



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterthesis

Gebundelde financiering binnen gezondheidszorg: Impact en percepties

Manon Schreurs

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Samantha BIELEN

BEGELEIDER :

Mevrouw Marie-Lien GERITS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt

Campus Hasselt:

Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt

Campus Diepenbeek:

Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2022
2023



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterthesis

Gebundelde financiering binnen gezondheidszorg: Impact en percepties

Manon Schreurs

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Samantha BIELEN

BEGELEIDER :

Mevrouw Marie-Lien GERITS

Woord vooraf

Deze masterthesis vormt het sluitstuk van mijn opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen met als afstudeerrichting Beleidsmanagement. Alvorens over te gaan tot de beschrijving van het onderzoek, zou ik graag een aantal personen willen bedanken voor het helpen tot stand brengen van deze masterproef.

Ten eerste wil ik graag mijn promotor prof. dr. dr. Samantha Bielen en mijn begeleider mevrouw Marie-Lien Gerits bedanken, zij fungeerden als aanspreekpunten voor mijn masterproef. Ze hebben mij geholpen met het bepalen van de richting van dit onderzoek en mij hier telkens zo goed mogelijk in begeleid. Ze waren altijd bereid om mijn vragen te beantwoorden en om steeds goede feedback en aanwijzingen te geven.

Daarnaast wil ik ook de personen bedanken die tijd vrijmaakten om hun ervaring te delen met mij tijdens de interviews. Zonder hun medewerking had ik dit onderzoek onmogelijk kunnen voltooien.

Tot slot gaat een speciaal woord van dank uit naar mijn ouders, familie en vrienden die mij de nodige steun hebben gegeven tijdens het voltooien van deze masterproef en mijn opleiding.

Manon Schreurs

Samenvatting

Ieder financieringssysteem voor de vergoeding van zorg heeft zijn eigen kenmerken die het gedrag van zorgverleners kunnen beïnvloeden. Hoe zorgverleners zich gedragen kan zeer bepalend zijn voor de wijze waarop zorg verleend wordt, zoals hoe kwalitatief de verleende zorg is en hoe efficiënt de middelen worden ingezet. Door de alsmaar stijgende gezondheidskosten is het noodzakelijk dat de schaarse budgetten die hier tegenover staan zo optimaal mogelijk besteed worden. Een aantal landen, waaronder België, zijn om die reden gaan experimenteren met het gebundelde financieringssysteem dat een meer efficiënte en kwaliteitsvolle zorgverlening zou moeten realiseren, binnen de beschikbare budgetten. Gebundelde financiering in de gezondheidszorg houdt in dat er een vast, vooraf bepaald bedrag, voorzien wordt voor de vergoeding van alle geleverde zorgdiensten. Uit dit bedrag worden alle zorgverleners betaald die een zorgdienst geleverd hebben aan een bepaalde patiënt, in een bepaalde periode. Hoewel er voor een aantal landen al wat informatie beschikbaar is over de ervaringen met dit systeem, is dit voor België nog beperkt. De centrale onderzoeksvraag luidt daarom: *'Wat zijn de percepties van Vlaamse zorgverleners en ziekenhuizen ten opzichte van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg?'*.

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden werd de volgende methodologie toegepast. Allereerst werd er een grondige en verkennende analyse gedaan van de bestaande literatuur. Vervolgens werd er in het empirisch onderzoek dieper ingegaan op de ervaring van Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten (knie en heup) met het gebundeld financieringssysteem en de impact ervan. In Vlaanderen wordt gebundelde financiering, sinds 2019, toegepast, in de vorm van een globaal prospectief bedrag voor de vergoeding van artsenhonoraria in laagvariabele zorg. Deze zorg is goed voorspelbaar, weinig complex, en varieert bijna niet tussen patiënten en ziekenhuizen onderling. Omdat, uit de literatuur, blijkt dat operaties aan de knieën en heupen één van de meest voorkomende operaties zijn, werd er in het empirisch onderzoek hierop gefocust. Om het empirisch onderzoek uit te voeren werd gebruik gemaakt van kwalitatieve diepte-interviews (3 orthopedisten, 3 financiële directeurs uit ziekenhuizen, 1 wetenschappelijk onderzoeker uit de gezondheidseconomie en 1 stafmedewerker van de financiële directie van een ziekenhuis). De interviews hadden tot doel inzicht te verwerven in hoe de Vlaamse ziekenhuizen en zorgverleners de implementatie van het globaal prospectief bedrag voor laagvariabele zorg ervaren hebben en welke impact het teweeg heeft gebracht. De data, verkregen uit deze interviews, werden geanalyseerd en gecodeerd. In wat volgt worden de belangrijkste bevindingen uit de literatuurstudie en het empirisch onderzoek aangehaald.

Uit de literatuurstudie wordt duidelijk dat er verschillende financieringssystemen zijn voor de manier waarop zorg vergoed wordt. Met elk hun eigen kenmerken zouden ze het gedrag van een zorgverlener kunnen beïnvloeden. Zo is er bijvoorbeeld *fee-for-service*, waarbij elke geleverde prestatie apart vergoed wordt. Echter kan dit systeem ervoor zorgen dat zorgverleners zoveel mogelijk prestaties gaan uitvoeren om op die manier meer inkomsten te kunnen genereren. Daardoor zou onnodige zorg verleend kunnen worden en draagt het systeem niet bij tot efficiënte zorg. Verder komt uit de literatuur naar voor dat gebundelde financiering kan toegepast worden op verschillende manieren. Zo is het systeem in België zeer verschillend van het systeem in de Verenigde Staten. Toch komen de doelstellingen van een gebundeld financieringssysteem wel overeen tussen de verschillende landen. Zo blijkt uit het empirisch onderzoek en uit de literatuur, dat er vooral wordt beoogd de

kwaliteit en efficiëntie van zorg te verhogen door overconsumptie van zorg weg te werken en zo middelen efficiënter te besteden. Op die manier kan er eventueel een besparing bij de ziekenhuizen gerealiseerd worden. Uit het empirisch onderzoek komt wel naar voor dat er twijfel is of de invoering van het globaal prospectief bedrag voor laagvariabele zorg overconsumptie kan tegengaan. Dit zou te wijten zijn aan het feit dat er nog steeds gebruik gemaakt wordt van *fee-for-service* in verschillende delen van de Belgische ziekenhuisfinanciering. Middelen kunnen wel nog steeds efficiënter ingezet worden, want volgens het empirisch onderzoek zou het globaal prospectief bedrag geen besparing creëren. Daarnaast bracht de implementatie van gebundelde financiering ook moeilijkheden met zich mee. Zowel uit de literatuur, als uit het empirisch onderzoek, blijkt dat deze moeilijkheden zich vooral op administratief en financieel vlak situeerden. Op administratief vlak was er een wijziging in het facturatiesysteem nodig. Op financieel vlak lag de grootste moeilijkheid bij de vraag dat, wanneer er in de bundel wel een bedrag voorzien is voor een bepaalde behandeling maar deze niet wordt uitgevoerd omdat het bijvoorbeeld niet nodig was, aan wie dat stukje moet toegewezen worden. Ook kan er discussie ontstaan over het feit dat sommige departementen een vergoeding uit het gebundelde bedrag krijgen maar nauwelijks hebben bijgedragen aan de zorg van die patiënt.

Uit de interviews kan tevens besloten worden dat er in de Vlaamse ziekenhuizen geen kwaliteitsverhoging, maar ook geen kwaliteitsvermindering is gerealiseerd door de invoering van het globaal prospectief bedrag voor laagvariabele zorg. Echter blijkt uit de literatuur dat gebundelde financiering, hoofdzakelijk in de Verenigde Staten, wel een impact heeft gehad op de kwaliteit en het gebruik van zorg, vooral bij orthopedische ingrepen. Zo daalde de duur van het ziekenhuisverblijf, het aantal heropnames en het aantal kosten per zorgperiode. Deze contradictie kan te wijten zijn aan het verschil in de systemen van gebundelde financiering die landen toepassen. Daarnaast heeft gebundelde financiering wel een impact op de administratie. In de interviews wordt aangehaald dat de voornaamste toename van administratie te wijten is aan de complexiteit van alle verschillende coderingen die gemaakt moeten worden, de snellere MZG-registratie en een andere manier van factureren. Bij het globaal prospectief bedrag voor laagvariabele zorg worden alle verstrekkingen nu aan 0 euro gefactureerd en dan het globale bedrag, terwijl er bij *fee-for-service* voor elke prestatie een bedrag gefactureerd wordt. De literatuur bevestigde de toename in administratie al werd er niet specifiek vermeld in welk deel van de administratie die toename plaatsvond. Deze toename in administratie werd bij de orthopedisten bijna niet ervaren, zo bleek uit het empirisch onderzoek.

Verder zal het moeilijk zijn om een globaal prospectief bedrag ook door te trekken naar hoogvariabele zorg, omdat die zorg te veel verschilt per patiënt en tussen ziekenhuizen. Toch werd er in het empirisch onderzoek aangehaald dat het wel mogelijk zou zijn als de artsen genoeg inspraak en vrijheid zouden hebben en er ingezet zou worden op preventie en samenwerking hierrond. Tot slot zijn er volgens het empirisch onderzoek nog drie belangrijke hervormingen die ook kunnen bijdragen aan de verhoging van kwaliteit en efficiëntie van zorg. Die hervormingen zijn: (1) het vereenvoudigen van de regels in de ziekenhuissector, (2) ziekenhuizen moeten zich focussen op de zorg waarin zij het beste zijn en (3) de overgang maken van klassieke opnames naar dagopnames.

Bij het interpreteren van de resultaten is het belangrijk om met volgende beperkingen rekening te houden. Eerst en vooral worden er in het empirisch onderzoek enkel orthopedisch chirurgen bevroegd

om de perceptie van zorgverleners te achterhalen. Daarnaast is, uit de literatuur, duidelijk dat laagvariabele zorg veel meer medische ingrepen bevat dan enkel orthopedie. De resultaten in dit onderzoek zijn dus niet representatief voor de hele laagvariabele zorg. Ook werden er hoofdzakelijk ziekenhuizen bevraagd waar artsen een zelfstandigenstatuut hebben. De perceptie van gebundelde financiering in de laagvariabele zorg kan voor artsen met een bediendenstatuut anders zijn, omdat zij, vanzelfsprekend, elke maand een vast loon krijgen. Tot slot is er alleen gefocust op ziekenhuizen in Limburg en wordt hierdoor ook de generaliseerbaarheid van het onderzoek beperkt.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	1
Samenvatting	2
Lijst met tabellen	3
Hoofdstuk 1: Onderzoeksplan.....	1
1.1 Probleemstelling.....	1
1.2 Onderzoeksvragen.....	2
1.2.1 Centrale onderzoeksvraag	2
1.2.2 Deelvragen.....	3
1.3 Onderzoeksopzet.....	4
1.3.1 Literatuurstudie	4
1.3.2 Empirisch onderzoek.....	5
Hoofdstuk 2: Wat zijn wereldwijd de meest voorkomende financieringssystemen binnen de gezondheidszorg?	6
2.1. Financieringssystemen in de gezondheidszorg : wereldwijd.....	6
2.1.1 Wat is een financieringssysteem in de gezondheidszorg?	6
2.1.2. Soorten financieringssystemen voor zorgverleners	7
2.2 Conclusie.....	14
Hoofdstuk 3: Welke vormen van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg worden toegepast binnen de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nederland en België?	15
3.1 Structuur van de ziekenhuisfinanciering in de Verenigde Staten	15
3.1.1 Vorig financieringssysteem	15
3.1.2 Shift naar gebundelde financiering in de Verenigde Staten.....	16
3.1.3 Huidig financieringssysteem	18
3.2 Structuur van de ziekenhuisfinanciering in het Verenigd Koninkrijk	19
3.2.1 Vorig financieringssysteem	19
3.2.2 Shift naar gebundelde financiering in het Verenigd Koninkrijk	19
3.2.3 Huidig financieringssysteem	20
3.3 Structuur van de ziekenhuisfinanciering in Nederland.....	20
3.3.1 Vorig financieringssysteem	21
3.3.2 Shift naar gebundelde financiering in Nederland	22
3.3.3 Huidig financieringssysteem	23

3.4 Structuur van de ziekenhuisfinanciering in België	23
3.4.1 Vorig financieringssysteem	24
3.4.2 Shift naar gebundelde financiering in België.....	24
3.4.3 Huidig financieringssysteem	26
3.5 Moeilijkheden met het implementeren van gebundelde financiering	26
3.6 Conclusie.....	27
Hoofdstuk 4: Wat is de impact van gebundelde financiering op het gebruik en de kwaliteit van zorg?	28
4.1 Impact van gebundelde financiering op het gebruik en de kwaliteit van zorg: toegepast op verschillende medische bundels	28
4.2 Impact van gebundelde financiering op het gebruik en de kwaliteit van zorg: toegepast op orthopedische bundels.....	31
4.3 Sterktes en zwaktes van gebundelde financiering	33
4.4 Conclusie.....	34
Hoofdstuk 5: Methodologie	35
5.1 Onderzoeksmethode	35
5.2 Dataverzameling	36
5.3 Data-analyse	37
Hoofdstuk 6: Resultaten	39
6.1. Implementatie	39
6.1.1 Doelstellingen	39
6.1.2 Moeilijkheden	41
6.2 Impact.....	43
6.2.1 Impact op de werking van artsen	44
6.2.2 Impact op de kwaliteit van zorg	45
6.2.3 Impact op administratie	47
6.2.4 Sterktes en zwaktes	49
6.3. Toekomst	52
6.3.1 Uitbreiding	52
6.3.2 Mogelijke gevaren	54
6.3.3 Andere hervormingen	55
6.4 Conclusie.....	56
Hoofdstuk 7: Discussie	59

7.1 Discussie	59
7.2 Beperkingen en toekomstig onderzoek	63
Hoofdstuk 8: Conclusie	64
Geraadpleegde bronnen	66
Bijlagen	73
Bijlage 1: Interviewleidraad Groep A	73
Bijlage 2: Interviewleidraad Groep B	75
Bijlage 3: Codeboom	77
Bijlage 4: Transcripties interviews	78
Interview met respondent A1	78
Interview met respondent A2	85
Interview met respondent A3	94
Interview met respondent A4	102
Interview met respondent A5	109
Interview met respondent B1	117
Interview met respondent B2	125
Interview met respondent B3	130

Lijst met tabellen

Tabel 1: Overzicht financieringssystemen van zorg	8
Tabel 2: Impact van gebundelde financieringssystemen op kwaliteit en gebruik van zorg bij verschillende medische bundels	29
Tabel 3: Impact van gebundelde financieringssystemen op kwaliteit en gebruik van zorg bij orthopedische bundels	31
Tabel 4: Overzicht geïnterviewde respondenten	36
Tabel 5: Voorbeeld coderingsproces	38

Hoofdstuk 1: Onderzoeksplan

1.1 Probleemstelling

Tot het begin van de jaren tachtig werden gezondheidssystemen opgebouwd en uitgebreid (Trybou, 2011). Landen accepteerden uitgaven boven het efficiënte niveau om hun vooropgestelde doelen te bereiken. Naarmate de ontwikkeling en verspreiding van nieuwe technologieën een grote groei kenden tussen de jaren zestig en het begin van de jaren tachtig, veranderde de primaire focus van beleidsmakers. Deze focus verschoof van toegang tot gezondheidszorg naar kostenbeheersing. Zo werden, voor landen met globale budgetten in ziekenhuizen, begrotingslimieten aangescherpt. Daarnaast werden de kosten voor artsen beheerst door algemene uitgavenplafonds of aangescherpte erelonen (Van de Voorde, Gerkens, Van den Heede & Swartenbroekx, 2013).

Daarnaast werden zorgverleners vooral vergoed door een financieringssysteem gebaseerd op de reëel gemaakte kosten (Trybou, 2011). Dit systeem wordt *fee-for-service* (FFS) genoemd. Bij FFS wordt de zorgverlener vergoed voor elke verleende dienst apart. FFS was in veel landen de meest voorkomende manier om zorgverleners te betalen. In de gezondheidszorg is de manier waarop een zorgverlener betaald wordt een fundamentele benadering om zorgmiddelen te organiseren en het gedrag van zorgverleners te sturen (Wang, Hou, Wang, Zhang & Wang, 2021). Echter is er een consensus dat FFS de zorgverlening afleidt van het sociale optimum en overconsumptie van zorg in de hand werkt (Carroll, Chernew, Fendrick, Thompson & Rose, 2018). Dit leidt tot stijgende kosten in de gezondheidszorg (Wang et al., 2021). Daarnaast groeiden gezondheidssystemen, door technologische veranderingen, sneller dan overheden zich konden veroorloven (Van de Voorde et al., 2013).

Ook tegenwoordig krijgt de gezondheidszorg nog te maken met heel wat uitdagingen. De verlengde medische zorg voor de verouderende bevolking en de behoefte om de zorg te personaliseren zijn hier voorbeelden van. Deze uitdagingen maken het moeilijk voor alle gezondheidssystemen om tegen betaalbare kosten en op een efficiënte wijze, hoogkwalitatieve zorg te verlenen aan patiënten (Lenz, Peleg & Reichert, 2012).

Doordat de gezondheidskosten blijven stijgen en er maar schaarse budgetten tegenover staan, is het dus noodzakelijk dat de gezondheidszorgbudgetten efficiënt besteed worden (OECD, 2015). Aangezien de manier waarop zorgverleners betaald worden een grote invloed kan hebben op hoe zij zich gedragen, zoals hoe kwalitatief de verleende zorg is en hoe efficiënt middelen besteed worden, heeft men gereflecteerd over de vraag hoe men de financiële prikkels voor artsen kan herstructureren (Wang et al., 2021). Zo werden er voorstellen gedaan om diensten te bundelen in bredere betalingen in plaats van een betaling voor elke dienst apart (Carroll et al., 2018).

Als gevolg hiervan zijn een aantal landen overgestapt naar een systeem van gebundelde financiering. Bij een typische gebundelde betalingsovereenkomst ontvangen zorgverleners een vooraf vastgelegd, vast, forfaitair bedrag dat verdeeld wordt over de faciliteiten en zorgverleners die betrokken zijn bij een afzonderlijke periode van zorg voor een bepaalde patiënt (Shih, Chen & Nallamotheu, 2015). Eén van de eerste landen waar een systeem van gebundelde financiering werd ingevoerd, was de

Verenigde Staten. Naast de Verenigde Staten, zijn er ook in het Verenigd Koninkrijk, Nederland en België systemen van gebundelde financiering ingevoerd in de gezondheidszorg.

Ook in België is sinds 1 januari 2019 een systeem van gebundelde financiering ingevoerd, genaamd "laagvariabele zorg" (LVZ). LVZ staat voor goed voorspelbare zorg en weinig complexe zorg, die bijna niet varieert tussen patiënten en ziekenhuizen onderling. Een voorbeeld hiervan is een knie- of heupprothese zonder complicaties (RIZIV, 2018). Deze maatregel maakt deel uit van het 'Plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering' van voormalig Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block. De reden voor deze hervorming ligt volgens haar bij het feit dat patiënten recht hebben op de beste kwaliteit van zorg en dat de gezondheidszorg toegankelijk moet blijven voor iedereen. Echter moet daarvoor het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering in ons land hervormd worden om te vermijden dat binnen enkele jaren ziekenhuizen moeten sluiten om financiële redenen (Administratie Maggie, 2019). Bij de LVZ is een globaal prospectief bedrag verbonden aan elke patiëntengroep die onder deze zorg valt. Dit is een forfaitair bedrag dat betaald wordt voor het totaal van de handelingen die eigen zijn aan die bepaalde patiëntengroep (Laagvariabele Zorg, 2019).

De vraag blijft of landen werkelijk vooruitgang boeken bij het bereiken van deze doelstellingen (Busse, Geissler, Quentin, Wiley, 2011). Ook voor België is er nog niet veel informatie bekend over hoe de hervorming naar LVZ ervaren werd in de ziekenhuizen en of het ook een effectieve maatregel is. Om die reden is er verder onderzoek noodzakelijk. Dat zal gebeuren aan de hand van onderstaande onderzoeksvragen. In het empirisch onderzoek zal er ten slotte worden overgegaan tot een kwalitatief onderzoek aan de hand van interviews. In die interviews werd er vooral gefocust op het achterhalen van de ervaringen met LVZ van Vlaamse ziekenhuizen in het algemeen en zorgverleners in de orthopedie.

1.2 Onderzoeksvragen

1.2.1 Centrale onderzoeksvraag

Door de stijgende gezondheidskosten is het noodzakelijk dat de gezondheidsbudgetten efficiënt besteed worden. Belangrijk hierbij is dat de focus ook nog steeds ligt op het leveren van kwalitatieve zorg. Een goed financieringssysteem, dat aanspoort tot een efficiënte en kwalitatieve dienstverlening, kan hierbij helpen. Daarom is het goed om te achterhalen hoe zorgverleners en ziekenhuizen gebundelde financiering ervaren, aangezien zij hier dagelijks mee in aanraking komen. Zij kunnen gericht aangeven waar het systeem eventueel wringt, maar ook wat de goede aspecten ervan zijn. Daarom heeft deze masterproef als doel om de percepties ten opzichte van gebundelde financiering te achterhalen. De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

"Wat zijn de percepties van Vlaamse zorgverleners en ziekenhuizen ten opzichte van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg?"

1.2.2 Deelvragen

In deze masterproef wordt de centrale onderzoeksvraag opgesplitst in zes deelvragen:

1. Wat zijn wereldwijd de meest voorkomende financieringssystemen binnen de gezondheidszorg? (Literatuurstudie)
2. Welke vormen van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg worden toegepast binnen de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nederland en België? (Literatuurstudie)
3. Wat is de impact van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg op het gebruik en de kwaliteit van zorg? (Literatuurstudie)
4. Hoe hebben Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten de implementatie van gebundelde financiering ervaren? (Empirisch onderzoek)
5. Wat zijn, volgens de Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten, de sterktes en zwaktes van gebundelde financiering in het Vlaams ziekenhuislandschap? (Empirisch onderzoek)
6. Op welke manier kan gebundelde financiering nog verder uitgebreid worden in de Vlaamse ziekenhuizen en gezondheidszorg in de toekomst? (Empirisch onderzoek)

Allereerst is het belangrijk om te weten welke financieringssystemen wereldwijd het meest voorkomen binnen de gezondheidszorg. Aan de hand daarvan kan er namelijk achterhaald worden wat het verschil is tussen vormen van gebundelde financiering, en andere financieringssystemen. De eerste deelvraag luidt daarom: *"Wat zijn wereldwijd de meest voorkomende financieringssystemen binnen de gezondheidszorg?"*. Deze vraag zal worden beantwoord aan de hand van wetenschappelijke literatuur.

Nadat een beeld geschetst is van de verschillende financieringssystemen, gaat er dieper ingegaan worden op het gedeelte van gebundelde financiering. Er wordt in de literatuur aangehaald dat veel landen zijn overgestapt naar een systeem van gebundelde financiering, voor een aantal landen zal nagegaan worden hoe dit systeem wordt toegepast. Zo wordt duidelijk hoe een systeem van gebundelde financiering kan verschillen per land. De landen waarvoor dit besproken wordt zijn: de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nederland en België. De keuze om deze landen te bespreken ligt bij het feit dat voor de eerste drie landen er veel informatie te vinden was, wat mij in staat stelt om dit duidelijk uit te leggen. De reden dat België besproken wordt, is natuurlijk het feit dat gebundelde financiering in België de focus van het onderzoek is. De tweede deelvraag luidt daarom als volgt: *"Welke vormen van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg worden toegepast binnen de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nederland en België?"*. Deze vraag zal wederom beantwoord worden aan de hand van wetenschappelijke literatuur.

Het implementeren van een nieuw of ander financieringssysteem wordt vanzelfsprekend met een doel gedaan. Uit de literatuur blijkt dat landen die gebundelde financiering hebben ingevoerd, dit vooral deden omdat er stijgende gezondheidskosten waren en er meer efficiënte en kwalitatieve zorg verleend moest worden. Het is daarom ook aangewezen om na te gaan of de invoering van die gebundelde financiering effectief een impact heeft gehad op het gebruik en kwaliteit van zorg. Onder deze deelvraag zal gefocust worden op zorg in het algemeen, maar ook specifiek op orthopedische zorg zoals knie- en heupprotheses. Dit wordt gedaan omdat er in de literatuur wordt aangehaald dat

operaties zoals knie- en heupprotheses één van de meest voorkomende operaties zijn (Boylan, Riesgo, Paulino & Sheskier, 2018; Zorg en Gezondheid, 2023). Op die manier wordt het onderzoek afgebakend aangezien zorg in het algemeen vrij breed is. De derde deelvraag luidt: *"Wat is de impact van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg op het gebruik en de kwaliteit van zorg?"*. Ook deze deelvraag zal beantwoord worden aan de hand van wetenschappelijke literatuur.

De vierde, vijfde en zesde deelvraag hebben betrekking tot het empirisch onderzoek, dat toegelicht zal worden bij de onderzoeksopzet, en worden beantwoord aan de hand van informatie verkregen uit interviews. De vierde deelvraag luidt als volgt: *"Hoe hebben Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten de implementatie van gebundelde financiering ervaren?"*. Hier ligt de focus op hoe Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten de overgang naar een ander systeem ervaren hebben.

In de vijfde deelvraag wordt er nagegaan welke sterktes en zwaktes er ervaren worden bij het systeem van gebundelde financiering in België. Daarom luidt de vijfde deelvraag als volgt: *"Wat zijn, volgens de Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten, de sterktes en zwaktes van gebundelde financiering in het Vlaams ziekenhuislandschap?"*.

De zesde en laatste deelvraag betreft de mogelijkheid of gebundelde financiering nog kan uitgebreid worden in de Vlaamse gezondheidszorg in de toekomst. Onder deze deelvraag zal ook aangehaald worden welke andere hervormingen nog mogelijk zijn in het Vlaams ziekenhuislandschap. De laatste deelvraag luidt: *"Op welke manier kan gebundelde financiering nog verder uitgebreid worden in de Vlaamse ziekenhuizen en gezondheidszorg in de toekomst?"*.

In het vervolg van deze masterproef wordt getracht een antwoord te formuleren op de bovenstaande onderzoeksvragen door enerzijds een grondige literatuurstudie en anderzijds een empirisch onderzoek aan de hand van interviews.

1.3 Onderzoeksopzet

De onderzoeksopzet kan opgedeeld worden in twee delen. Enerzijds een literatuurstudie en anderzijds een empirisch onderzoek. Met behulp van gegevens die uit deze twee delen verkregen worden, is het doel om de perceptie ten aanzien van gebundelde financiering te achterhalen.

1.3.1 Literatuurstudie

Met het voeren van deze literatuurstudie wordt er nagegaan wat er in de bestaande literatuur al bekend is omtrent gebundelde financiering in de gezondheidszorg. Op die manier kan er een antwoord geformuleerd worden op de eerste drie deelvragen.

Bij het op zoek gaan naar geschikte literatuur voor mijn onderwerp wordt er gebruik gemaakt van verschillende zoekmachines, zoals Google Scholar en de website van de Bibliotheek van de Universiteit Hasselt. Ik zal hierbij volgende zoektermen gebruiken: "hospital care payment systems", "bundled payments in healthcare", "bundled payments in the U.S.", "bundled payments in the Netherlands", "bundled payments in the U.K.", "bundled payments in Belgium", "bundled payments impact on healthcare quality", "bundled payments impact on orthopedics", "bundled payments impact

on use of care". Naast het doorzoeken van de literatuur via zoekmachines, wordt ook de sneeuwbalmethode toegepast door de referenties van andere papers te bekijken.

Er zullen zowel internationale als Belgische bronnen gebruikt worden uit wetenschappelijke studies. Het merendeel van de bronnen zal afkomstig zijn uit de Verenigde Staten.

1.3.2 Empirisch onderzoek

Eens dat de literatuurstudie is uitgevoerd, kan er overgegaan worden naar het empirisch onderzoek. Dit bestaat uit het afnemen van diepte-interviews. Het doel van het empirisch onderzoek is nagaan hoe Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten gebundelde financiering ervaren en hoe ze hiernaar kijken.

Voor het empirisch onderzoek worden er diepte-interviews afgenomen bij personen met kennis over ziekenhuisfinanciering en bij orthopedisten. Op die manier wordt zowel langs de financiële kant als langs de zorgkant gekeken naar de ervaring met gebundelde financiering. Er worden om die reden ook twee aparte interviewleidraden opgesteld waarbij de vragen licht verschillen naargelang het profiel van de respondent. Er worden open vragen gebruikt, waarbij er ruimte is voor bijkomende vragen die tijdens het interview gesteld kunnen worden. Alle interviews zullen na afname, getranscribeerd en gecodeerd worden. De respondenten zullen in de transcripties niet met hun echte naam vermeld worden, maar met een pseudoniem. In Hoofdstuk 5 wordt er een gedetailleerde beschrijving gegeven van de methodologie die voor het empirisch onderzoek gebruikt wordt.

Hoofdstuk 2: Wat zijn wereldwijd de meest voorkomende financieringssystemen binnen de gezondheidszorg?

Financieringssystemen in de gezondheidszorg kunnen een krachtig instrument zijn om de ontwikkeling van gezondheidsstelsels te bevorderen en de doelstellingen van het gezondheidsbeleid te verwezenlijken (Cashin, O'Dougherty, Samyshkin, Katsaga, Ibraimova, Kutanov, Lyachshuk & Zuys, 2005; Jia, Meng, Scott, Yuan & Zhang, 2021; Trybou, 2011). Elk financieringssysteem heeft namelijk zijn eigen kenmerken, die het gedrag van ziekenhuizen of medisch specialisten aanzienlijk kunnen beïnvloeden (Jia et al., 2021; Kutzin, 2001; Van de Voorde, Gerkens, Van den Heede & Swartenbroekx, 2013). Zo blijkt uit een Duitse studie dat onder het *fee-for-service* financieringssysteem, veel onnodige zorg wordt geleverd. Bij dit systeem wordt de geleverde zorg voor elke geleverde prestatie apart vergoed. Meer geleverde prestaties leiden zo tot meer inkomsten, maar die prestaties zijn dus niet altijd nodig. Dit systeem draagt dus weinig bij tot een efficiënte zorgverlening (Hennig-Schmidt, Selten & Wiesen, 2011). Hervormingen in de wijze waarop de zorg, verleend door ziekenhuizen of medisch specialisten, vergoed wordt, kunnen dus belangrijke gevolgen hebben voor de doelstellingen van het gezondheidsbeleid. Zo een doelstelling kan bijvoorbeeld een hoog toegankelijke en efficiënte gezondheidszorg zijn (Van de Voorde et al., 2013). In dit hoofdstuk zal er eerst besproken worden wat een financieringssysteem in de gezondheidszorg is. Daarna zullen er zeven financieringssystemen toegelicht worden die veel voorkomen in verschillende gezondheidsstelsels wereldwijd.

2.1. Financieringssystemen in de gezondheidszorg : wereldwijd

2.1.1 Wat is een financieringssysteem in de gezondheidszorg?

Voordat er ingegaan wordt op een aantal financieringssystemen in de gezondheidszorg, is het nuttig om te schetsen wat een financieringssysteem is en wat het inhoudt in de context van gezondheidszorg.

De financiering en verstrekking van gezondheidszorg is een transactie tussen zorgverleners en afnemers van zorg. Die transactie kan rechtstreeks van patiënt naar zorgverlener gebeuren of via een derde partij (verzekeraar of inkoper) die namens de patiënt middelen overdraagt aan zorgverleners (Robinson, 2017).

Er zijn drie parameters in een financieringssysteem die het gedrag van een zorgverlener of ziekenhuis bepalen. De eerste parameter betreft of het tarief voor de geleverde zorg vastgesteld wordt vóór (prospectief) of na (retrospectief) het verlenen van de zorg. Tarieven kunnen prospectief worden vastgesteld via tariefschema's, regelgeving of via onderhandelingen tussen zorgverleners en betalers. Als de tarieven na het verlenen van de zorg worden vastgesteld krijgt de zorgverlener gewoon het gefactureerde bedrag vergoed, hierbij draagt de patiënt het volledige risico. Indien een tarief vooraf vastgesteld wordt en zorgdiensten zijn gebundeld dan verschuift er een stukje risico naar de zorgverlener (Cashin et al., 2005; Kutzin, 2001; Langenbrunner, Cashin & O'Dougherty, 2009).

De tweede parameter is of de betaling aan de zorgverlener plaatsvindt vóór of na de verlening van de zorgdiensten. Indien de tarieven prospectief worden vastgesteld, kan de betaling aan de zorgverleners zowel voor- als achteraf plaatsvinden. In een financieringssysteem per hoofd van de bevolking (per capita), wordt het tarief dat aan zorgverleners wordt betaald voor een bundel van zorgdiensten voor elk individu, bijvoorbeeld zowel prospectief vastgesteld als uitbetaald. De zorgverlener ontvangt een forfaitair voorschot voor elke gedekte of ingeschreven persoon. In een systeem van betaling per geval (per case) wordt het tarief voor elke soort case vooraf vastgesteld, maar wordt de zorgverlener betaald nadat de diensten zijn verleend (Cashin et al., 2005; Kutzin, 2001; Langenbrunner et al., 2009).

Tot slot gaat de derde parameter over of het financieringssysteem gebaseerd is op input of output. Een voorbeeld van input zijn de gemaakte kosten. Daarnaast betekent output, het aantal behandelde cases, voltooide ligdagen of individueel verleende diensten. Als een zorgverlener bijvoorbeeld wordt betaald volgens een budget om de exploitatiekosten te dekken, is dat een op input gebaseerd financieringssysteem (Cashin et al., 2005; Kutzin, 2001; Langenbrunner et al., 2009).

2.1.2. Soorten financieringssystemen voor zorgverleners

Nadat er een beeld is geschetst van wat een financieringssysteem precies is worden in de volgende subsecties de meest voorkomende financieringssystemen in de gezondheidszorg besproken. Eerst zal de inhoud van ieder systeem toegelicht worden en daarna worden er een aantal voor- en nadelen per systeem aangehaald. Tabel 1 toont een samenvattend overzicht van de financieringssystemen die onder de tabel verder toegelicht zullen worden.

Financierings-systeem	Hoe wordt zorg vergoed ?	Voordelen	Nadelen
Fee-for-service	Vergoeding voor elke geleverde zorgdienst apart	• Stijgende productiviteit • Eenvoudig	• Overconsumptie van zorg • Weinig kostenbeheersing • Administratieve kosten zijn hoog
Betaling per dag	Vaste vergoeding per opnamedag, ongeacht het aantal geleverde zorgdiensten	• Kosten worden beheerst • Zorgt voor meer transparantie	• Stijging ALOS en opnames • Kwaliteit van zorg kan verminderen
Betaling per capita	Vaste vergoeding per patiënt voor een vaste periode (bv. één jaar), ongeacht het aantal geleverde zorgdiensten	• Minder overconsumptie van zorg • Kosteneffectieve zorg → kostenbeheersing	• Patiënten met complexe zorg kunnen vermeden worden
Betaling per case	Vaste vergoeding per case voor alle zorgdiensten gerelateerd aan een bepaalde aandoening in een bepaalde periode	• Kosten worden beheerst • Stimuleert minder overconsumptie van zorg • Stimuleert een daling van ALOS	• Stijging opnames • Patiënten met complexe zorg kunnen vermeden worden
Globaal budget	Één vast bedrag voor alle zorgdiensten geleverd in een bepaalde periode (bv. één jaar)	• Totale uitgaven voor gezondheidszorg kunnen beheerst worden • Stimuleert efficiëntie	• Kans op minder goede zorg
Line-item budget	Één vast bedrag voor alle zorgdiensten geleverd in een bepaalde periode voor een bepaald deel (bv. medicijnen)	• Eenvoudig • Veel toezicht en controle • Lage administratieve kosten	• Kans op snelle en niet efficiënte uitbesteding van middelen
Pay-for-performance	Vergoeding door een financiële beloning of sanctie wanneer bepaalde normen voor kwaliteit van zorg behaald of niet behaald worden	• Focus ligt op kwaliteit van zorg • Goede aanvulling voor andere financierings-systemen	• Veel variatie in hoe prestaties gemeten worden • Complex

Tabel 1 : Overzicht financieringssystemen van zorg

2.1.2.1 Fee-for-service

In een *fee-for-service*-systeem (FFS) wordt de zorgverlener vergoed voor elke verleende zorgdienst apart. Zo worden bijvoorbeeld de consultatie, de MRI en de operatie allemaal apart vergoed (Jia et al., 2021; Wang et al., 2021). In het algemeen omvat FFS ook kosten voor medische producten en geneesmiddelen (Langenbrunner & Xingzhu, 2004). Om het tarief van de vergoeding te bepalen baseert men zich op de input, aangezien men kijkt naar welke kosten er gemaakt worden om een patiënt te behandelen (Kutzin, 2001). Zowel de bepaling van de tarieven als de betaling ervan worden retrospectief, na de verlening van de diensten, uitgevoerd (Cashin et al., 2005; Kutzin, 2001).

FFS is populair omdat het artsen een directe financiële prikkel geeft om zich in te spannen voor de gezondheidszorg. Artsen krijgen die financiële prikkel aangezien er per prestatie vergoed wordt, en hoe meer prestaties men doet hoe meer inkomsten men genereert. Hierdoor stijgt de productiviteit van zorg ook aangezien er meer zorg wordt geleverd (Di Guida, Gyrd-Hansen & Oxholm, 2019). Daarnaast kan het gemakkelijk worden ontwikkeld en uitgevoerd en geeft FFS ook een nauwkeuriger beeld van de werkelijk verrichte prestaties en de geleverde inspanningen (Langenbrunner, Cashin, O'Dougherty, 2009).

Er zijn, naast de positieve kanten, ook nadelen aan FFS. Ten eerste kan die financiële prikkel die artsen krijgen om veel prestaties te leveren, leiden tot overconsumptie van zorg. Daardoor wordt het voor beleidsmakers moeilijk om de kosten in de hand te houden (Di Guida, Gyrd-Hansen & Oxholm, 2019). Om die reden bekritiseren veel gezondheidsdeskundigen dit financieringssysteem, aangezien het zorgverleners beloont voor meer zorg te geven zonder noodzakelijkerwijs de kwaliteit van de zorg te verhogen. Dat terwijl zorgverleners zich eigenlijk zouden moeten richten op het leveren van waarde en het verbeteren van gezondheidsresultaten (Adida, Mamani, & Nassiri, 2017). Tot slot brengt FFS ook hoge administratieve kosten met zich mee, vooral omdat elke prestatie afzonderlijk gefactureerd moet worden (Langenbrunner & Xingzhu, 2004).

2.1.2.2 Betaling per dag

In het systeem van betaling per dag wordt de geleverde zorg vergoed in de vorm van dagelijkse betalingen aan zorgverleners (Kazungu, Barasa, Obadha & Chuma, 2018; Langenbrunner & Wiley, 2002). Voor elke opnamedag geldt er een vast tarief ongeacht het werkelijke gebruik van diensten, medicijnen en medische producten (Langenbrunner & Xingzhu, 2004). Het tarief wordt prospectief vastgesteld, de uiteindelijke betaling wordt pas na de verleende diensten gemaakt en het systeem is gebaseerd op input en output (Cashin et al., 2005). Het gemiddelde dagtarief kan worden gebaseerd op de totale historische jaarlijkse ziekenhuiskosten gedeeld door het totaal aantal "bed-dagen". Het gemiddelde dagtarief kan ook worden aangepast aan de kenmerken van patiënten, klinisch specialisme, enzovoort (Aas, 1995). De dagtarieven kunnen verschillen voor verschillende dagen van het ziekenhuisverblijf. Bijvoorbeeld, de eerste dagen van het ziekenhuisverblijf kunnen worden betaald tegen een hoger tarief dan dagen later in het verblijf. Door deze aanpassingen wordt het gedrag van artsen, onder dit systeem, beïnvloed. Zo kunnen hogere tarieven voor de eerste dagen en lagere tarieven voor de volgende dagen in het ziekenhuisverblijf, een prikkel geven om *the average length of stay* (ALOS) van het ziekenhuisverblijf te verlagen, maar het aantal opnames te verhogen (Cashin et al., 2005).

Het systeem van betaling per dag heeft voordelen. Het zorgt voor een zekere beperking van het kostengenererend gedrag van ziekenhuizen, aangezien het tarief per dag prospectief wordt vastgesteld. Dit systeem kan ook meer transparantie bieden om prijzen en verblijfsduur tussen ziekenhuizen te vergelijken (Berenson, Upadhyay, Delbanco & Murray, 2016)

Echter zijn er ook nadelen aan betaling per dag. Theoretisch gezien, stimuleert het systeem van betaling per dag om het totale aantal ziekenhuisdagen te verhogen. Dit door de ALOS van het ziekenhuisverblijf en het aantal opnames te verhogen, terwijl de intensiteit van de zorg voor elke ziekenhuisdag wordt verminderd. Doordat ALOS en het aantal opnames verhoogd worden, kunnen de gezondheidsuitgaven stijgen. Daarnaast omdat de intensiteit per ziekenhuisdag verminderd wordt, kan de kwaliteit afnemen door het leveren van onvoldoende diensten en geneesmiddelen (Langenbrunner & Xingzhu, 2004; Park, Braun, Carrin, Evans & World Health Organization, 2007; Wang, Chen, Hong, Chan, Chang & Shi, 2017).

2.1.2.3 Betaling per patiënt

Betaling per capita wordt beschreven als een methode waarbij door zorgverleners een vast bedrag ontvangen wordt om gedurende een vaste periode (bv. één jaar) voor elke geregistreerde persoon, zorgdiensten te verlenen (Langenbrunner & Wiley, 2002; Kazungu et al., 2018). Zowel de bepaling van het tarief als de uitbetaling ervan gebeurt prospectief, waarbij zorgverleners hun inkomsten uit elke geregistreerde patiënt vooraf kunnen voorspellen (Jia et al., 2021). Er wordt als het ware een “prijs” op het hoofd van elke geregistreerde patiënt gezet. Hiermee stemt de zorgverlener in om zorgdiensten te verlenen aan alle geregistreerden van dat gezondheidsplan, ongeacht wat de werkelijke kosten van de diensten zouden zijn. De werkelijke kosten kunnen hoger of lager zijn dan het geïnde tarief per hoofd. Dit legt een soort van risico bij de zorgverlener, aangezien deze een gegarandeerde “premie” ontvangt om diensten te verlenen waarvan de werkelijke kosten aanvankelijk niet bekend zijn (Langenbrunner & Wiley, 2002). Bij een vaste betaling voor elke patiënt bepaalt het verschil tussen de kosten die gemaakt worden om de patiënt te behandelen en de vaste betaling, de winst of het inkomen dat naar de zorgverleners gaat (Jia et al., 2021). Het tarief kan een vast bedrag zijn voor elke zorgverlener of een voor risico-gecorrigeerd bedrag, gebaseerd op het relatieve risico van de geregistreerde populatie. In Duitsland bijvoorbeeld wordt de vaste vergoeding aangepast met vijf variabelen – leeftijd, geslacht, gezinsgrootte, inkomen, en aan- of afwezigheid van een handicap (Langenbrunner & Xingzhu, 2004).

Het grootste voordeel van betaling per capita is dat het de economische prikkel wegneemt voor overconsumptie van zorg, dat aanwezig is in het FFS-systeem. Betaling per capita stimuleert daarentegen om kosteneffectieve zorg te verstrekken, inclusief preventieve diensten. Het helpt dus de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Dit komt omdat de zorgverlener verantwoordelijk is voor het leveren van de diensten tegen een prospectief bedrag. Om zoveel mogelijk over te houden heeft de zorgverlener alle baat bij een zo laag mogelijke kost en is hij of zij dus gemotiveerd om te innoveren in kostenbesparende technologie, gebruik te maken van goedkopere alternatieven en kosteneffectieve zorg te verlenen (Langenbrunner & Xingzhu, 2004). Betaling per capita moedigt zorgverleners ook aan om meer patiënten aan te trekken, en zo te concurreren met andere

zorgverleners, bijvoorbeeld door de kwaliteit en de toegang tot de zorg te verbeteren (Jia et al., 2021).

Er is ook een groot nadeel verbonden aan betaling per capita. Complexe patiënten leiden vanzelfsprekend tot hogere kosten en minder winst. Daardoor bevat het systeem een prikkel om de kosten te minimaliseren door alleen de gezondste patiënten in te schrijven en te behandelen, om zo meer winst te bekomen. Dat kan negatieve gevolgen hebben voor de toegang tot gezondheidszorg voor degenen met complexere en duurdere aandoeningen (Jia et al., 2021).

2.1.2.4 Betaling per case

In het systeem van betaling per case wordt de zorg vergoed door een vast, vooraf vastgesteld bedrag voor elke case. Cases zijn patiënten die zorg ontvangen voor een aandoening of ziekte. De betaling per case wordt bepaald, ongeacht de werkelijke kosten (bijvoorbeeld de verblijfsduur) van de patiënt. Voor elke patiënt wordt er dus één vaste vergoeding ontvangen voor alle verleende zorgdiensten gerelateerd aan een bepaalde aandoening in een bepaalde periode (Casto & Forrestal, 2013; Jegers, Kesteloot, De Graeve, & Gilles, 2002). Met dergelijke regelingen wordt van zorgverleners verwacht dat zij hun efficiëntie verbeteren en hun kosten verlagen. In de ontwikkelde landen werd betaling per case beschouwd als de "belangrijkste inspanning om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen" (Wu, He & Feng, 2022). Het bekendste schema om cases in te delen is het *Diagnosis Related Groups System* (of DRG-systeem) in het *Medicare*-systeem van de Verenigde Staten. Deze classificatie groepeerde diagnoses volgens de homogeniteit van de middelen, gebruik en klinische kenmerken (bv. hoofddiagnose, nevendiagnose, hoofdprocedure, leeftijd...). De verschillende groepen vormen de verschillende DRG's. Betaling per capita en het DRG-systeem lijken op elkaar. Het voornaamste verschil is dat bij betaling per capita, de betalingen gedaan worden voor alle zorgdiensten die in een vaste periode (bijv. één jaar) worden geleverd. Het DRG-systeem daarentegen voorziet in betaling voor alle, tijdens een ziekenhuisbezoek vereiste diensten (Jegers et al., 2002).

Betaling per case heeft een aantal voordelen. Het systeem stimuleert ziekenhuizen om de gebruikte input per case te minimaliseren waardoor de kosten per verblijf verlaagd worden. Op die manier worden de kosten beheerst (Berenson et al., 2016; Cashin et al., 2005). Een ander belangrijk voordeel is dat het systeem de economische prikkels wegneemt voor het ziekenhuis om zoveel mogelijk diensten te verlenen, zoals bij FFS, en om de patiënt zo lang mogelijk in het ziekenhuis te houden, zoals bij betaling per dag (Langenbrunner & Xingzhu, 2004). Wereldwijd zijn er namelijk aanwijzingen dat financieringssystemen voor ziekenhuizen op basis van cases in verband worden gebracht met een verkorting van de gemiddelde verblijfsduur in ziekenhuizen (Cashin et al., 2005).

