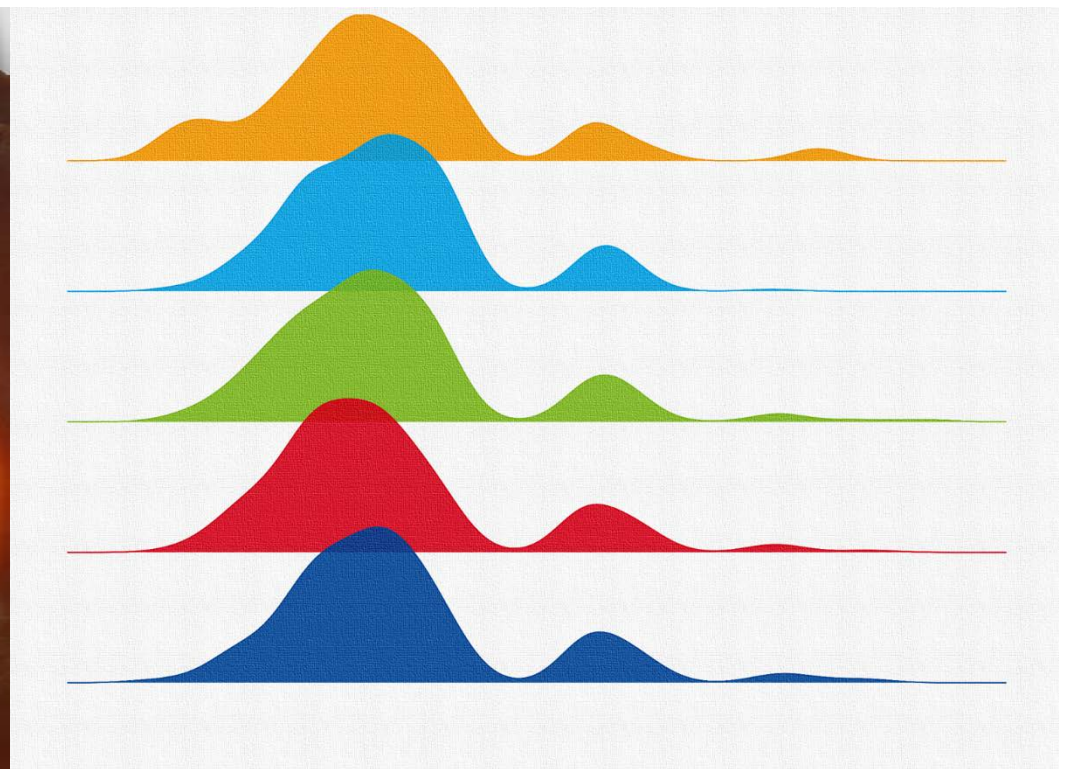


## SYNTHESE

# FINANCIERING VAN ZIEKENHUISVERBLIJVEN MET EEN GROTE VARIABILITEIT IN HET ZORGPROCES





## SYNTHESE

# FINANCIERING VAN ZIEKENHUISVERBLIJVEN MET EEN GROTE VARIABILITEIT IN HET ZORGPROCES

VICTOR STEPHANI, ANJA CROMMELYNCK, GUY DURANT, ALEXANDER GEISSLER, KOEN VAN DEN HEEDE, CARINE VAN DE VOORDE, WILM QUENTIN





## ■ VOORWOORD

De huidige hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap kan worden gezien als een bewijs van de 'veerkracht' van ons gezondheidszorgsysteem. Het is een titanenwerk door de talrijke uitdagingen waar men voor staat: het maken van fiscale en parafiscale keuzes, het vastleggen van prioriteiten voor de zorg, de evolutie van aandoeningen door veranderingen in de levensstijl en de omgeving en een verhoogde levensverwachting (eufemisme voor veroudering). En bij dit alles moet steeds de focus op de uiteindelijke doelstelling voor ogen worden gehouden. De financiering van een gezondheidszorgsysteem, en dan vooral van die van zijn ziekenhuizen, vormt één van de instrumenten om deze veerkracht te bereiken en behouden.

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is zeer complex, want bij het bepalen van het bedrag en de manier waarop dit wordt berekend - of het nu gaat om een prestatie, een patiënt of een pathologie - moet er rekening worden gehouden met de mogelijke impact. We zijn niet ver van de kwadratuur van de cirkel als het gaat om een gelijke behandeling van gelijken, het geven van een paar duwtjes in de rug ('nudges') om 'goed gedrag' aan te moedigen en van een 'rechtvaardige' vergoeding voor zorgverleners. Deze uitdaging houdt echter impliciet in dat de begrippen billijkheid, effectiviteit, efficiëntie en rechtvaardigheid eerst duidelijk moeten worden omschreven. Indien alle medische prestaties volledig gestandaardiseerd waren, elke patiënt een 'gemiddelde' patiënt was en indien alle zorg in ideale omstandigheden zonder gevaren zou kunnen gegeven worden, dan vormt dit geen probleem. Maar in het echte leven spelen verscheidenheid en variabiliteit ook een rol. In de dagelijks realiteit van elk ziekenhuis, vraagt elke individuele patiënt - zoals u en ik - een behandeling op maat.

Hebben onze burens de heilige graal ontdekt, de ideale methode om de 'variabele' medische prestaties of patiënten op een eerlijke en effectieve manier te financieren, zonder daarbij negatieve effecten teweeg te brengen? De variabiliteit is ook aanwezig in de manier waarop ze deze problemen oplossen... Dit mag ons er echter niet van weerhouden om bij hen inspiratie op te doen, zodat we het wiel niet moeten heruitvinden. Maar het is wel duidelijk dat we uiteindelijk zelf zullen moeten bedenken hoe we het best de veerkracht van *ons* gezondheidszorgsysteem kunnen versterken. Het huidige rapport vormt niet het eindpunt van deze onderneming, maar eerder een schakel in de keten van toekomstige ontwikkelingen.

Marijke EYSEN  
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD  
Algemeen Directeur a.i.



# ■ SYNTHESE

## INHOUDSTAFEL

■	<b>VOORWOORD</b> .....	1
■	<b>SYNTHESE</b> .....	2
1.	<b>INLEIDING</b> .....	4
1.1.	ACHTERGROND .....	4
1.2.	ONDERZOEKSVRAGEN EN SCOPE VAN DE STUDIE.....	6
2.	<b>HOE GAAN ANDERE LANDEN OM MET DE FINANCIERING VAN HOOGVARIABELE ZORG? ...</b> 7	
2.1.	OVERZICHT VAN UITSLUITINGSMECHANISMEN .....	7
2.2.	DRIE SOORTEN MECHANISMEN OM DE VARIABILITEIT TE VERLAGEN.....	11
	2.2.1. Regelmatige aanpassingen aan het DRG-systeem zelf .....	11
	2.2.2. Mechanismen in de marge van het DRG-systeem .....	11
	2.2.3. Mechanismen buiten het DRG-systeem .....	13
3.	<b>HOE WORDT HOOGVARIABELE ZORG IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN GEFINANCIERD? ....</b> 14	
3.1.	BRONNEN VAN FINANCIERING VOOR DE BELGISCHE ZIEKENHUIZEN .....	14
3.2.	AANPASSINGEN AAN HET DRG-SYSTEEM ZELF: WEGING VAN B2-PUNTEN .....	15
	3.2.1. Verantwoorde activiteit als hoeksteen van de Belgische pathologiefinanciering.....	15
	3.2.2. Aanpassingen aan het DRG-systeem door de verantwoorde bedden per afdeling te wegen.....	15
3.3.	FINANCIERING IN DE MARGE VAN HET DRG-SYSTEEM: FINANCIERING VAN OUTLIERS, EXTRA PUNTEN EN FINANCIERING VOOR SPECIFIEKE DIENSTEN EN PRODUCTEN .....	16
	3.3.1. Financiering van outliers en restgroepen.....	16
	3.3.2. Bijkomende punten voor specifieke diensten.....	16
	3.3.3. Supplementaire punten voor ziekenhuizen met een hoger activiteiten- of verpleegkundig profiel.....	17
	3.3.4. Vergoeding van dure/nieuwe/specifieke geneesmiddelen en medische hulpmiddelen .....	18



3.3.5.	Andere mechanismen voor apotheek, daghospitalisatie en patiënten met lage sociaaleconomische status .....	19
3.4.	FINANCIERING BUITEN HET DRG-SYSTEEM VOOR WELBEPAALE ZIEKENHUIZEN OF DEPARTEMENTEN .....	19
<b>4.</b>	<b>FINANCIERINGSMECHANISMEN VOOR SPECIFIEKE ZORGDOMEINEN.....</b>	<b>22</b>
4.1.	KANKERBEHANDELING .....	22
4.2.	GESPECIALISEERDE PEDIATRISCHE ZORG .....	23
4.3.	ZWARE BRANDWONDEN.....	24
4.4.	NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN.....	24
4.5.	DE DIENST INTENSIEVE ZORGEN .....	25
4.6.	DIALYSE.....	26
4.7.	ORGAANBEHEER EN TRANSPLANTATIES.....	26
4.8.	DIAGNOSTISCHE BEELDVORMING EN RADIOTHERAPIE .....	27
<b>5.</b>	<b>DISCUSSIE .....</b>	<b>27</b>
5.1.	GROTE VERSCHIEDENHEID AAN UITSLUITINGSMECHANISMEN .....	27
5.2.	OUTLIERS OP UITEENLOPENDE MANIEREN VERGOED.....	28
5.3.	MOEILIK OM LESSEN TE TREKKEN UIT DE BUITENLANDSE VOORBEELDEN .....	28
■	<b>AANBEVELINGEN .....</b>	<b>32</b>
■	<b>REFERENTIES .....</b>	<b>35</b>



## 1. INLEIDING

### 1.1. Achtergrond

#### Ziekenhuisfinanciering op basis van *Diagnosis Related Groups* (DRG's): ontoereikend voor hoogvariabele zorg

Sinds de jaren 1990 financieren steeds meer overheden, waaronder ook de Belgische, de ziekenhuizen in hun land op basis van zogenaamde *Diagnosis Related Groups* (DRG's of diagnose-gerelateerde groepen). Dit is vooral het geval voor acute klassieke verblijven, maar ook meer en meer voor daghospitalisatie. DRG's zijn een classificatie van ziekenhuisverblijven of 'cases' in klinisch samenhangende groepen waarvoor de gebruikte middelen gelijkaardig zijn. Elk ziekenhuisverblijf wordt ondergebracht bij één bepaalde DRG aan de hand van een algoritme ('*grouper*'-programma) dat meestal gebaseerd is op diagnoses, procedures en demografische kenmerken van de patiënt. In de meeste landen ontvangen de ziekenhuizen een vast bedrag per ziekenhuisverblijf dat gebaseerd is op de gemiddelde kosten over de ziekenhuizen, ook wel '*case-based payment*' genoemd. In sommige landen, waaronder België, wordt een nationaal budget onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal en type DRG's ('*case-mix*') van het ziekenhuis.

Alle DRG-systemen kampen met hetzelfde probleem van de zogenaamde hoogvariabele zorg: niet bij alle patiënten is het mogelijk om, louter op basis van de pathologie, de zorgkost accuraat te voorspellen. Allereerst zijn er de zeldzame aandoeningen met een laag aantal patiënten waardoor een berekening van de gemiddelde kost voor deze groep niet betrouwbaar is. Daarnaast zijn er patiënten die een vrij eenvoudige aandoening hebben, maar de zorg wordt hoogvariabel door bv. leeftijd, diabetes, hartproblemen. Daardoor kan er naast de standaardinterventie ook dure bijkomende zorg nodig zijn. Omdat DRG-classificaties in het algemeen gebaseerd zijn op de primaire diagnose of procedure, zijn ze minder geschikt voor patiënten met multimorbiditeit.<sup>1, 2</sup> Ten derde zijn er altijd wel patiënten die veel hogere kosten met zich meebrengen dan andere.

Om fair te zijn, moeten DRG-systemen met deze variabiliteit rekening houden, zo niet ontvangen de ziekenhuizen voor een groot aantal patiënten

een te lage of een te hoge vergoeding. Daarom hanteren alle landen, naast hun DRG-financieringssysteem, ook andere mechanismen. Deze zorgen ervoor dat bij de berekening van de gemiddelde bedragen per DRG bepaalde elementen worden uitgesloten en afzonderlijk worden vergoed.

De vier belangrijkste elementen die worden uitgesloten zijn:

1. Bepaalde patiëntengroepen (bv. patiënten met ernstige brandwonden, palliatieve patiënten)
2. Bepaalde diensten en producten (bv. dure geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, intensieve zorg)
3. Bepaalde ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen (bv. zeer gespecialiseerde afdelingen/ziekenhuizen, zoals epilepsieafdelingen, oncologische ziekenhuizen)
4. '*Outliers*': patiënten die aanzienlijk hogere/lagere kosten met zich meebrengen dan de andere patiënten binnen dezelfde DRG.

Er zijn ook landen die een mix van deze elementen uitsluiten, zoals de uitsluiting van bepaalde patiëntengroepen en ziekenhuisafdelingen.

#### Verdeling van het financiële risico tussen zorgverlener en betaler

De manier waarop een overheid haar ziekenhuizen financiert en daarbij gebruik maakt van financiële prikkels, kan helpen bij het behalen van bepaalde beleidsdoelstellingen, zoals het verhogen van de toegankelijkheid en kwaliteit, het aanmoedigen van een doeltreffend en efficiënt gebruik van middelen en eventueel kostenbeheersing.<sup>3, 4</sup> De impact van deze financiële prikkels hangt erg af van hoe de financiële risico's verdeeld zijn tussen zorgverlener en betaler. Bij een DRG-financiering krijgt het ziekenhuis een **vast bedrag per geval** ongeacht de zorg die effectief werd verleend. De ziekenhuizen dragen dan alle risico's, want de werkelijk gemaakte kosten kunnen hoger liggen dan dit vaste bedrag. Tegelijkertijd zet het de ziekenhuizen er wel toe aan om zoveel mogelijk patiënten te behandelen. De betaler draagt dus het financiële risico voor het aantal patiënten, al bestaan er wel mechanismen om dat risico te beheersen (bv. aanpassen van het vast bedrag per patiënt wanneer een bepaald aantal patiënten overschreden wordt).





Wanneer een **gesloten budget wordt verdeeld** over individuele ziekenhuizen op basis van DRG's, is er geen enkel financieel risico voor de overheid en kan deze perfect haar budget beheren.

Naast financiële prikkels bepalen ook heel wat andere factoren het gedrag van zorgverleners en zorginstellingen.

### Hervormingsplannen van de minister

In april 2015 publiceerde de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een uitgebreid Plan van Aanpak voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap.<sup>5</sup> Een van de centrale elementen in dit plan is de indeling van de ziekenhuisverblijven in drie clusters op basis van voorspelbaarheid van zorg. Voor elke cluster zou een ander financieringssysteem worden gehanteerd.

