



You get what you pay for. Naar een nieuw business model van zorg

2013/06

24 | 04 | 2013



MENSEN



WELVAART



BESCHERMING

Inhoudstafel

1. Inleiding
2. De 'sense of urgency' scherpgesteld
3. You get what you pay for: starten bij de opportuniteiten die reeds lang gekend zijn
4. Lessen van elders voor een nieuw business model
5. Een slimme financiering in lijn met een slimme zorgorganisatie
6. Praktisch vooruit: de volgende stappen
7. Besluit

PIETER VAN HERCK,
Senior Fellow Itinera Institute

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

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

1. Inleiding

De huidige betalingssystemen van zorg worden in toenemende mate in vraag gesteld. Een hoge mate van fragmentatie, onzekerheid en onvoorspelbaarheid belemmeren een gerichte sturing. Bovendien gaan ze gepaard met een aanzienlijke en toenemende administratie.

De financiering hindert vaak een goede samenwerking, zowel tussen als binnen zorgorganisaties. Inkomsten en subsidies versterken een hokjesmentaliteit en silovorming. De financiering induceert rigiditeit en structuurgerichtheid in plaats van systeeminnovatie. Taken en diploma's, en daarmee het ruimer competentie en HRM beleid, zijn financieel gebetonneerd per plaats en persoon, ondanks de aangevoerde positieve effecten van functiedifferentiatie, taakverschuiving en een meer integrale benadering van zorg.

Een overheersende nadruk op betaling voor geleverde prestaties leidt, ondanks begrenzende maatregelen, soms tot een dominante 'meer is beter' benadering. De band met reële kosten is weinig tot niet transparant en up to date, met onder- en soms zelfs overfinanciering tot gevolg. De financiering legt een grote nadruk op technische interventies en specialismen, in tegenstelling tot de meer tijdsintensieve zorgbehoeften en intellectuele prestaties. Arts-specialisten worden in beperkte mate vergoed voor het opnemen van solidaire activiteiten (wachtijd, 2de lijn acute zorg, etc.). Ze kiezen in toenemende mate om dit engagement links te laten liggen en hogere inkomsten te genereren buiten een ziekenhuis.

De financiering staat steeds verder af van wensen van zorgverstrekkers die meer tijd wensen voor hun patiënten en voor hun eigen privéleven. Er is geen prikkel tot gepaste, kwaliteitsvolle en veilige zorg. De betalingssystemen moedigen bovendien geen preventie aan. Ondanks correcties voor casemix, induceren de tijdsdruk van betaling per prestatie en de onderfinanciering binnen het budget financiële middelen (BFM) het risico op verwaarlozing van de behoeften van kwetsbare doelgroepen.

De betalingssystemen van zorg zijn, in tegenstelling tot het verleden, in steeds mindere mate een hulpmiddel om de actuele doelstellingen van zorg te realiseren. De ruimte voor verbetering wordt in meerdere studies en rapporten aangekaart. De oproep tot verandering vanuit de zorgsector en wetenschappelijke hoek klinkt steeds luider. Ook politici, beleidsmakers en overheid staan in toenemende mate open voor deze boodschap. De context van zorg is zo grondig gewijzigd in termen van uitdagingen en mogelijke oplossingen, en zo sterk in evolutie, dat het niet hervormen van de betalingssystemen niet langer een optie is. Vooruitgang is wat er gebeurt als onmogelijkheden moeten plaats ruimen voor noodzakelijkheden.

Voor sommigen is de noodzaak tot verandering een verzuchting, voor anderen een bedreiging. De beste manier om met zulke veranderingen om te gaan is ze zelf te bewerkstelligen. Alle betrokkenen samen, inclusief de leidinggevenden van zorgorganisaties en de zorgprofessionals op het terrein, zijn het best geplaatst om de betalingssystemen van zorg in onderlinge overeenstemming heruit te vinden tot een positief ondersteunend instrument, afgestemd op de toekomstige zorgbehoeften van de bevolking.

Ondanks de opgesomde gebreken heeft ons huidige financieringssysteem veel positieve kenmerken. Het huidige systeem voorkomt financiële schokken en voorziet in stabiliteit. Het systeem laat toe het budgettaire evenwicht beter te bewaken dan in vele andere landen het geval is, zelfs indien met de vergrijzing en andere factoren de duurzaamheid van het systeem in het gedrang komt. De verblijfsduur in zieken-

huizen wordt op redelijke wijze beheerst. Wat betreft acute zorg hebben we een uitgebreid aanbod zonder lange wachttijden. Dit zijn geen zaken die men op drastische wijze overboord wil gooien. De belangrijkste gevaren zijn niet enkel de mensen die niets willen veranderen, maar ook de mensen die alles willen veranderen.

Achter de financiële stromen schuilen de belangen van de betrokken actoren. Deze omvatten naast intrinsieke belangen (middelen voor het goed van de patiënt) ook extrinsieke belangen (voldoende inkomen en financiële reserves). We kunnen enkel voldoende draagvlak creëren indien we de financiële belangen op positieve wijze benutten door ze zo weinig mogelijk te schaden, maar veeleer evenwichtig te heroriënteren waar noodzakelijk.

Dit is de essentie van een 'business model': datgene wat de inkomsten van personen en organisaties aandrijft. Een business model beschrijft de rationale van de wijze waarop een organisatie en professionals (= het zorgsysteem) waarde creëert, verspreidt en capteert; waarom en hoe de klant (= samenleving) hiervoor betaalt; en tot slot hoe zulke betalingen zich omzetten in nieuwe waarde voor de organisatie en professionals (= artsen, ziekenhuizen, etc.) via investeringen en inkomen. Het begrip kent geen pejoratieve connotatie. Het geeft enkel de erkenning weer dat in de zorg, net zoals in alle andere sectoren, de financiële middelen een onderliggende motor vormen die de zorgmissie ondersteunen, maar soms ook misleiden, afremmen of blokkeren. Vijftig jaren geleden was het business model van de zorg afgestemd op haar doelstellingen. Dit is vandaag niet meer het geval. You get what you pay for. Dit staat steeds verder af van wat we beogen.

De bedoeling van deze bijdrage is niet om het belang van één welbepaalde actor naar voren te schuiven, maar om evenwicht te bewaren. Deze tekst zal niet dé oplossing als een afgewerkt product naar voren schuiven, maar suggesties op korte en middellange termijn formuleren. Deze paper wil de kiem zijn, die de zorgactoren aanzet tot denken over de noodzaak tot hervorming van de financiering en de diverse alternatieve oplossingen om zulke hervorming vorm te geven. Om zo tastbaar als mogelijk te zijn in de concrete uitwerking, hangen we de analyse op aan de algemene gezondheidszorg, met inclusie van ziekenhuizen, medisch specialisten, huisartspraktijken en andere zorgactoren.

2. De 'sense of urgency' scherpgesteld ^{1,2}

Niet alles wat we onder ogen zien, kunnen we veranderen. Maar we kunnen niets veranderen zonder het eerst onder ogen te zien. Beleidsmakers maken zich, met reden, in toenemende mate zorgen over de betaalbaarheid van de zorg, voor de samenleving als geheel en voor de patiënt. Deze financiële druk dwingt ons tot zelfreflectie en het stilstaan bij de kwaliteit van zorg. Hoe goed of hoe slecht doen we het vandaag? Welke zijn de zorgbehoeften van morgen? Zijn we als zorgsysteem klaar om hierop een optimaal antwoord te bieden? In deze sectie staan we stil bij de performantie van de zorgverlening as such. We evalueren de uitdagingen en de doelstellingen vanuit het standpunt van de volksgezondheid en de duurzaamheid van het systeem. De financiering, die hierop antwoorden moet bieden, komt in de volgende secties aan bod.

Op sommige domeinen behaalt ons zorgsysteem goede tot uitstekende punten. De tevredenheid over de zorg is hoog. De relatie tussen de patiënt en de zorgverstrekker scoort goed. De perceptie van de eigen gezondheidstoestand is hoger dan het Europese gemiddelde. Vooral in de acute zorg is België top wat betreft uitkomsten zoals de overlevingsgraad bij kanker. Er worden steeds meer multidisciplinaire oncologische consulten georganiseerd. De algemene sterftcijfers ten gevolge van ischemische hartaandoeningen en CVA zijn laag in vergelijking met de meeste andere Europese landen. Qua zuigelingensterfte doen we het beter dan de meeste buurlanden. Wat betreft primaire preventie doen we het goed bij kinderen, v.b. de vaccinatiëgraad. Bovendien staan we met jong en oud aan de top van de dagelijkse consumptie van groenten. Het aantal Belgen die roken neemt geleidelijk af. Hetzelfde geldt voor de incidentie van MRSA. Heel wat solidariteitsmechanismen zijn werkzaam om de billijkheid van zorg te ondersteunen in functie van specifieke doelgroepen (OMNIO, MAF, etc.). Patiënten en zorgverstrekkers kennen een grote vrijheid in het opzoeken en verstrekken van zorg. Belgische artsen zijn heel productief, indien je het hoge aantal consultaties en het huidige cijfer van artsen per bevolkingsaantal in rekening brengt.

Echter, elke medaille heeft een keerzijde. Qua levensverwachting scoren we onder het Europese gemiddelde. België staat aan de Europese top van sterfte binnen 30 dagen na opname voor wat betreft acuut myocardinfarct, ischemisch CVA en hemorrhagisch CVA. De incidentie van borstkanker, en dus ook het gerelateerde sterftcijfer, is abnormaal hoog in vergelijking met andere landen. Mogelijke verklaringen die tot nu toe geopperd zijn met betrekking tot levensstijl en (een intussen gereduceerde) overconsumptie van hormoonpreparaten bieden geen afdoende uitleg voor dit zorgwekkende fenomeen. We zijn goed in het behandelen van borstkanker, maar niet in het voorkomen ervan.

Zelfs vanzelfsprekende preventie maatregelen, zoals griepvaccinatie bij ouderen, bereiken met 63% een ondermaats peil t.o.v. de doelstelling van 75%. De vooruitgang op dit punt verloopt traag. Slechts 38% van de Belgen beoefent voldoende dagelijkse fysieke activiteit. 26% kent geen fysieke activiteit. We zitten hiermee ver onder het Europese gemiddelde en er is sprake van een dalende in plaats van

1 Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, Walckiers D, Dubois C, Camberlin C, Vlayen J, Van Oyen H, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem Rapport 2012. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 196A. D/2012/10.273/110.

2 OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>

stijgende trend. Gewichtproblemen nemen sterk toe (47% overgewicht, 14% obesitas). Het Belgisch preventiebeleid in verband met rookgedrag wordt met een score van 50/100 op de 'tobacco control scale' internationaal als middelmatig beschouwd. Problematische alcohol-consumptie neemt toe, met een huidig niveau van 9%. Slechts 25% van de bevolking eet voldoende fruit. 15,5% van de Belgen kent een gebrek aan sociale steun, vooral bij de ouderen. België staat aan de top van Europa in aantal nieuw gediagnosticeerde HIV infecties. Gezondheids promotie op het lokale niveau van gemeenten scoort ondermaats, met een grote mate van variabiliteit in ondernomen acties: van een afwezig tot een uitgebreid beleid. Met 2% van het totale budget besteden we weinig middelen aan preventie, zeker in vergelijking met de grote meerderheid van andere Europese landen.

