

De financiering van de geneeskundige verzorging: terugbetaling per handeling of via een forfait?

14/10/2010

Context – actuele situatie

Ons terugbetalingsstelsel omvat 2 systemen: de terugbetaling per handeling en de forfaitaire terugbetaling. Dit is de toekenning van een forfaitair bedrag voor een geheel van specifieke verzorging.

De terugbetaling per handeling heeft zowel betrekking op de ambulante medische verstrekkingen, als op de geneeskundige verstrekkingen in het ziekenhuis.

Er wordt meer en meer gewerkt met forfaits, zeker in de sector van de ziekenhuizen (opnameforfait, forfait voor de medische beeldvorming, de klinische biologie, de verpleegdag, geneesmiddelen, ...) en wat de revalidatie betreft (overeenkomsten voor de behandeling van specifieke aandoeningen). Ook bij de financiering van de wijkgezondheidscentra komen er forfaitaire bedragen aan te pas.

Het verband tussen de gegevens MKV (APR-DRG) en de bedragen van meerdere ziekenhuisforfaits, alsook de referentiebedragen geven de aanzet tot een forfaitaire financiering per aandoening.

Er bestaan al specifieke honoraria die een reeks van individuele handelingen dekken (multidisciplinaire oncologische raadpleging, honorarium voor de beschikbaarheid en het toezicht, ...).

Bepaalde verstrekkingen omvatten ook een geheel van medische hulpmiddelen en ook hier benaderen we de forfaitaire financieringswijze (verstrekkingen voor viscerosynthesemateriaal, ...).

Het begrip forfait dekt dus meerdere soorten van te financieren zorgpakketten.

Dit bipolaire systeem wordt alsmaar ingewikkelder en het is moeilijk om het nog te doen evolueren. Het systeem is niet transparant genoeg en cumulaties zijn met parallelle terugbetalingssystemen mogelijk. Dit is ook niet bevorderlijk voor de responsabilisering van de zorgverlener of de patiënt.

Er gaan meer en meer stemmen op voor een geïntegreerde financiering van de ziekenhuisactiviteit: het gaat om een financieringswijze waarbij de ziekenhuizen een forfaitair bedrag zouden ontvangen, rekening houdend met het aantal en de aard van de aandoeningen die ze verzorgen (KCE report vol. 121 A 25/01/2010: 'All-in': een populaire vakantieformule, die ook interessant zou kunnen zijn om de ziekenhuizen te financieren).

Een deel van de financiering 'per pathologie' is trouwens het resultaat van een trend die gesteund wordt door meerdere landen en door tal van Belgische specialisten. Die financiering heeft voordelen, maar kent ook beperkingen. Als men dit systeem te ver doordrijft, krijgt men een financiering 'per capita' (forfaitair bedrag dat aan de zorgverlener betaald wordt per verzekerde persoon binnen zijn invloedssfeer, voor een bepaalde periode).

Vervolg volgende pagina

Positie MLOZ

De ziekenfondsen zijn op zoek naar een oplossing die de patiënten verzekert van de juiste, toegankelijke kwaliteitszorg. De gekozen financieringswijze moet beantwoorden aan die eisen. De verzorgingskosten van alle betrokken actoren moeten op billijke wijze worden terugbetaald.

De 2 financieringssystemen vertonen voor- en nadelen.

De terugbetaling per handeling heeft het voordeel dat:

- de uitgevoerde verstrekkingen nauwkeurig opgevolgd worden en men dus analytische gegevens kan samenstellen;
- de activiteit van elke zorgverlener geregistreerd kan worden;
- men een eenvoudig zicht heeft op de aard van de verstrekking;
- de technologische en medische innovatie gestimuleerd wordt, aangezien de zorgverlener niet opgesloten wordt in het keurslijf van zijn forfait en men hem aanmoedigt om te evolueren naar het gebruik van nieuwe technologische middelen;
- de zorgverlener verantwoordelijk wordt gemaakt en de mogelijkheid krijgt om de verstrekkingen te beheersen (hij krijgt bovenop zijn therapeutische keuzevrijheid een nauwkeurige raming van zijn activiteit en van het inkomen dat hij mag verwachten);
- idealiter gewerkt wordt met een financiering die in verhouding staat tot de aard en de zwaarte van de handeling. De samenstelling van een 'louter' intellectueel honorarium, dat los staat van de technische handeling, beantwoordt het best aan dit principe;
- de tariefzekerheid gestimuleerd wordt (via akkoorden en overeenkomsten).