- De **cluster met laagvariabele zorg** bestaat uit ziekenhuisverblijven die enkel laag-complexe standaardzorg vereisen, die weinig varieert tussen patiënten en die goed voorspelbaar is. Voor opnames in deze cluster stelt het Plan van Aanpak een uniform, prospectief bedrag voor, ongeacht de zorg die effectief werd verleend. Het financiële risico voor de zorg die bovenop de standaardzorg wordt gegeven, wordt gedragen door het ziekenhuis. De betaler draagt het risico voor het aantal patiënten.
- De **cluster met mediumvariabele zorg** bestaat uit verblijven met minder voorspelbare zorgbehoefte dan die van de vorige cluster. Het financieringssysteem dat hiervoor wordt voorgesteld lijkt sterk op het huidige Belgische systeem. Daarbij wordt een nationaal gesloten budget verdeeld over de ziekenhuizen, op basis van o.a. de nationale gemiddelde verblijfsduur per DRG. De meest voorkomende vergoedingswijze voor de artsen blijft een betaling per prestatie. Voor deze cluster wordt het financiële risico gedeeld tussen de ziekenhuizen (het gedeelte dat met een gesloten budget wordt gefinancierd) en de betaler (de vergoeding van de artsen).

- De **cluster met hoogvariabele zorg** bevat de verblijven (of specifieke elementen van een verblijf) met zeer complexe, moeilijk te standaardiseren en dus onvoorspelbare zorgbehoefte. In deze cluster worden de ziekenhuizen vergoed op basis van de werkelijk verleende zorg. Hierdoor wordt het financiële risico voornamelijk gedragen door de betaler.

Toch bestaat er ook complexe zorg die niet hoogvariabel is: deze zorg kan wel worden gestandaardiseerd, en het gebruik van middelen is niet altijd onvoorspelbaar. Dit bleek uit [KCE-rapport 270](#), waar het KCE een methode ontwikkelde om ziekenhuisverblijven in drie clusters met verschillende variabiliteit in te delen, op basis van terugbetalingen door het RIZIV en de verblijfsduur.<sup>6</sup> De laagvariabele cluster bevat ook verblijven met complexe zorg, zoals bijvoorbeeld een levertransplantatie.

Bij het uitwerken van een financieringssysteem van ziekenhuizen dat rekening houdt met de variabiliteit in het zorgproces is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen verantwoorde en niet-verantwoorde variabiliteit. In het geval van verantwoorde variabiliteit is het belangrijk voor de toegankelijkheid van kwaliteitsvolle zorg dat deze correct gefinancierd wordt door de financiering dichter te laten aansluiten bij de werkelijk verleende zorg. Bij niet-verantwoorde variabiliteit in de praktijkvoering daarentegen kan een vast bedrag per DRG er net voor zorgen dat deze variatie wordt weggewerkt.

Een tweede centraal element in de hervormingsplannen van de minister betreft **capaciteitsplanning en programmatie** (zie tekstvak 1 in het [Short Report van KCE-rapport 289](#)).<sup>7</sup> Naast de oprichting van klinische ziekenhuisnetwerken, wordt een programma voor 'aanbodbeheersing' opgestart om het huidige en toekomstige zorgaanbod te rationaliseren. Een belangrijk instrument is de programmatie van zorgopdrachten via een nieuwe procedure die *evidence-based*, transparant, evolutief en, in geval van nieuwe technologieën, proactief is. Taakverdeling tussen ziekenhuizen en concentratie van gespecialiseerde, complexe zorg zijn sleutelbegrippen in dit deel van de hervormingsplannen.



## 1.2. Onderzoeksvragen en scope van de studie

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft aan het KCE de opdracht gegeven om te onderzoeken **welke financieringsmechanismen voor ziekenhuisverblijven met een grote variabiliteit in het zorgproces in andere landen gebruikt worden en om na te gaan of deze mechanismen toepasbaar zijn in de Belgische context.**

De belangrijkste onderzoeksvragen in het internationale luik zijn:

- Welke patiëntengroepen, verblijven of diensten/producten worden in het buitenland uitgesloten van het DRG-systeem en ontvangen dus andere (bijkomende) financiering? Welke criteria worden bij deze uitsluiting gebruikt?
- Hoe worden de ziekenhuizen vergoed voor deze patiëntengroepen, ziekenhuisverblijven of diensten/producten?
- Hoe ondersteunt de financiering de concentratie van specifieke zorg bij zorgverleners?
- Hoe worden outliers gedefinieerd en vergoed?

Het uiteindelijke doel van de studie is om lessen te trekken uit internationale ervaringen en om daarmee rekening te houden bij een eventuele hervorming van de financiering van de Belgische ziekenhuizen. De focus ligt hierbij op de derde cluster van de hoogvariabele zorg en op de financiering van zorg die slechts in een beperkt aantal centra wordt aangeboden.

### Wat hebben we niet bestudeerd?

Een **simulatie van de financiële impact** op nationaal of ziekenhuisniveau van mogelijke hervormingen valt buiten de scope van de huidige studie.

In de meeste landen worden **ambulante zorg, geestelijke gezondheidszorg, langdurige zorg, revalidatie en ambulante spoedhulp** niet gefinancierd op basis van DRG's. Daarom valt dit soort zorg ook buiten de scope van deze studie, net als de financiering van **niet-patiënt gerelateerde ziekenhuisactiviteiten**, zoals onderzoek of opleiding.

De manier waarop de **ziekenhuisartsen** worden vergoed verschilt sterk tussen en zelfs binnen landen. Soms werken ze in loondienst, of worden ze vergoed per prestatie, of worden beide methodes gecombineerd. [KCE-rapport 209](#) bevat een uitgebreid overzicht van de manier waarop ziekenhuisspecialisten in 10 hoge inkomenslanden worden vergoed.<sup>7</sup> Daaruit blijkt de complexiteit van de meeste systemen en de onderlinge afhankelijkheid van factoren die specifiek zijn voor elk gezondheidssysteem. Voorbeelden hiervan zijn het aantal private en publieke betalers, hiërarchische verhoudingen tussen specialisten en het aanbod van zorg binnen en buiten het ziekenhuis. Ook het proces en de factoren die de hoogte van honoraria of salarissen bepalen verschillen sterk van land tot land. In de huidige studie ligt de nadruk op financieringsmethoden voor ziekenhuizen. We geven wel telkens aan of de artsenvergoedingen deel uitmaken van de ziekenhuisfinanciering, maar er is geen evaluatie gebeurd van de mate waarin deze vergoedingen al dan niet (voldoende) rekening houden met variabiliteit in het zorgproces.

Het KCE heeft, in opdracht van de minister, meerdere studies uitgevoerd binnen het kader van de hervormingsplannen voor het ziekenhuislandschap en de financiering van ziekenhuizen. De resultaten van de huidige studie moeten worden gezien als aanvulling op de resultaten en aanbevelingen van deze eerdere studies.<sup>6-10</sup> Bijvoorbeeld, het huidige rapport had niet tot doel om een financiering gebaseerd op een bedrag per DRG te evalueren. Een uitgebreide evaluatie van dit systeem in vijf landen is te vinden in [KCE-rapport 207](#).<sup>8</sup>

### Hoe gingen we te werk?

We gebruikten een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden, zoals een horizon scanning voor de selectie van landen, raadpleging van nationale experts in DRG-financiering en een literatuuronderzoek. Tabel 1 van het [Short report](#) bevat een overzicht van de belangrijkste stappen in het onderzoek.

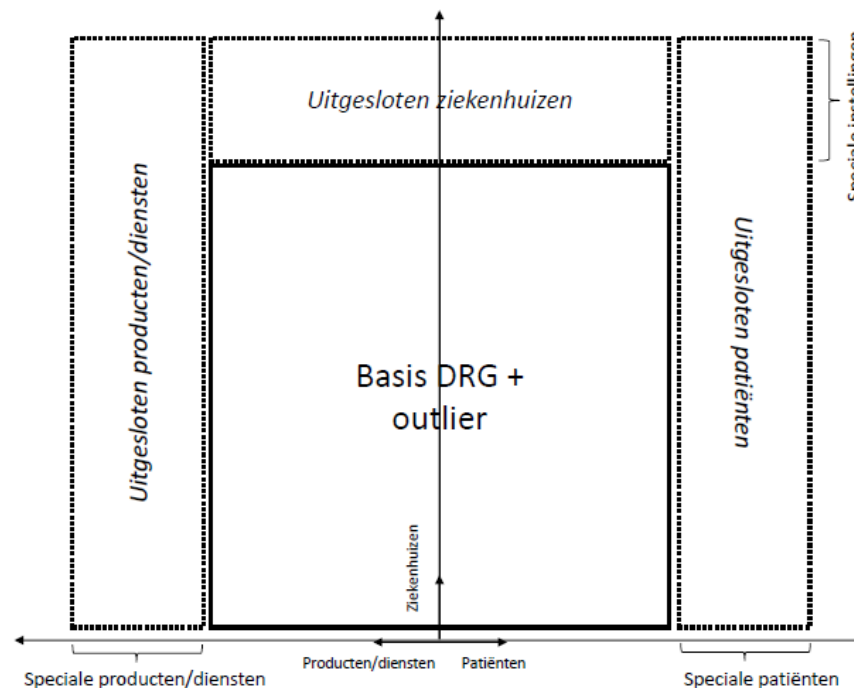


## 2. HOE GAAN ANDERE LANDEN OM MET DE FINANCIERING VAN HOOGVARIABELE ZORG?

### 2.1. Overzicht van uitsluitingsmechanismen

Zoals reeds vermeld zijn DRG-financieringssystemen enkel fair en houdbaar voor de ziekenhuizen als rekening wordt gehouden met de zorgvariabiliteit. Om die reden sluiten landen bepaalde patiëntengroepen (op basis van een diagnose), diensten en producten (op basis van een procedure), volledige ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen, outliers of andere elementen uit hun DRG-systeem uit, om ze vervolgens op een specifieke manier te vergoeden. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van wat zes landen (Denemarken, Engeland, Estland, Frankrijk, Duitsland en de Verenigde Staten (VS) - Medicare Deel A), die allemaal een *case-based* DRG-systeem hebben, uitsluiten uit hun DRG-financieringssysteem en op een andere manier financieren. De zes landen werden geselecteerd uit een longlist van landen met een DRG-systeem. De belangrijkste reden om landen uit deze longlist niet te weerhouden was omdat hun financieringssysteem niet uniform over regio's toegepast wordt. De belangrijkste mechanismen worden weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1 – Generiek model van een DRG-systeem met uitsluitingsmechanismen voor bepaalde patiënten, producten/diensten en ziekenhuizen





### Grote verschillen in aantal uitsluitingen en het al dan niet opnemen van de vergoeding voor artsen

Tabel 1 toont de uitsluitingsmechanismen die in de zes landen worden gebruikt. Een volledig overzicht van patiëntengroepen, producten en diensten, afdelingen en ziekenhuizen die worden uitgesloten van de basis DRG-financiering is beschikbaar in het [Wetenschappelijk rapport](#).

Uit Tabel 1 blijkt dat Engeland en Duitsland een groot aantal patiëntengroepen, een lange lijst van diensten en producten en een reeks ziekenhuizen en afdelingen uitsluiten. Estland sluit dezelfde elementen uit, maar het aantal ligt veel lager. Frankrijk sluit daarentegen geen patiëntengroepen uit, maar wel verschillende diensten, dure geneesmiddelen en bepaalde (meestal kleine lokale) ziekenhuizen. De VS (Medicare Deel A) heeft maar een paar uitzonderingen op het DRG-systeem. De belangrijkste zijn kanker- en kinderziekenhuizen, terwijl deze slechts een klein deel van de ziekenhuizen vormen. Daarnaast worden ook de lokale ziekenhuizen afzonderlijk vergoed, omdat ze deel uitmaken van het zogenaamde '*Critical Access Program*', dat zorg ook toegankelijk moet maken in dunbevolkte gebieden.

Ook het opnemen van de **vergoedingen voor de artsen** in het DRG-systeem is een belangrijk verschil tussen de landen. In Engeland, Duitsland, Denemarken en Estland werken de ziekenhuisartsen in loondienst, en maakt hun loon deel uit van de DRG-betaling. Dit geldt ook voor artsen in de openbare ziekenhuizen in Frankrijk. Anderzijds hebben de artsen in de Franse commerciële ziekenhuizen het statuut van zelfstandige en worden ze per prestatie betaald, waardoor de DRG-vergoedingen hun prestaties niet dekken. Ook in het Medicare Deel A-systeem in de VS worden de artsen vergoed per prestatie.

### Aansturen van zorgcentralisatie

Interessant is dat in Denemarken zeer complexe patiënten enkel buiten het DRG-systeem vallen als ze worden behandeld in welbepaalde ziekenhuizen/afdelingen. In Hoofdstuk 4 zullen we zien dat Denemarken dit alleszins doet voor complexe kankers, gespecialiseerde pediatrie, ernstige brandwonden, dialyse, intensieve zorgen en orgaanbeheer en -transplantatie. Dit systeem werkt **zorgconcentratie in de hand**, omdat het ziekenhuizen ertoe aanzet om deze patiënten te verwijzen naar ziekenhuizen met de nodige middelen (gespecialiseerde technische apparatuur en medewerkers) om een hoge zorgkwaliteit te bieden. Een enigszins vergelijkbare benadering bestaat ook in Engeland, waar extra financiering (*top-up*) wordt voorzien voor gespecialiseerde zorg in erkende kinder-, neurologische en orthopedische afdelingen en afdelingen gespecialiseerd in rugchirurgie.

### Ook grote verschillen in financieringsmechanismen

Landen verschillen niet alleen in wat ze uitsluiten van de DRG-financiering maar ook in hoe ze de uitgesloten zorg financieren. In de zes bestudeerde landen worden onder andere de volgende instrumenten gebruikt:

- Vaste budgetten (*'block grants'*): uitgesloten ziekenhuizen in Engeland, het beheer van orgaantransplantaties in Frankrijk
- Een bedrag bovenop het DRG-tarief (*'top-up payments'*): complexe pediatrie in specifieke afdelingen in Engeland, dure geneesmiddelen en hulpmiddelen in Frankrijk
- Tarief/budget op basis van lokale onderhandelingen: bepaalde DRG's zonder nationaal tarief in Engeland, bepaalde ongewogen DRG's in Duitsland
- Per ligdag: specifieke uitzonderingslijsten in Frankrijk
- Per prestatie/sessie: dialyse in Frankrijk, uitgesloten diensten en producten in Duitsland
- Combinatie van per ligdag en per prestatie: alle uitgesloten zorg in Estland



- Kosten: uitgesloten ziekenhuizen in de VS-Medicare Deel A, complexe patiënten in gespecialiseerde ziekenhuizen in Denemarken.

Het [Short report](#) bevat een meer gedetailleerde bespreking van de DRG-systemen en uitsluitingsmechanismen van de zes landen. Deze vermeldt per land de redenen waarom bepaalde elementen zijn uitgesloten en de bijbehorende financieringsmechanismen, die in een figuur worden samengevat. Wanneer mogelijk werden de (geschatte) vergoedingen voor elk uitgesloten element weergegeven.

