KCE REPORT 207As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

EEN VERGELIJKENDE STUDIE VAN DE FINANCIERING VAN ZIEKENHUISZORG IN VIJF LANDEN





Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programmawet (1) van 24 december 2002 (artikelen 259 tot 281) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

	Effectieve Leden	Plaatsvervangende Leden
Voorzitter	Pierre Gillet	
Leidend ambtenaar RIZIV (vice-voorzitter)	Jo De Cock	Benoît Collin
Voorzitter FOD Volksgezondheid (vice-voorzitter)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Voorzitter FOD Sociale Zekerheid (vice-voorzitter)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur-generaal FAGG	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Vertegenwoordigers Minister van Volksgezondheid	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Vertegenwoordigers Minister van Sociale Zaken	Lambert Stamatakis	Vinciane Quoidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Vertegenwoordigers Ministerraad	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Intermutualistisch Agentschap	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Beroepsverenigingen van de artsen	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Ziekenhuisfederaties	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Sociale partners	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Kamer van Volksvertegenwoordigers	Lieve Wierinck	

Controle

Regeringscommissaris	Yves Roger

Directie

Algemeen Directeur	Raf Mertens
Adjunct Algemeen Directeur	Christian Léonard
Programmadirectie	Kristel De Gauquier

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
België

T +32 [0]2 287 33 88
F +32 [0]2 287 33 85
info@kce.fgov.be
http://www.kce.fgov.be

KCE REPORT 207As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

EEN VERGELIJKENDE STUDIE VAN DE FINANCIERING VAN ZIEKENHUISZORG IN VIJF LANDEN

CARINE VAN DE VOORDE, SOPHIE GERKENS, KOEN VAN DEN HEEDE, NATHALIE SWARTENBROEKX

COLOFON

Titel:	Een vergelijkende studie van de financiering van ziekenhuiszorg in vijf landen – Synthese
Auteurs:	Carine Van de Voorde, Sophie Gerkens, Koen Van den Heede, Nathalie Swartenbroekx
Reviewers:	Stephan Devriese (KCE), Raf Mertens (KCE), Stefaan Van De Sande (KCE)
Externe experten:	Valérie Paris (OECD), Wilm Quentin (Technische Universität Berlin), Andrew Street (Centre for Health Economics, University of York), Johan van Manen (Nederlandse Zorgautoriteit), Chapin White (Center for Studying Health System Change, Washington)
Externe validatoren:	Niek Klazinga (Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam; OESO), Hans Kluge (WHO Regional Office for Europe), Ewout van Ginneken (Technische Universität Berlin; European Observatory on Health Systems and Policies)
Acknowledgements:	Anke Bramesfeld (AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH), Tamas Evetovits (Barcelona Office for Health Systems Strengthening, WHO Europe), Alexander Geissler (WHO Collaborating Center, Department of Health Care Management, Berlin University of Technology), Mareike Laschat (IGES Institut GmbH, Berlin)
Andere gemelde belangen:	Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Johan van Manen (betaling voor de Nederlandse Zorgautoriteit) Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Johan van Manen (betaling voor de Nederlandse Zorgautoriteit)
Layout:	Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:	27 november 20132 (2nd print: 1st print: 11 oktober 2013)
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Hospitals; Prospective Payment System; Reimbursement, Incentive; Diagnosis-Related Groups; Comparative Study
NLM classificatie:	WX 157
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2013/10.273/58

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten.

Hoe refereren naar dit document? Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. Een vergelijkende studie van de financiering van ziekenhuiszorg in vijf landen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 207As. D/2013/10.273/58.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

VOORWOORD

Waar moet het met de financiering van de ziekenhuiszorg naartoe? In april van dit jaar kondigde Minister Onkelinx aan dat ze in oktober een ‘feuille de route’ zou neerleggen over de toekomstige financiering van de ziekenhuizen. Een routekaart doet veronderstellen dat er een weg is, die men kan aanduiden en maar hoeft te volgen. Maar is dit wel zo?

Als men zich enigszins verdiept in het onderwerp doemt al gauw het beeld op van een kruispunt met vele wegen en op dat kruispunt een paal met even zoveel pijlen die elk in een andere richting wijzen. Er is de weg van de efficiëntie, de weg van de kwaliteit, deze van de toegankelijkheid, of nog deze die leidt naar een billijk inkomen voor de zorgverleners. Maar lopen die wegen ook effectief uiteen? Zijn er dan evenveel verschillende, uiteenlopende systemen om ziekenhuizen te financieren, en impliceert een keuze voor, bijvoorbeeld, meer efficiëntie noodzakelijkerwijze een verlies aan toegankelijkheid of billijkheid? Dé gulden middenweg bestaat wellicht niet, en elk van de betrokken actoren heeft natuurlijk eigen prioriteiten, maar liefst wil men toch zoveel mogelijk van de verschillende doelstellingen bereiken.

En nu het besluit genomen is om sowieso binnenkort de weg van de hervorming op te gaan, is het wel nuttig als we alvast niet eerst het wiel opnieuw moeten uitvinden. En dus kreeg het KCE van de Minister de opdracht om te kijken welke lessen we kunnen trekken uit de hervormingen naar meer prospectieve pathologiefinanciering in een aantal andere landen. Ongetwijfeld is de cartografie van het gezondheidslandschap grondig verschillend van land tot land, maar dat neemt niet weg dat er bepaalde nuttige observaties kunnen worden gedaan.

Dit laat uiteraard nog niet toe om zonder meer de toekomstige weg voor België uit te stippelen, maar het toont minstens welke valkuilen kunnen worden vermeden, en welke vooroordelen al dan niet gegrond blijken te zijn. In dit stadium zullen we ons dus ook nog niet aan veel aanbevelingen wagen, maar we houden onszelf alvast aanbevolen om volop mee aan de weg te timmeren voor het verdere studiewerk dat nog nodig zal zijn om de ‘feuille de route’ gestalte te geven.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur

SAMENVATTING

ACHTERGROND

Sinds het begin van de jaren negentig financieren een toenemend aantal Europese landen hun ziekenhuizen op basis van de case-mix van het ziekenhuis, zijnde het aantal en de aard van de behandelde pathologieën. Hierbij is een variant van de DRG-methode ('Diagnosis Related Group') de meest voorkomende manier om de case-mix van het ziekenhuis te meten. Ziekenhuizen ontvangen dan eenzelfde bedrag voor elke patiënt of opname die tot een bepaalde DRG met gelijkaardige klinische karakteristieken en gebruik van middelen behoort.

Ook in de Belgische ziekenhuizen zijn de laatste twee decennia geleidelijk aan elementen van een case-mix systeem in de financiering geïntroduceerd. In tegenstelling tot andere landen gebeurde dit echter op een fragmentarische en zeer partiële manier. De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft aangekondigd dat ze uiterlijk begin oktober 2013 een routekaart wil voorleggen aan de Ministerraad, met het oog op de invoering van een prospectieve forfaitaire financiering van ziekenhuizen, gebaseerd op de pathologie van de patiënt. Ter voorbereiding vroeg zij aan het KCE om voor een selectie van landen een vergelijkende analyse te maken van hun prospectief systeem, gebaseerd op een variant van DRG's.

DOEL VAN DE STUDIE

De studie wil een antwoord geven op volgende onderzoeksvragen:

- Hoe worden ziekenhuizen en medisch specialisten vergoed in een selectie van landen met een prospectief systeem van ziekenhuisfinanciering, gebaseerd op een bedrag per patiënt of opname?
- Wat zijn de gewenste en ongewenste effecten van dergelijke prospectieve financiering van ziekenhuizen?
- Hoe worden prikkels voor het verbeteren van de kwaliteit en voor het stimuleren van zorgintegratie geïntroduceerd in de ziekenhuisfinanciering?

De ultieme doelstelling is na te gaan welke lessen kunnen getrokken worden uit de buitenlandse voorbeelden.

METHODEN

De selectie van landen beperkt zich tot die landen vermeld in het Euro-DRG rapport van 2011[a] waar de prospectieve ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's op nationaal niveau wordt toegepast en ze een belangrijke inkomstenbron is voor het ziekenhuis, op voorwaarde dat informatie beschikbaar was in het Frans, Nederlands, Engels of Duits. Op basis van deze criteria werden Engeland, Frankrijk, Duitsland en Nederland geselecteerd. Ook het Medicare programma in de Verenigde Staten werd in de analyse opgenomen omdat prospectieve ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's voor het eerst in dit programma werd ingevoerd.

Daarnaast werd de grijze literatuur doorzocht en aangevuld met een selectie van peer-reviewed artikelen. Elke landenstudie werd gevalideerd door een nationaal expert.

RESULTATEN

Kenmerken van de financiering van ziekenhuiszorg

Vóór de invoering van een prospectieve ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's in 1983, kregen ziekenhuizen in het Medicare programma hun kosten terugbetaald. In de vier Europese landen werd het prospectieve systeem op basis van DRG's ingevoerd tussen 2000 en 2005, om een systeem van vaste of flexibele budgetten te vervangen. Steeds werd het nieuwe systeem **in fasen,** over meerdere jaren **ingevoerd**.

De **verschillende startsituatie** bepaalde de doelstellingen en ook de impact van de invoering van het prospectief systeem. De belangrijkste doelstellingen vermeld in officiële documenten waren het verhogen van transparantie; het wegwerken van wachtlijsten; een faire allocatie van middelen tussen ziekenhuizen; het verhogen van zorgkwaliteit; het garanderen van toegankelijke zorg; het stimuleren van concurrentie tussen ziekenhuizen; het verhogen van de efficiëntie en productiviteit; een daling van kosten; een daling van de opnameduur.

In geen van de geselecteerde landen wordt DRG-financiering toegepast op de totaliteit van alle diensten of kosten. **Uitzonderingen** zijn onder andere langdurige zorg; diensten met een apart classificatiesysteem (bv. geestelijke gezondheidszorg of revalidatiezorg); niet-patiëntgebonden activiteiten (bv. onderzoek en onderwijs).

De **prijs** of het bedrag per DRG dat een ziekenhuis ontvangt, is gebaseerd op **kostengegevens**. De kwaliteit van de gegevens en de uniformiteit in kostenberekening lijken omgekeerd evenredig met het aantal ziekenhuizen dat de kostengegevens inzamelt.

In elk van de vijf landen werden bij de invoering van de prospectieve financiering één of meerdere onafhankelijke **DRG-instituten** opgericht voor het beheer en de controle van het DRG-systeem.

Medisch specialisten zijn gesalarieerd in Engeland, Duitsland en in Franse publieke en private ziekenhuizen zonder winstoogmerk. In het Medicare programma en in Franse private ziekenhuizen met winstoogmerk worden medisch specialisten per prestatie vergoed. In Nederland is er een gemengd systeem met medisch specialisten in dienstverband en zelfstandige medisch specialisten. De vergoeding van medisch specialisten is altijd opgenomen in de DRG-financiering indien deze in loondienst werken, en niet of slechts na enkele jaren ervaring met de financieringsmethode als ze worden betaald per prestatie.

a Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf

Gewenste en ongewenste effecten

Een financieringsmethode met een vast bedrag voor een specifiek product (de DRG) zal, in theorie, stimuleren om (1) de kosten per behandelde patiënt te verlagen; (2) de inkomsten per patiënt te verhogen en (3) het aantal patiënten te verhogen. Ziekenhuizen hebben uiteenlopende **strategieën** ontwikkeld als reactie op deze prikkels. De meest voorkomende in de vijf landen zijn het verminderen van de opnameduur; optimalisatie van de coderingspraktijk; een toename van het aantal patiënten o.m. door wachtlijsten te verminderen (zie Tabel 6 in de Synthese).

Om de potentiële positieve impact van de DRG-financiering te bevorderen en ongewenste effecten te ontmoedigen, werden bijkomende **beleidsmaatregelen** genomen. De meeste maatregelen beoogden een lagere opnameduur, bijvoorbeeld door eenzelfde prijs per DRG te betalen, ongeacht de zorgsetting. Coderingspraktijken werden nauwkeurig gecontroleerd en desgevallend beboet. In Nederland en Engeland werden maatregelen genomen tegen de wachtlijsten (zie Tabel 7 in de Synthese).

De **impact** van de DRG-financiering in de vijf landen werd geëvalueerd voor transparantie; efficiëntie; kwaliteit; faire allocatie van middelen tussen ziekenhuizen; toegankelijkheid:

- In vergelijking met het vorige systeem heeft de DRG-financiering de **transparantie** in de meeste landen verhoogd. De complexiteit van het systeem (bv. door een groot aantal DRG's) heeft in sommige landen echter een negatief effect gehad op de leesbaarheid ervan.
- De resultaten voor kosten**efficiëntie** en productiviteit zijn gemengd. Efficiëntie wordt meestal slechts aan de hand van partiële indicatoren onderzocht: de opnameduur is gedaald, maar dit kan ook te wijten zijn aan andere maatregelen; de activiteit nam toe in de Europese landen (voordien globale budgetten) en daalde in het Medicare programma (voordien betaling per prestatie); de impact op de totale ziekenhuiskosten was beperkt.
- Het beperkte bewijs voor de impact op **kwaliteit** laat niet toe om algemene, eenduidige conclusies te trekken. Vaak ontbreken de gegevens om te vergelijken met de situatie tevoren of werd de impact op kwaliteitsindicatoren slechts voor een beperkt aantal interventies onderzocht. In de meeste landen was er geen toename van het aantal heropnames. Bovendien daalde de ziekenhuissterfte en de 30-dagen sterfte maar deze kwaliteitsverbetering kan niet met zekerheid toegeschreven worden aan de DRG-financiering.
- **Billijkheid** bij de toewijzing van middelen over de ziekenhuizen verbeterde, zowel in Medicare als in Europa.
- We troffen geen bewijs aan voor de **selectieve behandeling van patiënten**.
- In Nederland daalden de **wachttijden** maar de impact van het DRG-systeem kan niet worden losgekoppeld van bijkomende beleidsmaatregelen.

Zorgkwaliteit en geïntegreerde zorg

DRG-systemen geven op zich geen prikkels om de **zorgkwaliteit** te verbeteren. Daarom werden in de voorbije jaren verschillende initiatieven ontwikkeld om de zorgkwaliteit aan de hand van financiële prikkels te garanderen of te verbeteren. Soms gebeurde dit door een aanpassing van het DRG-systeem zelf, bijvoorbeeld de 'Best Practice Tariffs (BPT)' in Engeland met, onder andere, één prijs voor het volledige zorgtraject, en het 'Bundled Payments for Care Improvement Initiative' in Medicare, waarbij post-acute zorg in de prijs van de DRG is inbegrepen. In andere gevallen werden 'Pay for Performance (P4P)' mechanismen ontwikkeld die het DRG-financieringssysteem aanvullen.