Daarentegen zijn er ook een aantal minder goede kanten aan betaling per case. Er blijft nog steeds een prikkel om het aantal opnames oftewel cases te verhogen. Hierdoor kunnen er onnodige ziekenhuisopnames ontstaan. Verder kan het systeem de toegang voor ernstig zieke patiënten belemmeren. Alle cases in één groep worden namelijk tegen hetzelfde tarief vergoed waardoor duurdere gevallen vermeden zullen worden (Berenson et al., 2016; Cashin et al., 2005).

2.1.2.5 Globaal budget

Een globaal budget voorziet één vast bedrag voor een bepaalde periode (meestal één jaar) en voor een bepaalde populatie, waarin de verleende diensten van meerdere zorgverleners vervat zitten. Die diensten kunnen bijvoorbeeld zowel voor ziekenhuiszorg als ambulante zorg zijn. De belangrijkste doelstelling is om het bedrag dat een ziekenhuis kan uitgeven te beperken om zo het totale bedrag dat aan gezondheidszorg wordt besteed binnen een systeem te limiteren (Berenson et al., 2016). Het globaal budget wordt prospectief vastgesteld en de betaling aan de zorgverleners vindt ook prospectief plaats. Het budget kan gebaseerd zijn op input of output, of een combinatie van beide. Bijvoorbeeld in Denemarken worden globale budgetten grotendeels bepaald op basis van historische kosten (input), terwijl Frankrijk en Duitsland outputmetingen, zoals bed-dagen of ziektegevallen, als basis hebben (Cashin et al., 2005; Langenbrunner & Xingzhu, 2004; Langenbrunner & Wiley, 2002). De globale budgetten voor ziekenhuizen kunnen “zacht” of “hard” zijn. Bij een zacht globaal budget neemt de koper of betaler van de zorg een deel of alle overschrijdingen voor zijn rekening. Bij een hard globaal budget is het bedrag van de vergoeding voor het ziekenhuis beperkt tot het prospectief vastgestelde globale budget. Hierdoor komt het financiële risico bij het ziekenhuis te liggen (Berenson et al., 2016; Langenbrunner & Xingzhu, 2004). Een globaal budget kan vele vormen aannemen, maar er moet expliciet aangegeven worden welke diensten het financiert en op wie het van toepassing is (Berenson et al., 2016).

Een globaal budget stelt beleidsmakers in staat de totale uitgaven voor de gezondheidszorg rechtstreeks te beperken door zorgverleners dus een vast bedrag te betalen voor alle diensten die zij leveren in een periode (KFF, 2022). Het effect van het globaal budget op de vermindering van uitgaven voor gezondheidszorg is wereldwijd sterk bewezen (Li & Zhang, 2022). Het stimuleert ook om efficiëntie te verbeteren en zo onnodige zorg te vermijden (Berenson et al., 2016).

Echter wordt er aangehaald dat een globaal budget de kwaliteit van zorg negatief kan beïnvloeden. Doordat ziekenhuizen hun uitgaven gaan beperken zullen ze mogelijk minder goede zorg leveren omdat bijvoorbeeld niet alle nodige zorg geleverd kan worden (Berenson et al., 2016). Het globaal budget heeft dus een negatief effect gehad op de kwaliteit. Daarentegen vonden sommige studies dat de kwaliteit van zorg werd verbeterd na de invoering van het globaal budget, terwijl sommige onderzoekers verklaarden dat er geen opvallende verandering in de kwaliteit was. De conclusies over het effect van het globaal budget op de kwaliteit van zorg zijn niet consistent (Li & Zhang, 2022).

2.1.2.6 Line-item budget

In tegenstelling tot het globaal budget bevat een *line-item budget* geen zorgdiensten uit allemaal verschillende delen van de gezondheidszorg, maar is het budget toegewezen aan één specifiek deel van de gezondheidszorg voor een bepaalde periode (Berenson et al., 2016; Boachie, 2014; Kazungu et al., 2018). Zo kan er een *line-item budget* zijn om ambulante zorg te vergoeden, maar ook voor ziekenhuiszorg, farmaceutische producten (medicijnen), personeel, enzovoort (Langenbrunner & Wiley, 2002). Bij een *line-item budget* wordt het tarief zowel prospectief vastgesteld als uitbetaald aan zorgverleners. Zodra het budget aan het ziekenhuis is gegeven, is er meestal weinig verantwoordelijkheid voor het aantal en de kwaliteit van de geleverde diensten. Het totale budget voor een bepaald deel wordt gebaseerd op verschillende normen. Zo wordt het *line-item budget* voor

medicijnen gebaseerd op het aantal bed-dagen. Voor de uitgaven aan medische apparatuur kijkt men naar het aantal bedden om het *line-item budget* te bepalen. Soms kan ook naar de kosten van het vorige jaar gekeken worden en wordt op basis daarvan een budget bepaald (Langenbrunner & Xingzhu, 2004).

Een *line-item budget* heeft verschillende voordelen. Het is eenvoudig te gebruiken en er is veel toezicht en controle omdat er geweten is hoeveel budget naar welk deel gaat. Verder zijn er ook lage administratieve kosten verbonden aan dit systeem (Langenbrunner & Xingzhu, 2004; Szende & Mogyorosy, 2004).

Echter biedt het geen financiële prikkels om de productiviteit te verhogen en laat het weinig ruimte om het gebruik van middelen af te stemmen op de behoeften van de plaatselijke bevolking omdat de allocatie al vastligt (Szende & Mogyorosy, 2004). Daarnaast wordt het bestaan van onbestede middelen aan het eind van het jaar door de centrale autoriteiten vaak geïnterpreteerd als te veel budget wat leidt tot een vermindering van het budget voor de volgende periode. Daarom zullen middelen snel en weinig efficiënt uitgegeven worden om het budget van het volgende jaar te verzekeren (Barnum, Kutzin & Saxenian, 1995).

2.1.2.7 Pay-for-Performance

Een pay-for-performance (P4P)-model bestaat uit financiële beloningen of sancties op basis van het vermogen of onvermogen van een zorgverlener om te voldoen aan bepaalde prestatieverwachtingen op basis van vooraf vastgestelde doelstellingen. Meestal wordt P4P in verband gebracht met de prestaties van zorgverleners bij het voldoen aan normen voor kwaliteit van zorg of verbetering van de kwaliteit die wordt geleverd aan de patiënten voor wie zij verantwoordelijk zijn (Berenson et al., 2016; Jia et al., 2021; Van Herck, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal & Sermeus, 2010). Dit kan inhouden of bepaalde activiteiten al dan niet zijn uitgevoerd (bv. bloeddrukmeting) of bijvoorbeeld het resultaat van die activiteit (bv. of de bloeddrukmeting binnen de aanvaarde klinische richtsnoeren valt). Er kan worden betaald voor elke extra activiteit of als een forfaitaire bonus voor het bereiken van een vooraf bepaald doel. Er kunnen ook financiële sancties worden toegepast als de doelstellingen niet worden gehaald (Jia et al., 2021). P4P heeft als uitgangspunt dat het geven van financiële beloningen en sancties, zorgverleners meer zal motiveren om te focussen op kwaliteit (Berenson et al., 2016). In de praktijk wordt P4P zelden op zichzelf gebruikt, maar meestal in combinatie met een ander systeem (Jia et al., 2021).

Het is een groot voordeel van P4P dat het focust op de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan het andere financieringssystemen aanvullen, zonder de basisstructuren ervan te wijzigen (Berenson et al., 2016).

Er zijn ook een aantal nadelen verbonden aan P4P. Zo kunnen P4P-systemen complex zijn en variëren afhankelijk van hoe de prestaties worden gemeten, het niveau van de prestatiedoelstelling, en vele andere componenten (Berenson et al., 2016).

2.2 Conclusie

Om uit de opties voor financieringssystemen voor zorg te kunnen kiezen, moeten eerst de doelstellingen van de gezondheidszorg en de kwesties die men met een nieuw financieringssysteem wil aanpakken, bepaald worden. Als kostenbeheersing het hoofddoel is, kan een financieringssysteem dat stimuleert om het volume en de intensiteit van de geleverde diensten te verminderen bijvoorbeeld het meest effectief zijn. In de gezondheidszorgstelsels van de voormalige Sovjet-Unie, was overcapaciteit in ziekenhuizen bijvoorbeeld een belangrijke zorg van het gezondheidsbeleid. In dat geval zijn systemen die de neiging hebben om de input te verhogen, zoals fee-for-service, af te raden. Aan de andere kant, als goede toegang tot zorg het voornaamste doel is, zijn de systemen waarbij meer diensten beloond worden waarschijnlijk de beste keuze. Ook andere criteria moeten in overweging worden genomen, zoals complexiteit en de administratieve kosten van een systeem. Tabel 1 geeft een samenvattend overzicht van de besproken financieringssystemen.

Hoofdstuk 3: Welke vormen van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg worden toegepast binnen de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nederland en België?

Nadat onder de eerste deelvraag een beeld is geschetst van een aantal verschillende financieringssystemen die bestaan binnen de gezondheidszorg, zal onder dit hoofdstuk dieper worden ingegaan op één financieringssysteem, namelijk gebundelde financiering. Bij een typische gebundelde financiering, wordt er een vast, vooraf bepaald bedrag voorzien voor alle geleverde zorgdiensten. Dit bedrag wordt dan verdeeld over de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een bepaalde patiënt, in een bepaalde periode (Shih, Chen & Nallamothu, 2015). Aangezien gezondheidszorg verschilt tussen landen, kunnen we verwachten dat er ook een verschil is in hoe ze gebundelde financiering toepassen (Wubulihassimu, Brouwer & van Baal, 2016). In dit hoofdstuk bespreken we daarom de toepassing van gebundelde financiering in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nederland en België. Per land zullen de doelstellingen van het financieringssysteem besproken worden, alsook welke zorgperiode (enkel het ziekenhuisverblijf of ook post-acute zorg, heropnames,...) gedekt wordt door de bundel en welke zorgverleners of diensten er vergoed worden door de gebundelde financiering. Daarnaast worden ook nog een aantal moeilijkheden aangehaald die mogelijk gepaard kunnen gaan met het implementeren van een gebundeld financieringssysteem.

3.1 Structuur van de ziekenhuisfinanciering in de Verenigde Staten

In 1965 werd *The Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS) opgericht in de Verenigde Staten, met als doel meer toegang tot ziekteverzekering. CMS biedt een ziekteverzekering aan meer dan 100 miljoen mensen en is de grootste betaler van gezondheidszorg in de Verenigde Staten (USAGov, z.d.). Het wordt gefinancierd door de Amerikaanse federale overheid en een bijdrage van de verzekerde mensen (Medicare, z.d.). *Medicare* dekt momenteel mensen met een handicap, mensen met een nierziekte in het laatste stadium die een dialyse of een niertransplantatie nodig hebben, en mensen van 65 jaar of ouder (CMS, z.d.). Er bestaan vier delen (A,B,C en D) in *Medicare* die bepalen voor wat iemand verzekerd is. Deel A en B zijn hier het belangrijkste en worden verder nog toegelicht. Daarnaast staat *Medicaid* in voor de ziekteverzekering van gezinnen met een laag inkomen, zwangere vrouwen, mensen van alle leeftijden met een handicap en mensen die langdurige zorg nodig hebben (CMS, z.d.).

3.1.1 Vorig financieringssysteem

Initieel werd zorg, zowel via *Medicare* als *Medicaid*, vergoed via *fee-for-service* (FFS). FFS heeft lang gediend als het belangrijkste financieringssysteem in de Amerikaanse gezondheidszorg (Darves-Bornoz & Resnick, 2017). Doorgaans betekent dit systeem dat een zorgverlener vergoed wordt voor elke verleende dienst apart (Ginsburg, 2012; Wang et al., 2021).

Ondanks potentiële voordelen van FFS met betrekking tot het belonen van degenen die zich intensief bezighouden met patiëntenzorg, zijn beleidsmakers het echter eens over de tekortkomingen van

FFS. Het systeem moedigt artsen aan om meer te behandelen, maar zonder de kwaliteit van de geleverde diensten te verhogen (Feder, 2016; Mayes, 2007). Bovendien worden er, door de financiële prikkels die het FFS-systeem genereert, miljarden dollars uitgegeven aan onnodige zorg. Om deze redenen draagt het systeem gedeeltelijk bij aan de stijgende kosten van de Amerikaanse gezondheidszorg (Adida et al., 2017).

Omdat de gezondheidskosten en vooral de uitgaven van het *Medicare*-programma bleven stijgen, begonnen meer en meer beleidsmakers zich zorgen te maken hierover. Daarom zijn zij beginnen zoeken naar manieren om de kosten van het programma onder controle te houden. Ze maakten de shift van een retrospectief systeem (zoals *fee-for-service*) naar een prospectief systeem (zoals gebundelde financiering) (Mayes, 2007).

3.1.2 Shift naar gebundelde financiering in de Verenigde Staten

3.1.2.1 Prospective Payment System

De slechte financiële prikkels die gegenereerd werden door het retrospectief systeem, werden erkend met als gevolg de implementatie van het *Prospective Payment System* (PPS), op 1 oktober 1983 in de Verenigde Staten. Hierbij worden tarieven op voorhand vastgelegd. De belangrijkste algemene doelstelling van PPS was om de groei van de ziekenhuiskosten af te remmen en tegelijkertijd de toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg te blijven garanderen. PPS is van toepassing op alle ziekenhuizen die meedoen aan het *Medicare*-programma (Guterman & Dobson, 1986). Daarnaast is PPS ook enkel van toepassing op een klassieke opname. Dat wil zeggen dat de zorgperiode loop vanaf de opname in het ziekenhuis tot het ontslag (CMS, z.d.).

Om deze doelstelling te bereiken werd er een systeem ontworpen, genaamd *Diagnosis Related Groups* (DRG). Hierbij worden patiënten gegroepeerd met vergelijkbare hoofddiagnoses. Dit in de veronderstelling dat deze diagnoses soortgelijke behandelingsprotocollen hebben en dus ook vergelijkbare hoeveelheden middelen vereisen (Preston, Chua & Neu, 1997). Een longontsteking of heupvervangende zijn voorbeelden van zo diagnoses. Zo wordt bijvoorbeeld iedere patiënt die een heupvervangende nodig heeft en er geen andere complicaties aanwezig zijn, toegewezen tot DRG 470 (Van de Voorde et al., 2013). Beleidsmakers stellen dan vooraf een standaardprijs vast voor elke soort diagnose (DRG) (Guterman & Dobson, 1986). Deze standaardprijs voor elke patiënt in een DRG, dekt alle kosten van *Medicare* deel A. Dit deel bestaat uit de kosten van de ziekenhuisopname, verpleegkundige zorg en revalidatie tijdens het ziekenhuisverblijf, geneesmiddelen die gebruikt worden tijdens het ziekenhuisverblijf, labotesten en medische apparatuur die gebruikt worden tijdens het ziekenhuisverblijf en thuiszorg (*Medicare*, z.d.). Wanneer een ziekenhuis de patiënt kan behandelen voor minder dan de standaard DRG-betaling, dan kan ze het verschil houden als winst. Indien het ziekenhuis echter meer uitgeeft dan de standaard DRG-betaling, moet ze het verschil absorberen als verlies (Mayes, 2007). Om de betaling voor een DRG te berekenen, wordt het betalingspercentage van een individueel ziekenhuis per case vermenigvuldigd met het gewicht van de DRG waaraan de case is toegewezen. Elk DRG-gewicht stelt de gemiddelde middelen voor die nodig zijn om cases in die specifieke DRG te behandelen, in verhouding tot de gemiddelde middelen die worden gebruikt om cases in alle DRG's te behandelen (CMS, z.d.).

3.1.2.2 Bundled Payment for Care Improvement

Sinds 2013 is men in de Verenigde Staten beginnen te experimenteren met nog een nieuw financieringssysteem, genaamd *Bundled Payment for Care Improvement (BPCI)*. Dit werd ontwikkeld door *The Center for Medicare and Medicaid Innovation (Innovation Center)* dat op haar beurt werd opgericht door *The Affordable Care Act* in 2010 (CMS, z.d.). Deze nieuwe wet beoogde drastische veranderingen in vele aspecten van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten. In het bijzonder, een belangrijk deel van de wetgeving is ontworpen om de stijgende kosten van de gezondheidszorg onder controle te houden door de manier waarop zorgverleners worden betaald (Adida et al., 2017). Het *Innovation Center* werd opgericht om innovatieve betalings- en dienstverleningsmodellen te testen die de mogelijkheid zouden hebben om de uitgaven voor *Medicare* of *Medicaid* te verminderen. Tegelijk wil het ook de kwaliteit van de zorg voor patiënten behouden of verbeteren. Het BPCI-initiatief bestaat uit vier zorgmodellen, waarbij betalingen voor meerdere diensten, die patiënten tijdens een zorgperiode ontvangen, aan elkaar worden gekoppeld. Model 1 tot 3 zijn retrospectief en model 4 prospectief. Er zijn tot 48 verschillende medische bundels opgenomen in BPCI. Het initiatief werd getest van 2013 tot 2018 en ziekenhuizen konden vrijwillig deelnemen (CMS, z.d.).

In model 1 wordt de zorgperiode die vergoed wordt, gedefinieerd als het ziekenhuisverblijf voor acute oftewel spoedeisende zorg. Alle diensten die omvat worden door *Medicare* deel A, die tijdens dit verblijf verleend worden, worden gedekt. De verleende zorg wordt door *Medicare* vergoed via een retrospectief bedrag op basis van de betalingstarieven die zijn vastgesteld in het kader van PPS van het oorspronkelijke *Medicare*-programma (CMS, z.d.).

In model 2 begint de zorgperiode bij de opname in het ziekenhuis en loopt door tot 30, 60 of 90 dagen na het ontslag. Zowel de ziekenhuisopname, post-acute zorg en heropnames behoren tot de zorgperiode. De diensten die gedekt worden zijn alle diensten die omvat worden door *Medicare* deel A en deel B. Deel B omvat de kosten voor doktersbezoeken, kosten voor labotesten, ambulante zorg, thuiszorg, revalidatie, medische apparatuur en preventieve diensten, zoals screenings of vaccins (*Medicare*, z.d.). De vergoeding van zorg in model 2 wordt retrospectief gedaan. *Medicare* doet FFS-betalingen aan zorgverleners. De totale uitgaven voor de zorgperiode van een patiënt worden later vergeleken met de gebundelde betaling (de richtprijs) bepaald door CMS (CMS, z.d.). Indien de totale uitgaven lager zijn dan de gebundelde betaling, kent CMS die besparingen toe aan het ziekenhuis. Als de uitgaven hoger zijn dan de gebundelde betaling, dan betaalt het ziekenhuis een vergoeding aan CMS (Hardin, Kilian & Murphy, 2017).

In model 3 begint de zorgperiode bij de start van post-acute zorgdiensten in bijvoorbeeld een revalidatie-instelling, een ziekenhuis voor langdurige zorg of een thuiszorginstelling. Dit impliceert dat in dit model enkel de post-acute zorg vergoed wordt. De post-acute zorg moet binnen 30 dagen na ontslag uit het ziekenhuisverblijf beginnen en 30, 60 of 90 dagen na het begin van de periode eindigen (CMS, z.d.). De betalingen aan zorgverleners worden precies hetzelfde gedaan als in model 2.

Tot slot wordt er in model 4 gebruik gemaakt van één enkele, prospectief vastgestelde gebundelde betaling aan het ziekenhuis die alle diensten omvat die tijdens het ziekenhuisverblijf door het ziekenhuis, de artsen en andere beroepsbeoefenaren zijn verleend. (CMS, z.d.).

Volgens Adida et al. (2017) kan BPCI vergeleken worden met het PPS-DRG-systeem, al zijn er wel enkele verschillen. Zo is PPS-DRG alleen van toepassing op patiënten die in het ziekenhuis verblijven, terwijl BPCI ook van toepassing kan zijn op ambulante procedures, dus wanneer men niet in het ziekenhuis moet verblijven. Verder dekt PPS-DRG een relatief korte periode, namelijk enkel de klassieke opname. BPCI daarentegen, omvat diensten die tijdens het ziekenhuisverblijf worden verleend, maar ook post-acute zorg en heropnames. Dit heeft tot gevolg dat wanneer zich complicaties voordoen en een patiënt opnieuw moet worden opgenomen, in het kader van BPCI, de zorgverleners geen nieuwe vergoeding krijgen.

3.1.2.3 Comprehensive Care for Joint Replacement

De gewrichtsvervanging van de heup en de knie blijft behoren tot de meest gebruikelijke procedures uitgevoerd in de Verenigde Staten. Hier gaan ook de meeste uitgaven van het CMS naartoe. Om die reden was er interesse om te proberen deze uitgaven onder controle te houden (Gray, Prieto, Duncan & Parvataneni, 2018). Daarom heeft het CMS, naast BPCI, ook het Comprehensive Care for Joint Replacement (CJR) initiatief ontwikkeld. Dit is een verplicht programma voor heup- en knie vervangingen, in werking sinds 2015. Onder het CJR-model begint de zorgperiode met de opname voor de operatie en eindigt 90 dagen na ontslag uit het ziekenhuis (Dummit, Smathers, Bright, Cherry, Cline, Cowell & Wang, 2018). Het tarief van CJR dekt de kosten van Medicare deel A en deel B die tijdens die periode verleend worden (CMS, z.d.). Aanbieders worden nog steeds op basis van FFS betaald, maar de gemaakte kosten worden aan het einde van het jaar vergeleken met de richtprijs en verschillen worden vereffend (Glickman, Dinh & Navathe, 2018).

3.1.3 Huidig financieringssysteem

Tegenwoordig betaalt *Medicare*, ziekenhuizen nog steeds aan de hand van het PPS-DRG systeem voor klassieke opnames. Elke DRG heeft twee gestandaardiseerde betalingstarieven: één voor operationele kosten en één voor kapitaalgerelateerde kosten. Deze kosten worden bepaald door de toestand van de patiënt en de gemiddelde zorgkosten voor die bepaalde procedures. Aan elke DRG en elke procedure worden specifieke zorgkosten toegekend, en deze kosten worden vervolgens gestandaardiseerd voor vergoeding door *Medicare* (Medicare, z.d.).

De betaling die door *Medicaid* gedaan wordt aan ziekenhuizen bestaat uit een basistarief en een aanvullend tarief. Het basistarief wordt vergoed aan ziekenhuizen via FFS en worden vastgelegd door de staat zelf. Aanvullende betalingen zijn betalingen boven het basistarief die al dan niet aan specifieke diensten zijn gebonden (Cunningham, Rudowitz, Young, Garfield, & Foutz, 2016).

Medicare vergoedt artsen en andere gezondheidswerkers (bijv. verpleegkundig specialisten) op basis van een vergoedingsschema voor meer dan 7.000 diensten. De tarieven voor deze diensten worden bepaald op basis van de relatieve, gemiddelde kosten van het leveren van de zorg aan elke *Medicare*-patiënt (KFF, 2016).

3.2 Structuur van de ziekenhuisfinanciering in het Verenigd Koninkrijk

The National Health Service (NHS) werd opgericht in 1948 in het Verenigd Koninkrijk met als doel universele, uitgebreide en gratis gezondheidszorg aan te bieden. Het wordt voornamelijk gefinancierd door belastingen. Alle Engelse inwoners hebben automatisch recht op openbare gezondheidszorg via NHS, inclusief ziekenhuis-, artsen- en geestelijke gezondheidszorg (Greengross, Grant & Collini, 1999).

3.2.1 Vorig financieringssysteem

Vóór 2003 werden ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk voornamelijk betaald via een systeem van jaarlijkse 'blokcontracten' (Boyle, S., & World Health Organization, 2011). Hierbij wordt één prospectief bedrag voorzien voor alle te verlenen diensten, onafhankelijk van de werkelijke omvang van de verleende diensten. Een blokcontract biedt een algemene uitgavenlimiet die het volume en/of de kwaliteit van de geleverde diensten zal beperken (Marshall, Charlesworth & Hurst, 2014). In het Verenigd Koninkrijk waren blokcontracten gebruikelijk in de beginfase van zorgstelsels. Naarmate de systemen zich ontwikkelen, ontstaat de behoefte aan meer gedetailleerde contracten, of verfijnde blokcontracten, waarin de prijzen worden vastgesteld volgens medische specialiteit of door het groeperen van behandelingen in prijscategorieën zoals DRG's (Jarvinen & Hyvonen, 2006).

We kunnen bij het gezondheidszorgsysteem in Engeland niet helemaal spreken van een shift naar gebundelde financiering, aangezien bij het systeem van blokcontracten de aangeboden diensten ook al gebundeld werden. Maar er waren een aantal problemen in dit systeem. Met het systeem van blokcontracten was er namelijk geen verband tussen de financiering en de activiteit van de zorgverleners. Hierdoor kon men de financiering van zorgverleners, die er niet in slaagden de geplande activiteit te leveren, niet intrekken. Dat betekent dat uitgaven niet opnieuw konden toegewezen worden aan andere zorgverleners om patiënten elders te behandelen en dat zorgde voor een aanzienlijk probleem van wachtlijsten. Een tweede probleem ontstond bij de risicodeling, die er niet was tussen betalers en zorgverleners. Zorgverleners werden niet gestimuleerd om effectieve zorg te leveren. Daarom besloten ze om in 2003 een ander prospectief betalingssysteem in te voeren (Van de Voorde et al., 2013).

3.2.2 Shift naar gebundelde financiering in het Verenigd Koninkrijk

3.2.2.1 Payment by Results

Payment by Results (PbR) is in 2003-2004 in Engeland ingevoerd. Deze invoering was een grote verandering in het financiële regime voor de *National Health Service* (Boyle, S., & World Health Organization, 2011). De doelstellingen van het PbR-systeem waren vooral het verhogen van de efficiëntie en de kwaliteit van de zorg in Engelse NHS-ziekenhuizen, en om de activiteit te verhogen wanneer er lange en groeiende wachttijden waren voor electieve zorg. Dit is zorg die niet spoedeisend, maar op voorhand gepland is, zoals een heupoperatie (Department of Health, 2012b).

Het PbR-tarief is een systeem waarbij NHS-zorgverleners vergoed worden door een nationale standaardprijs of tarief voor elke patiënt die wordt gezien of behandeld (Anderson, Pitchforth,

Edwards, Alderwick, McGuire, Mossialos, 2022). Hierbij wordt rekening gehouden met de complexiteit van de zorgbehoeften van de patiënt (Bell, Charlesworth & Lewis, 2021). De zorgperiode dat door het tarief gedekt wordt beperkt zich tot het ziekenhuisverblijf. Dit tarief dekt de kosten voor alle diensten tijdens het ziekenhuisverblijf, behalve psychiatrische diensten en ambulancediensten. Ook alle medische personeelskosten en kosten voor medische apparatuur worden door het tarief gedekt (Stephani, Quentin, Van den Heede, Van de Voorde & Geissler, 2018). Het tarief dekt geen diensten vóór de opname of na het ontslag (Department of Health Payment by Results team, 2012). Patiënten met vergelijkbare behandelingen en kostenimplicaties worden toegewezen tot een *Health Resource Group* (HRG) (Farrar, Sussex, Yi, Sutton, Chalkley, Scott & Ma, 2007; Marshall, Charlesworth & Hurst, 2014). Tarieven voor HRG's worden berekend op basis van de gemiddelde kosten van prestaties die door het NHS ingediend worden. Er zijn tarieven voor ongeveer 1500 HRG's (Department of Health Payment by Results team, 2012). PbR werkt de mogelijkheid weg voor ziekenhuizen om hun eigen kostensituatie te gebruiken om te onderhandelen over een hogere betaling. Elk overschot dat een ziekenhuis verdient omdat het zijn eenheidskosten verlaagt, kan door het ziekenhuis worden behouden (Farrar, Yi, Sutton, Chalkley, Sussex, & Scott, 2009).

3.2.3 Huidig financieringssysteem

Tegenwoordig worden openbare ziekenhuizen in Engeland hoofdzakelijk vergoed tegen nationaal vastgestelde tarieven onder het PbR-systeem, gebaseerd op de diagnose (HRG). Dit tarief dekt zowel ziekenhuiszorg, medische personeelskosten als de kosten voor het gebruik van medische apparatuur. Zeker voor de acute zorg is dit systeem het meest gebruikt. De HRG-betalingen zijn goed voor ongeveer 60% van de ziekenhuisinkomsten voor acute zorg, terwijl de rest afkomstig is van activiteiten die niet onder de HRG's vallen, zoals geestelijke gezondheidszorg, onderwijs en fondsen voor onderzoek en opleiding (Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic & Wharton, 2020). In Schotland, Noord-Ierland en Wales blijft het systeem van blokcontracten wel het meest gebruikte systeem (British Medical Association, 2022).

3.3 Structuur van de ziekenhuisfinanciering in Nederland

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op sociale zekerheid, en wat financiën betreft, kunnen er drie compartimenten onderscheiden worden. Het eerste compartiment is gereguleerd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en dekt onverzekerbare risico's gerelateerd aan chronische ziekte, psychiatrische ziekenhuiszorg, langdurige ziekenhuiszorg en verpleging, en de verzorging van lichamelijk en geestelijk gehandicapten. Het tweede compartiment dekt acute medische zorg en omvat bijvoorbeeld kortdurende ziekenhuiszorg, medisch specialistische zorg en huisartsenzorg. Het derde compartiment betreft zorg die niet gedekt wordt door de eerste twee compartimenten en is gebaseerd op vrijwillige aanvullende verzekeringen (Oostenbrink & Rutten, 2006). Sinds januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Nederlandse burgers zijn verplicht om deze gezondheidszorgverzekering te nemen, bij een verzekeringsmaatschappij naar keuze (Beerepoot, 2009).

3.3.1 Vorig financieringssysteem

3.3.1.1 Globaal budgetteringsmodel

Tot 1983 gold het net zoals in de V.S. het FFS-systeem, waarbij ziekenhuizen vergoed worden voor elke geleverde dienst afzonderlijk. De tarieven werden gereguleerd door het Nationaal Tariefagentschap (NTA). Door dit systeem stegen het volume en de uitgaven voor de gezondheidszorg (Hasaart, 2011; Krabbe-Alkemade, Groot & Lindeboom, 2017). De Nederlandse regering probeerde de stijgende uitgaven te beheersen, door tussen 1983 en 1988 verschillende financieringssystemen in te voeren. Dit varieerde van een systeem gebaseerd op de uitgaven van het voorgaande jaar, tot een systeem dat bestond uit een combinatie van vaste en variabele tarieven (Krabbe-Alkemade et al., 2017).

Zo werd er in 1983 een globale ziekenhuisbudgettering ingevoerd. Het belangrijkste doel van het globale budgetteringsmodel was om de kosten te beheersen. Bij dit systeem ontvangt elk ziekenhuis jaarlijks een prospectief bepaald budget, dat bepaald wordt op basis van de kosten in het voorgaande jaar. Het globaal budget dekte niet alle kosten, bijvoorbeeld de honoraria van zelfstandige medische specialisten werden niet gedekt door het budget, zij werden nog steeds via FFS betaald. Echter de honoraria van medische specialisten die in loondienst zijn (ongeveer 30% van de medisch specialisten) zitten wel in het budget. Doordat het budget op voorhand is bepaald, ontstaat er een maximumbudget dat ziekenhuizen zou dwingen hun kosten effectief te beheersen en hen aanmoedigen om efficiënter te werken. Het globaal budgetteringsmodel was relatief praktisch te implementeren, maar er waren ook nadelen. Het systeem had geen transparantie in het budget, want er werd niet bekendgemaakt welk bedrag uit het budget naar wat ging (Hasaart, 2011).

3.3.1.2 Functioneel budgetteringsmodel

Om voorgaande redenen werd er in 1988 een tweede hervorming toegepast op het financieringssysteem. Er werd een *function-based budget* geïntroduceerd (Exter, Hermans, Dosljak & Busse, 2004; Krabbe-Alkemade et al., 2017). Het uitgangspunt hierbij was dat ziekenhuizen een gelijk budget moeten krijgen voor het uitvoeren van dezelfde taken. Het model onderscheidde drie componenten: een beschikbaarheidscomponent, een capaciteitscomponent en een productiecomponent. De beschikbaarheidscomponent werd gemeten als de omvang van het klinisch verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Steden en dorpen in Nederland behoren tot een bepaald verzorgingsgebied van een ziekenhuis als de bevolking van die stad of dat dorp, een bepaald ziekenhuis als snelste van alle ziekenhuizen kan bereiken. Daarnaast is er de capaciteitscomponent die gemeten wordt als het aantal erkende specialistische eenheden en het aantal bedden. De productiecomponent vereist jaarlijkse onderhandelingen tussen het ziekenhuismanagement en de zorgverzekeraars over het zorgvolume (Custers, Arah & Klazinga, 2007; Exter et al., 2004; Hasaart, 2011; Maarse, Horst & Molin, 1993). Er moeten productieafspraken gemaakt worden over een aantal parameters: aantal van ziekenhuisopnames, aantal opnamedagen, aantal ambulante patiënten en aantal bezoeken aan de dagbehandeling. De parameterwaarden van de beschikbaarheid en capaciteitscomponent zijn voor alle ziekenhuizen hetzelfde. De waarden van de productieparameters variëren afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis (Custers et al., 2007; Maarse et al., 1993). Om het budget te bepalen werd de waarde van een parameter (bv. het aantal bedden) vermenigvuldigd met het bijhorend tarief, vastgelegd door het NTA. Het tarief was verschillend per

ziekenhuis. Hoe groter het ziekenhuis, hoe hoger het tarief. In 1992 bedroeg de beschikbaarheidscomponent 15% van het totale budget voor ziekenhuiszorg, de capaciteitscomponent 34% en de productiecomponent 51%. Het functionele budgetteringsmodel omvatte geen wijzigingen in het betalingsregime van zelfstandig werkende medisch specialisten. Ze werden nog steeds betaald op basis van FFS. Als gevolg hiervan werd het probleem, dat de prikkels van de ziekenhuisdirectie en de zelfstandige medisch specialisten tegengesteld waren, niet opgelost (Hasaart, 2011).

Kwaliteit van de ziekenhuiszorg bleef ook een te kleine rol spelen in beide financieringssystemen. En daarnaast was het de wens om de prikkels van medisch specialisten en ziekenhuizen beter af te stemmen, inkomensverschillen tussen soortgelijke behandelingen te verminderen en transparantie te creëren tussen opbrengst en kosten. De beleidsmakers realiseerden zich dat er een ander model van ziekenhuisfinanciering nodig was (Custers et al., 2007).

3.3.2 Shift naar gebundelde financiering in Nederland

3.3.2.1 Diagnose Behandeling Combinaties

In 1994 startten de nationale verenigingen van ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen, medische specialisten, zorgverzekeraars en het Ministerie van Volksgezondheid een gemeenschappelijk project op, voor een fundamentele herziening van de ziekenhuisfinanciering. Die nieuwe financiering is gebaseerd op het principe van *case-mix based funding*. Het project, leidde uiteindelijk tot de invoering van een uniek nieuw model, gebaseerd op Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). In 2005 werd het DBC-model ingevoerd in algemene ziekenhuizen, gespecialiseerde ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (Custers et al., 2007; Hasaart, 2011; Schäfer, Kroneman, Boerma, van den Berg, Westert, Devillé, et al., 2010). Het DBC-systeem is geïnspireerd door het concept van DRG's (diagnosegerelateerde groepen), maar het vormt een nieuw ontwikkeld classificatiesysteem. De voornaamste doelen van de introductie van DBC's zijn het stimuleren van ziekenhuizen om hun kosten te controleren, de kwaliteit van zorg te verbeteren en gezondheidszorgbudgetten transparanter te maken (Krabbe-Alkemade et al., 2017). De zorg die verleend wordt door medische specialisten komt in aanmerking voor een vergoeding volgens DBC's (Kroneman, Boerma, van den Berg, Groenewegen, de Jong, & van Ginneken, 2016).

Een DBC definieert het geheel van alle zorgactiviteiten- en diensten geleverd door medische specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag van een patiënt. De term activiteiten omvat hier medische ondersteunende diensten, zoals ambulante zorg, zorg bij een ziekenhuisopname en zorg bij een opname in het dagziekenhuis (Custers et al., 2007). Een DBC omvat dus de kosten van: medisch specialistische zorg, verpleegkundige zorg en het gebruik van medische apparatuur en diagnostische procedures (Kroneman et al., 2016). In tegenstelling tot een DRG heeft een DBC betrekking op zowel intramurale (opgenomen in het ziekenhuis) als ambulante (geen ziekenhuisopname vereist) zorgactiviteiten. In het DBC-systeem komt elke DBC overeen met een specifiek probleem waarvoor een specifieke behandeling nodig is, in een specifieke medische discipline. Aan elke DBC wordt een code gegeven. Een DBC-code bestaat uit drie onderdelen die elk verschillende aspecten van de zorgperiode karakteriseren, namelijk het zorgtype (bv. reguliere zorg,

spoedeisende zorg, second opinion), de diagnose en de behandeling (chirurgische activiteiten, behandeling in dagziekenhuis, behandeling inclusief verpleegdagen) (Westerdijk, Zuurbier, Ludwig & Prins, 2012). Een DBC begint in de meeste gevallen al in een ambulante situatie, bij het eerste contact met de specialist en eindigt doorgaans bij ontslag uit het ziekenhuis (Westerdijk et al., 2012). De maximale looptijd van een DBC is 120 dagen. Indien deze looptijd overschreden wordt, wordt er een nieuwe DBC opgezet. Om de prijs van een DBC te bepalen wordt er gekeken naar het gemiddelde van de geleverde zorg en de bijbehorende gemiddelde zorgkosten. Niet iedere scan, consult of verpleegdag wordt apart in rekening gebracht, het gaat om een gemiddelde van alle patiënten met dezelfde DBC (Ziekenhuis Gelderse Vallei, z.d.).

Hoewel het DBC-systeem geïnspireerd is door het DRG-systeem, verschillen ze wel van elkaar. Dit wordt geïllustreerd met een voorbeeld. Stel er is een patiënt met een chronische longziekte, hij of zij gaat regelmatig langs bij de longarts. Echter heeft de patiënt ook hartklachten en gaat naar de cardioloog. Binnen DRG wordt deze patiënt onderverdeeld in één groep, bijvoorbeeld "chronische longziekte met complicaties". Bij DBC daarentegen worden er twee DBC's toegekend, één voor elk specialisme (Oostenbrink & Rutten, 2006). Ook wordt het honorarium van de medisch specialist in een DBC gerekend. Bij DRG's is dit niet zo (Exter et al., 2004).

3.3.3 Huidig financieringssysteem

Het DBC systeem is sinds 2011 niet meer in werking. Het is vervangen door het DOT-systeem, wat eigenlijk verder bouwt op het DBC-systeem. Dit staat voor "DBC's Op weg naar Transparantie" (DOT) en is in Nederland in werking getreden vanaf 2012 (Groot & Krabbe-Alkemade, 2017).

Onder het DBC-DOT systeem werden het aantal DBC's sterk teruggebracht. Voorheen waren er 30.000 DBC's toepasbaar, maar in 2012 werd dit teruggebracht tot 4.400 omdat het systeem als te ingewikkeld beschouwd werd. De werking is wel hetzelfde gebleven, ziekenhuizen en medische specialisten worden nog steeds vergoed op basis van DBC's. Andere gezondheidszorgdiensten worden doorgaans vergoed via FFS of een salaris (Kroneman et al., 2016).

3.4 Structuur van de ziekenhuisfinanciering in België

Het Belgische gezondheidsstelsel is gebaseerd op de beginselen van gelijke toegang en keuzevrijheid, met een verplichte nationale ziekteverzekering. Die verplichte ziekteverzekering dekt de hele bevolking en biedt een zeer breed pakket aan voordelen aan. De verplichte ziekteverzekering wordt beheerd door het RIZIV. Het kent een prospectief budget toe aan de ziekenfondsen. Dit zijn non-profit-, privé-organisaties die instaan voor de terugbetaling van de geneeskundige prestaties die door de verplichte ziekteverzekering worden gedekt. Ze staan ook in voor het betalen van een vervangingsinkomen bij langdurige ziekte aan hun leden. Elke Belgische inwoner moet aangesloten zijn bij een ziekenfonds van zijn/haar keuze (Admin-Kce, z.d.).

3.4.1 Vorig financieringssysteem

De verplichte ziekteverzekering wordt gecombineerd met een systeem van gezondheidszorg, gebaseerd op onafhankelijke medische praktijken, vrije keuze van artsen en overwegend betaling volgens FFS (Corens, Merkur, Jemai, Palm & World Health Organization, 2007).

Echter was er in 2009, voor de Belgische ziekenhuisfinanciering een duaal systeem naargelang de aard van de geleverde diensten. (Gerken & Merkur, 2010; Van De Sande, De Ryck, De Gauquier, Hilderson, Neyt, Peeters, Swartenbroekx, Tambeur, Vanden Boer & Van de Voorde, 2010). Verpleging en niet-medische zorg activiteiten, worden gedekt door een budget, genaamd het Budget van Financiële Middelen. Dit is een nationaal gesloten budget, waar de federale overheid voor instaat, dat jaarlijks wordt vastgesteld en wordt toegewezen aan de verschillende ziekenhuizen. Daarnaast worden medische handelingen, medisch-technische handelingen (raadplegingen, laboratoria, medische beeldvorming en technische procedures) en paramedische activiteiten (bv. fysiotherapie) voornamelijk betaald via een FFS-systeem aan de zorgverlener. De zorgverleners geven dan een derde van hun honorarium aan het ziekenhuis om (een deel van) de kosten voor ziekenhuisruimte, uitrusting, enzovoort te dekken (Crommelynck, Degraeve & Lefèbvre, 2013; Gerken & Merkur, 2010).

De voornaamste manier om zorgverleners in België te vergoeden, is dus het betalen van vergoedingen voor elke dienstverlening afzonderlijk (FFS). Het is bekend dat dit systeem in zijn pure vorm geen prikkels geeft voor kostenbeheersing (Schokkaert & Van de Voorde, 2005). Ook zijn de noden van de patiënten gewijzigd omdat er steeds meer ouderen en chronisch zieken zijn. Tegelijkertijd wordt ook vastgesteld dat elk jaar meer ziekenhuizen hun eindafrekening in het rood afsluiten. Er was nood aan een hervorming van de ziekenhuisfinanciering in België (Administratie Maggie, 2019). De eerste pogingen tot kostenbeheersing door de overheid situeerden zich in de ziekenhuissector (Schokkaert & Van de Voorde, 2005). Er werden dus hervormingen in de vorm van prospectieve financiering op basis van *case-mix* doorgevoerd, om de ziekenhuizen meer financieel verantwoordelijk te maken (Van De Sande, et al., 2010).

3.4.2 Shift naar gebundelde financiering in België

3.4.2.1 Quotumsysteem

In een eerste fase werd een quotumsysteem ingevoerd (Trybou, 2011). Bij dit systeem wordt het aantal artsen beperkt dat mag oefenen onder de verplichte zorgverzekering (Gerken & Merkur, 2010). Dit maakte een einde aan de voortdurende capaciteitsuitbreiding van ziekenhuizen en de niet-waardetoevoegende competitie tussen de ziekenhuizen dat hiermee geassocieerd was. Deze hervorming was bovendien een eerste belangrijke stap richting een efficiënter opname- en ontslagbeleid. Het was ook toen al lang duidelijk dat een verhoging van capaciteit een verhoging van middelen met zich meebrengt. Meer algemeen wordt dit belangrijk principe de 'aanbod-gestuurde vraag' genoemd. Daarnaast werd ook een vergelijkingsmechanisme ingevoerd waarbij de financiering van de werkingskosten niet langer wordt gefinancierd op basis van de individuele kosten, maar op basis van een gemiddelde prijs in de sector. Om dit ook voor de klinische diensten mogelijk te maken werd hiertoe het systeem van *Diagnosis Related Groups* (DRG) geïntroduceerd. Hierbij

ontvangen de ziekenhuizen dus een vaste vergoeding per opname behorend tot dezelfde DRG. We zien hier dus een shift van een retrospectief systeem (fee-for-service) naar een prospectief systeem (DRG) (Trybou, 2011).

3.4.2.2 Laagvariabele zorg

In 2019 was er nog een hervorming van het ziekenhuislandschap die zorgde voor een grondige wijziging van de ziekenhuisfinanciering. Deze hervorming werd uitgewerkt door toenmalig Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block (Open VLD). De hervorming had als vooropgesteld doel de zorg in onze ziekenhuizen efficiënter en kwaliteitsvoller maken. Dit door enerzijds overconsumptie tegen te gaan en anderzijds door middelen tussen alle betrokken zorgverleners efficiënter in te zetten (De Tijd, 2019). Op die manier kunnen eventuele besparingen, die dan voortvloeien uit de reorganisatie van zorgtrajecten, behouden worden door de betrokken zorgverleners om in te spelen op nieuwe zorgnaden (Federale Regering, 2015).

Sinds 1 januari 2019 is, voor de ziekenhuisverblijven waarbij zogenaamde "laagvariabele zorg" wordt verleend, het bedrag van de artsenhonoraria die patiënten vergoeden vastgelegd. De patiënt krijgt een deel van deze betaling terug via het ziektefonds. Laagvariabele zorg (LVZ) is goed voorspelbaar en varieert weinig tussen patiënten onderling, het betreft ook enkel de zorg van ernstgraad 1 of 2. Er zijn momenteel 57 patiëntengroepen (All Patients Refined – Diagnosis Related Groups, APR-DRG) onder LVZ. Voor de financiering van de zorg voor deze patiënten wordt er dus een globaal prospectief bedrag vastgelegd per ziekenhuisopname en dit is onafhankelijk van het reële zorgproces voor de individuele patiënt. De verdeling van dit bedrag over de betrokken zorgverleners wordt bepaald door de openbare instelling voor sociale zekerheid, namelijk het RIZIV. Indien méér zorg verleend wordt per patiënt dan standaard voorzien, wordt het risico gedragen door het ziekenhuis (RIZIV, 2018). De medische honoraria maken ongeveer 40% uit van de omzet van de ziekenhuizen. Twee derde van de honoraria vormen de uiteindelijke bezoldiging van de artsen, het overblijvende derde dient om de infrastructuur, logistiek en verpleegkundige zorg te financieren die door het ziekenhuis aan de artsen ter beschikking wordt gesteld bij het uitoefenen van hun medische activiteit, voor zover dit niet gedekt is door het BFM (Crommelynck, et al., 2013). De globale prospectieve bedragen variëren dus naargelang de redenen voor de opname (pathologie) en van de aard van de behandeling, maar zijn in elk ziekenhuis dezelfde (RIZIV, z.d.). Het globaal prospectief bedrag vervangt de vergoeding per prestatie. Om dit bedrag per ziekenhuisopname te bepalen wordt voor elk van de patiëntengroepen de mediaan van het totaal van de honoraria berekend. Er werd geopteerd voor de mediaan, omdat die minder gevoelig is voor extreme waarden (onder- en overconsumptie) dan het gemiddelde. Het globaal prospectief bedrag wordt ook elk jaar herrekend (RIZIV, z.d.).

