

**VAN**  
DOKTER IK HEB OOK  
IETS TE ZEGGEN  
**NAAR**  
MINISTER IK HEB OOK  
IETS VOOR TE STELLEN

# TIEN HERVORMINGEN IN DE FINANCIERING VAN ZIEKENHUIZEN

WERKGROEP ZIEKENHUISFINANCIERING

TREKKERS: DIRK RAMAEKERS EN LIEVEN ANNEMANS

LEDEN: PETER DEGADT, RAF DERYCKE

## WAT IS HET PROBLEEM?

Goede zorg moet doeltreffend, veilig, doelmatig, relevant en toegankelijk zijn. De manier waarop men zorgverleners en ziekenhuizen betaalt, moet daarop aansturen en mag dat zeker niet afremmen. De huidige ziekenhuisfinanciering doet dat laatste echter wel en kan dus kaduuk genoemd worden.

Een woordje uitleg:

De drie belangrijkste bronnen van inkomsten van ziekenhuizen zijn

1. het Budget Financiële Middelen (BFM) om de werkingskosten en de kosten van verzorgend en verplegend personeel te dekken,
2. de afhoudingen op de erelonen van de artsen, en
3. kortingen op aangekochte geneesmiddelen.

Het idee achter de tweede bron was dat dit systeem de integratie van de artsen in het ziekenhuis zou bevorderen. Maar het BFM is structureel deficitair en men probeert dit op te *vangen met het laten 'bijpassen' van de artsen uit hun erelonen en met kortingen op geneesmiddelen*. De artsen kunnen dus meehelpen om de tekorten in het BFM op te vangen door het leveren van meer prestaties waardoor het ziekenhuis meer geld verdient via de afhoudingen. Dat komt neer op het aanmoedigen van overconsumptie en het aanrekenen van ereloonsupplementen. Maar deze constructie heeft haar limiet bereikt. Resultaat: morrende ziekenhuizen die besparen op personeel, overbodige behandelingen en onderzoeken, en suboptimale kwaliteit. Ziekenhuizen focussen meer op groei en de resultatenrekening dan op zorgkwaliteit.

Ook in de sector geestelijke gezondheidszorg is de huidige financiering teveel gericht op structuurgegevens en houdt ze onvoldoende rekening met de zorgintensiteit en de doelgroepen.

Bovendien ontbreken stimuli om samen te werken met partners buiten de sector (1<sup>ste</sup> lijn, welzijn, tewerkstelling, cultuur, wonen, onderwijs, ...).

## De oplossing in tien stappen.

De financiering en de organisatie van de ziekenhuizen moeten veranderen. Geïnspireerd door o.a. de OESO, stellen we tien maatregelen voorop die deze verandering op dreef zullen helpen.

1. Het financieringssysteem moet zowel aan de ziekenhuisartsen als ziekenhuisdirecties meer prikkels geven tot doelmatig gebruik van de middelen. Dat zal leiden tot meer kwaliteit, minder overconsumptie en meer performantie.

Een mogelijke oplossing vindt men in een op prospectieve pathologie gebaseerde en gemengde financiering, waarbij ziekenhuizen maar ook artsen een op voorhand gedefinieerd bedrag per type patiënt en per episode ontvangen. Bij de opname in het ziekenhuis voor bijvoorbeeld een acuut myocardinfarct voorziet de ziekteverzekering dan in functie van de ernst een bepaald vast bedrag dat een combinatie is van enerzijds een bedrag voor het ziekenhuis om de kosten van infrastructuur, personeel, logistiek en verblijf te vergoeden en anderzijds een bedrag voor de medische handelingen van het myocardinfarct. Beide bedragen dekken het ziekenhuisverblijf en de poliklinische opvolging en onderzoeken tot bv. 6 maanden na de acute fase.