Het KCE stelt duidelijk dat de aangepastheid van zorg teleurstellend is. De voorbeelden hiervan zijn legio: borstkankerscreening (20 à 30% overbehandeling, 15% onderbehandeling), screening op baarmoederhalskanker (18% onderbehandeling), dubbel zoveel antibioticagebruik in vergelijking met Nederland, onvoldoende opvolging van diabetes bij hoofdzakelijk oudere patiënten (vb. 30% onderbehandeling bij oogonderzoek), een variabiliteit van 65% in aantal keizersnedes tussen ziekenhuizen. De bestraling als gevolg van medische beeldvorming is drie maal hoger dan in Nederland. Bijna 90% van de Belgische bevolking onderging tussen 2002 en 2008 een prestatie medische beeldvorming; bij 43% zelfs meer dan 10 maal. Qua uitvoering van technische zorgen voert België meestal de ranglijsten aan in volume, bijvoorbeeld in aantal coronaire angioplastieën (2e positie in de EU), en heup- en knieprothesen (3e en 4e positie). Hetzelfde geldt voor de hoge aantallen preoperatieve onderzoeken (EKG, routine labotesten, radiografie van de longen, etc.).

Slechts 41% van de pijn in een ziekenhuisomgeving wordt goed onder controle gehouden, in vergelijking met 54% in andere landen. Palliatieve zorg wordt in 20% van de gevallen te laat opgestart, vermits het overlijden van de patiënt zich binnen de eerste week voordoet.

België zit aan de kop van het peloton in zake zelfmoordcijfers. In Brussel worden opvallend veel patiënten gedwongen opgenomen: 14% en stijgend. In Wallonië worden opvallend meer antidepressiva voorgeschreven. Ook hierbij behoren we tot de Europese koplopers. Vooral in Vlaanderen is er een hoog aantal heropnames in psychiatrische ziekenhuizen. Na Japan, zijn we wereldwijd koploper in het aandeel residentiële versus ambulante geestelijke gezondheidszorg.

België is niet het meest veilige land wat betreft gezondheidszorg. We staan aan de trieste top in de EU in aantal achtergelaten vreemde lichamen tijdens een chirurgische ingreep. Hetzelfde wat betreft prikaccidenten en accidentele verwondingen. Het aantal gevallen van postoperatieve sepsis is hoog in vergelijking met andere landen en neemt niet af. De incidentie van doorligwonden neemt toe. Het aantal heropnames varieert tussen ziekenhuizen van 1.17 tot 6.40%, wat overeenkomt met 280 miljoen euro aan kosten. Hetzelfde geldt voor nosocomiale infecties: 3,77 tot 9,78%, met een kostenplaatje van 533 miljoen euro. Eén op zeven patiënten maakt een adverse event mee. In ziekenhuizen kan dit cijfer oplopen tot één op drie patiënten. De helft van de adverse events is vermijdbaar.

Slechts 47% van de Belgen heeft een globaal medisch dossier. Dat is onvoldoende als je weet dat twee derde van de adverse events verband houden met een gebrekkige communicatie. Bovendien is een

globaal medisch dossier alleen niet zaligmakend om de coördinatie van zorg te optimaliseren. De financiering dient dit verder te stimuleren.

Ondanks maatregelen ten dienste van solidariteit en het opkomen voor de zwakkeren, sluiten de resultaten niet aan op de inspanningen. Er is ruim 18 jaren verschil in gezonde levensverwachting tussen de hoogste en de laagste sociale klasse. De sterftegraad bij mensen van het laagste opleidingsniveau is 2 maal hoger dan bij diegenen van het hoogste opleidingsniveau. De out-of-pocket uitgaven voor patiënten zijn hoog in vergelijking met de buurlanden. Dit vertaalt zich in het toenemend uitstellen van noodzakelijke zorg: 14% algemeen en 27% bij de laagste sociale klasse. België is in alle mogelijke richtingen doorweven van socio-economische en geografische verschillen met impact op zorg en gezondheid. We stellen dit vast in zelfmoordcijfers, aangepastheid van zorg, sedentaire levensstijl (voeding, beweging, roken, etc.), obesitas, sociale steun, etc. De inkomensongelijkheid neemt toe en de progressiviteit van de financiering neemt geleidelijk af: wat mensen financieel bijdragen tot het zorgsysteem is in afnemende mate gekoppeld aan hun inkomen.

Wanneer we de positieve vaststellingen afzetten tegenover de ruimte voor verbetering in ons zorgsysteem, kunnen we op zijn minst stellen dat we worden geconfronteerd met uitdagingen. Een groeiende kennis en transparantie van de resultaten van het functioneren van het zorgsysteem scherpt in toenemende mate de wetenschap aan van hoe goed of slecht we het doen. Dit wil niet zeggen dat de kwaliteit achteruitgaat. Bij elke uitbreiding van kwaliteitsindicatoren, ontdekken we nieuwe uitdagingen, naast de zaken die we reeds goed doen. Registratiebias is soms een deel van de verklaring, naast de ruimte voor verbetering in de praktijk. Het spreekt voor zich dat zulke kennis de basis dient te vormen van een doelgericht beleid, waarbij er acties en hervormingen worden opgezet om de resultaten te verbeteren. Echter, de evolutie in de resultaten is teleurstellend. Een aanzienlijk aandeel van de tekortkomingen van vandaag zijn een herbevestiging van wat we 5 jaren geleden reeds wisten. Deze vaststelling wijst op een inertie, inherent aan het huidige zorgsysteem, die we als verbeterpunt moeten meenemen in de hervorming van de financiering.

Daarboven stellen we in de cijfers vast dat de aandacht voor de acute en hoogspecialistische zorg niet mag verslappen. Zelfs binnen de domeinen die vaak als uithangbord fungeren voor de kwaliteit van de Belgische zorg, is er een identificeerbare ruimte voor verbetering, tot mortaliteitscijfers toe. Tezeldertijd zien we dat vooral preventie en secundaire preventie bij volwassenen en ouderen ondermaats ontwikkeld zijn in het huidige systeem. De meest kwetsbaren onder ons zijn hier het grootste slachtoffer van. Dit is zorgwekkend indien we kijken naar de evolutie van de behoeften in de komende decennia.

De vergrijzing van de bevolking is ingezet en zal voor een bijkomende stijging in zorgbehoeften zorgen tot 2060. Het aantal 65 plussers verdubbelt, het aantal 80 plussers verdrievoudigt, en het aantal 100 plussers vertienvoudigt. Dit brengt grote uitdagingen met zich mee voor het aanbod van ouderenzorg en het beschikbare personeel dat deze zorg verleent.³ Echter, de vergrijzing is even relevant voor de

³ Elderly policy at the local community level, Itinera Institute, 2012; A survey into staffing issues in elderly care: problems and solutions, Itinera Institute, 2012; Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van de Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. Residential care for older persons in Belgium: projections 2011 – 2025 - Synthesis. Health Services Research (HSR). Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2011. KCE Reports 167C. D/2011/10.273/67

algemene zorg in eerste lijn en ziekenhuizen. Immers, het zal vooral de chronische zorgbehoefte zijn die sterk toeneemt. Deze behoefte overstijgt de grenzen van de diverse zorgsectoren.

Chronische ziekten zijn verantwoordelijk voor 70 tot 80% van mortaliteit, waarvan 33% met cardiovasculaire oorzaken, 27% ten gevolge van kanker. Daarna volgen diabetes en ademhalingsaandoeningen. Chronische ziekten zijn ook verantwoordelijk voor 70 tot 80% van de zorgkosten. 27% van de Belgen heeft reeds een chronische aandoening. Eén op vier van de personen met een chronische ziekte wordt bijkomend geconfronteerd met mentale problemen. Bovendien, boven de 70 jaar heeft 50 tot 70% van de ouderen minimum twee aandoeningen, met bijkomende uitdagingen van multi-comorbiditeit. Kwetsbare doelgroepen worden in grotere mate geconfronteerd met chronische aandoeningen.⁴ Zoals bij de kwaliteitsanalyse van het huidige zorgsysteem vermeld, is het net de secundaire preventie bij chronische zorgvragen waar we momenteel het minst goed in zijn. De financiering van de toekomst moet dit bijsturen.

We stellen gelijktijdig vast dat het aantal zorgverstrekkers, zowel artsen, verpleegkundigen als andere professionals, in toenemende mate onder druk staat. De eerste alarmsignalen bij huisartsen en bij verpleegkundigen (in ouderenzorg) zullen zich in de komende jaren uitbreiden. 30% van de afgestudeerde verpleegkundigen is niet actief in de zorg. Ook bij medisch specialisten ontwikkelt slechts 67% een belangrijke activiteitsgraad. Hier observeren we eenzelfde mismatch met de behoeften in de nabije toekomst. Artsen kiezen in mindere mate voor de beroepen van huisarts, geriater, psychiater en diabetoloog. Bij verpleegkundigen zien we eenzelfde patroon in verband met geriatrische specialisaties. Er is de minste interesse in, en financiële ondersteuning van, de zorgberoepen waar we de grootste en stijgende nood aan hebben. De financiering biedt hier vandaag geen antwoord op.

Naast de zorg voor kwaliteit en een goed antwoord op de vergrijzing, willen we onze kinderen ook niet de technologische en medische vooruitgang ontzeggen die onze generaties gekend hebben. We staan hierbij op een keerpunt: telezorg, nanotechnologie, 'personalized medicine' met afstemming van zorg op individuele risicoprofielen, regeneratieve geneeskunde met stamcelgebruik, biologische geneesmiddelen, etc. Doorbraken beginnen zich te manifesteren met een groot potentieel om oplossingen te bieden voor preventieve, chronische en ouderenzorg, naast de acute behandelingsfocus. Echter, de toenemende financiële druk remt de introductie van zulke mogelijkheden af in plaats van ze te stimuleren. Ook hier is het huidige financieringssysteem onvoldoende op afgestemd.

De uitdagingen doen zich voor in economisch moeilijke tijden. De Europese Unie beleeft de diepste economische recessie sinds de jaren 30. Vanaf 2015 mogen we als land geen budgettaire tekorten meer kennen. Er zijn weinig beschikbare middelen buiten de zorg die men zou kunnen verschuiven. Om het concreet te maken: De begrotingssaneringen van 2011 en 2012 samen komen overeen met de besparing van iets meer dan 1% van het BNP. De vergrijzing op zich zal volgens het federale planbureau en Europese studies een bijkomende investering vereisen van 10% van het BNP, gespreid over de komende jaren: 6% in bijkomende pensioennoten en 4% in bijkomende zorgnoten.

Het aanboren van bijkomende belastingsmiddelen om hieraan volledig tegemoet te komen is een onrealistisch scenario. Men zou de persoonsbelastingen of de BTW tarieven moeten verdubbelen om een

4 Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190A. D/2012/10.273/79.

voldoende instroom van middelen te kennen. Snoeien in de overheidsuitgaven is geen voldoende oplossing, tenzij men de federale overheid volledig zou wegsaneren (=10% van BNP) of de Vlaamse begroting (=14% van BNP) in grote mate zou kannibaliseren. Dan schiet er de 25% van federale middelen in de sociale zekerheid over. Zelfs indien men de andere opties gedeeltelijk aanboort, zal men in sociale zekerheidsuitgaven moeten snoeien om bijkomende sociale zekerheidsuitgaven te kunnen dragen. De zorg zal deze dans in de vele begrotingsronden niet kunnen ontspringen. Het huidige financieringssysteem is er echter niet op afgestemd om het werkelijk overbodige 'vet op de soep' op gezonde wijze te detecteren en te reduceren. Integendeel, zorgorganisaties zijn afhankelijk van voortdurende omzetsijgingen om het hoofd boven water te houden. Besparingen op de kostprijs van behandelingen worden potentieel gecompenseerd met volume, wat leidt tot een vicieuze cirkel. Dit laatste risico doet zich meer voor in zorgsystemen met gereguleerde zorgtarieven, zoals in België.