Om het DRG-financieringssysteem en de bijhorende uitsluitingsmechanismen van de zes landen volledig te begrijpen, zou men idealiter ook het financieringssysteem dat van kracht was voor de invoering van DRG's moeten bestuderen. Dergelijk historisch overzicht valt buiten het bestek van deze studie. Voor Engeland, Frankrijk, Duitsland en het Medicare-systeem in de VS wordt de historiek beschreven in [KCE-rapport 207](#)<sup>8</sup>, voor Estland en Denemarken in het Euro-DRG rapport<sup>3</sup>.



Tabel 1 – Overzicht van uitsluitingsmechanismen in de zes landen

Land	Patiëntengroepen	Uitsluiting van*		
		Producten/diensten	Afdelingen/ziekenhuizen	Combinatie van criteria
<b>Denemarken</b>	-	-	-	'Complexe patiënten', d.w.z. patiënten die gespecialiseerde zorg krijgen (n = 1 100) worden behandeld in gespecialiseerde ziekenhuizen
<b>Engeland</b>	130 van de 2 782 <i>Healthcare Resource Groups</i> (HRG's, het Engelse equivalent van de DRG's) hebben geen nationaal tarief, 33 HRG's hebben een tarief dat aangepast kan worden na onderhandeling (2016)	Dure geneesmiddelen (n = 359), hulpmiddelen (n = 28), diensten (n = 5), uitgesplitste HRG's (n = 214)	Gedecentraliseerd systeem: de uitsluiting van ziekenhuizen is afhankelijk van de lokale ' <i>Clinical Commissioning Group</i> '	Gespecialiseerde afdelingen die 'zeer gespecialiseerde zorg' bieden
<b>Estland</b>	Chemotherapie patiënten (verschillende prijs voor een chemokuur)	Dure geneesmiddelen, hulpmiddelen, diensten, orgaantransplantatie	Afdelingen voor beroepsziekten / tuberculose	-
<b>Frankrijk</b>	-	Management van orgaantransplantatie (o.a. transport en prelevatie), dure geneesmiddelen (n = 3 649)**, hulpmiddelen (n = 68) en diensten (n = 16)	Plaatselijke ziekenhuizen / speciale instellingen (n = 166; 8,4% van alle acute ziekenhuizen)	-
<b>Duitsland</b>	45 van de 1 255 DRG's (in 13 grote diagnostische categorieën) hebben geen tarief gebaseerd op kosten (2016)	Management van orgaantransplantatie (o.a. transport en prelevatie), dure geneesmiddelen, hulpmiddelen en diensten (n = 191)	Speciale instellingen (n=153 in 2016)	-
<b>VS (Medicare Deel A)</b>	-	Orgaanprelevatie voor transplantatie	Kinderziekenhuizen (n = 11) / kankerziekenhuizen (n = 60) / enkele ziekenhuizen in Maryland / ' <i>Critical access hospitals</i> ' (kleine, landelijke ziekenhuizen, n = 1 300)	-

\* Een volledig overzicht is beschikbaar in het [Wetenschappelijk rapport](#). Een uitgesloten patiëntengroep is gebaseerd op een diagnose, een uitgesloten product of dienst op een procedure. \*\*: Dit aantal omvat verschillende doseringen van dezelfde stof.



## 2.2. Drie soorten mechanismen om de variabiliteit te verlagen

De uitsluitingsmechanismen zijn een belangrijk middel om zorgvariabiliteit binnen het DRG-systeem te verminderen. Dit is echter niet het enige mechanisme om het vergoeden van variabele zorg aan te pakken. Globaal genomen kan een onderscheid gemaakt worden tussen drie mechanismen om de zorgvariabiliteit in het DRG-systeem te reduceren (zie Tabel 4).

### 2.2.1. *Regelmatige aanpassingen aan het DRG-systeem zelf*

De eerste groep van mechanismen betreft de essentie van alle DRG-financieringssystemen, namelijk de indeling van de patiënten in groepen. Vrijwel alle landen met dergelijk systeem voeren hieraan regelmatig aanpassingen aan. Ze doen dit om de homogeniteit van de zorgkosten binnen een DRG te verhogen en dus de variabiliteit te beperken. Dit gebeurt door (1) de bestaande DRG's in verschillende niveaus van ernst op te splitsen, (2) patiënten met hogere/lagere kosten dan het gemiddelde over te hevelen naar andere DRG's, of (3) nieuwe DRG's te creëren voor patiënten met vergelijkbare klinische kenmerken en kosten.

Landen maken hierin uiteenlopende keuzes, die zich onder andere weerspiegelen in het aantal DRG's waaruit het classificatiesysteem bestaat en de al dan niet aanwezigheid van meerdere subgroepen (zie Tabel 2). De subgroepen zijn gebaseerd op niveaus van ernst, co-morbiditeit en complicaties en beogen een grotere homogeniteit van de DRG's. Een classificatiesysteem met een groter aantal DRG's is, in principe, gemakkelijker in staat om variabiliteit binnen het DRG-systeem op te vangen.

**Tabel 2 – Aantal DRG's en subgroepen**

	Aantal DRG's	Aantal subgroepen
<b>Denemarken</b>	743	2 voor de meeste DRG's
<b>Engeland</b>	± 2 300	Tot 6 subgroepen
<b>Estland</b>	± 800	2 voor sommige DRG's
<b>Frankrijk</b>	± 2 300	4 voor de meeste DRG's
<b>Duitsland</b>	1 255	Geen maximum aantal 1 voor 280 DRG's en meerdere voor 310 DRG's
<b>VS (Medicare Deel A)</b>	756	Tot 3 subgroepen
<b>België</b>	1 258	4 voor 314 DRG's en 1 voor 2 DRG's

### 2.2.2. *Mechanismen in de marge van het DRG-systeem*

De tweede groep van mechanismen bevindt zich in de marge van het DRG-systeem. Allereerst zijn er de **vergoedingen voor de outliers**. Ten tweede zijn er **diensten die voor bepaalde patiënten uit verschillende DRG's relevant zijn** (maar niet voor alle patiënten in een bepaalde DRG). Voorbeelden zijn zeer dure geneesmiddelen of implantaten. Hiervoor voorzien Engeland, Estland, Frankrijk en Duitsland een bijkomende financiering met vaste bedragen (per prestatie of per ligdag). Ten slotte is het **moeilijk** om voor sommige patiëntengroepen **de gemiddelde kosten te berekenen**. Hiervoor bestaan verschillende redenen zoals een klein aantal patiënten of het ontbreken van gestandaardiseerde zorgpaden. Voor deze groepen voorzien Engeland en Duitsland afzonderlijke DRG's die op basis van lokale onderhandelingen een faire financiering (kunnen) krijgen.



**Hoe worden outliers gefinancierd?**

Alle landen hanteren een mechanisme om de kosten voor **outliers** retrospectief te vergoeden. Outliers zijn patiënten die hogere of lagere kosten met zich meebrengen dan voorspeld en/of die langer/korter dan gemiddeld voor hun DRG in het ziekenhuis verblijven. Ze worden dan ook geïdentificeerd op basis van hun zorgkosten of verblijfsduur (zie Tabel 3). Hun vergoeding wordt retrospectief berekend en op basis van kosten of verblijfsduur uitbetaald. De behandeling van outliers moet echter altijd worden bekeken als onderdeel van het grotere geheel van een systeem van

ziekenhuisfinanciering. In de VS (Medicare Deel A), dat slechts enkele zorgelementen uitsluit, worden outliers vergoed op basis van kosten en niet op basis van de verblijfsduur, zoals in de meeste Europese landen. Dit betekent dat de Amerikaanse ziekenhuizen een vergoeding per prestatie ontvangen wanneer de behandelingskosten van individuele patiënten veel hoger liggen dan de gemiddelde zorgkosten. Outlierfinanciering op basis van een vergoeding per prestatie kan de werkelijke zorgkosten van een individuele patiënt beter benaderen dan een financiering op basis van verblijfsduur.

**Tabel 3 – Definitie en vergoeding van outliers**

Land	Gebaseerd op	Definitie	Financiering
<b>Denemarken</b>	Verblijfsduur	Geen ondergrens verblijfsduur	Per ligdag (onafhankelijk van de DRG)
		Bovengrens verblijfsduur: $Q3+(Q3-Q1)*1.5$	
<b>Engeland</b>	Verblijfsduur	Geen ondergrens verblijfsduur	Per ligdag
		Bovengrens verblijfsduur: $Q3+(Q3-Q1)*1.5$	
<b>Estland</b>	Kosten	Ondergrens kosten: gemiddelde kost – $2*STD$	Per prestatie
		Bovengrens kosten: gemiddelde kost + $2*STD$	Per prestatie
<b>Frankrijk</b>	Verblijfsduur	Ondergrens verblijfsduur: $(ALOS/2.5) + 1$	Per ligdag of vast bedrag
		Bovengrens verblijfsduur: $ALOS*2.5$	Per ligdag
<b>Duitsland</b>	Verblijfsduur	Ondergrens verblijfsduur: $round[\max(2, ALOS/3)]$	Per ligdag
		Bovengrens verblijfsduur: $round[\min(2, ALOS+2*STD, ALOS + 17)]$	Per ligdag
<b>VS (Medicare Deel A)</b>	Kosten	Geen ondergrens kosten	80% van de kosten boven de kostendrempel
		Bovengrens kosten: DRG tarief + vast bedrag ('fixed-loss' bedrag)	

*ALOS=gemiddelde verblijfsduur; DRG=diagnose-gerelateerde groep; Q1=eerste kwartiel; Q3=derde kwartiel; STD=standaardafwijking*





### 2.2.3. Mechanismen buiten het DRG-systeem

De derde groep bevat mechanismen buiten het DRG-systeem zoals een bijkomende financiering voor specifieke diensten die enkel door een paar ziekenhuizen worden geleverd. Daardoor is het niet zinvol om hun gemiddelde kosten te berekenen. Daarnaast voorzien vele landen een apart budget voor bepaalde specifieke diensten, bv. prelevatie en distributie van organen of zorg voor zware brandwonden, omdat deze kampen met hoge vaste kosten, onafhankelijk van het aantal diensten die ze leveren. En zoals reeds gemeld worden in Denemarken bepaalde kosten enkel vergoed als de patiënten worden behandeld in een erkend, gespecialiseerd ziekenhuis.

**Tabel 4 – Mechanismen om de variabiliteit te verminderen in DRG-systemen**

Plaats t.o.v. het DRG-systeem	Mechanismen
<b>Binnen het systeem</b>	Opsplitsen van DRG's
	Cases overhevelen naar andere DRG's
	Creëren van nieuwe DRG's
<b>In de marge van het systeem</b>	Outlierfinanciering (per prestatie of per ligdag)
	Bijkomende financiering met vaste bedragen (per prestatie of per ligdag)
	DRG's met onderhandelde bedragen
<b>Buiten het systeem</b>	Bijkomende financiering met onderhandelde bedragen
	Afzonderlijke budgetten per ziekenhuis voor specifieke diensten
	Terugbetaling van kosten voor specifieke behandelingen in erkende centra

*DRG=diagnose-gerelateerde groep*



### 3. HOE WORDT HOOGVARIABELE ZORG IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN GEFINANCIERD?

Ook in de huidige Belgische ziekenhuisfinanciering worden ziekenhuizen bijkomend vergoed voor zorg die moeilijk te standaardiseren, complex, duur of zeldzaam is, maar voor (een deel van) deze financiering is het echter moeilijk uit te maken wat de onderliggende criteria zijn. Ook in de zes bestudeerde landen uit Hoofdstuk 2 blijkt de extra financiering niet altijd gebaseerd te zijn op zorgvariabiliteit of -complexiteit.

Hieronder geven we eerst de belangrijkste financieringsbronnen voor de Belgische ziekenhuizen. Vervolgens bespreken we de aanpassingen aan deze financiering voor complexiteit, hoge kosten of specifieke diensten.

#### 3.1. Bronnen van financiering voor de Belgische ziekenhuizen

De belangrijkste bronnen zijn:<sup>11</sup>

- **Het ziekenhuisbudget** (het Budget Financiële Middelen - BFM). Het gesloten, nationale budget dekt (gedeeltelijk) de kosten van de ziekenhuisactiviteiten (verpleegkundig personeel, administratie, onderhoud, wasserij, wettelijke verplichtingen inzake zorgkwaliteit en -veiligheid, operationele werking van de apotheek, enz.). Het belangrijkste mechanisme om het budget te verdelen onder de ziekenhuizen is gebaseerd op DRG's (zie sectie 3.2.2).
- **Afdrachten op artsenhonoraria**. De artsen dragen een deel van hun honorarium af aan het ziekenhuis om (een deel van) de kosten te dekken die direct of indirect verband houden met hun medische activiteiten. Deze omvatten o.a. kosten voor verpleegkundig personeel, voor paramedische diensten, apparatuur (die niet of onvoldoende zijn opgenomen in het BFM), gebruik van ruimtes, onderhoud en voor het technisch, administratief of ander ondersteunend personeel.

- **Farmaceutische producten** worden deels vergoed per product en deels door een forfait per verblijf, specifiek per pathologie.
- Het RIZIV keert **forfaitaire bedragen** uit in het kader van **een conventie** in specifieke medische sectoren (bv. revalidatie).
- **Daghospitalisatie** wordt gefinancierd met vaste bedragen **waarvan sommige verschillend zijn per ziekenhuis**. De financiering voor **dagchirurgie** is onderdeel van het BFM.

Het BFM en de afdrachten op de honoraria vertegenwoordigen respectievelijk 37,7% en 41,6% van de totale ziekenhuisinkomsten (2016).<sup>12</sup>

Zoals we hieronder zullen zien, zijn de drie hogervermelde mechanismen (sectie 2.2) tot op zekere hoogte ook aanwezig in het Belgische systeem (zie Tabel 5 voor een overzicht). Voor de goede leesbaarheid omvat het begrip 'aanpassingen voor complexe zorg' ook 'aanpassingen voor moeilijk te standaardiseren, complexe, dure of zeldzame zorg', tenzij uitdrukkelijk anders vermeld.

Zoals hierboven reeds vermeld, valt een evaluatie van de mate waarin artsenhonoraria rekening houden met variabiliteit in het zorgproces buiten het bestek van dit rapport. De resultaten van de lopende ULB-studie rond de opsplitsing van de honoraria in de praktijkkosten en het 'zuiver' honorarium, uitgevoerd in opdracht van minister De Block, kunnen hiervoor een aantal interessante inzichten leveren.