Een tweede recente tendens is het gebruik van financieringsmechanismen om **geïntegreerde zorg** (inz. voor chronisch zieken) aan te moedigen, zoals afzonderlijke financiering voor zorgcoördinatie; P4P; 'bundled payments'; globale financiering (met risicoverevening) voor de volledige reeks diensten gerelateerd aan een welbepaalde groep mensen. De evaluatie van deze financieringssystemen is echter beperkt of onbestaande.

DISCUSSIE EN BESLUIT

Wat kunnen we leren van de buitenlandse voorbeelden? Concrete keuzes over de **designkenmerken van het DRG-financieringssysteem** kunnen een belangrijke rol spelen bij het realiseren van de beoogde doelstellingen. Een eerste keuze betreft het al dan niet integreren van verschillende zorgsettings (zoals dagopnames en ambulante zorg) in het classificatiesysteem. Ten tweede omvat het systeem in elk van de landen het hoofdaandeel van de zorg, maar overal zijn er ook bepaalde diensten of kosten die niet in de prijs per DRG zijn opgenomen maar die via andere betalingsmechanismen vergoed worden. Vervolgens zijn recente en kwaliteitsvolle kostengegevens essentieel voor een faire allocatie van middelen tussen de ziekenhuizen. Een gefaseerde invoering van DRG-financiering over meerdere jaren laat alle actoren toe om zich aan te passen aan het nieuwe systeem en vermijdt te grote budgetverschuivingen tussen ziekenhuizen. Het beheer en de controle van het systeem (bv. inzake gegevensinzameling en kostenberekening) zijn in de vijf landen toevertrouwd aan één of meerdere onafhankelijke DRG-instituten.

Naast de designkenmerken kunnen ook lessen getrokken worden uit een confrontatie van de **doelstellingen, prikkels en de concrete impact** van DRG-financieringssystemen. De internationale ervaring leert dat bij de invoering de **doelstellingen duidelijk moeten vastgelegd worden**. Een algemene omschrijving van deze doelstellingen is echter niet voldoende. Begrippen als ‘efficiëntie’ en ‘kwaliteit’ zijn te ruim om een financieringssysteem concreet gestalte te geven of om de effecten ervan nauwgezet op te volgen. Geen enkel ziekenhuisfinancieringssysteem op zich volstaat echter om alle vooropgestelde doelstellingen te realiseren. Hiervoor zijn **ook andere instrumenten** noodzakelijk. In alle landen bestaat de financiering van ziekenhuizen bijgevolg uit een gesofistikeerde **mix van verschillende financieringsmechanismen** met als doel bepaalde negatieve prikkels van het DRG-systeem te beperken of te wijzigen. Om de doelstellingen van het gezondheidsbeleid te realiseren, met name het garanderen van kwaliteitsvolle, betaalbare ziekenhuiszorg, moeten de **prikkels voor het ziekenhuismanagement en de medisch specialisten zoveel mogelijk op één lijn gebracht worden**.

En ten slotte is het belangrijk om te beschikken over een doorgedreven **sterkte-zwakte analyse van de startsituatie** vóór men overgaat tot de invoering van DRG-financiering. De startsituatie bepaalt immers niet alleen de doelstellingen van een hervorming, maar ook de mogelijke impact ervan, en wijst de weg naar de kritische succesfactoren.

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD **1**
SAMENVATTING **2**
SYNTHESE **6**
1. INLEIDING **7**
2. FINANCIERINGSSYSTEMEN OP BASIS VAN DRG'S IN VIER EUROPESE LANDEN EN IN HET MEDICARE PROGRAMMA IN DE V.S. **10**
2.1. BASISKENMERKEN 11
2.2. SCOPE VAN ZIEKENHUISFINANCIERING OP BASIS VAN DRG'S 13
2.3. KOSTENBEPALING: DATA EN METHODE 17
2.4. VERGOEDING VAN MEDISCH SPECIALISTEN 18
2.5. OPRICHTING VAN EEN DRG-INSTITUUT 19
3. ZIEKENHUISSTRATEGIEËN IN EEN FINANCIERINGSSYSTEEM OP BASIS VAN DRG'S **20**
3.1. RESPONSSTRATEGIEËN VAN ZIEKENHUIZEN OP DRG-FINANCIERING 20
3.2. BEGELEIDENDE BELEIDSMAATREGELEN VOOR ZIEKENHUISSTRATEGIEËN 25
4. EVALUATIE VAN DE IMPACT VAN ZIEKENHUISFINANCIERING OP BASIS VAN DRG'S **28**
5. FINANCIËLE STIMULANSEN VOOR VERBETERING VAN ZORGKWALITEIT EN GEÏNTEGREERDE ZORG **31**
5.1. KWALITEITSAANPASSINGEN VAN ZIEKENHUISFINANCIERING OP BASIS VAN DRG'S 31
5.2. PAY-FOR-PERFORMANCE (P4P) 32
5.3. FINANCIERINGSSYSTEMEN OM ZORGINTEGRATIE VOOR CHRONISCH ZIEKEN TE VERBETEREN 33
6. DISCUSSIE **34**
7. CONCLUSIE **37**
REFERENTIES **38**

1. INLEIDING

Kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg op een efficiënte manier aanbieden vormt een uitdaging voor alle gezondheidszorgsystemen en zorgverleners. Wanneer we terugblikken op hervormingen in de gezondheidszorg in de laatste decennia, vinden we in de meeste ontwikkelde landen eenzelfde patroon terug in de keuze van instrumenten en in de agenda van beleidsmakers.[1]

Tot in het begin van de jaren tachtig werden universele ziekteverzekeringssystemen uitgewerkt en uitgebreid, en landen aanvaardden dat men meer moest uitgeven dan efficiënt was om tegemoet te kunnen komen aan verdelingsdoeleinden. De ontwikkeling en verspreiding van nieuwe technologieën nam zo snel toe tussen de jaren zestig en het begin van de jaren tachtig dat de primaire focus van beleidsmakers verschoof van toegang tot gezondheidszorg tot kostenbeheersing. Reglementering en beperking van het aanbod waren in alle landen de belangrijkste instrumenten. In landen met globale budgetten in de ziekenhuissector werden er striktere budgetbeperkingen ingesteld. Controlemaatregelen voor artsen waren begrenzingen van de totale uitgaven of striktere vergoedingsschema's. De regelgevende beperkingen veroorzaakten echter nieuwe problemen. Ten eerste leidde een beperkt aanbod gecombineerd met meer genereuze prikkels aan de vraagzijde, zoals vrije toegang tot zorgverleners en minimale eigen betalingen voor verzekerde diensten, tot een toename van de wachtlijsten. Bovendien creëerden de regelgevende beperkingen geen prikkels voor een efficiënte zorgverlening. Een derde probleem was dat zelfs in de gereglementeerde systemen technologische veranderingen voor een snellere groei zorgden dan overheden zich konden veroorloven.

Een derde golf van hervormingen van de gezondheidszorg volgde op de introductie van universele ziekteverzekering en regelgevende beperkingen in het begin van de jaren negentig. Deze hervormingen kunnen in drie types worden ingedeeld. Een eerste type richtte zich op de vraagzijde door de eigen betalingen van de patiënt te verhogen. Ten tweede voerden sommige landen concurrentie tussen zorgverzekeraars in. Een derde type hervormingen trachtte stimulansen te creëren voor zorgverleners door middel van het financieringssysteem. In dit rapport staat dit derde type hervormingen centraal.

Een evolutie naar een bedrag per case[b] als financieringssysteem voor ziekenhuizen

In het Medicare programma in de Verenigde Staten (V.S.) leidden de stijgende kosten en de ervaren inefficiëntie van het systeem in 1983 tot de invoering van een prospectieve ziekenhuisfinanciering op basis van een bedrag per opname, bekend als het Inpatient Prospective Payment System (IPPS).[2] Om te voorkomen dat ziekenhuizen minder zieke patiënten zouden aantrekken, werden verschillende patiëntenclassificatiesystemen ontwikkeld om de case-mix van een ziekenhuis te meten en de vaste vergoeding hieraan aan te passen. Voor het Medicare programma in de V.S. werden Diagnosis Related Groups (DRG's – diagnosegerelateerde groepen) voor dat doel ontwikkeld.

Prospectieve financiering op basis van een bedrag per case is een financieringsmethode waarbij ziekenhuizen een vast bedrag per case krijgen ongeacht de werkelijke kosten van het individuele ziekenhuis.

Diagnosis Related Groups (DRG's) zijn de best bekende methode om het vaste bedrag aan te passen voor de case-mix van het ziekenhuis. DRG's zijn een classificatie van patiënten of opnames in groepen die klinisch zinvol zijn en waarvoor de gebruikte middelen gelijkaardig zijn. DRG's worden aan elke patiënt of opname toegewezen door een 'grouper'-programma dat meestal gebaseerd is op diagnoses, procedures en demografische kenmerken.

Bij een **prospectieve financiering op basis van DRG's** wordt het bedrag per DRG vastgelegd vooraleer de zorg verstrekt wordt maar gebeurt de betaling na de zorgverlening.

b De Engelstalige term 'case' kent een uiteenlopende inhoud. In sommige landen valt een 'case' samen met een patiënt, in andere landen met een opname in of ontslag uit het ziekenhuis. Bovendien zijn er grote verschillen tussen landen in de diensten en kosten die in de betaling per 'case' opgenomen zijn. Voor een eenduidige beschrijving van het systeem van ziekenhuisfinanciering in een land wordt daarom gekozen voor de term 'case' in de Synthese.

Sindsdien werden op DRG-gebaseerde ziekenhuisfinancieringssystemen ingevoerd in heel Europa, desgevallend met andere patiëntenclassificatiesystemen zoals de Healthcare Resource Groups in Engeland of de Diagnose Behandel Combinaties (DBC) in Nederland. De meeste van deze systemen werden ingevoerd tussen 1995 en 2005. Sommige landen importeerden een DRG-classificatiesysteem van een ander land en verfijnden het om hun eigen praktijkvoering te weerspiegelen; anderen ontwikkelden volledig nieuwe classificatiesystemen.

Gewenste en ongewenste effecten van financieringssystemen op basis van een bedrag per case

Hoewel de motivatie om de stap te zetten naar DRG's, evenals de specifieke designkenmerken, zeer sterk varieerden tussen de landen onderling, waren de primaire doelstellingen van de meeste landen in Europa het verhogen van de transparantie en het verbeteren van de efficiëntie. Net zoals bij elk ander financieringssysteem, kunnen ook DRG's ongewenst gedrag stimuleren. Mogelijke ongewenste effecten van een ziekenhuisfinanciering gebaseerd op DRG's zijn o.m. vroegtijdige ontslagen uit het ziekenhuis; heropnames; toename in volume voor onnodige zorg; 'cream-skimming' en 'dumping' van patiënten, en 'up-coding'. De mate waarin DRG's gewenst en ongewenst gedrag stimuleren moet empirisch worden onderzocht om te bepalen of het DRG-systeem in overeenstemming is met de maatschappelijke doelstellingen van kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid.

Bij **cream-skimming** (afroming) worden die patiënten geselecteerd waarvan verwacht wordt dat ze relatief veel winst zullen opleveren in vergelijking met andere risicogroepen.

Bij **dumping** worden die patiënten vermeden waarvan verwacht wordt dat ze verlieslatend zullen zijn in vergelijking met andere risicogroepen.

Bij **up-coding** wordt een zwaardere DRG gecodeerd dan de DRG die overeenkomt met de geleverde zorg.

Tendens naar financiering van zorgkwaliteit en geïntegreerde zorg

Een recente tendens, ook waar te nemen in landen met ziekenhuisfinancieringssystemen met DRG's, is het inbouwen van prikkels voor het verbeteren van kwaliteit.[3] Strategieën om de financiering op basis van DRG's aan te passen of aan te vullen op basis van kwaliteit zijn mogelijk op verschillende niveaus, bv. op het niveau van het ziekenhuis of van het bedrag per DRG.[4]

Een andere tendens is de ontwikkeling van 'bundled payments' waarbij één bedrag per patiënt wordt betaald voor het volledige verloop van een ziekte of klinische zorgperiode, in plaats van voor elke dienst afzonderlijk te betalen. Een van de doelstellingen van 'bundled payments' is ziekenhuizen en artsen aan te moedigen om samen te werken om de zorg te coördineren en de overgang tussen zorgsettings te verbeteren.[3]

Welke lessen kunnen worden getrokken uit de internationale ervaring?

België volgde de internationale trend van een prospectieve financiering van ziekenhuizen op basis van de case-mix, maar deed dit op een gefragmenteerde manier. Voorbeelden zijn het (gedeeltelijke) case-mix systeem voor niet-medische ziekenhuisdiensten, klinische biologie en medische beeldvorming en sinds 2006 voor een subset van ziekenhuisgeneesmiddelen. Medische en medisch-technische diensten integendeel blijven hoofdzakelijk per prestatie vergoed. Eén van de conclusies van het KCE-rapport over het financieringssysteem voor ziekenhuisgeneesmiddelen was dat 'België het enige land is met een dergelijke gefragmenteerde case-mix ziekenhuisfinanciering'.[5]

In april 2013 kondigde de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een 'routekaart aan voor een prospectief financieringssysteem, gebaseerd op pathologieën, die aan de Ministerraad zou moeten worden voorgelegd begin oktober 2013'. Als onderdeel van deze routekaart vroeg de Minister aan het KCE om een vergelijkende analyse te maken van de prospectieve ziekenhuisfinancieringssystemen op basis van DRG's, met inbegrip van de vergoeding van medisch specialisten, in een geselecteerd aantal landen.

De focus van deze vergelijkende analyse is op de 'lessen die kunnen getrokken worden' uit de invoering en de hervormingen van dergelijke systemen. Speciale aandacht zal daarnaast worden gegeven aan

financiële stimulansen om de kwaliteit te verbeteren en om de implementatie van geïntegreerde zorgsystemen aan te moedigen.

