Wiley M. Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries. Loi sur la politique de l'Econ de santé. 2012 Jan;7(1):73-101. 10.1017/S1744133111000314.

Pellegrini S, Roth S. Evolution des co'ts et du financement du syst.me de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Base Etude 2010-2012. (Obsan Rapport 61). Neuchatel: Observatoire suisse de la santé; 2015.

Belangrijkste referenties die gebruikt werden in het kader van deze studie

Portella E, van Uytven M, Dia O, Desmoulin C, Syenave J, Barrubés J. Value-Based Healthcare. De la théorie à la pratique. Barcelone : Antares Consulting ; 2020.

Porter, Michael E., Kaplan, Robert S., How to Pay for Health Care - Bundled payments will finally unleash the competition that patients want, Harvard Business Review, Jul-Aug Issue, 2016.

Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Bl'mel M, Geissler A, Busse R. Hospital payment based on diagnosis-related groups differs in Europe and holds lessons for the United States. *Affaires de la santé* 2013;32(4):713-23. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0876

Rajender Agarwal, Joshua M. Liao, Ashutosh Gupta, and Amol S. Navathe, The Impact of Bundled Payment on Health Care Spending, Utilization, and Quality : A Systematic Review, *Health Affairs*, Vol. 39 n° 1: Patient costs, bundled payments and more, Jan. 2020

Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R. DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries. *Valoriser la santé*. 2011 Dec;14(8):1166-72. doi: 10.1016/j.jval.2011.07.001.

Siok Swan Tan, Alexander Geissler, Lisbeth Serdén, Mona Heurgren, B. Martin van Ineveld, W. Ken Redekop, Leona Hakkaart-van Roijen, on behalf of the EuroDRG group, DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries, *European Journal of Public Health*, Volume 24, Issue 6, December 2014, Pages 1023–1028.

Site web du Bundesministerium für Gesundheit, Innovationsfond. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/innovationsfonds.html>

Site Web des AOK-Verband, Dossier Krankenhaus. https://aok-bv.de/hintergrund/dossier/krankenhaus/index_15370.html

SVEUS – National collaboration for value-based reimbursement and monitoring of health care in Sweden OECD Expert group meeting on payment systems, 2014-04-07.

Value Based steering And support systems For Danish health Care Feasibility Study – Full version, IVBAR, Copenhagen May 2015.

Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. Etude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays - Synth.se. Recherche sur les services de santé (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2013. KCE Reports 207Bs. D/2013/10.273/59

What matters most, Patient Outcomes and the Transformation of Health Care, ICHOM, International Consortium for Health Outcomes Measurement.

AN



Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux asbl
Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs vzw
Belgische Vereinigung der Krankenhausdirektoren VoG