De crisis heeft geleid tot een rem op de groei en investeringen in gezondheidszorg wat betreft publieke uitgaven. In 2010 viel de groei van de zorguitgaven zelfs terug op 1% volgens cijfers van de OESO. Dit is risicovol voor de invulling van de zorgbehoeften die net nu sterker toenemen dan in het verleden. Reactieve en vaak lineaire besparingen worden doorgevoerd: een geïsoleerde budgetfocus, het reduceren of uitstellen van indexsprongen, toenemend remgeld... Zorgorganisaties kunnen binnen het huidige financieringskader niet anders dan besparen op personeel, de bijdrage van patiënten via supplementen verhogen of hogere afdrachten van de honoraria van artsen onderhandelen.

Uitdagingen m.b.t. kwaliteit, veiligheid en billijkheid; een grote behoefte aan extra aanbod en personeel voor chronische zorg; en een context van financiële schaarste. We bevinden ons in een 'perfecte storm' van uitdagingen en dienen erop toe te zien dat de zorg en de volksgezondheid hier

ongeschonden en zelfs sterker uit komt. We moeten ons zorgsysteem hierop aanpassen. Verandering botst echter op bestaande belangen. De sleutel ligt daarom bij de hervorming van de financiering, die deze belangen kan afstemmen op de geëvolueerde zorgbehoeften. We werpen daarom een blik op enkele cruciale kenmerken van ons huidige financieringssysteem en hun relatie met bovenstaande uitdagingen.

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

Financiële middelen ondersteunen de werking en organisatie van de zorg via professionals en hun werkomgeving. Iedereen in de zorg kent een zekere mate van intrinsieke en extrinsieke motivatie. Het evenwicht tussen beiden verschilt van persoon tot persoon, en van tijdstip tot tijdstip. We moeten dus vooreerst af van eenzijdige verhalen alsof zorg alleen rond het ene of het andere zou draaien. Beide belangen dienen met elkaar verenigd te worden.

Vanuit dit realistische uitgangspunt merken we op dat zorgprofessionals voor een deel zelf kunnen

kiezen welke financiële omgeving het best op hun motivatie aansluit. De grote meerderheid van artsen werkt in een betaling per prestatie omgeving, vormgegeven via de nomenclatuur. Artsen in universitaire ziekenhuizen worden betaald met een salaris, en artsen in wijkgezondheidscentra met een periodiek

vast bedrag per patiënt ('capitation'). Zowel de capitation als de salarisberekeningen zijn medeafhankelijk van de per prestatie nomenclatuur, al was het maar om artsen een marktconform inkomen te kunnen aanbieden.

De betaling per prestatie was na WOII één van de centrale hoekstenen om een modern en hoog technologisch zorgaanbod uit te bouwen. Dit financieringssysteem geeft prikkels tot een toename van zorgvolume. De tijdigheid van zorg vaart hier wel bij. Ondernemerschap en klinische innovatie worden geprikkeld, met een snelle adoptie van nieuwe technologieën. Omdat de investeringskosten historisch gezien mee de basis vormden van de nomenclatuurberekeningen, kwam er een sterke nadruk te liggen op technische prestaties. Gezamenlijk heeft dit de uitbouw van een sterk gespecialiseerde acute zorg ondersteund.

Echter, betaling per prestatie heeft ook een reeks inherente nadelen:

- ◇ We doen soms van het goede te veel, wat leidt tot onveiligheid, discomfort en verspilling van middelen.
- ◇ De betaling per prestatie drijft een autonome en onafhankelijke benadering aan, ten nadele van noodzakelijke samenwerking, coördinatie en taakafspraken. Er ontstaan 'gaten' in de zorgverlening. Voor chronische zorg is een gebrek aan onderlinge afstemming nefast.
- ◇ De honoraria zijn omwille van praktische redenen beperkt tot duidelijk omschreven prestaties binnen een face to face context. Ook hier zien we dat de zorg in de toekomst zulk eng kader zou moeten kunnen overstijgen, met de mogelijkheid tot opvolging en zorg op afstand, en via delegatie en supervisie binnen een zorgteam doorheen de zorglijnen.
- ◇ Meer tijdsintensieve zorgen komen relatief minder aan bod.
- ◇ De betaling staat los van de kwaliteit van zorg. Bij lagere kwaliteit zal men meer prestaties kunnen stellen en meer inkomsten genereren.
- ◇ Het systeem sluit steeds minder aan op de behoeften van de artsen zelf die, o.a. gepaard gaand met de vervrouwelijking van het beroep, een verschuiving in het evenwicht tussen werk en privéleven wensen.

You get what you pay for. De huidige kwaliteitsstatus, met zowel positieve als negatieve elementen, en de gedeeltelijke match met toekomstige zorgnoden is gerelateerd aan het gebruik van betaling per prestatie. Dit betalingssysteem kent unieke voordelen, maar ook nadelen die we ons minder kunnen veroorloven in de behandeling van patiënten met een toenemend profiel van chronische zorg. Dit wil niet zeggen dat betaling per prestatie dient afgeschaft te worden, maar wel gecorrigeerd en in evenwicht gebracht via compenserende betalingssystemen.

Vanuit wetenschappelijke hoek wordt er al sinds jaren op gewezen dat de basis van de tariefbepaling bij de nomenclatuur een fundamenteel verkeerde invalshoek hanteert. Men gaat uit van de volgende assumpties in het huidige beleid:

- (1) Kosten moeten gedekt worden door de tariefzetting.
- (2) In plaats van op marginale, variabele kost van één prestatie richt men zich op de hogere gemiddelde kost, waarin ook de vaste kosten van (hoofdzakelijk technische) investeringen worden uitgespreid.
- (3) Bovenop de kosten wordt er een extra marge gehanteerd als gevolg van een onderhandelingsproces.

Elk van deze drie assumpties is ongeldig indien we betaling per prestatie optimaal willen laten functioneren. Om een gepaste volume prikkel te bekomen, is het beter om het tarief per prestatie onder het marginale kostenniveau te brengen. Het geheel van de inkomsten voorzien onder punt (1) tot (3) dat een verstrekker hierdoor zou mislopen, raadt men aan om te vergoeden met een vaste betalingscomponent, m.a.w. een forfait die periodiek wordt toegekend aan de arts.⁵

Zulk forfait kan per specialisme en per patiëntengroep berekend worden, waardoor de vergoeding van artsen ook beter zou aansluiten op de financiering van ziekenhuizen. Dit wil niet zeggen dat een arts geen rechtvaardig inkomen toekomt dat zowel kostendekkend is als een billijke vergoeding voor intellectuele prestaties voorziet. Het impliceert enkel een gedeeltelijke verschuiving binnen het individuele inkomen van variabel naar vast. De essentie van zulke ingreep is dat meer doen niet langer een hoger inkomen reflecteert, zonder een volume prikkel volledig weg te nemen. Sinds de laatste decennia heeft men stelselmatig vaste betalingscomponenten toegevoegd, waarbij de inkomsten losstaan van de daadwerkelijk verleende zorg. Hierdoor draagt de zorgverlener zelf een deel van het financiële risico, wat de kosten helpt te beheersen. Aan de berekeningsbasis van betaling per prestatie heeft men echter nooit geraakt.

Gekende voorbeelden van vaste betaling toepasbaar op de artsen zijn het forfaitair honorarium klinische biologie (75%, deels per opname, deels per verpleegdag) en het forfaitair honorarium medische beeldvorming (30% per opname). Het gaat telkens over een bepaling op basis van gemiddeld of mediaan verbruik per case mix/referentiegroep en beschikbaar budget, los van reële kosten van de medische handelingen. De regeling is momenteel te complex om een duidelijke prikkel te genereren. Hier komt ook het forfait geneesmiddelen bij, dat via het ziekenhuis

⁵ Allard M, Léger PT, Rochaix L. Provider behavior under competition. Montréal: HEC, 2006; Ma A, McGuire T. Optimal health insurance and provider payment. American Economic Review 1997;87:685-704. McGuire T. Physician fees and behavior: implications for structuring a fee schedule. In Sloan F, Kasper H. Incentives and choice in health care. Cambridge: MIT press, 2009. Newhouse J. Pricing the priceless. A health conundrum. Massachusetts: MIT press, 2002.

verrekenend wordt. De vrij unieke en positieve startbasis van het hanteren van een evidence based criterium voor antibioticaverbruik in het initiële systeem werd bij uitbreiding verlaten en vervangen door een gemiddelde systeem.

De referentiebedragen voor veelvoorkomende pathologieën zijn geen forfait, maar een maximumbedrag (gemiddelde inkomstenbedrag per lage ernst DRG + 10%, los van reële kosten). Dit is een prikkel tot het zich goed te positioneren binnen de marge in plaats van tot efficiëntie. Aanbevelingen van het KCE om de referentiebedragen te hervormen werden tot op heden niet uitgevoerd: een duidelijkere communicatie en het hanteren van een totaalbedrag in plaats van een drieledig bedrag per pathologie bij de berekening. Ook in de eerste lijn zijn zulke 'prospectieve betalingssystemen' in toenemende mate ingevoerd: forfait voor het GMD, forfaits voor zorgtrajecten, etc. tot ongeveer 20% van de inkomsten van de huisarts.

Vanuit zulke voorbeelden (en internationaal wetenschappelijk bevestigd), blijkt dat vaste betaling heel verschillende doelstellingen en gevolgen kan hebben, afhankelijk van de grootteorde en de mate van verfijndheid van het systeem. Daar waar in de eerstelijns de nadruk hoofdzakelijk lag op de ondersteuning van preventie, billijkheid en coördinatie, betreft het in de Belgische ziekenhuisomgeving tot op heden een meer exclusieve focus op kostenbeheersing. Dit is een belangrijk onderscheid, omdat de laatste vorm het risico met zich meedraagt om billijkheid en coördinatie net te ontwrichten door risicoselectie en het doorschuiven van kosten. Zulke risico's werden tot op heden niet opgevangen in het financieringssysteem, tenzij deels door een differentiatie van relatief homogene patiëntengroepen.

Op gelijkaardige wijze als de forfaitarisering bij de artsen, maar veel drastischer, werd ook de financiering van de ziekenhuizen verschoven van een historische kostenbasis naar een pathologie gebaseerd systeem (DRGs) binnen een gesloten BFM. Het systeem is geënt op een ligduurbasis en niet op een actuele reële kostenbasis. De verpleegdagprijs kent nog steeds een deels historische basis, met correcties voor bewaking van het budget. Dit leidt ertoe dat men intern in ziekenhuizen voortdurend aan 'cross-subsidiëring' moet doen. Dit wil zeggen dat zorgaspecten waarvoor men meer inkomsten genereert dan gerelateerde kosten, dienen om zorgaspecten te dekken waarvoor men minder inkomsten genereert dan de gerealiseerde kosten.