Deze invoering van laagvariabele zorg kan volgens de Federale Regering stapsgewijs ingevoerd worden. In een eerste fase kan dit prospectief systeem zich beperken tot de honoraria bij laagvariabele zorg, voor deze patiëntengroepen (APR-DRG's) worden de artsen niet meer afzonderlijk per prestatie betaald, met mogelijke terugvordering via het ziekenhuis achteraf. Ze krijgen daarentegen direct een gebundeld honorarium, dus een bedrag voor het geheel van de medische prestaties, onafhankelijk van de reële verleende zorg. In de tweede fase kan men kijken of dit

systeem voor meer patiëntengroepen kan toegepast worden en alle honoraria hiervoor. De voorwaarde hiervoor is dat de zorg voor deze APR-DRG's, standaardiseerbaar is en dus niet veel verschilt over de verschillende patiëntengroepen heen. Verder kan de financiering bestemd voor de ziekenhuiszorg worden gebundeld met de financiering van andere zorgvormen zodat volledige zorgperiodes (los van de voorziening waar de zorg gebeurt) worden gefinancierd (Federale Regering, 2015).

3.4.3 Huidig financieringssysteem

Tegenwoordig wordt er in België nog steeds gebruik gemaakt van het FFS-systeem voor de meeste gezondheidszorgdiensten. Voor ziekenhuiszorg is het duale financieringssysteem ook nog steeds van kracht. Waarbij een deel van de kosten gedekt wordt door het BFM en daarnaast de honoraria voor medische handelingen, die niet tot LVZ behoren, vergoed worden via FFS. LVZ is tegenwoordig nog steeds de vorm van gebundelde financiering die wordt toegepast in België. Waarbij nog steeds enkel de artsenhonoraria voor standaardiseerbare, weinig complexe zorg op basis van een globaal prospectief bedrag vergoed worden (Gerken & Merkur, 2020).

3.5 Moeilijkheden met het implementeren van gebundelde financiering

Meer en meer landen gaan richting een systeem van gebundelde financiering in hun gezondheidszorgstelsel. Echter gaat het implementeren van een nieuw financieringssysteem in de gezondheidszorg niet vanzelf. Uit de bestaande literatuur van andere landen, kan besloten worden dat er een aantal moeilijkheden gepaard gaan met het implementeren van gebundelde financiering (Hussey, Ridgely & Rosenthal, 2011; Shih, Chen & Nallamothu, 2015). Die moeilijkheden zullen hieronder kort toegelicht worden.

Ten eerste kan het implementeren van een gebundeld financieringssysteem gepaard gaan met hoge administratieve kosten. Het bepalen van de op te nemen medische aandoeningen kan ook veel discussies opleveren. Ook zal het moeilijk zijn om artsen uit verschillende disciplines en ziekenhuizen ertoe te bewegen het onderling eens te worden over een billijke verdeling van de juiste gedeelten van de gehele betaling (Shih, Chen & Nallamothu, 2015). Ook Hussey et al. (2011), Steenhuis, Struijs, Koolman, Ket & Van der Hijden (2020) en Struijs, De Vries, Baan, Van Gils & Rosenthal (2020) halen aan dat het definiëren van wat er binnen en buiten de bundel valt, een moeilijk gegeven is in gebundelde financiering. Er is wel een oplossing indien bepaalde geneeskundige verstrekkingen niet werden uitgevoerd en het bedrag toch moet uitbetaald worden. In dat geval kan dit toegewezen worden aan een "reservepool". Die reservepool kan dan tussen de zorgverleners verdeeld worden (Laagvariabele Zorg, 2019).

Deze uitdagingen wijzen op een behoefte voor meer inzicht in de belemmeringen voor de implementatie van gebundelde financiering. De verschillende manieren waarop gebundelde financieringssystemen zijn ingevoerd en moeilijkheden die zowel betalers als aanbieders tot nu toe hebben ondervonden, maken duidelijk dat de verschuiving van FFS naar gebundelde betalingen geen

eenvoudig of ongecompliceerd proces is. Naarmate gebundelde financiering in meerdere landen gebruikt zal worden, zal het leren van hun successen en mislukkingen van cruciaal belang zijn (Struijs et al., 2020).

3.6 Conclusie

Op basis van de bovenstaande paragrafen kan er besloten worden dat er dus verschillende vormen van gebundelde financiering bestaan, maar het concept vrijwel hetzelfde is over de verschillende landen heen. In elk systeem van gebundelde financiering wordt er namelijk gebruik gemaakt van een overkoepelend bedrag dat wordt verdeeld over de verschillende zorgverleners of diensten die betrokken zijn bij een bepaalde patiënt. Er zijn vanzelfsprekend wel een aantal verschillen tussen landen, maar dat komt omdat er natuurlijk ook verschillen zijn in de gezondheidsstelsels op zich. De landen die besproken werden hebben elk hun eigen model van gebundelde financiering. De V.S. introduceerde als eerste gebundelde financiering via het systeem van DRG's (PPS) en experimenteerde vanaf 2013 met BPCI en iets later met CJR. Daarna volgde Engeland met het PbR-systeem en Nederland met het DBC- en DOT-systeem. Tot slot werd ook nog België besproken. In België komt gebundelde financiering op dit moment enkel in aanmerking voor artsenhonoraria in de laagvariabele zorg.

Er zijn ook enkele uitdagingen of moeilijkheden die gepaard gaan met het implementeren van gebundelde financiering. Uit verschillende studies blijkt dat het definiëren van de bundel een uitdaging is. Hiermee wordt bedoeld, het bepalen van welke patiënten, medische aandoeningen en zorgdiensten onder dit systeem behoren. Ook is het moeilijk om een goede verdeling van de betalingen aan verschillende zorgverleners te bekomen. Verder kunnen ook nog hoge administratieve kosten ontstaan.

Hoofdstuk 4: Wat is de impact van gebundelde financiering op het gebruik en de kwaliteit van zorg?

Het invoeren van een ander financieringssysteem in de gezondheidszorg is een uitdaging, het behalen van de vooropgestelde doelen nog een grotere. Bij gebundelde financiering waren de vooropgestelde doelen over het algemeen (1) het verhogen van de kwaliteit en efficiëntie van de zorg en (2) het beheersen van de gezondheidszorgbudgetten. In dit hoofdstuk zal nagegaan worden wat er in de bestaande literatuur bekend is over de impact van gebundelde financiering op het gebruik en de kwaliteit van zorg wereldwijd. Er zal ook een aparte sectie zijn die focust op de impact van gebundelde financiering op orthopedische zorg zoals het plaatsen van knie- en heupprothesen. Orthopedische ingrepen worden apart besproken omdat er in de literatuur wordt aangehaald dat operaties van het plaatsen van knie- en heupprothesen één van de meest voorkomende operaties zijn (Boylan, Riesgo, Paulino & Sheskier, 2018; Zorg en Gezondheid, 2023). Daarnaast behoren orthopedische ingrepen tot laagvariabele zorg, waarop gebundelde financiering van toepassing is in België. In het empirisch onderzoek wordt er gefocust op gebundelde financiering in Vlaamse ziekenhuizen en meer specifiek op orthopedische zorg. Door hier een aparte sectie toe te wijzen aan de impact van gebundelde financiering op orthopedische zorg, kan er een goede vergelijking gemaakt worden met de bevindingen uit het empirisch onderzoek. Verder zullen ook nog de sterktes en zwaktes van gebundelde financiering aangehaald worden.

4.1 Impact van gebundelde financiering op het gebruik en de kwaliteit van zorg: toegepast op verschillende medische bundels

De algemene definitie van een systeem van gebundelde financiering zegt dat bij dit systeem een vaste vergoeding voor alle geleverde diensten tijdens een enkele zorgperiode wordt betaald. Deze betaling wordt verdeeld over alle zorgverleners in een zorgstelsel die betrokken zijn bij die patiënt (Shih et al., 2015). Zorgverleners die de kosten onder een bepaalde richtprijs houden, krijgen een deel van de resulterende besparing, maar degenen die de richtprijs overschrijden worden financieel gestraft. Dit creëert financiële prikkels voor zorgverleners om de zorg gedurende de hele periode te coördineren (Agarwal et al., 2020).

Om aan te tonen wat er in de bestaande literatuur al bekend is over de impact van gebundelde financiering, zullen de bevindingen uit een aantal studies besproken worden. Eerst wordt er even geschetst wat gebruik en kwaliteit van zorg betekenen. Diehr, Yanez, Ash, Hornbrook, & Lin (1999) definiëren gebruik van zorg als het aantal diensten dat geleverd wordt aan de patiënt, zoals bijvoorbeeld het aantal röntgenfoto's dat genomen wordt. Daarnaast omvat volgens Agarwal et al. (2020) het gebruik van zorg, (1) de verblijfsduur in het ziekenhuis en (2) de ontslagprocedure. Met ontslagprocedure wordt bedoeld of patiënten na het ontslag nog revalidatie krijgen enzovoort. Verder omvat de kwaliteit van zorg (1) het aantal heropnames, (2) het aantal complicaties, (3) het aantal bezoeken aan spoedeisende hulp en (4) de mortaliteit (Agarwal et al., 2020).

In Tabel 2 wordt er een samenvattend overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen uit een aantal studies die de impact van gebundelde financiering op het gebruik en kwaliteit van zorg evalueren. Onder Tabel 2 wordt een verdere toelichting gegeven van de studies en bevindingen.

Auteur	Systeem gebundelde financiering	Bevindingen
McGuire (1994)	Prospective Payment System – Diagnosis Related Groups (PPS-DRG)	• <i>Average length of stay</i> (ALOS) daalt • Zorgproces is verbeterd • Patiënten waren minder stabiel bij ontslag met PPS als financieringssysteem • Mortaliteit daalt
Farrar et al. (2009)	Payment By Results (PbR)	• ALOS daalt • Electieve zorg dat per dag verleend wordt nam sneller toe • Mortaliteit daalt
Joynt Maddox, Orav, Zheng & Epstein (2018)	Bundled Payment for Care Improvement (BPCI)	• Geen significante bevindingen over impact op gebruik of kwaliteit van zorg
Rolnick et al. (2020)	BPCI	• Kleine daling in uitgaven voor een zorgperiode • Geen verandering in mortaliteit

Tabel 2: Impact van gebundelde financieringssystemen op kwaliteit en gebruik van zorg bij verschillende medische bundels

In de eerste studie van McGuire (1994) wordt de impact van PPS-DRG geëvalueerd, vooral op de kwaliteit van zorg. Bij het PPS-DRG systeem wordt er een vast bedrag op voorhand vastgelegd dat alle prestaties van de betrokken zorgverleners bevat voor de behandeling van één bepaalde diagnose. Patiënten worden op basis van hun diagnose opgedeeld in groepen (DRG's) en elke DRG heeft een bepaalde prijs. Voor deze studie werden er voor *Medicare*-patiënten medische gegevens verzameld voor volgende DRG's: congestief hartfalen, acuut hartinfarct, heupbreuk, longontsteking en beroerte. De belangrijkste bevindingen van de studie zijn: (1) de lengte van het ziekenhuisverblijf daalde voor alle aandoeningen, (2) het zorgproces (wat gebeurt er in het ziekenhuis) verbeterde met PPS voor alle aandoeningen, onnodige prestaties werden dus ook verminderd, (3) patiënten waren zeker of minder stabiel bij ontslag met PPS als financieringssysteem en (4) de mortaliteit tijdens ziekenhuisopnames daalde met PPS als financieringssysteem.

De volgende studie is van Farrar et al. (2009), waarin de impact van Payments By Results (PbR) besproken wordt. Bij PbR worden ziekenhuizen voorzien van een vast tarief voor elke Healthcare Resource Group (HRG). In zo een HRG worden alle diensten die geleverd zijn in een zorgperiode voor een patiënt gebundeld. Het tarief van een HRG wordt bepaald op basis van de gemiddelde kosten van prestaties. In de studie werd er gebruik gemaakt van een *treatment group* en *control group*. Bij

de *treatment group* wordt er wel een tarief gebruikt, bij de *control group* niet. Er werd niet vermeld over welke aandoeningen de studie ging. De belangrijkste bevindingen uit de studie waren: (1) de duur van het ziekenhuisverblijf (ALOS) daalde bij implementatie van PbR, (2) het aandeel electieve zorg dat per dag wordt verleend nam sneller toe met PbR en (3) de mortaliteit tijdens de ziekenhuisopname daalde bij PbR. Buiten die laatste, werd er voor de determinanten van kwaliteit voor zorg weinig bewijs gevonden. Echter werd er ook geen bewijs gevonden dat de kwaliteit er op achteruit gegaan is.

Het derde voorbeeld komt uit de studie van Joynt Maddox, Orav, Zheng & Epstein (2018), die het effect van *Bundled Payments for Care Improvement* tracht te achterhalen door de vijf meest voorkomende medische bundels onder BPCI te bestuderen: congestief hartfalen, longontsteking, chronisch obstructieve longziekte, bloedvergiftiging en acuut hartinfarct. BPCI is een nationaal vrijwillig programma voor ziekenhuizen dat bestaat uit vier verschillende modellen. Het doel van BPCI was de totale uitgaven voor gezondheidszorg te verminderen en tegelijkertijd de kwaliteit te handhaven of te verbeteren door onnodige zorg te verminderen en de zorgcoördinatie te verbeteren. Patiënten met één van bovenstaande vijf aandoeningen vormen bijna twee derde van de patiënten die zijn ingeschreven in medische bundels in BPCI. Ziekenhuizen die ervoor kiezen deel te nemen aan BPCI, kunnen kiezen uit verschillende modellen. In model 2, het meest populaire model onder ziekenhuizen, zijn deelnemende ziekenhuizen verantwoordelijk voor de kosten van alle zorg tijdens het ziekenhuisverblijf en binnen dertig, zestig of negentig dagen na ziekenhuisopname. Hierbij worden ziekenhuizen via FFS vergoed, maar worden de betalingen aan het einde van de zorgperiode afgewogen tegen richtprijzen. In de studie werd er een vergelijking gemaakt tussen ziekenhuizen die effectief BPCI geïmplementeerd hadden en controleziekenhuizen, waar geen BPCI gebruikt werd. In totaal namen 125 ziekenhuizen deel aan het programma voor congestief hartfalen, 105 ziekenhuizen voor longontsteking, 101 ziekenhuizen voor chronisch obstructieve longziekte, 88 ziekenhuizen voor bloedvergiftiging en 73 ziekenhuizen voor acuut hartinfarct. Van deze ziekenhuizen nam 62,6 procent deel aan meer dan één van deze bundels. Er waren geen significante algemene verschillen tussen BPCI-ziekenhuizen en controleziekenhuizen op het vlak van de lengte van het ziekenhuisverblijf, bezoeken aan de spoedeisende hulp of heropnames binnen dertig of negentig dagen na ontslag, of sterfte binnen dertig of negentig dagen na opname. Bijvoorbeeld, als sterfte binnen 90 dagen na opname toenam bij zowel het ziekenhuis met BPCI als zonder BPCI, dan was het verschil tussen die toenames niet significant groot.

Het vierde voorbeeld gaat over de studie van Rolnick et al. (2020). Hier wordt ook de impact van BPCI achterhaald. Deze studie toonde wel een aantal belangrijke bevindingen aan. Deelname van ziekenhuizen aan deze bundels gaat gepaard met een kleine daling van de totale uitgaven per zorgperiode zonder verandering in mortaliteit. We zien een verschuiving in de uitgaven voor post-acute zorg in het algemeen, van geschoolde verpleegkundige zorg naar thuiszorg. Verder werden er geen waarneembare veranderingen in de kwaliteit van zorg waargenomen.

4.2 Impact van gebundelde financiering op het gebruik en de kwaliteit van zorg: toegepast op orthopedische bundels

Er wordt in de literatuur aangehaald dat operaties zoals het plaatsen van knie- en heupprotheses één van de meest voorkomende operaties zijn (Boylan, Riesgo, Paulino & Sheskier, 2018; Zorg en Gezondheid, 2023). Daarnaast behoren orthopedische ingrepen tot laagvariabele zorg, waarop gebundelde financiering van toepassing is in België. In het empirisch onderzoek wordt er gefocust op gebundelde financiering in Vlaamse ziekenhuizen en meer specifiek op orthopedische zorg. Door hier een aparte sectie toe te wijzen aan de impact van gebundelde financiering op orthopedische zorg, kan er een goede vergelijking gemaakt worden met de bevindingen uit het empirisch onderzoek.

In Tabel 3 wordt er een samenvattend overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen uit een aantal studies die de impact van gebundelde financiering op het gebruik en kwaliteit van zorg evalueren, maar specifiek op orthopedische bundels. Onder Tabel 3 wordt een verdere toelichting gegeven van de studies en bevindingen.

Auteur	Systeem gebundelde financiering	Bevindingen
Dundon, Bosco, Slover, Yu, Sayeed & Iorio (2016)	BPCI	• <i>Average length of stay</i> (ALOS) van het ziekenhuisverblijf daalt • Ontslag naar <i>inpatient facility</i> daalt • Aantal heropnames na 30, 60 en 90 dagen daalt • Gemiddelde kosten voor zorgperiode dalen
Iorio, Clair, Inneh, Slover, Bosco & Zuckerman (2016)	BPCI	• ALOS daalt • Ontslag naar <i>inpatient facility</i> daalt
Edwards, Mears & Barnes (2017)	BPCI	• ALOS daalt • Aantal heropnames daalt • Vermindering in totale kosten
Gray, Prieto, Duncan & Parvataneni (2018)	CJR	• ALOS daalt • Aantal heropnames daalt • Aantal complicaties na operatie daalt • Kost per zorgperiode daalt
Barnett, Wilcock, McWilliams, Epstein, Joynt Maddox, Orav, et al. (2019)	CJR	• Kost per zorgperiode daalt • Ontslag naar <i>inpatient facility</i> daalt

Tabel 3: Impact van gebundelde financieringssystemen op kwaliteit en gebruik van zorg bij orthopedische bundels

De eerste studie die besproken wordt, die ingaat op de impact van gebundelde financiering op orthopedische bundels, is die van Dundon, Bosco, Slover, Yu, Sayeed & Iorio (2016). Er wordt gebruik gemaakt van BPCI Model 2. In de studie wordt er een vergelijking gemaakt tussen patiënten die een gewrichtsprothese krijgen in het eerste jaar dat BPCI was ingevoerd en patiënten die een gewrichtsprothese krijgen in het derde jaar na de invoering van BPCI. Er waren 721 patiënten in jaar 1 (1 januari 2013 tot 31 december 2013) en 785 patiënten in jaar 3 (1 juni 2014 tot 31 mei 2015). Hun gegevens werden vergeleken en er werd geen verandering in demografische basisgegevens tussen de twee groepen vastgesteld. Het gemiddelde ziekenhuisverblijf (ALOS) nam af van 3,58 dagen in het eerste jaar tot 2,96 dagen in het derde jaar. Het percentage van ontslag naar een *inpatient facility*, zoals revalidatiecentra, daalde van 44 procent naar 28 procent. Het percentage 30-daagse heropnames door alle oorzaken daalde van zeven naar vijf procent. Het percentage 60-daagse heropnames door alle oorzaken daalde van elf naar zes procent en het percentage 90-daagse heropnames door alle oorzaken daalde van dertien procent naar acht procent. De grootste kostendaling was een daling van 88 procent in revalidatiekosten per periode van zorg in kwartaal 3 van 2014. Wel stegen de kosten voor thuiszorg met 23 procent, deze kosten werden echter meer dan gecompenseerd door de daling van het aantal ontslagen naar revalidatiecentra. De gemiddelde kosten per zorgperiode daalden met twintig procent.

Een tweede studie die besproken wordt is van Iorio, Clair, Inneh, Slover, Bosco & Zuckerman (2016). Tussen 1 januari 2013 en 5 januari 2014 werden 721 BPCI-patiënten ontslagen uit een zorginstelling. Ook hier werd gebruik gemaakt van BPCI Model 2. Het gemiddelde ziekenhuisverblijf daalde van 4,27 dagen in 2012, toen er nog geen BPCI was, naar 3,53 dagen bij BPCI. Elke maand na de start van het programma is het gemiddelde ziekenhuisverblijf lager dan het voorgaande jaar. Ontslag naar *inpatient facilities*, zoals revalidatiecentra, is gedaald van 65 procent in 2012 tot gemiddeld 43 procent sinds 1 januari 2013, met een gestaag dalende trend per maand. 80 van 721 patiënten moesten opnieuw worden opgenomen: 7 procent na dertig dagen, 11 procent na 60 dagen, en 13 procent na 90 dagen na het ontslag. Opnames keerden in 53 procent van de gevallen terug naar de zorginstelling. Van de 80 patiënten die opnieuw moesten worden opgenomen, werden een aantal patiënten ontslagen naar huis/zelfzorg, maar een aantal patiënten werden ook ontslagen naar huis met diensten van een thuiszorginstelling.

In de studie van Edwards, Mears & Barnes (2017) wordt de impact van BPCI op de gezondheidszorg in de V.S. aangetoond. In deze studie werd nagegaan wat de impact van BPCI was op de zorg die gegeven wordt aan patiënten die een heup- of knieprothese krijgen. De basisgroep, zonder BPCI, werd berekend op basis van 1427 zorgperiodes die plaatsvonden in de periode 2009-2012. De BPCI-groep omvatte 461 zorgperiodes van oktober 2013 tot september 2014. De werkelijke kosten worden afgezet tegen een vooraf vastgestelde richtprijs voor de zorgperiode van de heup- of knieprothese. De richtprijs wordt berekend op basis van de voorafgaande prestaties van de individuele instelling. Betaling of terugbetaling van geld wordt bepaald op het totale bedrag in vergelijking met de richtprijs. Het ziekenhuis werd gekozen als het "risico" voor de bonus/boete van de bundelbetaling. Uit deze studie kon besloten worden dat het gemiddelde ziekenhuisverblijf daalde van 3,81 naar 2,57 dagen voor de BPCI-groep. Er was ook een vermindering in de heropnames voor de BPCI-groep. Verbeteringen in zowel ziekenhuisverblijf als aantal heropnames kunnen gerelateerd zijn aan het gebruik van een verbeterd ondersteuningssysteem ontworpen om het sociale ondersteuningsnetwerk

van de patiënt beter te definiëren, vroegtijdige interventie voor vastgestelde problemen, en het onderhouden van communicatie gedurende de gehele periode van 90 dagen. De BPCI-groep in deze studie had een vermindering van 14 procent van de totale kosten (Edwards et al., 2017).

Verder worden er ook nog twee studies besproken die de impact van het *Comprehensive Care for Joint Replacement* (CJR) initiatief evalueren. CJR is net zoals BPCI een initiatief van *Medicare*, maar CJR is enkel van toepassing op knie-en heupvervangings. Zorgverleners worden in dit model via FFS vergoed, maar op het einde van de zorgperiode worden de gemaakte kosten wel afgewogen tegen een vooropgestelde richtprijs. In de studie van Gray, Prieto, Duncan & Parvataneni (2018) werd het CJR-model ingevoerd en werden de resultaten verkregen onder het CJR-model, vergeleken met resultaten zonder CJR. Uit de studie is gebleken dat onder het CJR-model, de kost per zorgperiode daalt, alsook het aantal heropnames. Verder daalde het aantal complicaties dat kan optreden bij een heup-of knievervangings ook. Voorbeelden van zo complicaties zijn, chirurgische bloeding, gewrichtsinfectie, enzovoort. Daarnaast daalde het gemiddelde ziekenhuisverblijf ook en werden patiënten die ontslagen werden uit het ziekenhuis meer naar huis gestuurd dan naar een *inpatient facility*.

De laatste studie die besproken wordt is van Barnett, Wilcock, McWilliams, Epstein, Joynt Maddox, Orav, et al. (2019). Hier wordt ook gebruik gemaakt van *treatment* (met CJR) en *control groups* (zonder CJR), die vergeleken worden met elkaar. Er werd vooral gekeken wat het verschil in kwaliteit en uitgaven was in de eerste twee jaar van CJR, tussen de twee groepen. Ook hier kwam naar boven dat de uitgave voor een zorgperiode van een heup- of knievervangings daalde. Er was ook een daling in het aantal patiënten dat werd ontslagen naar bijvoorbeeld revalidatie in het ziekenhuis. Voor het effect op complicaties was er geen significante bevinding.

4.3 Sterktes en zwaktes van gebundelde financiering

Na de impact van de verschillende vormen van gebundelde financiering op de kwaliteit en het gebruik van zorg, kan er overgegaan worden naar wat nu precies de sterktes en zwaktes zijn van een systeem gebaseerd op gebundelde financiering. In de bestaande literatuur zijn er in verschillende landen een aantal studies gevoerd om dit te bepalen (de Bakker, Struijs, Baan, Raams, de Wildt, Vrijhoef, & Schut, 2012; Shih et al., 2015; Tol, Swinkels, Struijs, Veenhof & de Bakker, 2013; Verhaeghe & Annemans, 2017). Hieronder worden de belangrijkste sterktes en zwaktes besproken van gebundelde financiering in verschillende landen. Dit betekent dat de sterktes en zwaktes niet toegepast zijn op één specifiek model van gebundelde financiering, maar eerder in het algemeen.

Ten eerste heeft gebundelde financiering het potentieel om onnodige zorg te ontmoedigen. Aangezien bij dit systeem niet per prestatie betaald wordt, zoals bij FFS. Daarbij vertaalt extra zorg zich in extra inkomsten, waardoor artsen weinig financiële prikkels hebben om onnodige onderzoeken te beperken. Dat wordt dus voor een stuk verminderd door gebundelde financiering. Daarnaast, aangezien er geen beperking is op het aantal zorgperiodes dat vergoed kunnen worden, is er geen prikkel voor zorgverleners om bepaalde patiënten te vermijden, zolang het budget kostendekkend is. Ten slotte vergroten gebundelde betalingen door de invoering van één enkele gebundelde kostprijs ook de transparantie en voorspelbaarheid van de budgetten (Shih et al., 2015). Uit andere studies

kwam ook naar voren dat er meer transparantie is en daarnaast een betere samenwerking en betere proceskwaliteit (de Bakker et al., 2012; Tol et al., 2013; Verhaeghe & Annemans, 2017).

De voornaamste zwaktes die aan bod kwamen in verschillende studies was ten eerste een toename van administratieve taken. Dit was een gevolg van het feit dat technologische systemen nog niet waren aangepast aan de nieuwe situatie (de Bakker et al., 2012; Tol et al., 2013). Daarnaast werd in een studie uit Nederland ook aangehaald dat er een gebrek aan betaling voor patiënten met co- of multimorbiditeit is (Tol et al., 2013). Verder bestaat er ook een kans dat de zorgverleners geneigd zijn om eerder aan onderbehandeling te gaan doen, of ze kunnen minder responsief reageren op vragen van een persoon met een zorgnood (Verhaeghe & Annemans, 2017).

4.4 Conclusie

We kunnen uit de bestaande literatuur over de impact van gebundelde financiering op het gebruik en de kwaliteit van zorg besluiten dat er bij de meeste studies wel een impact waar te nemen is. Vooral bij de orthopedische bundels was er een waarneembaar verschil op te merken. Zo zien we dat de duur van het ziekenhuisverblijf bij de orthopedische bundels daalt onder gebundelde financiering, zowel bij BPCI als bij CJR. Deze verkorting van het ziekenhuisverblijf zou erop kunnen wijzen dat de patiënt postoperatief sneller herstelt waardoor hij of zij minder lang in het ziekenhuis moet verblijven. Het aantal ontslagen naar een *inpatient facility* (vb revalidatie) zijn gedaald en het aantal heropnames daalden ook bij gebundelde financiering in orthopedische bundels. Dit zou opnieuw kunnen wijzen op goede operaties waar er postoperatief weinig of geen complicaties opduiken. Voor andere medische bundels daalde de duur van het ziekenhuisverblijf ook onder PPS en PbR. Ook daalde de mortaliteit, maar was het wel mogelijk dat patiënten minder stabiel waren bij het ontslag uit het ziekenhuis bij PPS. Er zijn dus een paar verschillen op te merken in de impact op orthopedische bundels en andere medische bundels. Dit zou misschien een aanwijzing kunnen zijn dat de impact van gebundelde financiering verschilt van medische ingreep tot medische ingreep. Ook toonden een aantal studies aan dat er een kostendaling gepaard ging met het implementeren van gebundelde financiering. Echter was er wel één studie die helemaal geen impact aantoonde. Er kan daarom ook geen sluitend antwoord gegeven worden of gebundelde financiering altijd zal zorgen voor een verkorting van het ziekenhuisverblijf, enzovoort.

Daarnaast kunnen de belangrijkste sterktes en zwaktes nog opgesomd worden. Verschillende studies tonen aan dat de belangrijkste sterktes bestaan uit: (1) onnodige zorg verminderen, (2) geen patiënten vermijden door aparte betaling per zorgperiode, (3) meer transparantie in de budgetten en (4) hogere proceskwaliteit. Er zijn ook een aantal zwaktes: (1) verhoging van de administratie, (2) een gebrek aan betaling voor patiënten met multimorbiditeit en (3) onderbehandeling kan in de hand gewerkt worden.

Hoofdstuk 5: Methodologie

In dit hoofdstuk zal er dieper ingegaan worden op welke manier het empirisch onderzoek in deze masterproef uitgevoerd werd. Eerst zal er toegelicht worden wat ik wens te onderzoeken en welke methode hiervoor gebruikt zal worden. Eveneens wordt de bepaling van de steekproef uitgelegd en aan welke selectiecriteria de respondenten moesten voldoen. Verder wordt er nog dieper ingegaan op hoe de data verzameld en uiteindelijk geanalyseerd is.

5.1 Onderzoeksmethode

Voor deze masterproef is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Een kwalitatief onderzoek is een goede methode om antwoorden te krijgen op de vragen 'waarom?', 'wat?', 'wie?' en 'welke?' (Saunders, Lewis, Thornhill, Arnoldy, Beltman, Booy & Borggreve, 2019). Deze vraagwoorden zijn ook terug te vinden in de onderzoeksvraag en deelvragen waarop ik een antwoord tracht te vinden. De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt: *"Wat zijn de percepties van Vlaamse zorgverleners en ziekenhuizen ten opzichte van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg?"*. En de drie deelvragen voor het empirisch onderzoek zijn: *"Hoe hebben Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten de implementatie van gebundelde financiering ervaren?"*, *"Wat zijn, volgens de Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten, de sterktes en zwaktes van gebundelde financiering in het Vlaams ziekenhuislandschap?"* en *"Op welke manier kan gebundelde financiering nog verder uitgebreid worden in de Vlaamse ziekenhuizen en gezondheidszorg in de toekomst?"*.

Voor dit kwalitatief onderzoek heb ik interviews afgenomen, meer specifiek kwalitatieve diepte-interviews. Op welke manier die interviews werden afgenomen, wordt duidelijk in sectie 2 van dit hoofdstuk. Alvorens de interviews konden afgenomen worden moest er eerst een steekproef bepaald worden. Hiervoor werden er selectiecriteria opgesteld waaraan de respondenten moesten voldoen. De belangrijkste vereiste was dat de respondenten werkzaam moesten zijn in de gezondheidszorg in Vlaanderen, en meer specifiek in ziekenhuizen aangezien laagvariabele zorg (LVZ) hier voorkomt. Verder moesten ze kennis hebben over ziekenhuisfinanciering of zelf een zorgverlener in de LVZ zijn, meer specifiek in de orthopedie (knie- en heupchirurgie). Ik heb ervoor gekozen om mij te focussen op orthopedie omdat volgens de literatuur het plaatsen van knie- en heupprothesen één van de meest voorkomende operaties zijn (Boylan, Riesgo, Paulino & Sheskier, 2018; Zorg en Gezondheid, 2023). Voor factoren zoals leeftijd of geslacht was er geen vaste waarde waaraan iemand moest voldoen omdat dit geen invloed zou hebben op de uitkomst van het onderzoek. Er werd dus gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef aangezien de respondenten geselecteerd werden op basis van voorgaande criteria. Alle respondenten werden via mail benaderd. Er werden in totaal zes personen gecontacteerd die werkzaam zijn in de gezondheidszorg en kennis hebben over de financiële aspecten, waarvan er vijf bereid waren om mee te werken aan het onderzoek. Verder zijn er in totaal 14 orthopedisten gecontacteerd, waarvan er drie een respons gegeven hebben en bereid waren deel te nemen aan een interview. Er werden dus drie financiële directeurs uit ziekenhuizen, één wetenschappelijk onderzoeker uit de gezondheidseconomie, één stafmedewerker van de financiële directie van een ziekenhuis en drie orthopedisten geïnterviewd. We kunnen de respondenten daarom dus in twee groepen opdelen, waarbij de eerste groep bestaat uit de financiële directeurs, de stafmedewerker én de wetenschappelijk onderzoeker, en de tweede groep uit de orthopedisten.

5.2 Dataverzameling

Om de data te verzamelen is er dus gebruik gemaakt van kwalitatieve diepte-interviews. De reden waarom er gekozen werd voor diepte-interviews is te vinden in het feit dat het doel van dit onderzoek is om een dieper inzicht te krijgen in de perceptie en ervaring van werknemers in de gezondheidszorg over laagvariabele zorg. De diepte-interviews werden afgenomen aan de hand van interviewleidraden met daarin vooropgestelde vragen voor beide groepen. Die vragenlijst bestond uit open vragen, waardoor de respondenten duidelijk konden uitleggen wat hun ervaringen waren. Er werden twee interviewleidraden opgesteld omdat er sommige vragen verschillend waren tussen de twee groepen, die zijn terug te vinden onder Bijlage 1 en 2. Beide interviewleidraden zijn opgedeeld in drie secties. Eerst werd er gevraagd naar hoe de respondent in aanraking komt met LVZ en ook wat hun mening was over de vooropgestelde doelen. In de tweede sectie ging het vooral over de implementatie van LVZ en de impact ervan. Bij de eerste groep werd er eerder gefocust op de impact van LVZ op de financiële aspecten, terwijl bij de tweede groep eerder gefocust werd op de impact van LVZ op het leveren van zorg. Ten slotte werden de sterktes en zwaktes bevraagd en werden er ook nog enkele vragen gesteld in verband met de toekomst, zoals het uitbreiden van LVZ of mogelijke gevolgen hiervan op termijn. Tijdens het interview was er nog ruimte om eventueel dieper in te gaan op bepaalde vragen of om aanvullende vragen te stellen die niet voorzien waren. Dit maakt dat de interviews semigestructureerd verliepen.

In het totaal werden acht interviews afgenomen met een gemiddelde tijdsduur van 30 minuten. De meeste interviews werden online afgenomen via Microsoft Teams, maar drie interviews zijn fysiek doorgegaan. Om de respondenten op een overzichtelijke manier weer te geven werden de interviews geclassificeerd op basis van hun functie. In Tabel 4 kan u zien dat de geïnterviewde respondenten met de financiële achtergrond werden ondergebracht onder groep A, de orthopedisten werden ondergebracht onder groep B. De interviews werden handmatig getranscribeerd om zo alle belangrijke informatie voor het onderzoek beschikbaar te hebben. De transcripties van de interviews zijn terug te vinden onder Bijlage 4. Hierbij moet wel vermeld worden dat alle interviews gepseudonimiseerd werden, dit wil zeggen dat er geen echte namen van de respondenten gebruikt werden. Tabel 4 toont welke verwijzing gegeven is aan de geïnterviewde respondenten.

Groep	Geïnterviewde respondenten
Groep A	A1: Financieel Directeur A2: Stafmedewerker Financiële Directie A3: Financieel Directeur A4: Wetenschappelijk onderzoeker in de gezondheidseconomie A5: Financieel Directeur
Groep B	B1: Orthopedist B2: Orthopedist B3: Orthopedist

Tabel 4: Overzicht geïnterviewde respondenten

5.3 Data-analyse

Alle interviews werden opgenomen, getranscribeerd en hierna gecodeerd. Onderstaand kan u de analyseprocedure vinden die werd toegepast om uiteindelijk een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag.

De data-analyse vangt aan met het coderen van de data uit de transcripties van de interviews. De eerste stap in het proces van coderen was het open coderen. In het proces van open codering wordt ieder fragment van het interview bestudeerd om te bepalen wat er precies is gezegd en om elk fragment van een gepaste code te voorzien (Boeije, 2002). Ik heb de interviews in meerdere stukken geknipt om zo te kunnen zien wat het hoofdthema was van elk fragment, en een gepaste code hieraan te geven. Op basis van deze codes kon ik al een voorzichtige selectie maken van welke fragmenten het belangrijkste gingen zijn voor mijn resultatensectie.

De volgende stap in het proces was het axiaal coderen, dit wil zeggen dat er voor elk concept of fragment naar indicatoren moet gezocht worden om dat concept te definiëren (Boeije, 2002). Hierbij konden de codes vanuit de open codering dus ondergebracht worden onder nieuwe codes, die overkoepelend waren voor fragmenten met een soortgelijke code. Dit werd gedaan voor fragmenten binnen eenzelfde interview, maar er werd ook tussen de interviews vergeleken welke fragmenten allemaal onder een overkoepelende code konden gezet worden.

De laatste stap was het selectief coderen. Hierbij werden alle codes en categorieën herbekeken om uiteindelijk de belangrijkste hoofdcategorieën te bepalen voor het onderzoek. Ook werd er getracht mogelijke verbanden te leggen tussen de verschillende categorieën en probeerde ik de thema's te groeperen rond de centrale onderzoeksvraag. In Tabel 5 kan u een voorbeeld zien van hoe ik het coderingsproces hebt toegepast op de transcripties van de interviews.

Uiteindelijk werden er vier thema's gevormd om een antwoord te kunnen geven op de centrale onderzoeksvraag. Deze thema's zijn: implementatie, impact, sterktes en zwaktes en toekomst. Voorgaande thema's kregen ook nog een onderverdeling. De codeboom in Bijlage 3 biedt een overzicht van de thema's en hun onderverdelingen.

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen	Selectief coderen
"De overheid gaat natuurlijk de terugbetaling van een prothese, daar ben ik zeker van, altijd maar naar beneden halen. En euhm, dat is iets wat dat ik naar de toekomst toe wel als een potentieel gevaar zie."	Minder middelen	Mogelijke gevaren	Toekomst
"[...] dat men op een gegeven moment het economische laat primeren over de zorg [...] waardoor patiënten soms een onvolledige zorg krijgen".	Onvolledige zorg		
"Maar dat zou kunnen zijn dat dat een beetje wat uitgebreid wordt. Want nu is dat nog beperkt tot ernstgraad 1 en 2 hé [...]"	Uitbreiding buiten ernstgraad 1 en 2	Uitbreiding	
" [...] ik spreek al heel de tijd over voorzieningen omdat dat niet moet beperkt worden tot de ziekenhuizen."	Uitbreiding buiten ziekenhuizen		

Tabel 5: Voorbeeld coderingsproces

Hoofdstuk 6: Resultaten

Na het afnemen van de kwalitatieve diepte-interviews en het hieruit selecteren van de belangrijkste fragmenten, zijn er een aantal resultaten bekomen. Binnen dit hoofdstuk zullen deze resultaten besproken worden. Er is een opdeling gemaakt die uit drie delen bestaat. In het eerste deel, implementatie, zullen de doelstellingen van het globaal prospectief bedrag voor LVZ en de moeilijkheden die gepaard gingen met het implementeren ervan besproken worden. Dan volgt het deel over de impact. Hierin wordt de impact van het globaal prospectief bedrag voor LVZ besproken op de werking van artsen, op de kwaliteit van zorg, en op de administratie. Ook worden hier de zwaktes en sterktes van het systeem aangehaald. Het laatste deel betreft het toekomstperspectief, enkele potentiële gevaren en andere mogelijke hervormingen. Aan de hand van deze resultaten wordt er een antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag *'Wat zijn de percepties van Vlaamse zorgverleners en ziekenhuizen ten opzichte van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg?'* en op de bijhorende deelvragen, die doorheen deze resultatensectie aangehaald worden.

6.1. Implementatie

In de eerste sectie van de resultaten wordt er een antwoord gegeven op de eerste deelvraag, namelijk *'Hoe hebben Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten de implementatie van gebundelde financiering ervaren?'*. Daarvoor worden twee onderverdelingen besproken. In de eerste onderverdeling, namelijk doelstellingen, wordt er nagegaan of de respondenten het eens waren met de beoogde doelen van het globaal prospectief bedrag voor LVZ. In de tweede onderverdeling, moeilijkheden, wordt er gekeken naar de moeilijkheden die gepaard gingen met de implementatie ervan.

6.1.1 Doelstellingen

In België werd gebundelde financiering in de vorm van een globaal prospectief bedrag ingevoerd, voor de vergoeding van de artsenhonoraria in laagvariabele zorg (LVZ). Over de werking hiervan zijn we in de literatuurstudie meer te weten gekomen. Zoals in alle landen, die besproken werden in de literatuurstudie, had de invoering van dit globaal prospectief bedrag voor LVZ, als voornaamste doel de zorg efficiënter en kwaliteitsvoller te maken. Dit door (1) overconsumptie tegen te gaan waardoor (2) de middelen efficiënter ingezet kunnen worden. Op die manier kunnen eventuele besparingen behouden worden door de betrokken zorgverleners om in te spelen op nieuwe zorgnoden. Volgens alle respondenten is overconsumptie inderdaad een probleem in de gezondheidszorg en vooral in de medische beeldvorming, dat wordt aangehaald door zowel respondent A4 en A5. Het tegengaan ervan is zeker een goed vooropgesteld doel.

" [...] bepaalde overconsumpties willen tegengaan, waar ik volledig voor ben voor alle duidelijkheid." (Respondent A2, stafmedewerker financiële directie)

"Ja! Ik vind dat overconsumptie voorkomt, euhm medische beeldvorming is daar een goed voorbeeld van. [...] in zijn algemeenheid is uit verschillende onderzoeken gebleken dat we in België een zekere mate van overconsumptie hebben." (Respondent A5, Financieel Directeur)

"Je ziet bijvoorbeeld als het gaat over overconsumptie hebben we heel veel, euhm, in medische beeldvorming nog altijd bij ons." (Respondent A4, wetenschappelijk onderzoeker gezondheidszorg)

"Ik denk wel dat er een overconsumptie kon bestaan in het aantal onderzoeken dat gevraagd werd tijdens een hospitalisatie en dat dat tot een rationalisatie is gekomen, is misschien maar goed ook." (Respondent B2, orthopedist)

Er is echter wel een verschil in mening tussen twee respondenten of het invoeren van dit globaal prospectief bedrag voor LVZ deze overconsumptie effectief kan tegengaan. Zo was respondent B1 wel van mening dat het systeem een manier is om overconsumptie tegen te gaan. Maar daarentegen, zal het volgens respondent B3 geen oplossing zijn om het probleem van overconsumptie te verminderen. Dit, omdat er voor bepaalde zaken nog steeds per prestatie betaald wordt. Zo is dat bij onder andere de medische beeldvorming, waar er volgens een aantal respondenten net veel overconsumptie zit. En daarnaast zijn Belgische patiënten het gewend om alles heel snel te krijgen.

"Wel, ik denk dat het laagvariabele zorgverhaal, het gaat overconsumptie tegen dat is duidelijk en het incentiveert chirurgen en ziekenhuizen om euhm efficiënter te werken" (Respondent B1, orthopedist)

"Wel, ik denk dat dat niet de juiste manier is om dat te doen. Bij laagvariabele zorg gaat ge overconsumptie niet tegengaan. Als ge overconsumptie wilt tegengaan dan gaat ge... Wacht ik ga het omgekeerd zeggen. België heeft een heel toegankelijke gezondheidszorg. Veel toegankelijker dan omringende landen. Als ge overconsumptie wilt tegengaan, één ge hebt een systeem van artsen die betaald worden per prestatie wat ge doet dus hoe meer prestaties dat ge doet, hoe meer ge betaald wordt. Dat is één zaak. Een tweede zaak is ook en ik denk ook dat daar nog een hele weg is af te leggen, een patiënt hè. Patiënten in België zijn ook heel gewoon van alles onmiddellijk en snel te krijgen hè. Ik zie hier ook Nederlandse patiënten en Nederlandse patiënten, dat is totaal anders. De Nederlandse patiënten die twee maanden moeten wachten op zorg, vinden dat normaal. Een Belg vindt dat niet normaal. En die zegt, ja dat kan niet. Dus ik denk dat als ge overconsumptie wilt tegengaan, dat ge uw patiënten ook serieus gaat moeten opvoeden. En dan kunt ge zeggen van, moet ge dan gaan naar laagvariabele zorg, dat gaat uw consumptie niet tegengaan hoor." (Respondent B3, orthopedist)

Daarnaast wordt het duidelijk dat er een noodzaak is om middelen efficiënt in te zetten. Dat werd zowel door een zorgverlener als een financieel medewerker aangehaald. Echter werd aangegeven dat het invoeren van het globaal prospectief bedrag voor LVZ geen besparing voor het ziekenhuis zelf heeft teweeggebracht. Respondent A2 geeft wel aan dat het ervoor kan zorgen dat op termijn de excessen van de nomenclatuur kunnen weggewerkt worden. Dat zou voor de overheid wel een besparing kunnen opleveren en dat kunnen ze gebruiken om ergens anders in te investeren.

"[...] het ziekenhuis krijgt ook maar een stukske van die som hè, dus zij moeten die som ook zo efficiënt mogelijk besteden." (Respondent B3, orthopedist)

"Om middelen efficiënter te besteden, ik ben een grote pleitbezorger." (Respondent A4, wetenschappelijk onderzoeker gezondheidszorg)

"[...] het kan altijd efficiënter en ook in onze sector kan het efficiënter en beter euhm..." (Respondent A1, Financieel Directeur)

"[...] Maar een besparing? Het heeft een meer effectieve wijze van werken gegeven maar een besparing zou ik niet direct durven zeggen." (Respondent A5, Financieel Directeur)

"Het overschot van de dingen dat de overheid ziet als excessen van de nomenclatuur, dat dat eruit gaat, waardoor dat ge op termijn geen 1706 euro meer krijgt, maar nog maar 1600 euro en dat is de besparing van de overheid op termijn en dat doet die forfaitarisering." (Respondent A2, stafmedewerker financiële directie)

"Ge zou kunnen gaan zeggen als dit voor het land voor een besparing zorgt en we gaan dat geld dat dat oplevert gebruiken om te investeren in bepaalde kwaliteitsdingen, ja oké dan kan dat misschien wel iets opleveren [...]" (Respondent A2, stafmedewerker financiële directie)

Er kan besloten worden dat systemen van gebundelde financiering in het algemeen ingevoerd worden om de gezondheidszorgbudgetten onder controle te houden en de kwaliteit en efficiëntie in de gezondheidszorg te verhogen. In België lag de focus op het tegengaan van overconsumptie en het efficiënter besteden van middelen. Nagenoeg alle respondenten waren het eens dat er een bepaalde overconsumptie aanwezig is en dat middelen nog efficiënter kunnen besteed worden. Al was er geen consensus of de invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ hier weldegelijk voor kan zorgen. Het besteden van de middelen kan, volgens een aantal respondenten, zeker nóg efficiënter gebeuren, waardoor er eventueel een besparing gerealiseerd wordt voor het ziekenhuis. Echter werd er aangehaald dat het systeem hier niet echt voor zou zorgen. Een besparing voor de overheid is op termijn misschien wel mogelijk.

6.1.2 Moeilijkheden

Volgens de bestaande literatuur brengt de implementatie van een nieuw financieringssysteem in de gezondheidszorg ook de nodige uitdagingen en moeilijkheden met zich mee. Dat was met de invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ in België niet anders. Bij deze onderverdeling wordt er gekeken naar eventuele moeilijkheden die gepaard gingen met de implementatie ervan om zo een inzicht te krijgen in de ervaring die de respondenten hiermee hadden. De belangrijkste moeilijkheden werden gevonden op administratief vlak en op financieel vlak.