## 3.2. Aanpassingen aan het DRG-systeem zelf: weging van B2-punten

### 3.2.1. *Verantwoorde activiteit als hoeksteen van de Belgische pathologiefinanciering*

In België krijgen de ziekenhuizen geen bedrag per verblijf zoals in de zes geselecteerde landen, maar wordt een groot deel (deel B2 voor klinische kosten, ongeveer 40% van het BFM) van het nationaal ziekenhuisbudget verdeeld op basis van de gemiddelde verblijfsduur per DRG. Een 'klassiek' DRG-financieringssysteem deelt patiënten in groepen in op basis van hun aandoening of de heelkundige procedure die ze ondergaan. In België wordt er aan het DRG-systeem nog een subklasse toegevoegd op basis van de ernst van de ziekte ('*severity of illness*'-SOI). Dit heet een **APR (All Patient Refined)-DRG** systeem. Daarbij wordt de gemiddelde verblijfsduur binnen dezelfde APR-DRG en met dezelfde SOI berekend. Naast SOI speelt ook leeftijd een rol (jonger of ouder dan 75 jaar), maar er wordt verder geen onderscheid gemaakt tussen volwassenen en kinderen. Het Belgische classificatiesysteem telt 1 258 DRG's en bestaat uit 314 DRG's met elk vier SOI's en 2 DRG's zonder indeling in SOI's (zie Tabel 2).

Op basis van dit nationale gemiddelde, en rekening houdend met de *case-mix* van de patiënten (en het toevoegen van verantwoorde dagen voor outliers, zie 3.3.1), wordt het aantal **verantwoorde ligdagen** voor elk ziekenhuis berekend. Per afdeling wordt dan nog wordt rekening gehouden met de normatieve bezettingsgraad (doorgaans 80%). Zo komt men tot het aantal **verantwoorde bedden**.

### 3.2.2. *Aanpassingen aan het DRG-systeem door de verantwoorde bedden per afdeling te wegen*

Ongeveer 40% van het BFM (deel B2) wordt op basis van deze verantwoorde activiteit aan elk ziekenhuis betaald. Men gaat daarvoor het gesloten B2-budget delen door het aantal B2-punten dat alle ziekenhuizen samen hebben 'verdiend'. Zo berekent men de waarde van één B2-punt. De **basispunten** dienen voor de financiering van het verpleegkundig personeel. In principe wordt er per verantwoord bed aan een ziekenhuis één B2-punt toegekend. Sommige afdelingen ontvangen per verantwoord bed echter meer punten: bv. maximaal 6,25 punten voor neonatale intensieve zorgen en maximaal 3,75 punten voor maternale intensieve zorgen. Het verschil in aantal punten vindt zijn oorsprong in een verschillende bestaansnorm per departement.

Dit financieringsmechanisme kan worden vergeleken met een systeem waarin ziekenhuizen een bedrag per DRG krijgen, en waarbij de DRG's gewogen zijn volgens hun aandeel in de totale kosten. In de Belgische ziekenhuisfinanciering hangt het gewicht bij de toewijzing van het budget hoofdzakelijk af van de gemiddelde verblijfsduur per DRG (en van de standaardtijden in het operatiekwartier – zie sectie 3.3.2). Door het ontbreken van kostengegevens kent het Belgische systeem andere mechanismen zoals de supplementaire punten (zie sectie 3.3.3) en een aparte financiering voor bepaalde afdelingen zoals intensieve zorgen (zie sectie 3.3.3). Deze mechanismen zorgen ervoor dat het Belgische systeem van ziekenhuisfinanciering complexer, meer gefragmenteerd en minder transparant is dan buitenlandse DRG-systemen.<sup>7</sup>



### 3.3. Financiering in de marge van het DRG-systeem: financiering van outliers, extra punten en financiering voor specifieke diensten en producten

Hoewel de B2-punten de belangrijkste basis zijn van de Belgische ziekenhuisfinanciering, bestaan er daarnaast ook een aantal mechanismen in de marge van het systeem.

#### 3.3.1. Financiering van outliers en restgroepen

In België worden de outliers gedefinieerd op basis van de verblijfsduur en ze worden per ligdag vergoed. Er zijn twee types van outliers.

Bij de '**kleine**' outliers wordt alleen het werkelijke aantal ligdagen geteld. Het gaat om patiënten met een verblijfsduur  $\leq \text{EXP}(\ln Q1 - 2x(\ln Q3 - \ln Q1))$ , waarbij Q1 en Q3 het eerste en derde kwartiel zijn van de nationale verblijfsduur voor de betreffende DRG. Deze ondergrens moet in elk geval minstens drie dagen korter zijn dan de gemiddelde verblijfsduur voor de DRG.

'**Grote**' outliers overschrijden ruimschoots de gemiddelde nationale verblijfsduur. Er zijn twee types:

- Type 1: verblijfsduur  $> Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$ . Alle effectieve ligdagen worden als verantwoord beschouwd.
- Type 2:  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1) < \text{verblijfsduur} < Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$ . Het aantal verantwoorde ligdagen is gelijk aan de nationale gemiddelde verblijfsduur plus de effectieve ligdagen na  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ . Voor deze outliers wordt dus het verschil tussen de nationale gemiddelde verblijfsduur en  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$  niet in aanmerking genomen in de financiering.

In de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) van 2014 vertegenwoordigden de outliers 6.7% van het totaal aantal verantwoorde dagen.

Outliers spelen ook een rol in de berekening van het forfaitaire bedrag per verblijf voor farmaceutische specialiteiten. Ze worden gedefinieerd als

patiënten met een verblijfsduur  $> Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$  en de financiering gebeurt dan per product op basis van de publieksprijs.

Naast de outliers zijn er ook een aantal DRG's die niet meegenomen worden bij de berekening van de verantwoorde activiteit. Deze restgroepen zijn APR-DRG's met minder dan 30 verblijven op nationaal niveau; verblijven zonder hoofddiagnose of waarvoor de ingreep niet aansluit bij de hoofddiagnose; verblijven waarbij de patiënt binnen drie dagen overleden is, enz. Deze restgroepen vertegenwoordigden 9.1% van het aantal verantwoorde dagen in 2014. Hun financiering is meestal gebaseerd op de reële verblijfsduur.

#### 3.3.2. Bijkomende punten voor specifieke diensten

Er worden bijkomende punten toegekend voor **operatiezalen** op basis van een standaardtijd voor ongeveer 2 100 chirurgische ingrepen. Deze standaardtijd geeft de behoefte aan verpleegkundigen weer, en vormt geen indicatie voor de duur van de interventie zelf. Op basis van deze tijd wordt het aantal benodigde operatiezalen berekend, en per zaal worden 7,5 punten toegekend. Ziekenhuizen ontvangen extra financiering voor een operatiezaal die permanent beschikbaar wordt gehouden met een maximum van twee permanente operatiezalen per ziekenhuis.<sup>7</sup>

Een gesloten budget (onderdeel van B2) wordt toegewezen voor verpleegkundig en verzorgend personeel op de **spoedafdeling**.<sup>13</sup> De toewijzingsregels werden in juli 2013 gewijzigd en sindsdien werden de nieuwe regels geleidelijk ingevoerd (40% nieuwe methode en 60% oude methode sedert juli 2015). In de oude methode is vooral het aantal verantwoorde bedden bepalend voor de basisfinanciering. Bijgevolg krijgen grotere ziekenhuizen (met een correctie voor de *case-mix*) in het algemeen een groter budget voor hun spoedafdeling. Bijkomende financiering wordt toegekend op basis van prestaties die verricht worden bij gehospitaliseerde patiënten tijdens de nacht, het weekend en op feestdagen (onregelmatige prestaties). Ziekenhuizen worden op basis van de bijkomende honoraria voor deze dringende verstrekkingen ingedeeld in decielen. De basispunten worden met een deciel-specifieke factor opgehoogd gaande van een factor 1 voor decielen 1 tot 3 tot een factor twee voor ziekenhuizen in deciel 10. In de nieuwe methode hangt het aandeel B2-punten van elk ziekenhuis af van



het aantal 'units spoedgevallen' dat het 'verzamelt'. Ziekenhuizen ontvangen één unit voor elke patiënt die via de spoedafdeling wordt opgenomen, ongeacht wat er vervolgens gebeurt (opname of ontslag). Voor bepaalde types van patiënten (afhankelijk van leeftijd, pathologie, tijdstip van aankomst of overbrenging naar een intensieve zorg afdeling) krijgt het ziekenhuis bijkomende units. Alle ziekenhuizen met een spoedafdeling krijgen minstens 15 punten, maar er zijn uitzonderingen m.b.t. de ligging van de spoedafdeling.

Ook **medische producten** worden gefinancierd met punten, op basis van het aantal verantwoorde bedden en hun gewicht (bijvoorbeeld, één punt per bed op een chirurgische afdeling maar 8,11 punten voor bedden op een afdeling neonatale intensieve zorgen). Bijgevolg bepaalt de grootte (gecorrigeerd voor de *case-mix*) van het ziekenhuis het budget voor medische producten.

### 3.3.3. *Supplementaire punten voor ziekenhuizen met een hoger activiteiten- of verpleegkundig profiel*

Naast de basis- en bijkomende punten worden ook nog supplementaire punten toegekend om de verpleegkundige personeelsbezetting aan te passen aan de zorgintensiteit. Ongeveer 10% van B2 en dus 4% van het totale ziekenhuisbudget is bestemd voor de financiering van meer ernstige pathologieën en zwaardere verpleegkundige zorgprofielen.

De supplementaire punten zijn namelijk gebaseerd op het volume aan geneeskundige en heelkundige verstrekkingen (11% van de supplementaire punten in 2017), op het verpleegkundig profiel van het ziekenhuis (35%) en op het aantal bedden intensieve zorgen (54%). Voor de afdelingen chirurgie (C), interne geneeskunde (D) en pediatrie (E) krijgen ziekenhuizen supplementaire punten op basis van hun **medisch activiteitsvolume** in vergelijking met dat van alle ziekenhuizen samen. Alle ziekenhuizen worden gerangschikt op basis van hun geneeskundige en heelkundige verstrekkingen in de respectieve afdelingen. Vervolgens worden ze volgens hun rangorde verdeeld in decielen (groepen van telkens 10% van het totaal aantal ziekenhuizen) en worden er punten toegewezen. Het aantal supplementaire punten per verantwoord bed varieert van 0 voor de decielen

1 tot 3 tot 0,34 voor het hoogste deciel voor chirurgie en interne geneeskunde of tot 0,38 voor pediatrie. Voor ziekenhuizen in het hoogste deciel wordt het betrokken gedeelte van het B2-budget dus verhoogd met 34% voor een C- of D-afdeling en met 38% voor een pediatrie-afdeling.

Daarnaast worden de ziekenhuizen gerangschikt op basis van hun **verpleegkundig profiel** (verpleegkundige activiteiten en '*nursing related groups*' of NRG's) en opnieuw gefinancierd per deciel of voor het aandeel patiëntdagen met een NRG-gewicht boven het nationaal mediaan NRG-gewicht per patiëntdag. Bijgevolg gebeurt de correctie voor verpleegkundige zorg onafhankelijk van het DRG-systeem.

In de meeste internationale financieringssystemen wordt de financiering per opname berekend: voor elke patiënt die aan de criteria voor hoogvariabele zorg voldoet wordt een extra bedrag uitbetaald. In België gebeurde dit vroeger enkel op het niveau van het ziekenhuis. Dit houdt in dat Belgische ziekenhuizen niet altijd een vergoeding ontvingen indien ze patiënten behandelden met een hoge variabiliteit in zorg. De vergoeding werd alleen aan ziekenhuizen toegewezen als het algemene ziekenhuisprofiel meer 'variabel' was dan andere ziekenhuizen. Dit is nu nog grotendeels het geval met uitzondering van de '*nursing related groups*' (NRG's) die in 2014 ingevoerd werden. Bij de NRG-financiering krijgen de ziekenhuizen extra financiering voor patiëntdagen met een NRG-gewicht dat hoger is dan het nationaal mediaan NRG-gewicht en dit voor de afdelingen chirurgie, interne geneeskunde, pediatrie en intensieve zorgen.

#### ***Nursing related groups (NRG's)***

NRG's worden berekend op basis van items die de verpleegkundige activiteit meten, namelijk de 'Verpleegkundige Gegevens van de Minimale Ziekenhuisgegevens' (VG-MZG). Ze vormen een classificatiesysteem dat gebruikt wordt om de zorg die op een bepaald tijdstip aan een patiënt gegeven wordt, toe te wijzen aan een vooraf bepaald zorgprofiel (NRG). Elke NRG heeft een bepaald gewicht dat gebaseerd is op de benodigde personeelsbezetting.



Het zorgprofiel is dus een groep van zorgperiodes die klinisch samen horen, waarbij de zorgepisodes een gewicht krijgen (NRG-punten). De NRG-punten per patiëntdag worden in de financiering gebruikt om rekening te houden met verschillen in intensiteit van verpleegkundige zorg tussen ziekenhuizen.<sup>14</sup>

Naast de supplementaire punten voor het activiteitenvolume en het verpleegkundig profiel, krijgen ziekenhuizen ook supplementaire punten als compensatie voor het **aantal bedden intensieve zorgen** op de afdelingen chirurgie (C), interne geneeskunde (D) en pediatrie (E), die een hogere bestaafing vragen. Het aantal bedden intensieve zorgen wordt berekend als een percentage van het aantal C-, D- en E-bedden en is gebaseerd op drie criteria:

- een lijst van reanimatieprestaties (20%);
- 'intensieve verpleegkundige zorgprofielen' in het hele ziekenhuis, of de patiënten nu zijn opgenomen in een dienst intensieve zorgen of niet (40%) met een toewijzing van punten per verantwoord bed op basis van het deciel waarin het ziekenhuis zich bevindt;
- het percentage opnamen op een dienst intensieve zorgen, gestandaardiseerd per APR-DRG (Nperciz; nationaal percentage intensieve zorgen per APR-DRG; 40%).

Het is duidelijk dat het relatief kleine deel van het BFM dat complexe zorg moet financieren, gebaseerd is op een zeer **uitgebreide set aan berekeningen**. Bovendien zijn de budgetten die aan elk ziekenhuis worden toegewezen, afhankelijk van de activiteiten van alle andere ziekenhuizen, waardoor ze **moeilijk te voorspellen** zijn. Toch kunnen deze mechanismen belangrijke verschillen veroorzaken in de budgetten van individuele ziekenhuizen, afhankelijk van hun mate van zorgcomplexiteit. Bijvoorbeeld, van de supplementaire punten voor het activiteitenvolume in chirurgie en interne geneeskunde ontvangt 30% van de ziekenhuizen (decielen 1 tot 3) geen supplementaire financiering uit het B2-budget, tenzij ze in een hoger deciel terecht komen voor de supplementaire punten gebaseerd op het verpleegkundig profiel.

### 3.3.4. Vergoeding van dure/nieuwe/specifieke geneesmiddelen en medische hulpmiddelen

In het buitenland maken geneesmiddelen over het algemeen deel uit van de financiering per DRG, maar er zijn uitzonderingen. Zo worden dure geneesmiddelen en/of geneesmiddelen voor chemotherapie uitgesloten uit het Engelse DRG-systeem. De prijzen van dure medische hulpmiddelen worden op nationaal niveau met de leveranciers onderhandeld, en deze worden rechtstreeks door NHS (National Health Service) Engeland betaald, zodat de ziekenhuizen deze kosten niet eerst moeten dragen. In Duitsland wordt er voor sommige uitgesloten geneesmiddelen en hulpmiddelen een prijs op nationaal niveau vastgesteld, voor andere niet. Voor deze laatste wordt de prijs op lokaal niveau onderhandeld. In Frankrijk ontvangen ziekenhuizen vaste bedragen voor geneesmiddelen en hulpmiddelen als ze de 'best practice'-richtlijnen volgen via 'good use'-contracten. In Estland heeft een aantal specifieke producten een afzonderlijke code met een prijs op basis van historische kosten.