2. Om een goede verhouding tussen kost en kwaliteit te garanderen, kan een contractensysteem met ziekenhuizen ontwikkeld worden met daarin criteria op het vlak van kostprijs, eigen bijdrages, verwachte ligduur en bepaalde structurele (kwaliteits)eigenschappen.  
De OESO schuift daartoe selectieve contractering door de ziekenfondsen naar voor. Een op deze wijze gereguleerde marktwerking – los van de vraag door wie zij wordt georganiseerd, overheid dan wel ziekenfondsen – dient dan wel te gebeuren op basis van objectieve, transparante criteria en zonder belangenvermenging. Het kan een negatieve impact hebben op het vlak van bijvoorbeeld tewerkstelling als de efficiëntie toeneemt en het ziekenhuisbeddenaanbod daalt. Maar deze kan opgevangen worden door de stijgende vraag naar zorgpersoneel in de volgende decennia omwille van de demografische veranderingen.
3. Men moet de concentratie van moeilijke en zeldzame interventies voorbehouden aan gespecialiseerde centra. De behandeling van slokdarmkanker bv. zou uitsluitend nog vergoed worden in die ziekenhuizen.
4. Het overaanbod aan acute ziekenhuisbedden moet worden omgezet in chronische opvang voor bv. oudere patiënten of voor patiënten die revalideren en die geen dure ziekenhuiszorg meer nodig hebben.
5. Geneesmiddelenkortingen als financieringsbron van een ziekenhuis moeten verdwijnen. Ze leiden immers tot een ongezonde situatie waarbij het ziekenhuis gestimuleerd wordt om de geneesmiddelenomzet van de duurere geneesmiddelen te doen toenemen. Een veel ruimere forfaitarisering van geneesmiddelen met uitzondering van een aantal waardevolle innoverende geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen is ook nodig. Aanbestedingen dienen veralgemeend toegepast en de terugbetaling navenant aangepast. Indien geneesmiddelen of hulpmiddelen in andere lidstaten van de EU goedkoper en beter kunnen worden ingekocht, dan moet dit mogelijk gemaakt worden.
6. De recente beslissing over de vergoeding van de managers van overheidsbedrijven moet ook van toepassing zijn op ziekenhuizen. Ook de artsen-specialisten ontvangen het merendeel van hun inkomen uit publieke middelen. Er zou een budget-neutrale nivellering van die inkomens moeten plaatsvinden in combinatie met een herwaardering van disciplines die met schaarste geconfronteerd worden.
7. Men moet een gedifferentieerde terugbetaling van de spoeddiensten invoeren. De toegang tot ‘after hours’ zorg dient stapsgewijs via een uniek publiek triagesysteem te worden gereguleerd. Naburige ziekenhuizen dienen ook verplicht te worden om minstens buiten de daguren gemeenschappelijk een spoeddienst uit te baten als oplossing voor het huidige overaanbod aan intens bemande en weinig kosteneffectieve spoeddiensten en MUGs.
8. Pay for Quality. Enkele van de bovenstaande maatregelen houden het risico in dat ze ten koste kunnen gaan van de kwaliteit. In diverse landen werden systemen ingevoerd om kwaliteit te vergoeden via ‘Pay for Quality’ (P4Q). De bewijzen dat P4Q inderdaad de kwaliteit doet toenemen zijn echter wisselend en er is ook een bezorgdheid dat het leidt tot patiëntselectie en ongewenste doorverwijspatronen. De uitdaging is om P4Q volgens de regels van de kunst in te voeren, zoals bijvoorbeeld aangegeven in het zogenaamde ‘Model for Implementing and Monitoring Incentives for Quality’.
9. Voor de geestelijke gezondheidszorg gaat de voorkeur uit naar een prospectief en programmeergerichte financieringssysteem. De doelgroepgerichte zorgprogramma’s (kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen en enkele categorale doelgroepen) situeren zich over de verschillende zorgvormen heen en bestaan uit verschillende modules (intensief kortdurend, langdurige zorg, residentieel, ambulant, ...). Per module wordt in functie van een evenwichtige en objectieveerbare mix een budget bepaald inclusief de vergoeding voor de medische activiteit. Deze aanpak leidt tot een geïntegreerde werking tussen de residentiële en ambulante zorg.
10. Testen. Voor alle aanpassingen is het aangewezen om ze uit te testen in enkele ziekenhuizen en de effecten ervan op toegankelijkheid (patiëntselectie) en kwaliteit/patiëntveiligheid en zo meer te evalueren.

## STELLINGEN

1. Er moet een sterke concentratie komen van erg specifieke behandelingen zoals slokdarmkanker en alleen in die ziekenhuizen/expertisecentra wordt de behandeling nog terugbetaald.
2. In alle ziekenhuizen moet er in alle specialismen en zowel voor ambulante als voor alle gehospitaliseerde patiënten tariefzekere zorgverlening komen.