Respondent A1, A3 en A5 gaven vooral aan moeilijkheden te ondervinden bij het reorganiseren en het vinden van een evenwicht. Volgens respondenten A3 en A5 lag de grootste moeilijkheid in het

administratief aspect. Ten eerste moest de MZG-registratie opnieuw gereorganiseerd worden. De Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) -registratie, is een registratie waarmee alle niet-psychiatrische ziekenhuizen in België hun (geanonimiseerde) administratieve, medische en verpleegkundige gegevens ter beschikking moeten stellen aan de FOD Volksgezondheid. Er staat bijvoorbeeld informatie in over de duur van het verblijf en de diagnose, leeftijd, geslacht, enzovoort (FOD Volksgezondheid, 2023). Verder stelt respondent A5 dat het moeilijk was om het globaal prospectief bedrag voor LVZ te implementeren in het facturatiesysteem. De facturen zien er namelijk anders uit dan onder bijvoorbeeld FFS, aangezien de prestaties anders worden vergoed. Een verschil tussen deze facturen is bijvoorbeeld dat onder het globaal prospectief bedrag, het ziekenhuis enerzijds het globaal bedrag factureert en anderzijds alle verstrekkingen, weliswaar aan 0 euro. Dit omdat alle verstrekkingen verricht tijdens het ziekenhuisverblijf in dat globaal bedrag zitten. Onder FFS zou er voor elke verstrekking een bedrag staan op de factuur omdat daar elke prestatie afzonderlijk vergoed wordt (RIZIV, z.d.).

"Euhm, ja goed evident is dat niet. Geen enkele financiële regeling met artsen is een evidentie, ik weet niet of ge anderen financieel directeurs al geïnterviewd hebt, maar degenen die dat gemakkelijk vindt alé ik denk niet dat er daar veel zijn die dat gaan zeggen dat dat gemakkelijk is. Dat is ook te begrijpen, want dat zijn redelijk wat belangen van mensen die daarbij betrokken zijn [...] wij als ziekenhuis goed dat overkoepelend verhaal voor moeten schrijven en een evenwicht vinden opnieuw" (Respondent A1, Financieel Directeur)

"Euhm, dat was wel efkes zoeken [...] ineens moeten wij als ziekenhuizen, ik denk dat we dat op twee maanden of drie maanden tijd moesten geïmplementeerd hebben, wat natuurlijk niet gemakkelijk was, want, euhm, ja, uw MZG-registratie moest bekeken worden, euhm, wij weten dat in de meeste ziekenhuizen de MZG-registratie niet online gebeurt, toch niet op het moment dat de patiënt naar huis gaat, dat daar dikwijls weken/maanden tussenzitten, maar natuurlijk moest je wel de juiste MZG-registratie hebben om te weten welk forfait dat je moest factureren, dus we hebben intern ons wat moeten herorganiseren in dat MZG-verhaal" (Respondent A3, Financieel Directeur)

"Dus waar heeft het ziekenhuis moeilijkheden ondervonden, om dat geïmplementeerd te krijgen, in haar facturatiesysteem. En in haar IT-systemen." (Respondent A5, Financieel Directeur)

Daarnaast werd er in een aantal interviews aangehaald dat er moeilijkheden waren op financieel vlak, en meer specifiek met de uitdeling van het globaal bedrag oftewel het forfait. Wanneer er in de bundel wel een bedrag voorzien is voor een bepaalde behandeling, maar deze niet wordt uitgevoerd omdat het bijvoorbeeld niet nodig was, kan de vraag rijzen aan wie dat stukje moet toegewezen worden. Ook kan er discussie ontstaan over het feit dat sommige departementen een vergoeding uit het gebundelde bedrag krijgen maar nauwelijks hebben bijgedragen aan de zorg van die patiënt.

"Ja, daar zaten al heel wat moeilijkheden bij [...] stel nu voor de orthopedist en de anesthesist, die er altijd bij gaan komen als ge een knie zet, ja dat is vrij rechttoe rechtaan, dat kunt ge altijd toewijzen en dat moet ook altijd gebeuren want ge kunt moeilijk een knie

zetten zonder de patiënt in slaap te doen. Maar er zijn bepaalde dingen, dat ziet ge dan verder door in die forfait, er is ook twee cent voor een cystoscopie, dat is iets urologisch wat dat ge totaal niet zou linken aan een knieprothese. [...] En dan zit de moeilijkheid erin van oké hoe gaat ge die toewijzen, aan wie gaat ge die geven.” (Respondent A2, stafmedewerker financiële directie)

“Oh ja, dat was een organisch proces. Waar het natuurlijk wel een beetje sluimert of waar, ofja vind ik toch, waar het een groot probleem is, is dat met dat laagvariabele zorg budget moeten verschillende diensten en departementen gefinancierd worden in het ziekenhuis terwijl ik niet de indruk heb dat die diensten euhm, een toegevoegde waarde hebben geboden in de functie van de laagvariabele zorg. Met ander woorden, alle inspanningen komen van de dienst orthopedie” (Respondent B1, orthopedist)

Op basis van de vijf bovenstaande citaten kan er besloten worden dat de moeilijkheid er vooral in bestond om terug een evenwicht te vinden in de hele werking van het ziekenhuis en dan toch vooral op administratief vlak. Verder is er tussen de meeste respondenten ook overeenkomst in het feit dat er een moeilijkheid in zit om de toewijzing van de bedragen in de bundel goed te laten verlopen. Dit komt over het algemeen overeen met wat er vooraf in de literatuurstudie besproken werd over de moeilijkheden. Respondent B1 geeft wel aan dat de implementatie op zich voor hen een organisch proces was, zonder al te veel moeilijkheden. Al sluimert het systeem wel op sommige aspecten. Daarentegen vermeldt respondent A2 dat er heel wat moeilijkheden mee gepaard gingen. Respondent B3 sluit zich ook aan bij het feit dat de implementatie niet heel moeilijk was.

“Nee. Bij ons is dat, moet ik eerlijk zeggen, vrij vlot gegaan.” (Respondent B3, orthopedist)

De oorzaak van verschillen in antwoorden kan misschien gevonden worden in het feit dat deze respondenten niet in hetzelfde vakgebied zitten. Respondenten B1 en B3 zijn artsen en verlenen zorg, terwijl de respondenten die aangeven dat er moeilijkheden waren (respondenten A1, A2, A3 en A5) allemaal in de administratieve/financiële kant van het ziekenhuis zitten.

6.2 Impact

In de tweede sectie van de resultaten wordt er ook een antwoord gegeven op de eerste deelvraag, namelijk *'Hoe hebben Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten de implementatie van gebundelde financiering ervaren?'*. Er wordt meer gefocust op de impact van de implementatie. Daarvoor worden ook drie onderverdelingen besproken. In de eerste onderverdeling, namelijk impact op de werking, gaan we na wat de impact van het globaal prospectief bedrag voor LVZ is op de werking van de artsen. Daarnaast wordt er ook gekeken of er een impact is op de kwaliteit van zorg en op de hoeveelheid administratie na de implementatie van het globaal bedrag. In deze sectie wordt er ook ingegaan op de sterktes en zwaktes van het systeem. Daarmee wordt er een antwoord gegeven op de tweede deelvraag, namelijk *'Wat zijn volgens de Vlaamse ziekenhuizen en orthopedisten, de sterktes en zwaktes van gebundelde financiering in het Vlaams ziekenhuislandschap?'*.

6.2.1 Impact op de werking van artsen

Bij de orthopedisten ging het bij de werking eerder over de procedures die ze gebruiken bij bijvoorbeeld een knie-of heupvervanging. Hierbij werd gevraagd of de procedure die ze hanteren voor het zetten van een knie- of heupprothese veranderd is. Met de procedure wordt bedoeld of ze bijvoorbeeld bepaalde onderzoeken (bv. het afnemen van bloed, MRI's afnemen) meer, minder of niet meer doen, na implementatie van het globaal prospectief bedrag voor LVZ.

Door de implementatie van het globaal prospectief bedrag voor LVZ, moesten ziekenhuizen en artsen zich herorganiseren. De honoraria van artsen werden op een andere manier vergoed, dus zou er verwacht kunnen worden dat zorg misschien ook op een andere manier geleverd zou worden. Respondent B2 vertelde dat er geen postoperatieve röntgenonderzoeken meer gedaan worden. De reden hiervoor was dat men tijdens de operatie al een radiografisch beeld had waardoor een röntgenonderzoek uitgespaard kon worden. Ook respondent B3 heeft aangegeven dat radiologie stilaan uit LVZ van knieprotheses gaat omdat zij geen foto's meer nemen.

"Voor mezelf is, doe ik geen postoperatieve röntgenonderzoeken meer na de ingreep omdat we tijdens de operatie arthroscopie gebruiken dus we hebben dan al een radiografisch beeld, maar ik doe daar geen controlefoto meer dus dat is om de reden om een röntgenfoto uit te sparen in de laagvariabele zorg en de controlefoto zes weken nadien. Euhm, en het bloedonderzoek is ook gestandaardiseerd dus een beperkter bloedonderzoek wat we vragen twee dagen postoperatief." (Respondent B2, orthopedist)

"Maar dus als ge zegt, laagvariabele zorg en al degenen die daarin zitten, nu ik kan enkel spreken over knieprotheses, wie zit daar allemaal in: de anesthesisten, wij, de fysische geneesheren, de radioloog en het labo. Nu radiologie zit er bijna niet meer in, omdat wij geen foto's meer pakken dus dat verdwijnt ook stillekes aan hé. Dat is ook geen vast gegeven hé, dat veranderd, uw sommen veranderen elk jaar bijna." (Respondent B3, orthopedist)

Daarnaast wordt er door respondent B1 aangehaald dat ze postoperatief geen bloedonderzoek meer doen en dat ze bij de operatie van een heupprothese het aantal personen in het operatiekwartier verminderd hebben van vier naar twee. Echter kwam dit niet door de invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ, want deze verandering in procedure vond vóór de implementatie al plaats. Ze waren gewoon zelf van mening dat een operatie efficiënter kon verlopen en liepen dus eigenlijk wat voorop. Na de effectieve invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ zijn er volgens respondent B1 wel meer chirurgen gaan zoeken naar manieren om zich efficiënter te organiseren.

"Dus we hebben het aantal FTE's gereduceerd van 4 naar 2 en de procedure gaat veel sneller waardoor er minder risico is op infectie enzovoort. Dat is iets dat wij organisch gedaan hebben, nu denk ik wel heel veel chirurgen zeiden toen van moet dat wel, is dat wel nodig en si en la. Maar vandaag door de laagvariabele zorg zijn er toch meer en meer chirurgen aan het denken van oké, ik moet mij misschien toch ook efficiënter gaan organiseren en misschien moet ik het toch zo gaan doen zoals ze het bij dit ziekenhuis doen." (Respondent B1, orthopedist)

"Wij nemen geen bloed meer postoperatief." (Respondent B1, orthopedist)

Er kan besloten worden dat twee orthopedisten aangegeven hebben dat bij henzelf de werking wat veranderd is of dat het andere chirurgen aan het denken heeft gezet over hoe efficiënt zij zelf werken. Op basis van dit beperkt aantal respondenten kan niet gesteld worden dat het globaal prospectief bedrag voor LVZ, voor elke heup-of kniechirurg, een verandering in de werking heeft teweeggebracht. Al moet er wel onthouden worden dat de mogelijkheid bestaat.

6.2.2 Impact op de kwaliteit van zorg

Naast de impact op de werking, is er ook onderzocht of er ook een impact is gerealiseerd op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Aangezien het globaal prospectief bedrag voor LVZ is ingevoerd met als één van haar doelen, kwaliteitsverhoging van zorg, zouden we kunnen verwachten dat de kwaliteit erop vooruitgegaan is. In studies uit verschillende landen werd de impact van een systeem van gebundelde financiering aangetoond, zowel voor medische ingrepen in het algemeen als bij orthopedische ingrepen. Dit werd besproken in de literatuurstudie. Toch blijkt uit de interviews dat de meerderheid van de respondenten van mening is dat er tot nog toe geen kwaliteitsverhoging is gerealiseerd. Volgende citaten tonen dit aan:

"Euhm, ja dit heeft in mijn ogen nul invloed op kwaliteit. Dus het is niet dat bij ons de procedure van knieën veranderd is. Euhm, dus momenteel komt de kinesist daar nog evenveel keren, wordt er een pijnpomp geplaatst als dat moet, euhm...en er wordt niet meer of minder kwaliteit geleverd hierdoor. Ge zou kunnen gaan zeggen als dit voor het land voor een besparing zorgt en we gaan dat geld dat dat oplevert gebruiken om te investeren in bepaalde kwaliteitsdingen, ja oké dan kan dat misschien wel iets opleveren maar op de kwaliteit heeft dit momenteel nul impact hé, of ik zie het toch niet alleszins." (Respondent A2, stafmedewerker financiële directie)

"Ik denk van niet....Ik denk niet dat artsen, maar goed, dat is mijn inschatting, dat heb ik hier ook nooit gehoord...Ik denk niet dat men bepaalde prestaties niet meer is gaan doen, omdat het in een laagvariabele zorg zat." (Respondent A3, Financieel Directeur)

"Nee, dat geloof ik niet. Euhm, het is zo dat de kwaliteit in de diensten van onze ziekenhuizen is gemiddeld hoog en de beschikbare bedragen om die verstrekkingen te doen zijn hoog genoeg en de werking in de ziekenhuizen en de opvolging ervan is sterk genoeg om de kwaliteit te garanderen. Ik verwacht daar nauwelijks kwaliteitseffecten van, veel minder dan de andere problemen in de ziekenhuizen zoals de onderbezetting bijvoorbeeld." (Respondent A4, wetenschappelijk onderzoeker gezondheidszorg)

"Nee, dat denk ik niet. Nee, ik denk dat er andere factoren zijn. Alé we hebben verschillende dingen gedaan. We zijn operatietechnieken wat gaan aanpassen en zo, maar de laagvariabele heeft daar geen invloed op gehad." (Respondent B3, orthopedist)

Maar uit de citaten kan ook afgeleid worden dat het globaal prospectief bedrag voor LVZ niet voor een kwaliteitsvermindering heeft gezorgd. Zoals respondent A4 zegt is de kwaliteit in de Belgische ziekenhuizen al vrij hoog en zullen andere factoren eerder een impact hebben op de kwaliteit.

Er is ook een keerzijde, want om te weten of er een impact is geweest op de kwaliteit van zorg, is het belangrijk om te weten hoe kwaliteit van zorg gedefinieerd wordt. Volgens respondent A5 heeft de invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ wel voor een kwaliteitsverhoging gezorgd indien het gedefinieerd wordt als 'allemaal hetzelfde doen op basis van de richtlijnen die we kennen'. Omdat de zorg die onder LVZ valt op dezelfde manier behandeld kan worden ongeacht in welk ziekenhuis een patiënt zich bevindt.

"Ja, als je kwaliteit van zorg definieert als standaardisering van zorg, dus doen we allemaal hetzelfde op basis van de guidelines die we kennen....dan denk ik het wel." (Respondent A5, Financieel Directeur)

Daarnaast is er volgens één orthopedist een impact geweest op hoe patiënten worden voorbereid op een knie-of heupoperatie. Alle vooronderzoeken worden ambulantly gedaan, dus de patiënt is dan nog niet opgenomen in het ziekenhuis. Om zo te voorkomen dat die kosten ook in LVZ worden opgenomen. Vroeger werd een patiënt een dag voordien opgenomen om die vooronderzoeken te doen en dat is nu helemaal van de radar verdwenen. Wat op zich ook weer een positieve impact heeft op het aantal ligdagen van een patiënt.

"Euhm, het enige is dus dat de impact van wat er gebeurt met een patiënt in het ziekenhuis dat dat meespeelt in de, laten we zeggen, totale opbouw van het kostenpakket van dergelijke prothesechirurgie en dat dat invloed heeft. Dus laten we zeggen alles wat gebeurt in het ziekenhuis: bloedafnames, foto's, technische prestaties worden daar in meegebracht en dat heeft dus al een eerste impact al gehad op patiënten dat alle vooronderzoeken bijvoorbeeld buiten het ziekenhuis gebeuren. Dus vooronderzoeken zoals bloedafnames en dergelijke, wordt niet meer in het ziekenhuis gedaan, wordt altijd puur ambulantly gedaan om te vermijden dat dat soort kosten mee in de laagvariabele zorg komen. [...] Wat vroeger vaak wel het geval was, is dat de patiënt de dag voordien werd opgenomen en dat dan nog vooronderzoeken gebeuren, dus dat is helemaal van de radar verdwenen. Dus het heeft wel een zekere impact gehad op de manier waarop patiënten voorbereid worden." (Respondent B2, orthopedist)

Ten laatste is het citaat van respondent B1 ook nog interessant om mee in rekening te nemen. Hierin wordt gesteld dat alle maatregelen die genomen worden om efficiënter te werken uiteindelijk ten goede van de patiënt zullen komen, zolang er ook realistische budgetten voorzien worden om een bepaalde hoogte van kwaliteit te kunnen leveren.

"Ik denk dat alle maatregelen die genomen worden om efficiënter te werken, om meer lean en mean te werken komen op het einde van de rit ook ten goede aan de patiënt. Een groot misverstand is dat men denkt, ah die efficiëntie is gelijk aan goedkoper. Neen, die efficiëntie is eigenlijk het slimmer aanwenden van bestaande technologieën om dusdanig op een niveau van vooral tijd te winnen en tijd is heel simpel, hoe minder lang een operatie duurt, hoe minder lang een patiënt in het ziekenhuis is, hoe minder lang een patiënt in het

operatiekwartier is hoe beter dat is voor iedereen, ook voor de patiënt. Want dat betekent op zich dat de operatie vlotter gegaan is en er minder kansen zijn op complicaties. Dus met andere woorden denk ik dat euhm, de laagvariabele zorg een positieve factor is naar de kwaliteit van de zorg maar op voorwaarde natuurlijk dat men niet gaat zeggen van ja we moeten het met dit pottleke doen en we zullen nog meer besparen op onze instrumenten om dusdanig meer over te houden.” (Respondent B1, orthopedist)

Volgens de meeste respondenten is er dus geen kwaliteitsverhoging, maar ook geen kwaliteitsvermindering van zorg, gerealiseerd. Al hangt het er wel vanaf hoe kwaliteit gedefinieerd wordt en welke budgetten er voorzien zijn. In termen van standaardisering heeft LVZ wel de kwaliteit van zorg verhoogd. Daarnaast zijn er andere factoren die veel meer invloed zullen hebben op de kwaliteit van zorg, zoals andere operatietechnieken, maar ook de onderbezetting van het zorgpersoneel. De preoperatieve zorg daarentegen is wel veranderd. De vooronderzoeken worden ambulant gedaan. Patiënten worden hier dus niet meer vooraf voor opgenomen. Zo wordt er voorkomen dat de kosten van die vooronderzoeken worden opgenomen in LVZ. Ook dit kan door het beperkt aantal respondenten niet als een sluitend antwoord beschouwd worden.

6.2.3 Impact op administratie

Na het afnemen van de interviews is ook gebleken dat de invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ wel een grote impact heeft gehad op de administratie van het ziekenhuis. Volgens een aantal respondenten langs de financiële kant heeft de invoering alleen maar meer complexiteit en een grotere hoeveelheid administratie met zich meegebracht.

Ten eerste wordt er door respondent A1 verwezen naar de klassieke registratie van aktes, maar door LVZ komt hier ook nog de registratie van een codering bij, die bij een bepaalde medische ingreep in LVZ hoort. Hieraan wordt een vergoeding toegekend en dat moet dan verdeeld worden. Het gaat dan over heel kleine bedragen maar daar zit ook allemaal administratie achter. Net zoals bij de moeilijkheden op administratief vlak, wordt hier ook de MZG-registratie aangehaald. Deze moest sneller gebeuren dan voordien, ten laatste op het moment dat de patiënt naar huis gaat. Omdat er voordien eerst meer tijd was om dit te doen en het nu sneller moet gebeuren, legde dit ook meer druk op de administratieve dienst. Ook respondent A2 is het erover eens dat er meer complexiteit is op administratief vlak.

"Meer. Ja, de complexiteit van een ziekenhuisfactuur is al affreus dat is al een drama euhm en ja dat is alweer nog maar een keer opnieuw veel complexer geworden.[...] maar ja ge hebt enerzijds een registratie van alle aktes die gebeuren enerzijds zoals het klassiek is plus een registratie van oké een codering heerst en dan dat is voorcodering op basis van MZG van dit is laagvariabele zorg, oké laagvariabele zorg, dan is dit de vergoeding van laagvariabele zorg en heeft zijn geëigende verdeling dan, opnieuw een verdelingsmechanisme waar dan ook weer administratie achter draait euhm en waar bedragen van 0,1 euro moeten verdeeld worden en zo hé. Voor elke ingreep is dat een lijst om u tegen te zeggen, omdat overal waar in België een bepaalde specialist iets doet, dat gaat mee in het gemiddelde en daarop wordt doorverdeeld, dus ja dat is ook een affreus

verhaal. Ja goed alleen maar complexiteiten en bijkomende administratie, dus dat is wel aanzienlijk.” (Respondent A1, Financieel Directeur)

[...] uw MZG-registratie moest bekeken worden, euhm, wij weten dat in de meeste ziekenhuizen de MZG-registratie niet online gebeurt, toch niet op het moment dat de patiënt naar huis gaat, dat daar dikwijls weken/maanden tussenzitten, maar natuurlijk moest je wel de juiste MZG-registratie hebben om te weten welk forfait dat je moest factureren, dus we hebben intern ons wat moeten herorganiseren in dat MZG-verhaal” (Respondent A3, Financieel Directeur)

“Euhm, daartegenover staat dat ze eigenlijk iets geïmplementeerd hebben wat dat het administratief gezien allemaal nog complexer maakt en er zitten heel wat neveneffecten bij die laagvariabele zorg waar dat ge op het eerst zicht misschien niet aan denkt, maar die het wel complexer maken om in de praktijk te brengen.” (Respondent A2, stafmedewerker financiële directie)

Daarnaast wordt er door respondent A3 en A5 verwezen naar de toegenomen hoeveelheid in administratie op vlak van factureren. De zorg onder LVZ wordt niet meer per prestatie vergoed, maar volgens een globaal prospectief bedrag. Echter moeten al deze prestaties wel nog individueel gefactureerd worden, weliswaar aan 0 euro en dan nog eens het forfait. Het team achter de administratie heeft door die facturering aan 0 euro ook veel vragen van patiënten gehad waarbij er om uitleg gevraagd werd over de factuur. Ook op die manier kwam er een gigantische druk op administratief vlak.

“Euhm, zeker niet verlaagd, omdat, ja, je maakt in een factuur, waar je zowel de individuele prestaties..., want we moeten nog altijd de individuele prestaties, maar dan aan 0 euro factureren, omdat de overheid die natuurlijk ook nodig heeft om jaar per jaar het nieuw forfait te berekenen, hè, en je moet dan ook nog het forfait daarop zetten. [...] dus....het is zeker geen administratieve vereenvoudiging.” (Respondent A3, Financieel Directeur)

“[...] het is heel raar als de patiënt ziet staan, euh, de aktes hè, want die moeten vermeld worden, wat er uitgevoerd is, maar die staan dan op 0 en dan staat er een forfait laagvariabele zorg, dat is voor een patiënt soms moeilijk te begrijpen, dus in het begin is er heel veel reacties geweest met uitleg bij de factuur, heeft een enorme druk gezet op het team.” (Respondent A5, Financieel Directeur)

Als we dan de vergelijking maken met de input van de orthopedisten omtrent deze impact, wordt er door zowel respondent B2 als B3 aangehaald er geen verhoging van de hoeveelheid administratie is teweeggebracht. Respondent B2 wees de grote hoeveelheid administratie eerder toe aan kwaliteitslabels die ziekenhuizen behalen.

“Nee, wij krijgen gewoon een jaarlijkse rapportering van hoe wij scoren in de laagvariabele zorg.” (Respondent B2, orthopedist)

"Door de laagvariabele zorg? Euhm, nee. We hebben meer administratie gekregen door JCI bijvoorbeeld. Door kwaliteitslabels die de ziekenhuizen gehaald hebben." (Respondent B3, orthopedist)

Er kan besloten worden dat de hoeveelheid administratie onder LVZ aanzienlijk is verhoogd en dan vooral op financieel vlak, zoals de facturatie. Door de verschillende coderingen en de facturatie aan 0 euro stijgt de administratie aanzienlijk. Ook de snellere MZG-registratie zorgde voor druk op de administratieve dienst. Bij de orthopedisten heeft LVZ geen stijging van administratie met zich meegebracht en zijn de hoge administratielasten vooral te wijten aan kwaliteitslabels die door ziekenhuizen behaald worden. Hiervoor wordt er een audit gedaan van het ziekenhuis en wordt een JCI-label toegekend indien een ziekenhuis kwaliteitsvolle en veilige zorg levert.

6.2.4 Sterktes en zwaktes

Nadat duidelijk is geworden wat de impact is van het globaal prospectief bedrag voor LVZ op verschillende aspecten, kunnen we als aanvulling hierop de sterktes en zwaktes aankaarten. Voor de sterktes komen er twee zaken naar boven. (1) Kritisch nadenken over hoe men werkt en (2) meer controle en overzicht op de budgetten. De zwaktes die het meest aangehaald werden door de respondenten kunnen samengevat worden in drie punten: (1) mate van kostendekking door het forfait, (2) beperkte invoering van LVZ en (3) complexiteit. Deze zullen hieronder verder toegelicht worden en gestaafd worden met citaten uit de interviews.

6.2.4.1 Sterktes

De twee grootste sterktes die aan bod kwamen op basis van de interviews zijn (1) kritisch nadenken over hoe men werkt en (2) meer controle en inzicht op de budgetten. Dit kon besloten worden op basis van onderstaande citaten die verder toegelicht worden.

Volgens respondent A3, A2 en A5 was het kritisch nadenken over hoe men werkt de grootste sterkte van de invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ. Omdat de zorg onder LVZ zo standaard is en de behandeling ervan dus niet zou mogen verschillen tussen ziekenhuizen, kan een ziekenhuis zichzelf vergelijken met anderen. Daardoor ziet men waar het beter en efficiënter kan als er meer dan het nationaal gemiddelde wordt vergoed aan een bepaalde dienst in een bepaalde patiëntengroep (DRG) of als een ander ziekenhuis bepaalde prestaties niet aanrekent voor een DRG en je dat zelf wel doet. Daar kan dan kritisch over gereflecteerd worden. Respondent A2 toonde dit aan met een voorbeeld over het labo.

"De sterkte denk ik, dat men toch wel eens is gaan kijken...ik merk dat ook wel aan een aantal artsengroepen...die bepaalde prestaties veel in laagvariabele zorg hebben...dat we er toch wel eens kritisch naar gaan kijken van hoe doen we dat nationaal en hoe doen wij dat? Dus, dat dat toch wel een moment geeft van eens na te denken van mijn praktijkvoering en vertaald in honoraria dan, is dat ook de praktijkvoering in het land?[...] je begint een aantal dingen te bekijken en je begint een aantal dingen te benchmarken, eventueel met andere ziekenhuizen, euhm, en dan kan je er wel uit leren." (Respondent A3, Financieel Directeur)

"Positief wat wel is aan de laagvariabele zorg en dat heb ik nog niet gezegd is, het kan wel werken. Ge kunt er inderdaad en dat is ook een doel, het kan wel werken als er effectief naar gekeken wordt en er zit een soort van overconsumptie. Als er in een ziekenhuis veel meer langs bijvoorbeeld het labo gaat voor een bepaalde DRG dan het landelijk gemiddelde en het dus ook meer moet vergoeden aan het labo dan kan de laagvariabele zorg daar wel voor zorgen dat dat eruit gaat. Want andere ziekenhuizen zouden 10% hiervoor hebben maar dit ziekenhuis 100% bijvoorbeeld." (Respondent A2, stafmedewerker financiële directie)

"Het heeft geleid tot het nadenken over hoe efficiënt werken we met elkaar." (Respondent A5, Financieel Directeur)

De tweede grote sterkte was niet zozeer bij de ziekenhuizen te merken, maar eerder langs overheidsperspectief. Doordat er vaste bedragen worden vastgelegd per DRG, dus per pathologie, is het voor de overheid veel overzichtelijker om te zien welke prestaties tegenover een bepaald bedrag staan. Op die manier wordt er een goed inzicht verworven in de budgetten.

"Wel, de sterkte is... en dan kijk ik vanuit de overheid...dat dat veel makkelijker controleerbaar is, dat ge uw budgetten veel gemakkelijker kunt opstellen" (Respondent B3, orthopedist)

"Euhm, en voor de overheid heeft het natuurlijk tot gevolg gehad dat je in principe een goed inzicht krijgt in je budget." (Respondent A5, Financieel Directeur)

6.2.4.2 Zwaktes

Naast de positieve kanten zijn er ook een aantal negatieve kanten opgedoken. Op basis van de citaten komt er één zwakte zeer sterk naar voor, namelijk de mate van kostendekking door het globaal prospectief bedrag. Het is noodzakelijk dat de bedragen realistisch en kostendekkend zijn en ook blijven. Als dit niet zo is, bestaat de mogelijkheid dat er bepaalde handelingen die gedaan moeten worden, niet meer gedaan worden omdat het bedrag wat daarvoor gekregen wordt, simpelweg niet kostendekkend is. Dat besluit komt vooral naar boven in de citaten van respondenten A2 en A5. Respondent B2 doelt daarnaast op het risico van meer complicaties en onderfinanciering van de zorg die nodig is, indien het globaal prospectief bedrag naar beneden gehaald zal worden.

"Euhm, de nadelen, ik zeg het juist ...uw geld wat ge ervoor krijgt moet realistisch blijven, maar waar wij wat schrik van hebben is dat die laagvariabele zorg, die gaat minder en minder en minder worden [...]" (Respondent B3, orthopedist)

"Het nadeel in het systeem is dat het ingebouwde systeem elk jaar het gemiddelde naar beneden zal gaan en op een gegeven moment een kritische lijn zal bereikt worden waarop dan de economische factoren een invloed gaan hebben op de veiligheid van de patiënt, dus dat bepaalde zorg niet meer gaat toegepast worden en dat er dan meer risico bestaat op complicaties en er een onderfinanciering komt van de zorg die nodig is." (Respondent B2, orthopedist)

"[...] iemand komt binnen en daar moet een knie bijgezet worden en die zegt ik heb eigenlijk ook wat maagpijn, ik lig hier nu toch in het ziekenhuis wilt ge toch niet een keer kijken voor het gemak van de patiënt. Ja, dan zou die gastro-enteroloog dat moeten doen voor 21 cent, terwijl dat anders in de nomenclatuurnummers 150 tot 200 euro oplevert, ja wat gaat die zeggen als die weet dat dat een laagvariabele zorg patiënt is, ja sorry dat ga ik niet doen kom volgende week maar een keer terug [...]. Is dat kwaliteit, is dat voor het goed van de patiënt, daar kunt ge over discussiëren." (Respondent A2, stafmedewerker financiële directie)

"Het principe op zichzelf 'laagvariabele zorg' kent ook een risico in zich, omdat als er ziekenhuizen zijn die vinden dat hun forfait niet dekkend is, kan je je ook afvragen of dat ze alle handelingen die ze zouden moeten doen nog wel gaan doen...omdat ze niet kostendekkend zijn en dat is het risico dat aan de andere kant, soms, om de hoek komt kijken." (Respondent A5, Financieel Directeur)

Daarnaast waren er nog twee bijkomende zwaktes merkbaar, die door meerdere respondenten aangehaald werden. Ten eerste, de beperkte invoering van LVZ in België, omdat het tot nog toe enkel op de honoraria van de artsen is ingevoerd. Sommige respondenten vinden dat dit een gemiste kans is geweest. Volgens respondent A3 heeft die beperkte invoer zelfs als gevolg dat men zich minder efficiënt rond LVZ kan organiseren en dat de vrijheidsgraad beperkt wordt omdat de vergoedingen en de verdelingen van het globaal prospectief bedrag vastliggen.

"Ja, de grote zwakte vind ik dat het, euhm, vind ik één, dat het enkel voor honoraria is ingevoerd." (Respondent A3, Financieel Directeur)

"Euhm, ik vind het wel wat spijtig de manier waarop het in België geïmplementeerd is dus zoals ik al zei euhm in plaats van te spreken over kijk we hebben hier een bepaald forfaitair bedrag waarvoor we die zorg gaan organiseren, is het eigenlijk meer een forfaitair honoraria geworden euhm en die eigenlijk redelijk snel grenzen stelt waardoor we ons errond kunnen organiseren. Want ja het gaat ook enkel nog maar over de honoraria, en de andere aspecten worden niet meegenomen of nog niet meegenomen [...] hebben we eigenlijk een vrijheidsgraad kwijtgespeeld om ons daarrond dan efficiënter te organiseren want ja de vergoedingen en de verdelingen ligt vast." (Respondent A1, Financieel Directeur)

Ten tweede is de complexiteit die het systeem met zich heeft meegebracht ook zeker een zwakte. De regelgeving van een ziekenhuis is zonder meer al complex en LVZ heeft hier nog een stuk aan bijgedragen. Het is volgens respondent A1 en A2 vooral moeilijk om een nieuwe medewerker in te werken en hem of haar wegwijs te maken in de hele regelgeving errond.

"Euhm, zoals ik al aangaf, we verdrinken een beetje in de complexiteit van de regelgeving [...] Euhm, dat is echt en ja eer dat daar een medewerker in mee is, die is twee jaar in dienst eer die dat effectief onder de knie heeft. Dus ja die complexiteit speelt ons echt parten en dat belet dan ook opnieuw om rond de medische organisatie verder te gaan want niemand weet nog goed wat er vervolgens loskomt." (Respondent A1, Financieel Directeur)

"Ook als er iemand nieuw begint in de sector, hoe dat dat zit, wat er allemaal achter zit, wat de gevolgen daarvan zijn dat is niet gemakkelijk uit te leggen, een kat vindt zijn jongen daar niet in terug." (Respondent A2, stafmedewerker financiële directie)

6.3. Toekomst

In deze laatste sectie van de resultaten wordt duidelijk wat de toekomstmogelijkheden zijn van het globaal prospectief bedrag, welke potentiële gevaren het nog teweeg kan brengen en welke andere hervormingen er nog in het Vlaams ziekenhuislandschap kunnen gebeuren die ook een bijdrage kunnen brengen aan kwaliteitsverhoging en meer efficiëntie van zorg. Door dit allemaal te bespreken, wordt er een antwoord gegeven op de laatste deelvraag: *'Op welke manier kan gebundelde financiering nog verder uitgebreid worden in de Vlaamse ziekenhuizen en gezondheidszorg in de toekomst?'*.

6.3.1 Uitbreiding

Voor de uitbreiding werd er aan de respondenten gevraagd of het een mogelijkheid was dat het globaal prospectief bedrag ook op termijn kan toegepast worden op mediumvariabele of hoogvariabele zorg. Dit is zorg die respectievelijk iets complexer en zeer complex is en waarbij niet elke patiënt op dezelfde manier behandeld kan worden.

Voor de meeste respondenten was het duidelijk dat, zeker in de hoogvariabele zorg, het invoeren van een globaal prospectief bedrag niet haalbaar zou zijn. Er zitten te veel verschillen in de behandeling die per patiënt gedaan wordt voor dezelfde diagnose. Echter is de uitbreiding van gebundelde financiering naar mediumvariabele wel voor discussie vatbaar en werd het niet volledig uitgesloten.

"De hoogvariabele, dat is een moeilijke hè, de hoogvariabele vraagt zodanig veel dingen dat ge moeilijk kunt inschatten van wie krijgt wat van die pot. Want als dat gaat komen, hoogvariabele zorg, ik denk dat dan veel artsen gaan zeggen van 'ik doe het gewoon niet meer en trek uw plan' [...]" (Respondent B3, orthopedist)

"In de hoogvariabele zorg zou ik dat nooit, euh, haha zou ik dat nooit hopen terug te zien." (Respondent A5, Financieel Directeur)

"Maar patiënten in de hoogvariabele zorg met een complexe voorgeschiedenis enzovoort is dat veel veel moeilijker." (Respondent B1, orthopedist)

"Ik denk over mediumvariabel kunt ge nog discussiëren, maar bij hoogvariabel denk ik, allez, denk ik dat dat heel moeilijk gaat zijn, want dan loop je ook het risico, allez, dan loop je theoretisch het risico dat men bepaalde van die patiënten gaat weigeren hè... Want, van hoogvariabel, dan spreken we over patiënten die op de intensieve terechtkomen, die waarvan je op voorhand niet weet van 'hoeveel dagen intensieve gaan die nodig hebben?'" (Respondent A3, Financieel Directeur)

" [...] mediumzorg...gaat iets gemakkelijker zijn, nu ik denk dat op termijn heel veel mediumzorg naar laagvariabele zorg gaat gaan." (Respondent B3, orthopedist)

"Ja, de mediumvariabele zorg is altijd moeilijker omdat daar de morbiditeit, de pathologieën die de patiënt allemaal meeheeft buiten hetgeen waarvoor hij behandeld wordt, ja dat wordt een hele moeilijke om daar een factor op te bepalen. Maar dat zou kunnen zijn dat dat een beetje wat uitgebreid wordt." (Respondent B2, orthopedist)

Respondenten A1 en A4 waren daarentegen van mening dat gebundelde financiering wel zou kunnen uitgebreid worden naar mediumvariabele of hoogvariabele zorg. Of dat er toch op zijn minst een vereenvoudiging zou kunnen gebeuren. Volgens respondent A1 zou er dan wel meer ingezet moeten worden op preventie en samenwerking daarrond. Voor respondent A4 was het van belang dat bij zo een uitbreiding, de inspraak van artsen vergroot wordt en de vrijheid groot gelaten wordt. Maar er zou bij hoogvariabele zorg ook zeker een gemiddelde bepaald kunnen worden en als er dan meer kosten gemaakt worden dan gemiddeld, dat die dan verantwoord moeten worden.

"En ja euhm de zorg die niet in laagvariabele zorg zit, het is niet zo evident om bundled payments voor alle zorg te voorzien. In sommige zorg zit gewoon intrinsiek variabiliteit, maar toch zou ge wel naar vereenvoudiging kunnen gaan. Alé ik neem nu het voorbeeld van een geriatrische patiënt [...] daar toch wat meer een vast budget op zetten, we gaan daar zorg mee organiseren, we zouden misschien veel meer kunnen inzetten op preventie en samenwerking om daarrond iets te gaan doen." (Respondent A1, Financieel Directeur)

"Ik vind van wel, en dan moet je de inspraak van de artsen maar vergroten en de vrijheid van de artsen groot laten. Maar als je nu zegt, laagvariabele zorg, om het simpel te maken de gemiddelde kost voor die verstrekking is 100 euro en er zit een beetje variatie op maar dat kunt ge dan binnen die bundel doen. Bij de hoogvariabele zorg hebt ge ook een gemiddelde kost en dat betekent dat je daar vooral moet gaan kijken naar het aantal patiënten met die aandoening die binnenkomt. Als je daar zegt, kijk bij die ene patiënt kost het 100 euro en bij de andere kost het 1500 euro, oké dan zit die gemiddelde kost op 800 euro, maar dan nog kan je dat doen. [...] alle zorg bundled en als ze zeggen er zijn evoluties waardoor we het kunnen verbeteren, maar het gaat meer kosten, verantwoord dat dan." (Respondent A4, wetenschappelijk onderzoeker gezondheidszorg)

Voor de uitbreiding van gebundelde financiering kan er dus besloten worden dat de meeste respondenten het niet zien zitten om dit op hoogvariabele zorg toe te passen. De reden hiervoor is terug te vinden in het feit dat het moeilijk is om een vast bedrag toe te kennen, terwijl de behandeling voor een diagnose verschilt per patiënt en per ziekenhuis. De uitbreiding voor mediumvariabele zorg was volgens vele voor discussie vatbaar en werd dus niet volledig uitgesloten.

6.3.2 Mogelijke gevaren

Over de mogelijke gevaren van gebundelde financiering in LVZ was er eigenlijk een consensus over wat het grootste gevaar is naar de toekomst toe. De respondenten zijn vooral bang dat de overheid de budgetten per DRG steeds gaat verminderen. Daardoor zou het globaal prospectief bedrag mogelijk niet meer kostendekkend zijn en zou er onvolledige zorg gegeven kunnen worden. Op die manier kan de veiligheid van de patiënt dan wel in gevaar komen. De volgende citaten tonen dit aan:

"Ja, als men het totale budget gaat inkrimpen, denk ik wel hè, dus, dan gaan artsen zich misschien toch vragen gaan stellen over bepaalde patiënten van 'gaan we die behandelen?'...allez, dat is een theoretisch verhaal, dat zie ik nu totaal niet." (Respondent A3, Financieel Directeur)

"Euh, nee, ik denk als men, euh, euhm, nee eigenlijk niet. Gewoon omdat je jezelf steeds meer effectief en efficiënt gaat organiseren, zo zie ik er eigenlijk geen gevaar in...het enige risico dat je daar kan lopen is dat de totale zorg die je volgens de clinical guidelines moet leveren, euhm, dat het forfait niet kostendekkend is om dat te doen, dat kan gebeuren." (Respondent A5, Financieel Directeur)

"De overheid gaat natuurlijk de terugbetaling van een prothese, daar ben ik zeker van, altijd maar naar beneden halen. En euhm, dat is iets wat dat ik naar de toekomst toe wel als een potentieel gevaar zie." (Respondent B1, orthopedist)

"Het enige gevaar dat ik zie, is dat wat ik juist zo een beetje zei...Is dat als ge de sommen, allez, dat is een geheel van hè, als ge die te laag gaat maken, dat er bepaalde disciplines gaan zijn die zeggen, of bepaalde artsen gaan zeggen, ik doe dat gewoon niet meer..." (Respondent B3, orthopedist)

Respondent B2 haalt aan dat, in ziekenhuizen waar ze na een knie- of heupoperatie postoperatief geen bloedafnames meer doen, patiënten mogelijk naar huis gaan met te lage hemoglobines en dus heropgenomen moeten worden. Ze doen postoperatief geen bloedafnames meer om kosten te vermijden, wat de veiligheid van de patiënt in gevaar zou kunnen brengen.

"Daar ben ik wel van overtuigd en dat dat over x aantal jaren zo zal zijn dat het dan echt een, laten we zeggen een zware besparingsronde is die stelselmatig is ingevoerd, dat dat wel een impact kan hebben op de veiligheid van de patiënt. Ik weet ook bijvoorbeeld van ziekenhuizen waar ze ook geen postoperatieve bloedafnames meer doen dus dat ze geen controles meer doen om die kosten te vermijden. Ja, het gaat zowiezo zijn dat patiënten met te lage hemoglobines naar huis gaan dat ze moeten heropgenomen worden voor andere zaken, dus ik denk wel dat het daarop ergens een kritische drempel gaat zijn waar het economische eigenlijk de veiligheid van de patiënt gaat bedreigen." (Respondent B2, orthopedist)

6.3.3 Andere hervormingen

Omdat het globaal prospectief bedrag voor LVZ als doel had de kwaliteit van zorg te verhogen en de middelen efficiënter te besteden, werd er ook bevraagd welke hervormingen eventueel nog mogelijk zijn die kunnen bijdragen aan kwaliteitsverhoging en efficiëntie van zorg binnen de beschikbare budgetten. Op deze vraag werden er meerdere mogelijkheden aangehaald om dat te doen.

Zowel respondent A1 als A4 stelden dat het belangrijk is naar de toekomst toe om de regels en complexiteit in de ziekenhuissector te vereenvoudigen. Volgens respondent A4 moeten er regels afgeschaft worden in plaats van dat er regels bijkomen. Door respondent A4 werd eerder bedoeld op de transparantie. Het is noodzakelijk dat het duidelijk wordt welke verstrekkingen gedaan worden, van welk type, op welke plaats en welke totaalkost dat heeft.

"Dus ja ik denk vereenvoudigen, vereenvoudigen, vereenvoudigen dat zou echt eigenlijk de boodschap moeten zijn. In plaats van nieuwe regels te creëren, schaf er zoveel mogelijk af euhm en ja daar slaagt de sector echt niet in. Elke regel die men invoert, leidt tot meer complexiteit, op dat vlak vind ik laagvariabele zorg echt een gemiste kans. Zoals ik zei ik vind het principe van een bundled payment echt wel een goed idee, dus dat is niet verkeerd euhm de wijze waarop die bundled payment tot stand komt en waarop men de berekening doet in België vindt ik misschien al een eerste gemiste kans." (Respondent A1, Financieel Directeur)

"Ik vind dat wij veel harder en duidelijker moeten in beeld brengen, euhm, hoeveel verstrekkingen wij doen, van welk type, op welke plaats en welke totaalkost dat dat heeft. Met het idee van kijk, als je 100 000 patiënten bereikt in uw regio en bij de ene voor 100 000 kost die verstrekking 10 miljoen en bij een andere kost die 30 miljoen, ja dan moet dat een verklaarbaar verschil zijn en als dat niet is dan is er een probleem. Dus die transparantie in waar dat we wat aan het besteden zijn, vind ik de absolute basis." (Respondent A4, wetenschappelijk onderzoeker gezondheidszorg)

Het netwerken tussen ziekenhuizen is ook belangrijk op de weg naar kwaliteitsverhoging en efficiëntie. Volgens respondent A5 en B1 moeten ziekenhuizen zich organiseren in de zorg waar de chirurgen het best in zijn. Op die manier wordt het aantal complicaties verminderd en de kwaliteit van de zorg verhoogd. Daarbovenop worden op sommige complicaties heel veel geld verloren. Als dit verminderd kan worden doordat ziekenhuizen zich zo organiseren dat alleen degene die in die chirurgie of in die zorg het best is, ook die bepaalde zorgdiensten verleent, zal dit ook de betaalbaarheid van de zorg ten goede komen.

"[...] de herorganisatie binnen het netwerk vind ik ook een heel positief effect. Dat niet elk ziekenhuis zijn volledige aanbod zou blijven behouden, maar zichzelf organiseert, binnen het netwerk, om de zorg te verlenen waar hij of zij, in dat ziekenhuis, goed in is." (Respondent A5, Financieel Directeur)

"Nu wat ik nog veel belangrijker vindt, is dat men nog meer rekening houdt met, eigenlijk zou men naar de toekomst moeten rekening houden met indicatoren die aangeven welke

diensten of chirurgen het minst aantal complicaties hebben. De zorg is denk ik niet zo zeer heel duur ten gevolge van de operaties die geen complicaties hebben, dus de laagvariabele zorg. Maar wel op complicaties zoals breuken, infecties, ontwrichtingen, daar wordt gigantisch veel geld op verloren. Dus zou men vroeg of laat moeten durven zeggen, kijk bepaalde centra of bepaalde chirurgen die een hoog volume hebben, die enorm veel ervaring hebben dat zijn eigenlijk degenen die dit op het einde van de rit nog mogen doen. [...] ge hebt chirurgen die 70 protheses op één jaar doen en ge hebt er die duizend protheses op één jaar doen. [...] En het zijn ook die mannen die er duizend doen op één jaar die veel minder complicaties hebben en daardoor ook de zorg, de gezondheidszorg betaalbaar houden.” (Respondent B1, orthopedist)

Ten laatste wordt aangehaald dat de evolutie van een klassieke opname naar een dagopname ook een goede stap in de richting van kwaliteitsverhoging kan zijn. Op die manier worden de ligdagen verminderd. Hoe sneller een patiënt in zijn thuisomgeving is, hoe beter en sneller hij of zij zal herstellen. Volgens respondent A5 zouden hier zelfs financiële incentives aan vastgehangen mogen worden. Respondent B1 is het ook eens dat de vermindering van ligdagen de kwaliteit van zorg ten goede zou komen. Er wordt wel sceptischer gekeken tegenover effectief de shift maken van een klassieke opname naar een dagopname, voor een knieprothese. Respondent B1 is van mening dat zolang de eerstelijnszorg onderbezet is, dit niet mogelijk zal zijn.