De studie wil een antwoord geven op volgende **onderzoeksvragen**:

- Hoe worden ziekenhuizen en medisch specialisten vergoed in een selectie van landen met een prospectief systeem van ziekenhuisfinanciering, gebaseerd op een bedrag per patiënt of opname?
- Wat zijn de gewenste en ongewenste effecten van dergelijke prospectieve financiering van ziekenhuizen?
- Hoe worden prikkels voor het verbeteren van de kwaliteit en voor het stimuleren van zorgintegratie geïntroduceerd in de ziekenhuisfinanciering?

De **ultieme doelstelling** is na te gaan welke lessen kunnen getrokken worden uit de buitenlandse voorbeelden.

Zowel voor de landenstudies als voor het hoofdstuk over zorgkwaliteit en geïntegreerde zorg werd de grijze literatuur doorzocht en aangevuld met een selectie van peer-reviewed artikelen. Elke landenstudie werd gevalideerd door een nationaal expert.

In 2011 lanceerde het European Observatory on Health Systems and Policies een uitgebreid rapport over ziekenhuisfinanciering, met vergelijkende informatie uit 12 Europese landen die een ziekenhuisfinanciering van het DRG-type hebben geïntroduceerd.[c,4] Dit Euro-DRG rapport was een nuttige bron bij het vergelijken van de doelstellingen, designkenmerken en impact van de ziekenhuisfinancieringssystemen. In de huidige studie beperkt de **scope** zich tot landen die voldoen aan de volgende selectiecriteria:

- De prospectieve ziekenhuisfinanciering op basis van een bedrag per case is een nationaal systeem;
- Dit financieringssysteem is verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de ziekenhuisinkomsten (d.w.z. DRG's werden geïntroduceerd om ziekenhuizen te financieren, niet alleen maar als benchmarking tool of om de transparantie te verhogen);
- Informatie moet beschikbaar zijn in één van volgende talen: Frans, Nederlands, Engels of Duits.

Dit leidde tot de selectie van vier landen[d]: Engeland, Frankrijk, Duitsland en Nederland. Het Medicare programma in de V.S. werd eveneens geanalyseerd aangezien dit het eerste programma was dat prospectieve DRG-gebaseerde ziekenhuisfinanciering introduceerde en de (wetenschappelijke) evaluaties van de verschillende hervormingen van het programma goed gedocumenteerd zijn.

Een evaluatie van de sterktes en zwaktes van het huidige systeem van ziekenhuisfinanciering in België behoorde niet tot de opdracht van de Minister voor deze studie.

---

c Het Euro-DRG rapport is één van de producten van het EuroDRG project, gefinancierd onder het 7de kaderprogramma van de Europese Commissie (FP7).

d Hoewel Ierland deel uitmaakt van het Euro-DRG rapport en voldoet aan de selectiecriteria in deze studie, is het niet opgenomen in de vergelijkende analyse wegens de beperkte tijd waarbinnen deze studie moest uitgevoerd worden.

2. FINANCIERINGSSYSTEMEN OP BASIS VAN DRG's IN VIER EUROPESE LANDEN EN IN HET MEDICARE PROGRAMMA IN DE V.S.

Hervormingen in de manier waarop ziekenhuizen of medisch specialisten worden betaald kunnen belangrijke implicaties hebben voor de doelstellingen van het gezondheidsbeleid die in de inleiding werden vermeld, namelijk kwaliteitsvolle, toegankelijke en efficiënte gezondheidszorg. Elk financieringssysteem heeft verschillende inherente stimulansen die sterk het gedrag van ziekenhuizen of medisch specialisten kunnen beïnvloeden. De combinatie van drie parameters bepaalt de richting van deze stimulansen:[6]

1. Wordt de prijs of het budget prospectief (vóór de diensten worden verstrekt) of retrospectief (nadat de diensten werden verstrekt) bepaald?
2. Wordt de betaling prospectief of retrospectief uitgevoerd?
3. Is de betaling gerelateerd aan gebruikte inputs (kosten) of geproduceerde outputs (diensten/uitkomsten)?

In ziekenhuisfinancieringssystemen op basis van DRG's wordt de prijs per case vastgelegd vooraleer de diensten worden verstrekt maar de betaling gebeurt nadat de diensten werden geleverd. Financiering is gerelateerd aan outputs aangezien ze gebaseerd is op het aantal behandelde patiënten.

Prospectieve financieringssystemen op basis van DRG's werden echter ingevoerd in zeer verschillende gezondheidszorgsystemen en ziekenhuissectoren en elk DRG-systeem heeft zijn eigen specifieke kenmerken. Een overzicht van alle details van de DRG-systemen in de vijf landen valt buiten het bestek van dit rapport. We verwijzen de geïnteresseerde lezer naar het Euro-DRG rapport[4] en naar KCE-rapport 121 voor Engeland, Frankrijk en Duitsland[7]. In dit rapport ligt de nadruk op een aantal lessen die we kunnen leren uit de invoering en hervorming van financieringssystemen gebaseerd op DRG's.

Financiering van het gezondheidszorgsysteem

De landen die in dit rapport opgenomen zijn, kunnen worden gerangschikt in drie systemen volgens hun financieringsmechanisme (Tabel 1): Nationale Gezondheidsdienst ('National Health Service', NHS) met gezondheidszorg in hoofdzaak gefinancierd uit algemene belastingen (Engeland); Sociaal Zekerheidssysteem ('Social Health Insurance', SHI) met sociale zekerheidsbijdragen als voornaamste financieringsbron (Frankrijk, Duitsland en Nederland); het Medicare Part A-programma[e] of 'Hospital Insurance Program' in de V.S., voornamelijk gefinancierd door loonbelasting. Natuurlijk verbergt deze ruime classificatie de complexiteit van de systemen in de praktijk.

Het ziekenhuislandschap

Ook het ziekenhuislandschap is zeer verscheiden in de vijf landen, bijvoorbeeld wat betreft de eigendom van de ziekenhuizen (Tabel 1)[f]. Terwijl in Engeland ziekenhuizen meestal publieke instellingen zijn en in Nederland private instellingen zonder winstoogmerk, is het beeld in de andere drie landen eerder gemengd. In Frankrijk en Duitsland is de meerderheid van de ziekenhuizen een publieke instelling, terwijl in het Medicare programma dit geldt voor private ziekenhuizen zonder winstoogmerk. Tot voor kort was winstoogmerk niet toegestaan voor ziekenhuizen in Nederland. Het aandeel ziekenhuizen met winstoogmerk bedraagt ongeveer 16% in Duitsland en in het Medicare programma en loopt op tot 25% in Frankrijk.

---

[e] Het Medicare programma in de V.S. bestaat uit vier delen (Deel A, B, C en D). Alleen Deel A dekt ziekenhuiskosten.

[f] We verwijzen naar het wetenschappelijk rapport voor de referenties van de landeninformatie in de tabellen.

2.1. Basiskenmerken

Hoewel het systeem van ziekenhuisfinanciering en de vergoeding van medisch specialisten nauw met elkaar verbonden zijn, worden ze afzonderlijk beschreven. Delen 2.1 tot 2.3 verwijzen naar het ziekenhuisfinancieringssysteem en deel 2.4 naar de vergoeding van medisch specialisten.

Het **ziekenhuisfinancieringssysteem dat er was vóór de introductie van het prospectief systeem op basis van DRG's** in het Medicare programma in de V.S. was een retrospectief systeem gebaseerd op kosten (Tabel 1). Al in 1983 werd dit systeem vervangen door een Inpatient Prospective Payment System (IPPS) gebaseerd op DRG's. In de Europese landen werden ziekenhuizen gefinancierd via budgettering vóór de introductie van prospectieve financiering op basis van DRG's in het begin van de jaren 2000. In Engeland, Nederland (voor 2001), Duitsland en in de publieke en private ziekenhuizen zonder winstoogmerk in Frankrijk waren er vaste budgetten; in private ziekenhuizen met winstoogmerk in Frankrijk en in Nederland vanaf 2001 golden er flexibele budgetten.

In Engeland waren er verschillende types van contracten tussen de ziekenhuizen en de gezondheidsdiensten, maar het overheersende type waren de jaarlijkse blokcontracten waardoor ziekenhuizen een vaste som geld kregen, zonder aanpassingen voor wijzigingen in activiteit. De vaste geldsommen waren gebaseerd op historische financieringspatronen en niet op het werkelijk aantal behandelde patiënten. Ook in het systeem van Functiegerichte Budgettering in Nederland kregen de ziekenhuizen jaarlijks een prospectief bepaald budget. In 2001 werden de globale vaste budgetten vervangen door volumegebaseerde budgetten waarbij extra productie werd beloond met extra middelen. Ziekenhuizen in Duitsland werden gefinancierd met vaste en prospectief vastgelegde budgetten bestaande uit verpleegdagprijzen en een forfaitaire vergoeding per case en per procedure voor een beperkte lijst van ziekenhuisbehandelingen.

Deze budgetten werden onderhandeld met de ziekenfondsen. Indien echter de werkelijke activiteit van het ziekenhuis afweek van de onderhandelde activiteit, moest het ziekenhuis 75% van de forfaitaire vergoedingen per case of procedure terugbetalen en 85-90% voor de verpleegdagprijzen. Bij onderproductie kreeg het ziekenhuis 40% van het forfait terugbetaald. In Frankrijk werden openbare en private ziekenhuizen zonder winstoogmerk betaald op een globale budgetbasis, voornamelijk gebaseerd op historische kosten en ongeacht de werkelijke activiteit. Private ziekenhuizen met winstoogmerk daarentegen hadden een gespecificeerd systeem bestaande uit verpleegdagprijzen voor werkingskosten en geneesmiddelen en betaling per prestatie voor diagnostische en therapeutische procedures. Een jaarlijks streefbudget werd onderhandeld tussen ziekenhuizen en de overheid. Een overschrijding van het budget resulteerde in lagere tarieven en indien de uitgaven beneden de streefwaarde bleven, werden de tarieven verhoogd (prijs/volume controle).

Gezien de diversiteit van de vorige systemen, is het niet verrassend dat de belangrijkste doelstellingen en impact van de invoering van een financieringssysteem op basis van DRG's ook verschilden tussen de landen (zie deel 4). De **doelstellingen** zoals vermeld in officiële documenten worden in Tabel 2 weergegeven.

Tabel 1 – Basiskenmerken van de ziekenhuissector en het financieringssysteem op basis van DRG's in vijf landen

	Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
Gezondheidszorgsysteem	NHS[1]	SHI[2]	SHI	SHI	Medicare
Eigendomsrecht ziekenhuis	Meestal publiek	Publiek (66%)[3] Privaat zonder winstoogmerk (9%) Privaat met winstoogmerk (25%)	Publiek (49%)[4] Privaat zonder winstoogmerk (35%) Privaat met winstoogmerk (16%)	Meestal privaat zonder winstoogmerk	Publiek (15,5%)[3] Privaat zonder winstoogmerk (69%) Privaat met winstoogmerk (15,5%)
Ziekenhuisfinanciering vóór de introductie van financiering per case	Blokcontracten met vast budget gebaseerd op historische kosten	Publiek en private ziekenhuizen zonder winstoogmerk: vast budget gebaseerd op historische kosten Private ziekenhuizen met winstoogmerk: flexibel budget	Vast budget met verpleegdagprijzen en forfaitaire betalingen	Flexibel budget	Retrospectieve kostengebaseerde terugbetaling
Jaar van introductie	2003	2004	2003	2005	1983
Naam van DRG classificatiesysteem	Healthcare Resource Group (HRG)	Groupe Homogène de Malades (GHM)	German DRG (G-DRG)	Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)	Medicare severity DRG (MS-DRG)[5]
Geïmporteerd/nieuw ontwikkeld systeem	Nieuw ontwikkeld	Geïmporteerd en aangepast	Geïmporteerd en aangepast	Nieuw ontwikkeld	Nieuw ontwikkeld (origineel DRG systeem)
Overgangsperiode	5 jaar	Publieke en private ziekenhuizen zonder winstoogmerk: 4 jaar Private ziekenhuizen met winstoogmerk: geen overgangsperiode, maar prijsaanpassingen om overmatige budgetverlagingen te vermijden	7 jaar	Van 10% activiteiten in 2005 naar 70% in 2012	5 jaar

1 National Health Service; 2 Social Health Insurance; 3 In % van totale acute bedden; 4 In % van totale bedden; 5 Het MS -DRG systeem is een herziene versie (sinds 2008) van het originele DRG systeem

Tabel 2 – Doelstellingen van DRG-financiering zoals vermeld in officiële documenten in vijf landen

	Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
Hogere efficiëntie	x	x	x	x	x*
Hogere productiviteit					x
Hogere activiteit	x	x			
Billijke vergoeding van ziekenhuizen	x	x	x		
Transparante financiering	x		x	x	
Meer innovatie	x				
Betere kwaliteit	x		x	x	
Verminderen van overcapaciteit			x		x
Meer concurrentie tussen ziekenhuizen			x	x	
Betere toegankelijkheid			x	x	
Beperking van kosten					x

** Specifieke indicatoren werden gedefinieerd, zoals een kortere verblijfsduur; schaalvoordelen; concentratie van gespecialiseerde procedures in verwijscentra*

Sommige van de **patiëntenclassificatiesystemen (PCSs)** in de Europese landen vinden hun oorsprong in het originele of aangepaste DRG-systeem van de V.S. (Frankrijk en Duitsland); andere landen ontwikkelden nieuwe classificatiesystemen (Engeland en Nederland). Het Engelse systeem deelt wel de basiskenmerken van een DRG-systeem. Alleen het Nederlandse systeem is erg verschillend. In alle landen kregen de diagnosegerelateerde 'groepen' **nieuwe namen**.

Om de overgang naar de nieuwe financieringsmethode te vergemakkelijken, werd de financiering op basis van DRG's **in fasen over meerdere jaren ingevoerd**. In de meeste landen was de werkelijke overgangsperiode langer dan oorspronkelijk voorzien. In de overgangsperiode steeg het percentage activiteiten dat werd gefinancierd op basis van DRG's; werden ziekenhuisspecifieke kostengegevens geleidelijk vervangen door nationale gemiddelde gegevens; evolueerde het systeem van een budgetneutrale fase naar reële financiële verantwoordelijkheid van ziekenhuizen of werd DRG-financiering toegepast op andere zorgsettings (dagopname en ambulante zorg). Indien we de overgangsperiode definiëren in termen van het percentage activiteiten betaald op basis van DRG's, bevindt Nederland zich nog steeds in een overgangsperiode met 70% van de activiteiten gefinancierd door DRG's sinds 2012.