Overigens is de financiering volledig vertikaal ingedeeld, per verpleegafdeling of kostenplaats, zonder een horizontale component die de beweging van de patiënt doorheen zulke matrix weerspiegelt. De financiering stopt plots bij de ingang en de uitgang van het ziekenhuis, daar waar de zorgbehoefte van de patiënt eerder begint en langer voortduurt. Deze tekortkomingen dragen ertoe bij dat onze ziekenhuisfinanciering niet goed is afgestemd op de chronische of horizontale zorgnoden van de nabije toekomst.

De DRG financiering induceert bovendien, net zoals betaling per prestatie, de mogelijkheid om meer inkomsten te verwerven naarmate er zich meer complicaties voordoen. Ook vermijdbare heropnames worden beloond in de huidige financiering. Gezien de ruimte voor verbetering van de kwaliteit in ons zorgsysteem, roept dit uiteraard vragen op. Tenslotte lijdt het BFM in toenemende mate onder één van de internationaal voor gewaarschuwde 'do not's' in prospectieve financiering, meer bepaald een structurele onderfinanciering van personeel, zelfs indien berekend in functie van (verouderde) minimale normen in plaats van optimale normen. Dit leidt ertoe dat men extra beroep doet op de prestaties van

artsen met een relatief grotere nadruk op technische zorg (klinische biologie, medische beeldvorming, etc.). Ook deze prikkel werkt een zorgstrategie gericht op de toekomstige minder acute zorgbehoeften tegen.

De ziekenhuizen worden in toenemende mate afhankelijk van afdrachten van de honoraria van artsen, en van kamer- en ereloon-supplementen om financieel rond te komen. Artsen behouden gemiddeld slechts 64% van hun honoraria (MAHA Belfius studie 2011). Patiënten en artsen moeten in toenemende mate tekorten in de ziekenhuisfinanciering opvangen. Echter, waar men dit vroeger via cross subsidiëring vanuit medisch-technische diensten en apotheek traditioneel kon compenseren, leiden de forfaits die daarop geldig zijn, ertoe dat deze mogelijkheid beperkt wordt. Het is geen goede zaak dat de kostenbeheersing via het huidig financieel instrumentarium ten laste van personeel en patiënten komt. De bottom line is dat men de gefinancierde personeelskost in de ziekenhuizen terug op één lijn zou moeten zetten met de vereiste bestafling volgens de up to date casemix en behoeften van de patiënten. Dit spreekt in feite voor zich als logische oplossing, indien men de moed heeft en prikkel kent om middelen doorheen het ruime geheel van de gezondheidszorg te verschuiven.

Het principe van afdrachten van honoraria om zorgaspecten te vergoeden die inherent eigen zijn aan de ziekenhuisomgeving en niet aan het handelen van de arts, is verouderd. Afdrachten kennen een positieve functie als instrument voor afstemming en het bereiken van een evenwicht tussen ziekenhuismanagement en de medische raad. Vanuit dit standpunt is het begrijpelijk dat artsen de afdrachten niet zomaar willen laten varen. De financiering dient echter om de zorgbehoefte van de patiënt te vergoeden en niet als een onderhandelingsbasis. Andere governance instrumenten (deelname en stem van vertegenwoordigers van artsen in de raad van bestuur, de rechten van de medische raad, werking van het financieel comité, etc.) zouden een gepaster alternatief vormen.

De discussie over 'afdrachten' mag echter geen hinderpaal zijn om de financiering fundamenteel te hervormen. Het geheel van afdrachten zou enerzijds rechtstreeks deel van de ziekenhuisfinanciering kunnen worden. Anderzijds zouden deze middelen nog steeds door het artsenkorps beheerd kunnen worden als instrument van afstemming. Het spreekt voor zich dat alles hier van andere hervormingen afhangt. Zonder bijsturing van de onderfinanciering, zal het voor ziekenhuizen niet goed zijn om het volume-effect van afdrachten en supplementen weg te werken. Zonder een betere band met de intellectuele prestatie en reële kosten, zouden ook de artsen een grote reductie ervaren in hun inkomsten bij het verder inperken van supplementen.

Indien de artsen en ziekenhuizen voor gemiddeld ruim 37%⁶ onderworpen zijn aan een op elkaar afgestemde case mix gebaseerde financiering, zal dit de interne werking sterk ten goede komen, los van het al dan niet behoud van afdrachten. Er wordt in grotere mate tegemoet gekomen aan de vraag voor een meer transparante en consistente 'all-in' financiering, zonder in het extreem te vervallen dat honoraria en betaling per prestatie geen rol meer spelen. Betaling per prestatie werkt immers als een buffer om kostenbeheersing niet exclusief de overhand te laten krijgen. Betaling per prestatie is bovendien het beste instrument in het geval van hoog onvoorspelbare en complexe diagnosestelling en behandeling, in gevallen waarbij er weinig of geen 'evidence' voorhanden is en de zorg dus moeilijk kan gestan-

⁶ Exploratief onderzoek wijst op de noodzaak om het tarief per prestatie gemiddeld 37% onder de marginale kost te positioneren, en dus minimum dit percentage naar vaste betaling te verschuiven. De optimale proportie dient verder verfijnd te worden op basis van een volledig representatieve steekproef. Hier bovenop dient ook het verschil tussen de marginale en gemiddelde kost naar vaste betaling verschoven te worden, om het versturende effect van kapitaalinvesteringen en technische prestaties ongedaan te maken.

daardiseerd worden. Tot slot moet betaling per prestatie ook een mogelijkheid blijven om individuele gerechtvaardigde afwijkingen van richtlijnen steeds ten volle te kunnen blijven opvangen. Veel van deze aspecten kunnen ook aanvullend een plaats krijgen onder de vorm van een outlier regime bij forfaitarisering, echter op basis van onderliggende kosten in aanvulling op ligduur.

Een verschuiving van de financiering van zorgverstrekkers en zorgorganisaties naar een beter evenwicht tussen het variabele en vaste aandeel komt meer tegemoet aan de wens tot een betere work-life balance, een vergoeding zonder bijkomende budgettaire belasting van wat men doet buiten face to face zorgcontacten: zorg per email, telefoon, tele-health, outreach, Ook de meer collectief gerichte activiteiten van kwaliteitsverbetering, interdisciplinaire overlegmomenten (vb MOC), wachtdiensten, etc. worden in het voorstel relatief meer gehonoreerd dan de procedurele omzet. Bovendien zal het belang van opdrachten en supplementen, met alle mogelijke conflicten hierover, in sterke mate afnemen. Immers, de noodzaak om de structurele onderfinanciering binnen het BFM te compenseren valt weg. Bij herijking van de nomenclatuur is er ook een veel lagere noodzaak van onderlinge financiële solidariteit tussen artsen.

Dezelfde financiële hervorming is eveneens van toepassing op de groep van arts-specialisten buiten het ziekenhuis en de huisartsen. De nomenclatuur wordt ook voor hen herberekend, met groter vast aandeel en variabel tarief beneden de marginale kost. Anderzijds zal het aspect 'opdrachten' geen rol meer spelen in het al dan niet hogere inkomen dan collega's in het ziekenhuis, indien de opdrachten zuiver de reële praktijkkosten dekken in een ziekenhuis zonder surplus voor een structurele onderfinanciering. Deze wordt immers rechtstreeks aangepakt in het voorstel. Resterende verschillen in inkomsten tussen specialisten binnen en buiten het ziekenhuis weerspiegelen enkel nog verschillen in noodzakelijke praktijkinvesteringen (zijnde reële kosten). Bijkomende wachtingspanningen, acute voorvallen en dergelijke worden in het ziekenhuis extra vergoed binnen de vaste betaling op basis van een incrementele kostenberekening die aanleiding geeft tot een additioneel forfait. Omwille van de hervorming van de nomenclatuur zal de opportuniteitskost van gemiste honoraria per prestatie in sterke mate gereduceerd worden.

De potentiële ongewenste effecten van meer prospectieve financiering worden deels opgevangen in een beter evenwicht met betaling per prestatie, maar niet volledig. Het risico op patiëntselectie, het afkomen van de minst dure patiënten, blijft bestaan. Hetzelfde geldt voor salami slicing van verblijven, het quicker en sicker syndroom bij het ontslag van patiënten, kostenverschuiving voorbij de muren als grenzen van de vaste betaling, en het gebrek aan prikkel tot minder complicaties. Ook het risico op data manipulatie, dat zich zowel bij variabele als vaste financiering voordoet, is reëel.

In heel wat landen voert men daarom een derde component in, die we tot op heden in België niet kennen: een kwaliteitsgestuurde financieringsbasis (P4P). Bijgevolg benutten we de voordelen van dit systeem nog niet: (1) het financieel aansturen van nationale, regionale en lokale prioritaire doelstellingen van het zorgsysteem, (2) het bijkomend bufferen van de ongewenste gevolgen van andere betalingsystemen, (3) het wegwerken van perverse prikkels die tegen kwaliteit ingaan en het belonen van goede kwaliteit, (4) het herwaarderen van meer tijdsintensieve handelingen binnen een beter evenwicht met technische handelingen, (5) het herwaarderen van meer tijdsintensieve specialismen binnen een beter evenwicht met procedurele specialismen, en (6) het aanmoedigen van preventie en coördinatie van

zorg. Dit zijn elk op zich voordelen die cruciaal zijn in tijden van vergrijzing en een meer chronisch patiëntenprofiel.

Kwaliteitsgestuurde financiering is een prikkel die zowel responsabiliseert als autonomie, vrijheid en flexibiliteit respecteert. Deze vergoeding is, indien goed geïmplementeerd, een uiting van vertrouwen dat de sector erin zal slagen het goede te bekomen op de manier die volgens de sector de beste is, waar mogelijk evidence based, met ruimte voor innovatie. De overgang van structuren naar processen en uitkomsten wordt ondersteund, met mogelijkheid tot een relatieve 'regelluwte'. Dit systeem doet automatisch meer middelen verschuiven binnen de zorg naar die activiteiten die het meest waardevol zijn voor de gezondheid van de patiënt.

Hetzelfde geldt voor de ondersteuning van een meer flexibel competentiebeleid met taakverschuiving, functiedifferentiatie en jobverrijking. Kwaliteitsgestuurde financiering zal de zorgberoepen, die elk hun domein afschermen, helpen zichzelf hierin te overstijgen. Immers, het doorschuiven van een selectie van medische handelingen, met de nodige delegatie, supervisie en coördinatie, naar een gespecialiseerde verpleegkundige wordt in dit scenario financieel voordelig voor een arts. Hetzelfde geldt voor een verpleegkundige t.o.v. een zorgkundige, enz. Diverse voorbeelden uit landen die voorop lopen in de implementatie van meer forfaitaire en kwaliteitsgestuurde financiering illustreren deze verschuiving naar een uitgesproken teambenadering (Nederland, Verenigd Koninkrijk, de VS, etc.).

Bovendien zal de inclusie van medisch-specialisten buiten een ziekenhuis binnen een deels kwaliteitsgestuurde vergoeding, naast de introductie van de forfaitaire compensatie van daling van nomenclatuurtarieven, ertoe leiden dat de verbondenheid met een ondersteunend expertise-centrum, zijnde een ziekenhuis of lokaal netwerk van begeleiding, een grotere meerwaarde wordt ten dienste van de professional en de kwaliteit.