“Euhm, ik zou er zeker ook voor pleiten dat, als ingrepen kunnen worden uitgevoerd in het dagziekenhuis, en mensen snel in hun eigen thuisomgeving kunnen herstellen, zou er wat mij betreft een financiële incentive achter mogen zitten om dat te realiseren, hè, zodat we tenminste vergoed worden voor die zorg te leveren.” (Respondent A5, Financieel Directeur)

“Ja, wat een goed ding is. Natuurlijk daar ook weer, dan moet ge gaan kijken. We zitten nu tussen de twee en drie dagen dat die blijven. Nu Vandenbroucke heeft onlangs gezegd van kijk, we willen naar dagziekenhuis gaan voor knieprotheses, maar ik denk dat dat hier in België niet haalbaar is, totdat uw eerstelijns voldoende mensen heeft. Dus eerstelijns zijn huisartsen, kinesisten, thuisverpleegkundigen. Die zijn nu geweldig onderbezet, vooral huisartsen en dat wilt zeggen dat als ge die pathologie naar dagziekenhuis wilt halen dat de huisartsen heel veel gaan moeten doen, die twee dagen van wat wij nu doen in het ziekenhuis. Maar dat kunnen die gewoon niet.” (Respondent B3, orthopedist)

Uit de interviews blijkt dat er dus vooral drie hervormingen naar voor komen die mogelijk ook kunnen bijdragen aan kwaliteit en efficiëntie van zorg. Ten eerste het vereenvoudigen van alle regels en inzetten op transparantie. Daarnaast moeten ziekenhuizen zich naar de toekomst toe organiseren zodanig dat een ziekenhuis niet alle zorg aanbiedt, maar vooral de zorg waar deze het best in is. De laatste mogelijke hervorming betreft de shift van een klassieke opname naar een dagopname.

6.4 Conclusie

In deze resultatensectie werden drie delen besproken met de belangrijkste bevindingen die verkregen werden uit de afgenomen diepte-interviews. In het eerste deel werd gefocust op de

implementatie van het globaal prospectief bedrag voor LVZ. De voornaamste doelstelling op het moment van de implementatie was, net zoals in andere landen, het verhogen van de kwaliteit en efficiëntie van zorg. Dit wilde men doen door vooral overconsumptie tegen te gaan waardoor middelen efficiënter besteed kunnen worden. Over het feit of het globaal prospectief bedrag voor LVZ het probleem van overconsumptie oplost is er geen éénduidig antwoord, wel kunnen volgens de respondenten middelen nóg efficiënter besteed worden. De doelstellingen zijn dus niet helemaal bereikt op basis van de informatie verkregen uit de interviews.

Daarna werd de impact van het globaal prospectief bedrag voor LVZ op de werking van artsen, op de kwaliteit van zorg en op de administratie geëvalueerd. We kunnen besluiten dat het een mogelijkheid is dat artsen hun werking deels veranderen. Bijvoorbeeld het niet meer nemen van een röntgenfoto postoperatief om zo de kost daarvan te vermijden in LVZ. Tot op heden heeft het globaal prospectief bedrag nog niet de gewenste impact gehad op de kwaliteit van zorg. Er kan geconcludeerd worden dat een kwaliteitsverhoging uitblijft, maar dat er ook geen kwaliteitsvermindering is gerealiseerd. Echter, wanneer kwaliteit gedefinieerd wordt als 'iedereen doet hetzelfde op basis van de gekende richtlijnen' kan het wel een positieve impact hebben. De invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ heeft wel een enorme impact gehad op de hoeveelheid administratie voor ziekenhuizen. Door de wijziging van factureren en de vele registraties is er enkel maar meer administratie bijgekomen. Voor de orthopedisten daarentegen bleek er weinig tot geen vermeerdering te zijn in de hoeveelheid administratie.

Tot slot werd er in het derde deel naar het toekomstperspectief gekeken. Het uitbreiden van een globaal prospectief bedrag naar hoogvariabele of mediumvariabele zorg in de toekomst, was een discussiepunt. Voor hoogvariabele zorg wordt dit moeilijk omdat die zorg en de behandeling ervan zeer verschillend is per patiënt en tussen ziekenhuizen. Toch waren er enkele respondenten die van mening waren dat het wel mogelijk was. Dit indien artsen een aanzienlijke mate van inspraak en vrijheid hebben of dat er op zijn minst wel een vereenvoudiging kon gebeuren door toch een vaster budget op hoogvariabele patiënten toe te passen. Hoewel het invoeren van een globaal prospectief bedrag voor mediumvariabele zorg iets moeilijker is dan voor laagvariabele zorg werd de mogelijkheid ervan niet helemaal uitgesloten. Daarnaast zijn er wel een aantal potentiële gevaren. Het grootste gevaar zit in de mate van kostendekking van het globaal prospectief bedrag. In de zorgsector heeft men schrik dat de overheid de budgetten per DRG telkens gaat inperken en daardoor het forfait niet meer alle kosten zou kunnen dekken. Tot slot zijn er nog een aantal hervormingen mogelijk die de kwaliteit en efficiëntie van zorg zouden kunnen verhogen. De drie belangrijkste hervormingen zijn het vereenvoudigen van alle regels en inzetten op transparantie, het aanbieden van zorg waarin een bepaald ziekenhuis het best is en het veranderen van klassieke opnames naar dagopnames.

Hoofdstuk 7: Discussie

Het doel van dit onderzoek was het achterhalen van de percepties van Vlaamse ziekenhuizen en zorgverleners op gebundelde financiering in België. Gebundelde financiering wordt in België toegepast in de vorm van een globaal prospectief bedrag voor de vergoeding van de artsenhonoraria in de laagvariabele zorg (LVZ) (RIZIV, z.d.). In dit zevende hoofdstuk zal er waar mogelijk, een terugkoppeling gemaakt worden van de bekomen resultaten naar de eerder beschreven literatuur. Verder zullen de beperkingen van dit onderzoek toegelicht worden en tot slot komen de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek ook nog aan bod.

7.1 Discussie

Uit het empirisch onderzoek komt naar voor dat de respondenten het eens zijn met de beoogde doelen van de invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ in België. Die doelen waren het verhogen van de kwaliteit en efficiëntie van zorg binnen de beperkte gezondheidsbudgetten. Dit door overconsumptie van zorg te verminderen en zo automatisch middelen efficiënter in te zetten, waardoor er eventueel een besparing in het ziekenhuis gerealiseerd kan worden die de zorgverleners in andere zorgnaden kunnen inzetten. Er is weldegelijk nog veel overconsumptie aanwezig in het Vlaams ziekenhuislandschap en dat moet verminderd worden. Daarnaast blijkt ook dat de middelen nog efficiënter ingezet kunnen worden. Dit komt overeen met bevindingen uit Belgische literatuur van De Tijd (2019) en Federale Regering (2015). Ook uit internationale literatuur blijkt dat een systeem van gebundelde financiering vooral wordt ingevoerd met als doel de kwaliteit en efficiëntie van zorg te verhogen binnen de beperkte gezondheidszorgbudgetten. Dit omdat het FFS-systeem, dat in veel landen populair is, veel overconsumptie in de hand werkt waardoor gezondheidsuitgaven stijgen. De reden waarom FFS voor overconsumptie zorgt is te wijten aan het feit dat er per geleverde prestatie vergoed wordt en artsen daarom zoveel mogelijk prestaties gaan uitvoeren om zo meer inkomsten te genereren (Krabbe-Alkemade, Groot & Lindeboom, 2017; Hasaart, 2011; Adida et al., 2017; Feder, 2016; Schokkaert & Van de Voorde, 2005). Echter bleek uit het empirisch onderzoek dat er wel twijfel is of de invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ, effectief die overconsumptie kan tegengaan. Dit, omdat het systeem nog maar beperkt is ingevoerd in België, namelijk enkel voor de artsenhonoraria in LVZ, en er dus nog steeds prestaties vergoed worden onder het FFS-systeem. Ook blijkt dat middelen nog efficiënter besteed kunnen worden en er voor de ziekenhuizen zelf geen besparing gerealiseerd wordt. Op basis van de interviews kan er dus gesteld worden dat de doelstellingen nog niet volledig bereikt zijn. Uit de literatuur werd niet duidelijk of een systeem van gebundelde financiering effectief geleid heeft tot de vermindering van overconsumptie.

Het implementeren van een ander financieringssysteem brengt, volgens bevindingen uit het empirisch onderzoek, ook moeilijkheden met zich mee. Zo gaven de respondenten, uit de financiële kant van het ziekenhuis, aan dat de grootste moeilijkheden zich bij de implementatie situeerden op administratief en financieel vlak. Bij de administratie was vooral het reorganiseren van de MZG-registratie moeilijk. Die registratie bevat informatie over bijvoorbeeld de duur van het verblijf en de diagnose, de leeftijd, het geslacht, enzovoort. Het is noodzakelijk om de juiste MZG-registratie te hebben om te weten welk bedrag er gefactureerd moet worden. Ook het aanpassen van het facturatiesysteem was in het begin wat moeilijker. In de studie van Shih et al. (2015) wordt er

aangehaald dat er hoge administratieve kosten kunnen ontstaan door een gebundeld financieringssysteem te implementeren. Echter werd in de studie niet aangehaald in welke specifieke delen van de administratie die moeilijkheden zich situeren. Op financieel vlak haalde een van de respondenten aan dat wanneer er in de bundel wel een bedrag voorzien is voor een bepaalde behandeling, maar deze niet wordt uitgevoerd omdat het niet nodig was, er discussie kan ontstaan aan wie dat stukje moet toegewezen worden. De studies van Hussey et al. (2011), Shih et al. (2015), Struijs, De Vries, Baan, Van Gils & Rosenthal (2020) en Steenhuis, Struijs, Koolman, Ket & Van der Hijden (2020) bevestigen dit ook. Daarentegen werd door de orthopedisten aangehaald dat de implementatie niet echt moeilijkheden met zich heeft meegebracht. Het verschil in ervaring met deze moeilijkheden tussen de respondenten kan mogelijk verklaard worden door het verschil in functie. Orthopedisten verlenen zorg, terwijl medewerkers van de financiële dienst aan de administratieve/financiële kant van het ziekenhuis zitten en nog meer met administratieve en financiële zaken bezig zijn.

Vervolgens wordt de impact van het globaal prospectief bedrag voor LVZ op het gebruik en de kwaliteit van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen vergeleken met de impact van gebundelde financieringssystemen uit andere landen (PPS, BPCI, CJR en PbR). In de onderzoeksresultaten wordt aangehaald dat er geen kwaliteitsverhoging, maar ook geen kwaliteitsvermindering van zorg op te merken is na de implementatie van het globaal prospectief bedrag voor LVZ. Er zullen eerder andere factoren een impact hebben op de kwaliteit, zoals andere operatietechnieken of het tekort aan zorgpersoneel. Ook blijkt uit empirisch onderzoek dat er een mogelijkheid is dat chirurgen hun manier van werken veranderen door de invoering van het globaal prospectief bedrag. Zo haalde een orthopedist aan dat er geen postoperatieve röntgenonderzoeken meer gedaan worden om zo een röntgenfoto uit te sparen in LVZ. Er kan wel geen veralgemening gemaakt worden door het beperkt aantal respondenten. De studie van Joynt Maddox, Orav, Zheng & Epstein (2018) bevestigt dat er geen significante bevindingen zijn gevonden over de impact van BPCI, een vorm van gebundelde financiering in de Verenigde Staten, op het gebruik en de kwaliteit van zorg. Echter zijn er een aantal studies die niet aansluiten bij de bevindingen uit het empirisch onderzoek. De voornaamste bevindingen uit de literatuur over de impact op het gebruik en de kwaliteit van zorg bij verschillende medische bundels waren: (1) een daling van de duur van het ziekenhuisverblijf en (2) een daling in mortaliteit (McGuire, 1994; Farrar et al., 2009). De impact op het gebruik van zorg in de zin van het aantal diensten dat geleverd wordt aan de patiënt, werd niet aangehaald in de studies. Voor de impact van gebundelde financiering specifiek op orthopedische bundels zijn ook een aantal bevindingen die besproken kunnen worden. Hier waren de belangrijkste bevindingen over de impact op het gebruik en de kwaliteit van zorg: (1) een daling van de duur van het ziekenhuisverblijf, (2) een daling van het aantal heropnames en (3) een daling van de kosten per zorgperiode (Dundon et al., 2016; Edwards et al., 2017; Gray et al., 2018). Daarnaast werd in drie studies ook aangehaald dat gebundelde financiering het ontslag naar een *inpatient facility* (vb. verpleeghuis, revalidatiecentra) kan doen afnemen (Dundon et al., 2016; Ioro et al., 2016; Barnett et al., 2019). De impact op het gebruik van zorg wanneer het gedefinieerd wordt als het aantal diensten dat geleverd wordt aan de patiënt, werd opnieuw niet aangehaald in de studies. Uit deze studies valt te besluiten dat systemen van gebundelde financiering een positieve impact hebben op de kwaliteit en het gebruik van zorg. De reden dat de literatuurbevindingen uit andere landen niet overeenkomen

met de bevindingen uit het empirisch onderzoek, wat zich op België focust, kan verklaard worden door het verschil in de systemen. Zo worden in België enkel de artsenhonoraria gebundeld voor weinig complexe ziekenhuiszorg, terwijl het Payment by Results-tarief uit het Verenigd Koninkrijk ook bijvoorbeeld de kosten van medische apparatuur dekt. Daardoor kan er mogelijk nog efficiënter en meer besparend gewerkt worden waardoor de impact groter is. De duur van de zorgperiode kan ook een rol spelen. In België wordt enkel het ziekenhuisverblijf gedekt, terwijl bij het BPCI en CJR model ook diensten na het ziekenhuisverblijf en heropnames tot de bundel behoren. Uit het empirisch onderzoek is wel gebleken dat er wel een kwaliteitsverhoging waargenomen kan worden wanneer kwaliteit gedefinieerd wordt als 'allemaal hetzelfde doen op basis van de richtlijnen die we kennen'. Daarnaast wordt ook gesteld in de interviews dat het globaal prospectief bedrag voor LVZ wel een impact heeft gehad op hoe de pre-operatieve zorg georganiseerd wordt. De vooronderzoeken van prothesechirurgie worden nu ambulant gedaan, dat wil zeggen dat de patiënt hiervoor niet een dag eerder wordt opgenomen in het ziekenhuis. Op die manier wil men vermijden dat die kosten mee in LVZ komen. Ook hiervoor kunnen we geen sluitende uitspraak doen of dit voor alle orthopedische chirurgen het geval is. Dit werd niet aangehaald in de besproken studies.

Daarnaast bleek uit het empirisch onderzoek dat de invoering van het globaal prospectief bedrag voor LVZ een grote impact heeft gehad op de hoeveelheid administratie. Vooral omdat LVZ nog meer complexiteit met zich heeft meegebracht, door de verschillende coderingen die gemaakt moeten worden. Daarnaast zorgde de snellere MZG-registratie en de nieuwe manier van factureren ook voor een toename. In plaats van aan elke prestatie een bedrag toe te kennen op een factuur, worden bij LVZ alle prestaties gefactureerd aan 0 euro en dan het volledige globale bedrag dat alle geleverde prestaties bevat. Ook in de literatuurstudie werd bij de onderverdeling van 'sterktes en zwaktes van gebundelde financiering' aangehaald dat er een toename was van administratieve taken onder gebundelde financiering. Dat zou komen doordat technologische systemen nog niet aangepast waren aan de nieuwe situatie. Er werd wel niet vermeld op welk vlak de administratie verhoogd is (de Bakker et al., 2012; Tol et al., 2013). Die verhoging in administratie was voor de bevroagde orthopedisten echter veel minder merkbaar.

Naast de impact werden er in de literatuur en het empirisch onderzoek ook sterktes en zwaktes van gebundelde financiering aangehaald. Zowel in het empirisch onderzoek als in de literatuur werd het hebben van meer inzicht en transparantie in de budgetten aangehaald als een sterkte (Shih et al., 2015; de Bakker et al., 2012; Tol et al., 2013; Verhaeghe & Annemans, 2017). Kritisch nadenken over hoe men werkt om zo efficiënter te worden werd daarnaast ook in het empirisch onderzoek als sterkte aangehaald. Dit werd in de literatuur niet letterlijk zo beschreven maar kan wel gelinkt worden aan de betere proceskwaliteit die wordt aangehaald door een aantal studies (Bakker et al., 2012; Tol et al., 2013; Verhaeghe & Annemans, 2017). De zwaktes die in het empirisch onderzoek vooral naar voren kwamen, hadden te maken met de mate van kostendekking door het globaal prospectief bedrag. Als dat bedrag te laag wordt, bestaat de kans dat bepaalde zorg niet meer gegeven wordt en zo de veiligheid van de patiënt in gevaar komt. Dat wordt bevestigd door de studie van Verhaeghe & Annemans (2017) waarin gesteld wordt dat de kans bestaat dat zorgverleners geneigd zijn om aan onderbehandeling te doen. Verder komt complexiteit ook nog aan bod als zwakte. De respondenten uit het empirisch onderzoek geven aan dat het enorm moeilijk is om een nieuwe medewerker de hele regeling rond LVZ uit te leggen. Daarnaast vinden een aantal

respondenten het ook een gemiste kans dat LVZ beperkt is ingevoerd in België, het betreft namelijk enkel de artsenhonoraria voor het ziekenhuisverblijf. Ook het feit dat de verdelingen van het globaal bedrag al vastliggen, geeft een beperking in de vrijheid van ziekenhuizen om zich hier zelf rond te organiseren. Deze zwaktes worden niet aangehaald in de literatuur.

Vervolgens wordt de uitbreiding en toekomst van het globaal prospectief bedrag teruggekoppeld naar de literatuur. Uit het empirisch onderzoek komt naar voor dat nagenoeg alle respondenten het geen goed idee zouden vinden om een globaal prospectief bedrag door te trekken naar bijvoorbeeld hoogvariabele zorg. Ze vinden dit geen goed idee omdat hoogvariabele zorg nu eenmaal niet standaardiseerbaar is, aangezien de zorg die gegeven moet worden erg verschilt van patiënt tot patiënt en van ziekenhuis tot ziekenhuis. Het zou te moeilijk zijn om hiervoor te bepalen wie wat van het voorziene bedrag zou krijgen. Over mediumvariabele zorg was er wel nog discussie mogelijk en werd uitbreiding niet volledig uitgesloten. Volgens de literatuur zijn er vervolgfases ontworpen om het globaal prospectief bedrag, dat toegepast wordt op LVZ, in de tweede fase door te trekken naar meerdere patiëntengroepen of meer medische prestaties. Maar de voorwaarde is wel dat ook deze zorg weinig variabel (standaardiseerbaar) is tussen de verschillende patiënten (Federale Regering, 2015). Toch waren er enkele respondenten die van mening waren dat het wel mogelijk was om zowel voor medium- als hoogvariabele zorg een globaal prospectief bedrag in te voeren. Dit indien artsen een aanzienlijke mate van inspraak en vrijheid hebben en ze het kunnen verantwoorden indien ze het vastgelegd bedrag overstijgen. Of dat er op zijn minst wel een vereenvoudiging kon gebeuren door toch een vaster bedrag op hoogvariabele patiënten toe te passen. Dit door meer in te zetten op preventie en samenwerking hierrond.

Tot slot werd in het empirisch onderzoek ook nog gereflecteerd over de potentiële gevaren van het globaal prospectief bedrag voor LVZ en mogelijke andere hervormingen in de toekomst die ook kunnen bijdragen aan meer efficiëntie en kwaliteit van zorg binnen de beschikbare budgetten. Omdat hierover relatief weinig literatuur beschikbaar was, zal er geen terugkoppeling naar de literatuur gemaakt worden. Het belangrijkste potentiële gevaar waar alle respondenten bang voor hebben is dat het bedrag per DRG telkens verminderd zal worden in de toekomst en het niet meer alle kosten zal dekken die gemaakt moeten worden. Hierdoor kan er mogelijk onvolledige zorg geleverd worden waardoor de veiligheid van de patiënt in gevaar kan komen. Daarnaast is uit het empirisch onderzoek gebleken dat er volgens de respondenten drie hervormingen mogelijk zijn in de toekomst die ook zouden bijdragen aan een hogere kwaliteit en efficiëntie. Ten eerste, het vereenvoudigen van alle regels en inzetten op transparantie. Ten tweede moeten ziekenhuizen zich zo organiseren dat ieder ziekenhuis zich focust op de zorg waar het het best in is. Op die manier worden complicaties vermeden waar veel geld op verloren wordt en komt het de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg ten goede. Ten derde zou de shift van een klassieke opname naar een dagopname ook een goede hervorming zijn. Een patiënt zou beter en sneller herstellen in de thuisomgeving. Al zou dit volgens een van de respondenten niet mogelijk zijn zolang de eerstelijnszorg onderbezet is.

7.2 Beperkingen en toekomstig onderzoek

Aan dit onderzoek zijn enkele beperkingen verbonden die hieronder besproken worden. Ook worden er nog suggesties geformuleerd voor toekomstig onderzoek.

Ten eerste omvat laagvariabele zorg veel meer dan alleen de patiëntengroepen van knie- en heupprotheses. Er zijn op dit moment 57 patiëntengroepen die onder LVZ vallen, zoals bijvoorbeeld een bevalling via keizersnede met ernstgraad 1 (RIZIV, z.d.). Doordat in dit onderzoek (wat artsen betreft) enkel drie orthopedisten geïnterviewd werden, zijn de resultaten niet representatief voor de gehele LVZ. Het is daarom aangewezen om ook onderzoek te doen naar de impact en percepties van gebundelde financiering in andere patiëntengroepen dan orthopedie. Op die manier kan er bijgedragen worden aan generaliseerbaarheid.

Ten tweede zijn er hoofdzakelijk respondenten bevraagd uit ziekenhuizen waar de artsen op zelfstandige basis werken en dus niet in loondienst. Omdat artsen in loondienst vanzelfsprekend een vast bedrag vergoed krijgen, kan het zijn dat hun ervaring anders is met het ingevoerde globaal prospectief bedrag voor LVZ. Het zou nuttig zijn om in verder onderzoek te achterhalen of de impact en percepties daarvan hetzelfde zijn voor ziekenhuizen met zelfstandige artsen en ziekenhuizen met artsen in loondienst of dat er verschillen merkbaar zijn.

Ten derde is er alleen gefocust op ziekenhuizen in Limburg. Om de generaliseerbaarheid te vergroten zouden er in toekomstig onderzoek ook ziekenhuizen buiten Limburg opgenomen kunnen worden in de steekproef.

Tot slot zou toekomstig onderzoek zich kunnen focussen om oplossingen te zoeken voor de moeilijkheden die gepaard gaan met het implementeren van een nieuw financieringssysteem. Dit zou de hele gezondheidszorg ten goede komen aangezien er in de toekomst zeker nog hervormingen aankomen.

Hoofdstuk 8: Conclusie

Door de stijgende gezondheidskosten en de schaarse budgetten die daar tegenover staan, is er een noodzaak om de gezondheidsbudgetten efficiënt en optimaal te besteden en tegelijk de kwaliteit van zorg te verhogen. Financieringssystemen voor zorgverleners, dus de manier waarop de verleende zorg vergoed wordt, kunnen een belangrijke rol spelen in hoe de zorg georganiseerd wordt. Dit komt omdat het gedrag van zorgverleners hierdoor mogelijk beïnvloed kan worden. Echter zorgt niet elk financieringssysteem voor een efficiënte besteding van middelen en hoogkwalitatieve zorg. Zo werkt *fee-for-service*, waarbij elk verleende prestatie apart vergoed wordt, overconsumptie in de hand waardoor er middelen verloren gaan en er wordt bijgedragen aan stijgende gezondheidskosten. Er was dus nood aan een hervorming van het financieringssysteem voor de vergoeding van zorg om zo toch nog hoogkwalitatieve zorg aan te kunnen bieden binnen de grenzen van de schaarse budgetten.

Veel landen zijn daarom overgegaan naar een systeem van gebundelde financiering. Hierbij wordt vooraf een vast, forfaitair bedrag per patiënt bepaald en verdeeld over alle zorgverleners die een dienst geleverd hebben voor een bepaalde patiënt. Ook België is in 2019 overgestapt naar een soortgelijk systeem. Er werd een globaal prospectief bedrag opgesteld voor de artsenhonoraria die enkel betrekking hadden op de laagvariabele zorg. Dit is weinig complexe zorg die tussen patiënten en ziekenhuizen bijna niet verschilt. Om de impact en percepties van dit nieuwe systeem te achterhalen, werd er in deze masterproef onderzoek verricht omtrent de volgende centrale onderzoeksvraag: *'Wat zijn de percepties van Vlaamse zorgverleners en ziekenhuizen ten opzichte van gebundelde financiering binnen de gezondheidszorg?'*.

De belangrijkste resultaten van dit onderzoek betreffen hoe de implementatie van een globaal prospectief bedrag voor de laagvariabele zorg werd ervaren door Vlaamse ziekenhuizen en zorgverleners, meer specifiek orthopedisten. Daarnaast ook welke impact het heeft gehad op het gebruik en de kwaliteit van zorg en wat het toekomstperspectief is. Er kan besloten worden dat de doelstellingen van dit systeem niet helemaal zijn bereikt. Zo was er een twijfel of overconsumptie kon tegengegaan worden omdat er nog steeds gebruik gemaakt wordt van *fee-for-service* in verschillende delen van de Belgische ziekenhuisfinanciering. Het efficiënter besteden van middelen kan ook nog steeds verbeterd worden. Daarnaast blijkt zowel uit de interviews als de literatuur dat er moeilijkheden zijn bij het implementeren van een gebundeld financieringssysteem. De belangrijkste moeilijkheden situeerden zich op financieel en administratief vlak. Bij de administratie was vooral het reorganiseren van de MZG-registratie moeilijk. Die MZG-registratie is nodig om het juiste bedrag voor een ziekenhuisverblijf te kunnen factureren. Ook de nieuwe vorm van factureren was op het begin wat moeilijker. In tegenstelling tot het factureren onder *fee-for-service*, waar aan elke prestatie apart een bedrag wordt gefactureerd, worden nu alle prestaties die tot het globaal prospectief bedrag behoren, aan 0 euro gefactureerd en dan het globale bedrag. Op financieel vlak was het moeilijk aan wie een deel van het globaal bedrag moet toegewezen worden indien de prestatie hiervoor niet is uitgevoerd omdat het bijvoorbeeld niet nodig was.

Verder komt uit de interviews komt naar voor dat er bij de Vlaamse ziekenhuizen geen impact op de kwaliteit van zorg waargenomen werd. Er zullen eerder andere factoren, zoals andere operatietechnieken of het onderbezette zorgpersoneel, een impact hebben. Echter wanneer kwaliteit

gedefinieerd wordt als 'allemaal hetzelfde doen op basis van de richtlijnen die we kennen' kan er wel een kwaliteitsverhoging waargenomen worden. Het gebruik van zorg daarentegen zou wel mogelijk kunnen veranderen. In de literatuur werd echter een positieve impact getoond van een aantal systemen van gebundelde financiering op de kwaliteit en het gebruik van zorg. De contradictie tussen literatuur en empirisch onderzoek kan verklaard worden doordat het empirisch onderzoek zich focust op gebundelde financiering in de Vlaamse ziekenhuizen en de literatuur, gebundelde financiering uit verschillende landen bevat, hoofdzakelijk de Verenigde Staten. Deze systemen van gebundelde financiering verschillen van elkaar en daardoor kan er ook een verschil in de impact zijn. Daarnaast werd zowel uit de literatuur als uit het empirisch onderzoek duidelijk dat gebundelde financiering een grotere hoeveelheid administratie met zich meebrengt.

Tot slot werd er in het empirisch onderzoek aangehaald dat het invoeren van een globaal prospectief bedrag voor hoogvariabele zorg moeilijk zou zijn omdat die zorg veel verschilt van patiënt tot patiënt en tussen ziekenhuizen en het dus niet standaardiseerbaar is. De literatuur sloot aan bij deze bevinding. Daarnaast was het grootste gevaar van het globaal prospectief bedrag voor de artsenhonoraria van de laagvariabele zorg, dat de budgetten per patiëntengroep telkens ingeperkt zullen worden in de toekomst. Dit kan resulteren in het geven van onvolledige zorg waardoor de patiëntveiligheid in gevaar kan komen. Verder waren er nog drie hervormingen die in de toekomst ook kunnen bijdragen aan kwaliteit en efficiëntie van zorg. Het vereenvoudigen van de regelgeving in de ziekenhuissector, het aanbieden van zorg waarin een ziekenhuis het best is en de shift maken van klassieke opnames naar dagopnames.

Geraadpleegde bronnen

- Aas, I. M. (1995). Incentives and financing methods. *Health policy*, 34(3), 205-220.
- Adida, E., Mamani, H., & Nassiri, S. (2017). Bundled payment vs. fee-for-service: Impact of payment scheme on performance. *Management Science*, 63(5), 1606-1624.
- Admin-Kce. (z.d.). Beschrijving van het Belgische gezondheidssysteem. Naar Een Gezond België. Retrieved from <https://www.gezondbelgie.be/nl/hit/>
- Administratie Maggie. (2019). Maggie De Block zet de hervorming van de ziekenhuisfinanciering op de rails. Maggie De Block. <https://www.maggiedeblock.be/maggie-de-block-zet-de-hervorming-van-de-ziekenhuisfinanciering-op-de-rails/>
- Agarwal, R., Liao, J. M., Gupta, A., & Navathe, A. S. (2020). The Impact Of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review: A systematic review of the impact on spending, utilization, and quality outcomes from three Centers for Medicare and Medicaid Services bundled payment programs. *Health Affairs*, 39(1), 50-57.
- Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., Mossialos, E. (2022). The United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, ; 24(1): i-192
- Barnett ML, Wilcock A, McWilliams JM, Epstein AM, Joynt Maddox KE, Orav EJ, et al. (2019). Two-year evaluation of mandatory bundled payments for joint replacement. *N Engl J Med*;380(3):252-62.
- Barnum, H., Kutzin, J., & Saxenian, H. (1995). Incentives and provider payment methods. The International journal of health planning and management, 10(1), 23-45.
- Beerepoot, C. C. (2009). *Algemene wet bijzondere ziektekosten*. Springer Science & Business Media.
- Bell, M., Charlesworth, A., & Lewis, R. (2021). The future of the NHS hospital payment system in England. From recovery to transformation
- Berenson, R. A., Upadhyay, D., Delbanco, S. F., & Murray, R. (2016). Payment methods: how they work. *Washington, DC: Urban Institute*.
- Boachie, M. K. (2014). Healthcare provider-payment mechanisms: a review of literature. *J Behav Econ, Finance, Entrep, Account Transp*, 2, 41-46.
- Boylan, M. R., Riesgo, A. M., Paulino, C. B., & Sheskier, S. C. (2018). Does total ankle arthroplasty belong in the comprehensive care for joint replacement?. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*, 57(1), 69-73.
- Boyle, S., & World Health Organization. (2011). United Kingdom (England): health system review.
- British Medical Association. (2022). Models for paying providers of NHS services. The British Medical Association Is the Trade Union and Professional Body for Doctors in the UK. Retrieved from <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/funding/models-for-paying-providers-of-nhs-services>
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (2011). Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.
- Carroll, C., Chernew, M., Fendrick, A. M., Thompson, J., & Rose, S. (2018). Effects of episode-based payment on health care spending and utilization: Evidence from perinatal care in Arkansas. *Journal of Health Economics*, 61, 47-62.

- Cashin, C., O'Dougherty, S., Samyshkin, Y., Katsaga, A., Ibraimova, A., Kutanov, Y., Lyachshuk, K. & Zuys, O. (2005). Case-based hospital payment systems: a step by step guide for design and implementation in low- and middle-income countries.
- Casto, A. B., & Forrestal, E. (2013). Principles of healthcare reimbursement (p. 371). American Health Information Management Association.
- CMS. (z.d.). History. Retrieved from <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History>
- Corens, D., Merkur, S., Jemai, N., Palm, W., & World Health Organization. (2007). Belgium: Health system review.
- Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D. (2013). De organisatie en financiering van ziekenhuizen.
- Cunningham, P., Rudowitz, R., Young, K., Garfield, R., & Foutz, J. (2016). Understanding Medicaid hospital payments and the impact of recent policy changes. *Kaiser Family Foundation*.
- Custers, T., Arah, O. A., & Klazinga, N. S. (2007). Is there a business case for quality in The Netherlands?: A critical analysis of the recent reforms of the health care system. *Health policy*, 82(2), 226-239.
- Darves-Bornoz, A. L., & Resnick, M. J. (2017). The evolution of financial incentives in the US health care system. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* (Vol. 35, No. 1, pp. 1-4). Elsevier.
- de Bakker, D., H., Struijs, J. N., Baan, C. B., Raams, J., de Wildt, J., Vrijhoef, H. J. M., & Schut, F. T. (2012). Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Affairs*, 31(2), 426-33.
- De Tijd. (2019). Zorg niet nodig? Geen terugbetaling meer. Retrieved from <https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/federaal/zorg-niet-nodig-geen-terugbetaling-meer/10101811.html>
- Department of Health. (2012b) The Mandate: A mandate from the government to the NHS Commissioning Board.
- Department of Health Payment by Results team. (2012). A simple guide to Payment By Results
- Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D., & Oxholm, A. S. (2019). Testing the myth of fee-for-service and overprovision in health care. *Health Economics*, 28(5), 717-722.
- Diehr, P., Yanez, D., Ash, A., Hornbrook, M., & Lin, D. Y. (1999). Methods for analyzing health care utilization and costs. *Annual Review of Public Health*, 20(1), 125-144.
- Dummit, L., Smathers, K., Bright, O. J., Cherry, R., Cline, M., Cowell, A., & Wang, C. (2018). CMS comprehensive care for joint replacement model: performance year 1 evaluation report. *The Lewin Group*.
- Dundon, J. M., Bosco, J., Slover, J., Yu, S., Sayeed, Y., & Iorio, R. (2016). Improvement in total joint replacement quality metrics: year one versus year three of the bundled payments for care improvement initiative. *JBJS*, 98(23), 1949-1953.
- Edwards, P. K., Mears, S. C., & Barnes, C. L. (2017). BPCI: everyone wins, including the patient. *The Journal of arthroplasty*, 32(6), 1728-1731.
- Exter, A., Hermans, H., Dosljak, M., Busse, R. (2004) Health care systems in transition: Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

- Farrar, S., Sussex, J., Yi, D., Sutton, M., Chalkley, M., Scott, T. & Ma, A. (2007). National Evaluation of Payment by Results, Report to the Department of Health.
- Farrar, S., Yi, D., Sutton, M., Chalkley, M., Sussex, J., & Scott, A. (2009). Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? difference-in-differences analysis. *Bmj*, 339(7720), 554-556. doi:10.1136/bmj.b3047
- Feder, J. (2016). Bundle with care-rethinking Medicare incentives for post-acute care services. *The New England Journal of Medicine*, 369(5), 400-401.
- Federale Regering. (2015). Plan van aanpak hervorming ziekenhuisfinanciering.
- FOD Volksgezondheid. (2023). Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG). Retrieved from <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/registratiesystemen/mzg>
- Ziekenhuis Gelderse Vallei. (n.d.). Wat is een DBC? Retrieved from <https://www.geldersevallei.nl/patient/zorgkosten/uitleg-over-dbc>
- Gerken, S., & Merkur, S. (2010). Belgium: Health system review. *Health systems in transition*, 12(5), 1-266.
- Gerken S., Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(5): pp.i-237.
- Gershlick, B. (2016). Best Practice Tariffs.
- Ginsburg, P. B. (2012). Fee-for-service will remain A feature of major payment reforms, requiring more changes in Medicare physician payment. *Health Affairs*, 31(9), 1977-1983.
- Glickman, A., Dinh, C., & Navathe, A. (2018). The current state of evidence on bundled payments.
- Gray, C. F., Prieto, H. A., Duncan, A. T., & Parvataneni, H. K. (2018). Arthroplasty care redesign related to the comprehensive care for joint replacement model: Results at a tertiary academic medical center. *Arthroplasty Today*, 4(2), 221-226. doi:10.1016/j.artd.2018.02.002
- Groot, T., & Krabbe-Alkemade, Y. (2017). Performance differences between the episode-based DBC and diagnosis-related DRG case mix systems. *Krabbe-Alkemade, Y., & Groot*, 224-235.
- Greengross, P., Grant, K., & Collini, E. (1999). The UK national health service. *DFID Health Systems Resource Centre*, 2, 2019.
- Guterman, S., & Dobson, A. (1986). Impact of the Medicare prospective payment system for hospitals. *Health Care Financing Review*, 7(3), 97.
- Hardin, L., Kilian, A., & Murphy, E. (2017). Bundled payments for care improvement: preparing for the medical diagnosis-related groups. *The Journal of nursing administration*, 47(6), 313.
- Hasaart F. (2011) Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care.
- Hennig-Schmidt, H., Selten, R., & Wiesen, D. (2011). How payment systems affect physicians' provision behaviour—an experimental investigation. *Journal of health economics*, 30(4), 637-646.
- Hussey, P. S., Ridgely, M. S., & Rosenthal, M. B. (2011). The PROMETHEUS bundled payment experiment: Slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Affairs*, 30(11), 2116-2124.
- Iorio, R., Clair, A. J., Inneh, I. A., Slover, J. D., Bosco, J. A., & Zuckerman, J. D. (2016). Early results of Medicare's bundled payment initiative for a 90-day total joint arthroplasty episode of care. *The Journal of arthroplasty*, 31(2), 343-350.

- Jarvinen, J., & Hyvonen, T. (2006). Contract-based budgeting in health care: A study of the institutional processes of accounting change. *The European Accounting Review*, 15(1), 3-36. doi:10.1080/09638180500453189
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., & Gilles, W., (2002) A Typology for Provider Payment Systems in Health Care, *Health Policy* 60. 255-273
- Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B., & Zhang, L. (2021). Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Joynt Maddox, KE., Orav, EJ., Zheng, J., Epstein, AM. (2018). Evaluation of Medi-care's bundled payments initiative for medical conditions. 379(3):260-9
- Kazungu, J. S., Barasa, E. W., Obadha, M., & Chuma, J. (2018). What characteristics of provider payment mechanisms influence health care providers' behaviour? A literature review. *The International journal of health planning and management*, 33(4), e892-e905.
- KFF. (2022). *Price Regulation, Global Budgets, and Spending Targets: A Road Map to Reduce Health Care Spending, and Improve Affordability*. Retrieved from <https://www.kff.org/health-costs/report/price-regulation-global-budgets-and-spending-targets-a-road-map-to-reduce-health-care-spending-and-improve-affordability/>
- KFF. (2016). A Primer on Medicare: Key Facts About the Medicare Program and the People it Covers - How does Medicare pay providers in traditional Medicare? Retrieved from <https://www.kff.org/report-section/a-primer-on-medicare-how-does-medicare-pay-providers-in-traditional-medicare/>
- Krabbe-Alkemade, Y. J. F. M., Groot, T. L. C. M., & Lindeboom, M. (2017). Competition in the Dutch hospital sector: an analysis of health care volume and cost. *The European Journal of Health Economics*, 18, 139-153.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. *Health systems in transition*, 18(2), 1-240.
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*, 56(3), 171-204.
- Laagvariabele Zorg. (2019). Globaal Prospectief Bedrag. Retrieved from <https://www.laagvariabelezorg.be/gps>
- Langenbrunner, J. C., & Xingzhu, L. (2004). How to pay? Understanding and using incentives.
- Langenbrunner, J. C. and Wiley M. M. (2002) "Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries," Chapter 8 in McKee, M. and Healy, J., eds., *Hospitals in a Changing Europe* (Buckingham, UK: Open University Press, 2002).
- Langenbrunner, John C.; Cashin, Cheryl; O'Dougherty, Sheila. (2009). *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems : How-To Manuals*. Washington, DC: World Bank. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13806> License: CC BY 3.0 IGO."
- Lenz, R., Peleg, M., & Reichert, M. (2012). Healthcare process support: achievements, challenges, current research. *International Journal of Knowledge-Based Organizations (IJKBO)*, 2(4).
- Li, L., & Zhang, S. (2022). Understanding the public policy of global budget payment reform improves the quality of public healthcare from the perspective of patients in China. *Frontiers in Psychology*, 13, 911197-911197.

- Maarse, J. A. M., Horst, A. V. D., & Molin, E. J. E. (1993). Hospital budgeting in the Netherlands: Effects upon hospital services. *The European Journal of Public Health*, 3(3), 181-187.
- Mayes, R. (2007). The origins, development, and passage of Medicare's revolutionary prospective payment system. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 62(1), 21-55.
- Mannion, R., Marini, G., & Street, A. (2008). Implementing payment by results in the English NHS: changing incentives and the role of information. *Journal of health organization and management*, 22(1), 79-88.
- Marshall L, Charlesworth A, Hurst J (2014). The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. London, Nuffield Trust.
- McGuire, T. G. (1994). Review of The Effects of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patients, by K. L. Kahn. *The Journal of Risk and Insurance*, 61(1), 163-165.
- Medicare. (z.d.). How is Medicare funded? Retrieved from <https://www.medicare.gov/about-us/how-is-medicare-funded>
- Medicare. (z.d.). Parts of Medicare Retrieved from <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/medicare-basics/parts-of-medicare>
- OECD. (2015). Fiscal Sustainability of Health Systems
- Oostenbrink, J.B. & Rutten, F.F.H. (2006). Cost assessment and price setting of inpatient care in The Netherlands. the DBC case-mix system. *Health Care Management Science*, 9(3).
- Park, M., Braun, T., Carrin, G., Evans, D. B., & World Health Organization. (2007). Provider payments and cost-containment: lessons from OECD countries (No. WHO/HSS/HSF/PB/07.02). World Health Organization.
- Preston, A. M., Chua, W. F., & Neu, D. (1997). The diagnosis-related group-prospective payment system and the problem of the government of rationing health care to the elderly. *Accounting, Organizations and Society*, 22(2), 147-164.
- Robinson, S. (2017). Financing healthcare: funding systems and healthcare costs. *EBOOK: Healthcare Management*, 54.
- Rolnick, J. A., Liao, J. M., Emanuel, E. J., Huang, Q., Ma, X., Shan, E. Z., Dinh, C., Zhu, J., Wang, E., Cousins, D., & Navathe, A. S. (2020). Spending and quality after three years of Medicare's bundled payments for medical conditions: quasi-experimental difference-in-differences study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m1780.
- RIZIV. (2018). Global Payment With Standardization (GPS system) - Nieuwe prospectieve financiering van ziekenhuisactiviteiten voor laagvariabele zorg. Retrieved from https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/patienten_aagvariabele_zorg_presentatie20180618.pdf
- RIZIV. (z.d.). Ziekenhuisverblijven voor "laagvariabele zorg": Basisprincipes van het systeem. Retrieved from <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/financiering/Paginas/basisprincipes-nieuwe-systeem.aspx>
- RIZIV. (z.d.). Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Retrieved from <https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/Paginas/default.aspx>

- Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., et al. (2010) The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*
- Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2005). Health care reform in Belgium. *Health Economics*, 14(S1), S25-S39.
- Shih, T., Chen, L. M., & Nallamothu, B. K. (2015). Will bundled payments change health care? Examining the evidence thus far in cardiovascular care. *Circulation*, 131(24), 2151-2158.
- Steenhuis, S., Struijs, J., Koolman, X., Ket, J., & Van der Hijden, E. (2020). Unraveling the complexity in the design and implementation of bundled payments: a scoping review of key elements from a payer's perspective. *The Milbank Quarterly*, 98(1), 197-222.
- Stephani, V., Quentin, W., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Geissler, A. (2018). Payment methods for hospital stays with a large variability in the care process. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 302. D/2018/10.273/36.*
- Struijs, J. N., De Vries, E. F., Baan, C. A., Van Gils, P. F., & Rosenthal, M. B. (2020). Bundled-payment models around the world: how they work and what their impact has been. *The Commonwealth Fund: Issue Briefs*.
- Szende, A., & Mogyorosz, Z. (2004). Health care provider payment mechanisms in the new EU members of Central Europe and the Baltic States. *The European Journal of Health Economics*, formerly: HEPAC, 5(3), 259-262.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., Wharton, G.A. (2020). International Healthcare System Profiles - England. Retrieved from <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>
- Tol, J., Swinkels, I. C., Struijs, J. N., Veenhof, C., & de Bakker, D. H. (2013). Integrating care by implementation of bundled payments: results from a national survey on the experience of Dutch dietitians. *International journal of integrated care*, 13, e055.
- Trybou, J. (2011). De ziekenhuisfinanciering: uitdagingen, sterktes en kansen tot verbetering. In *Towards a new organization and financing of our hospitals: what opportunities for improvement?* (Vol. 2011). Itinera Institute.
- USAGov. (z.d). Centers for Medicare and Medicaid Services. Retrieved from <https://www.usa.gov/agencies/centers-for-medicare-and-medicaid-services>
- Van De Sande, S., De Ryck, D., De Gauquier, K., Hilderson, R., Neyt, M., Peeters, G., Swartenbroekx, N., Tambeur, W., Vanden Boer, G., Van de Voorde, C. (2010). Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologie-financiering voor Belgische ziekenhuizen. *KCE Reports 121A*.
- Van de Voorde, C., Gerkens, S., Van den Heede, K., Swartenbroekx, N. (2013). A comparative analysis of hospital care payments in five countries – Synthesis. *Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Report 207. D/2013/10.273/60*
- Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, MB., Sermeus, W. (2010). Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*;10:247.
- Verhaeghe, N., & Annemans, L. (2017). Geïntegreerde zorg vraagt een geïntegreerde financiering. In *Onbezorgd: naar een geïntegreerd gezondheidssysteem* (pp. 183-203). ACCO.

