

26 sep 2014 -02:13

## Ziekenhuisfinanciering dringend aan hervorming toe – KCE stelt een omvattend nieuw denkkader voor

Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering is dringend nodig, daarover zijn de meeste actoren in de gezondheidszorg het eens. Meer en meer ziekenhuizen gaan in het rood, en het systeem is niet langer aangepast aan de noden van een vergrijzende bevolking. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht de sterktes en de zwaktes van het huidige systeem en tekende een kader uit voor de toekomst. De groeiende onderfinanciering, vooral dan van de verpleegkundige zorg, het overaanbod van bedden en hooggespecialiseerde diensten, de afhoudingen op de erelonen van de ziekenhuisartsen, de ongelijkheid tussen hun erelonen en het niet belonen van een goede zorgkwaliteit en -coördinatie zijn de belangrijkste pijnpunten in het huidige systeem.

Om deze pijnpunten weg te werken en het systeem toch betaalbaar te houden, ontwikkelde het KCE een omvattend nieuw kader voor een toekomstige ziekenhuisfinanciering, gebaseerd op drie grote pijlers:

1. Uitbreiding en verfijning van de bestaande forfaitaire financiering per opname, veel meer gebaseerd op reële kosten, en oprichting van een investeringsfonds in elk ziekenhuis, medebeheerd door de artsen en de directie.
2. Hervorming van de vergoeding van de specialisten, met een herstellen van het evenwicht tussen het inkomen en de reëel gepresteerde inspanningen, en het afschaffen van de afhoudingen op de erelonen.
3. Het aanpassen van het aantal en het type bedden aan de behoefte van elke 'zorgregio', en het voorbehouden van complexe zorg voor gespecialiseerde referentiecentra.

Het gaat alleszins om een ambitieus voorstel dat brede, ingrijpende veranderingen op veel verschillende vlakken vraagt. Ze moeten stapsgewijs maar wel gelijktijdig worden ingevoerd, om het systeem niet uit evenwicht te brengen.

De Belgen zijn tevreden over hun gezondheidszorg. Dit bleek recent nog uit een Europees onderzoek (Health Consumer Index), waar ons land als 6e van de 35 deelnemende landen eindigde. Dit positieve resultaat danken we vooral aan een goede toegankelijkheid: er zijn korte of geen wachtlijsten en er is directe toegang tot gespecialiseerde zorg. De Belgische burgers vinden hun systeem dus zeker waardevol, maar toch is er een brede consensus onder de stakeholders dat er dringende hervormingen nodig zijn, vooral op gebied van de financiering van de ziekenhuizen. De ontslagnemend minister van Volksgezondheid vroeg het KCE om de huidige situatie onder de loep te nemen en voorstellen tot hervorming te formuleren.

Het KCE onderzocht de wetenschappelijke literatuur en bekeek financieringssystemen in het buitenland. Het organiseerde daarnaast een brede bevraging bij de Belgische stakeholders uit de gezondheidszorg (artsen, ziekenhuisdirecties, beleids mensen, academici, enz.). Op basis van al deze bevindingen identificeerde het de belangrijkste pijnpunten van het huidige systeem, en tekende het een conceptueel kader uit met 17 grote oriëntaties voor de toekomst.

Uiteraard kunnen de voorstellen niet tegemoetkomen aan *alle* verzuchtingen van *alle* stakeholders. Toch

hebben de meerderheid van hun vertegenwoordigers in de Raad van Bestuur van het KCE zich akkoord verklaard dat deze studie kon gepubliceerd worden en geschikt was om als basis te dienen voor de verdere technische en politieke discussies die nog nodig zullen zijn vooraleer de hervorming ook in de praktijk kan worden omgezet. Vandaag reikt het KCE zijn studierapport alvast aan de onderhandelaars voor een nieuwe federale regering aan en hoopt het dat de volgende minister van Volksgezondheid ermee aan de slag kan gaan.

## PIJNPUNTEN

### Toenemende onderfinanciering zet aan tot overproductie

Een veelgehoorde, sterke klacht bij de ziekenhuisbeheerders is dat de laatste jaren de overheidsfinanciering steeds minder toereikend is om de kosten van de ziekenhuiszorg te dekken. Om het financieel tekort op te vangen drijven de ziekenhuizen daarom o.a. het aantal ingrepen en onderzoeken op. Daarbij wordt vooral aan winstgevende afdelingen, zoals de dialyseafdeling en de ziekenhuisapotheek, gevraagd om de tekorten van de verlieslatende afdelingen, zoals de spoed of de pediatrie, te compenseren. Maar ook andere afdelingen ontsnappen niet aan de druk om bijkomende onderzoeken of interventies uit te voeren, die niet altijd noodzakelijk zijn voor de patiënt.