Nadelen van die terugbetaling zijn:

- het gebrek aan budgettaire zekerheid en het gevaar van een overconsumptie;
- het systeem vertegenwoordigt een administratieve last voor de verschillende actoren van het systeem: elke verstrekking moet worden gefactureerd, terwijl de nomenclatuur alsmaar ingewikkelder wordt;
- de VI's moeten beantwoorden aan alsmaar ingewikkelder en veeleisender wordende eisen wat hun controleverantwoordelijkheid betreft;
- voorbijgestreefde verstrekkingen of oude verstrekkingen worden niet opgewaarderd, maar men blijft ze financieren;
- vernieuwende verstrekkingen worden jammer genoeg niet genoeg gefinancierd en bepaalde andere verstrekkingen worden overgefinancierd, onder invloed van lobbying;
- het is moeilijk onderhandelen, wanneer de financiële belangen primeren op de kwaliteit en beschikbaarheid van de verzorging. De zorgverlener laat bepaalde specialiteiten of deelspecialiteiten links liggen, omdat de verstrekkingen niet genoeg terugbetaald worden;

[vervolg volgende pagina](#)

- er worden weinig incentives gegeven met het oog op een multidisciplinaire samenwerking en op de tenlasteneming van de zorgomgeving (beheer van de kabinetten, materiaal, medisch personeel, ...), een al te ruime omschrijving van de verstrekking zonder afgebakende inhoud;
- het gevaar bestaat dat moeilijke verstrekkingen die slecht betaald worden, aan waarde zullen verliezen en dat er overconsumptie komt van verstrekkingen die al te goed betaald worden.

De forfaitaire terugbetaling heeft de volgende voordelen:

- gegarandeerde beheersing van de begroting;
- een rationeel gebruik van de resources;
- het aanbieden van een uniform zorgpakket aan alle patiënten;
- een vereenvoudiging van de facturering en de controle;
- financiële zekerheid voor de zorgverleners.

De nadelen zijn daarentegen:

- het gevaar van een potentiële onderconsumptie: de verstrekkingen in het forfait worden niet uitgevoerd;
- een gebrek aan transparantie en de beperking van de mogelijkheid om de efficiënte tenlasteneming van de patiënt te verifiëren en om de zorgkwaliteit te controleren;
- men dreigt zich te beperken tot de handelingen die begrepen zijn in de forfaits en de behandelingen die buiten het forfait vallen, dreigen uitgesteld te worden;
- niet genoeg transparantie wat het gebruik van de begroting betreft: het gevaar van onevenwichtig toewijzen aan de financiering van de structuren, ten nadele van de zorg;
- de mogelijkheid om in zekere mate patiënten te selecteren;
- niet bevorderlijk voor de innovatie of voor wedijver tussen de zorgverleners.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn, bij deze vaststellingen, van oordeel dat het Belgische systeem zeker toe is aan een hervorming. Het is mettertijd te ingewikkeld geworden en het is niet langer evenwichtig (en soms zelf overbodig).

We moeten evolueren naar een systeem dat het behoud van de voordelen van twee financieringskeuzes garandeert. Het accent moet liggen op het streven naar kwaliteitszorg ten gunste van de patiënt en op de efficiëntie van het systeem. Alle betrokken actoren moeten een billijke en evenwichtige vergoeding krijgen voor de reële kosten van de tenlasteneming van de patiënt.