- Wang, C. Y., Chen, Y. R., Hong, J. P., Chan, C. C., Chang, L. C., & Shi, H. Y. (2017). Rehabilitative post-acute care for stroke patients delivered by per-diem payment system in different hospitalization paths: A Taiwan pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(6), 779-784.
- Wang, Y., Hou, W., Wang, X., Zhang, H., & Wang, J. (2021). Bad to all? A novel way to analyze the effects of fee-for-service on multiple grades of hospitals operation outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12723.
- Westerdijk, M., Zuurbier, J., Ludwig, M., & Prins, S. (2012). Defining care products to finance health care in the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, 13(2): 203-221. doi: 10.1007/s10198-011-0302-6
- Wubulihasimu, P., Brouwer, W., & van Baal, P. (2016). The impact of hospital payment schemes on healthcare and mortality: Evidence from hospital payment reforms in OECD countries: The impact of hospital payment schemes. *Health Economics*, 25(8), 1005-1019.
- Zorg en Gezondheid. (2023). De vaakst voorkomende behandelingen en operaties (volgens MDC) bij een ziekenhuisopname. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/de-vaakst-voorkomende-behandelingen-en-operaties-volgens-mdc-bij-een-ziekenhuisopname>

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewleidraad Groep A

Inleiding

Met de hervorming van het Vlaams ziekenhuislandschap in 2019, is de ziekenhuisfinanciering grondig gewijzigd. De honoraria voor de laagvariabele zorg die aan de zorgverleners/ziekenhuizen vergoed worden zijn sinds 1 januari 2019 vastgelegd (gebundeld) in plaats van betaling per prestatie. Onder laagvariabele zorg wordt de zorg verstaan die weinig complex is en tussen patiënten en ziekenhuizen weinig verschilt. In het kader van mijn masterproef doe ik, Manon Schreurs, onderzoek naar de perceptie van Vlaamse zorgverleners en ziekenhuizen ten aanzien van gebundelde financiering. Om deze reden zal ik interviews afnemen bij mensen werkzaam in de Vlaamse gezondheidszorg om zo de bestaande literatuur aan te vullen.

Feitelijke gegevens:

- Kan u uzelf kort even voorstellen?
 - Welke functie beoefent u?
 - Hoelang beoefent u die functie al?
 - Hoe bent u bij dit ziekenhuis/deze organisatie terecht gekomen?

Midden

Filosofie en beoogde doelen

- Op welke manier komt u in aanraking met gebundelde financiering in de laagvariabele zorg (LVZ)?
- Wat was uw mening toen de hervorming van het ziekenhuislandschap/ziekenhuisfinanciering (gebundelde financiering voor laagvariabele zorg) ter sprake kwam?
- Was u in eerste instantie overtuigd van de beoogde doelen van LVZ of niet?
 - Was u het ermee eens dat de overconsumptie van zorg verminderd moest worden? Waarom wel/niet?

Implementatie

- Hoe heeft u de implementatie van gebundelde financiering ervaren?
 - Was dit gemakkelijk/moeilijk en waarom?
 - Was er genoeg ondersteuning om deze implementatie te realiseren?
 - Heeft u iets specifiek gedaan om het ziekenhuis hierop voor te bereiden, zoals bijvoorbeeld simulaties gemaakt van verschillende scenario's?
- Heeft het implementeren van gebundelde financiering voor LVZ voor een besparing gezorgd?
- Heeft het implementeren van gebundelde financiering voor LVZ een impact gehad op de aanpak van de zorg in jullie ziekenhuis?
 - Zien bepaalde procedures er anders uit?

- Neemt u op een andere manier beslissingen?
 - Zo ja, kan u hier een voorbeeld van geven?
- Heeft het implementeren van gebundelde financiering voor LVZ een impact gehad op de kwaliteit van zorg?
- Heeft het implementeren van gebundelde financiering voor LVZ een impact gehad op de hoeveelheid administratie voor u/het ziekenhuis?
 - Is de administratie toegenomen, afgenomen of hetzelfde gebleven?
 - Wijzigt er veel in de patiëntenfacturen?
- Heeft het systeem van gebundelde financiering een impact gehad op jullie uiteindelijke jaarrekening?
- Zouden artsen volgens u inspraak moeten krijgen in wat het budget voor een bepaalde bundel moet zijn?
- Heeft iedereen die uit een bepaalde bundel vergoed wordt daar ook evenveel recht op volgens u?

Toekomst

- Welke hervormingen kunnen in het Vlaams ziekenhuislandschap nog doorgevoerd worden om bv. de kwaliteit van zorg te verhogen en de budgetten efficiënter te besteden?
 - Kan gebundelde financiering volgens u nog uitgebreid worden naar bv. mediumvariabele en hoogvariabele zorg?
 - Kan gebundelde financiering volgens u ook uitgebreid worden naar andere zorginstellingen los van ziekenhuizen?
- Ziet u een gevaar in gebundelde financiering voor LVZ naar de toekomst toe?
 - Bijvoorbeeld als het budget steeds meer ingeperkt wordt, zou dit de kwaliteit van zorg in gevaar kunnen brengen?
- Wat valt het meest op als u een vergelijking maakt tussen het ziekenhuislandschap vóór LVZ en nu?
- Om dan nog kort een kleine conclusie te geven:
- Wat zijn volgens u de sterktes van gebundelde financiering?
- Wat zijn volgens u de zwaktes van gebundelde financiering?

Slot

- Is er nog iets dat u aan dit interview wil toevoegen?
- Heeft u nog vragen voor mij?

Bijlage 2: Interviewleidraad Groep B

Inleiding

Met de hervorming van het Vlaams ziekenhuislandschap in 2019, is de ziekenhuisfinanciering grondig gewijzigd. De honoraria voor de laagvariabele zorg die aan de zorgverleners/ziekenhuizen vergoed worden zijn sinds 1 januari 2019 vastgelegd (gebundeld) in plaats van betaling per prestatie. Onder laagvariabele zorg wordt de zorg verstaan die weinig complex is en tussen patiënten en ziekenhuizen weinig verschilt. In het kader van mijn masterproef doe ik, Manon Schreurs, onderzoek naar de perceptie van Vlaamse zorgverleners en ziekenhuizen ten aanzien van gebundelde financiering. Om deze reden zal ik interviews afnemen bij mensen werkzaam in de Vlaamse gezondheidszorg om zo de bestaande literatuur aan te vullen.

Feitelijke gegevens:

- Kan u uzelf kort even voorstellen?
 - Welke functie beoefent u?
 - Hoelang beoefent u die functie al?
 - Hoe bent u bij dit ziekenhuis/deze organisatie terecht gekomen?

Midden

Filosofie en beoogde doelen

- Op welke manier komt u in aanraking met laagvariabele zorg (LVZ)?
- Wat was uw mening toen de hervorming van het ziekenhuislandschap/ziekenhuisfinanciering (gebundelde financiering voor laagvariabele zorg) ter sprake kwam?
- Was u in eerste instantie overtuigd van de beoogde doelen van LVZ of niet?
 - Was u het ermee eens dat de overconsumptie van zorg vermindert moest worden? Waarom wel/niet?

Implementatie

- Hoe heeft u de implementatie van gebundelde financiering ervaren?
 - Was dit gemakkelijk/moeilijk en waarom?
 - Was er genoeg ondersteuning om deze implementatie te realiseren?
- Heeft het implementeren van gebundelde financiering voor LVZ een impact gehad op de aanpak van de zorg in orthopedie?
 - Verschilt de vroegere procedure van een knie- of heupprothese veel met die van nu?
 - Neemt u beslissingen anders?
 - Zo ja, kan u hier een voorbeeld van geven?
 - Zijn er nieuwe regels die u moet opvolgen?
 - Zo ja, kan u hier een voorbeeld van geven?
 - Wordt er ingezet op andere instrumenten dan vroeger om binnen de bundel te blijven?

- Zo ja, kan u hier een voorbeeld van geven?
- Heeft het implementeren van gebundelde financiering voor LVZ een impact gehad op de kwaliteit van zorg?
- Heeft het implementeren van gebundelde financiering voor LVZ een impact gehad op de hoeveelheid administratie voor u?
 - Is de administratie toegenomen, afgenomen of hetzelfde gebleven?
- Heeft het implementeren van gebundelde financiering voor LVZ een impact gehad op de totale uitgaven van het ziekenhuis?
- Krijgt u of krijgen artsen in het algemeen inspraak in wat het budget voor een bepaalde bundel moet zijn?
 - Zo nee, vindt u dat dit zou moeten?
- Heeft iedereen die uit een bepaalde bundel vergoed wordt daar ook recht op volgens u?

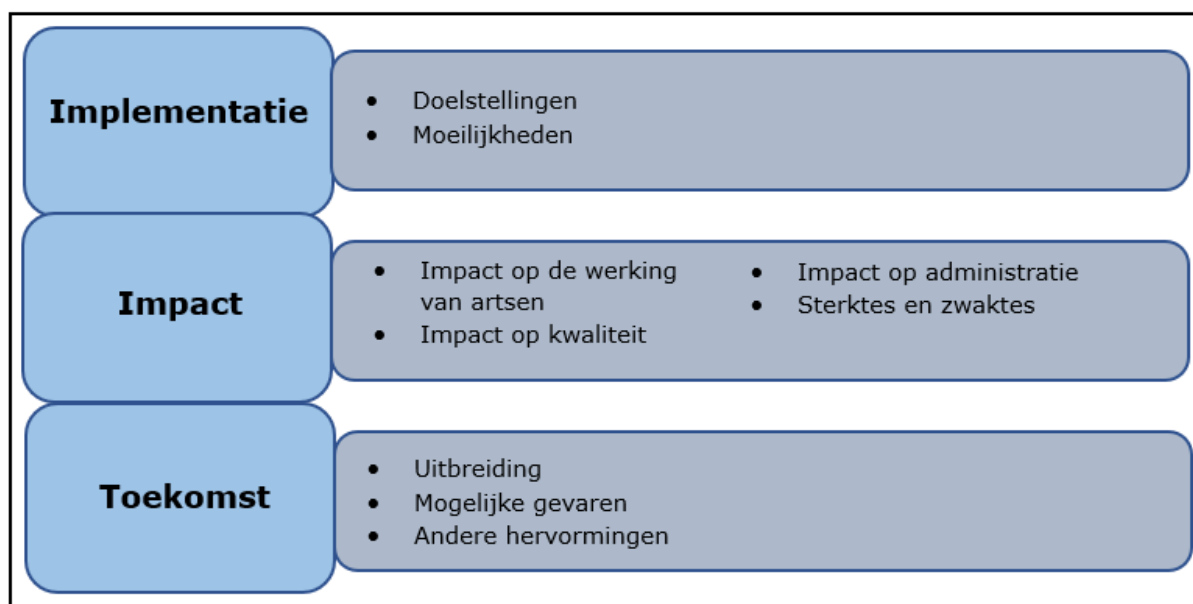
Toekomst

- Moeten er volgens u nog hervormingen in het Vlaams ziekenhuislandschap doorgevoerd worden om bv. de kwaliteit van zorg te verhogen en de budgetten efficiënter te besteden?
 - Kan gebundelde financiering nog uitgebreid worden naar bv. mediumvariabele en hoogvariabele zorg?
 - Kan gebundelde financiering worden uitgebreid naar andere zorginstellingen los van ziekenhuizen?
- Ziet u een gevaar in gebundelde financiering voor LVZ naar de toekomst toe?
 - Bijvoorbeeld als het budget steeds meer ingeperkt wordt, zou dit de kwaliteit van zorg in gevaar kunnen brengen?
- Wat valt het meest op als u een vergelijking maakt met orthopedische zorg vóór LVZ en nu?
- Om dan nog kort een kleine conclusie te geven:
 - Wat zijn volgens u de sterktes van gebundelde financiering?
 - Wat zijn volgens u de zwaktes van gebundelde financiering?

Slot

- Is er nog iets dat u aan dit interview wil toevoegen?
- Heeft u nog vragen voor mij?

Bijlage 3: Codeboom



Bijlage 4: Transcripties interviews

Interview met respondent A1

INTERVIEWER: Als eerste zou u uzelf even kort kunnen voorstellen, uw functie, wat u precies doet en dan hoe u bij dit ziekenhuis terecht bent gekomen?

RESPONDENT A1: Goed, dus ik ben A1, financieel directeur. Ik ben verantwoordelijk voor alles wat financiën is, dus boekhouding maar ook facturatie, euhm controle, maar ook administratieve diensten en infrastructuur. Dus dat is wel ietsje breder als financiën, dat is dus ook alles van bouwwerken en dergelijke, aankopen, logistiek. Euhm... ik werk hier ondertussen tien jaar en daarvoor heb ik eigenlijk altijd in andere sectoren gewerkt dus dat zijn bouwondernemingen, metaalverwerking, dus productie-industrie in verschillende landen. Dus dat is wel iets heel anders als ziekenhuizen moet ik toegeven, maar oké, op zich ook wel een interessante ervaring.

INTERVIEWER: Oké, en dan mijn volgende vraag is op welke manier u in aanraking komt met gebundelde financiering in de laagvariabele zorg?

RESPONDENT A1: Dus ja laagvariabele zorg op het moment van introductie, euhm, moest daar eigenlijk een regeling voor uitgewerkt worden van hoe wordt die bundel verdeeld. Nu euhm de bundled payment zoals geïmplementeerd in België is al niet meer echt een bundled payment want die is al redelijk sterk doorgegeven of bepaald van hoe die bundled payment moet verdeeld worden. En het is niet dat we vrij zijn in euhm, het verdelen van een bedrag wat in de laagvariabele zorg zit, wat in de bundled payment zit. We kunnen niet daar zeggen van we kunnen daar vrij mee aan de slag en we gaan zien hoe we ons daarrond organiseren, nee dat is eigenlijk eerder bepaald vanuit de samenstelling van de bundled payment zoals die uit de gemiddelden van de sector komt. Euhm, maar goed gewoon de praktische implementatie daar, van hoe realiseren we dat, hoe gaan we met kleinere bedragen om euhm... ja was wel een financiële regeling die we in het ziekenhuis hebben tot stand moeten brengen en waar we eigenlijk ook nog altijd een stukje over rapporteren van kijk, dit zijn de bedragen die we hebben ontvangen, dit zijn de bedragen die we hebben doorbetaald, euhm dit is het deel wat we mogelijks herverdelen, euhm en zo verder enzovoort. Dus in die zin ben ik erbij betrokken.

INTERVIEWER: En weet u nog toen dat voor de eerste keer ter sprake kwam dat ze die laagvariabele zorg gingen invoeren, had u daar toen een mening over? Vond u dat een goed idee, een slecht idee? Want ze wouden daar bijvoorbeeld ook overconsumptie van zorg mee tegengaan, was u het daarmee eens, mee oneens?

RESPONDENT A1: Goh, ik ben in principe voorstander van bundled payment, het is eigenlijk ook als je gaat kijken, we hebben daar dan ook wel wat bij die opstart euhm we hebben dan ook een aantal cijfers uitgewisseld met verschillende ziekenhuizen. Als ge de variaties ziet die bestaan rond eigenlijk redelijk eenvoudige zorg, maar hoeveel er dan toch variaties zitten in aanrekeningen, ja eigenlijk is

dat niet oké. Dus op dat vlak kan ik daar zeker een maatschappelijk standpunt in volgen, natuurlijk vanuit ziekenhuis zelf blijft dat een moeilijke uitdaging van hoe gaan we daar dan mee om. Als financieel directeur zijn we daar niet allemaal zo happy over dat we zoiets moeten gaan implementeren, maar op zich de basisidee erachter vind ik wel goed euhm het zien van de delen is niet één op één, maar value based healthcare, de principes die daar worden gehanteerd en bundled payments was daar eentje van, ik sta daar wel achter. Ik heb daar op een bepaald moment ook cursus voor gevolgd, maar goed daar zit wel wat in. Euhm, ik vind het wel wat spijtig de manier waarop het in België geïmplementeerd is dus zoals ik al zei euhm in plaats van te spreken over kijk we hebben hier een bepaald forfaitair bedrag waarvoor we die zorg gaan organiseren, is het eigenlijk meer een forfaitair honoraria geworden euhm en die eigenlijk redelijk snel grenzen stelt waardoor we ons errond kunnen organiseren. Want ja het gaat ook enkel nog maar over de honoraria, en de andere aspecten worden niet meegenomen of nog niet meegenomen. Ik denk trouwens andere aspecten meenemen is een zeer moeilijke oefening om dat goed te laten verlopen, maar euhm ja dus zelfs binnen dat aspect heeft men terug doorverdeeld en hebben we eigenlijk een vrijheidsgraad kwijtgespeeld om ons daarrond dan efficiënter te organiseren want ja de vergoedingen en de verdelingen ligt vast.

INTERVIEWER: Ja...

RESPONDENT A1: Dat is dan gebaseerd op een Belgisch gemiddelde wat op zich dan ook wederom, ja goed het is dan toch ergens een standaard die doorkomt van de best practice zal ik maar zeggen, vanuit Belgisch niveau maar er zit wel een risico in dat we gaan afgeleiden naar euhm zo weinig mogelijk te doen om toch nog net over de lat te geraken. Euhm, dus dan ja er zit wel een beetje risico in van een kwalitatief deficit maar alé de sector is nu wel niet zo dat die alé ik denk dan dat de intrinsieke motivaties van artsen en ziekenhuizen om toch nog kwaliteit te leveren dat dat wel voorkomt dat ge effectief afgeleid naar het absolute minimum. Euhm, maar ja oké euhm het blijft dat de standaard gaat bepaald worden en hoe we eerder gaan georganiseerd worden of alvast de financiële incentive die daar tegenover staat gebaseerd is op een gemiddelde van wat er in het Belgisch landschap gebeurt.

INTERVIEW: En dus u zei dan dat u een regeling voor jullie ziekenhuis had moeten uitwerken, vond u dat gemakkelijk of gingen daar moeilijkheden mee gepaard?

RESPONDENT A1: Euhm, ja goed evident is dat niet. Geen enkele financiële regeling met artsen is een evidentie, ik weet niet of ge anderen financieel directeurs al geïnterviewd hebt, maar degenen die dat gemakkelijk vindt alé ik denk niet dat er daar veel zijn die dat gaan zeggen dat dat gemakkelijk is. Dat is ook te begrijpen, want dat zijn redelijk wat belangen van mensen die daarbij betrokken zijn en ja goed iedereen zal wel zeggen als het over zijn eigen portefeuille gaat, gaat die daarvoor spreken, gaat die daar proberen een zo goed mogelijk deel te sluiten. Euhm, wilt wel zeggen dat wij als ziekenhuis goed dat overkoepelend verhaal voor moeten schrijven en een evenwicht vinden opnieuw, anderzijds hier de verdeling was al in grote delen ligt vast en gaat het eerder een

beetje in de marge. Dus de grootste discussie heeft het ook niet gegeven euhm en ja goed alé alvast voor ons ziekenhuis was dat verschil in de meeste gevallen niet zo pijnlijk ik bedoel het is niet dat uiteindelijk wat wij gemiddeld aanrekenen voor een bepaalde pathologie die in laagvariabele zorg vallen dat die zo sterk verschillen. Dus ja dat was al min of meer redelijk kort bij die standaard.

INTERVIEWER: Oké, en het feit dat die budgetten voor de laagvariabele zorg vastliggen. Kunnen jullie daardoor eigenlijk een betere schatting doen van de uitgaven bijvoorbeeld of heeft dat een impact op hoe jullie jaarrekening er uiteindelijk uit ziet?

RESPONDENT A1: Nee, op dat vlak, ge moet opletten de kosten zijn niet beter voorspelbaar geworden. Euhm het zijn de opbrengsten die beter voorspelbaar zijn geworden, die liggen redelijk vast. Dus de opbrengstzijde die is duidelijk, natuurlijk dat is de opbrengstzijde die langs de kant van de artsen euhm het deel laagvariabele zorg dat impact heeft op het ziekenhuis, dat is enkel het deel van de medisch-technische diensten en dat is al bij al niet zo groot. Euhm, veel van zorg die in laagvariabele zorg zit en de activiteit van medisch-technische diensten dat zich daarrond beweegt die is voor de opnameperiode of na de opnameperiode. Meestal voor denk ik en ja die is dus niet gevat door die laagvariabele zorg, dus ja impact voor het ziekenhuis ik zeg het zit in honoraria, die honoraria gaan grotendeels rechtstreeks naar de betreffende artsen en waar er delen naar het ziekenhuis gaan betreft medisch-technische diensten, bevat eerder een klein percentage binnen laagvariabele zorg. Dus op dat vlak heeft het voor het ziekenhuis ook weinig impact.

INTERVIEWER: En iedereen die uit een bepaalde bundel vergoed wordt, bijvoorbeeld als ge dan gaat kijken bij orthopedie. Ik had dan met een orthopedist ook een interview gehad en hij zei dan van ja er gaat ook een deel naar het labo, maar wij doen post-operatief geen bloedonderzoeken meer waardoor zij eigenlijk een vergoeding krijgen terwijl zij niet echt bijdragen aan de zorg van die patiënt. Hoe kijkt u daar tegenover?

RESPONDENT A1: Ja, ik denk euhm ik begrijp die opmerking hé. Het forfait is verdeeld over tal van euhm disciplines en ja die verdelingen liggen dus eigenlijk een stukje wettelijk vast. Euhm, en ja daar staan soms aktes tegenover, daar staan soms geen aktes tegenover. Natuurlijk dat is een beetje eigen aan het forfaitair systeem hé, dat is de blutsende buil hé, soms is de vergoeding onvoldoende en soms is te veel en ja gemiddeld zou ze oké moeten zijn. Dus ja, maar opnieuw het is wel wat vreemd dat als ge een bepaalde case hebt en ik vond het labo is bijvoorbeeld een dienst die zeer sterk forfaitair vergoed is over de ganse lijn. Ik denk dat die, ik denk dat orthopedisten dat mogelijks ook niet zo goed weten, maar euhm ja een labo in een ziekenhuis is denk ik ongeveer voor 70% forfaitair gefinancierd euhm dus de inkomsten van dat labo zowel voor ziekenhuizen als voor artsen hangt af van ligdagen, hangt af van opnames euhm waar forfaits tegenover staan en ja goed voor sommige patiënten moet ge veel doen en voor sommige patiënten moet ge niks doen en ja het gemiddelde moet eigenlijk het totaal compenseren. Zo dus opnieuw is dat eigen aan een forfaitair systeem. Nu in het kader van de laagvariabele zorg is dat wel eerlijk gezegd niet raar hé in feite. Ge kunt dan bijvoorbeeld discussie hebben over dringendheid, dat vind ik al helemaal een absurd

verhaald persoonlijk. Euhm, die dringendheid is ook mee in die forfait gestoken en dat wil dus zeggen als een arts 's nachts moet opkomen voor een patiënt te zien en daar is een hoger honorarium dat kan toegepast worden ma dat is niet forfaitair geregeld. Ja hoe kunt ge nu zeggen, dit zit in de bundel ja ik bedoel hier is voor deze patiënt wel effectief een reden voor te zeggen ja dit is wel een ander verhaal. En natuurlijk die gemiddelden voor een jaarbasis gaat ge zoveel dringendheden hebben maar ja daar zitten ook pathologieën in waarvoor er toch niet zo heel veel ingrepen zijn of niet zo heel veel patiënten zijn, dus dan valt dat verhaal van die gemiddelden wel weg hé. Dus ja ik had liever euhm, dat zei ik net al, ik had liever een systeem gezien waar dat er effectief een bundel was die niet op voorhand verdeeld was en waar we op basis van een goede efficiëntie van de zorg tot de verdeling van die inkomsten over de verschillende betrokken actoren van de zorg zouden gesproken hebben. Dan zouden ook we ook verplicht zijn geweest om te kijken van hoe doen we dat nu want ja dat is niet gebeurd, alé kijk voor ons is dat wel gebeurd voor knieën en heupen, dus net voor orthopedie binnen laagvariabele zorg, daar zijn we wel het proces gaan bekijken van wat moeten we hier wel doen en wat moeten we hier niet doen, hoe kunnen we dat efficiënter doen, hoe kunnen we dat zorgpad inkorten, is dit zinvol of is dit niet zinvol, ja goed laat ons dat met een multidisciplinaire groep helemaal doorgronden en zo efficiënt mogelijk en kwalitatief mogelijk krijgen. Euhm, maar voor het gros van de laagvariabele zorg is dat niet gebeurd, omdat dat ook niet nodig was want ja de verdeling lag vast. Als ge een verdeling moest opstellen dan moest ge een analyse doen van wie doet wat, en wie zou er wat moeten doen want ge moet een vaste forfait hebben hé dus dan zijt ge daartoe verplicht maar dat is niet gebeurd. Dus dat vind ik een beetje een gemiste kans euhm in heel het verhaal dat men dat gedaan heeft, natuurlijk het zou ook een hele uitdaging geweest zijn bij die implementatie als ge dat allemaal zou moeten gaan doen maar ik vind het wel een gemiste kans. Dus daar is voor het grootste gedeelte is men gewon blijven verderwerken hoe men altijd al gewerkt heeft, dus veel verschillen in praktijk zijn daar niet uitgekomen en ja er is een verschil in vergoedingswijze en soms is dat positief soms is dat negatief en ja daar leeft men mee.

INTERVIEWER: Oké, heeft dat eigenlijk ook een impact gehad op de uitgaven van jullie ziekenhuis die implementatie?

RESPONDENT A1: Neen, nauwelijks.

INTERVIEWER: En heeft het een impact gehad op de kwaliteit van jullie zorg?

RESPONDENT A1: Ik denk het uiteindelijk ook niet. Ik denk dat we nog altijd voor het grootste gedeelte, buiten onze knieën en heupen waar die eigenlijk wat los van die laagvariabele zorg op zich, maar wel gedreven vanuit value-based healthcare waar we een projectie doen willen we daar toch iets voor doen, kijken wat kunnen we daar realiseren en daar hebben we ons geherorganiseerd en daar zijn voordelen uit gekomen. Maar voor derest nee.

INTERVIEWER: En heeft dat voor u eigenlijk meer of minder of dezelfde hoeveelheid administratie met zich meegebracht?

RESPONDENT A1: Meer. Ja, de complexiteit van een ziekenhuisfactuur is al affreus dat is al een drama euhm en ja dat is alweer nog maar een keer opnieuw veel complexer geworden. Dus het is echt geen vereenvoudiging omdat ge de uitzonderingen niet hebt op basis van severity's, alé ik kan dat wel begrijpen, maar ja ge hebt enerzijds een registratie van alle aktes die gebeuren enerzijds zoals het klassiek is plus een registratie van oké een codering heerst en dan dat is voorcodering op basis van MZG van dit is laagvariabele zorg, oké laagvariabele zorg, dan is dit de vergoeding van laagvariabele zorg en heeft zijn geëigende verdeling dan, opnieuw een verdelingsmechanisme waar dan ook weer administratie achter draait euhm en waar bedragen van 0,1 euro moeten verdeeld worden en zo hé. Voor elke ingreep is dat een lijst om u tegen te zeggen, omdat overal waar in België een bepaalde specialist iets doet, dat gaat mee in het gemiddelde en daarop wordt doorverdeeld, dus ja dat is ook een affreus verhaal. Ja goed alleen maar complexiteiten en bijkomende administratie, dus dat is wel aanzienlijk.

INTERVIEWER: Zijn er volgens u nog hervormingen die men in het Vlaamse ziekenhuislandschap kan doen om bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg te verhogen of de middelen efficiënter te besteden? Of kan gebundelde financiering bijvoorbeeld uitgebreid worden naar medium- of hoogvariabele zorg. Heeft u daar een mening of een gedacht over?

RESPONDENT A1: Ik heb daar veel meningen over (lacht) maar hoeveel tijd hebt ge. Ja er is zeker efficiëntie te weinig, dat is zonder meer zo. Evident kan ik het ook wel niet noemen hoor, degene die zegt ik heb dat zo met een vingerknip opgelost ja dat is nu eenmaal niet zo. Er zijn al heel veel ministers van Volksgezondheid die daar eigenlijk hun tanden een beetje op hebben kapotgebeten omdat dat ja, en ook een sector is waar heel veel belangen spelen en ja dat is nu eenmaal niet zo gemakkelijk om daar iets te gaan doen. Euhm, zoals ik al aangaf, we verdrinken een beetje in de complexiteit van de regelgeving en euhm alé ik kan gemakkelijk de vergelijking maken toen ik in de niet-ziekenhuissector werkte, in al die organisaties waar ik werkte hebben we op het einde van de maand, was op het einde van de maand alle facturatie gebeurd. Wist iedereen perfect dit is de omzet van elke maand geweest, dat was een evidentie ja mensen moeten hun geld zo snel mogelijk binnenhebben dus om facturen op te stellen ja daar maakt men natuurlijk wel prioriteit van. Euhm, in ons ziekenhuis en ik denk dat wij daar heel efficiënt zijn, is dat denk ik de 22ste tot de 25ste dag na de maand is dat rond dat proces, daar is een dienst mee bezig het is niet dat dat geautomatiseerd is, dat is gigantisch complex geworden en ja ik moet heel goed zorg dragen voor die mensen want als die weg zijn dan krijg ik geen factuur niet meer op de wereld. Euhm, dat is echt en ja eer dat daar een medewerker in mee is, die is twee jaar in dienst eer die dat effectief onder de knie heeft. Dus ja die complexiteit speelt ons echt parten en dat belet dan ook opnieuw om rond de medische organisatie verder te gaan want niemand weet nog goed wat er vervolgens loskomt. We zijn nu georganiseerd, of we willen ons nu organiseren in netwerken, maar ja iedereen heeft schrik om iets te veranderen want ge weet niet wat daar de gevolgen van zijn, financieel. Ook de incentive om iets te doen, ja dat is dikwijls ook heel moeilijk omdat ge niet goed weet van wat is de impact. Ook de voorspelbaarheid naar de toekomst is moeilijk, ja de overheid geeft nu eenmaal veel vorm aan zaken euhm en ja ze willen wel eens hervormen maar goed als ge een beslissing neemt vandaag, is die

morgen dan nog wel geldig ja dat weet ge niet goed. Dus ook daar, gelukkig gaan de hervormingen traag, euhm maar alé ja moesten ze alles wat ze aangekondigd hebben aan hervormingen effectief gedaan hebben, dan denk ik dat er al een paar ziekenhuizen overkop gegaan waren want ge krijgt dat gewoon niet meer geïmplementeerd dus dat is zeer moeilijk. Dus ja ik denk vereenvoudigen, vereenvoudigen, vereenvoudigen dat zou echt eigenlijk de boodschap moeten zijn. In plaats van nieuwe regels te creeëren, schaf er zoveel mogelijk af euhm en ja daar slaagt de sector echt niet in. Elke regel die men invoert, leidt tot meer complexiteit, op dat vlak vind ik laagvariabele zorg echt een gemiste kans. Zoals ik zei ik vind het principe van een bundled payment echt wel een goed idee, dus dat is niet verkeerd euhm de wijze waarop die bundled payment tot stand komt en waarop men de berekening doet in België vindt ik misschien al een eerste gemiste kans. Stel dat men daar dan zegt van kijk we gaan het ideale proces uittekenen wat voor een bepaalde pathologie effectief wel kan, en daar de bundled payment op gaan aligneren dan was het toch wel een beter idee geweest dan te werken met een gemiddelde. Maar goed de gemiddeldes zou ik zeggen dat is dan ook nog niet het einde van de wereld, de doorverdeling ja daar hebben we opnieuw een complexiteit mee geïntroduceerd vooral administratief en weinig verandering mee geïnitieerd. Dus ik zou zeggen als ze iets willen doen, maak van de bundled payment van de laagvariabele zorg effectief een bundled payment in plaats van een forfaitair honorarium.

INTERVIEWER: Oké.

RESPONDENT A1: En ja euhm de zorg die niet in laagvariabele zorg zit, het is niet zo evident om bundled payments voor alle zorg te voorzien. In sommige zorg zit gewoon intrinsiek variabiliteit, maar toch zou ge wel naar vereenvoudiging kunnen gaan. Alé ik neem nu het voorbeeld van een geriatrische patiënt, dat is echt het standaardvoorbeeld, veel van die mensen hebben zoveel problemen die samenkomen dus dan denk ik dat ge moeilijk kunt spreken van laagvariabele zorg. Euhm anderzijds, ja goed zorg dragen voor dat deel van de populatie, daar kan ook wel iets voor voorzien worden, er zijn ook wel andere mechanismen voor dat ge bijvoorbeeld zegt van ja we gaan daar toch wat meer een vast budget op zetten, we gaan daar zorg mee organiseren, we zouden misschien veel meer kunnen inzetten op preventie en samenwerking om daarrond iets te gaan doen. Het is natuurlijke wel een serieuze hervorming voor de sector hoor maar nu blijft dat ook maar aanmodderen hé, er gebeurt niks, dat blijft gelijk het is, daar wordt niet kritisch nagedacht over wat kunnen we doen en wat moeten we niet doen en hoe kunnen we ons beter organiseren zodanig dat we toch efficiëntere zorg leveren. Euhm dat is wel spijtig maar ik geef toe, het is makkelijker gezegd dan gedaan.

INTERVIEWER: Ja want naar de toekomst, stel dat de overheid dat budget telkens meer en meer gaat inperken dan wordt dat toch eigenlijk nog moeilijker om dat te verdelen en om die kwaliteit van die zorg te behouden hoe die nu is?

RESPONDENT A1: Dat is natuurlijk een risico, nu elke besparing introduceert risico's dat heb ik al geleerd uit mijn carrière. Ik bedoel altijd als wij moesten besparen, ja goed ge kunt dat compenseren

maar ge gaat daar meestal wel risico's mee introduceren. Euhm, anderzijds men kan altijd besparen hé, euhm het kan altijd efficiënter en ook in onze sector kan het efficiënter en beter euhm en ja er gaan zeker nog verdere besparingen komen, dus ja goed als organisatie moeten we daar ook over nadenken hoe we dat doen. Want wat spijtig is, vind ik in de ziekenhuissector, dan heb ik het effectief wel over de ziekenhuizen, is dat ge de tweeledige financiering hebt enerzijds via honoraria van artsen en anderzijds via het ziekenhuis. Dit belemmert ons enorm in de slagkracht die we hebben om zaken op te pakken. Euhm, en natuurlijk dat is een heilig huisje en specialisten gaan dat helemaal niet willen, er is politiek ook geen enkele draagkracht voor. Alé, ik heb nog geen enkele minister gehoor die daar effectief over wil spreken, maar dat is alom geweten dat is een probleem. Dat is de evidentie zelve, als ge eerst moet een financiële regeling moet gaan sluiten en dan kijken hoe gaan we ons organiseren, alé ik bedoel de incentives liggen ergens financieel hé, als ge naar rationalisatie gaat ja daar gaan ze geen financiële incentives euhm ja. Dus ik zou zeggen, misschien is een belangrijk aspect om zowel kwalitatief als ook naar efficiëntie verder te gaan, ja het verhaal van de duale financiering oplossen. Maar opnieuw dat is een uitdaging en ook ja goed, het tekort aan artsen hé dat heeft ook een financieel kantje hé en een efficiëntie kantje. Ook het tekort aan personeel, dat wordt ook een uitdaging in de toekomst die ons gaat dwingen naar efficiëntie. Maar ik vind het persoonlijk ook nog altijd wrang dat de beperkte instroom van artsen in België, waar dan artsen uit het buitenland worden geïmporteerd. Nederlandse artsen komen naar hier.

INTERVIEWER: Oké, en als laatste was dan mijn vraag om nog eens de sterktes en de zwaktes van gebundelde financiering op te sommen, maar dat heeft u doorheen uw hele verhaal eigenlijk al gezegd, dus als u nog iets wil toevoegen?

RESPONDENT A1: Nee, nee.

INTERVIEWER: Oké, dan zijn we door de vragen heen.

RESPONDENT A1: Ja, heel veel succes nog!

INTERVIEWER: Danku! En heel fel bedankt om even de tijd te nemen!

RESPONDENT A1: Dat is graag gedaan!

Interview met respondent A2

INTERVIEWER: Om te beginnen zou u uzelf even kort kunnen voorstellen, welke functie u doet en hoe u bij dit ziekenhuis terecht bent gekomen?

RESPONDENT A2: Ik ben A2, ik werk nu 12 jaar in de sector, 1 jaar als financiële stafmedewerker in een ander ziekenhuis, euhm en dan 10 à 11 jaar geleden in dit ziekenhuis terecht gekomen. Eerst vijf jaar als diensthoofd van de facturatedienst en nu al vijf jaar als stafmedewerker van de financiële directie. Euhm en ik heb dus voorkennis van alles wat met die facturatie te maken heeft van die nomenclatuur en hoe dat ge alles factureert. En nu doe ik ook veel met wat te maken heeft met het geld van de dokters, het honorariabeheer, dus heb ik een goed overzicht van hetgeen dat de dokters doen dus hoeveel komt er daarvan, cru gezegd, in de zak van het ziekenhuis, in de zak van de dokter, etcetera. Dus daarmee dat ik eigenlijk hier bij ons in het ziekenhuis het beste overzicht heb van wat die laagvariabele zorg precies doet.

INTERVIEWER: Oké, euhm op welke manier komt u in aanraking met laagvariabele zorg?

RESPONDENT A2: Euhm, vier à vijf jaar geleden doen die eerste geluiden dan kwamen dat dat eraan zat te komen heb ik samen met de toenmalige financieel directeur heel wat simulatie gedaan. Kijken welke impact dat zou hebben voor de verschillende specialismes en welke specialismes daar negatief of zelfs ook positief geïmpacteerd zouden zijn, dat hebben we dus x aantal jaar geleden gedaan. Dan hebben we ook een interne financiële regeling daarvoor moeten opmaken, omdat het RIZIV heeft eigenlijk voor dat laagvariabele zorgforfait hebben ze tot op eurocent niveau vastgelegd van oké zoveel eurocent is er voor dat nomenclatuurnummer en die arts voorzien, euhm maar ge moet die verdeling niet tot in detail volgen, ge moogt ook een ziekenhuisspecifieke regeling uitwerken. Wij hebben bijvoorbeeld een andere regeling dan een ander ziekenhuis hier in Limburg en de opmaak van die regeling heb ik toen ook volledig ontcijferd met de toenmalig financieel directeur, dat is één. En dan twee, nu doen wij jaarlijks eigenlijk een afrekening van laagvariabele zorg naar de artsen. Dus we hebben een heel specifieke regeling en daar maken we jaarlijks de afrekening naar de artsen van.

INTERVIEWER: Toen die eerste geluiden daar dan van kwamen dat ze dat gingen invoeren, had u daar toen een mening over van oké dat is een goed idee of ik vind dat eerder geen goed idee?

RESPONDENT A2: Euhm, de basisidee ergens is niet slecht natuurlijk hé. Je wil op de een of ander manier natuurlijk overconsumptie tegengaan waar dat ge uit basisprincipe niet tegen kunt zijn. Euhm, daartegenover staat dat ze eigenlijk iets geïmplementeerd hebben wat dat het administratief gezien allemaal nog complexer maakt en er zitten heel wat neveneffecten bij die laagvariabele zorg waar dat ge op het eerst zicht misschien niet aan denkt, maar die het wel complexer maken om in de praktijk te brengen. Euhm, artsen zijn zelfstandigen bij ons dus euhm die werken niet in loondienst. Dus vanaf het moment dat ge dingen gaat aanpassen van hoe heel die nomenclatuur

werkt, heel die geldstromen ja dan zit ge rechtstreeks in die hun zakken en hoe moet ik dat zeggen, die laagvariabele zorg heeft er een beetje voor gezorgd dat alles wat met die pathologie, met die patiënt te maken heeft, dat heel die vergoedingsflow van die artsen veranderd is. Minder overzichtelijk, en dat is ja hoe moet ik dat zeggen, dat zijn nu twee stromen die zo langs elkaar lopen, ge hebt de laagvariabele zorg en ge hebt het gewone traject euhm dat maakt het allemaal alleen nog maar complexer. Ook als er iemand nieuw begint in de sector, hoe dat dat zit, wat er allemaal achter zit, wat de gevolgen daarvan zijn dat is niet gemakkelijk uit te leggen, een kat vindt zijn jongen daar niet in terug. Euhm das één, twee, laagvariabele zorg werd dan ingevoerd maar eigenlijk staat letterlijk in de wet dat nu gaat dat enkel over de honoraria dus over het geld van de dokters dus ge zet bijvoorbeeld een knie of de basiszorg, dan is alleen dat deel dokter geforfaitariseerd, daar hebt ge een vast forfait voor. De eventuele prothese die ge zet, de medicatie die ge gebruikt, het verblijf zelf, dat wordt nog altijd apart vergoed. In de wet staat eigenlijk dat ze dat nog kunnen uitbreiden, in theorie zou dat kunnen zijn dat ge binnen twee à drie jaar zegt van ge krijgt nu niet 1000 euro voor de honoraria maar ge krijgt 2000 euro in totaal en daar moet ge het als ziekenhuis en als arts mee doen dus waarbij dat ge dan eigenlijk ook, want nu hebt ge al een heel deel afspraken moeten maken tussen de artsen onderling van hoe gaan we daar mee omgaan, maar dan gaat ge daar ook nog eens de ziekenhuizen tussen steken. Euhm en dat maakt het allemaal complexer, vooral omdat wat ik daarstraks zei, dat zijn zelfstandigen. Als dat artsen zouden zijn in loondienst, zoals bijvoorbeeld in universitaire ziekenhuizen, dan speelt dat allemaal veel minder want dan krijgt dat ziekenhuis een bepaald bedrag binnen en ge moet dat bedrag dan maar zo efficiënt mogelijk besteden, terwijl ge nu een bedrag binnenkrijgt en dat stroomt wel door naar de artsen. Dus ik ben er zelf niet zo een gigantische voorstander van. Mijn persoonlijke voorkeur als ze dan toch bepaalde overconsumpties willen tegengaan, waar ik volledig voor ben voor alle duidelijkheid, dan zouden ze beter kunnen zeggen kijk we betalen dit en dit in bepaalde omstandigheden niet meer terug. Euhm, dat ze gaan kijken of proberen te zoeken waar zitten bepaalde overconsumpties, wat is niet echt logisch, dan zouden ze perfect kunnen zeggen van oké als ge een patiënt zijt met die pathologie, ik zeg maar iets, een knie dan gaan we bijvoorbeeld een pijnpomp daarvoor niet meer terugbetalen. Ik zal seffens nog een voorbeeld geven over knieën en heupen waarom dat dat daar zo speelt. Of bijvoorbeeld de kiné, als ze zouden zeggen de kiné want dat maakt het verschil daar bij knieën en heupen, daar kunt ge wat verschil op hebben. Ge kunt wat meer kiné geven, ge kunt een pijnpomp zetten, ja dan nee, en dat gaat ervoor zorgen dat ge meer honoraria verbruikt. Euhm en daar zouden ze bijvoorbeeld kunnen zeggen, oké ge krijgt maar twee of drie kinébeurten en zo kunt ge dat dan ook regelen dat dat niet te veel geconsumeerd wordt. Dan blijft ge binnen dezelfde spelregels die er al waren en dan vernauwd ge die gewoon, waardat ge met de laagvariabele zorg iets heel nieuw daarlangs hebt gezet, euhm wat dat in mijn ogen gewoon alles veel onoverzichtelijker maakt.

INTERVIEWER: Oké, nadat ge die simulaties dan gemaakt had en om dat dan echt in de praktijk te implementeren, ondervonden jullie daar moeilijkheden mee?

RESPONDENT A2: Ja, daar zaten al heel wat moeilijkheden bij omdat euhm ik ga u dan het voorbeeldje geven van de knie, ik ga even mijn scherm delen (laat iets zien via zijn scherm). Ge ziet mijn scherm nu hé?

INTERVIEWER: Ja!

RESPONDENT A2: Dat is gewoon iets wat ik gisteren even gemaakt heb om me voor te bereiden. Dat is de grote dataset van het RIZIV waar ze eigenlijk zeggen van oké ge hebt een bepaalde DRG, zoveel euro is er voorzien bij de laagvariabele zorg. Dit is dat voor de knie, dus als ge een knie zet dan krijgt ge 1700 euro honoraria. Wat doet laagvariabele zorg dan eigenlijk, per N-groep en per specifiek nomenclatuurnummertje hebben ze gezegd, ge krijgt niet meer de waarde van die nomenclatuur dus niet meer de effectieve waarde uitbetaald maar een forfait, dus elf cent voor dit, één cent voor dit. Stel nu voor de orthopedist en de anesthesist, die er altijd bij gaan komen als ge een knie zet, ja dat is vrij rechttoe rechtaan, dat kunt ge altijd toewijzen en dat moet ook altijd gebeuren want ge kunt moeilijk een knie zetten zonder de patiënt in slaap te doen. Maar er zijn bepaalde dingen, dat ziet ge dan verder door in die forfait, er is ook twee cent voor een cystoscopie, dat is iets urologisch wat dat ge totaal niet zou linken aan een knieprothese. Er is ook één cent voorzien voor een bepaald onderzoek aan de oren, wat dat ge totaal niet zou linken aan een knieprothese. En zo zijn er als ge al die kleine bedragen optelt, zit daar wel wat, dat gaat dan over alles samen van die 1700 euro, gaat er misschien vier, vijf, zes euro waarvan dat ge zegt alé dat zit in die forfait voorzien, maar eigenlijk zou ge daar totaal niet aan denken. Als ge laagvariabele zorg wilt implementeren dan en ge volgt die verdeling van het RIZIV, die hier staat, dan zou ge dus eigenlijk als er een knie wordt gezet, daar die twee en vier cent die hier staan, die moet ge ook gaan toewijzen die moet ge ook ergens kwijtgeraken, want ge kunt niet zeggen dat dat voor de orthopedist is, die heeft daar helemaal niks mee te maken. En dan zit de moeilijkheid erin van oké hoe gaat ge die toewijzen, aan wie gaat ge die geven. Euhm, stel dat ge een pool hebt dan valt dat nog mee, daarmee bedoel ik dat ge in een ziekenhuis kunt hebben dat artsen echt samenwerken en dat dat één groep is en dat ze al hun geld in één pot steken. Dus bijvoorbeeld pneumologen, dat is bij ons ook, dat is eigenlijk één pool en iedereen werkt gedurende de hele maand, levert de nomenclatuur en brengt geld binnen in één pot en die verdelen dat onder elkaar, dan is dat vrij simpel want dan zou ge kunnen zeggen, hier ik ga die dertien cent in de pot van de pneumologen steken. Wat gaat ge doen als die pneumologen niet samenwerken, want dat kan ook, dat die elk voor hun eigen rekening werken, aan welke pneumoloog gaat ge het dan geven. Want de prestatie is doorgaans niet gedaan hé, dus daar zit de moeilijkheid vooral, stel dat al die prestaties niet gedaan zijn, oké daar is iets voor voorzien in laagvariabele zorg maar aan wie moet ik het geven, welke pneumoloog heeft daar recht op. Kunt ge daar beter buitenuit iets voor voorzien, dat is één. Dit is nog vrij rechttoe rechtaan, ik kan pneumologieprestaties toewijzen aan een pneumoloog. Maar er zijn ook bepaalde N-groepen die wat algemener zijn, bijvoorbeeld dit nomenclatuurnummertje dat zou gedaan kunnen worden door een spoedarts maar ook door een orthopedist, ja aan wie moet ik het dan toekennen als het niet gedaan is, aan de groep spoedartsen of aan de groep orthopedisten. Of hier bijvoorbeeld een EKG, dat kan door tien verschillende specialisten aangerekend worden, dat soort van moeilijkheden hebt ge dan, aan wie moet ik dat gaan toekennen, wie heeft daar recht op want dat is eigenlijk niet gedaan. Dat is één, dat is een groot probleem. Tweede probleem, stel nu euhm, dat

die EKG gedaan wordt, of dat in een heel uitzonderlijk geval want dat gebeurt quasi nooit, zoals een grote nomenclatuurnummer dit gedaan wordt, onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal oké dat wordt nu toevallig gedaan en dus iemand komt binnen en daar moet een knie bijgezet worden en die zegt ik heb eigenlijk ook wat maagpijn, ik lig hier nu toch in het ziekenhuis wilt ge toch niet een keer kijken voor het gemak van de patiënt. Ja, dan zou die gastro-enteroloog dat moeten doen voor 21 cent, terwijl dat anders in de nomenclatuurnummers 150 tot 200 euro oplevert, ja wat gaat die zeggen als die weet dat dat een laagvariabele zorg patiënt is, ja sorry dat ga ik niet doen kom volgende week maar een keer terug. Is dat dan efficiënt, want dan moet die patiënt terugkomen en weer in slaap gedaan worden, dat zijn zo wat nevenwerkingen. Daar moet ge dan allemaal oplossingen voor zoeken als ge een financiële regeling gaat maken en daar denkt de overheid natuurlijk niet aan hé, zij implementeren gewoon iets en zeggen tegen ziekenhuizen en artsen van los het op. Euhm, dat is één, dus hier is dat dan 21 cent voorzien voor een specifiek onderzoek van gastro-enterologie, dat is één nummertje dan en dat gaat quasi nooit voorkomen, maar stel dat er iets anders van gastro-enterologie zou gedaan moeten worden bij die patiënt, dat wordt eigenlijk niet vergoed. Dat zijn zo van die dingen, nevenwerkingen, bijvoorbeeld stel dan dat iets in de laagvariabele zorg valt, gij hebt nu knieën, maar stel een circumcisie bij een kindje, dus een besnijdenis. Soms gebeurt het al eens een keer, dat is uitzonderlijk, maar dat dat kindje ook buisjes moet krijgen in de oren als die veel oorstekingen krijgen. Dat zijn twee dingen die binnen de laagvariabele zorg vallen en ge zou kunnen zeggen oké voor het gemak van die patiënt, die heeft dat nu toevallig alle twee nodig, ik ga die één keer in slaap doen en doen we tegelijkertijd de besnijdenis en die buisjes, dat is goed voor dat kind, die heeft daar geen last van, maar één keer anesthesie. De nomenclatuurregels zijn zo dat als ge een bepaald nomenclatuurnummertje doet en ge doet nog een tweede nummertje dan moogt ge dat maar aan 50 procent aanrekenen. Dus stel dat één nummertje 200 euro oplevert, het ander eigenlijk 150 euro dan moogt ge op de factuur zetten, 200 en 75, dus eigenlijk wordt ge al een beetje afgestraft. Maar daarvan zeggen artsen, oké voor het goed van de patiënt, ik wil dat nog wel doen. Maar als ge dan laagvariabele zorg zou gaan bekijken, ja dan zou er 200 euro voorzien worden, maar voor die ene uitzonderlijke keer dat ge die dingen samen wilt doen is dat maar twee euro, ja wat gaat er dan gebeuren, ja sorry voor die uitzonderlijke keer, kom volgende week maar terug en ze gaan die patiënt twee keer in slaap doen. Is dat kwaliteit, is dat voor het goed van de patiënt, daar kunt ge over discussiëren. Dat zijn van die nevenwerkingen waar niet over gedacht is, gecombineerde ingrepen dat zit daar gewoon nog altijd in en euhm zo zijn er nog wel wat dingen waar ik mijn twijfels over heb of dat dat wel zo goed is.