In België maken geneesmiddelen geen deel uit van het DRG-systeem met 'basispunten'. Er is wel een systeem met forfaitaire bedragen dat op DRG's is gebaseerd. Net als in de bestudeerde landen zijn niet alle geneesmiddelen hierin opgenomen. De producten die op een uitgebreide lijst met meer dan 300 ATC ('Anatomical Therapeutic Chemical')-codes staan, worden beschouwd als 'speciaal', 'nieuw' of 'zeer duur', en daarvoor kunnen ziekenhuizen per gebruikt product aan de overheid factureren.

Bij de financiering van medische hulpmiddelen wordt een onderscheid gemaakt tussen invasieve en niet-invasieve hulpmiddelen. We verwijzen naar Figuur 5 in de synthese van [KCE-rapport 297](#) voor een gedetailleerd overzicht van de verschillende financieringsmogelijkheden.<sup>15</sup>





### 3.3.5. *Andere mechanismen voor apotheek, daghospitalisatie en patiënten met lage sociaaleconomische status*

Naast de hierboven vermelde, belangrijkste mechanismen, zijn er nog budgetten die specifieke diensten en patiëntprofielen vergoeden.

#### **B5 voor de werkingskosten van de ziekenhuisapotheek**

Het grootste deel van het B5-budget (1,8% van het BFM in 2017), zijnde 66%, wordt verdeeld op basis van de apotheekactiviteit (jaarlijkse omzet van farmaceutische producten en aantal en type bedden). Het resterende deel (34%) wordt verdeeld op basis van het aantal belastende interventies gedefinieerd als zware heekunde, reanimatie en interventionele radiologie.

#### **B8 voor patiënten met een lage sociaaleconomische status**

Sinds 2002 ontvangen Belgische ziekenhuizen extra financiering (B8 - 0,40% van het BFM in 2017) voor patiënten met een lage sociaaleconomische status, om de extra kosten te vergoeden. Deze zijn o.a. het gevolg van een uitgebreider gebruik van de sociale voorzieningen van het ziekenhuis en een langere verblijfsduur door een gebrek aan ondersteuning thuis. Deze patiënten zijn de zogenaamde 'niet-medische of sociale outliers' (maar kunnen bijkomend ook gefinancierd worden als een 'gewone' outlier).

#### **Daghospitalisatie**

Daghospitalisatie wordt gefinancierd door verschillende forfaits per patiënt, die al dan niet variabel per ziekenhuis zijn (gerelateerd aan de B2-prijs per dag). Dit financieringsmechanisme is niet in het ziekenhuisbudget geïntegreerd en werkt in tegenstelling tot het BFM met een open budget. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat er verschillende betalende instanties zijn eerder dan door complexiteit of variabiliteit. Uitzondering is de financiering van hemodialyse in het ziekenhuis waarvoor de financiering een forfait en een honorarium per zitting omvat. Het bedrag van het forfait en honorarium wordt verminderd indien het ziekenhuis de drempel van 40% alternatieve vormen van dialyse niet behaalt.<sup>16</sup>

### 3.4. **Financiering buiten het DRG-systeem voor welbepaalde ziekenhuizen of departementen**

Het Belgische systeem kent ook een financiering buiten het DRG-systeem voor specifieke afdelingen, ziekenhuizen of diensten. Het gaat om **conventies en bepaalde elementen uit het B4- en B7-budget**. Daarnaast is er de financiering voor **zware medische apparatuur**. Andere onderdelen van het BFM zijn minder gerelateerd aan specifieke departementen, ziekenhuizen of diensten.

#### **Conventies**

Conventies zijn overeenkomsten tussen het RIZIV en (meestal) ziekenhuizen. Ze definiëren op zijn minst gedeeltelijk de activiteiten van de centra en de vergoeding (bedrag per dag, maand, jaar en/of per patiënt) die ze zullen ontvangen. Over het algemeen worden conventies gebruikt voor multidisciplinaire zorg voor specifieke patiëntengroepen.

Voor complexe zorg is het aantal centra beperkt, bv. 3 centra voor hemofilie, 6 voor pediatrie nefrologie, 7 voor neuromusculaire aandoeningen, 7 voor mucoviscidose. Voor andere soorten zorg zijn er vele centra, bv. 42 centra voor hartrevalidatie en 102 voor zelfmanagement van diabetes. De aandoeningen die via een conventie worden gefinancierd, kunnen worden ingedeeld in de volgende groepen:

- Endocriene en metabole stoornissen (bv. diabetes)
- Ziekten van het bloed en het immuunsysteem (bv. hemofilie)
- Ademhalingsaandoeningen (bv. mucoviscidose, hulp bij zuurstofgebruik thuis)
- Hartziekten
- (Neurologische) locomotorische ziekten en handicaps
- Mentale en neurologische stoornissen (bv. refractaire epilepsie, dementie (geheugenklinieken))
- Chronisch vermoeidheidssyndroom



- Zintuiglijke beperkingen
- Pediatrische ziekten, bv. pediatrische nefrologie.

### **Centra voor zware brandwonden**

Er zijn in ons land zes erkende centra voor zware brandwonden: drie in Vlaanderen, twee in Wallonië en één in Brussel. Ze ontvangen een forfaitair bedrag per bed van het B2-deel van het BFM (€ 259 537 per bed in 2017). Dit is ongeveer het dubbele van het gemiddelde bedrag dat een algemeen ziekenhuis krijgt voor een normaal bezet bed. Dit hogere bedrag kan verklaard worden door de hogere bestaafingsnormen.

Het forfait maakt geen deel uit van de basispunten voor B2. Ook voor Sp-bedden (chronische zorg) en voor psychiatrische bedden is er een aparte berekening.

### **B4 voor specifieke afdelingen zoals brandwondencentra en borstkankerklinieken**

Het B4-budget vertegenwoordigt 14% van het totale ziekenhuisbudget (2017). Oorspronkelijk bevatte het slechts één budget om ziekenhuizen te vergoeden voor inkomstenderving door het sluiten van bedden. Vandaag bevat B4 echter meer dan 50 verschillende soorten budgetten. De meeste zijn voor specifieke afdelingen (bv. coördinatie van brandwondeneenheden, extra paramedisch personeel voor borstkankerklinieken of pediatrische oncologie). Een ander voorbeeld is de € 12 995 (waarde 2017) die jaarlijks per bezet bed wordt betaald om de extra personeelsbehoeften te dekken voor comateuze patiënten.

### **B7 voor universitaire ziekenhuizen**

Universitaire ziekenhuizen ontvangen aparte financiering voor onderzoek, opleiding en training, maar de financiering voor het verlenen van zorg wordt op een vergelijkbare manier berekend als voor andere ziekenhuizen. Voor eenzelfde patiënt en eenzelfde zorg ontvangt een universitair ziekenhuis hetzelfde B2-deel van de ligdagprijs als een niet-universitair ziekenhuis. De hogere ligdagprijs (B2-deel) voor de universitaire ziekenhuizen komt doordat ze gemiddeld meer patiënten met een meer ernstige pathologie behandelen (zie berekening supplementaire punten). Ze hebben ook vaker een uitgebreid aanbod van dure diensten, zoals intensieve zorg bedden, een dienst neonatale en maternale intensieve zorgen, hematologie, een afdeling radiotherapie, een PET (positronemissietomografie)-scanner, projecten in het kader van het Nationaal Kankerplan, vruchtbaarheidsklinieken of dure infrastructuur.<sup>7</sup>

B7 is een gesloten budget (2,7% van het BFM in 2017) voor de zeven universitaire ziekenhuizen en voor algemene ziekenhuizen die een financiering krijgen voor de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van nieuwe medische technologieën en/of de opleiding van residenten (de zogenaamde niet-universitaire ziekenhuizen met universitair karakter; 5 in 2017). Het budget voor B7 bestaat uit verschillende componenten, waarvan voornamelijk de eerste component gerelateerd is aan complexe zorg. Voor 2002 waren de basispunten voor B2 hoger voor universitaire ziekenhuizen voor bepaalde afdelingen door de extra verpleegkundige personeelsbezetting. Sinds 2002 is er geen onderscheid meer in de basispunten tussen universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen maar de universitaire ziekenhuizen ontvangen een extra bedrag. Het verschil in budget tussen beide berekeningsmethoden is nu opgenomen in B7A voor de universitaire ziekenhuizen en in B7B voor de vijf niet-universitaire ziekenhuizen met universitair karakter. Een aantal andere niet-universitaire ziekenhuizen met universitaire bedden ontvangen een bijkomend budget voor extra verpleegkundige bestaafing via het deel B4 van het BFM.

Hoewel kruissubsidiëring mogelijk is van middelen voor onderzoek en opleiding naar complexe patiëntenzorg binnen B7 in universitaire ziekenhuizen, kunnen onderzoek en opleiding zelf ook een oorzaak zijn van variabiliteit in de patiëntenzorg.<sup>7</sup>





### Zware medische apparatuur

Deel A3 van het ziekenhuisbudget (<1% van het BFM) dekt de investeringslasten van MRI (beeldvorming met magnetische resonantie), radiotherapie en PET-scan in de vorm van vaste jaarlijkse forfaits.<sup>17</sup> Het aantal erkende radiotherapie-apparaten hangt af van het aantal en het type handelingen dat twee jaar voordien is uitgevoerd. In 2016 werd het A3-budget van de federale naar de gefedereerde overheden overgeheveld, die autonoom kunnen beslissen over de financiering.

De werkingskosten van de apparaten (onderhoud, verbruiksgoederen, verplegend, technisch en administratief personeel) worden gedekt door B3 (1,2% van het BFM in 2017). Terwijl MRI nu algemeen wordt gebruikt voor diagnose en (chirurgische) behandeling, worden PET-scanners en radiotherapie het meest ingezet bij complexe pathologieën. Toestellen voor een behandeling met radiotherapie zijn alleen aanwezig in 24 erkende centra en 13 bijkomende satellietsites (behorend tot 9 van de 24 erkende centra).

**Tabel 5 – Mechanismen in de Belgische ziekenhuisfinanciering om de variabiliteit te verminderen**

Plaats t.o.v. het DRG-systeem	Mechanismen
<b>Binnen het systeem</b>	Weging van de verantwoorde bedden per type afdeling
<b>In de marge van het systeem</b>	Financiering per ligdag voor outliers op basis van verblijfsduur
	Bijkomende punten voor specifieke diensten (bv. operatiezalen)
	Supplementaire punten voor ziekenhuizen met een hoger activiteiten- of verpleegkundig profiel
	Financiering per product van dure/nieuwe/specifieke farmaceutische producten
<b>Buiten het systeem</b>	Specifieke financiering voor apotheek, daghospitalisatie en patiënten met lage sociaaleconomische status
	Conventies: forfaitaire vergoeding voor multidisciplinaire zorg voor specifieke patiëntengroepen
	Financiering van specifieke afdelingen zoals brandwondencentra en borstkankerklinieken (B4)
	Financiering voor extra verpleegkundige personeelsbezetting in universitaire ziekenhuizen Jaarlijks forfait voor zware medische apparatuur



## 4. FINANCIERINGSMECHANISMEN VOOR SPECIFIEKE ZORGDOMEINEN

Wanneer we de buitenlandse uitsluitingsmechanismen en bijhorende financieringsmethoden bekijken vanuit specifieke zorgdomeinen, dan stellen we vast dat voor sommige zorgdomeinen zoals orgaantransplantaties, *alle landen* minstens orgaanverwerving en -beheer uit hun DRG-systeem sluiten. De manier waarop zij dit doen en hoe ze dit financieren is wel verschillend. Vele andere zorgdomeinen worden uitgesloten van *het merendeel van de DRG-systemen*, zoals bepaalde kankerbehandelingen, gespecialiseerde pediatrie diensten, dialyse of diagnostische beeldvorming/radiotherapie. Daarnaast zijn er ook zorgdomeinen die in slechts *enkele DRG-systemen* worden uitgesloten, zoals intensieve zorgen of ernstige brandwonden. Onderstaande zorgdomeinen zijn een selectie van de meest voorkomende zorgdomeinen die anders dan via een basistarief per DRG worden gefinancierd.

### 4.1. Kankerbehandeling

Zoals reeds gemeld vallen in **Denemarken** zeer complexe patiënten enkel buiten het DRG-systeem als ze worden behandeld in welbepaalde ziekenhuizen/afdelingen. Een voorbeeld hiervan zijn 31 zeer gespecialiseerde diensten voor kankerbehandeling die worden vergoed op basis van de eigen kostenberekening van het daarvoor erkende ziekenhuis. Dit geldt onder andere voor de behandeling van schildklier-, slokdarm-, pancreas- of nierkanker, de stereotactische bestraling van extracraniale tumoren, totale lichaamsbestraling en experimentele behandelingen. In **Estland** is chemotherapie uitgesloten omwille van de grote verschillen in de prijs van een chemokuur. Er wordt voor chemotherapie een gecombineerde vergoeding per prestatie en per ligdag betaald, op basis van historische kostengegevens van de ziekenhuizen. In **Duitsland** zijn een paar DRG's voor beenmergtransplantatie 'ongewogen' en dus moeten hun tarieven lokaal worden onderhandeld tussen elk ziekenhuis en ziekenfonds of (privé) verzekeraar. Ook in **Engeland** hebben de HRG's (de Engelse DRG's) voor beenmergtransplantatie geen algemeen, nationaal tarief en moeten ze lokaal worden onderhandeld. Verder worden een aantal

kankergeneesmiddelen in **Engeland, Frankrijk en Duitsland** bijkomend vergoed. In de **VS-Medicare Deel A** worden de kankerbehandelingen van 11 'test-ziekenhuizen' sinds eind jaren tachtig uitgesloten van de Amerikaanse Medicare DRG-financiering. Ze worden vergoed op basis van toegestane gemaakte kosten. Sindsdien worden de meeste kankerbehandelingen echter in poliklinieken uitgevoerd en behandelingen waarvoor een langere hospitalisatie nodig is, worden meestal verstrekt in acute ziekenhuizen.

#### Kankerbehandeling in België

- De meeste kankers worden in de meeste ziekenhuizen behandeld en de algemene financieringsregels (zoals beschreven in sectie 3.2) zijn van toepassing. Momenteel zijn er geen ziekenhuizen of referentiecentra voor de behandeling van zeldzame of complexe kankers.
- Sommige elementen van het B4-budget zijn bestemd voor de vergoeding van kankerbehandelingen. Voor pediatrie oncologie en voor ziekenhuizen met een erkend borstkankerprogramma wordt financiering voorzien voor bijkomende zorg en paramedisch personeel. Bovendien wordt sinds 2008 een deel van het budget van het Nationaal Kankerplan gebruikt om ziekenhuisspecifieke acties te financieren: psychologische, sociale en voedingsondersteuning voor patiënten (vooral in de pediatrie hemato-oncologie), gegevensregistratie, biobanken (cel, bloed en tumor) en klinisch onderzoek.
- Dure kankermedicatie maakt geen deel uit van het forfaitaire bedrag per verblijf, en wordt per product vergoed op basis van de publieksprijs.