In de ziekenhuissector moet men een gecorrigeerde versie van het gemengde systeem behouden. Daarnaast moet men meer met forfaits werken op de gebieden waar een forfaitaire aanpak efficiënt kan zijn.

De financiering van het ziekenhuis kan daarenboven worden opgesplitst: in de financiering van het ziekenhuis zelf (infrastructuur en organisatie) en de financiering van de zorg.

Vervolg volgende pagina

Een benadering 'per pathologie' is misschien denkbaar voor homogene groepen; die benadering zou de ambulante verstrekkingen en de verstrekkingen in het ziekenhuis kunnen dekken voor een acute pathologische situatie of een geïdentificeerde chronische pathologie.

De struikelsteen van het gevaar van kwaliteitsverlies en onderconsumptie kan men vermijden door de invoering van een evaluatiecultuur van de performantie van de verzorgingsinstellingen, zowel extern als intern. Het verlies van de analytische dimensie wordt gecompenseerd door een analyse van de resultaten. Deze benadering veronderstelt controles en een vorm van accreditering.

Men moet echter afzonderlijke financieringsmethodes behouden voor specifieke verzorging en voor zware, uitzonderlijke aandoeningen. De diensten aan de bevolking, zoals de MUG en de spoeddienst, zijn uitzonderingen.

De honoraria per handeling moeten de 'louter' intellectuele handelingen van zorgverleners vergoeden, wanneer deze niet geïntegreerd zijn in een forfait per aandoening.

De ambulante forfaitaire systemen moeten worden gebruikt om de kostprijs van de zorgorganisatie en van het vereiste materiaal te dekken. De minimale begeleidingscriteria zijn aan een verduidelijking toe en moeten worden nageleefd.

Zoals dit algemeen gebeurt in het kader van de revalidatie, zal men de initiatieven moeten voortzetten, die gericht zijn op een integratie in het forfait, van de vergoeding voor de registratie, het anoniem maken en de evaluatie van de projecten.

De ontwikkeling van informaticaoplossingen voor de registratie en de mededeling van gegevens aan de verzekeringsinstellingen moet bevorderd, tot zelfs gefinancierd, worden. Dit niet alleen met het oog op een administratieve vereenvoudiging, maar ook op de integrale overmaking van de informatie, die nodig is voor de controles, voor het beheer van de begroting van de ZIV en voor de evolutie, tot zelfs de regelmatige aanpassing van de financieringssystemen.

Als verzekeringsinstelling menen wij dat de gedetailleerde registrering van de toegediende verzorging en van de behandelde aandoeningen het succes garandeert van een juiste en gerechtvaardigde financiering. Die registratie moet in de twee financieringssystemen gebeuren.

[Vervolg volgende pagina](#)

Conclusies

We zijn voorstander van een efficiënte herziening van de financiering van de zorg, met behoud van een toegankelijke kwaliteitszorg. We menen echter dat die hervorming moet gebeuren in het kader van ons onderhandelingsstelsel, met onze partners, de zorgverleners. Het is de bedoeling om een billijke waardering van de zorgverleners te garanderen en om innovaties te ontwikkelen zonder dat de kosten voor de maatschappij oplopen.

Er moet een nieuw evenwicht worden nagestreefd tussen de forfaitaire financiering en de financiering per handeling. Dit houdt in dat de analytische nomenclatuur gemoderniseerd moet worden op de domeinen waar dat nodig is en dat er meer plaats moet worden ingeruimd voor forfaitaire financieringsvormen, wanneer een degelijke raming mogelijk is. Alle actoren moeten zich bij de zaak betrokken voelen en ze moeten zich profileren als verantwoordelijke medebeheerders van het Belgische ZIV-stelsel.

Het ideale systeem zou er als volgt uitzien:

- een systeem dat performant is, zowel qua zorgkwaliteit als qua economische en sociale efficiëntie;
- een 'eenvoudig' en transparant systeem;
- een billijk systeem;
- een systeem dat alle actoren van het systeem verantwoordelijk maakt.