INTERVIEWER: Ja, want ik had dus ook een interview gehad met een orthopedist en die zei dan ook van ja, die bundel wordt voorzien, maar sommige mensen die vergoed worden daaruit die dragen eigenlijk niet bij tot de zorg van die patiënt.

RESPONDENT A2: Ja, dus dat is eigenlijk wat hij bedoelt van hier is 13 cent voorzien voor pneumologie, maar die pneumologen hebben die patiënt niet gezien. Nu dan is het heel afhankelijk van wat dat de financiële regeling is. Wij hebben een hele andere financiële regeling gemaakt eigenlijk. Hoe werken wij, euhm, stel dat gij een forfait hebt van 1000 euro, daar zit 500 euro chirurg, 300 euro voor de anesthesist, en dan kleinere bedragen en samen is dat dan 1000. Alles wat meer

dan 10% vertegenwoordigd van die forfait, dat gaan we uitbetalen aan laagvariabele zorg waarden, effectief wat er voorzien is volgens dit overzichtje. Alles wat onder de 10% zit, dus bijvoorbeeld die kleine prestaties van gastro-enterologie of pneumologie, dat stoppen wij in één potje. Dus als de patiënt die gastro-enteroloog niet ziet dan stoppen wij die 21 cent in dat potje, die ziet die pneumoloog niet, 13 cent in dat potje. Dat pot op, en stel dat er dan eens een pneumoloog effectief bij een laagvariabele zorg patiënt komt en die doet dat nomenclatuurnummertje, wat dan veel meer waard is dan de 0 cent en hier of de 2 cent hier, dan gaan we die effectief uitbetalen aan nomenclatuurwaarden, dan gaan we die wel die 100 euro geven en dan pakt die uit dat potje. Zo proberen wij eigenlijk, hetgeen wat ik daarstraks zei van de circumcisie met het plaatsen van die buisjes, om dat een beetje te omzeilen. Want we hadden effectief problemen hé, dus artsen die die regeling zoals wij die hadden uitgewerkt, niet tegoei kennen die deden dan moeilijk. Er kwam bijvoorbeeld een patiënt binnen met een vermoeden van appendicitis, dat is laagvariabele zorg, maar soms bij appendicitis weet ge in het begin niet van is het wel dat of is het maagklachten, want het is zo wat vager en er moeten heel wat dingen gebeuren en soms belanden die dan eerder bij de gastro-enteroloog die dan bijvoorbeeld een echo gaat nemen van de buik om te zien of er een ander probleem is en die dan na heel wat werk tot de conclusie komt van ja maar het is eigenlijk niks aan de maag maar appendicitis en die geeft die dan door aan de abdominaal chirurg. Vooral voor dat werk van die gastro-enteroloog was daar weinig geld voor voorzien, binnen laagvariabele zorg, eenmaal dat het dan appendicitis was geworden en die deed dan moeilijk van ja waarom moet ik al dat werk doen als zo een patiënten binnenkomen met buikklachten want als het dan appendicitis is dan krijg ik niks in de redenering van wat laagvariabele zorg doet. Wij lossen dat op door hoe wij hier werken, maar ja dat zijn zo van die nevenwerkingen waar ze bij laagvariabele zorg niet echt aan denken, euhm dat misschien sommige specialismes minder geneigd zijn om een patiënt te helpen omdat ze daar niet of minder goed voor vergoed worden.

INTERVIEWER: Oké, heeft dat eigenlijk ook een impact gehad op jullie jaarrekening?

RESPONDENT A2: Op de jaarrekening niks hé. Op de langere termijn wat gaat ge natuurlijk krijgen, dus ooit zijn ze met laagvariabele zorg begonnen en hoe zijn ze aan die 1706 euro gekomen eigenlijk, ik weet niet of ge dat tegoei weet, ze hebben eigenlijk gekeken naar wat het landelijke gemiddelde of landelijke mediaan aan honoraria-uitgaven voor een bepaalde DRG in een bepaald groepje. Ze zijn ooit dan beland op bijvoorbeeld 1750 euro en ze zeggen dan oké vanaf nu krijgt ge nog maar 1750 euro, euhm, we gaan daarmee aan de slag en dan gaan bepaalde ziekenhuizen hun gedrag misschien gaan aanpassen. Die gaan misschien zien van oké, we gaan eens in detail bekijken wat gebeurt daar allemaal en dan heb ik bijvoorbeeld de anesthesie, ik ga een keer kijken wat we krijgen bij anesthesie, ah hier het plaatsen van een pijnpomp, dat is een machineke dat ze kunnen aanhangen na een ingreep waarbij ge zelf als patiënt uw eigen wat verdovingsmiddel kunt geven om de pijn te drukken, euhm... als ge gaat zien wat dat nomenclatuurnummertje waard is, is dat rond de 150 of 200 euro en soms plaatsen ze dat effectief bij een patiënt. Maar ge ziet dat dat een stuk minder is dan de effectieve nomenclatuurwaarde, dus in het land wordt dat maar in 15 of 20 procent van de gevallen gezet bij een patiënt, zo komen ze hier eigenlijk aan die 21 euro. Zo kunt ge het intuïtief een beetje volgen he, als de waarde van de nomenclatuur 100 is en bij de laagvariabele zorg

staat er nog maar 10 euro, dan wordt dat in 10% van de gevallen gezet, dat is de simpele redenering. Nu zou ge kunnen hebben dat dat ziekenhuis daar dichter naar gaan kijken, ja pijnpompen eigenlijk als we daar naar kijken, we krijgen daar nog maar 21 euro voor, ja sorry daarvoor gaan we ze niet meer zetten he, dat gaan we niet meer doen, euhm... en wat gaat er gebeuren, volgend jaar is dat nog maar 15 euro en het jaar nadien nog maar 10 euro omdat dat eruit gaat en dat proberen ze eigenlijk bij laagvariabele zorg te bereiken. Het overschot van de dingen dat de overheid ziet als excessen van de nomenclatuur, dat dat eruit gaat, waardoor dat ge op termijn geen 1706 euro meer krijgt, maar nog maar 1600 euro en dat is de besparing van de overheid op termijn en dat doet die forfaitarisering. In onze jaarrekening maakt dat in sé, dit zijn momenteel de honoraria, dat komt binnen en de artsen dragen wel een beetje af aan het ziekenhuis voor de werkingskosten etcetera, maar derest betalen wij gewoon door, dat gaat misschien wel veranderen als ze de laagvariabele zorg zouden uitbreiden en ze het deel ziekenhuis er ook in stoppen. Maar momenteel voor onze jaarrekening, wij moeten dat op een aparte rekening boeken, dat komt niet binnen op een 709 rekening maar op een 707, dat is het enige verschil maar voor de rest hebben wij daar eigenlijk geen profijt of nadeel van.

INTERVIEWER: U zei daarstraks al dat die laagvariabele zorg ook wel invloed heeft op jullie administratie, is dat dan puur op patiëntenfacturen of?

RESPONDENT A2: Op patiëntenfacturen heeft dat ook een beetje een impact op, maar een ziekenhuisfactuur voor iemand die niet in de sector zit is echt Chinees, dat valt niet te interpreteren. Dus of dat nu voor de patiënt veel onduidelijker of veel duidelijker geworden is, nee. Het maakt het vind ik moeilijker als ge aan iemand nieuw in de sector moet gaan uitleggen van die factuur ziet er zo uit daarom en daarom of als een patiënt belt met een vraag over zijn factuur dan komt dit er nog eens extra bij om uit te leggen van de laagvariabele zorg, dat zit zo. Want ge kunt perfect hebben dat ge een bevalling hebt binnen laagvariabele zorg of een bevalling buiten laagvariabele zorg. Ja die facturen als die patiënt daarvoor belt, die zien er wel wat anders uit dus dat komt er allemaal bij, ge moet dat ook allemaal weten en kunnen interpreteren om een antwoord te geven op die vraag van die patiënt. Dat is één administratief, maar de patiënt zelf heeft daar volgens mij niet echt nadeel of voordeel bij want ervoor kon die de factuur niet interpreteren maar nu ook niet. Voor ons, ja wij moeten die afrekening maken elk jaar dus dat komt erbij euhm, of administratief voor andere ziekenhuizen die een andere regeling hebben ja die moeten als er artsen weggaan of nieuwe beginnen, die moeten telkens in hun software instellen van oké waar gaat dit geld naartoe dus dat is er allemaal bijgekomen en als ze dan ooit een keer gaan beginnen met dat uit te breiden naar mediumcare of highcare, ja dan wordt het allemaal complexer want dan komen er allemaal onverwachte dingen bij.

INTERVIEWER: Ja dat was ook een vraag van mij, denkt u dat dat mogelijk is om dat door te trekken naar die medium- en hoogvariabele zorg?

RESPONDENT A2: Euhm, mogelijk ja als ze het doen hebben we toch niet veel keuze en moeten we daar oplossingen voor vinden. Maar zoals ik zei, dat is allemaal niet zo evident omdat daar gewoon door de historiek van nomenclatuur en nomenclatuurregels en dat die artsen allemaal voor eigen rekening werken dat dat alleen nog maar complexer gaat worden. Als ge gewoon werkt in een universitair ziekenhuis, daar krijgen al die artsen een vast loon, die hebben contracten en daar staat in zoveel gaat ge verdienen dus als die nu heel hard werken bij wijze van spreke en heel veel honoraria gaan genereren of een beetje minder, daar heeft die arts geen last van dat is aan het ziekenhuis om dat een beetje te minimaliseren. Maar hier zit ge effectief in de zakken van de artsen hé, dus als ge hier meer insteekt of complexere dingen insteekt dan kunt ge alleen maar meer van die nevenwerkingen hebben die ik daarstraks opgesomd heb.

INTERVIEWER: Wat ik me ook afvroeg, de bedragen die vastgelegd worden voor die nummertjes, hebben artsen daar ook inspraak in hoeveel dat dat is?

RESPONDENT A2: Neen, dus die 1706 euro is eigenlijk gewoon het resultaat van een landelijk gemiddelde. Dus iedereen factureert, iedereen registreert zijn nomenclatuurnummertjes en elk jaar krijgen wij een nieuw bedrag, dus elk jaar in november ongeveer wordt er vastgelegd voor laagvariabele zorg, het is voor de knie geen 1706 euro meer maar vanaf volgend jaar, dat wordt ook geïndexeerd, is het 1710 euro, met dan een andere verdeling over die verschillende nummertjes. Dat wordt dus elk jaar opnieuw gemaakt. De artsen moeten nog altijd maximaal hun nomenclatuurnummertjes registreren, want het is op basis daarvan dat ze nog altijd het gemiddelde gaan berekenen euhm...maar echt directe impact op zoveel cent of euro levert het op, dat hebben ze niet. Indirect wel, stel dat ze zouden zeggen alle anesthesisten we gaan geen pijnpompen meer zetten bij de knieën, ja dan gaat dit bedrag stillekes aan naar 0 gaan. Dus hebben ze er impact op, ja maar ook weer niet.

INTERVIEWER: Oké, en dan welke hervormingen kunnen of moeten volgens u nog geïmplementeerd worden om die kwaliteit van de zorg te verhogen?

RESPONDENT A2: Euhm, ja dit heeft in mijn ogen nul invloed op kwaliteit. Dus het is niet dat bij ons de procedure van knieën veranderd is. Euhm, dus momenteel komt de kinesist daar nog evenveel keren, wordt er een pijnpomp geplaatst als dat moet, euhm...en er wordt niet meer of minder kwaliteit geleverd hierdoor. Ge zou kunnen gaan zeggen als dit voor het land voor een besparing zorgt en we gaan dat geld dat dat oplevert gebruiken om te investeren in bepaalde kwaliteitsdingen, ja oké dan kan dat misschien wel iets opleveren maar op de kwaliteit heeft dit momenteel nul impact hé, of ik zie het toch niet alleszins.

INTERVIEWER: Naar de toekomst toe, als de overheid dat bedrag voor de gezondheidszorg meer en meer inperken, zijn er dan gevaren voor de laagvariabele zorg dat als de ziekenhuizen het met minder en minder moeten doen dat de kwaliteit dan slechter wordt?

RESPONDENT A2: Ja momenteel zijn we als ziekenhuis zelf alleen nog maar onrechtstreeks geïmpacteerd omdat het vooral op de honoraria zit en niet op onze werking. Daarmee bedoel ik stel dat het nu laagvariabele zorg is, en gemiddeld ligt de patiënt hier twee dagen en voor een uitzonderlijke reden zou dat drie dagen zijn, euhm dan worden wij nog altijd op dezelfde manier vergoed als ervoor. Als dat ook in laagvariabele zorg wordt gestoken, ja dan gaat ge daar wel problemen krijgen ofja discussies krijgen. Want stel nu dat patiënten gemiddeld genomen langer hier bij ons liggen en dat komt eigenlijk door de arts, door een foutje of gewoon door manier van werken laat die patiënten langer liggen, ja dan worden wij wel minder vergoed. Dus dan wordt het nog belangrijker om patiënten zo snel mogelijk te ontslaan uit het ziekenhuis. Positief wat wel is aan de laagvariabele zorg en dat heb ik nog niet gezegd is, het kan wel werken. Ge kunt er inderdaad en dat is ook een doel, het kan wel werken als er effectief naar gekeken wordt en er zit een soort van overconsumptie. Als er in een ziekenhuis veel meer langs bijvoorbeeld het labo gaat voor een bepaalde DRG dan het landelijk gemiddelde en het dus ook meer moet vergoeden aan het labo dan kan de laagvariabele zorg daar wel voor zorgen dat dat eruit gaat. Want andere ziekenhuizen zouden 10% hiervoor hebben maar dit ziekenhuis 100% bijvoorbeeld. Maar dat zou de overheid ook kunnen oplossen door gewoon cumulregels op te zetten, of gewoon te zeggen in dat soort van gevallen vergoeden wij dat gewoon niet meer en is het de patiënt die dat moet betalen en dan zou dat er ook uitgaan want ja patiënten gaan dat niet willen betalen en in andere ziekenhuizen is dat niet dus dan gaan die gewoon naar het andere ziekenhuis waardoor ge dan patiënten verliest. Zo zou het dan ook een oplossing kunnen zijn, dan hebt ge laagvariabele zorg niet nodig maar dan moet ge inspelen op waar zit de excessen en dat dan niet terugbetalen.

INTERVIEWER: Als u een vergelijking maakt met nu en voordat die laagvariabele zorg is ingevoerd, wat valt dan op dat anders is?

RESPONDENT A2: Goh, ik denk op dit moment met de regeling die wij uitgewerkt hebben, is daar eigenlijk niet veel veranderd. Wij maken nu wel afrekening naar de verschillende specialismes elk jaar opnieuw en er zijn wel bepaalde specialismes die geld bijkrijgen, dus die doen momenteel minder nomenclatuur op dan dat er voorzien is bij de laagvariabele zorg en die krijgen bijgestort. En ge hebt er sommige die een beetje moeten teruggeven, ja oké degenen die moeten teruggeven die zullen misschien op termijn bepaalde dingen kunnen gaan aanpassen, het beste voorbeeld waaraan ik kan denken is dat van de anesthesisten, als die gaan zien dat bij bepaalde types van patiënten een pijn pomp niet meer goed wordt terugbetaald of dat dat eigenlijk niet meer goed oplevert of dat ze op het einde van het jaar daar moeten gaan teruggeven aan ons ja dan gaat dat er misschien uitgaan en dat is dan wat er veranderd, dan heeft de overheid misschien zijn doel bereikt, maar dat had het ook op een andere manier kunnen doen denk ik. Maar voor de rest is er eigenlijk niet veel veranderd.

INTERVIEWER: En dan om een beetje af te sluiten wat zijn volgens u de sterktes en zwaktes van die laagvariabele zorg?

RESPONDENT A2: Goed ja de sterktes, dat voorbeeld wat ik gaf dat als er in een bepaald ziekenhuis voor een bepaalde DRG meer naar bijvoorbeeld het labo gaat dan het landelijk gemiddelde, dat dat eruit gaat, is een sterkte. Maar dat weegt voor mij, in de functie die ik heb, niet op tegen de last die er bijkomt. In elk ziekenhuis zijn er mensen die er administratief hun tijd in moeten steken om wat hierbij komt kijken geregeld te krijgen naar de artsen toe. Als ge dan begint uit te tellen wat dat dat kost aan ziekenhuizen ja die mensen zouden ook andere dingen kunnen doen, die misschien efficiënter kunnen ingezet worden. Dus vanuit overheidsstandpunt zal dat wel verdedigd kunnen worden, en zitten er tot op bepaalde hoogte ook wel positieve dingen in maar weegt dat in mijn ogen niet op ten opzichte van alle negatieve punten die er daaraan zijn. Maar het kan wel zijn dat dat voor een universitair ziekenhuis helemaal anders ligt, maar dat is omdat die artsen daar in loondienst werken, daar is dat helemaal anders voor.

INTERVIEWER: Oké, dan ben ik wel door alle vragen heen.

RESPONDENT A2: Ja, als uw thesis af is, dan willen we die wel eens een keer zien.

INTERVIEWER: Ja natuurlijk, heel fel bedankt om even de tijd te nemen!

RESPONDENT A2: Ja dat is graag gedaan!

Interview met respondent A3

INTERVIEWER: Euhm, zullen we dan beginnen?

RESPONDENT A3: Graag, ja ja...

INTERVIEWER: Zou u uzelf eerst kort even willen voorstellen, welke functie u doet, hoelang en dan hoe u bij het ziekenhuis terecht bent gekomen?

RESPONDENT A3: Euhm ik ben A3, ik werk ondertussen euhm, ik moet nadenken, sinds '96 in het ziekenhuis en ik heb Handelsingenieur gestudeerd aan de UHasselt, toen was dat nog het LUC, het Limburgs Universitair Centrum, ik ben eigenlijk onmiddellijk na mijn studies hier begonnen, dus ik heb hier mijn stage gedaan en dan ben ik hier eigenlijk beginnen te werken, dus euhm sinds '96, ik heb hier verschillende functies gedaan, ik ben begonnen op personeelszaken, stafmedewerker, dan naar Financiën, stafmedewerker, beleidsadviseur algemeen directeur en dan ben ik nu, sinds, ik moet nadenken....sinds 12 jaar ben ik Financieel Administratief Directeur hier in het ziekenhuis.

INTERVIEWER: Oké, euhm, op welke manier komt u in aanraking met gebundelde financiering in de laagvariabele zorg?

RESPONDENT A3: Ja, omdat natuurlijk, laagvariabele zorg, euhm, zit volledig, alle, zit volledig binnen het financiële domein, hoe dat we factureren, hoe dat we de middelen verdelen, hoe dat we ze binnenkrijgen, dus in die zin zit dat volledig binnen het departement. Wij maken de afspraken met de artsen van, hoe gaan we de laagvariabele zorg verdelen, hoe gaan we ervoor zorgen dat we die correct factureren. Ik ben ook verantwoordelijk voor de administratieve dienst, dus dat is ook de MZG-dienst, omdat de laagvariabele zorg vertrekt vanuit een APR dus gaan we eigenlijk met, toen laagvariabele zorg ingevoerd is, hebben wij samen met de mensen van de MZG gekeken van, hoe zorgen we ervoor dat we die patiënten zeker goed op tijd coderen, zodat we die ook correct en tijdig kunnen factureren, zijn we met de artsen gaan kijken van, euhm, dit is hoe dat het RIZIV de verdeling voorstelt van de laagvariabele zorg, euhm, want uiteindelijk is het de medische Raad die, euh, moet beslissen hoe dat ze de medische middelen verdelen, dus ze hebben eigenlijk akkoorden gesloten met de medische Raad naar verdeling toe van de middelen uit laagvariabele zorg. Ik ben er eigenlijk wel van bij het begin heel sterk bij betrokken geweest.

INTERVIEWER: Ja, en toen zo die eerste geluiden kwamen van dat ze die laagvariabele zorg gingen invoeren, wat vond u van zo de vooropgestelde doelen ervan, zoals gelijk de overconsumptie van zorg of zo tegengaan, stond u daarachter?

RESPONDENT A3: Euhm, er wordt heel veel gesproken over overconsumptie van zorg, er zal ook wel overconsumptie van zorg, absoluut, zijn, euhm, alleen was dat bij ons in het ziekenhuis een beetje een specifiek, euhm, was specifiek door onze vorm van kostenregeling die wij hebben, euhm, euhm, er wordt ook soms gezegd dat overconsumptie ontstaat doordat ziekenhuizen vragen aan artsen om aan overconsumptie te doen, dat is bijvoorbeeld in ons geval zeker niet het geval, omdat

artsen hier volledig geresponsabiliseerd zijn, maar op zich is dat een, een goeie doelstelling om voor gestandaardiseerde ingrepen naar een gestandaardiseerd bedrag te gaan. Alleen bleek dat dan alleen door de honoraria te zijn dus dat was dan ook wel moeilijk, want uiteindelijk waren wij, als ziekenhuis, dan een stuk minder betrokken bij het verhaal, omdat het puur om de inkomsten van de artsen ging...Euhm, er is in het begin ook altijd gezegd dat euhm, euhm, het zou uitgebreid worden naar het budget financiële middelen en dergelijke meer, maar ja, dat is er dus nog altijd niet, dus eigenlijk was het vooral een artsenverhaal, het was dus eigenlijk maar een beperkte invoering van de laagvariabele zorg.

INTERVIEWER:

Ja, euh, hebben jullie de implementatie van de gebundelde financiering, euh, als moeilijk ervaren of ging dat redelijk vanzelf bij jullie?

RESPONDENT A3: Euhm, dat was wel efkes zoeken, omdat, in het begin, euhm, men heeft dat ook, oh, nu moet ik efkes terugdenken naar de tijd dat dat ingevoerd is, euhm, ineens moesten we dat binnen twee maanden geïmplementeerd hebben, dat was wel moeilijk, dus daar hebben we toen ook vanuit de koepel op proberen te reageren, in die zin van...kijk, ja, men spreekt er nu al zolang over, euhm, en ineens moeten wij als ziekenhuizen, ik denk dat we dat op twee maanden of drie maanden tijd moesten geïmplementeerd hebben, wat natuurlijk niet gemakkelijk was, want, euhm, ja, uw MZG-registratie moest bekeken worden, euhm, wij weten dat in de meeste ziekenhuizen de MZG-registratie niet online gebeurt, toch niet op het moment dat de patiënt naar huis gaat, dat daar dikwijls weken/maanden tussenzitten, maar natuurlijk moest je wel de juiste MZG-registratie hebben om te weten welk forfait dat je moest factureren, dus we hebben intern ons wat moeten herorganiseren in dat MZG-verhaal....Dat is ook perfect gelukt....Euhm, we zijn, euhm, heel snel aan tafel moeten gaan met de artsen om te kijken, hoe gaan we die middelen verdelen, dus alle, die snelheid dat dat ineens moest ingevoerd worden, heeft ons wel parten gespeeld.

INTERVIEWER: Ja, en hebben jullie, voordat het dan echt moest ingevoerd zijn, op voorhand iets van voorbereiding daarvoor gedaan, bijvoorbeeld...uit andere interviews had ik gehoord dat ze op voorhand zo simulaties hadden gedaan?

RESPONDENT A3: Ja, ja, hebben wij ook gedaan... hebben wij ook gedaan, en dus op het moment dat wij eigenlijk de groepen kenden, hebben wij zo goed mogelijk geprobeerd om te gaan kijken van, over hoeveel patiënten gaat dat bij ons, hoe factureren wij die patiënten op dit moment, wat gaan wij die in de toekomst mogen factureren? Maar ook, euhm, de interne verdeling, euhm, want natuurlijk je hebt het totaal forfaitbedrag, maar je moet achterliggend ook gaan kijken van, hoe ga je dat verdelen, en voor welke disciplines is dat? Dus ook daar hebben we simulaties op proberen te maken, om te kijken van, wat betekent dat voor dienst A en dienst B? Gaan diensten daar verlies op maken, gaan diensten daar winst op maken? Allez, dat soort simulaties hebben we zeker ook op voorhand gemaakt ja, absoluut.

INTERVIEWER: Oké en heeft dat voor een, euhm, een besparing gezorgd in jullie ziekenhuis? Die laagvariabele zorg? Of heeft dat een invloed gehad op jullie, op jullie uiteindelijke jaarrekening?

RESPONDENT A3: Euhm, neen, omdat het bij ons een volledig geresponsabiliseerde kostenregeling was, heeft dat zeker geen effect gehad, omdat het puur een artsenhonoraria was en artsen eigenlijk hun honoraria, mits aftrek van kosten, allez krijgen, euhm, wat natuurlijk moeilijker is om uit te zoeken in hoeverre heeft dat op nationaal vlak een besparing teweeggebracht, zijn artsen effectief naar bepaalde prestaties gaan kijken? Euh, want dat was een beetje ook de moeilijke afweging...euhm, als je ziet dat een bepaalde discipline verlies maakt op de laagvariabele zorg, gaat die zich dan aanpassen, maar dat is een moeilijke, ik bedoel, daar hebben we ook geen evaluatie op gemaakt, en ik weet ook niet of de overheid dat nationaal al gedaan heeft, om te kijken van binnen die groepen van laagvariabele zorg zien we dat daar de praktijkvoering veranderd is, want daar komt het dan eigenlijk op neer, of de praktijkvoering verandert of niet.

INTERVIEWER: Heeft dat een invloed gehad op kwaliteit van de zorg? Denkt u, of vindt u?

RESPONDENT A3: Ik denk van niet....Ik denk niet dat artsen, maar goed, dat is mijn inschatting, dat heb ik hier ook nooit gehoord...Ik denk niet dat men bepaalde prestaties niet meer is gaan doen, omdat het in een laagvariabele zorg zat. Ik weet dat toen dat ingevoerd werd, is daar in het begin wat discussie over geweest, ik weet dat daar heel wat discussie rond geweest is, en de overheid heeft toen ook heel wat dingen aangepast, om pediatrie, ik ken nu niet de kleine details, dat moet ik opzoeken, maar op pediatrie was dat eerst...bij een bevalling was daar eerst wat discussie over, euhm, maar dan heeft de overheid ook een aantal bepaalde prestaties eruitgehaald. Ik heb niet het gevoel en dat hoor ik ook niet van artsen hier, dat de kwaliteit daar ondertussen aan, ik weet niet wat anderen daarover gezegd hebben, maar de kwaliteit daaraan ingeboet heeft....Ik heb niet dat gevoel.

INTERVIEWER: Neen, de mensen die ik tot nu toe geïnterviewd heb, zeiden ook van niet echt nee....

RESPONDENT A3: In het begin is daar redelijk veel commotie over geweest, omdat men het gevoel had, van, euhm, we gaan bepalen...op een gegeven moment zijn ook de consulten eruitgehaald, omdat de artsen het gevoel hadden van 'we gaan geen extra consult meer doen bij de patiënt' omdat dat niet in de laagvariabele zorg zat, maar de overheid heeft daar ook een aantal aanpassingen op gedaan op een gegeven moment, dus ik denk niet dat een patiënt een bepaalde behandeling niet gehad heeft omwille van de laagvariabele zorg...daar ben ik eigenlijk redelijk zeker van....

INTERVIEWER: Ja.....euhm, is de hoeveelheid administratie door die implementering verhoogd of verlaagd?

RESPONDENT A3: Euhm, zeker niet verlaagd, omdat, ja, je maakt in een factuur, waar je zowel de individuele prestaties...., want we moeten nog altijd de individuele prestaties, maar dan aan 0 euro factureren, omdat de overheid die natuurlijk ook nodig heeft om jaar per jaar het nieuw forfait te berekenen, hè, en je moet dan ook nog het forfait daarop zetten. Ik denk dat wij, naar opvolging toe, euhm, ja, want artsen willen dat weten wat zouden wij normaal gefactureerd hebben, wat hebben wij in laagvariabele zorg gefactureerd, dus je bent daar ook wel mee bezig om rapporten op

te maken, om artsen daarover te informeren, dus....het is zeker geen administratieve vereenvoudiging, dat lijkt misschien zo, omdat je zegt van, oké, je gaat daar een forfait voor factureren, dat is makkelijker, maar je moet ook nog al die individuele prestaties factureren, omdat je die ook nodig hebt om de kamersupplementen en de ereloonsupplementen correct, alle de kamersupplementen niet, maar de ereloonsupplementen, correct te kunnen factureren.

Dus, zeker geen administratieve vereenvoudiging....Ik denk eerder wat extra last, ook door het feit dat we die MZG-registratie nu, dat is op zich een goede zaak, dat uw MZG-registratie wat vervroegt, maar ook dat heeft administratief bijkomende inspanningen gekost...

INTERVIEWER: Dus, ook qua patiëntenfacturen is er wel wat veranderd, als voordat dat was ingevoerd?

RESPONDENT A3: Ja, ja, eigenlijk komt het er op neer, nu dat is eigenlijk door de software..... door de softwareleveranciers is dat grotendeels geautomatiseerd hè, dat als je een bepaalde patiënt hebt, artsen geven nog altijd hun individuele prestaties door....achterliggend berekent de softwareleverancier of het uit een laagvariabele zorg komt of niet, worden die prestaties ook doorgezet, worden die ereloonsupplementen eventueel berekend en wordt een bijkomend forfait aangerekend, maar de factuur ziet er inderdaad ook wat anders uit, doordat de patiënt een hele resem prestaties aan 0 euro gaat zien, en dan ineens het forfaitbedrag met het bedrag dat het forfait mag gefactureerd worden.

INTERVIEWER: Op dit moment worden die bundels beslist door het RIZIV... Zouden, volgens u, artsen ook inspraak moeten krijgen in hoeveel budget er voor een bepaalde bundel is?

RESPONDENT A3: Ja, ik denk dat het nu gebaseerd is op de nationale gemiddeldes, euhm, de enige opmerking die ik daarop zou kunnen maken, is, en daar zou je artsen wel in kunnen betrekken, natuurlijk nu maakt men een gemiddelde op basis van de gemiddelde praktijkvoering in België. Je zou kunnen verwachten dat als je zegt van, een bepaalde behandeling krijgt een forfait dat men dat eerder gaat baseren op 'evidence-based-gegevens', hè, is dit de juiste uitgave voor een bepaalde prestatie? Ik heb niet het gevoel dat men dat op dit moment doet, maar dat men nu puur, een wiskundige berekening maakt op de reële uitgaven die het zijn. Dat betekent als morgen alle artsen iets gaan doen wat eigenlijk niet nodig is, dat dat gewoon in de laagvariabele zorg gaat betaald worden...maar dat is nu ook natuurlijk, want dat is een beetje ons systeem in België natuurlijk....een arts doet een prestatie en krijgt die betaald. In een laagvariabele zorg als men daar meer prestaties gaat doen, ja dan gaat dat op een gegeven moment, gaat dat bijkomende laagvariabele zorg krijgen. Men zou daar eigenlijk, alle idealiter, zou je kunnen zeggen dat als we zo een systeem invoeren, moet dat ook een verantwoorde prijs geven en zou je met artsen gesprekken kunnen aangaan van bij die bepaalde ingrepen, welke prestaties horen daarbij? En zien we daar inderdaad, en dan kom je wel terug op het verhaal van de overconsumptie, doen we daar standaard zaken bij, alle, bijvoorbeeld bij een bepaalde behandeling, hoeveel onderzoeken, medische beeldvorming gebeuren er en is dat verantwoord of niet, maar die vraag stelt men zich nu eigenlijk niet hè.... Nu neemt men gewoon een totaliteit van alles wat gefactureerd is en op basis daarvan maakt men een berekening.

INTERVIEWER: Oké, euhm, heeft iedereen die uit die bundel vergoed wordt daar ook recht op volgens u?

RESPONDENT A3: Ik denk dat dat nu eenmaal het systeem is hè....je kan daarover discussiëren hè als daar ergens een arts, bij een ingreep in laagvariabele zorg, eens ooit iets gedaan heeft, ja dan zit daar een klein procentje in, voor iedereen....Ja, dat is het systeem, daar kan je dan over gaan discussiëren van heeft elke arts in België daar dan recht op, omdat ergens iemand dat gedaan heeft....je kan daarover gaan discussiëren...Het gaat over zo kleine aantallen, maar ja, daar moet je ergens een streep trekken, denk ik, als je zegt, we gaan dat forfaitariseren....het is op basis van de prijsvoering gelijk ze nu is hè...Je kan dat alleen maar oplossen door te gaan kijken van, wat zijn verantwoorde kosten om aan te rekenen bij een ingreep? Dat is wat men nu eigenlijk niet doet...

INTERVIEWER: Euh, van iemand anders die ik had geïnterviewd....die zei, bijvoorbeeld bij orthopedie dan, dat sommige delen die in die bundel zitten, bijvoorbeeld het labo, heeft hier niet zo een groot aandeel in, terwijl die wel redelijk wat vergoed worden uit die bundel dan en toen zei hij ook van 'ja, daar kun je een heel debat over voeren, maar dat is ook wel '....

RESPONDENT A3: Maar dat is, waarom zit daar een redelijk aandeel labo in, ik ken dat nu niet van buiten of dat effectief zo is, maar ik ga ervanuit dat dat effectief zo is, dat is dan omdat er nationaal heel wat labo-onderzoeken gebeuren, bij die ingreep dan bijvoorbeeld...dan moet je eerder discussie gaan voeren, ja, want mogen artsen dat aanrekenen, alle, of is dat, en dan zou je die bundel anders moeten gaan samenstellen, dan zou je moeten gaan zeggen van, ik maak die niet op basis van wat men nu doet, maar op basis van wat wij verantwoord vinden om te doen. Omgekeerd zit er ook nog altijd het probleem van de anatome pathologie, in waar men eigenlijk te weinig prestaties meeneemt hè, dus de prestaties die nu gebeuren voor de ziekenhuizen door privélabo's zitten er niet in, waardoor dat eigenlijk dat labo systematisch te weinig krijgt in de laagvariabele zorg...euhm, ja, ik ik, ja, maar dat is het systeem hè, dus als men zo een systeem maakt dan is het moeilijk naar artsen toe te gaan om te gaan motiveren van, ja, de overheid geeft dat bedrag wel, maar we gaan jullie dat niet geven, dat is een onnodige discussie wat mij betreft....dan moet de overheid eigenlijk haar berekeningsmethodiek aanpassen.

INTERVIEWER: Ja, en welke hervormingen zouden volgens u nog in het Vlaams ziekenhuislandschap kunnen doorgevoerd worden om bijvoorbeeld die middelen efficiënter te besteden of de kwaliteit van zorg te verhogen of zo?

RESPONDENT A3: Ja, men zou effectief het debat kunnen aangaan van 'wat moet bij een bepaalde ingreep effectief gebeuren hè, en wat allemaal nu gebeurt, is dat allemaal nodig, wat nu gebeurt? Is het nodig dat bij bepaalde ingrepen, ik zeg maar iets, 2 verschillende onderzoeken medische beeldvormingen gebeuren of is 1 onderzoek genoeg...euhm, wat denk ik...wat in België algemeen essentieel is en dat is men ook aan het doen, is dat men een grondige hervorming doet van de ziekenhuisfinanciering omdat je nu, euhm, in bepaalde stukken met een sterke onderfinanciering zit en in sommige stukken misschien met wat overfinanciering, maar goed, dat is een ander

verhaal...maar men zou, denk ik wel, allez, als men die discussie gaat voeren met artsengroepen van wat is er verantwoord aan bepaalde prestaties die bij een ingreep in laagvariabele zorg gebeuren dan zouden daar misschien dingen inzitten die nu nationaal gebeuren, waarvan men zegt 'moeten die altijd gebeuren?'....Maar dan ga je met een andere insteek, dan gaat je berekeningsmethode heel erg veranderen.

INTERVIEWER: Ja.... En zou die gebundelde financiering ook, volgens u, in bijvoorbeeld de hoogvariabele zorg, kunnen doorgevoerd worden?

RESPONDENT A3: Neen, dat denk ik niet....

INTERVIEWER: Nee?

RESPONDENT A3: Ik denk over mediumvariabel kunt ge nog discussiëren, maar bij hoogvariabel denk ik, allez, denk ik dat dat heel moeilijk gaat zijn, want dan loop je ook het risico, allez, dan loop je theoretisch het risico dat men bepaalde van die patiënten gaat weigeren hè... Want, van hoogvariabel, dan spreken we over patiënten die op de intensieve terechtkomen, die waarvan je op voorhand niet weet van 'hoeveel dagen intensieve gaan die nodig hebben?' Euhm, dat is nu het voordeel, in dat stuk dat je dat met gestandaardiseerde zorg kan doen, dat je kan zeggen van, eigenlijk de hulp in ziekenhuis A zou hetzelfde moeten zijn als in ziekenhuis B en zou hetzelfde moeten zijn voor patiënt A als voor patiënt B in ziekenhuis A, en met hoogvariabele zorg ga je dat totaal niet kunnen doen hè...dus, dus, allez, ik denk gestandaardiseerde en hoogvariabele zorg, ik zie dat moeilijk haalbaar.

INTERVIEWER: Zou dat, euhm, volgens u, ook nog los van ziekenhuizen, in andere zorginstellingen kunnen ingevoerd worden?

RESPONDENT A3: Laagvariabele zorg?

INTERVIEWER: Ja...

RESPONDENT A3: Ik denk, alles wat een gestandaardiseerde behandeling is, denk ik dat je dat wel zou kunnen doen...nu natuurlijk, wat we in de ziekenhuizen hebben, is op dit moment ook maar een beperkt stuk hè, is maar alleen dat stukje honoraria, dat is niet het zorgen, als ik dan denk aan woonzorgcentra, ja, daar speelt honoraria natuurlijk een andere rol, dat is een ander zorgverhaal, en dat is bij ons ook nog niet uit gestandaardiseerde en laagvariabele zorg, daar hebben we ook nog geen ervaring mee hoe men dat zou doen. Euhm, maar ik denk in andere sectoren, ik denk, ja, als het gestandaardiseerde zorg is, ja, mogelijks wel.

INTERVIEWER: Oké en ziet u in de toekomst, naarmate, ja, dat de jaren evolueren, als de overheid bijvoorbeeld dat budget telkens gaat inkorten, gaat inkorten, gaat inkorten...Zou dat een gevaar kunnen zijn voor die laagvariabele zorg?

RESPONDENT A3: Ja, als men het totale budget gaat inkrimpen, denk ik wel hè, dus, dan gaan artsen zich misschien toch vragen gaan stellen over bepaalde patiënten van 'gaan we die behandelen?'...allez, dat is een theoretisch verhaal, dat zie ik nu totaal niet. Nu, aan de andere kant, we zien dat ook bij de forfaitarisering van geneesmiddelen, hè, we zijn in 2006, denk ik, is er voor een gedeelte van de geneesmiddelen een forfait ingevoerd....Euhm, in het begin heeft men ook gezegd, we doen daar geen besparingen in, ja, uiteindelijk heeft men daar toch een gigantische besparing in gerealiseerd en zien we dat we daar als ziekenhuizen minder en minder krijgen, maar ik denk ook niet dat daardoor ene patiënt een pilletje minder gehad heeft dan wat die nodig had hè....

INTERVIEWER: Ja...

RESPONDENT A3: Misschien dat we wel eens gaan nadenken over bepaalde zaken van 'heeft een patiënt het nodig of niet nodig', maar ik ben ervan overtuigd dat geen enkele patiënt niet gehad heeft wat hij nodig had. Ik denk dat dat altijd gebeurd is, maar misschienhet, het voordeel van standaardiseren is soms ook dat je dingen kritisch gaat bekijken, dat je gaat zeggen van 'kijk, als een hulp standaard in het land op die manier gebeurt, en die gebeurt bij ons anders, er worden andere prestaties aangerekend, waarom is dat? Het doet, allez, het doet ons wel eens kritisch kijken naar onze eigen processen. Dat is bijvoorbeeld wat met die forfaitarisering van die geneesmiddelen ook geweest is...je begint een aantal dingen te bekijken en je begint een aantal dingen te benchmarken, eventueel met andere ziekenhuizen, euhm, en dan kan je er wel uit leren. Maar het puur besparingsverhaal is natuurlijk altijd een risico...en dat is iets wat we natuurlijk als sector heel fel voelen, we zijn niet zo happig op de forfaitarisering, omdat alles wat geforfaitariseerd is tot nu toe we op termijn als een besparingsverhaal zien natuurlijk.

INTERVIEWER: Euhm, als u de vergelijking maakt tussen voordat die laagvariabele zorg ingevoerd was en dan nu, wat zijn de grootste verschillen die u merkt? Gewoon in het algemeen in het ziekenhuis?

RESPONDENT A3: Dat is ondertussen eigenlijk iets wat ingeburgerd is, ik weet...allez, ik ben toevallig gisteravond daar nog een toelichting over gaan geven op de Medische Raad, euhm, het is iets wat ingeburgerd is, dus ik weet eigenlijk niet of het nog een groot verschil geeft, het is een iets andere manier van artsen vergoeden, maar of dat nu echt, buiten het feit dat dat administratief anders is en dat de artsen hun vergoedingen op een andere manier krijgen, of dat nu een heel groot verschil heeft...ik zie het niet echt...

INTERVIEWER: Oké, dat kan en euhm, om dan een beetje een conclusie te geven. Wat zijn volgens u de sterktes en de zwaktes van de laagvariabele zorg?

RESPONDENT A3: Ja, de grote zwakte vind ik dat het, euhm, vind ik één, dat het enkel voor honoraria is ingevoerd...het was een heel leuk idee om te zeggen van 'we gaan voor een bepaalde handeling richting een ander systeem, dat had een stuk hervorming kunnen zijn...euhm, het feit dat het puur gebaseerd is op, euhm, gemiddeldes, zoals ze nu gerealiseerd worden en wat geen link hebben met wat zou je zeggen, is voor een bepaalde prestatie die gestandaardiseerd kan worden, is verantwoord. Het geeft gewoon bestaande praktijkvoering en als alle artsen met z'n allen gaan beslissen 'we gaan bij alle patiënten vanaf nu iets extra doen' en dan gaat dat ook gewoon binnen twee-drie jaar in de laagvariabele zorg gewoon betaald worden...natuurlijk nu ook het systeem met de gewone honoraria. De sterkte denk ik, dat men toch wel eens is gaan kijken...ik merk dat ook wel aan een aantal artsengroepen...die bepaalde prestaties veel in laagvariabele zorg hebben...dat we er toch wel eens kritisch naar gaan kijken van hoe doen we dat nationaal en hoe doen wij dat? Dus, dat dat toch wel een moment geeft van eens na te denken van mijn praktijkvoering en vertaald in honoraria dan, is dat ook de praktijkvoering in het land?

INTERVIEWER: Oké, dan zijn we door alle vragen heen....dus, heel fel bedankt om even de tijd te nemen!

RESPONDENT A3: Dat is heel graag gedaan...en ik hoop dat het wat lukt...

Interview met respondent A4

INTERVIEWER: Dus, zou uzelf eerst kort kunnen voorstellen. Wie u bent, wat u doet en hoelang al?

RESPONDENT A4: Ik ben A4, ik ben hoofdzakelijk bezig met onderzoek naar de gezondheidseconomie sedert drie jaar. Daarnaast geef ik les in Gent en in Hasselt waar ik begroting, sociale zekerheid en ook gezondheidseconomie geef aan verschillende faculteiten.

INTERVIEWER: Toen ze dat hadden aangekondigd dat ze die laagvariabele zorg wilden gaan invoeren, had u daar toen een mening over? Vond u dat een goed idee, een slecht idee?

RESPONDENT A4: Ja, heel sterk eigenlijk omdat voor ik begon waar ik nu werk, was ik politicus en zat ik in het parlement, euhm en was dat één van de discussies. Eén van de punten waar ik een sterk idee over had, is het probleem van de standaardisering van de zorgverstrekkingen in België. Omdat wij merken, dat als je kijkt naar de voorzieningen en de ingrepen, de verstrekkingen die er zijn in België dan is er daar een enorme wildgroei in de zin dat als je dat per arrondissement bekijkt dan zie je dat dezelfde verstrekkingen heel vaak voorkomen in het ene en heel weinig in het andere en daar geen standaard in zit. Euhm, alle ingrepen om dat te responsabiliseren euhm waren voor mij niet alleen goed, maar ook nodig en het standaardiseren van die vergoedingen in de laagvariabele zorg is daar een voorbeeld van. Dus ik was daar eigenlijk heel erg voor.