We ronden deze sectie af met een herverdeling van betalingssystemen, die deel uitmaakt van de fundamentele herziening van het business model:

- ◇ 90% BFM zonder onderfinanciering en 10% P4P voor ziekenhuizen (al dan niet gecombineerd met huidig afdrachtensysteem van honoraria, dat afneemt in belang). Globaliter een stijging in de ziekenhuisfinanciering in functie van reële zorgbehoeften, 10% conditioneel, en daling van intern compenserende maatregelen, zodat het budgettaire evenwicht behouden blijft.
- ◇ Herijkte betaling per prestatie beneden de marginale kost met ruim 37% forfaitaire compensatie en 10% P4P voor geneesheer-specialisten in de ziekenhuizen (op basis van team en ziekenhuisindicatoren). Daling in afdrachten en supplementen voor zover dat deze niet meer gerechtvaardigd kunnen worden. Herijkte betaling per prestatie beneden de marginale kost met ruim 37% forfaitaire compensatie en 10% P4P voor geneesheer-specialisten buiten de ziekenhuizen (op basis van

praktijkindicatoren, eventueel gepooled in voldoende grote medische groepen). Daling in supplementen voor zover dat deze niet meer gerechtvaardigd kunnen worden.

- ◇ Herijkte betaling per prestatie beneden de marginale kost met ruim 37% forfaitaire compensatie en 10% P4P voor huisartsen (op basis van praktijkindicatoren, eventueel gepooled in voldoende grote medische groepen). Daling in supplementen voor zover dat deze niet meer gerechtvaardigd kunnen worden.
- ◇ Voor de volledige artsengroep geldt dat het totale gemiddelde inkomen per specialisme (inclusief huisartsen) wordt geüpdate in functie van actuele intellectuele prestaties en actuele kosten. Dit resulteert in een verantwoorde stijging of daling afhankelijk van het specialisme, waarvan 10% conditioneel. Het huidige totaalbedrag van honoraria binnen het zorgsysteem wordt gerespecteerd, behalve daar waar minder opdrachten noodzakelijk zijn. De herverdeling van honoraria past binnen een globaal budgettair evenwicht. Op termijn wordt er een besparend effect verwacht omwille van de meer evenwichtige volumeprikkel.

Binnen het BFM kan de vergoeding voor daghospitalisatie worden geïntegreerd en omgezet naar een werkelijk en up to date forfait per case mix binnen de budgetgrenzen, zoals het KCE aanbeveelt. Merk op dat deze structurele hervorming van de artsen honoraria automatisch ook het huidige forfait systeem voor medische beeldvorming verder optimaliseert.

Voordeel is dat de huidige bric-à-brac financiering omgezet wordt naar een meer systematisch en uniform beleid van toepassing op alle zorgen en zorgverstrekkers. Basisvoorwaarde is een herijking van zowel het BFM als de honoraria op basis van een reële kostenberekening, zodat huidige perverse herverdelingsmechanismen worden uitgevlakt. Het KCE heeft via eerste aanzetten reeds aangetoond dat dit een haalbare piste is, zoals toegepast in het buitenland. Supplementen voor ziekenhuizen en artsen worden in dit systeem grotendeels overbodig vermits de reële kosten beter gedekt zijn door het basissysteem, met wegwerking van de onderfinanciering van personeel. Exclusief en duidelijk optionele, comfortgebonden opties die voorbijgaan aan 'het kiezen voor een eenpersoonskamer' vormen hier de uitzondering op.

In de volgende sectie wordt het aspect van kwaliteitsgestuurde betalingscomponent (P4P) verder uitgediept. Bovendien moeten we het systeem gelijktijdig met bovenstaande fundamentele hervorming nog op andere wijze voorbereiden voor de toekomst.

4. Lessen van elders voor een nieuw business model ⁷

De voordelen van P4P, hierboven reeds beschreven, zullen zich enkel materialiseren indien het P4P systeem goed ontworpen, geïmplementeerd en geëvalueerd wordt. Zoals ervaringen uit het buitenland ons leren, vraagt dit een goede, wetenschappelijk onderbouwde aanpak. België kan alvast leren van de volgende vergissingen uit het buitenland:

- ◇ Het voorzien van een te kleine financiële prikkel. We gaan in het voorstel uit van een bedrag van 10% van alle inkomsten van artsen en ziekenhuizen.
- ◇ Het onvoldoende communiceren van P4P naar artsen en zorgorganisaties toe. Een goede en eenduidige informatieverstrekking over het P4P systeem is essentieel.
- ◇ Het hanteren van versnipperde P4P systemen. We kiezen voor één P4P systeem van directe koppeling van kwaliteitsindicatoren aan 10% financiële vergoeding, verder gedifferentieerd maar ook gealigneerd tussen zorgorganisaties en specialismen. Door onmiddellijk horizontaal en transmuuraal te denken zullen we een stap voor zijn op sommige andere landen.
- ◇ Het opdringen van een P4P systeem als externe controle, zonder eigenaarschap aan de basis. Dit is de belangrijkste fout die tot ondermaatse resultaten aanleiding geeft. De grote meerderheid van betrokkenen moet achter het P4P systeem staan als erkende vorm van ondersteuning.
- ◇ Het onmiddellijk nationaal implementeren van P4P in plaats van eerst te leren binnen een test-regio of vrijwillige demonstratieprojecten.
- ◇ Het selecteren van indicatoren die in feite niet prioritair zijn en/of niet evidence based zijn. Zowel bij nationale/regionale en lokale indicatoren in onderlinge combinatie is het criterium van ruimte voor verbetering en het evidence based karakter een vereiste.
- ◇ Het laten afhangen van de verdere evolutie van P4P (zoals de bepaling van drempelwaarden) van onderhandelende belangengroepen. Ervaring leert dat dit het P4P systeem op korte termijn uitholt tot een snel verouderde status quo. Men moet van bij aanvang overeenkomst vinden over welk objectief criterium het verschuiven van drempelwaarden aanstuurt. Hetzelfde geldt voor het herzien van bepalende kwaliteitsindicatoren. Dit proces wordt in dit voorstel toevertrouwd aan het KCE.
- ◇ Het enkel stimuleren van degenen die het reeds goed doen of degenen die het het slechtst doen. We kiezen voor een 'EN EN' systeem in de technische uitwerking.

⁷ Van Herck P et al. Care payment system alignment with health system performance. A comparison of evidence, objectives and preferences. Doctoral thesis in biomedical sciences. KU Leuven, 2012.

- ◇ Het verplicht opleggen van P4P voor alle patiënten met een bepaalde medische aandoening. Een objectieve beperkte lijst van uitzonderingscriteria wordt door de sector overeengekomen.
- ◇ Het niet auditen (en sanctioneren zo nodig) van inputgegevens. Van bij de start dient er krachtdadig opgetreden te worden op basis van knipperlichten zodat fraude na enkele jaren grotendeels is uitgebannen. In de praktijk komt het erop neer dat men de volledige P4P betaling verliest bij negatieve vaststellingen. Ervaring uit het buitenland hieromtrent is geruststellend.
- ◇ Het negeren van eventuele verwaarlozingseffecten op kwaliteitsprioriteiten die niet in het P4P systeem zijn opgenomen. Een bijkomend 'multitasking' monitoringsysteem met een ruimere set van indicatoren wordt voorzien. Overigens blijft de P4P set beperkt tot een twintigtal indicatoren met geleidelijke uitbreiding en/of verschuiving.
- ◇ Het niet voorzien van ondersteuning om de kwaliteit te verbeteren. Tools en ondersteuning worden voorzien om de zorgpraktijk bij te sturen waar nodig.
- ◇ Het niet voorzien van een teamcomponent naast een zorgorganisatiecomponent.
- ◇ Het niet inbouwen van een voldoende aantal patiënten als berekeningsbasis voor P4P per team en per zorgorganisatie.
- ◇ Het niet hanteren van een intern individueel vergoedings- en/of herverdelingsstelsel dat in lijn staat met de externe P4P financiering. Dit geldt ook voor zelfstandige artsen binnen een ziekenhuis.

De ervaring vanuit andere landen helpt ons praktisch en preventief vooruit. Studies stellen ons bovendien gerust i.v.m. tegenkantingen, geruchten en redenen van weerstand tegen P4P:

- ◇ Indien bovenstaande adviezen worden gerespecteerd kan het verwaarlozingseffect (dat zich overigens voordoet bij elke kwaliteitsmeting en prioritering los van P4P zelf) begrensd worden.
- ◇ Er doet zich geen Mattheus effect voor. Integendeel: de minder goed presterende verstrekkers en organisaties zullen bij een goed P4P design de anderen gemakkelijker kunnen inhalen.
- ◇ Er doet zich geen patiëntselectie voor. Integendeel: de kloof tussen patiënten afhankelijk van socio-economische status en andere kenmerken zal verkleinen.
- ◇ Er is geen ethische kwestie bij het belonen van goede kwaliteit, zoals ook de meest gerenommeerde internationale medische verenigingen bevestigen. P4P dient niet in de weg te staan van

holistische zorg. P4P tast de keuzevrijheid en aanpassing van zorg aan de individuele patiënt niet aan.

- ◇ Ten slotte is P4P geen theoretische bespiegeling, maar een systeem dat reeds bestaat in Australië, Canada, Frankrijk, Italië, Spanje, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en nog zoveel andere landen.

Er zijn overigens bepaalde methodologische keuzes waar de praktijk en de wetenschap nog geen uitsluitend hebben gegeven: P4P via inkomen en/of via zorginvesteringen? P4P op absolute of relatieve basis ('tournament style', dus met of zonder een extra competitief element)? Deze aspecten lijken, voor zover als geweten, minder bepalend te zijn in de mate van succes van P4P. We wijzen erop dat 'tournament style' geen noodzakelijke voorwaarde is om een P4P budget gesloten te houden. Het kan wel helpen om de P4P prikkel extra te versterken, voor zover dit geen negatieve weerslag veroorzaakt via een te vermijden gevoel van onrechtvaardigheid.

De bovenstaande lessen uit het buitenland maken duidelijk dat men, eens de koud water vrees is overwonnen, er geen vraag meer is OF P4P een betalingselement moet zijn, maar eerder HOE P4P dient te worden vormgegeven. Na opheldering van de meer 'klassieke' P4P component die wordt opgenomen in het nieuwe business model, zetten we een stap verder naar meer recente betalingsvormen die het zorgmodel voor de toekomst bijkomend kunnen aansturen. Net zoals P4P geldt ook voor de volgende systemen dat de effecten sterk afhankelijk zijn van design en implementatie.

Bundled payment

Het idee van bundled payment kent dezelfde basis als forfaitarisering, maar dan doorheen de muren, grenzen en silo's van meerdere zorgorganisaties heen. Het idee is eenvoudig: als je mensen en organisaties allen onder dezelfde, gedeelde prikkel plaatst, worden ze gestimuleerd tot samenwerking, coördinatie en taakafspraken. Als je de grenzen zo breed stelt dat deze overeenkomen met de volledige ziekte-episode van de patiënt, is kostenverschuiving geen optie meer. Bundled payment wordt in de VS beschouwd als één van de oplossingen om hun zorgsysteem te hervormen.