In Nederland en in Engeland werden **proefprojecten** voor een beperkt aantal interventies met lange wachtlijsten uitgevoerd vóór de introductie van DRG-financiering. Deze proefprojecten waren bedoeld om ervaring op te doen met de nieuwe financieringsmethode vooraleer ze daadwerkelijk te introduceren.

2.2. Scope van ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's

De scope van ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's verwijst naar de diensten en/of kosten opgenomen in de DRG-financiering per case. Echter, een 'case' wordt niet altijd op dezelfde manier gedefinieerd in de verschillende systemen. In Nederland zijn verschillende DBC's mogelijk tijdens een opname terwijl in andere landen ziekenhuizen slechts één bedrag per ziekenhuisopname krijgen. De financiering is over het algemeen gebaseerd op de belangrijkste diagnose of behandeling. Het DBC-systeem daarentegen voorziet een DBC voor elke diagnose-behandelcombinatie. Een DBC registreert het volledige zorgproces, vanaf de initiële consultatie of onderzoek tot de definitieve check-up binnen een medisch specialisme.

Tabel 3 toont duidelijk dat in geen enkel land alle diensten of kosten opgenomen zijn in de DRG-financiering. In de vijf landen is langdurige zorg niet opgenomen; klassieke opnames en dagopnames zijn altijd opgenomen. Alleen ruime categorieën van diensten of kosten waarvoor het huidige beleid verschillend is tussen de landen worden getoond in het eerste deel van Tabel 3 ('scope van DRG-financiering omvat').

De **vergoeding van medisch specialisten** is niet opgenomen in de DRG-financiering in het Medicare programma in de V.S. en in Franse private ziekenhuizen met winstoogmerk, in tegenstelling tot Engeland, Frankrijk (publieke en private ziekenhuizen zonder winstoogmerk) en Duitsland. In Nederland bepaalt het statuut van de medisch specialist of de vergoeding al dan niet is opgenomen. Voor medisch specialisten in loondienst is dit opgenomen; zelfstandige medisch specialisten worden meestal ook betaald op basis van DBC's maar geïntegreerde prijzen per DBC worden pas in 2015 ingevoerd. Het is opmerkelijk dat de vergoeding van medisch specialisten altijd opgenomen is in de DRG-financiering indien deze in loondienst werken, en niet of slechts na enkele jaren ervaring met de financieringsmethode als ze worden betaald per prestatie. De vergoeding van medisch specialisten wordt meer in detail behandeld in deel 2.4.

Alle landen, behalve Duitsland, nemen (een deel van) de **investeringskosten** op in de DRG-financiering. In Duitsland worden investeringskosten zoals ziekenhuisgebouwen, bedden of medische apparatuur met een economische levensduur van meer dan drie jaar betaald door subsidies van de deelstaten ('Länder'). In Frankrijk moeten ziekenhuizen kapitaalinvesteringen financieren uit de DRG-financiering maar publieke ziekenhuizen krijgen specifieke financiering om grote investeringsplannen, opgelegd door ziekenhuishervormingen, te financieren. Er is echter geen duidelijke informatie over de grootte van het aandeel van de investeringskosten dat wordt gefinancierd door deze alternatieve stroom.

Geestelijke gezondheidszorg en revalidatiezorg zijn meestal niet opgenomen in de DRG-financiering voor acute ziekenhuiszorg, maar de meeste landen breiden het concept van DRG's uit tot deze diensten, zij het met een apart classificatiesysteem. Het toepassen van dezelfde principes als in de klassieke systemen op basis van DRG's – patiënten classificeren in kostenhomogene groepen gebaseerd op diagnoses en procedures en het financieren van ziekenhuizen op basis van de berekende gemiddelde kost van patiënten in deze groepen – voor patiënten met geestelijke stoornissen wordt vaak als ongewenst beschouwd aangezien de duur van de opname en de behandelingsmodaliteiten sterk kunnen verschillen. Aparte classificatiesystemen werden ontwikkeld in Nederland en in het Medicare programma in de V.S., dit is gepland voor 2014 in Duitsland (geestelijke gezondheidszorg) en ook in Frankrijk en Engeland werden enkele initiatieven genomen. In Nederland is de financiering voor curatieve geestelijke gezondheidszorg (eerste 365 dagen) gebaseerd op DBC's sinds 2008 en sinds 2009 voor revalidatiezorg, maar tot 2012 voor revalidatiezorg en tot 2013 voor geestelijke gezondheidszorg werd een budgetteringssysteem toegepast. Vanaf dan was er in beide sectoren een geleidelijke overgang naar een financieringssysteem op basis van prestaties (aantal DBC's).

Ook het beleid voor **ambulante zorg** verschilt aanzienlijk tussen de landen. In Frankrijk wordt ambulante zorg volledig uitgesloten uit de DRG-financiering terwijl deze zorg in Engeland en Nederland volledig geïntegreerd is. De DRG-financiering is evenmin beperkt tot de klinische opnameperiode in Medicare en Duitsland maar omvat ook zorg door het ziekenhuis verleend voor en na de opname. In het Medicare programma is ambulante zorg verstrekt door het ziekenhuis van opname binnen de drie dagen voorafgaand aan een klinische opname in de DRG opgenomen; in Duitsland betreft dit een periode van vijf dagen voor en 14 dagen na de opname.

DRG-gebaseerde financiering vormt nooit de totaliteit van de ziekenhuisinkomsten. De diensten en kosten vermeld in de vorige paragrafen zijn voorbeelden van bijkomende financiering voor patiënten die niet geclassificeerd zijn in het DRG-systeem (bv. zorg voor ambulante patiënten, geestelijke gezondheidszorg, revalidatiezorg) en voor uitgesloten kosten (bv. vergoeding van medisch specialisten in het Medicare programma of investeringskosten). Ziekenhuizen worden ook gefinancierd voor niet-patiënt gebonden zorgactiviteiten zoals **onderwijs, medische opleiding en onderzoek**. Ten slotte wordt bijkomende financiering of een toeslag betaald voor activiteiten voor patiënten opgenomen in de DRG-classificatie zoals **technologische innovaties, gespecialiseerde diensten, dure geneesmiddelen en hulpmiddelen en intensieve zorgeenheden**.

In het Medicare programma ontvangen ziekenhuizen die een hoog percentage **patiënten met een laag inkomen** behandelen een procentuele toeslag op het bedrag per DRG in het IPPS. Dergelijke bijkomende financiering werd niet aangetroffen in de andere vier landen.

Tabel 3 – Scope van ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's in vijf landen (2013)

	Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
Aantal bedragen per ziekenhuisopname	Eén[1]	Eén	Eén	Verschillende bedragen zijn mogelijk	Eén
Scope van DRG-financiering omvat					
Vergoeding medisch specialist	Ja	Ja in publieke en private ziekenhuizen zonder winstoogmerk Neen in private ziekenhuizen met winstoogmerk	Ja	Ja[2]	Neen
Investeringskosten	Ja	Gedeeltelijk	Neen	Ja	Ja
Geestelijke gezondheidszorg	Neen, maar enkele initiatieven	Neen, maar enkele initiatieven	Afzonderlijk systeem is gepland	Afzonderlijk systeem	Afzonderlijk systeem
Revalidatiezorg	Enkel voor sommige types revalidatie[3]	Neen, maar enkele initiatieven	Ja	Afzonderlijk systeem	Afzonderlijk systeem
Ambulante zorg	Ja	Neen	Neen, behalve zorg verleend in het ziekenhuis 5 dagen voor en 14 dagen na opname	Ja	Neen, behalve zorg verleend in het ziekenhuis 3 dagen voor opname
Buiten de scope van DRG-financiering maar bijkomende financiering voor					
Onderwijs en medische opleiding/onderzoek	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dure geneesmiddelen en hulpmiddelen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
ICU[4]	Ja	Ja	Neen[5]	Ja	Neen
Hooggespecialiseerde diensten	Ja	Neen	Ja	Neen	Neen
Innovatieve technologieën	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

1 In de laatste versie van HRG's (Healthcare Resource Groups) zijn 'unbundled' HRGs mogelijk voor bv. dure geneesmiddelen en hulpmiddelen; 2 De vergoeding van medisch specialisten en het verband met de DBC-financiering wordt behandeld in deel 2.4; 3 Revalidatie in specifieke revalidatieziekenhuizen is niet opgenomen in de DRG-financiering maar vroege revalidatie in acute ziekenhuizen wel; 4 ICU = intensive care unit (intensieve zorgeenheid); 5 Naast specifieke DRG's voor opnames in intensieve zorg zonder een specifieke diagnose, geldt een criterium voor de splitsing van DRG's voor de ICU.

2.3. Kostenbepaling: data en methode

Alle ziekenhuisfinancieringssystemen op basis van DRG's bouwen op twee mechanismen: de bepaling van het ziekenhuisproduct en de bijhorende prijs. Sommige kenmerken van het ziekenhuisproduct in de vijf landen zijn beschreven in delen 2.1 en 2.2. Dit deel weidt uit over de prijs en meer specifiek over de kostengegevens waarop de financiering per DRG gebaseerd is.

Als eerste stap bij het bepalen van het bedrag per DRG wordt een monetaire waarde toegekend aan de middelen die werden gebruikt om een patiënt te behandelen. **Waarderingsmethodes** zijn gebaseerd op kosten of op prijzen (soms honoraria, tarieven of lasten genoemd). Hoewel lasten en kosten in de literatuur onderling uitwisselbaar als synoniemen worden gebruikt, hebben ze verschillende betekenissen. Lasten kunnen al dan niet het werkelijke gebruik van middelen of kosten weerspiegelen. Kosten zijn de hoeveelheid uitgaven die werden gemaakt voor of die toerekenbaar zijn aan een bepaald product of activiteit. Idealiter zou de DRG-financiering een weerspiegeling moeten zijn van de werkelijke (gemiddelde) ziekenhuiskosten voor een specifieke case en de behandeling ervan, aangezien de prijzen ook kunnen resulteren uit de historische onderhandelingsmacht van zorgverleners of politieke onderhandelingen, en dus de werkelijke kosten kunnen overschatten of onderschatten. Aangezien de meeste landen een slecht ontwikkeld systeem hadden om hun kosten te berekenen op het ogenblik van de invoering van een ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van DRG's, werd de implementatie van dit laatste in fasen doorgevoerd over een overgangsperiode van meerdere jaren.

Over het algemeen lijkt er een compromis te zijn tussen het garanderen van kwaliteitsvolle **kostengegevens**, het aantal ziekenhuizen dat de kostengegevens inzamelt (de steekproefgrootte) en de uniformiteit in kostenberekening tussen ziekenhuizen.

In alle landen worden **outliers** (gebaseerd op kosten of opnameduur) afzonderlijk gefinancierd, behalve in Nederland waar het probleem van outliers wordt opgelost door een nieuwe DBC te openen voor een nieuwe diagnose- en behandelcombinatie. In de andere landen is er slechts één bedrag per ziekenhuisopname.

Tabel 4 – Inzameling van kostengegevens in vijf landen (2013)

	Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
Kostengegevens					
Steekproefgrootte	Verplichte deelname 100%	Vrijwillige deelname 20% van opnames in publieke ziekenhuizen en 5% van opnames in private ziekenhuizen	Vrijwillige deelname 15% van ziekenhuizen	Verplichte deelname 100%	Verplichte deelname 100%
Kostprijsberekening	Verplichte kostenrapportering	Gemeenschappelijke boekhoudregels	Gemeenschappelijke boekhoudregels	Verplichte kostenrapportering	Officiële formulieren kostenrapportering
Achterstand kostengegevens	3 jaar	2 jaar	2 jaar	2 jaar	2 jaar

2.4. Vergoeding van medisch specialisten

De vergoeding van de activiteiten van medisch specialisten is opgenomen in de DRG-financiering in Engeland, Duitsland en Frankrijk (alleen voor publieke en private ziekenhuizen zonder winstoogmerk). In deze landen werken medisch specialisten in loondienst terwijl in het Medicare programma in de V.S. en in private ziekenhuizen met winstoogmerk in Frankrijk ze per prestatie worden betaald. In beide landen gebeuren de betalingen per prestatie apart van de DRG-financiering. In Nederland bepaalt het statuut van de medisch specialisten of hun vergoeding al dan niet is opgenomen in de DRG-financiering (zie Tabel 3 en Tabel 5).

In Frankrijk en het Medicare programma worden honoraria berekend op basis van een schaal (de 'resource-based relative value scale', RBRVS) waarin een onderscheid gemaakt wordt tussen een professionele component (tijd en vaardigheid van de medisch specialist evenals de intensiteit en stress verbonden aan de dienst) en praktijkkosten (bv. huur kantoor, personeelskosten). Een gedetailleerde beschrijving van de berekening van de honoraria wordt gegeven in het wetenschappelijk rapport.

De **vergoeding van zelfstandige medisch specialisten in Nederland** is het laatste decennium meermaals gewijzigd. Vóór de invoering van het DBC-systeem kregen ziekenhuizen een forfaitaire financiering, op basis van historische inkomsten, die ze moesten verdelen onder hun specialisten. Door de toenemende wachtlijsten werd een kleine productiestimulans ingebouwd in de forfaitaire financiering. Met de introductie van het DBC-systeem werd de forfaitaire financiering geleidelijk vervangen door inkomsten gebaseerd op het geproduceerde aantal DBC's.

Tussen 2008 en 2011 werd voor alle zelfstandige medisch specialisten een norminkomen berekend op basis van een uniform uurtarief (ook bestaande uit een professionele component en praktijkkosten zoals in Frankrijk en het Medicare programma) en een normatieve tijd per DBC. Het werkelijk inkomen was echter afhankelijk van het aantal geproduceerde DBC's. Budgetoverschrijdingen in 2008 en 2009 leidden tot een verlaging van de honoraria in 2010 en een nieuw budgetteringssysteem vanaf 2012 om toekomstige budgetoverschrijdingen te voorkomen. In de overgangsperiode 2012-2014 mag het macrobudget voor de vergoeding van medisch specialisten maximaal 2,5% per jaar toenemen. Het macrobudget wordt over de ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC) verdeeld op basis van historische inkomsten. De ZBC zijn in het macrobudget opgenomen om strategische substitutie tussen ziekenhuizen en ZBC te vermijden. Het omzetplafond per instelling wordt vervolgens over de medisch specialisten verdeeld, waarbij de inkomsten van medisch specialisten bestaan uit een vast bestanddeel (75-85%) voor de vergoeding van productie (aantal DBC's) en een variabel bestanddeel (15-25%) voor de vergoeding van bv. praktijkkosten, opleiding, kwaliteit of innovatie. Vanaf 2015 zullen integrale tarieven voor de ziekenhuizen en medisch specialisten worden ingevoerd. De opeenvolgende hervormingen van de vergoeding van zelfstandige medisch specialisten in Nederland illustreren de zoektocht naar het op **één lijn brengen van de prikkels voor het ziekenhuismanagement en de medisch specialisten** door middel van het financieringssysteem.

