

19 apr 2018 -15:21

Geen 'sleutel op de deur' oplossing voor financiering hoogvariabele ziekenhuiszorg

Voor de hervorming van de Belgische ziekenhuisfinanciering voorziet minister van Volksgezondheid De Block een indeling van de ziekenhuisverblijven in drie clusters, op basis van zorgvariabiliteit. Voor elke cluster wordt een andere financiering voorzien. De minister vroeg het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) om na te gaan welke lessen kunnen worden getrokken uit de manier waarop andere landen hoogvariabele zorg financieren. Omdat de keuze van de financiering samenhangt met de beleidsprioriteiten en beslissingen van het land, is het niet mogelijk om een buitenlandse financieringsmethode zonder meer toe te passen in België. De Belgische financiering moet immers ook gekozen worden in functie van het eigen gezondheidsbeleid. Het KCE beveelt aan om te starten met een 'proof of concept', waarbij een financiering wordt uitgewerkt die rekening houdt met variabiliteit. Dit kan bv. gebeuren voor beroertezorg, omdat het beleid hiervoor reeds een organisatiemodel heeft gekozen.

Verschillende financiering voor drie soorten ziekenhuisverblijven

In april 2015 publiceerde de minister van Volksgezondheid een uitgebreid Plan van Aanpak voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap en - financiering. Een van de centrale elementen is de indeling van de ziekenhuisverblijven in drie clusters op basis van voorspelbaarheid en dus variabiliteit van zorg. Voor elke cluster wordt een ander financieringssysteem voorzien. De bedoeling is om de ziekenhuizen zo correct mogelijk te financieren, zonder de duurzaamheid van ons gezondheidszorgsysteem in gevaar te brengen.

- De cluster met laagvariabele zorg voor verblijven die enkel standaardzorg vereisen, die weinig varieert tussen patiënten en die dus goed voorspelbaar is. Deze verblijven zouden worden gefinancierd met een prospectief, vast bedrag per opname, ongeacht de zorg die effectief wordt verleend. In een eerste fase worden de honoraria voor de medische prestaties gebundeld. In volgende fases wordt de integratie van het corresponderend deel Budget van Financiële Middelen (BFM), de geneesmiddelen, enz. gepland.
- De cluster met mediumvariabele zorg, voor verblijven met zorgbehoeften die meer variëren tussen patiënten. De voorgestelde financiering lijkt sterk op het huidige Belgische systeem, met een nationaal gesloten budget dat wordt verdeeld op basis van de 'case-mix' (aantal en type patiëntengroepen) van elk ziekenhuis.
- De cluster met hoogvariabele zorg bevat de verblijven met moeilijk te standaardiseren en dus onvoorspelbare zorgbehoefte. Zorg is maatwerk voor deze groep van patiënten. In deze cluster zouden de ziekenhuizen worden vergoed op basis van de werkelijk verleende verantwoordbare zorg.

Correct financieren van verantwoorde variabiliteit, tegengaan van onverantwoorde variabiliteit

Het is niet bij alle patiënten mogelijk om, louter op basis van de diagnose, de zorgkost accuraat te voorspellen. Zo zijn er patiënten die aan een vrij eenvoudige aandoening lijden, maar waarbij de zorg toch onvoorspelbaar en dus hoogvariabel is door bv. hun leeftijd, diabetes en hartproblemen. Daardoor is er bijkomende, vaak dure zorg nodig, waarvoor een standaardfinanciering alleen niet volstaat. Om fair te zijn, moet er daarom met deze verantwoorde variabiliteit rekening worden gehouden, zo niet ontvangen de ziekenhuizen voor een groot aantal patiënten geen correcte vergoeding.

Variabiliteit is soms echter ook onverantwoord, omdat ze bv. het gevolg is van klinisch niet verantwoordbare verschillen in zorgpraktijk. In dat geval kan een vast bedrag per aandoening (zoals voor laagvariabele zorg) er net toe bijdragen dat deze onverantwoorde variabiliteit wordt weggewerkt.

De minister vroeg het KCE om na te gaan welke lessen kunnen worden getrokken uit de manier waarop andere landen hoogvariabele zorg financieren, en om na te gaan of dit ook toepasbaar is in ons land, zodat de verantwoorde variabiliteit op een correcte manier kan worden gefinancierd. Het huidige rapport kadert in een reeks van wetenschappelijke rapporten die het KCE opmaakte in het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap.