Het bekendste voorbeeld is dat van het Provencaire zorgsysteem voor CABG bij Geisinger, waarbij 90 dagen na ontslag uit het ziekenhuis mee wordt omvat in de betalingsbundel. Afhankelijk van hoe de forfaitverdeling met de eerste lijn is vormgegeven, kan er hierbij sprake zijn van een garantiesysteem: "We garanderen dat u na ontslag geen complicaties gerelateerd aan de CABG zal ondervinden. Zo niet, nemen we als ziekenhuis de bijkomende kosten volledig op ons." Bundled payment kan echter ook losstaan van garantieverlening.

Binnen het opzet van bundled payment, in onderlinge samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn kan er een boost worden gegeven aan ketenzorg, waarbij zowel voor als na het ziekenhuisverblijf er goedkopere tussenstadia worden gecreëerd. Een voorbeeld bij chronische zorg is een keten voor COPD spoedinterventies in Noorwegen, waar pre-opname de eerste lijn in spoedsituaties tussenbeide kan komen (cf. huisartswachtposten, zo nodig met residentieel karakter). Daarna treedt al dan niet de fase van ziekenhuisopname met hoog specialistische zorg in werking. Tot slot verblijft de patiënt tijdens de postacute fase zo nodig binnen een hotelfunctie buiten het ziekenhuis. De rollen en taken van huisarts en specialist worden in elk stadium getriggered door objectieve criteria.

In Nederland heeft men met succes multidisciplinaire zorgforfaits geïntroduceerd voor chronische aandoeningen. Men wordt als zorgverstreker lid van een medische groep als nieuwe legale entiteit. Het systeem is gebaseerd op contractering en subcontractering en lijkt in deze op het principe van fundholding dat huisartsen vroeger in de UK kenden. Bij ons in België roept dit het beeld op van de zorgtrajecten, zorgprogramma's en/of van artikel 107. Deze kunnen verder geoptimaliseerd en verruimd worden naar relevante patiëntengroepen. We moeten verzekeren dat alle partners binnen het forfaitair netwerk systeem gedeelde financiële belangen kennen zonder in een conflictmodel te vervallen van wie het voor het zeggen heeft, wie het initiatief mag nemen, enz. De rol van specialisten en huisartsen, van ziekenhuizen en coördinatoren moet verder geïntegreerd worden. Zo niet scheppen we nieuwe muren. Zorgtrajecten moeten niet per se altijd het wiel gaan heruitvinden als degelijke ondersteunende expertise ook intramuraal voorhanden is voor extramuraal benutting. Artikel 107 projecten moeten niet altijd een ziekenhuis als centrale speler beschouwen indien voor de patiënt op maat het zwaartepunt soms bij de eerste lijn dient te liggen. De oplossing ligt bij een nauwkeurige en evenwichtige gedeelde forfaitvorming, P4P prikkels die op één lijn staan, objectieve rol en taakcriteria, en nieuwe overstijgende legale structuren met gelijkwaardige partnerschappen. Het ultieme voorbeeld van een goede ketenzorg prikkel in Noorwegen: Indien er onvoldoende plaats is in de postacute hotelfunctie bij COPD, moet de gemeente als verantwoordelijke overheid het verschil in kosten per patiënt terugbetalen aan het ziekenhuis.

In het voorstel van een toekomstgericht business model is het logisch dat er een bundled payment dimensie wordt toegevoegd, zowel voor acute als chronische episodes. Bestaande initiatieven zoals zorgtrajecten, zorgprogramma's en artikel 107 kunnen op deze wijze evolueren naar een versie 2.0.

We wijzen erop dat noch de MZG, noch de beperkte gegevens beschikbaar in de eerste lijn goed afgestemd zijn op de overgang naar een meer geïntegreerd, horizontaal zorgscenario. Vooral in de eerste lijn ontbreekt een goede case mix basis om hun aandeel in de bundel op accurate wijze te kunnen bepalen. Een inhaalbeweging, ondersteund door ICT integratie is op zijn plaats. Vooral de horizontale, integrale dimensie die de zorg van de patiënt doorheen de verticale structuren volgt, staat bij bundled payment centraler dan momenteel het geval is. Tot slot wijzen we erop dat bundled payment geen afbreuk hoeft te doen aan de keuzevrijheid van de patiënt. In de meeste internationale voorbeelden wordt deze vrijheid gerespecteerd.

Shared savings

Een bijkomende dimensie die best wordt toegevoegd is die van 'shared savings'. Ook dit element zit verwerkt in de meerderheid van best practice voorbeelden uit het buitenland. Het principe is dat een deel van de besparingen die worden gerealiseerd dankzij kwaliteitsverbetering terugvloeit naar de zorgverstreker en organisatie, bijvoorbeeld in een 50/50 verhouding. Ter illustratie, het geïntegreerde zorgsysteem *Gesundes Kinzigtal* in het zuidwesten van Duitsland mag binnen een experimentele regio volop gebruik maken van bundled payment en shared savings om de vernieuwing van het zorgmodel te realiseren.

Evidence informed case rates (ECRs)

Prometheus in de VS gaat een stap verder. Naast P4P, bundled payment en shared savings, worden de episodeforfaits er berekend op basis van evidence en kosten in plaats van op DRG informatie en kosten. In de praktijk blijken ECRs moeilijk van de grond te komen, omdat het geloof in standaardisatie op basis

van evidence bij aanvang de nodige nuance miste en het besparingspotentieel hierdoor eenzijdig werd opgeblazen. Daar staat tegenover dat ECRs een leerzaam initiatief omvatten die illustreren dat we ook hier niet van een ja/nee of alles of niets keuze moeten uitgaan. Het inbouwen van bepaalde evidence componenten in de financiering is wel degelijk mogelijk en heilzaam. We pleiten op deze basis voor een versie 2.0 van het systeem van referentiebedragen en het forfait voor geneesmiddelen. Kleinere elementen van beschikbare evidence kunnen ook ingebouwd worden in de forfait protocols van klinische biologie en medische beeldvorming. Het KCE roept ook op om evidence in te bouwen in de forfaits voor daghospitalisatie. Hetzelfde geldt waar mogelijk voor zorgtrajecten, zorgprogramma's en artikel 107.

Non payment/never event payment

Het national quality forum in de VS heeft een lijst gepubliceerd van ruim 25 never events. Het betreft zaken die in de praktijk niet zouden mogen voorkomen, zoals een operatie bij de verkeerde patiënt, op de verkeerde zijde van het lichaam, vergissingen bij gasaansluitingen, enz. In eerste instantie implementeerde de CMS op basis van een variant van deze lijst een systeem van het niet vergoeden van never events (naast mogelijke aansprakelijkheidsclaims). Dit CMS initiatief werd vrij negatief ervaren omdat er bijkomende never events werden gedefinieerd die niet altijd even vermijdbaar zijn (urinewegsinfecties, katheterinfecties, etc.). De verwachte positieve effecten bleven grotendeels uit.

De staat Maryland daarentegen hield zich aan de lijst van het national quality forum en verwierf een breed eigenaarschap van het initiatief aan de basis, met positieve effecten als resultaat. Op gelijkaardige wijze kan onze zorgsector aantonen dat ze zichzelf responsabiliseert als positief signaal naar de publieke opinie toe. Qua bedragen binnen het totaal van inkomsten betreft het in grote mate een symbolische discussie. De grote besparingen worden niet gevonden bij never events. Pogingen in de literatuur om dit systeem uit te breiden en meer impact te laten genereren missen de nodige nuance.

Best practice pricing

Aansluitend op never events, wordt het steeds duidelijker dat noch de publieke opinie, noch de zorgsector zelf het logisch vinden dat men financieel beloond wordt voor slechte zorg. De reeds voorgestelde hervormingen komen hier met bijvoorbeeld P4P en shared savings reeds voor een deel aan tegemoet. Echter, sommige perverse prikkels binnen het BFM kunnen gericht aangepakt worden. Een onderbouwde stap voorwaarts is om complicaties die zijn ontstaan na opname in het ziekenhuis niet meer te laten meewegen in de APR-DRG bepaling. Varianten hierop gaan uit van een gemiddelde complicatieratio en schrappen het gewicht erboven, of van bijvoorbeeld een percentiel 80 laagste complicatieratio. De laatste optie is een vorm van best practice pricing vermits de norm op het niveau wordt gelegd van de best presterende zorgorganisaties. Bij de vergoeding van heropnames van patiënten kunnen gelijkaardige keuzes gemaakt worden. Gecombineerd met de focus op bundled payment, is de aandacht voor het financieel reduceren van vermijdbare heropnames in het buitenland recent sterk toegenomen. Globaliter stellen we vast dat P4P en aanverwante systemen geleidelijk aan verschuiven van processen en intermediaire zorguitkomsten naar uitkomsten die de langere termijn reflecteren. Ook in België wordt er best een traject uitgezet om perverse effecten binnen het BFM waar mogelijk redelijkerwijze te reduceren.

Betaling voor accreditatie

Het kwaliteitslabel van een externe accreditatie wordt in het buitenland soms ook financieel beloond. Een voorbeeld is het Bridges of Excellence programma dat o.a. erkenningsprogramma's hanteert voor astmazorg, cardiale zorg, depressiezorg, diabeteszorg, COPD zorg, en eerstelijnszorg. Merk op dat de nadruk meer toekomstgericht is dan de accrediteringsprogramma's die we momenteel kennen bij NIAZ en de Joint Commission. Het kan opportuun zijn om van de 10% P4P betaling bijvoorbeeld 2% te koppelen aan het al dan niet extern geaccrediteerd zijn. De accreditatiebonus mag de primordiale rechtstreekse P4P sturing op basis van kwaliteitsdoelstellingen echter niet vervangen.

Fee for service value modifier

In de VS wordt vanaf 2015 de nomenclatuur van betaling per prestatie voor de individuele arts voor enkele procenten van elke acte afhankelijk gemaakt van zijn of haar P4P score. Dit systeem wordt ook wel eens "P4P enhanced FFS" genoemd. Vanuit een gezondheidseconomisch perspectief is het logisch om zoals het forfaitaire aandeel ook het kwaliteitsgestuurde aandeel van honoraria rechtstreeks in te bouwen in de bouwstenen van alle afzonderlijke tarieven. Dit is echter nog toekomstmuziek die vanwege het individuele niveau bijkomende praktische uitdagingen met zich meebrengt. Wie is verantwoordelijk voor welke kwaliteitsuitkomsten bij de patiënt? Ziet men individueel voldoende patiënten per indicator om het effect van random fluctuaties te kunnen minimaliseren? Enzovoort. België is in de komende jaren nog niet rijp om dit systeem te adopteren. Het fee for service value modifier systeem is zelf ook nog niet rijp voor implementatie.

Global payment

Het Alternative Quality Contract, uitgaande van de Blue Cross Blue Shield verzekeraar in de VS heeft een nieuwe interessante denkpiste over betalingssystemen geopend die door velen als een goed complement wordt beschouwd van bundled payment. De grote praktische uitdaging bij bundled payment is immers dat je het transmurale forfait nauwkeurig moet berekenen, op basis van de reële kosten, en met behulp van ondersteunende case mix gegevens. Ons eigen DRG systeem dat enkel focust op ziekenhuizen illustreert de complexiteit van zulke onderneming die ook zou gelden voor de eerste lijn.