In het Medicare programma zijn initiatieven om de betaling per prestatie af te stemmen op de groei van het bruto nationaal product mislukt wegens weerstand van de artsen(organisaties).

Tabel 5 – De vergoeding van medisch specialisten in vijf landen (2013)

	Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare V.S.
Vergoedingssysteem	In loondienst	Publieke en private ziekenhuizen zonder winstoogmerk: in loondienst Private ziekenhuizen met winstoogmerk: betaling per prestatie • Professionele component • Praktijkkosten	In loondienst (met private honoraria voor private medische behandelingen)	In loondienst Zelfstandige medisch specialisten: aantal geproduceerde DBC's[1] met normatief uurtarief en normatieve tijd	Betaling per prestatie • Professionele component • Praktijkkosten • Medische fouten (verzekeringspremies)

1 DBC = Diagnose Behandel Combinatie

2.5. Oprichting van een DRG-instituut

In de vijf landen zijn één of meerdere onafhankelijke instituten opgericht die verantwoordelijk zijn voor het beheer en de controle van het DRG-systeem. Deze 'DRG-instituten' hebben verschillende taken en verantwoordelijkheden, maar ze zijn allen betrokken bij de inzameling en controle van gegevens; de ontwikkeling van het systeem van kostenberekening; de berekening en updates van DRG kostengewichten of prijzen. Het Duitse INeK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) wordt gefinancierd door voor elke DRG een toeslag van €0,13 aan te rekenen. Andere instituten krijgen een subsidie van het Ministerie van Gezondheid, bv. het Nederlandse instituut DBC-Onderhoud, verantwoordelijk voor de ontwikkeling en het onderhoud van het DBC-systeem, kreeg een subsidie van 13,6 miljoen euro in 2012.

In sommige landen krijgen ziekenhuizen die kostengegevens inzamelen geld voor hun inspanningen. In Frankrijk wordt een specifiek budget toegekend om salarissen van financiële controleurs van het ziekenhuis te betalen. In Duitsland krijgen ziekenhuizen die vrijwillig deelnemen aan de inzameling van kostengegevens een forfaitair bedrag plus een variabel bedrag volgens het aantal cases en de kwaliteit van de gegevens. Beide betalingen worden gefinancierd door middel van een toeslag van €0,97 per DRG. In Nederland worden de kosten van de ziekenhuizen die vrijwillig gegevens inzamelen ook gefinancierd door het DBC-systeem.

3. ZIEKENHUISSTRATEGIEËN IN EEN FINANCIERINGSSYSTEEM OP BASIS VAN DRG's

3.1. Responsstrategieën van ziekenhuizen op DRG-financiering

In essentie komen de meeste ziekenhuisfinancieringssystemen op basis van DRG's erop neer dat de ziekenhuizen een gemiddelde prijs krijgen voor een specifiek ziekenhuisproduct dat bestaat uit een groep diagnoses en/of behandelingen. In theorie stimuleert deze financieringsmethode de ziekenhuizen om (1) de kosten per behandelde patiënt te verlagen; (2) de inkomsten per patiënt te verhogen en (3) het aantal patiënten te verhogen.[4] De hieruit resulterende responsstrategieën van de ziekenhuizen kunnen een positieve of een negatieve impact hebben op de doelstellingen van het DRG-financieringssysteem.

Tabel 6 geeft een overzicht van mogelijke ziekenhuisstrategieën als reactie op de prikkels van dergelijk systeem. De tweede kolom geeft een algemene beschrijving van de strategie, terwijl in de derde kolom de strategie wordt geconcretiseerd. De selectie van concrete strategieën is gebaseerd op Tabel 6.3 in Busse et al.[4] maar sommige concrete strategieën werden geclassificeerd onder een andere algemene strategie, en de lijst van mogelijke strategieën werd aangepast. Voor elke concrete strategie geeft een plus- of minteken aan of de strategie een positieve of negatieve impact heeft op de doelstellingen van financiering op basis van DRG's. De vierde tot achtste kolom tonen of de concrete strategie werd gevolgd in de vijf landen. 'Ja' betekent dat we bewijs vonden dat de strategie werd gevolgd, 'neen' dat ze niet werd gevolgd en een '-' betekent dat we geen bewijs voor de concrete strategie aantroffen. Zelfs al werd geen bewijs gevonden voor een specifieke strategie, voegden we de strategie toe in Tabel 6 omdat ook het feit dat mogelijke strategieën niet werden onderzocht, informatief kan zijn. De evaluatie van de ziekenhuisstrategieën in de vijf landen is voornamelijk, maar niet uitsluitend, gebaseerd op rapporten van officiële instanties.

De eerste stimulans om de **kosten per patiënt te verminderen** ontstaat doordat de ziekenhuisfinanciering voor een patiënt in een specifieke DRG niet afhangt van de kosten van het individuele ziekenhuis om diensten voor die patiënt te verstrekken. De kosten per patiënt kunnen worden verminderd door de opnameduur te verminderen, de intensiteit van de geleverde diensten te verminderen en door specifieke patiënten te selecteren. Vier van de vijf landen optimaliseerden hun zorgsetting door meer diensten in dagopname of via ambulante zorg te verstrekken. Voor de andere strategieën om de opnameduur te verminderen, zijn de resultaten minder duidelijk of meer uiteenlopend tussen de landen. Ongeoorloofde vroegtijdige ontslagen, die één van de belangrijkste mogelijke negatieve gevolgen kunnen zijn van financieringssystemen op basis van DRG's, lijken geen probleem te zijn in Duitsland; in het Medicare programma was er geen toename van het aantal heropnames maar wel van het aantal patiënten dat in een onstabiele toestand ontslagen werd; in Engeland tonen de studies uiteenlopende resultaten; in Frankrijk werd een stijgend percentage heropnames vastgesteld voor bepaalde specifieke interventies.

Strategieën om de intensiteit van de geleverde diensten te verminderen zijn nauwelijks gedocumenteerd, behalve wat betreft strategieën voor patiëntenselectie. Harde bewijzen voor patiëntenselectie werden niet gevonden, maar er bestaat een mogelijk gevaar dat behandelcentra in Engeland patiënten die minder risico's opleveren, gaan selecteren. Deze centra leveren voornamelijk eenvoudige, geplande zorg, en zijn gespecialiseerd in één of twee hoogvolume procedures.

De tweede stimulans om de **inkomsten per patiënt te verhogen** kan worden bereikt door de coderingspraktijk te wijzigen of door het afwentelen van kosten. De codering van diagnoses en procedures verbeterde dank zij de DRG-financiering, maar de optimalisatie van de coderingspraktijk gebeurde ook op een ongerechtvaardigde manier (up-coding). In de beginjaren van DRG-financiering in het Medicare programma kwam het afwentelen van kosten voor, maar recent bewijs is inconsistent.

Bewijs over de derde stimulans om het **aantal patiënten te verhogen** heeft voornamelijk betrekking op wachtlijsten. In Engeland is het onduidelijk in welke mate wachttijden verminderden door het ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van DRG's of door andere beleidsmaatregelen zoals streefwachttijden (zie deel 3.2). In Nederland bestond al een actief beleid om de wachttijden te verminderen vóór de introductie van het DBC systeem. Ze zijn ook een onderdeel van het onderhandelingsproces tussen verzekeraars en ziekenhuizen, naast de prijs en het volume van DBC's. In de vier Europese landen nam de activiteit toe na de invoering van de DRG-financiering. In een aantal landen was er echter reeds voor het nieuwe financieringssysteem werd ingevoerd, een volumetoename vastgesteld.

Tabel 6 – Stimulansen van ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's en ziekenhuisstrategieën in vijf landen

Stimulansen voor ziekenhuizen van DRG financiering	Ziekenhuisstrategieën		Werd de strategie gevolgd? Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
Kosten per patiënt verminderen	**Opnameduur verkorten**	Zorgsetting optimaliseren (dagopname/ ambulante zorg) (+)	Ja	Ja, maar zwak effect	Ja	Ja	Ja
		Zorgpaden in ziekenhuis optimaliseren (+)	-	Neen	Ja	-	-
		Zorgintegratie/ zorgcoördinatie door transfer van ziekenhuis naar andere zorgverleners (+)	-	-	-	-	-
		Ongeoorloofd vroegtijdig ontslag (-)	Toename percentage heropnames	Toename percentage heropnames	Neen	-	Geen toename percentage heropnames of

Stimulansen voor ziekenhuizen van DRG financiering	Ziekenhuisstrategieën		Werd de strategie gevolgd? Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
			maar onduidelijk indien gerelateerd aan financiering	binnen de 30 dagen voor specifieke interventies			impact op mortaliteit na een jaar maar meer patiënten ontslagen in onstabiele toestand
	Intensiteit van verstrekte diensten verminderen	Noodzakelijke diensten onthouden (kwaliteit/ onderbehandeling) (-)	-	-	-	-	-
		Vermijden van niet-noodzakelijke diensten of onderbenutten van beschikbare ziekenhuiscapaciteit (+)	-	-	-	-	Afname aantal ziekenhuisbedden maar geen toename in bezettingsgraad van het ziekenhuis
	Selecteren van patiënten	Vermijden van niet-winstgevende patiënten (dumping) (-)	Neen, behalve potentieel in behandelcentra, aangezien zij exclusiecriteria voor patiënten kunnen toepassen	Bij wet verboden in publieke ziekenhuizen; geen vroegtijdig ontslag van dure patiënten	-	-	-

Stimulansen voor ziekenhuizen van DRG financiering	Ziekenhuisstrategieën		Werd de strategie gevolgd? Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
		Selecteren van patiënten met lagere kosten binnen DRG's (cream-skimming) (-)	Neen, behalve potentieel in behandelcentra, aangezien zij exclusiecriteria voor patiënten kunnen toepassen	-	Neen	-	-
		Specialiseren in het behandelen van patiënten voor wie het ziekenhuis een concurrerend voordeel heeft (-)	-	Neen	Wijzigingen in structuur van het ziekenhuis en toename van de case-mix maar relatie met financiering onduidelijk	-	Toename van gespecialiseerde diensten en van de case-mix maar relatie met financiering onduidelijk
Opbrengst per patiënt verhogen	**Wijzigen van codeerpraktijk**	Verbeteren codering van diagnoses en procedures (+)	-	Ja	Ja	Ja	Ja
		Ongerechtvaardigde classificatie van patiënten (-)	Neen	Ja	Ja	Ja	Ja, meer waarschijnlijk in ziekenhuizen met winstoogmerk
	Afwentelen van kosten	Hogere prijzen voor diensten voor private patiënten omwille van onderbetaling voor Medicare diensten (-)	-	-	-	-	Ja, in de eerste jaren

Stimulansen voor ziekenhuizen van DRG financiering	Ziekenhuisstrategieën		Werd de strategie gevolgd? Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
Aantal patiënten verhogen	**Wijzigen van opnameregels**	Verminderen van wachtlijsten (+)	Ja, maar bijdrage financiering onduidelijk	-	-	Ja	-
		Zorg opsplitsen in meerdere opnames (-)	-	-	-	-	-
		Patiënten opnemen voor onnodige diensten (aanbod-geïnduceerde vraag) (-)	-	Geen bewijs, maar vermoeden voor cataract	-	Ja	
			Toename in volume begonnen voor invoering van DRG-financiering, ook toename globaal ziekenhuisbudget	Toename in volume maar niet uitsluitend door DRG-financiering	Toename in volume begonnen voor invoering van DRG-financiering	Ja	Neen

Bron: Aangepaste versie van Tabel 6.3 in Busse et al. (2011)[4]

3.2. Begeleidende beleidsmaatregelen voor ziekenhuisstrategieën

In alle landen werden beleidsmaatregelen genomen om ziekenhuisstrategieën met een mogelijk positieve impact op de doelstellingen van DRG-financiering te stimuleren of om strategieën met ongewenste effecten te ontmoedigen. Een selectie van ziekenhuisstrategieën waarvoor concrete maatregelen werden gevonden, zijn opgenomen in Tabel 7.

De meeste beleidsmaatregelen hebben betrekking op strategieën die zich richten op een **vermindering van de opnameduur**. Voorbeelden van beleidsmaatregelen om dagopnames of ambulante zorg te stimuleren zijn het toepassen van eenzelfde tarief in verschillende zorgsettings; het toepassen van een hoger tarief voor dagopnames of ambulante zorg voor bepaalde procedures ('Appropriate settings best practice tariffs (BPT)' in Engeland); voorafgaande goedkeuring om sommige chirurgische interventies tijdens een klassieke opname uit te voeren. In Nederland worden substitutie-effecten tussen klassieke opnames, dagopnames en ambulante zorg beter geharmoniseerd in het DBC-systeem zelf.

Om zorgtrajecten in het ziekenhuis te optimaliseren, voerde de Engelse overheid het 'streamlined pathway best practice tariffs (BPT)' in voor cataract om het aantal ambulante afspraken na chirurgie te verminderen. Eveneens in Engeland zijn er diverse tarieven om zorgintegratie en zorgcoördinatie te bevorderen via de transfer van zorg van het ziekenhuis naar andere zorgverleners: 'post discharge tariffs' voor vier revalidatietrajecten; 'maternity pathway tariffs' voor moederschapstrajecten waardoor ziekenhuizen worden betaald voor alle zwangerschapsgerelateerde zorg zonder verdere betaling voor individuele activiteiten. Ook hier zorgt de specifieke structuur van het DBC-systeem in Nederland, waarbij diagnose en behandeling gecombineerd zijn in één zorgproduct, voor het ontmoedigen van een cumulatie van betalingen voor individuele activiteiten. In Medicare wordt zorgintegratie aangemoedigd door middel van 'bundled payments' waardoor de financiering voor meerdere diensten tijdens één zorgperiode gebundeld wordt.