### Ziekenhuislandschap niet aangepast aan de noden van de patiënt

Na Duitsland en Oostenrijk heeft België het hoogste aantal ziekenhuisbedden in Europa (4 per 1000 inwoners), en ook de ligduur per patiënt ligt gemiddeld vrij hoog. Daarom zijn ziekenhuizen in ons land vaak geduchte concurrenten van elkaar die door alle soorten aandoeningen te behandelen, zoveel mogelijk patiënten proberen aan te trekken. Elk van de 105 Belgische acute ziekenhuizen mag vandaag een zeldzame of complexe aandoening diagnosticeren en behandelen terwijl niet elk ziekenhuis over de vereiste ervaring, competentie en infrastructuur beschikt (zie ook het KCE-rapport 219 over zeldzame kankers).

Daarnaast is de zorg die de ziekenhuizen verlenen vooral gericht op het behandelen van acute aandoeningen. Door de vergrijzing zijn de zorgbehoeften echter veranderd: steeds meer mensen met één of meerdere chronische aandoeningen hebben nood aan langdurige zorg, die niet noodzakelijk altijd in acute ziekenhuizen moet worden verstrekt.

### Afhoudingen van erelonen van de artsen en ongelijkheid in inkomen zorgen voor spanningen

De meeste ziekenhuisartsen krijgen geen salaris. Zij ontvangen een ereloon per prestatie, dat wordt betaald door de patiënt en het ziekenfonds. Van dit ereloon dragen de artsen een gedeelte af aan het ziekenhuis, o.a. voor het gebruik van lokalen en materiaal en de loonkost van verpleegkundigen. De grootte van deze afhoudingen wordt in elk ziekenhuis apart onderhandeld tussen de artsen en de beheerder. Dit mechanisme is uniek voor ons land, en zorgt ervoor dat het ziekenhuis financieel gebaat is bij een zo groot mogelijk aantal medische interventies en hoge ereloonsupplementen. Het geeft de artsen weliswaar inspraak bij het bestuur van het ziekenhuis, maar zorgt ook vaak voor conflicten tussen artsen en directie en leidt soms tot het vertrek van artsen naar een private praktijk.

Er zijn bovendien zeer grote verschillen tussen de inkomens van de verschillende specialismen. Gemiddeld verdienen degenen met de hoogste inkomens drie maal meer dan specialismen beneden aan de ladder,

maar in individuele gevallen lopen die verschillen nog veel hoger op. Deze inkomenskloof is historisch gegroeid, maar is vandaag niet langer op objectieve redenen gebaseerd en zij zorgt voor spanningen en een tekort aan bepaalde specialisten, zoals geriateren.

## Goede zorgkwaliteit en zorgcoördinatie worden niet beloond

Het Belgische financieringsmechanisme ondersteunt vooral acute zorgverlening en alle hoogtechnologische vernieuwingen die daarmee verband houden. Een goede zorgcoördinatie wordt onvoldoende beloond. De verschillende zorgniveaus werken vaak los van elkaar en een doorverwijzing van een patiënt naar een meer geschikte zorgomgeving, of een samenwerking tussen verschillende zorginstanties, wordt financieel niet aangemoedigd. Nochtans neemt het aantal patiënten dat hierbij baat zou hebben, zoals chronisch zieken, steeds toe.

Daarnaast ondervinden ziekenhuizen weinig positieve stimuli voor het leveren van een hoge zorgkwaliteit. Integendeel zelfs, zo zal een patiënt met complicaties na een ingreep vaak zorgen voor meer inkomsten voor het ziekenhuis.

## ORIENTATIES VOOR EEN TOEKOMSTIGE ZIEKENHUISFINANCIERING

### Forfaitaire financiering per opname

Bestaande forfaitaire financiering uitbreiden en de tarieven baseren op reële kosten

Bij prospectieve, forfaitaire financiering ontvangen ziekenhuizen voor alle patiënten met een gelijkaardige aandoening (DRG - Diagnosis Related Group) hetzelfde tarief. In de Belgische acute ziekenhuizen zijn de laatste 20 jaar al wel geleidelijk elementen van deze financiering ingevoerd, maar dit gebeurde tot nu toe zeer fragmentarisch en op basis van de nationaal gemiddelde verblijfsduur per aandoening.

In het nieuwe model dat het KCE aanreikt, wordt de forfaitaire financiering verder uitgebreid en de tarieven worden gebaseerd op de reële gemiddelde kosten van een kwaliteitsvolle behandeling voor de aandoening in kwestie. Dit zou de onderfinanciering moeten wegwerken en de efficiëntie aanmoedigen.