## 4.2. Gespecialiseerde pediatrische zorg

In **Denemarken** kan ook een groot aantal zeer gespecialiseerde diensten voor pediatrische zorg enkel worden aangeboden in 10 ziekenhuizen. Ook hier worden deze gespecialiseerde ziekenhuizen vergoed op basis van hun eigen kostenberekening. Voorbeelden van deze diensten zijn: pediatrische intensieve zorgen, neonatale beademing van langer dan 24 uur of mucoviscidose. Voor kinderen die complexe zorg krijgen in erkende (zeer) gespecialiseerde afdelingen wordt bijkomende financiering (*'top-up payments'*) toegekend in **Engeland**. Het basisbudget van deze afdelingen wordt met 44% verhoogd voor gevallen van lage complexiteit en met 64% voor gevallen van hoge complexiteit. In **Duitsland** zijn verschillende DRG's 'ongewogen', wat inhoudt dat hun vergoeding lokaal moet worden onderhandeld. Een voorbeeld hiervan is de DRG 'Sociale en neuro-pediatrische en pediatrische psychosomatische therapie voor psychische aandoeningen en aandoeningen van het zenuwstelsel'. Ook in **Engeland** geldt dit voor een aantal HRG's (*'unbundled HRGs'*), zoals 'Pediatrische intensieve zorgen en intensieve zorgen zonder externe zorgverlener'. Bepaalde DRG's worden in **Duitsland** ook opgesplitst naar leeftijd, om een onderscheid te maken tussen vergoedingen voor kinderen en volwassenen. Bovendien kunnen kinderziekenhuizen er worden uitgesloten van DRG-financiering, als minstens 40% van hun patiënten behoren tot een lijst van DRG's. Ook speciale instellingen voor kinder- en jeugdreumatologie en neonatale satellietcentra in afgelegen gebieden zijn er uitgesloten. **Frankrijk** voorziet aanvullende registratiecodes voor pediatrische reanimatie of intensieve zorgen en neonatale zorg met of zonder reanimatie (betaald per dag) en pediatrische radiotherapie (betaald per sessie).

### Gespecialiseerde pediatrische zorg in België

- In maart 2017 werden nieuwe forfaits voor chemotherapie ingevoerd met een differentiatie in tarieven tussen kinderen en volwassenen. Voor intraveneuze of percutane monotherapie (één enkel geneesmiddel), ontvangt het oncologisch dagcentrum €120 per behandeldag, aangevuld met €35,09 per dag wanneer de patiënt jonger is dan 16 jaar. Voor een gecombineerde therapie (meer dan één geneesmiddel) bedraagt het forfait €161 per behandeldag en €262,90 voor patiënten onder de 16 jaar.
- Andere maatregelen zijn de bijkomende bestaande voor pediatrische oncologie en hemato-oncologie afdelingen (via B4 en B9 van het BFM) en specifieke conventies voor kinderen (bv. pediatrische nefrologie, morbide obesitas, gevolgen van mishandeling bij kinderen en adolescenten).



### 4.3. Zware brandwonden

Ziekenhuizen of afdelingen voor ernstige brandwonden kunnen worden uitgesloten van het **Duitse** DRG-systeem als ze kunnen aantonen dat ze voldoen aan een maatschappelijke behoefte. Vervolgens onderhandelen ze een financiering per case of per dag. Het Duitse systeem bevat ook twee ongewogen DRG's voor 'Zware brandwonden' en 'Zware brandwonden met chirurgische procedure, kunstmatige beademing > 95 uur of intensieve complexe zorg'. De tarieven voor deze DRG's worden onderhandeld. In **Denemarken** mogen slechts twee ziekenhuizen ernstige brandwonden behandelen. Ze worden betaald op basis van hun eigen lokale kostengegevens volgens een overeengekomen procedure. In **Engeland** wordt de zorg voor ernstige brandwonden betaald op basis van lokaal onderhandelde tarieven. De 'commissioners' bepalen de manier waarop wordt vergoed en kunnen ermee experimenteren, bv. geïntegreerd zorgtarief of vergoeding per prestatie. Daardoor is er een grote variatie en is het niet transparant hoe de lokale prijzen worden bepaald.

#### Zware brandwonden in België

- De zes erkende centra voor zware brandwonden ontvangen een forfaitair bedrag per bed van het B2-deel van het BFM (€259 537 per bed in 2017). Dit forfait werd door de jaren heen nog niet herzien, het werd enkel geïndexeerd. De activiteiten van de artsen worden per prestatie vergoed.
- Een bijkomende financiering wordt voorzien voor de coördinatie van de zorgpaden en voor de psychologische ondersteuning van patiënten met zware brandwonden (B4-gedeelte van het BFM).

### 4.4. Neurologische aandoeningen

Een verhoging met 28% wordt toegekend voor complexe zorg in het domein van de neurologie in erkende (zeer) gespecialiseerde afdelingen in **Engeland**. In **Duitsland** worden ziekenhuizen of afdelingen voor de behandeling van neurologische aandoeningen zoals multiple sclerose, Parkinson, epilepsie en neuro-pediatrie en psychosomatische aandoeningen uitgesloten van DRG-financiering. Een vergoeding per case of per ligdag moet worden onderhandeld tussen ziekenhuizen en betalers. In **Estland** wordt biologische therapie voor multiple sclerose gefinancierd door een combinatie van een bedrag per dag en per prestatie.

#### Neurologische aandoeningen in België

- Sedert 1993 bestaan er zogenaamde Sp-diensten, hetzij in gespecialiseerde ziekenhuizen, hetzij geïntegreerd in een acut ziekenhuis, en al dan niet gekoppeld aan een rust- en verzorgingstehuis voor ouderen. Deze Sp-diensten zijn gespecialiseerd in de behandeling en revalidatie van patiënten met cardiopulmonaire, neurologische, locomotorische, psychogeriatrische en chronische aandoeningen. Deze diensten richten zich zowel op een verlenging van de acute diensten als op een actieve en multidisciplinaire revalidatie. Sp-diensten zijn ook bestemd voor patiënten met specifieke neurologische aandoeningen, zoals multiple sclerose of de ziekte van Huntington. Er zijn eveneens Sp-diensten voor patiënten die palliatieve zorg nodig hebben.
- Er zijn in totaal 6 759 erkende Sp-bedden (waarvan 1 466 binnen het domein van neurologische revalidatie of S3-bedden); 5 802 Sp-bedden zijn erkend in acute ziekenhuizen, 957 in categorale ziekenhuizen.<sup>9</sup>
- Sp-diensten worden gefinancierd via een combinatie van een forfait per dag en voor medische prestaties ofwel een betaling per prestatie ofwel een forfait indien een conventie is afgesloten met het RIZIV.



#### 4.5. De dienst intensieve zorgen

In het buitenland bestaan er meerdere manieren om de dienst intensieve zorgen te financieren. Uit een rapport van de RAND Europe blijkt dat er binnen de DRG-systemen drie hoofdmechanismen bestaan om intensieve zorgen te vergoeden: 1) als onderdeel van een betaling per case; 2) een toeslag op de betaling per case; 3) een apart budget buiten het DRG-systeem. Hoewel al deze systemen het risico op onderfinanciering van de dienst intensieve zorgen inhouden, is dit risico bij het eerste mechanisme het grootst. Dit is vooral het geval voor de meer gespecialiseerde vormen van intensieve zorg zoals intensieve zorg voor kinderen en voor specifieke volwassen patiëntengroepen.<sup>18</sup>

Ook de bestudeerde landen financieren de dienst intensieve zorgen op verschillende manieren. **Frankrijk** voorziet bijkomende registratiecodes voor reanimatie of intensieve zorg. Intensieve zorg voor kinderen kan in **Denemarken** alleen worden aangeboden in gespecialiseerde ziekenhuizen. In **Engeland** worden de vergoedingen voor neonatale en pediatrie intensieve zorg lokaal bepaald. Daarnaast wordt een bijkomende financiering ('*top-up payments*') voorzien voor specifieke patiëntengroepen in erkende centra (bv. patiënten met ernstig trauma in gespecialiseerde centra, een patiëntengroep met een groot intensieve zorg-gebruik).

##### Intensieve zorgen in België

- Sinds 2012 worden de verpleegkundige en klinische werkingskosten voor neonatale intensieve zorgen (NIC) vergoed zoals elke andere acute ziekenhuiszorg, dus op basis van een nationaal gemiddelde verblijfsduur per APR-DRG, in combinatie met een betaling per medische prestatie. Op die manier wordt er rekening gehouden met de *case-mix* van elke NIC-afdeling.
- Er bestaat echter geen specifieke financiering voor een dienst pediatrie intensieve zorgen. Volgens de geraadpleegde experts is deze zeer gespecialiseerde zorg daardoor verlieslatend. Nochtans zijn er verschillende redenen waarom de kostprijs van pediatrie

intensieve zorgen hoger ligt dan die van intensieve zorgen voor volwassenen:

- Pediatrie medische hulpmiddelen zijn duurder door hun kleinere formaat (kwetsbaarder) en lager productieaantal
- Pediatrie hulpmiddelen moeten vaker worden vervangen (bv. risico op obstructie door bloedklonters in dunnere buisjes)
- Door de verschillende leeftijden is er een groot verschil in grootte en gewicht van de patiënten. Hierdoor is er een breed scala aan medische hulpmiddelen nodig
- De evolutie van de vitale functies is bij kinderen meer variabel dan bij volwassenen, wat een intensievere monitoring vereist
- De procedures zijn vaak delicaat en meer complex dan bij volwassen patiënten
- Voor de procedures is er meer verplegend personeel vereist om de medewerking van het kind te verkrijgen
- Er is meer verpleegkundig personeel nodig om de ouders te ondersteunen en, als deze niet aanwezig zijn, om de kinderen 's nachts te ondersteunen.



#### 4.6. Dialyse

In **Denemarken** wordt ook dialyse vergoed op basis van de eigen kostenberekening van het gespecialiseerde, erkende ziekenhuis. In **Frankrijk** ontvangen ziekenhuizen een budget per dialysesessie, 'dialysepakket' genoemd, ter aanvulling van de standaard DRG-vergoeding. Daarnaast experimenteren verschillende regio's met zorgpaden voor de behandeling van chronisch nierfalen. In **Engeland** is er geen nationale vergoeding vastgesteld voor HRG's voor 'hemodialyse in het ziekenhuis of filtratie', hemodialyse thuis' en 'ambulante peritoneale dialyse'. Hemodialyse en peritoneale dialyse voor acuut nierfalen zijn ontbundeld en de financiering wordt lokaal onderhandeld. Bovendien wordt de financiering aan erkende ziekenhuizen voor het inbrengen en verwijderen van peritoneale dialysecatheters bij kinderen met 44% verhoogd ('*top-up payment*').

##### Dialyse in België

- Het Belgische systeem is vergelijkbaar met het Franse systeem en bestaat uit forfaits en honoraria per sessie. Het honorarium voor chronische hemodialyse in het ziekenhuis bedraagt € 139,19 per sessie gedurende de dag en € 107,46 gedurende de nacht. In beide gevallen ontvangt het ziekenhuis ook een forfait van € 238,37.
- In afwachting van een volledige herziening van de financiering van hemodialyse in het ziekenhuis, bestaat de huidige financiering uit honoraria en forfaits. De bedragen van de forfaits en de honoraria worden verlaagd indien het ziekenhuis de drempel van 40% alternatieve vormen van dialyse niet behaalt.

#### 4.7. Orgaanbeheer en transplantaties

In **Denemarken** voeren enkel gespecialiseerde ziekenhuizen orgaantransplantaties uit. Zij worden vergoed op basis van hun eigen kostenberekening. In **Estland** wordt er een combinatie van een vergoeding per dag en medische prestatie betaald (behalve voor hoornvliestransplantaties). Harttransplantaties worden uitgevoerd in Finland. In **Engeland** worden de vergoedingen voor HRG's voor nier-, hart-, long- en meervoudige orgaantransplantaties onderhandeld. De vergoeding voor transplantaties van kinderorganen wordt bovendien met 64% verhoogd. In **Frankrijk** wordt de coördinatie van orgaantransplantaties (beheer van levende donoren, prelevatie en transport) gefinancierd op basis van een vast budget ('*block grant*'). De transplantaties zelf vallen onder het DRG-systeem. Een vergelijkbare aanpak geldt in **Duitsland**: een prospectief vast budget wordt onderhandeld tussen de DSO (het Duitse centrum voor orgaantransplantatie), de betaler en de zorgverlener. De DSO zorgt voor (en betaalt voor) het beheer en het transport van de organen. Onder het **Amerikaanse** Medicare-programma worden de werkelijke kosten van de transplantaties vergoed, en de ingreep mag enkel in specifieke ziekenhuizen worden uitgevoerd.

##### Orgaanbeheer en transplantaties in België

- Een specifieke financiering wordt voorzien (€ 1,4 miljoen in 2017) voor 'kleine medische apparatuur' die wordt gebruikt bij orgaantransplantaties. Sinds 2014 is er ook een budget voor de 'lokale coördinatie van donoren' (tussen € 30 000 en € 130 000 in 2017). Beide budgetten maken deel uit van B4.
- De vergoeding van de artsen gebeurt via de honoraria (artikel 14m van de nomenclatuur).





#### 4.8. Diagnostische beeldvorming en radiotherapie

Partikelradiotherapie (bv. hadrontherapie) wordt vergoed voor **Denen** in buitenlandse ziekenhuizen. In **Engeland** wordt lokaal onderhandeld over ontbundelde diagnostische beeldvorming van DRG's en over hun vergoeding. In **Frankrijk** wordt een bijkomende vergoeding (supplement) voorzien voor radiotherapie. In **Duitsland** worden de vergoedingen voor complexe neuro-pediatrie diagnostische diensten lokaal onderhandeld.

##### Diagnostische beeldvorming en radiotherapie in België

- Hadrontherapie wordt vergoed door het RIZIV voor patiënten die aan bepaalde voorwaarden voldoen. Momenteel gebeurt de behandeling in een gespecialiseerd centrum in het buitenland waarmee het RIZIV een overeenkomst heeft afgesloten.
- Voor MRI, PET-scanners en radiotherapie worden er jaarlijkse vaste bedragen voorzien. Sinds de 6<sup>de</sup> Staatshervorming zijn de gefedereerde autoriteiten bevoegd voor de financiering.

## 5. DISCUSSIE

Het doel van deze studie was om lessen te trekken uit internationale financieringsmethoden voor ziekenhuisverblijven met een hoge variabiliteit in het zorgproces, en te onderzoeken of het haalbaar zou zijn om bepaalde elementen in te voeren in België. We bekeken daarom buitenlandse financieringsmechanismen binnen, in de marge en buiten de DRG-systemen en vergeleken deze met de Belgische voor een aantal zorgdomeinen.