Ten slotte werden volgende maatregelen ontwikkeld om ongeoorloofd vroegtijdig ontslag te voorkomen: lagere drempels voor opnameduur waardoor het ziekenhuis een lager bedrag per DRG ontvangt indien de patiënt vroeger dan de drempelwaarde ontslagen wordt; lagere financiering in geval van heropname.

Om strategieën voor **patiëntenselectie** te voorkomen, ontvangen ziekenhuizen die een hoog percentage patiënten met een laag inkomen behandelen, een hogere financiering in het Medicare programma in de V.S.

Alle landen passen controlemechanismen en boetes toe om strategieën van **up-coding** tegen te gaan of om te vermijden dat patiënten worden opgenomen voor **onnodige diensten**.

In Nederland en Engeland zijn diverse maatregelen genomen om de **wachttijden** binnen aanvaardbare grenzen te houden.

Tabel 7 – Ziekenhuisstrategieën en gerelateerde beleidsmaatregelen in vijf landen

Ziekenhuisstrategieën	Beleidsmaatregelen
Zorgsetting optimaliseren (dagopname/ambulante zorg) (+)	• Zelfde tarief voor klassieke opname en dagopname voor een selectie van DRG's (Frankrijk) • Sommige chirurgische ingrepen moeten vooraf goedkeuring krijgen van de ziekteverzekering om in een klassieke opname uitgevoerd te kunnen worden (Frankrijk) • 'Appropriate settings best practice tariffs (BPT)' (Engeland)
Zorgpaden in ziekenhuis optimaliseren (+)	• 'Streamlined pathway best practice tariffs (BPT)' (Engeland)
Zorgintegratie/zorgcoördinatie door transfer van ziekenhuis naar andere zorgverleners (+)	• 'Streamlined pathway best practice tariffs (BPT)', 'post discharge tariffs', 'maternity pathway tariffs' (Engeland) • Ziekenfondsen kunnen zorgintegratie promoten via contracten met zorgverleners uit verschillende sectoren (Duitsland) • 'Bundled payments' die intramurale diensten en diensten na ontslag tijdens een zorgperiode omvatten (Medicare)
Ongeoorloofd vroegtijdig ontslag (-)	• Invoeren van een drempel voor opnameduur (Frankrijk) • Geen extra financiering voor heropnames binnen de 30 dagen (Engeland en Duitsland) • Verminderde financiering voor buitensporige heropnames met betrekking tot patiënten met acuut myocardinfarct, hartfalen, en longontsteking (Medicare)
Selecteren van patiënten (-)	• Mogelijke tariefvermindering in geval van patiëntenselectie resulterend in gemiddeld lagere kosten (Engeland) • Aangepaste financiering voor ziekenhuizen die een hoog percentage patiënten met een laag inkomen behandelen (Medicare)
Ongerechtvaardigde classificatie van patiënten (-)	• Controle en boetes (alle landen)
Verminderen van wachtlijsten (+)	• Streefwachttijden (Engeland) • Oprichting van behandelcentra voor routineprocedures voor patiënten met een korte opnameduur (Engeland) • Aanvaardbare wachttijden ('Treeknormen') (Nederland) • Verplicht publiceren van gemiddelde te verwachten wachttijden voor ambulante klinische diagnose en behandeling (Nederland) • Door de overheid gesponsord gezondheidszorgportaal met informatie over wachttijden in ziekenhuizen (Nederland)

Ziekenhuisstrategieën	Beleidsmaatregelen
Zorg opsplitsen in meerdere opnames (-)	• Tariefvermindering indien heropname binnen de 3 dagen in hetzelfde ziekenhuis/in dezelfde DRG (Frankrijk)
Patiënten opnemen voor onnodige diensten (aanbodgeïnduceerde vraag) (-)	• Opvolgen van het gebruik van bepaalde procedures binnen een regio. Richtlijnen werden ontwikkeld voor procedures waarvan het gebruik een grote regionale variabiliteit kent (Frankrijk) • Controles en boetes voor niet medisch te rechtvaardigen opnames/diensten (Medicare) • Onderhandelingen tussen ziekenfondsen en ziekenhuis over volume. Productie boven onderhandeld volume moet (gedeeltelijk) terugbetaald worden (Duitsland en Nederland) • Controle op onnodige opnames (Medicare)

4. EVALUATIE VAN DE IMPACT VAN ZIEKENHUISFINANCIERING OP BASIS VAN DRG's

De vijf landen delen enkele gemeenschappelijke doelstellingen van de introductie van een ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van DRG's, zoals het versterken van de transparantie, het verhogen van de efficiëntie en, in mindere mate, het verbeteren van de kwaliteit. Alleen in het Medicare programma in de V.S. was kostenbeheersing een beleidsdoelstelling. Een evaluatie van de impact van de nieuwe financieringsmethode op deze doelstellingen is echter niet eenvoudig. Ten eerste zijn er vaak geen geschikte gegevens om een dergelijke evaluatie uit te voeren. Ten tweede kan een verbetering in een vooropgestelde doelstelling ook het gevolg zijn van specifieke beleidsmaatregelen die werden genomen om die doelstelling te bereiken (zie Tabel 7). Ten derde werden de doelstellingen vaak in algemene termen geformuleerd, zonder het exacte streefdoel duidelijk te definiëren. Dit geldt vooral voor kwaliteit en efficiëntie. De resultaten in Tabel 8 zijn voornamelijk, maar niet exclusief, gebaseerd op rapporten door officiële instanties (een '-' duidt aan dat we geen onderzoek vonden dat de impact op de specifieke doelstelling evalueert).

De **transparantie** is substantieel verbeterd omdat de informatie over ziekenhuisproducten en bijhorende prijzen toegenomen is in vergelijking met het systeem dat bestond vóór de introductie van DRG's. Dit geldt in het bijzonder voor landen die traditioneel gebruik maakten van globale budgetten als ziekenhuisfinancieringsmethode. Met de introductie van nieuwe zorgproducten in 2012 in Nederland werd het aantal DBC's verminderd tot ongeveer 4 400 zorgproducten omdat het oorspronkelijke classificatiesysteem als te ingewikkeld en niet beheersbaar werd beschouwd (ongeveer 30 000 DBC's werden in de praktijk toegepast). De andere landen hebben hun aantal DRG's sinds de introductie van het systeem verhoogd. In Duitsland werd hierdoor het systeem als complexer beoordeeld. Onduidelijke regels voor het openen van een nieuwe DBC voor één enkele patiënt (Nederland) of onduidelijke regels voor het bepalen van de prijzen (het al dan niet opnemen van investeringskosten in Frankrijk) maakte het systeem minder leesbaar.

Het verhogen van de **efficiëntie** was een andere gemeenschappelijke beleidsdoelstelling. Efficiëntie is echter een ruim gebruikte term met verschillende betekenissen. In de officiële documenten die de impact op de efficiëntie van een ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's evalueerden, werden een aantal partiële indicatoren voor efficiëntie aangetroffen, die de technische efficiëntie en het ruimere concept van productiviteit aanvulden: niveau van activiteit; verblijfsduur; totale ziekenhuiskosten; kosten per geval. De resultaten voor kostenefficiëntie en productiviteit zijn gemengd; de activiteit nam toe in de Europese landen (voorheen globale budgetten) en daalde in het Medicare programma in de V.S. (voorheen betaling per prestatie); de verblijfsduur verminderde maar het is niet altijd duidelijk of dit nu al dan niet werd veroorzaakt door het nieuwe financieringssysteem; de impact op totale ziekenhuiskosten was bescheiden.

De impact op **kwaliteit** is onduidelijk omdat vaak de gegevens ontbreken om te vergelijken met het vroegere financieringssysteem of omdat de impact slechts voor een beperkt aantal interventies werd onderzocht. Net zoals efficiëntie is zorgkwaliteit een multidimensionaal concept waardoor het moeilijk kan worden geëvalueerd indien er geen duidelijke definitie wordt gegeven. Het beperkte bewijs voor specifieke kwaliteitsindicatoren lijkt er op te wijzen dat er geen nadelige invloed was op de zorgkwaliteit. In de meeste landen was er geen toename van het aantal heropnames. Bovendien daalde de ziekenhuissterfte en de 30-dagen sterfte maar deze kwaliteitsverbetering kan niet met zekerheid toegeschreven worden aan de DRG-financiering.

De allocatie van middelen was in vergelijking met het vroegere systeem van budgettering in Europa meer in overeenstemming met de gepresteerde diensten en wordt daarom als **billijker** beoordeeld. Het financieringssysteem op basis van DRG's in het Medicare programma in de V.S. wordt eveneens als billijker beschouwd omdat er een aanpassing is van het bedrag per DRG indien een ziekenhuis een hoog percentage patiënten met een laag inkomen behandelt.

We troffen geen bewijs aan voor een **selectieve behandeling van patiënten**. In Nederland daalden de **wachttijden** maar de impact van het DBC-systeem kan niet worden losgekoppeld van bijkomende beleidsmaatregelen.

Tabel 8 – Evaluatie van de impact van een ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's in vijf landen

	Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
Transparantie	*Positieve impact	Positieve impact maar proces van prijsbepaling niet transparant	*Positieve impact maar minder leesbaar door toenemend aantal DRG's	*Positieve impact maar minder leesbaar door groot aantal DBC's (voor 2012) en onduidelijke coderingsregels	-
Efficiëntie	*	*	*	*	*
• **Technische efficiëntie/ productiviteit**	-	Groei productiviteit voor openbare ziekenhuizen; Onduidelijke impact van productiviteit voor private ziekenhuizen	-	Gemengde impact op efficiëntie: daling van de prijs maar volumetoename	Geen verbetering
• **Activiteit**	Toename van percentage dagopname	*Toename reeds begonnen voor invoering DRG-financiering Beperkte toename percentage dagopname	Toename	Toename	Afname
• **Verblijfsduur**	Verlaging maar ook andere verklarende factoren	Verlaging	Verlaging reeds begonnen voor invoering DRG-financiering	Verlaging	Verlaging
• **Totale ziekenhuiskosten**	Geen impact	-	Lichtjes lager groeipercentage	Toename	*Lager groeipercentage; Medicare betalingen aan medisch specialisten is één van de snelst groeiende sectoren
• **Kosten per geval**	-	-	Lichtjes hoger groeipercentage	-	Daling in het begin en stijging in de jaren daarna

	Engeland	Frankrijk	Duitsland	Nederland	Medicare (V.S.)
Kwaliteit	*Geen negatieve impact	-	* Geen negatieve impact	*Positieve impact op ziekenhuismortaliteit maar reeds daling voor invoering DBC's; geen bewijs van impact op effectiviteit	Onduidelijke impact maar geen achteruitgang van de kwaliteit
Billijke toewijzing van middelen tussen ziekenhuizen	*Positieve impact	*Positieve impact maar toewijzing van middelen tussen ziekenhuizen nog steeds niet neutraal	*Positieve impact maar geen aanpassingen voor input prijsvariatie tussen deelstaten (Länder)	-	Verbeterd door bijkomende betalingen/ aanpassingen, bv. voor ziekenhuizen met een hoog percentage patiënten met een laag inkomen
Toegankelijkheid patiënt	Impact op uitkomstindicatoren onafhankelijk van patiëntkenmerken maar mogelijk cream-skimming door behandelcentra	Impact op opnameduur onafhankelijk van patiëntkenmerken	Geen bewijs van cream-skimming. Langere wachttijd voor SHI dan PHI patiënten maar geen vergelijking met wachttijden vóór DRG's	*Kortere wachtlijsten	Toegankelijke zorg in termen van aanbod van voorzieningen

** Vastgelegde doelstelling van de implementatie van het DRG-gebaseerde financieringssysteem; DRG = Diagnosis Related Group; PHI = Private ziekteverzekering; SHI = Sociale ziektekostenverzekering; DBC = Diagnose Behandel Combinatie*

5. FINANCIËLE STIMULANSEN VOOR VERBETERING VAN ZORGKWALITEIT EN GEÏNTEGREERDE ZORG

Nieuwe tendensen in de financiering van ziekenhuizen

Financieringssystemen op basis van DRG's zijn geëvolueerd sinds hun invoering. Drie grote tendensen in de ontwikkeling van de DRG-financieringssystemen kunnen worden waargenomen. De eerste tendens is de uitbreiding van het DRG-systeem van acute ziekenhuiszorg met een klassieke opname naar andere diensten (dagopname en ambulante zorg) of andere sectoren (geestelijke gezondheidszorg of revalidatiezorg). De scope van ziekenhuisfinanciering in de vijf DRG-systemen werd reeds besproken in deel 2.2.

Een tweede, meer recente tendens is de integratie van stimulansen voor het verbeteren van kwaliteit. Financieringssystemen op basis van DRG's kunnen een risico vormen voor de zorgkwaliteit omdat ziekenhuizen worden aangemoedigd om de kosten per opname te verminderen. Het beschikbare bewijsmateriaal biedt geen ondersteuning voor de vaak geponeerde nadelige effecten op de zorgkwaliteit wanneer wordt overgeschakeld van een retrospectieve kostengebaseerde financiering (zoals het vorige systeem in het Medicare programma) of een betaling per prestatie, op een prospectieve financiering met een bedrag per case. Echter, aangezien DRG-gebaseerde financieringssystemen niet uitdrukkelijk zorgverleners (ziekenhuizen of medisch specialisten) belonen voor het verbeteren van de kwaliteit, werden de voorbije jaren diverse initiatieven genomen om de kwaliteit te garanderen of te verbeteren op basis van financiële prikkels. In sommige gevallen gebeurde dit door een aanpassing van het DRG-systeem zelf; in andere gevallen werden 'Pay for Performance (P4P)' mechanismen ontwikkeld die het DRG-financieringssysteem aanvullen. Kwaliteitsinitiatieven die niet gekoppeld zijn aan financiering (bv. openbare rapportering; audit en feedback) vallen buiten het bestek van deze studie.

Een derde tendens is het gebruik van financieringsmechanismen om geïntegreerde zorg voor chronisch zieken aan te moedigen.

5.1. Kwaliteitsaanpassingen van ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's

Eventuele ongewenste effecten op de zorgkwaliteit worden opgevangen door aanpassingen binnen het DRG-systeem. We beschrijven kort drie initiatieven.