Global payment schaarst alle partners onder aansluitende P4P en kostendoelstellingen, met daarbij een capitation budget per patiënt per partner (ziekenhuizen, professionals, apotheek, etc.). Men kent allen een capitation prikkel en een gecoördineerde P4P prikkel. De literatuur beschrijft positieve resultaten voor global payment.

De vraag blijft uiteraard in welke mate men het capitation budget per patiënt per partner accuraat kan bepalen. Het alternative quality contract lost dit pragmatisch op door het geheel van huidige inkomsten per partner te herberekenen tot een capitation tarief, met daarbij een doelgerichte groeicnorm van uitgaven opgeteld. De reële groei van uitgaven zal bepalend zijn voor de financiële eindpositie per partner, waarbij men de geoorloofde projectie al dan niet overschrijdt. Het risico op verlies bij overschrijding en de verdeling van financiële marge zonder overschrijding wordt in het netwerk contract procentueel verdeeld (vb. wat betreft ziekenhuis capitation: 50% bij ziekenhuizen, 25% bij medische groep van professionals en 25% bij verzekeraar; wat betreft de professionele medische zorg: 30% bij ziekenhui-

zen, 35% bij professionals, 35% bij verzekeraar, etc.). Deze percentages zijn bij aanvang onderling negotieerbaar.

Bijkomend interessant aan het global payment model is dat men het respecteren van zowel de P4P als de groeinormen van het budget samen binnen een lokaal netwerk bewaakt in plaats van elk individueel te reageren op een uniforme financiële beleidsvoering voor een gans land. Collectieve normen vertalen zich in een meer vrije en innovatieve bewegings- en onderhandelingsruimte op lokaal niveau. De keerzijde van de medaille is dat alle betrokken actoren binnen dit model een grotere verantwoordelijkheid dragen om onderling een goede manier van samenwerken te vinden. De vraag is natuurlijk of we niet net daar naartoe willen.

Op Belgisch niveau weerspiegelt global payment de wijkgezondheidscentra als startpunt die dan in sterke mate worden uitgebreid tot een geïntegreerd netwerk met ziekenhuizen en andere partners. Als basis voor 'capitation' bij de ziekenhuizen kan hierbinnen uiteraard de huidige DRG gebaseerde pathologiefinanciering gelden, na herijking op basis van reële kosten naast ligduur.

Men kan zich de vraag stellen in welke mate global payment al dan niet verschilt van bundled payment, buiten de keuze voor een minder rigoureuze berekening van de forfaitaire financiering en het expliciet verschuiven van de verantwoordelijkheden naar het niveau van lokale netwerken.

Voor ons voorstel van een nieuw business model leren we uit global payment dat bundled payment in eerste instantie niet altijd zo ingewikkeld hoeft te zijn, met een pragmatische aanpak, die eventueel later op meer rigoureuze wijze kan bijgestuurd worden. Daarnaast is het expliciet responsabiliseren van zowel kwaliteits- als kostendoelstellingen op het niveau van lokale netwerken een positief element om mee te nemen.

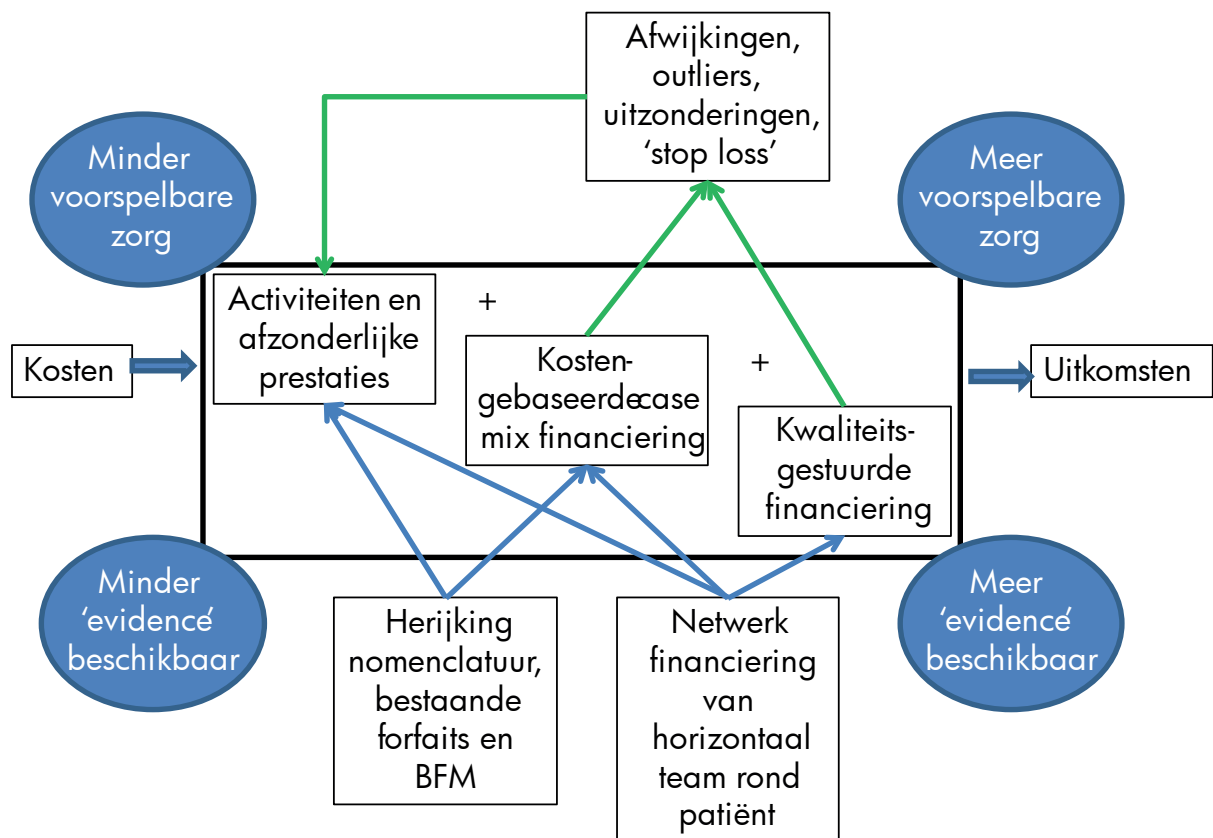
Bijkomende elementen zoals shared savings, evidence informed componenten, non payment, en best practice pricing worden ingebouwd in het voorstel bovenop de fundamentele hervorming die reeds in de voorgaande sectie werd toegelicht. Echter, bundled en/of global payment vereisen een bijkomende horizontale netwerkdimensie. In plaats van gescheiden maatregelen per ziekenhuis, arts-specialist binnen ziekenhuis, arts-specialist buiten ziekenhuis en huisarts, dienen er forfaitaire en P4P overlappingen te komen tussen deze en eventueel nog andere spelers:

- ◇ De P4P overlapping kan bijvoorbeeld zoals bij het Prometheus systeem in de VS als volgt gelden: De 10% P4P inkomsten die geldig is voor elke actor, op basis van op de rol en specialisme afgestemde indicatoren, zijn voor 80% afhankelijk van de eigen P4P resultaten en voor 20% van de P4P resultaten van de andere actoren. Hierdoor wordt P4P gealigneerd tussen de partners met behoud van ieders verantwoordelijkheid.
- ◇ De forfaitaire overlapping vindt plaats door de realisatie van pre-intra-post episodes en uitbreiding van de geoptimaliseerde nakomelingen van zorgtrajecten, zorgprogramma's en/of artikel 107 contracten. Hierbij is een expliciete onderlinge risicoverdeling op lokaal netwerkniveau van toe-

passing in onderlinge afspraak tussen alle actoren en de overheid/betalende instantie, die logisch verband houdt met ieders aandeel in de globale verantwoordelijkheid per patiënt.

- ◇ Het opleggen van doelstellingen m.b.t. kwaliteit en kosten op lokaal netwerkniveau zal per patiëntengroep binnen ieders totale forfaitbedrag een relatieve impact kennen in functie van verantwoordelijkheden en afspraken. Om op voldoende snelle basis door te groeien naar een meer evenwichtig zorgmodel voor preventieve en chronische zorg moet de overheid en/of betalende instantie wel voldoende ambitieus zijn in de opgelegde doelstellingen. De relatieve vrijblijvendheid voor zorgtrajecten, artikel 107, etc. zal dankzij de versterkte financiële prikkels verschuiven naar een brede heroriëntatie van het zorgmodel.

Het nieuwe business model van zorg dat wordt voorgesteld in onderstaande figuur, is van toepassing op alle artsen en ziekenhuizen. Centraal staat een getrapt systeem van gecombineerde betaling per prestatie, kostengebaseerde case mix financiering en kwaliteitsgestuurde financiering. Een herijking in functie van up to date kosten vormt hierbij het fundament. Tezelfdertijd worden er vanuit de drie gecombineerde betalingssystemen prikkels ingebouwd om netwerkvorming tussen de zorgactoren te ondersteunen naast de reeds bestaande prikkels: verruiming van scope van vaste en doelgestuurde financiering (cf. bundled en global payment, P4P met teamcomponent, etc.). We wijzen erop dat het business model afgestemd is op de mate van voorspelbaarheid van zorg en de beschikbaarheid van 'evidence'. Beide uitersten in de aard van zorg worden ten volle vergoed, met voorziening van de mogelijkheid tot gerechtvaardigde afwijkingen en uitzonderingen. De zorgactoren sturen dit proces autonoom aan in onderlinge afstemming doorheen de dagelijkse praktijk. Vanuit externe hoek wordt er geen rigide of eenzijdige indeling van zorg binnen elk van de drie betalingssystemen opgelegd. Deze flexibiliteit laat ook toe om het business model te implementeren zonder te ver af te wijken van de technische werking van de huidige betalingssystemen.



5. Een slimme financiering in lijn met een slimme zorgorganisatie

Er is duidelijk heel wat hervormingswerk aan de winkel. Wat impliceert dit nu voor de dagelijkse praktijk? Hoe dient een organisatie zich hierop aan te passen?

In feite wordt er financieel expliciet gemaakt wat binnen elke organisatie reeds impliciet vervat zit. Bij het ziekenhuis en de medisch-specialist als voorbeeld maakt men in toenemende mate gebruik van horizontale zorgprogramma's en zorgpaden die goed aansluiten op een vaste pathologie-financiering en bijkomende toevoeging van 'evidence' elementen hierbinnen (in referentiebedragen, zorgprogramma's en deelforfaits). Dit zijn zorgprocessen die geënt zijn op voorspelbare patiëntenbehoeften. Zelfs binnen meer onvoorspelbare diagnostiek neemt de meer modulair beschikbare evidence toe om de zorg te stroomlijnen. De P4P prikkel en de reële kosten prikkel zullen aanzet geven tot een doelgericht intern zorgmanagement met meer nadruk op kwaliteitsverbetering en efficiënte zorg (lean, six sigma, etc.). Daar waar deze aspecten nu vaak vrijblijvend zijn, zullen ze in het nieuwe business model financieel determinerend worden. De eerste lijn heeft op deze collectieve zorgaspecten een grote inhaalbeweging te maken. Dit heeft als voordeel dat vooruitgang bij hen initieel relatief gemakkelijker te behalen zal zijn. Bovendien zijn de financiële belangen in het nieuwe business model met netwerkvorming en P4P complementair in plaats van conflictueus en zal wie grotere expertise heeft in de verbetering van kwaliteit en efficiëntie er het voordeel van inzien om de anderen te ondersteunen.