### 5.1. Grote verscheidenheid aan uitsluitingsmechanismen

Hoewel de DRG-financiering in de zes landen zeer uitgebreid is, en de meeste soorten pathologieën omvat, wordt overal minstens een deel van de zeer variabele, complexe en/of zeldzame ziekenhuiscare ervan uitgesloten. Dit geldt voor gespecialiseerde pediatrie, bepaalde kankerbehandelingen of orgaantransplantaties in alle landen.

**Deze uitsluitingen zijn in de meeste landen echter niet gebaseerd op harde, vooraf vastgelegde statistische criteria.** Ze zijn vaak het resultaat van iteratieve analyses en een uitgebreide beoordeling van de potentiële effecten op het volledige gezondheidssysteem. Daarbij zijn een grote zorgvariabiliteit of complexiteit niet de enige reden tot uitsluiting, maar ook o.a. een klein aantal patiënten of hoge kosten. De VS (Medicare Deel A) en Frankrijk sluiten bijvoorbeeld ook kleine en landelijke ziekenhuizen uit, omdat ze deze ziekenhuizen maatschappelijk noodzakelijk vinden en deze het financiële risico van kostenvariatie binnen de DRG's niet kunnen dragen.

Bovendien worden voor de uitgesloten zorg **heel uiteenlopende financieringsmethoden toegepast**: betaling per prestatie, globale of pathologie-specifieke ligdagprijzen, vaste budgetten ('*block grants*'), en combinaties daarvan, enz. Informatie over de reden van de keuze van financieringsmethode is eveneens zeer beperkt, maar over het algemeen is de financieringsmethode grotendeels ingebed in het totale zorgsysteem. Lokaal onderhandelde prijzen tussen individuele ziekenhuizen en '*commissioners*' zijn bv. heel gebruikelijk in het NHS-systeem in Engeland,



dat een lange traditie van contractonderhandelingen kent. De Belgische gezondheidszorg heeft deze traditie niet.

Zoals eerder benadrukt kan het financieringssysteem dat van kracht was voor de invoering van DRG's belangrijke inzichten bieden in specifieke keuzes die in het buitenland gemaakt zijn. Deze **padafhankelijkheid** speelt ook een belangrijke rol bij de doelstellingen die landen nastreven met de invoering van een DRG-financiering.<sup>8</sup>

## 5.2. Outliers op uiteenlopende manieren vergoed

Elk van de bestudeerde landen voorziet een aparte financiering voor outliers. Bij het bepalen van de gemiddelde kosten per DRG wordt er geen rekening gehouden met de kosten van outliers. Deze financiering geeft tot op zekere hoogte de werkelijke kosten van het ziekenhuis weer. Op die manier worden ziekenhuizen financieel beschermd tegen de uitzonderlijk hoge kosten voor bepaalde patiënten, en vermijdt men dat deze te vroeg worden ontslagen of zelfs geweerd. Aan de andere kant kan dit er wel voor zorgen dat de ziekenhuizen de verblijfsduur verlengen, zodat meer patiënten als een outlier worden beschouwd. Het gewicht van de prikkels hangt dus af van de hoogte van de outlierdrempel en de specifieke financieringsmethode.

VS-Medicare Deel A betaalt een betaling per prestatie voor outliers, hetgeen de werkelijke zorgkosten voor een individuele patiënt beter weergeeft dan een financiering op basis van een gemiddelde ligdagprijs. Vergeleken met andere landen sluit dit Amerikaanse financieringssysteem slechts een beperkt aantal zorgelementen uit zijn DRG-systeem uit (bv. dure geneesmiddelen zijn niet uitgesloten). Wanneer een patiënt een bepaalde kostendrempel overschrijdt, dekt de outlierfinanciering dan een deel van deze extra kosten.

Door de grote verschillen tussen de landen in de manier waarop zij hun outlierdrempels vastleggen, verschilt ook het aandeel van de outlierfinanciering in het totaal van de ziekenhuisfinanciering sterk. Bovendien is er een wisselwerking tussen het aantal outliergevallen en de nood aan andere uitsluitingsmechanismen.<sup>19</sup>

Uit onze studie blijkt dus dat **er geen gouden standaard is om outliers te definiëren en te vergoeden**. De methode moet worden gekozen op basis van de beschikbare gegevens, en van de doelstellingen die de beleidsmakers met het DRG-systeem willen bereiken.<sup>20</sup>

## 5.3. Moeilijk om lessen te trekken uit de buitenlandse voorbeelden

De internationale en Belgische financieringsmechanismen voor verblijven met een grote zorgvariabiliteit zijn tot op zekere hoogte vergelijkbaar. De buitenlandse instrumenten worden ook in België gebruikt: aparte financiering voor outliers, jaarlijkse budgetten (globaal of per bed), betaling per product voor dure geneesmiddelen, dagvergoedingen, enz. Maar meer dan in de zes landen is het Belgische financieringssysteem uit vele lagen opgebouwd, waardoor het minder transparant en meer gefragmenteerd is. Het basissysteem bestaat uit de basispunten die per afdeling worden gewogen. Dit is vergelijkbaar met de DRG-tarieven en -gewichten in een DRG-systeem met een bedrag per geval. Bovenop de basispunten kunnen de Belgische ziekenhuizen echter ook aanspraak maken op supplementaire punten en financiering voor hun moeilijk te standaardiseren, complexe, dure of zeldzame zorg.

Niet alleen het financieringssysteem maar ook de organisatie van ziekenhuiszorg in België is gefragmenteerd en zeer versnipperd.<sup>7, 9</sup> De noodzaak om zeer dure zorg of zorg waarvoor een relatie werd aangetoond tussen het volume en uitkomsten te concentreren is voldoende aangetoond. Eenmaal de keuze is gemaakt voor deze concentratie, is een volgende stap de keuze van de meest aangewezen financieringsvorm om de hervorming van de organisatie te ondersteunen.





### Het DRG-systeem weerspiegelt onvoldoende de klinische en kostenverschillen

De meest gehoorde kritiek op het Belgische classificatiesysteem is dat het de verschillen in klinische praktijkvoering en kosten van de ziekenhuisactiviteiten onvoldoende weerspiegelt. Achter eenzelfde graad van SOI voor een bepaalde APR-DRG kunnen namelijk zeer verschillende verpleegkundige en medische zorgen zitten. De geraadpleegde experts gaven enkele voorbeelden van onvoldoende differentiatie in het APR-DRG/SOI-classificatiesysteem, met grote verschillen in verblijfsduur als gevolg:

- Een heringreep voor een heupprothese bevindt zich in dezelfde APR-DRG als een primaire heupprothese, terwijl een vervanging medisch veel complexer is en de verblijfsduur veel langer. Een infectie of verlies van botweefsel zal de complexiteit nog verhogen;
- Er is maar één APR-DRG voor chirurgie van een één- of tweezijdig gespleten lip of gespleten lip en gehemelte;
- De verblijfsduur voor gedecompenseerde cirrose is veel langer dan de normatieve verblijfsduur van de APR-DRG cirrose.

Reeds in [KCE-rapport 121](#) (2010)<sup>21</sup> werd er aanbevolen om de classificatieregels van het oorspronkelijke APR-DRG-systeem grondig te herzien zodat de praktijkpatronen en de kostenstructuren van de Belgische ziekenhuizen meer accuraat zouden worden weerspiegeld. Daarbij speelt de DRG-granulariteit (brede of enge definitie van DRG's) een grote rol, zoals ook blijkt uit de voorbeelden. Breed gedefinieerde DRG's hebben het voordeel dat ze prikkels voor efficiëntie creëren en minder aanzetten tot gegevensmanipulatie (upcoding). Anderzijds houden ze ook het risico in dat ziekenhuizen gericht minder dure patiënten gaan selecteren. Bij nauwer gedefinieerde DRG's is dit effect minder uitgesproken. Daarom zijn de keuze van de granulariteit van DRG's en de uitsluitingsmechanismen complementair.

Momenteel is het in ons land ook niet verplicht om kostengegevens op patiëntniveau te registreren, waardoor er hierover dan ook geen data beschikbaar zijn voor een representatieve steekproef van ziekenhuizen. Wel

hebben een aantal ziekenhuizen op vrijwillige basis het initiatief genomen om kostengegevens in te zamelen.<sup>22</sup> Een aangepaste IT-infrastructuur is nodig voor het management en de controle van gegevensinzameling, kostenverrekening en systeemupdates (onder meer om wijzigingen in de klinische praktijk te weerspiegelen). In de vijf landen die in [KCE-rapport 207](#)<sup>8</sup> onderzocht werden (Duitsland, Engeland, Frankrijk, Nederland en de VS) werd met dat doel een **DRG-instituut** opgericht en gefinancierd.

### Welke beleidsconclusies kunnen uit dit onderzoek worden getrokken?

Door de ruime keuze aan uitsluitingen en financieringsmethoden is het onmogelijk om op basis van het huidige internationale overzicht een concreet advies te geven aan de Belgische beleidsmakers. Anderzijds heeft het Plan van Aanpak van de minister een aantal beleidslijnen uitgezet en is het voldoende duidelijk wat de beperkingen zijn (inclusief de beschikbaarheid van gegevens) van het huidige systeem. Bijgevolg moeten in eerste instantie beleidsbeslissingen over de potentiële kandidaten voor uitsluiting (patiëntengroepen, diensten, producten, zorgdomeinen, enz.) worden genomen, en dit in overeenstemming met de grotere doelstellingen en visie van de beleidsmakers (bv. meer transparantie van het financieringssysteem, concentratie van complexe en dure zorg, enz.). Een tweede beleidsbeslissing betreft het APR-DRG classificatiesysteem. Zodra deze beslissingen zijn genomen, en vooraleer nieuwe maatregelen in te voeren, moeten specifieke analyses en simulaties (bv. om de uitgesloten elementen te bepalen, om de budgetimpact voor ziekenhuizen en overheid na te gaan, enz.) worden uitgevoerd.

Dit kan worden geïllustreerd met enkele voorbeelden. Beleidsmakers zouden moeten beslissen over het organisatiemodel voor intensieve zorgen, bijvoorbeeld over de al dan niet implementatie van een model met verschillende niveaus (bv. algemene intensieve zorgen, intensieve zorgen voor kinderen, tertiaire intensieve zorgen). Deze beslissing op zich is bij voorkeur *'evidence-informed'*, dus genomen op basis van de wetenschappelijke literatuur over buitenlandse modellen, een grondige analyse van de huidige praktijk (type diensten, verblijfsduur, gebruik van middelen, variabiliteit tussen ziekenhuizen, enz.) en de gevolgen van de voorgestelde verandering. Vervolgens moet de geschikte financieringsmethode worden gekozen. Deze hangt vooral af van de



specifieke kenmerken van intensieve zorgen, zoals het aandeel vaste en variabele kosten of de (legitieme) variabiliteit in het gebruik van middelen tussen patiënten.

Een ander voorbeeld is complexe kankerchirurgie. Als er in ons land effectief wordt beslist om deze activiteiten in een beperkt aantal centra te concentreren, is financiering met conventies momenteel het meest voor de hand liggend. Andere financieringsmethodes zijn minder geschikt. Een forfaitair bedrag per bed (zoals voor de afdelingen voor zware brandwonden) is minder geschikt, omdat een 24/7-beschikbaarheid in de kankercentra minder belangrijk is. Bijkomende financiering vanuit B4 is een andere optie (zie extra paramedisch personeel voor borstkankerklinieken), maar deze zouden slechts een nieuwe laag toevoegen aan het al erg gefragmenteerde BFM.

Een laatste voorbeeld betreft het zorgprogramma rond beroertezorg waarvan de implementatie in België momenteel wordt voorbereid.<sup>23</sup> In het organisatiemodel maakt men een onderscheid in een basisprogramma '*Acute beroertezorg*' en een gespecialiseerd zorgprogramma '*Acute beroertezorg met invasieve procedures*'. Het zal belangrijk zijn om ook het financieringssysteem af te stemmen op dit organisatiemodel. Dit kan geïnspireerd worden door buitenlandse ervaringen. Zo werd in het Euro-DRG project een evaluatie gemaakt van DRG's voor beroerte ('*stroke*') in 11 landen. Daaruit bleek dat het aantal DRG's voor beroerte varieerde van 1 tot 7 met uiteenlopende kostengewichten per DRG. Er werd vastgesteld dat in landen waar het DRG-systeem een aparte groep voorziet voor patiënten die behandeld worden in een '*stroke unit*' de kostengewichten beter afgestemd zijn op de reële kosten voor deze patiëntengroep. Dit is wenselijk aangezien de behandeling op een '*stroke unit*' duurder is dan standaardzorg. Andere variabelen die een belangrijke impact hebben op kosten zijn systemische trombolysbehandeling en ernstgraad *stroke* (bepaald op basis van ICD-codes die overeenkomen met de '*National Institute of Health Stroke Scale*' eerder dan op basis van co-morbiditeit). De variatie in DRG-systemen bleek o.a. af te hangen van de mate waarin clinici werden betrokken. In landen waar neurologen een inbreng hadden bij de ontwikkeling van de DRG's werden deze variabelen (bv. '*stroke unit*', systemische trombolys) beter meegenomen in de DRG-classificatie.<sup>24</sup>

In België moet de hervorming van de ziekenhuisfinanciering voor complexe, kostbare of moeilijk te standaardiseren zorg alleszins zorgvuldig worden afgestemd op het programma van aanbodbeheersing in de hervormingsplannen van de minister (juni 2017).<sup>9</sup> De financieringsmechanismen kunnen immers een effect hebben op de zorgorganisatie (bv. centralisatie). Zo kan een hoge variabiliteit in kosten van zeldzame, complexe zorg deels veroorzaakt worden door een hoge variabiliteit in de klinische praktijk. Deze variabiliteit kan voor bepaalde soorten zorg worden verminderd door het opleggen van minimale volumecriteria (minimaal aantal patiënten) en kwaliteitscriteria (beschikbare technische en personele middelen) en deze criteria te koppelen als voorwaarden voor het verkrijgen van een financiering.

**Alleszins wordt de financieringsmethode idealiter afgestemd op het type patiënt, dienst, afdeling,** enz. Sommige types zorg vereisen veel permanent beschikbaar personeel. Voorbeelden hiervan zijn orgaanbeheer, medisch toezicht in centra voor ernstige brandwonden of permanent uitgeruste operatiezalen. In dat geval is een gegarandeerd minimumbudget meer geschikt dan een financiering louter gebaseerd op volume. Daarentegen is een financiering afhankelijk van het aantal en het type patiënten meer geschikt voor zorg waarbij financiering en activiteit nauw op elkaar moeten aansluiten. Of deze financiering bestaat uit een betaling per prestatie of per ligdag hangt in wezen af van wie (ziekenhuis versus betaler) het financiële risico moet dragen. Hoe variabler het financieringssysteem (hoe meer de financiering aansluit bij de activiteit), hoe hoger het financiële risico voor de betaler. Een bedrag per ligdag specifiek voor elke dienst (bv. verschillende bedragen voor medisch-chirurgische diensten, verloskunde, intensieve zorgen, enz.) kunnen het financiële risico voor de ziekenhuizen verlagen ten opzichte van eenzelfde bedrag per ligdag ongeacht de dienst. Niet alle variabiliteit in de zorgverlening is echter gewenst. De financiering kan een belangrijk instrument zijn, naast andere instrumenten zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van richtlijnen, om niet-verantwoorde variabiliteit in de zorgverlening te verminderen.