Best Practice Tariffs (BPT's)

Sinds 2010 werden verschillende types BPT's ingevoerd in Engeland. Een BPT is een nationaal tarief waarvan de structuur en de prijs werden vastgelegd om kwaliteitsvolle en kosteneffectieve zorg te stimuleren en er voldoende voor te betalen. Een eerste type motiveert tot de aangewezen zorgomgeving voor een set van chirurgische procedures; een tweede type dekt de prijs van het totale zorgtraject om variabiliteit tegen te gaan (alleen voor cataractbehandeling); en een derde type wordt toegekend aan ziekenhuizen indien ze evidence-based richtlijnen naleven bij de behandeling van patiënten.

Uitbreiden van de behandelingsepisode tot post-acute zorg

Om de zorgcoördinatie en -integratie te stimuleren is het wenselijk om de DRG-gerelateerde financiering uit te breiden voor een geïntegreerde set van behandelingen, waaronder ambulante zorg en revalidatie. Een interessant voorbeeld is het **Bundled Payments for Care Improvement Initiative** waar één enkel bedrag wordt toegekend voor een zorgepisode in een ziekenhuis gevolgd door post-acute zorg in een competente verpleegeenheid of revalidatie-eenheid, de woning van de patiënt of een andere voorziening, en dit voor een selectie van episoden en een vaste periode tot 90 dagen post-acute zorg. Een dergelijk systeem vormt een hele uitdaging en vereist een gesofistikeerd geïntegreerd informatiesysteem. Ten eerste moeten de episoden worden geselecteerd en ten tweede moet hun duur worden vastgelegd. Episoden van een langere duur bieden meer garantie dat de aandoeningen van de patiënten gestabiliseerd zijn, maar ze impliceren ook meer variatie in kosten tussen patiënten en leggen daardoor een verhoogd financieel risico bij het ziekenhuis of een andere entiteit die de 'bundled payment' ontvangt.

Uitsluiten van nosocomiale aandoeningen en heropnames uit de financiering

Eén van de mogelijke perverse effecten van een ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van DRG's is dat ziekenhuizen extra middelen krijgen voor patiënten die complicaties oplopen tijdens hun ziekenhuisopname. Het onderscheiden van complicaties (veroorzaakt door het ziekenhuis) en co-morbiditeiten (die de patiënt al had bij opname) om de gunstige effecten van nosocomiale aandoeningen uit de DRG-gebaseerde financiering uit te sluiten is een mogelijke strategie. In Engeland, bijvoorbeeld, worden ziekenhuizen niet betaald voor 'never events'. Dit zijn ernstige patiëntveiligheid incidenten die grotendeels kunnen worden vermeden.

Een andere strategie om de financiering aan te passen om de zorgkwaliteit te verhogen, is om ziekenhuizen financieel te bestraffen voor heropnames binnen de 30 dagen voor dezelfde aandoening (bv. door slechts één zorgepisode terugbetalen of het verminderen van de betaling aan het ziekenhuis in geval een heropname voor een selectie van DRG's wordt beschouwd als overdreven vergeleken met een referentiepunt).

5.2. Pay-for-performance (P4P)

Pay-for-performance (P4P) verbindt financiële stimulansen aan de kwaliteit van de prestatie. Dit mechanisme wordt steeds meer gebruikt door beleidsmakers om verbeteringen in gezondheidszorgkwaliteit te sturen. Er zijn twee zeer bekende voorbeelden in de ziekenhuissetting. Het eerste is het **Medicare's Premier Hospital Quality Incentive Demonstration** (PHQID)-programma dat een P4P-programma is dat werkt op een budgetneutrale manier (1 of 2% bonussen versus 1 of 2% verliezen) gebruik makend van 34 hoofdzakelijk procesmaatstaven voor 5 klinische aandoeningen (acuut myocardinfarct (AMI), pneumonie opgelopen buiten het ziekenhuis, chronisch hartfalen, coronaire bypassoperatie, en chirurgie voor heup- of knieprothesen). Evaluatieprogramma's toonden aanvankelijk (de eerste twee jaar) verbeteringen in procesmaatstaven die echter na een langere opvolging (d.w.z. na 6 jaar) verdwenen. In geen enkele fase van het programma werd een verbetering in patiëntuitkomsten gevonden. Op basis van dit programma introduceerde Medicare nu het 'value-based purchasing program', een nationaal P4P-progamma dat nog geëvalueerd moet worden.

Het tweede voorbeeld van een P4P-programma is het **Advancing Quality**-programma, dat gebaseerd is op het PHQID-programma, en geïntroduceerd werd in alle NHS-ziekenhuizen in het Noordwesten van Engeland. De implementatie ervan werd geassocieerd met een daling van de mortaliteit. Belangrijke verschillen met het V.S.-programma waren de grotere bonussen (4%) die werden toegekend aan een groter deel van de deelnemers. Daarnaast werden bonussen rechtstreeks geïnvesteerd in initiatieven voor kwaliteitsverbetering. Het programma werd opgenomen in een nieuw P4P-programma, geïmplementeerd in heel Engeland: het **Commissioning for Quality and Innovation** (CQUIN). Voor dit programma werd geen verband gevonden met een verbetering van proces- of uitkomstmaatstaven. CQUIN is gebaseerd op lokaal overeengekomen streefdoelen en maatregelen. Hoewel lokale strategische en klinische input in P4P-programma's als waardevol werd beoordeeld, lijkt het beter om technische designproblemen te centraliseren (bv. het definiëren van indicatoren; overeenkomen van drempelwaarden; vastleggen van prijzen).

Gemengde resultaten voor doeltreffendheid van P4P

Volgens heel wat studies, waarin verbeteringen van geselecteerde procesmaatstaven voor kwaliteit gevonden werden, kan P4P mogelijk doeltreffend zijn. Op dit moment is overtuigend bewijsmateriaal, zeker voor wat betreft patiëntenuitkomsten, echter nog niet voorhanden. Gepubliceerde resultaten tonen wel aan dat een aantal specifieke streefdoelen kunnen worden verbeterd door P4P wanneer de designkeuzes en context geoptimaliseerd en op elkaar afgestemd worden:

- P4P-streefdoelen zijn geselecteerd op topics waar de meeste verbetering te behalen valt;
- Selectie van evidence-based procesindicatoren en (tussentijdse) uitkomstindicatoren;
- Betrokkenheid van belanghebbenden;
- Belonen van zowel het behalen als verbeteren van kwaliteit;
- Verdeling van stimulansen op individueel niveau en/of op teamniveau;
- Controlesysteem voor mogelijk ongewenste gevolgen;
- Goed doordachte omvang van stimulansen;
- Ruimer beleid voor kwaliteitsverbetering.

5.3. Financieringssystemen om zorgintegratie voor chronisch zieken te verbeteren

Een verouderende bevolking en stijgende prevalentie van chronische ziekten benadrukken de noodzaak voor nieuwe innovatieve financieringswijzen die gepaste financiële stimulansen voor geïntegreerde zorg inhouden. We onderscheiden vier niveaus in deze financieringsstimulansen:

- Afzonderlijke financiering voor de zorgcoördinatie of voor extra inspanning;
- Pay-for-performance (P4P) vooral voor huisartsenpraktijken: financiering of financiële stimulans geassocieerd met verbetering in het proces en de uitkomsten van chronische zorg;
- 'Bundled payment' voor een groep van diensten voor een specifieke ziekte waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn;
- Globale financiering (met risicoverevening) voor de volledige keten van diensten gerelateerd aan een gespecificeerde groep mensen.

Een voorbeeld van een 'bundled payment' voor een specifieke ziekte waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn is een innovatief systeem (**Keten-DBC** genoemd) in Nederland, dat een jaarlijkse financiering biedt voor het volledige zorgpakket vereist door patiënten met chronische ziekten. Sinds 2010 (na een experimentele periode van 3 jaar alleen voor diabetes), kunnen verzekeraars alle gezondheidsdiensten kopen die nodig zijn om een aantal chronische ziekten te beheersen (diabetes, COPD (chronisch obstructieve longziekte), of vasculaire aandoeningen) door de betaling van één enkel bedrag aan nieuw opgerichte contractentiteiten die 'zorggroepen' worden genoemd. Zorggroepen zijn klinisch en financieel verantwoordelijk voor alle toegewezen patiënten in het zorgprogramma. De diensten die moeten worden gedekt in de algemene zorgbundels worden vastgelegd door nationale ziektespecifieke gezondheidszorgstandaarden, maar de prijs voor elke dienstenbundel wordt individueel onderhandeld tussen verzekeraars en zorggroepen om concurrentie aan te moedigen.

Het **Gesundes Kinzigtal Integrated Care**-model in Duitsland is een voorbeeld van een overgang naar globale financieringsregelingen. In tegenstelling tot andere geïntegreerde zorgprogramma's in Duitsland, is het Gesundes Kinzigtal Integrated Care-initiatief één van de weinige populatiegebaseerde geïntegreerde zorgsystemen dat alle sectoren en zorgindicaties voor een welbepaalde populatie dekt. Winsten die uitsluitend afkomstig zijn van de gerealiseerde besparingen met betrekking tot de gemiddelde zorgkosten, worden gedeeld tussen de beheermaatschappij en de ziekenfondsen op basis van een onderhandeld gedeeld besparingscontract. Zorgverleners blijven vergoed worden op dezelfde manier door de statutaire ziektekostenverzekeraars, met bijkomende P4P-vergoeding voorzien door de Gesundes Kinzigtal GmbH (de beheermaatschappij) voor diensten die normaal niet verzekerd zijn maar die als belangrijk worden beschouwd om een betere zorgkwaliteit te bekomen. Daarnaast krijgen alle zorgverleners een deel van de winst van het bedrijf op basis van de prestaties van de individuele zorgverlener. Er werden verschillende maatregelen genomen om het risico op patiëntenselectie te beperken.

Accountable Care Organizations (ACO) in de V.S. zijn een nieuwe financieringsmanier waar groepen van zorgverleners, die bereid zijn om verantwoordelijk te zijn voor de totale kosten en zorgkwaliteit van hun patiënten, in aanmerking komen voor een deel van de besparing verkregen door een betere zorg. Betalers stellen kwaliteitsstandaarden en uitgavendoeleinden, aangepast aan de risico's, op voor de patiënten die worden verzorgd door de artsen in de ACO.

De evaluatie van deze financieringssystemen om geïntegreerde zorg voor de chronisch zieken te verbeteren is momenteel erg beperkt of onbestaande.

6. DISCUSSIE

In deze studie bespreken we de lessen die kunnen getrokken worden uit de buitenlandse ervaringen op twee niveaus. Een eerste niveau heeft betrekking op de designkenmerken van het financieringssysteem op basis van DRG's, zoals de nood aan kwaliteitsvolle en recente gegevens, de gefaseerde introductie en opgenomen/uitgesloten diensten en kosten. Op een tweede niveau confronteren we doelstellingen, stimulansen en de concrete impact van een financieringssysteem op basis van DRG's en benadrukken we de noodzaak aan een mix van financieringssystemen.

Lessen uit de designkenmerken van financieringssystemen op basis van DRG's

Specifieke designkenmerken van een financieringssysteem op basis van DRG's kunnen een belangrijke bijdrage leveren tot het behalen van prioritaire doelstellingen zoals kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid.

Een eerste designkenmerk is het gebruikte **classificatiesysteem**. Engeland en Nederland ontwikkelden een nieuw classificatiesysteem, Frankrijk en Duitsland importeerden een geüpdate versie van het originele DRG-systeem en pasten het aan hun eigen praktijkvoering aan. In tegenstelling tot de andere landen registreert het DBC-systeem in Nederland het volledige zorgproces, vanaf de initiële consultatie tot de laatste controle, in één DBC. Vanaf het begin was het DBC-concept onafhankelijk van de zorgsetting en waren klassieke opnames, dagopnames en ambulante zorg opgenomen. In de andere landen (behalve Engeland) is ambulante zorg (nog) niet opgenomen. Een classificatiesysteem dat beperkt is tot de acute zorgsetting werkt echter een versnippering van de zorg in de hand. Er zijn wel initiatieven om prospectieve financiering uit te breiden tot andere zorgomgevingen, waaronder revalidatiezorg en geestelijke gezondheidszorg.

De beschikbaarheid van **kwaliteitsvolle en recente kostengegevens** is een belangrijke vereiste voor een ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van DRG's. Er lijkt een compromis te zijn tussen de kwaliteit van de gegevens, de uniformiteit in kostenberekening tussen ziekenhuizen en het aantal ziekenhuizen dat de kostengegevens inzamelt. Indien de ziekenhuizen die kosten inzamelen niet representatief zijn of hun aantal te laag is om een duidelijk beeld te geven van zeldzamere behandelingen, kan het hieruit resulterende bedrag per DRG leiden tot een onbillijke behandeling van ziekenhuizen. Anderzijds kunnen gestandaardiseerde en zeker verplichte systemen van kostenberekening gemakkelijker worden ingevoerd in een steekproef van ziekenhuizen met vergelijkbare systemen van kostenberekening.

In Engeland en in Nederland werden proefprojecten voor een beperkt aantal interventies met lange wachtlijsten uitgevoerd om ervaring op te doen met de nieuwe financieringsmethode vóór de werkelijke introductie ervan. Alle landen hebben de implementatie van DRG-financiering in fasen doorgevoerd tijdens een **overgangsperiode** van meerdere jaren om alle actoren de kans te geven zich aan te passen aan het nieuwe systeem. In deze overgangsperiode steeg het percentage activiteiten gefinancierd op basis van DRG's of het systeem evolueerde van een budgetneutrale fase tot echte financiële verantwoordelijkheid van ziekenhuizen. In geen enkel van de vijf bestudeerde landen werd slechts een deel van de DRG's in het systeem opgenomen, dit om manipulatie zoals up-coding en het afwentelen van kosten te voorkomen.

Een aangepaste IT-infrastructuur is nodig voor het management en de controle van gegevensinzameling, kostenverrekening en systeemupdates (ondermeer om wijzigingen in de klinische praktijk te weerspiegelen). In de vijf landen werd met dat doel een **DRG-instituut** opgericht en gefinancierd.