Keuzes maken in functie van beleidsdoelstellingen

Het KCE bestudeerde de financieringssystemen in Denemarken, Engeland, Estland, Frankrijk, Duitsland en de VS (Medicare). Al deze landen sluiten bepaalde elementen uit de standaardfinanciering uit en vergoeden deze afzonderlijk. Voorbeelden hiervan zijn bepaalde patiëntengroepen (bv. zware brandwonden), producten (bv. dure geneesmiddelen), gespecialiseerde ziekenhuizen (bv. gespecialiseerde pediatrie) en patiënten die aanzienlijk hogere/lagere kosten dan gemiddeld met zich meebrengen (de zgn. 'outliers'). De betrokken landen doen dit echter op zeer uiteenlopende manieren. De uitgesloten zaken en financieringsmethoden werden meestal gekozen in functie van hun mogelijke effecten op het gezondheidssysteem en de maatschappelijke prioriteiten, zoals zorgefficiëntie en -kwaliteit.

De manier waarop hoogvariabele zorg wordt gefinancierd kan ook de hervormingen van de organisatie van zorg ondersteunen. Zo sluiten sommige landen complexe zorg uit, en krijgt deze een specifieke financiering, om zorgconcentratie in gespecialiseerde centra aan te moedigen. Dit wordt ook in het Plan van Aanpak van de minister voorzien.

Door deze ruime keuze aan systemen is het onmogelijk om een concreet advies te geven aan de Belgische beleidsmakers. Bovendien heeft het Plan van Aanpak van de minister reeds een aantal beleidslijnen uitgezet (bv. meer transparantie van het financieringssysteem, concentratie van complexe en dure zorg, enz.). Hieruit moeten nu concrete beleidsbeslissingen volgen, die door de financiering worden ondersteund, zoals dat ook gebeurt in het buitenland.

Classificatiesysteem aan herziening toe

Een tweede aandachtspunt is het Belgische classificatiesysteem, dat de patiënten indeelt in pathologiegroepen (APR-DRG's of All Patient Refined- Diagnosis Related Groups) en ernst van ziekte, en ze ook op basis daarvan financiert. De meest gehoorde kritiek op het Belgische APR-DRG-systeem is dat het de verschillen in de klinische praktijk en de kosten onvoldoende weerspiegelt. Zo behoort een heringreep voor een heupprothese tot dezelfde APR-DRG als een primaire heupprothese, en ontvangt het ziekenhuis daarvoor dus hetzelfde bedrag, terwijl een vervanging medisch veel complexer is en de verblijfsduur veel langer. Een opsplitsing van de APR-DRG's, om een verschillende financiering voor eenzelfde diagnostiek mogelijk te maken, kan hiervoor een oplossing bieden.

Een kostenregistratie per patiënt is nodig

Daarnaast zijn de Belgische ziekenhuizen momenteel niet verplicht om de kosten per individuele patiënt te berekenen. In andere landen wordt daarentegen op basis van deze gegevens de zorgvariabiliteit per patiëntengroep bepaald, en wordt de financiering daarop afgestemd.

Omdat ons land vandaag niet beschikt over een nationaal registratiesysteem, kan men momenteel op twee manieren beginnen met de kosten in kaart te brengen: 1) gebruik maken van de kostengegevens die, op vrijwillige basis, berekend worden door een aantal ziekenhuizen, 2) gebruiken van de resultaten van een recente, nog niet gepubliceerde studie over de “ontrafeling van het BFM” in een aantal ziekenhuizen in opdracht van de minister. In deze studie tracht men ziekenhuisbudget en -kosten te koppelen aan individuele verblijven. In een later stadium kan deze gegevensinzameling worden uitgebreid.

In dat kader pleit het KCE voor het versterken en uitbreiden van een team, binnen de reeds bestaande overheidsinstellingen, dat de nodige gegevens inzamelt, analyseert en controleert, en dat het financieringssysteem opvolgt en beheert.

The proof of the pudding...

Zodra de nodige beleidsbeslissingen zijn genomen, moeten specifieke analyses en simulaties worden uitgevoerd (bv. om na te gaan waarom er voor bepaalde opnames een grote variabiliteit tussen ziekenhuizen bestaat, om de budgetimpact voor ziekenhuizen en overheid te berekenen, enz.).

Het KCE beveelt aan om te starten met een ‘proof of concept’, waarbij een financiering wordt uitgewerkt die rekening houdt met verantwoorde variabiliteit. Dit kan bv. gebeuren voor beroertezorg, omdat het zorgprogramma reeds een organisatiemodel bevat. Andere domeinen kunnen nadien, stap voor stap, worden toegevoegd, maar de impact van elke stap op de globale ziekenhuisbudgetten zou wel steeds zorgvuldig moeten worden nagegaan.

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