Netwerking en coördinatie rondom de patiënt, nu vaak gescheiden tussen eerste lijn, extramurale specialisten en ziekenhuis, zal zich met elkaar integreren met een sterkere nadruk op chronische zorg. Specifieke transmurale ketens, trajecten en paden kunnen ter ondersteuning verder worden uitgebouwd. Dit wordt in sterke mate gestimuleerd via de overlappende forfaiten en gedeelde P4P prikkels.

Binnen het geheel blijft er ruimte voor onvoorspelbare en onzekere zorg, die noodzakelijk is indien de zorgbehoefte onduidelijk is of in de loop van de episode doorheen het netwerk afwijkt van wat men standaard zou verwachten. Niets staat zorg op maat in de weg. De relatief grotere ruimte in forfaitbedragen, outliermechanismen en het behoud van een aandeel per prestatie bieden hiertoe voldoende ruimte.

6. Praktisch vooruit: de volgende stappen

De financiering dient op vele fronten verbeterd te worden. Dit mag ons niet afschrikken en herleid worden tot een cherry picking waarbij slechts één of twee maatregelen worden uitgekozen. In de tabel hierna doen we een voorstel van aanpak op korte en middellange termijn. We leggen er de nadruk op dat sommige huidige prikkels (rechterkolom) niet zonder schade op korte termijn kunnen hervormd worden vooraleer fundamentele basishervormingen door te voeren (linkerkolom).

Tabel: Voorstel van hervorming van de zorgfinanciering op korte en middellange termijn

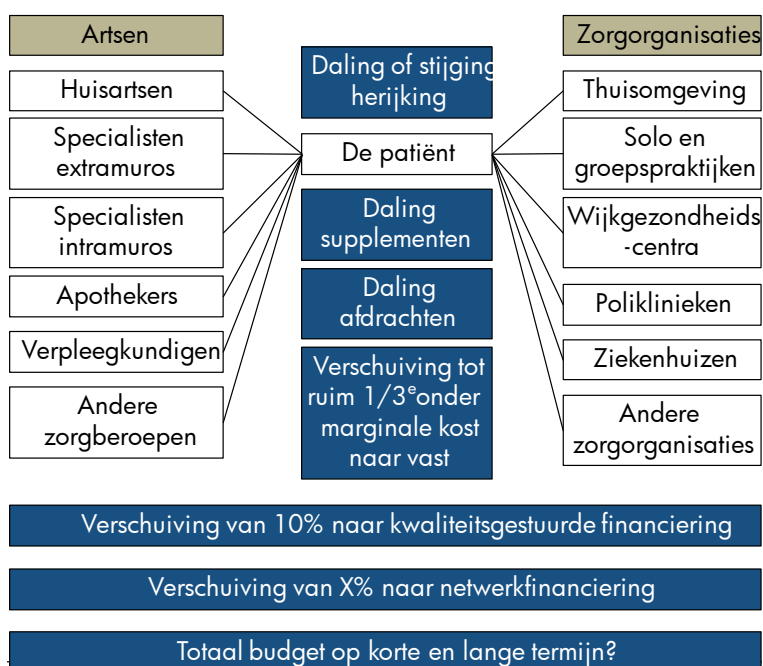
Korte termijn	Middellange termijn
Geneesheren specialisten binnen ziekenhuis	
Herijking van nomenclatuur op basis van up to date reële kosten, met herziening tot onder marginale kosten, isolatie van technische investeringscomponent en forfaitaire compensatie. Het forfait klinische biologie en medische beeldvorming wordt hierbinnen geïntegreerd.	Evidence elementen introduceren in forfait klinische biologie en medische beeldvorming
Invoering van werkelijk forfait bij referentiebedragen i.p.v. een maximum	Evidence basis voor referentiebedragen
Forfaitair voldoende waardering voor extra inspanningen (wachten, etc.)	Reduceren supplementen tot duidelijke comfortdoelstelling (> eenpersoonskamer)
P4P pilootprojecten/regio's	10% P4P vergoeding, waarvan 2% accreditering ¹
	De mogelijkheid creëren om garanties aan te bieden
	Shared savings
Best practice pricing binnen forfaitair deel	Door sector ondersteunde non payment
Geneesheer specialisten buiten ziekenhuis	
Herijking van nomenclatuur op basis van up to date reële kosten, met herziening tot onder marginale kosten, isolatie van technische investeringscomponent en forfaitaire compensatie.	Uitbouw van een DRG basis voor praktijkorganisatie en netwerking
P4P pilootprojecten/regio's	10% P4P vergoeding, waarvan 2% accreditering
	De mogelijkheid creëren om garanties aan te bieden
	Shared savings
	Best practice pricing binnen forfaitair deel
	Door sector ondersteunde non payment
Ziekenhuizen	
Herijking van BFM op basis van up to date reële kosten naast ligduur, met wegwerken van structurele onderfinanciering en cross-subsidiëring	Evidence basis voor geneesmiddelenforfait
Invoering van werkelijk en eenduidig forfait voor daghospitatie binnen BFM budgetgrenzen	Evidence basis voor daghospitatie

	Reduceren supplementen tot duidelijke comfortdoelstelling (> eenpersoonskamer)
P4P pilootprojecten/regio's	10% P4P vergoeding, waarvan 2% accreditering
	De mogelijkheid creëren om garanties aan te bieden
	Shared savings
Best practice pricing binnen BFM	Door sector ondersteunde non payment
Eerste lijn / huisartsen	
Herijking van nomenclatuur op basis van up to date reële kosten, met herziening tot onder marginale kosten, isolatie van technische investeringscomponent en forfaitaire compensatie	Uitbouw van een DRG basis voor praktijkorganisatie en netwerking
P4P pilootprojecten/regio's	10% P4P vergoeding, waarvan 2% accreditering ⁸
	Shared savings
	Best practice pricing binnen forfaitair deel
	Door sector ondersteunde non payment
Onderlinge netwerkvorming	
	Hervormen van de kostenstructuur naar een horizontale basis aanvullend op de verticale dimensie
Gealigneerde P4P pilootprojecten/regio's	P4P deels afhankelijk van resultaten van anderen
Accreditatiebeloning voor netwerkvorming	De mogelijkheid creëren om netwerkgaranties aan te bieden
Optimaliseren van zorgtrajecten, artikel 107, zorgprogramma's, ketenzorg en onderling afstemmen richting bundled payment	Bundled payment creëren voor geoptimaliseerde zorgtrajecten, artikel 107, zorgprogramma's, ketenzorg
Alle bovenstaande actoren lokaal betrekken via global payment van het bereiken van kwaliteit en kostdoelstellingen	Shared savings op netwerkniveau
	Best practice pricing binnen netwerk
	Non payment doorheen netwerk

8 We wijzen erop dat de externe accrediteringspremie voor artsen, zoals opgenomen in het voorstel, volledig verschillend is van het huidige accreditatieforfait geënt op permanente vorming. De accrediteringspremie wordt gemoderniseerd tot een volwaardige externe erkenning van kwaliteitsvolle zorg en sluit in deze nauwer aan bij de huidige accrediteringsmethode van toepassing op ziekenhuizen. De middelen van het huidige accreditatieforfait kunnen hiertoe benut worden.

Bovenstaand overzicht van voorgestelde hervormingen komen samen in onderstaande figuur. Het belang van de patiënt staat centraal in het nieuwe business model, waarbij de nadruk ligt op kwaliteit van zorg, coördinatie rondom de patiënt, betaalbaarheid voor de patiënt en innovatie doorheen alle geledingen van het zorgsysteem. Zoals de blauwe balken illustreren moeten hiervoor financiële middelen verschuiven binnen het systeem. De herijking, als startpunt, zal voor de diverse actoren leiden tot een daling of stijging van inkomsten, naargelang van wat rechtvaardig is om aan de actuele patiëntenbehoeften tegemoet te komen. We benoemen in dit overzicht ook andere zorgactoren, zoals apothekers, verpleegkundigen en andere zorgberoepen, die niet aan bod komen binnen de scope van deze analyse. Gezien het stijgende belang van interdisciplinaire teamwerking, is het opportuun om ook hun businessmodel in toenemende mate te laten aansluiten op dat van artsen. Hetzelfde geldt voor andere zorgorganisaties vis à vis ziekenhuizen. Deze verruiming overstijgt echter de begrenzingen van deze paper.

Welke zijn de budgetimplicaties voor de overheid? De interne verschuivingen zijn in tijden van schaarste een cruciaal uitgangspunt om deze fundamentele hervorming te realiseren, naast het behoud van een rechtvaardige groeionorm van uitgaven. Ervaring uit andere landen leert dat er een goede uitgangspositie moet zijn van kwaliteitsgegevens en IT ondersteuning. Deze structurele werven worden momenteel voorzien in visienota's van de overheid en werden deels ook reeds gerealiseerd (cf. QIP project in Vlaanderen en gelijkaardige initiatieven in Wallonië). Het is bijgevolg een must om deze korte termijn-investeringen ten volle te realiseren zoals gepland en uit te breiden waar nodig. De meer uitgebreide vaste financieringscomponent van artsen en zorgorganisaties zal binnen het nieuwe business model ook de nodige ruimte moeten scheppen voor interne investeringen in de organisatie van de zorg. Op lange termijn daalt de overconsumptie van zorg en wordt ruimte geschapen voor het vermijden en/of reduceren van onderconsumptie van zorg.



7. Besluit

Gedurende de voorgaande jaren heeft er zich slechts een beperkte evolutie voorgedaan in de financiering van zorg. Het huidige kader loopt voor alle actoren achter op de huidige zorgbehoeften, laat staan de zorgbehoeften van de nabije toekomst. Enerzijds dient de basis zelf van het business model te worden aangepakt: van kwantiteit en onderhandelde/verworven bedragen naar kwaliteit en reële kosten. Anderzijds zal de scope van financiering verruimen en deels verschuiven om een nieuw zorgmodel te laten uitkristalliseren. In tijden van besparingen en stijgende zorgbehoeften moet de zorgsector, naast een verantwoorde groeinorm, ook zelf de financiële ruimte creëren om de nieuwe elementen in het voorgestelde plan van aanpak te kunnen realiseren. De herijking van zowel honoraria als BFM is hiervoor essentieel en laat toe aan beleidsmakers om binnen budgettaire grenzen de hervorming van het business model in beweging te krijgen.

Dit is niet het eerste voorstel of visietekst over de hervorming van de financiering van zorg. Het zal ook niet het laatste zijn. Er werden een aantal elementen aangereikt die er misschien toe kunnen bijdragen om constructieve stappen voorwaarts te zetten. Aanpassingen, herzieningen, het schrappen en toevoegen van elementen zal de weg naar een nieuw business model verder vooruit helpen. We moeten er actief mee van start gaan en een zekere mate van contemplatie achter ons laten. Het is tijd voor actie. Eigenaarschap van een gezamenlijk plan door alle actoren is hierbij essentieel om het financiële fundament van een kwaliteitsvolle, efficiënte en betaalbare zorg te vrijwaren en te versterken waar nodig.