### Beperkingen van deze studie

- Deze studie focust op financieringsmethoden voor moeilijk te standaardiseren, complexe, zeer dure of zeldzame zorg in de acute klassieke ziekenhuissetting. Financieringsmethoden voor ambulante zorg, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie en ambulante spoed werden niet besproken. Er werden geen gegevens geanalyseerd of simulaties uitgevoerd om te evalueren wat de financiële impact van een potentiële hervorming in de financiering zou zijn op het macrobudget of op de budgetten van de ziekenhuizen.
- Bovenstaande beperkingen houden verband met de scope van de studie. Daarnaast is het moeilijk om op basis van de in het buitenland gehanteerde financieringsmethoden (bv. uitsluiting van bepaalde patiëntengroepen, producten, diensten, enz.) duidelijke conclusies te formuleren, wat de toepasbaarheid van deze financieringsmethoden in de Belgische context vermindert. Dit komt o.a. door de volgende beperkingen:

- Er werden in het buitenland geen officiële evaluatiestudies gepubliceerd over de impact van de verschillende exclusiemechanismen en financieringsmethoden. Bijgevolg is de sectie 'Huidige ontwikkelingen, discussies en hervormingen (zie [Wetenschappelijk rapport](#)) hoofdzakelijk gebaseerd op expert input.
- In de meeste landen ontbraken gegevens over het aandeel van de op DRG-gebaseerde financiering in het totaal van de inkomsten van het ziekenhuis. Deze informatie is nochtans belangrijk om inzicht te krijgen in welke mate het financieel risico gedragen wordt door de zorgverstrekker versus de betaler.
- Er werd in dit rapport een cross-sectionele analyse uitgevoerd. Dergelijke analyse negeert in grote mate de pad-afhankelijkheid van veranderingen en hervormingen. Longitudinale analyses zijn meer geschikt om de impact van culturele verschillen en contextuele factoren te begrijpen alsook om de toepasbaarheid van de resultaten in de Belgische context te beoordelen.



## ■ AANBEVELINGEN<sup>a</sup>

In het kader van het Plan van Aanpak over de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering werd door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan het KCE de vraag gesteld om te bestuderen welke criteria andere landen gebruiken om moeilijk te standaardiseren, complexe, zeer dure of zeldzame zorg te definiëren en welke financieringsmechanismen hiervoor gehanteerd worden. Deze keuzes maken deel uit van het globale gezondheidszorgsysteem en zijn een weergave van de maatschappelijke prioriteiten, zoals het relatieve belang dat wordt gehecht aan efficiëntie, kwaliteit en gezondheidsresultaten. Daarenboven is de selectie van de uitgesloten patiëntengroepen, diensten, producten, departementen, ziekenhuizen en de definitie van outliers sterk gerelateerd aan de mechanismen van het basis DRG-systeem.

De Belgische ziekenhuisfinanciering verschilt op twee punten van financieringssystemen in de meeste andere landen: 1) ziekenhuizen krijgen een budget (voornamelijk B2) gealloceerd op basis van DRG's in plaats van een bedrag per patiënt en 2) er is geen nationaal systeem om kosten per patiënt te verzamelen.

In andere landen wordt op basis van een analyse van deze kostengegevens beslist welke patiëntengroepen (of bepaalde deelelementen binnen een groep) overeenstemmen met gewenste variabiliteit en op een andere manier vergoed moeten worden. Dit type analyses kan momenteel niet worden uitgevoerd om het Belgische ziekenhuisfinancieringssysteem te onderbouwen. Bij gebrek aan een nationaal systeem zijn er twee alternatieven om mee te starten: 1) gebruik maken van de kostengegevens die, op vrijwillige basis, verzameld worden door een aantal ziekenhuizen; 2) gebruik maken van de resultaten van een recente studie, uitgevoerd in opdracht van de minister, waar het ziekenhuisbudget en de kosten worden toegewezen aan individuele verblijven op basis van de gegevens van een selectie van ziekenhuizen, wat een proxy voor kosten per verblijf oplevert. In een later stadium kan de datacollectie uitgebreid worden.

De selectie van en het financieringssysteem voor moeilijk standaardiseerbare, complexe, zeer dure en zeldzame zorg vraagt een interactief proces van 'evidence-informed' besluitvorming. Het aantal categorieën in een DRG-classificatie en het vergoedingssysteem voor artsen (per prestatie of geïncludeerd in het betalingssysteem per DRG) hangen samen met de nood aan exclusiemechanismen. Zo wordt het financieel risico voor de zorgverstrekkers beperkt wanneer artsen hoofdzakelijk via een betaling per prestatie worden vergoed. Bovendien, hoe

---

<sup>a</sup> Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



homogener het APR-DRG systeem is wat betreft de Belgische kostengegevens (of benaderingen van kosten), hoe kleiner de nood is aan uitsluitingsmechanismen. Bij het uitwerken van een financieringssysteem voor hoogvariabele zorg dienen de volgende stappen genomen te worden.

*Aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid*

- Een *roadmap* zou ontwikkeld moeten worden over het gewenste organisatiemodel voor bepaalde patiëntengroepen, diensten en producten. Beslissingen moeten onderbouwd worden met: wetenschappelijke literatuur over onder andere doeltreffendheid, een evaluatie van geïmplementeerde modellen in het buitenland en een grondige analyse van de Belgische gegevens om inzicht te krijgen in de huidige praktijkvoering en variabiliteit tussen ziekenhuizen (type diensten, verblijfsduur, gebruik van middelen, enz.). Aangezien sommige van de geselecteerde patiëntengroepen, diensten of producten kunnen beschouwd worden als supraregionale zorgopdrachten, zou de organisatie van deze zorgopdrachten op eenzelfde manier moeten aangepakt worden. Hierbij moet de mogelijke impact op kwaliteit en kosten voor de patiënt geëvalueerd worden.
- De homogeniteit van middelengebruik in het APR-DRG/SOI classificatiesysteem zou moeten onderzocht worden (met inbegrip van een klinische en statistische analyse): het effect van het opsplitsen van APR-DRG's (wat mogelijk een herziening inhoudt van de huidige softwarelicentie), uitsluiten van prijs versturende componenten (bv. zeer dure geneesmiddelen, medische hulpmiddelen of andere diensten), outlier analyse, analyse van vaste en variabele kosten, enz.
- Potentiële kandidaten om uit te sluiten van de basisfinanciering (Budget van Financiële Middelen) zouden moeten gekozen worden op basis van een combinatie van variabiliteit in middelengebruik en andere criteria zoals kwaliteit (bv. *volume-outcome*), schaalvoordelen, enz.
- De impact van mogelijke financieringsmethoden op individuele ziekenhuisbudgetten en het macrobudget zou moeten geanalyseerd worden. Dit vraagt:
  - Een analyse van de gegevens om te bepalen welke elementen of verblijven er worden uitgesloten van de basisfinanciering
  - Een keuze van financieringsmechanisme:
    - Conventies
    - Verhoogde financiering per ligdag/DRG



- **Financiering aangepast aan de verhouding vaste en variabele kosten (bv. 24/7 permanentie op spoed)**
- **Enz.**
- **Een simulatie van de budgetimpact (verschuiving tussen ziekenhuizen en impact op overheidsbudget)**
- **Een consultatie van stakeholders tijdens dit proces (clinici, ziekenhuismanagers en bestuurders, beleidsmakers)**
- **Een voorstel voor implementatie (al dan niet gradueel) van het nieuwe financieringssysteem.**
- **Het is aanbevolen om te starten met een ‘*proof of concept*’ van een financieringssysteem dat de ‘verantwoorde variatie’ in het zorgproces in acht neemt in een domein waar het breder organisatiemodel reeds werd uitgewerkt (bv. beroertezorg). Andere domeinen kunnen nadien, stap voor stap, worden uitgewerkt maar de impact van elke stap op de globale ziekenhuisbudgetten (bv. cross-subsidiëring tussen patiëntengroepen, diensten, enz.) zou zorgvuldig moeten nagegaan worden.**
- **Een team met adequate personele en financiële middelen zou moeten samengesteld worden, bij voorkeur binnen de reeds bestaande structuren, dat verantwoordelijk is voor het beheer en de opvolging van het DRG-systeem. Een nauwe en permanente samenwerking tussen het RIZIV en de FOD Volksgezondheid binnen het kader van de geplande redesign is hierbij noodzakelijk.**



## ■ REFERENTIES

1. Struckmann V, Quentin W, Busse R, van Ginneken E. How to strengthen financing mechanisms to promote care for people with multimorbidity in Europe? 2017. European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems and policy analysis. Policy Brief 24 Available from: [http://www.icare4eu.org/pdf/PB\\_24.pdf](http://www.icare4eu.org/pdf/PB_24.pdf)
2. Wammes JJG, Tanke M, Jonkers W, Westert G, Van der Wees P, Jeurissen P. Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: a cross-sectional claims database study. *BMJ Open*. 2017;7:e017775.
3. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Copenhagen: 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series Available from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/162265/e96538.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf)
4. McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, editor. Copenhagen, Denmark: World Health Organisation; 2002.
5. Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Plan van aanpak - Hervorming Ziekenhuisfinanciering. Brussels: 2015.
6. Devriese S, Van de Voorde C. Clustering pathology groups on hospital stay similarity. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 06/2016. KCE Reports 270 (D/2016/10.273/62) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_270C\\_Clustering\\_pathology\\_groups\\_Report.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_270C_Clustering_pathology_groups_Report.pdf)
7. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014





- 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_229\\_Hospital%20Financing\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf)
8. Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. A comparative analysis of hospital care payments in five countries. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013 11/10/2013. KCE Reports 207 (D/2013/10.273/61) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_207\\_hospital\\_financing.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_207_hospital_financing.pdf)
  9. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20report%20in%20English%20%28550%20p.%29.pdf>
  10. De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Gemmel P, Van den Heede K, et al. Governance models for hospital collaborations. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 12/2016. KCE Reports 277 (D/2016/10.273/92) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_277\\_Governance\\_models\\_hospital\\_collaborations\\_Report.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_277_Governance_models_hospital_collaborations_Report.pdf)
  11. Durant G. Le financement des hôpitaux en Belgique. Situation au 1er septembre 2015. Wolters Kluwer Belgium; 2015.
  12. Belfius. Sectoranalyse algemene ziekenhuizen op basis van het MAHA-analysemodel. 2017. Available from: [https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social\\_Profit/MAHA%202016%20versie%20voor%20de%20pers.pdf](https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/MAHA%202016%20versie%20voor%20de%20pers.pdf)
  13. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, et al. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 29/03/2016. KCE Reports 263 Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_263\\_Organisation\\_and\\_payment\\_of\\_emergency\\_care\\_services.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_263_Organisation_and_payment_of_emergency_care_services.pdf)
  14. van Sloten F, van den Oever R. De metamorfose van de ziekenhuissector. September 2016. CM-Informatie 265 Available from: [https://www.cm.be/media/CM-Info-gezondheidsbeleid\\_tcm47-29114.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-gezondheidsbeleid_tcm47-29114.pdf)
  15. Vinck I, Vijverman A, Vollebregt E, Broeckx N, Wouters K, Piët M, et al. Verantwoord gebruik van hoog-risico medische hulpmiddelen: het voorbeeld van 3D geprinte medische hulpmiddelen. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018. KCE Reports 297As (D/2018/10.273/01) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_297As\\_3D\\_printing\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_297As_3D_printing_Synthese.pdf)
  16. RIZIV-INAMI. Overeenkomst betreffende de financiering van dialyse (inwerkingtreding vanaf 1 januari 2018).
  17. Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, B.S. 30 mei 2002.
  18. Ettelt S, Nolte E. Funding intensive care - approaches in systems using diagnosis-related groups. RAND Europe; 2010. Technical Report
  19. Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. Health care management science. 2006;9(3):215-23.
  20. Cots F, Elvira D, Castells X, Sáez M. Relevance of outlier cases in case mix systems and evaluation of trimming methods. Health Care Management Science. 2003;6(1):27-35.





21. 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 25/01/2010. 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>
22. Pirson M, Leclercq P. PACHA: proefproject voor kostenanalyse per pathologie. Healthcare Executive. 2014;78.
23. Koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "beroertezorg" moeten voldoen om erkend te worden, B.S. 8 augustus 2014.
24. Peltola M, Quentin W. Diagnosis-related groups for stroke in Europe: patient classification and hospital reimbursement in 11 countries. Cerebrovasc Dis. 2013;35(2):113-23.



## COLOFON

Titel:	Financiering van ziekenhuisverblijven met een grote variabiliteit in het zorgproces – Synthese
Auteurs:	Victor Stephani (Technische Universität Berlin, Germany), Anja Crommelynck (Cliniques universitaires Saint-Luc), Guy Durant (Cliniques universitaires Saint-Luc & Université catholique de Louvain), Alexander Geissler (Technische Universität Berlin, Germany), Koen Van den Heede (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Wilm Quentin (Technische Universität Berlin, Germany & European Observatory on Health Systems and Policies)
Project coördinator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Nicolas Bouckaert (KCE), Caroline Obyn (KCE)
Externe experts:	Jan Beeckmans (UZ Brussel), Gerd Callewaert (AZ Sint-Lucas Brugge), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV), Johan Kips (Hôpital Erasme), Jean Legrand (INAMI – RIZIV), Magali Pirson (Ecole de Santé publique, ULB), Gauthier Saelens (Grand Hôpital de Charleroi), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Walter Sermeus (Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, KU Leuven)
Externe validatoren:	Kristof Eeckloo (UZ Gent & UGent), Patrick Jeurissen (Radboud University Medical Center, Celsus academy for sustainable healthcare, IQ Healthcare, Nijmegen, the Netherlands & Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, the Netherlands), Jeroen Luyten (Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, KU Leuven)
Acknowledgements:	Samira Ouraghi (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid)
Gemelde belangen:	Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij de financiering van ziekenhuizen. Daarom hebben zij per definitie mogelijk een zekere graad van belangenconflict.
Layout:	Ine Verhulst

### Disclaimer:

- **De externe experts 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 (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**



- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum: 19 april 2018  
Domein: Health Services Research (HSR)  
MeSH: Hospitals; Reimbursement, Incentive; Diagnosis-Related Groups; Comparative Study  
NLM classificatie: WX 157  
Taal: Nederlands  
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)  
Wettelijk depot: D/2018/10.273/33  
ISSN: 2466-6432  
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-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Stephani V, Crommelynck A, Durant G, Geissler A, Van den Heede K, Van de Voorde C, Quentin W. Financiering van ziekenhuisverblijven met een grote variabiliteit in het zorgproces – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2018. KCE Reports 302As. D/2018/10.273/33.

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