### Investeringsfonds

Ook moet in elk ziekenhuis een investeringsfonds worden opgericht, dat medebeheerd wordt door de artsen en de ziekenhuisbeheerder. Dit zou de samenwerking moeten bevorderen rond een gemeenschappelijk zorgproject voor de instelling.

### De erelonen van de ziekenhuisartsen hervormen

Herstellen van het evenwicht tussen het inkomen en de reëel gepresteerde inspanningen

Het KCE stelt voor het systeem van de betaling per prestatie te behouden, maar om bedragen van de erelonen transparant te bepalen op basis van de werkelijk gepresteerde inspanningen, in termen van gespendeerde tijd, fysieke en intellectuele inspanning, ongemak (bijv. voor nacht- of weekendwerk), risico, stress, enz. Het inkomen kan daarnaast worden aangepast aan het niveau van vereiste expertise/ervaring, en moet ook het opnemen van organisatorische verantwoordelijkheden belonen. Een bijkomend gevolg is dat hierdoor de verschillen tussen de specialisaties worden afgevlakt.

## Afschaffen van de afhoudingen op de erelonen

Vandaag bevatten de erelonen ook een tegemoetkoming voor de aan de zorg verbonden kosten voor personeel, materialen en infrastructuur. In de voorgestelde hervorming valt dit deel weg, maar daarmee ook het hele systeem van afhoudingen op de erelonen door het ziekenhuis. Het budget dat hiermee overeenstemt wordt overgeheveld naar het hogervermelde investeringsfonds en naar de DRG-financiering.

## Hertekenen van het ziekenhuislandschap

### Beschikbare zorg aan zorgbehoeften aanpassen

Het KCE beveelt aan om per 'zorgzone' het aantal acute bedden, diensten en zorgprogramma's aan te passen aan de behoeften van de bevolking van die zorgzone, op basis van een strategisch zorgplan. Een gelijkaardige aanpak bestaat vandaag bijvoorbeeld al in Frankrijk.

Dit kan betekenen dat in bepaalde streken een aantal acute ziekenhuisbedden wordt vervangen door plaatsen in dagziekenhuizen, revalidatiecentra, door diensten voor thuiszorg, enz.

### Centraliseren van complexe, gespecialiseerde zorg

Het KCE pleit ervoor om dit soort zorg voor te behouden aan referentiecentra, die aan bepaalde criteria voldoen. Zij kunnen samenwerken met de lokale ziekenhuizen, dichterbij de woning van de patiënt om de minder complexe delen van de zorg te verlenen. Op die manier wordt een optimale, gelijkwaardige zorg voor iedereen verzekerd, en worden de middelen optimaal ingezet.

## Meetbare gezondheidsdoelen en stimuleren van de kwaliteit

De verschillende federale beleidsstructuren in het RIZIV en de FOD Volksgezondheid kunnen vereenvoudigd en beter op mekaar afgestemd worden, en er moet een sterke samenwerking worden uitgebouwd met de gemeenschappen/gewesten. Ook moet het beleid meer werken met meetbare gezondheidsdoelen en een grotere plaats inruimen voor wetenschappelijke bevindingen en objectieve data.

Vandaag zijn er nog niet veel wetenschappelijke bewijzen dat financiële stimuli doeltreffend zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Daarom raadt het KCE aan om de zogenaamde *Pay-for-Quality* benadering eerst op kleine schaal uit te proberen.

## HOE VERDER?

Bijna alle ondervraagde stakeholders waren het erover eens dat een hervorming van de ziekenhuisfinanciering dringend nodig is. Ze mag echter niet abrupt gebeuren, maar stapsgewijs, met behoud van de goede elementen uit het huidige systeem.

Hoe dan ook is het een ambitieus project dat brede, ingrijpende veranderingen op veel verschillende vlakken vraagt, die gelijktijdig moeten worden ingevoerd om het systeem niet uit evenwicht te brengen.

De allerbelangrijkste eerste stap is dat een politieke beslissing wordt genomen tot het hervormen van de ziekenhuisfinanciering.

Vervolgens moeten budgetten en personeel worden vrijgemaakt om een aantal voorbereidende werkpakketten in de volgende 1 à 2 jaar uit te voeren (bijv. kostenregistratie om het tarief per aandoening te bepalen, bepaling van acute zorgbehoeften, voorbereidend wetgevend werk, enz.). Zodra de eerste resultaten van de hierboven genoemde werkpakketten beschikbaar zijn, kan men gedetailleerde actieplannen uitwerken en een aantal simulaties doorvoeren, en daarna kan een begin worden gemaakt met de geleidelijke invoering van de hervorming.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg  
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)  
Kruidtuinlaan 55  
1000 Brussel  
België  
+32 2 287 33 88  
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat  
Wetenschappelijke communicatie  
+32 475 274 115  
[press@kce.fgov.be](mailto:press@kce.fgov.be)