In geen van de vijf landen werden alle diensten of kosten opgenomen in de DRG-financiering. Uitgesloten diensten worden **gefinancierd met andere middelen.** Het gaat hier ondermeer om een financiering voor diensten geleverd aan patiënten voor wie geen afdoende classificatiesysteem voorhanden is (bv. geestelijke gezondheidszorg en revalidatiezorg); niet-patiënt gerelateerde activiteiten (bv. onderwijs en onderzoek); outliers; componenten die de prijs verstoren (bv. dure geneesmiddelen); diensten waar de stimulans om de verblijfsduur van de patiënt in te korten, als schadelijk wordt beschouwd (bv. intensieve zorgeenheden).

Een mix van ziekenhuisfinancieringssystemen is nodig om maatschappelijke doelstellingen te realiseren

Het ziekenhuisfinancieringssysteem is slechts één van vele maatregelen om de doelstellingen van het gezondheidsbeleid te promoten, zijnde kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg op een efficiënte manier aanbieden. In de vijf geselecteerde landen werd het financieringssysteem op basis van DRG's met dat doel geïntroduceerd. In Nederland bijvoorbeeld, waren hervormingen van het ziekenhuisfinancieringssysteem een onderdeel van bredere structurele hervormingen om de rol van marktmechanismen te versterken. Een aanmoediging van de concurrentie was de sleutel om maatschappelijke doelstellingen te bereiken en het DRG-financieringssysteem met prijsconcurrentie tussen zorgverstrekkers was slechts één, maar wel een belangrijk instrument om deze doelstellingen te bereiken.

Naast het ondersteunen van de ruimere maatschappelijke doelstellingen werden ziekenhuisfinancieringssystemen op basis van DRG's ook ingevoerd om de **transparantie** te verhogen en om **ziekenhuizen op een billijker manier te vergoeden**. Van beide doelstellingen wordt verwacht dat ze bijdragen tot een hogere efficiëntie en betere zorgkwaliteit. Het succes van hervormingen van de ziekenhuisfinanciering in het bereiken van maatschappelijke doelstellingen hangt deels af van factoren die verder gaan dan de designkenmerken van het financieringssysteem. In alle landen werden beleidsmaatregelen genomen om ziekenhuisstrategieën met een potentiële positieve impact te bevorderen en andere te ontmoedigen. Geen enkel ziekenhuisfinancieringssysteem volstaat om alle vooropgestelde doelstellingen te bereiken. Hiervoor zijn ook andere instrumenten noodzakelijk.

Een ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van DRG's kan de transparantie verhogen door een op voorhand gekende prijs te bepalen voor een gegeven ziekenhuisproduct (de DRG). Duidelijke regels over de codering en prijsbepaling van DRG's zijn een eerste vereiste voor een transparant systeem. Wat betreft het aantal DRG's moet een evenwicht worden gevonden tussen een voldoende aantal, om een billijke vergoeding van ziekenhuizen te waarborgen, en het risico dat het systeem te complex wordt zoals het geval was met het originele DBC-systeem in Nederland.

Het versterken van de **efficiëntie** van ziekenhuizen was een beleidsdoelstelling in elk van de vijf landen die werden onderzocht. In de vier Europese landen werd de financiering gekoppeld aan de activiteit in plaats van het opleggen van globale budgetten. In het Medicare programma verving de prospectieve financiering een retrospectieve kostenfinanciering. Er is echter nauwelijks empirisch bewijs voor de impact van ziekenhuissystemen op basis van DRG's op (technische) efficiëntie. In plaats daarvan werd de impact op partiële indicatoren van efficiëntie geëvalueerd, zoals de controle van de totale kosten. Men mag echter niet vergeten dat een prospectief financieringssysteem op basis van DRG's op zich niet noodzakelijk aanzet om de **totale ziekenhuiskosten** te controleren. Het is immers gebaseerd op het aantal behandelde patiënten; alleen de prijs van het ziekenhuisproduct wordt beheerst. Bovendien hangt de impact van het DRG-systeem op de totale ziekenhuiskosten grotendeels af van het systeem dat er was vóór de introductie ervan (budget of betaling per prestatie).

Toegang tot zorg kan worden beoordeeld door na te gaan of er **wachtlijsten** zijn of **strategieën om patiënten te selecteren** zoals dumping en cream-skimming van patiëntengroepen. Er werd geen bewijs gevonden voor dumping of cream-skimming, maar het gevaar voor cream-skimming bestaat bij behandelcentra die gespecialiseerd zijn in eenvoudige, geplande zorg voor een beperkt aantal hoogvolume procedures. In Engeland moeten deze behandelcentra zich houden aan contractueel overeengekomen exclusiecriteria voor patiënten wat het moeilijk maakt om cream-skimming te onderscheiden van selectie om veiligheidsredenen. Strikte reglementering en controle zijn nodig om ongunstige patiëntenselectie in gespecialiseerde centra te voorkomen.

Wachtlijsten en lange wachttijden zijn geen inherent probleem van een financiering op basis van DRG's. Wachtlijsten waren een groot probleem in Engeland en Nederland vóór de introductie van de financiering op basis van DRG's. Ze waren het gevolg van globale budgetten met vaste budgetbeperkingen.

Het beschikbare bewijsmateriaal bevestigt de bezorgdheid over eventuele ongunstige effecten op de **zorgkwaliteit** niet. Ook hier is het effect van het financieringssysteem echter niet echt te isoleren van het effect van andere beleidsmaatregelen. De vijf landen, maar vooral Engeland en het Medicare programma, ontwikkelden talrijke bijkomende initiatieven, gekoppeld aan financiering, om de kwaliteit te garanderen of te verbeteren. Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is de beschikbaarheid van betrouwbare, gecontroleerde informatie over de zorgkwaliteit. In de meeste landen wordt informatie over proceskwaliteit en patiëntuitkomsten niet routinematig verzameld.

Er is enig bewijs dat DRG-gerelateerde maatregelen (bv. de 'best practice tariffs (BPT's)' in Engeland) en de P4P-programma's doeltreffend kunnen zijn voor kwaliteit, maar sluitend bewijs ontbreekt nog. Gepubliceerde resultaten tonen wel aan dat een aantal specifieke streefdoelen kunnen worden verbeterd door P4P wanneer de designkeuzes en context geoptimaliseerd en op elkaar afgestemd worden. Voorbeelden zijn de selectie van topics waar de meeste verbetering te behalen valt; het betrekken van belanghebbenden; een doordachte omvang van de stimulansen; belonen van zowel het behalen als verbeteren van kwaliteit. Er zijn echter veel middelen nodig voor het ontwerp en de implementatie van dergelijke systemen en soms worden deze financieringssystemen ook als te ingewikkeld beschouwd. Over het algemeen werden de maatregelen die deel uitmaken van de DRG-financiering zelf (zoals BPT) slechts geïmplementeerd na enkele jaren ervaring met het DRG-systeem.

Beperkingen van deze studie

Zoals vermeld in de inleiding was de belangrijkste doelstelling van dit rapport het onderzoeken van de lessen die kunnen getrokken worden uit buitenlandse ervaringen met de invoering en hervormingen van een ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van DRG's. Gezien de tijdsdruk heeft de vergelijkende analyse uiteraard enkele beperkingen.

Ten eerste omvat de analyse slechts vijf landen terwijl ook andere landen bijvoorbeeld interessante kwaliteitsverhogende initiatieven kunnen genomen hebben binnen hun systeem van ziekenhuisfinanciering. Ten tweede zijn financieringssystemen op basis van DRG's technisch en administratief complex en is er een aanzienlijke gegevensinzameling bij betrokken (kosten, medische gegevens en consumptiegegevens). Deze punten kwamen echter nauwelijks aan bod. Ten derde was de evaluatie van ziekenhuisstrategieën en van de impact van de DRG-systemen in de vijf landen voornamelijk gebaseerd op rapporten van officiële instanties. Andere gegevensbronnen, bijvoorbeeld artikelen uit tijdschriften, werden nauwelijks geraadpleegd (behalve voor de scoping review van de literatuur over financiële stimulansen voor het verbeteren van de kwaliteit en het stimuleren van geïntegreerde zorgsystemen). Er werd geen kwaliteitsbeoordeling van de officiële rapporten uitgevoerd. Ten vierde werd aan het KCE gevraagd om een vergelijkende analyse te maken van het ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van DRG's in een selectie van landen. Bijgevolg ligt de focus van het rapport op de financiering van het ziekenhuis en haar medisch specialisten terwijl nieuwe en innovatieve (financierings) initiatieven die zorgkwaliteit en zorgintegratie aanmoedigen slechts summier werden behandeld. Kwaliteitsinitiatieven die geen betrekking hebben op financiering, zoals publieke rapportering, vallen buiten het bestek van dit rapport. Ten vijfde is de studie beperkt tot een vergelijkende analyse van de financiering van ziekenhuizen met publieke middelen. De eigen betalingen van patiënten in de vorm van remgelden of supplementen maken geen deel uit van de analyse. Ten slotte gaat de studie nauwelijks in op de politieke context waarbinnen een hervorming van het ziekenhuisfinancieringssysteem plaatsvindt noch op de governance structuur in ziekenhuizen of op de complexiteit in regelgeving.

7. CONCLUSIE

De internationale ervaring leert dat bij de invoering van een ziekenhuisfinancieringssysteem op basis van DRG's de **doelstellingen duidelijk moeten vastgelegd worden**. Bovendien moet het financieringssysteem kaderen binnen de ruimere beleidsdoelstellingen van het gezondheidsbeleid omdat wijzigingen in de ziekenhuissector ook een invloed hebben op andere sectoren, zoals ambulante zorg verleend door specialisten of huisartsen. Hervormingen in het financieringssysteem creëren nieuwe prikkels en zorgverleners (ziekenhuizen evenals medisch specialisten) passen hun gedrag overeenkomstig aan.

Een algemene omschrijving van deze doelstellingen is echter niet voldoende. Begrippen als 'efficiëntie' en 'kwaliteit' zijn te ruim om een financieringssysteem concreet gestalte te geven of om de effecten ervan nauwgezet op te volgen.

Een tweede les betreft de **impact** op deze doelstellingen. Kort samengevat kunnen we stellen dat een ziekenhuisfinanciering op basis van DRG's zonder aanvullende maatregelen geen garantie biedt voor zorgkwaliteit of zorgintegratie. Dit geldt ook voor de beheersing van de totale ziekenhuiskosten omdat DRG-financiering de productie (in termen van aantal opnames) eerder stimuleert dan afremt. Een mix van DRG-financiering en een vorm van budgettering is bijgevolg nodig indien volume- én kostenbeheersing nagestreefd worden. Hoewel de vijf bestudeerde landen de efficiëntie wilden verhogen, is de impact op deze doelstelling nauwelijks onderzocht. De meeste studies evalueerden de impact op de totale kosten, de opnameduur of het volume. DRG-financiering maakt de ziekenhuisproductie wel meer transparant in vergelijking met andere systemen. Wachtlijsten zijn niet het gevolg van een financiering met DRG's maar ontstaan vooral door (vaste) globale budgetten. Uit het beschikbare bewijsmateriaal blijkt geen selectie van patiënten. Er is wel een potentieel gevaar van selectie van patiënten met gunstige risico's, vooral indien ook behandelcentra die gespecialiseerd zijn in eenvoudige, geplande zorg voor een beperkt aantal hoogvolume procedures toegelaten zijn. Ziekenhuizen worden over het algemeen op een billijker manier vergoed omdat hun inkomsten en activiteiten beter op elkaar afgestemd zijn.

De **concrete designkenmerken** van een financiering op basis van DRG's spelen dus een belangrijke rol in het realiseren van de beoogde doelstellingen. Recente en kwaliteitsvolle kostengegevens zijn onder andere nodig voor een billijke vergoeding van ziekenhuizen. Essentieel is de selectie van diensten en kosten die in de DRG-financiering zijn opgenomen. In alle landen worden bepaalde diensten en kosten gefinancierd door andere financieringssystemen. Een mix van financieringssystemen, met elementen van een betaling per prestatie, een verpleegdagprijs en globale budgetten, zal eerder de maatschappelijke doelstellingen van het garanderen van kwaliteitsvolle ziekenhuiszorg aan betaalbare prijzen realiseren dan enig ander ziekenhuisfinancieringssysteem op zich. In alle landen bestaat de financiering van ziekenhuizen bijgevolg uit een gesofistikeerde mix van verschillende financieringsmechanismen met als doel bepaalde negatieve prikkels van het DRG-systeem te beperken of te wijzigen. Deze mix van financieringssystemen illustreert een **onvermijdelijk compromis tussen de verschillende maatschappelijke doelstellingen**.

Vooral relevant voor België dat een duaal financieringssysteem heeft waarin medisch specialisten per prestatie worden vergoed en ziekenhuizen een budget ontvangen, zijn de talrijke hervormingen in het vergoedingssysteem van medisch specialisten in Nederland. In essentie kunnen deze hervormingen worden samengevat als een zoektocht naar het **op één lijn brengen van de prikkels voor het ziekenhuismanagement en de medisch specialisten** om de doelstellingen van het gezondheidsbeleid te realiseren.

En ten slotte is het belangrijk om te beschikken over een doorgedreven **sterkte-zwakte analyse van de startsituatie** vóór men overgaat tot de invoering van DRG-financiering. De startsituatie bepaalt immers niet alleen de doelstellingen van een hervorming, maar ook de mogelijke impact ervan, en wijst de weg naar de kritische succesfactoren.

REFERENTIES

1. Cutler D. Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform. Journal of Economic Literature. 2002;40:881-906.
2. Cylus J, Irwin R. The challenges of hospital payment systems. Euro Observer. The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies. Autumn 2010;12(3):1-4.
3. Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Hakkinen U, Kobel C, et al. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? BMJ. 2013;346:f3197.
4. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf
5. Swartenbroekx N, Van de Voorde C, Crott R, Ramaekers D. Financing of hospital drugs: a descriptive study of several European countries and Canada. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2004. KCE Reports 8. Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/financing-of-hospital-drugs-a-descriptive-study-of-several-european-countries-and
6. Cashin C, O'Dougherty S, Samyshkin Y, Katsaga A, Ibraimova A, Kutanov Y, et al. Case-based hospital payment systems: a step-by-step guide for design and implementation in low- and middle-income countries. December 2005.
7. Van De Sande S, De Ryck D, De Gauquier K, Hilderson R, Neyt M, Peeters G, et al. Feasibility study of the introduction of an all-inclusive case-based hospital financing system in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 121 (D/2010/10.273/03). Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/feasibility-study-of-the-introduction-of-an-all-inclusive-case-based-hospital-fin