INTERVIEWER: Ja! Euhm en één van die doelen daarvan was om die overconsumptie van zorg naar beneden te halen, bent u het daarmee eens dat ze dat moeten drukken een beetje, die overconsumptie?

RESPONDENT A4: Ja, in een deel van de verstrekkingen wel, door dat grote verschil in gebruik van prestaties dat we zien euhm, is er eigenlijk weinig controle op. Ik denk de meest gangbare controle op overconsumptie komt door audits van het RIZIV. Bijvoorbeeld een audit die ik heel boeiend vond om te lezen was over het gebruik van scans over de lage rugproblemen waar dat je inderdaad zag dat er een enorme overconsumptie was en dat er ook aanzienlijk is moeten terugbetaald worden. Dus die noodzaak is daar en eigenlijk euhm, door het systeem dat in 2019 gestemd is op de laagvariabele zorg, euhm leg je eigenlijk de verantwoordelijkheid bij de voorziening. In de zin dat je zegt van kijk als dat, het woord zegt het zelf en daarom is het ook gekozen, laagvariabele zorg, eigenlijk betekent dat als je 1000 mensen ziet dat er 950 gaan zijn die dezelfde behandeling nodig gaan hebben met dezelfde soort vergoeding. En dan is de redenering, kijk je krijgt dat type zorg euhm op het aantal verwachte patiënten krijg je zoveel middelen. Zit daar dan al eens een duurder traject bij, dan moet je dat eigenlijk binnen die enveloppe van de middelen kunnen betalen die voorzien is. Dat is het basisidee en dat is geresponsabiliseerd door de voorziening. Dat maakt dat een bepaalde voorziening of ziekenhuis niet zou kunnen zeggen van, we gaan op dit soort verstrekkingen proberen om de financiering van het ziekenhuis een stuk mee te sturen waar dat het

ene ziekenhuis waar ze 1000 patiënten hebben euhm bijvoorbeeld een veel groter bedrag zouden uitgeven aan dezelfde behandeling dan een ander ziekenhuis, dat wordt beperkt.

INTERVIEWER: Ja, en heeft dat implementeren van de laagvariabele zorg een impact gehad op de uitgaven naar de gezondheidszorg toe?

RESPONDENT A4: Nee en dat is naar mijn mening nog veel te weinig gemeten ook. Het is zo dat de wet altijd een voldoende flexibiliteit voorziet voor de ziekenhuizen en dat is ook logisch want ge kunt niet als wetgever een impact willen hebben op het soort verstrekkingen dat men aanbiedt, de ziekenhuizen moeten dat zelf nog kunnen. Maar dat maakt ook dat het niet zo makkelijk is om de impact van die nieuwe wet te gaan zien. Ik zie nog altijd heel veel verschillend gebruik van prestaties en uitgaven in verschillende gebieden, dus het is te vroeg om te weten of dat werkt zoals het bedoeld is en of het een voldoende impact heeft op uitgaven in de gezondheidszorg. Het is natuurlijk ook maar in eerste implementatie een beperkt deel van de verstrekkingen.

INTERVIEWER: Heeft u als onderzoeker misschien enig idee hoe ze dat in het ziekenhuis ervaren hebben waaraan u verbonden bent?

RESPONDENT A4: Nee, ervaring op het terrein zelf heb ik heel weinig informatie over. Ik wil dat zekers een doen, want mijn basisstelling is eigenlijk dat men veel meer in enveloppefinanciering zou moeten gaan, dat er veel meer zou gemeten worden hoeveel verstrekkingen dat er zijn van een bepaald type en afwijkingen zijn mogelijk hé maar dan moeten ze dat kunnen verantwoorden. Euhm, maar ik wil daar zeker nog eens naar kijken maar ik heb op de beleving en op de reactie op de werkvloer, daar heb ik eigenlijk heel weinig zicht op.

INTERVIEWER: Die laagvariabele zorg kan dat een effect hebben op de kwaliteit van de zorg die ze in de ziekenhuizen leveren?

RESPONDENT A4: Neen, dat geloof ik niet. Euhm, het is zo dat de kwaliteit in de diensten van onze ziekenhuizen is gemiddeld hoog en de beschikbare bedragen om die verstrekkingen te doen zijn hoog genoeg en de werking in de ziekenhuizen en de opvolging ervan is sterk genoeg om de kwaliteit te garanderen. Ik verwacht daar nauwelijks kwaliteitseffecten van, veel minder dan de andere problemen in de ziekenhuizen zoals de onderbezetting bijvoorbeeld. Dat zijn problemen met veel grotere impact op kwaliteit. Het zou ook puur modelmatig niet mogen kunnen dat er een impact zou zijn, als je 950 mensen hebt met een aandoening die redelijk standaard is, die laagvariabeliteit van behandeling vergt dan zou met het beschikbare bedrag dat weinig impact mogen hebben op de kwaliteit van de zorg. Tenzij, en ik geloof niet dat dat gebeurt, men op die diensten zouden zeggen dat als er een grondiger, duurder onderzoek of behandeling nodig is, dat ze er van afzien omdat het niet evenveel opbrengt. Maar ik zie vooralsnog niet in onze ziekenhuizen dat die redenering geldt.

INTERVIEWER: Heeft dat ook een impact op de administratie die een ziekenhuis moet doen?

RESPONDENT A4: Ja, maar beperkt. Eigenlijk de ziekenhuissystemen naar verwerking, opvolging van patiëntendossiers, die trajecten zijn bij ons zeer goed ontwikkeld. En de aanpassing van het systeem van vergoeding en nomenclatuur heeft eigenlijk niet zo heel veel impact op de administratieve last, wat dat jammer is omdat op de afdelingen zelf, het uitvoerend werk zoals de verpleging bijvoorbeeld die zit aan een te hoog percentage van tijd die ze aan administratie besteden op dit moment. Maar we hadden eigenlijk bij die wetswijziging daar ook mogen naar kijken hoe we die administratieve last wel naar beneden konden krijgen, want dat is echt wel nodig in onze ziekenhuizen. Maar dit is niet het ding die dat enorm naar beneden haalt.

INTERVIEWER: Die budgetten voor de bundel die vastgelegd zijn, vindt u dat artsen daar inspraak in moeten krijgen?

RESPONDENT A4: Euhm, ik ga een dubbel antwoord geven. Ik vind, gegeven ons model, dat je altijd inspraak moet geven aan de artsen omdat de evolutie in de behandelingen, technieken en de impact op de patiënten beter gekend is bij de artsen op het terrein dan bij de administratie. Het moet evenwel van mij niet bindend zijn, en dat is het dubbele van mijn antwoord, omdat ik zie in bepaalde bundled payments in andere landen gaat men zeer ver in die prijsbepaling en als je daar het resultaat van ziet, de vergelijking tussen landen wat men betaalt voor in het ene land voor een verstrekking in vergelijking met een ander land, die verschillen zijn enorm. Dus je moet ook, en daarom weet ik dat het een dubbel antwoord is, voldoende slagkracht geven aan de administratie om dat voldoende laag te zetten. En ik denk altijd als een bepaald ziekenhuis of een voorziening, vaststelt dat ze met een hele goede behandeling eigenlijk de patiënten beter helpen waardoor dat uw kosten op de langere termijn lager zijn, dat soort flexibiliteit moet je blijven voorzien. Ze mogen bij een verstrekking meer uitgeven als ze het kunnen verantwoorden. Maar in die fase zitten we nog niet, dat is de logica die nog veel te weinig bij ons in organisaties zit.

INTERVIEWER: Heeft iedereen die uit die bundel betaald wordt daar ook recht op volgens u?

RESPONDENT A4: Goh, dat is een hele moeilijke. Euhm, je hebt soorten van overconsumptie dat is eigenlijk een beetje uw vraag hé. En er zijn zeker types verstrekkingen waar er overconsumptie is, waarbij je bijvoorbeeld operatieve ingrepen ziet gebeuren die niet nodig zijn, dat is zeker zo. Dus het antwoord is nee, maar dat is natuurlijk ook niet de grote groep. De vraag is maar, je moet dat altijd vermijden vind ik, dat is beleid, maar de vraag is maar of dat dat het grote effect is hé. Je ziet bijvoorbeeld als het gaat over overconsumptie hebben we heel veel, euhm, in medische beeldvorming nog altijd bij ons. Ik heb het voorbeeld van de lage rug gegeven omdat dat een bekend voorbeeld is, maar in operatieve ingrepen zie je dat eigenlijk ook bij knieprothesen en niet alleen bij ons. Operaties aan de prostaat, dat is ook een onderwerp dat steeds meer opduikt. Maar daar heb je beleid voor nodig, en bewustmaking en dat is altijd zo een spanningsveld tussen wat brengt het meest op voor het ziekenhuizen en voor artsen en wat is er strikt maatschappelijk nodig. Wat dat wij dan bijvoorbeeld niet hebben in België is een heel makkelijke koppeling van de databanken om

te zien waar die overconsumptie zit hé, want we spreken daar veel over maar de hele naakte meting daarvan is nog heel moeilijk nog altijd wat dat ongelofelijk is hé.

INTERVIEWER: Ja, iemand anders die ik had geïnterviewd zei dan ook dat bijvoorbeeld bij bepaalde ingrepen speelt het labo niet zo een rol, maar worden ze wel voor een groot deel vergoed en dat er dan een debat ontstaat van hebben ze daar wel recht op of geen recht op.

RESPONDENT A4: Ja maar het moeilijke aan dat debat is ook als je het bekijkt vanuit de ziekenhuizen en de honoraria van artsen. Patiënten komen binnen in een ziekenhuis en leggen een heel traject af. Alles van de nomenclatuur gaat men daar bedragen aan factureren voor heel dat traject en dan is de vraag of je dan echt alleen maar costbased, namelijk het heeft zoveel gekost bij het labo, het heeft zoveel gekost in de medische beeldvorming, het heeft zoveel gekost in de medische beeldvorming en in ligdagprijs dus puur costbased of laat je daar vrijheid op bij het ziekenhuis waar dat ze zeggen om onze organisatie te optimaliseren is dat de financiering dat wij toewijzen aan bepaalde diensten. Snap je het verschil? En ik heb nogal de neiging om daar toch wat vrijheid in te geven aan de ziekenhuizen. Het meest sprekende voorbeeld is dat er een enorme nood is aan extra financiering in de geriatrie, maar dat is tegelijkertijd de minst rendabele sectie van de ziekenhuizen. En dus als men bepaalde dingen wil doen om de kwaliteit van verzorging en behandeling van die patiënten te verbeteren, dan zit daar soms dat soort kruisfacturering aan hé, ik weet dat, maar ik denk niet dat dat het grote drama is van onze financiering.

INTERVIEW: Naar de toekomst toe, welke hervormingen zouden er nog kunnen gebeuren om bijvoorbeeld middelen efficiënter te besteden of de kwaliteit van zorg te verhogen?

RESPONDENT A4: Om middelen efficiënter te besteden, ik ben een grote pleitbezorger, maar ik zie het niet snel gebeuren, van rekencapaciteit. Ik vind dat wij veel harder en duidelijker moeten in beeld brengen, euhm, hoeveel verstrekkingen wij doen, van welk type, op welke plaats en welke totaalcost dat dat heeft. Met het idee van kijk, als je 100 000 patiënten bereikt in uw regio en bij de ene voor 100 000 kost die verstrekking 10 miljoen en bij een andere kost die 30 miljoen, ja dan moet dat een verklaarbaar verschil zijn en als dat niet is dan is er een probleem. Dus die transparantie in waar dat we wat aan het besteden zijn, vind ik de absolute basis. Euhm, het verhogen van de kwaliteit is natuurlijk een stuk moeilijker, maar hangt eraan vast omdat men ervan uitgaat, Amerika heeft een heel ander model waar dat eigenlijk de kwaliteit meegaat met de betaalcracht van de patiënt. Wij vermijden dat door een veel kwalitatiever systeem te hebben. De vraag is dan als je het kwalitatief systeem meer gaat beperken in het verdienmodel van de honoraria van de artsen, of dat het verlenen van dezelfde kwaliteit aan alle patiënten dan niet voor een stuk in het gedrang komt. Dat is het moeilijke om te bewaken, want opzich hebben wij in ons ziekenhuislandschap zeer hoogkwalitatieve behandelingen in de ziekenhuizen hé. Nu ge gaat daar altijd uitzonderingen op voorzien maar voor een stuk door het bestaande financieringssysteem, dat is het moeilijke aan die hervorming ook. Er staat altijd een interactie tussen die financieringssystemen en de algemene toegankelijkheid tot die kwaliteit voor iedereen, omdat dat een mensenrecht is hé dat is een

belangrijk doel in het algemeen dus dat is een beetje zoekwerk. Maar ik vind die metingen van transparant maken van wat er waar gebeurd qua verstrekkingen, vind ik niet zo een evidente want we zijn opweg om binnen een paar jaar 10 procent van onze economie aan gezondheidszorg uit te geven hé, plus dan nog een keer de patiëntenkosten, dus dat is een enorme kost voor onze maatschappij en dan is het wel heel erg te verantwoorden dat er heel transparant wordt getoond waar dat de middelen naartoe gaan en toch doen we dat nog altijd niet hé.

INTERVIEWER: Zou die gebundelde financiering ook kunnen doorgetrokken worden naar de hoogvariabele zorg bijvoorbeeld?

RESPONDENT A4: Ik vind van wel, en dan moet je de inspraak van de artsen maar vergroten en de vrijheid van de artsen groot laten. Maar als je nu zegt, laagvariabele zorg, om het simpel te maken de gemiddelde kost voor die verstrekking is 100 euro en er zit een beetje variatie op maar dat kunt ge dan binnen die bundel doen. Bij de hoogvariabele zorg hebt ge ook een gemiddelde kost en dat betekent dat je daar vooral moet gaan kijken naar het aantal patiënten met die aandoening die binnenkomt. Als je daar zegt, kijk bij die ene patiënt kost het 100 euro en bij de andere kost het 1500 euro, oké dan zit die gemiddelde kost op 800 euro, maar dan nog kan je dat doen. Je krijgt dan nog altijd een enveloppe en hebben artsen de bevinding dat ze duurdere ingrepen moeten doen om de kwaliteit te verbeteren en daardoor de kosten die nadien komen, te verlagen dan moeten ze dat verantwoorden. Dus er zit dan veel meer in een model waarin je niet zegt van kijk, wij hebben vrijheid van medische toepassing, wij de artsen, en de overheid zet daar een betaling tegenover, dat is ons bestaande model. Ik denk een beter model zou zijn, alle zorg bundled en als ze zeggen er zijn evoluties waardoor we het kunnen verbeteren, maar het gaat meer kosten, verantwoord dat dan. Nu moet dat niet verantwoord worden en eigenlijk is dat niet oké.

INTERVIEWER: Zou dat buiten de ziekenhuizen ook kunnen ingevoerd worden?

RESPONDENT A4: Ja absoluut, ik spreek al heel de tijd over voorzieningen omdat dat niet moet beperkt worden tot de ziekenhuizen.

INTERVIEWER: Op termijn is er een gevaar in gebundelde financiering, stel dat de overheid dat budget voor bepaalde bundels telkens gaat inkrimpen zou er dan op termijn, euhm, ja iets van gevaar kunnen zijn?

RESPONDENT A4: Euhm, in sommige landen wel en dat komt ook al voor bij ons en dat refereert een beetje naar je vraag of dat de artsen moeten blijven inspraak hebben. Bij ons is dat minder omdat wij grotendeels een collectief model hebben dat euhm, eigenlijk door sociaal overleg mee wordt bepaald. Dat is niet het sociaal overleg waar we meestal van spreken, maar bij wijze van spreken het verzekeringscomité van het RIZIV waar dat de artsen- en patiëntenvertegenwoordigers en eigenlijk ook de farma enzo, mee gaat oordelen over wat er nodig is om de kwaliteit op punt te houden. Dat zijn stevige discussies maar daardoor is dat risico bij ons lager, omdat de

vertegenwoordigers van de sector op het terrein daar altijd mee een stem in hebben. En je kunt dus niet gewoon zeggen van oké, het gaat niet goed met de begroting, euhm, de regering verminderd gewoon lineair zoveel terugbetalingen en dan heb je een probleem met de kwaliteit, dat gaat bij ons niet. Maar het komt wel voor in een aantal landen, dat probleem, dus het is zeker benoemd om te bewaken. Maar wij hebben zo een buffer doordat we een sociaal overlegsysteem hebben binnen alles van de sociale zekerheid, ook binnen de gezondheidszorg.

INTERVIEWER: Wat valt het meest op als u de vergelijking maakt tussen het ziekenhuislandschap voordat die laagvariabele zorg ingevoerd was en hoe het nu is? Zijn daar significante verschillen?

RESPONDENT A4: Ik heb de indruk van niet, maar dat kan liggen aan mezelf, want ik spreek wel veel met mensen uit verschillende ziekenhuizen en eigenlijk is er heel veel gediscussieerd in aanloop naar de implementatie van dat systeem maar een keer geïmplementeerd heb ik de indruk dat men daar redelijk makkelijk zijn weg in gevonden heeft. Artsen hebben ook hard mee gediscussieerd over die invoering en dat heeft er mee toe geleid dat ze met een nieuw systeem zitten dat ze zelf werkbaar vinden. Ik voel daar weinig tegenwerking of wrevel, wat ik wel niet weet is hoeveel substitutie dat teweeg heeft gebracht en dat is moeilijk meetbaar. Ik bedoel daarmee, euhm, heel dat patiëntentraject in de laagvariabele zorg, dat traject is daarin beschreven, de vraag is of dat er al substitutie is naar andere kosten binnen heel het ziekenhuistraject of voorzieningstraject en daar heb ik geen zicht op. Misschien is er weinig weerwerking omdat ze wat andere oplossingen hebben gevonden om het probleem van bundled te compenseren, maar daar heb ik totaal geen zicht op. Maar ik merk op het terrein weinig wrevel.

INTERVIEWER: Oké, en dan om nog een kort een kleine conclusie te geven, wat zijn volgens u de sterktes en de zwaktes van gebundelde financiering?

RESPONDENT A4: Ik denk dat we ze al een beetje hebben gegeven. Ik zal het over Belgisch systeem hebben. Euhm de sterktes zijn: het verleggen van de responsabilisering binnen de instellingen zelf, dat is een sterkte, en het legt de verantwoordelijkheid niet meer bij de audit- en controlefunctie van de overheid, die is er nog steeds is, maar dat is niet meer het enige. Dat is een groot voordeel en zou nog meer versterkt worden moest men die macro-data echt gebruiken ook als benchmark om te zien of het gebruik correct is. En ik heb het over de potentiële gevaren ook al gehad, euhm en dat is dat je daar eigenlijk een kwaliteitsbewaking op moet houden, want als je het zou toepassen op de hoogvariabele zorg dan nog meer. Bij de laagvariabele zorg is er een regel voor die standaardkost, die laagvariabel is. Bij de hoogvariabele zorg, als ge een bundled payment zou hebben, als de neiging zou ontstaan om te besparen in de verstrekkingen gegeven de enveloppe die men toch als financiering kan ontvangen, dan zit je met een probleem op kwaliteit. Dus dat is het risico, die kwaliteitsbewaking moet er dan altijd bij. Eigenlijk moet de overheid een stuk wegdoen van die controleren audittaak en moet een stuk naar een taak van kwaliteitsbewaking gaan, wat ik een veel evenwichtiger model vindt.

INTERVIEWER: Oké, dan hebben we alle vragen gehad.

RESPONDENT A4: Voilà, zijt ge daar iets mee?

INTERVIEWER: Ja, zeker. Heel fel bedankt!

RESPONDENT A4: Ja, veel succes nog!

Interview met respondent A5

INTERVIEWER: Zou u uzelf heel even kort willen kunnen voorstellen?

RESPONDENT A5: Ik ben A5, ik heb me de afgelopen 15 jaar bezig gehouden met gezondheidseconomie. Ik ben algemeen econoom van opleiding. Ik heb in 30 landen in de wereld gewerkt. Grote multinationals geadviseerd op strategie en financiering, operationele effectiviteit. Dus hoe effectief kunnen we een organisatie inrichten zowel in proces als in uitkomsten en euhm, ik heb dat leven 11 jaar geleid alvorens ik naar België kwam. Hoe ben ik in België terecht gekomen, ik heb uiteindelijk een second opinie nodig gehad voor een medische interventie. En heb daarom 8 jaar geleden besloten om niet meer de wereld rond te reizen, maar om mij ten volle ten dienst te stellen om mee te werken aan de Belgische gezondheidszorg. Heel onze familie heeft twee nationaliteiten, de Belgische en de Nederlandse dus het was eigenlijk altijd al die twee werelden waarin ik verkeerde euhm ... en ik heb dus vanaf die datum dat ik in België woonde, in Leuven een opleiding gevolgd aan KU Leuven, ziekenhuisopleiding Vlerick en Harvard Business School, en Harvard Medical School en op enig moment kwam deze opportuniteit voorbij. En dacht ik, ik ga vanuit een Big Four kantoor waar ik altijd adviseringen heb gedaan aan gezondheidszorg en aan de farmabedrijven euhm, wil ik me nu ten volle inzetten voor het ziekenhuis omdat daar ligt mijn passie en ja zo ben ik hier gekomen. Sinds 4 weken zit ik in het directiecomité van het ziekenhuis en we zijn met zeer complexe en uitdagende dossiers bezig. Dus de inwerkperiode is ook de periode waarin ik daadwerkelijk aan de slag kan. Maar het is heel leuk, heel dynamisch en geeft veel energie.

INTERVIEWER: Op welke manier komt u in aanraking met de LVZ?

RESPONDENT A5: Ja euhm eigenlijk tweeledig, in mijn vorige leven als in de raad van bestuur van Y kwam ik in advisering richting ziekenhuizen veel in aanraking met LVZ. Maar natuurlijk altijd vanuit de economische kant. De facturatie kant, als revisor kijk je naar winst en verliesrekening en stel je vast wat voor LVZ is aangerekend geweest en vergoed geweest. euhm maar daarvoor nog heb ik ook nog wel veel van het beleid gevolgd hoe men is gekomen tot die LVZ. Dus ook de identificatie van patiëntengroepen, uhm tarificatie, hoe stelt men vast welk tarief daarbij hoort, euhm dat heb ik in de 3 jaren ervoor veel gevolgd met vele ziekenhuisdirecteuren.

INTERVIEWER: Toen die eerste geluiden kwamen dat ze dat wilden gaan invoeren, wat was toen uw toen mening daarover?

RESPONDENT A5: Ik vind dat in eerste instantie een goed idee, euhm het heeft me altijd bevreemd dat er veel verschillende tarieven werden gehanteerd voor dezelfde interventie en uhm, ik denk wil je de zorg doelmatig maken moet je proberen met elkaar procedures te standaardiseren. De guideline te volgen, de medische guidelines en te zorgen dat je van daaruit een zorgpad bouwt en dat zoveel mogelijk standaardiseert voor elk ziekenhuis. Dat heeft voor de medewerkers tot gevolg dat ze weten wat er van hen verwacht wordt omdat er een protocol is en een zorgpad is dus dat heeft een enorm voordeel. Uhm dat heeft voor een ziekenhuis een voordeel omdat ik als financieel directeur weet wat de kosten zullen zijn van dat betreffende zorgpad uhm en dat heeft ook tot gevolg dat zo patiënten het land niet hoeven over te steken om voor een goedkoper tarief ergens zorg te gaan ontvangen.

Uhm en je krijgt dus ook minder patiëntenstroom door het land heen en ik denk dat dat allemaal heel positieve effecten zijn. Euhm wat minder goed ontvangen is, is de vraag of dat het kostendekkend is. Of dat het forfait dat je krijgt kostendekkend is. Niet zozeer bij het standaard zorgpad dat je levert, maar wanneer er complicaties zijn. En daar wordt het lastiger denk ik. Ja, want uiteindelijk moet ook het ziekenhuis kostendekkend zijn. En dat geldt voor sommige patiëntengroepen wel, sommige zorgpaden en voor sommige niet.

INTERVIEWER: Een doel van die LVZ is ook een beetje om overconsumptie tegen te gaan, vindt u dat overconsumptie een probleem is in de gezondheidszorg?

RESPONDENT A5: Ja! Ik vind dat overconsumptie voorkomt, euhm medische beeldvorming is daar een goed voorbeeld van. Euhm, labo in zekere zin ook. Als we het niet vertrouwen, nemen we gewoon een bloedtest af. Dus er zitten goede en slechte kanten aan, maar in zijn algemeenheid is uit verschillende onderzoeken gebleken dat we in België een zekere mate van overconsumptie hebben. En euhm met name die beeldvorming is dat ook op Europees niveau onderzocht en kan je ook de getallen heel makkelijk zien in grafieken waarin men inderdaad in België meer voorschrijft dan in andere landen. Dat is ook de reden waarom Vandenbroucke in zijn nieuwe hervormingsnota heeft geschreven dat juist daar op die diensten moet gekeken worden of dat er mogelijks een lumpsum kan worden afgesproken. Dus niet meer vergoed worden per activiteit, fee for service, maar gewoon een lumpsumbedrag waarin het ziekenhuis zichzelf organiseert op een zo effectief mogelijk wijze en efficiënt mogelijke wijze en binnen dat budget te blijven en daardoor minder overconsumptie te hebben.

INTERVIEWER: Dan een beetje over echt de implementatie ervan. Denkt u dat ziekenhuizen, of dit ziekenhuis er moeilijkheden mee heeft ondervonden toen dat echt in werking trad?

RESPONDENT A5: Bedoel je de LVZ? Jazeker! Dus waar heeft het ziekenhuis moeilijkheden ondervonden, om dat geïmplementeerd te krijgen, in haar facturatiesysteem. En in haar IT-systemen. Omdat natuurlijk naar... aan de ene kant moet je registreren wat uw reële kost is van wat er is uitgevoerd geweest voor die patiënt. Aan de andere kant heb je alleen maar het forfait dat je terugkrijgt vanuit de mutualiteit. Daar zit een discrepantie tussen. En beide registraties worden bijgehouden... euhm, maar natuurlijk naar de patiënt moet alleen maar het forfait worden gestuurd op de factuur. Dus er staat een ander lijntje op de factuur dan dat je normaal zou verwachten bij geen LVZ. Dus dat heeft wel heel veel inspanningen nodig gehad om dat uiteindelijk in de administraties goed te krijgen. En natuurlijk ook als je gaat analyseren. Je moet je voorstellen, die data wordt wel gecapteerd en eigenlijk moeten we die data analyseren om te kijken hoe dicht zitten wij aan kostendekkend te zijn voor dat forfait dat we krijgen. Dus daar worden veel manuele berekeningen op gemaakt.

INTERVIEWER: Heeft die implementatie van de LVZ voor een besparing gezorgd op een manier in een ziekenhuis?

RESPONDENT A5: Dat is een hele moeilijke vraag. Het heeft geleid tot het nadenken over hoe efficiënt werken we met elkaar waarbij ik hoop dat de zorg voor de patiënt altijd voorop heeft gestaan en niet... dat zou ook gelukt moeten zijn omdat men natuurlijk in de kliniek geen idee heeft van welk forfait staat hier tegenover de geleverde zorg. Euhm maar wij moeten nog wel proberen om veel analyses te doen om te kijken in hoeverre kunnen we toch nog de kosten nog meer beheersen, moest het zo zijn dat het dan een verlieslatend onderdeel is, groep is, van een ziekenhuis. Maar een besparing? Het heeft een meer effectieve wijze van werken gegeven maar een besparing zou ik niet direct durven zeggen.

INTERVIEWER: En heeft dat een impact gehad op hoe de zorg wordt aangepakt? Bijvoorbeeld euhm, ja ik focus mij dan een beetje op de knie- en de heupchirurgie, en euhm, zijn daar bijvoorbeeld andere regels, is daar een andere regeling of zo voor gemaakt of op dat vlak gekeken van 'hoe werken we nu of hoe kunnen we dat anders aanpakken?'

RESPONDENT A5: Euhm nee, neen, 't is echt, dan moet je vaststellen dat het forfait is gebaseerd op een activiteitsniveau dat 2 jaar daarvoor ligt...hè dus, want ja, men moet eerst alle gegevens van heel België hebben om uiteindelijk een forfait te kunnen bepalen, dus het startpunt van laagvariabele zorg en het forfait dat daarbij hoorde was gebaseerd op activiteitsniveaus die 2 of 3 jaar terug in de tijd waren, want anders konden ze daar geen analyse van doen, hadden ze niet alle data beschikbaar. Wat je dus mogelijks wel ziet is dat als je nu evalueert naar technologische evolutie hè of innovaties, euhm, dat zie je dus wel heel sterk hè, dus de knie en de heup krijgen meer substitutie naar dagziekenhuisorganisatie in plaats van klassieke opnames, dus daar verandert niet zozeer de laagvariabele zorg, de manier van zorg leveren, maar wordt vooral ingegeven door de technologische vooruitgang die we maken met elkaar, waardoor we zeggen 'iets kan nu in het dagziekenhuis plaatsvinden'. Euhm, en dat heeft weer te maken met Europese guidelines die voorschrijven dat, ja, hoe sneller een patiënt eigenlijk in zijn eigen thuisomgeving is, hoe beter die herstelt...euhm, ja, dus daar zijn wel weer heel veel protocols gemaakt om te kijken van hoe snel kunnen we de patiënt thuis verzorgen, of thuis laten zijn.

INTERVIEWER: En vindt u dat ook goed dat meer en meer dingen naar een dagopname zouden gaan?

RESPONDENT A5: Euhm...

INTERVIEWER: of niet voor alles misschien?

RESPONDENT A5: Dat is een boeiende vraag omdat per heden weet je ook dat de financiering voor een dagziekenhuis, is onderwerp van gesprek, een onderwerp van beleidsanalyse, en euhm, in de huidige situatie, loont het niet voor het ziekenhuis om de patiënt in het dagziekenhuis op te nemen ten opzicht van een klassieke opname, omdat een budget voor een klassieke opname is nog altijd meer budget dan in een dagziekenhuis.

INTERVIEWER: Oké!

RESPONDENT A5: Dus in principe om de substitutie te maken van klassieke opname naar dagopname, euhm, is er vooral nog een slag nodig in financiering...

INTERVIEWER: Euhm, en op de kwaliteit van zorg? Kan, of heeft, de laagvariabele zorg daar een impact op gehad of zou dat op termijn misschien een impact erop kunnen hebben? In de positieve of de negatieve zin?

RESPONDENT A5: Ja, als je kwaliteit van zorg definieert als standaardisering van zorg, dus doen we allemaal hetzelfde op basis van de guidelines die we kennen....dan denk ik het wel.

INTERVIEWER: Ja....

RESPONDENT A5: Hè, omdat, wanneer men dat zorgpad ontwikkelt zeg je eigenlijk van 'dit is wat we met z'n allen gaan doen'...dus het is helder en duidelijk voor het hele team hoe de zorg gaat worden geleverd, en dat levert altijd een kwaliteit op omdat, ja, als je eenmaal instrueert hoe je het wilt hebben en hoe je de zorg met elkaar wilt organiseren, ten opzichte van geen organisatie of gewoon alle dagen hè, ad hoc met elkaar werken, dat levert natuurlijk altijd een toegevoegde waarde aan de kwaliteit van zorg...Het principe op zichzelf 'laagvariabele zorg' kent ook een risico in zich, omdat als er ziekenhuizen zijn die vinden dat hun forfait niet dekkend is, kan je je ook afvragen of dat ze alle handelingen die ze zouden moeten doen nog wel gaan doen...omdat ze niet kostendekkend zijn en dat is het risico dat aan de andere kant, soms, om de hoek komt kijken.

INTERVIEWER: Ja, euhm, en u heeft het eigenlijk al gezegd van die administratie, maar, mag ik daar dan uit besluiten dat die implementatie op administratie, dus eigenlijk eerder een negatieve impact heeft gehad of dat dat dat vermeerderd heeft?

RESPONDENT A5: Het was een compleet andere manier van werken, omdat voorheen hou je uit het KBS, hou je wat de aktes die de patiënt heeft ondergaan en die factureer je aan de mutualiteit, en dan een stukje aandeel aan de patiënt. Nu, moet je ook wel die aktes ophalen, maar kun je alleen maar factureren het forfait.. en dus ja....in het begin, bij de implementatie was er veel transitietijd nodig.

INTERVIEWER: Ja.

RESPONDENT A5: hè, men moest weten wat moeten we wel en niet, euh, aan documentatie bijhouden, euhm, hoe moet de factuur worden opgesteld, op een duidelijke en overzichtelijke wijze voor de patiënt, want het is heel raar als de patiënt ziet staan, euh, de aktes hè, want die moeten vermeld worden, wat er uitgevoerd is, maar die staan dan op 0 en dan staat er een forfait laagvariabele zorg, dat is voor een patiënt soms moeilijk te begrijpen, dus in het begin is er heel veel reacties geweest met uitleg bij de factuur, heeft een enorme druk gezet op het team. Euhm, nu is dat een gekend systeem en ja, nu loopt het natuurlijk. Dus nu zijn er geen extra inspanningen nodig om de facturatie of betalingen te matchen vanuit de kwaliteiten.

INTERVIEWER: Dus, dus dat is nu wel redelijk ingeburgerd?

RESPONDENT A5: Dat was een opstartperiode ja, en nu is het ingeburgerd...

INTERVIEWER: Oké. Euhm, die budgetten die per DRG beslist worden, vindt u dat ...dat wordt toch berekend zo op het gemiddelde van het land hè, wat per....

RESPONDENT A5: De norm ja...

INTERVIEWER: Ja...Vindt u dat artsen daar ook een inspraak in moeten krijgen?

RESPONDENT A5: Euhm, ik vind dat artsen altijd inspraak moeten hebben, in euhm, mede te bepalen welke inspanningen nodig zijn om de zorg te leveren, hè, dus duurtijd van een ingreep....kan alleen maar van bij een arts vandaag komen, want die ervaart het. De tijd die nodig is om de zorg te leveren, de mensen die betrokken moeten zijn bij die desbetreffende therapie of ingreep, kan alleen maar vanuit de arts komen hè, dus klinisch is dat essentieel om te begrijpen wat is er uiteindelijk geleverd aan de patiënt aan zorg....daarna is het natuurlijk wel, euhm, overheidsorganen, beleidsorganen, RIZIV-comités om te wegen of dat wat die arts uiteindelijk aangeeft als duurtijd of dat ook de normduurtijd is van de anderen en daar dan te zoeken naar 'wat is nu uiteindelijk de norm'.

INTERVIEWER: Ja....

RESPONDENT A5: En dat is niet de kortst mogelijke tijd om zorg te leveren...neen, dat moet de meest doelmatige, euhm, tijd zijn om de patiënt te doen herstellen....en dus ja, ik vind wel dat dat essentieel is dat er een clinicus betrokken is bij, euhm, de input die geleverd moet worden om te komen tot eh, tot een tarief.

INTERVIEWER: Oké, dus niet zozeer, echt zo, het budget zelf bepalen, maar gewoon eerder...een beetje advies....

RESPONDENT A5: Ja, de nomenclatuur, de ijking van de nomenclatuur, daar vind ik het heel redelijk dat artsen zitting nemen in de comités voor de herijking van de nomenclatuur, ja.

INTERVIEWER: Oké, en dan nog een beetje over de toekomst....euhm, welke hervormingen zouden volgens u nog hier in het Vlaams ziekenhuislandschap doorgevoerd kunnen worden om die middelen efficiënter te besteden of die kwaliteit van de zorg nog....allez, die is al hoog hier in België...om die nog hoger te maken?

RESPONDENT A5: Euhm, ik denk in zekere mate dat een systeem waar je de kwaliteit van zorg gaat relateren aan het budget dat je als ziekenhuis krijgt, kan een positieve factor zijn om de kwaliteit van zorg te beïnvloeden....ik zou niet zeggen dat het volledig moet worden berekend op basis van de kwaliteitsparameters die het ziekenhuis kent...euhm, maar wel een deel, hè...momenteel is dat maar 1%, pay for quality is 1% van het totale BFM. Euhm, dat is erg weinig, als je beschouwt dat het allemaal draait om uitkomst van patiëntenzorg, dus die verhouding zou voor mij wel hoger mogen.

INTERVIEWER: Ja....

RESPONDENT A5: Euhm, ik zou er zeker ook voor pleiten dat, als ingrepen kunnen worden uitgevoerd in het dagziekenhuis, en mensen snel in hun eigen thuisomgeving kunnen herstellen, zou er wat mij betreft een financiële incentive achter mogen zitten om dat te realiseren, hè, zodat we tenminste vergoed worden voor die zorg te leveren. Euhm, dus, dat geeft ook een positief effect aan de substitutie tussen klassieke opnames en dagopnames en dat is, denk ik, goed...euh, ik ben ook een voorstander van het evalueren van uw beddenhuis, om te kijken, een daling van het beddenhuis, om de patiënt zo snel mogelijk in zijn eigen omgeving te laten herstellen..euh, met alle technologische middelen die we daar tegenwoordig voor hebben en dat die monitoring via een systeem, of een armband, of een horloge...euh, vind ik allemaal heel positief om te zorgen dat iemand in zijn eigen omgeving kan herstellen....Ik weet zelf hoe belangrijk dat is...euhm, ik denk om die overconsumptie tegen te gaan is het heel goed dat daar een 'lumpsum' komt, euhm, dat men, ja, meer doelmatig kijkt 'is die beeldvorming wel nodig' ...dat vind ik zeker een positief effect en de herorganisatie binnen het netwerk vind ik ook een heel positief effect. Dat niet elk ziekenhuis zijn volledige aanbod zou blijven behouden, maar zichzelf organiseert, binnen het netwerk, om de zorg te verlenen waar hij of zij, in dat ziekenhuis, goed in is, en andere dingen door het andere ziekenhuis, binnen het netwerk, te laten doen, en daar geloof ik ook in....euhm, omdat het echt niet nodig is om binnen een straal van 10 of 20 km allemaal dezelfde dingen te doen, en we moeten onszelf daar allemaal op organiseren en hoe meer ingrepen je doet, hoe meer kwaliteit van zorg je kunt leveren, dus, we moeten toe naar, euhm, ja, een situatie waar meer centralisatie is, omdat dat gewoon meer kwaliteit geeft van zorg....

INTERVIEWER: Ja, oké.

RESPONDENT A5: En niet 1 of 2 ingrepen per chirurg, euhm, in bijna alle ziekenhuizen in België, neen, dus dat vind ik ook een goeie trend die we inzetten met elkaar....

INTERVIEWER: Euhm, zou die laagvariabele zorg ook kunnen ingevoerd worden, of, ja, niet die laagvariabele zorg, maar dat bundled payment-principe, zou dat ook kunnen ingevoerd worden in de mediumvariabele zorg of de hoogvariabele zorg?

RESPONDENT A5: In de hoogvariabele zorg zou ik dat nooit, euh, haha zou ik dat nooit hopen terug te zien...haha (lacht)...euhm, dus, dat is duidelijk denk ik...euhm, in mediumzorg....het zou kunnen als je het wilt gebruiken om, te zorgen dat zowel de eerstelijns- euhm, actoren, in het ziekenhuis, hè, tweedelijns- derdelijns, zo goed als mogelijk met elkaar samenwerken, en momenteel liggen die budgetten ofwel in het ziekenhuis, ofwel bij de huisarts, en is het dus heel moeilijk om jezelf met elkaar te organiseren, want op het moment dat wij meer zorg naar eerstelijnsactoren sturen, kost dat het ziekenhuis budget, dat is niet onze eerste gedachte, maar dat speelt wel mee in de organisatie van de samenwerkingen, omdat men natuurlijk allemaal probeert, ja, zichzelf toch te redden met het budget dat hij heeft, en daarvan denk ik, het zou interessant zijn, moesten we een, euhm, een bundled payment krijgen, om bijvoorbeeld een zorgpad met de eerstelijnsactoren, en de tweedelijnsactoren en de derdelijnsactoren, dat wij daar allemaal, uit dat budget mogen consumeren. Dat maakt dat je met elkaar samenwerkt...

INTERVIEWER: Ja....

RESPONDENT A5: en nu liggen de budgetten op elk niveau en dat is moeilijker....

INTERVIEWER: Ok, dus het zou wel kunnen als...

RESPONDENT A5: Ja, ja...het zou een interessant incentive kunnen zijn, een bundled payment, voor het met elkaar jezelf organiseren en de zorg te verlenen binnen en buiten de ziekenhuismuren, want het budget hangt nu volledig aan het ziekenhuis...

INTERVIEWER: En naar de toekomst toe, ziet u daar een gevaar in, in die laagvariabele zorg?

RESPONDENT A5: Euh, nee, ik denk als men, euh, euhm, nee eigenlijk niet. Gewoon omdat je jezelf steeds meer effectief en efficiënt gaat organiseren, zo zie ik er eigenlijk geen gevaar in...het enige risico dat je daar kan lopen is dat de totale zorg die je volgens de clinical guidelines moet leveren, euhm, dat het forfait niet kostendekkend is om dat te doen, dat kan gebeuren...

INTERVIEWER: En als bijvoorbeeld de budgetten voor zo een patiëntengroep, ja, gaan verminderen, ieder jaar, ja, zou dat wel, euhm, slecht kunnen zijn voor die kwaliteit bijvoorbeeld?

RESPONDENT A5: Ja, absoluut, absoluut...ja, daar zijn we het eens...

INTERVIEWER: Oke, euhm, als u een vergelijking moet maken tussen het ziekenhuislandschap nu en dan voordat die laagvariabele zorg was ingevoerd....zijn daar grote verschillen tussen of, euhm, niet echt?

RESPONDENT: Euhm, ja hè, omdat voordat het werd ingevoerd was het 'fee for service', dus alle activiteiten die werden uitgevoerd, werden ook gefactureerd, hè, binnen het kader van mutualiteiten natuurlijk, wat die allemaal toekenden, via nomenclatuur. Euhm en nu is dat niet het geval, nu krijg je het forfait.

INTERVIEWER: Ja.... En dan, om nog een beetje een kleine conclusie te geven. Wat zijn volgens u de sterktes en de zwaktes van heel die implementatie van die laagvariabele zorg?

RESPONDENT A5: Euhm, dat we 1 tarief hanteren, voor dezelfde ingreep, voor dezelfde, euhm, zorg binnen die patiëntengroep, dat vind ik heel positief daaraan, dat ze meer naar elkaar toe zijn gekomen om vast te stellen 'wat is nu de werking van dit zorgpad, hoe komen we tot dit zorgpad voor deze specifieke patiëntengroep?'. Dat vind ik heel positief daaraan. Dat de grote nivelleringsverschillen tussen het tarief in een ander deel in België anders is ten opzichte van ons hier...nu is dat gewoon één forfait, dat vind ik ook heel positief...euhm, maar je moet wel oppassen voor ziekenhuizen die mogelijks moeite hebben om hun resultaten op pijl te houden, hè, dat het niet de bedoeling is om zorg weg te nemen of activiteiten niet uit te voeren. Juist omdat het forfait niet kostendekkend is...daar moet je voor oppassen...dat vind ik een risico. Euhm, en voor de overheid heeft het natuurlijk tot gevolg gehad dat je in principe een goed inzicht krijgt in je budget.

INTERVIEWER: Ja, dat heb ik van andere interviews ook al gehoord....dat ze dat veel beter kunnen controleren...

RESPONDENT A5: Exact...ja, want nu weten ze gewoon wat wordt er uitgevoerd en wat forfait staat daar tegenover, dus, dat is voor hun heel makkelijk calculeren.

INTERVIEWER: Ok, dat waren mijn vragen zo een beetje.

RESPONDENT A5: Dank voor je komst...

INTERVIEWER: U bedankt dat u even de tijd wou nemen om mij te helpen!

Interview met respondent B1

INTERVIEWER: Oké dan zal ik beginnen met de eerste vraag, gewoon kan u uzelf even kort voorstellen en dan welke functie u doet en hoe u bij dit ziekenhuis terecht bent gekomen.

RESPONDENT B1: Ik ben respondent B1, ik ben na mijn opleiding orthopedie tweeënhalfjaar in het buitenland geweest, dan ben ik in Leuven gestart, in Leuven heb ik mij gespecialiseerd in reconstructieve heupchirurgie. Dan heb ik daar drie jaar aan mijn doctoraat gewerkt en dan ben ik uiteindelijk weggegaan uit Leuven en dan heb ik mij euhm, dan ben ik in dit ziekenhuis terechtgekomen. Ik was hier vroeger assistent en hier doe ik alleen heupchirurgie, reconstructieve heupchirurgie.

INTERVIEWER: Oké, euhm, op welke manier komt u in aanraking met gebundelde financiering in de laagvariabele zorg?

RESPONDENT B1: Tja, op welke manier ik daarmee in aanraking kom, eigenlijk verandert er voor ons als artsen op de vloer niet zoveel.

INTERVIEWER: Oké.

RESPONDENT B1: Het ziekenhuis euhm... int de gefactureerde erelonen en het ziekenhuis verdeeld dan die erelonen onder de verschillende artsen en euhm... voor ons is de laagvariabele zorg eigenlijk niet zo een slechte zaak want wij hebben een speciale operatietechniek die zorgt dat onze patiënten veel sneller naar huis gaan dan het gemiddelde in België, waardoor er voor ons eigenlijk een winst is op de bundled payments. En euhm.. dus eigenlijk als je een outlier bent aan de onderkant is dat een goede zaak maar dat blijft maar duren zolang dat je een outlier bent en wat zien we dat er meer en meer ziekenhuizen opschuiven om het aantal ligdagen te verminderen zodanig dat dat ook moeilijker en moeilijker is om een outlier te zijn aan de onderkant hé.

INTERVIEWER: En weet u misschien toen dat dus in opspraak kwam dat ze in het ziekenhuis naar laagvariabele zorg, naar mediumvariabele zorg, enzovoort wilden gaan. Weet u nog hoe u daar toen naar keek, of had u daar op dat moment nog niet echt een mening over, of dat een goed idee was of...?

RESPONDENT B1: Wel, bundled payments is iets dat eigenlijk in Amerika gestart is en we wisten al langer dat dat zou overwaaien naar euhm... naar België en voor de heup- en kniechirurgie, is dat volgens mij ook geen euhm slechte zaak. Ik moet zeggen dat zijn euhm... pathologieën, operaties die heel reduceerbaar zijn, gestandaardiseerd zijn en wordt er een gezonde incentive gecreëerd naar artsen toe om toch euhm zoveel mogelijk patiënten sneller naar huis te laten gaan. Dat is eigenlijk een incentive die men gecreëerd heeft naar artsen, naar ziekenhuizen toe om dat te realiseren dus ikzelf keek daar eigenlijk, ik had daar niet echt een mening over om de simpele reden dat ik al wist

dat wij een outlier waren aan de onderkant. Het is zelfs zo dat onze ligdagen hier artificieel hoger zijn gehouden dan dat we eigenlijk zouden kunnen. We hebben vorig jaar 600 patiënten naar huis laten gaan binnen de 24 uur, alé, binnen de 25 uur want ze moeten minstens 24 uur blijven.

INTERVIEWER: Ja, oké.

RESPONDENT B1: Euhm... dus wij waren eigenlijk al lange tijd door het hele economische, door het hele lean en mean systeem dat wij ontwikkelen in ons O.K. en in onze chirurgie, waren wij al lange tijd klaar om eigenlijk euhm met de laagvariabele zorg aan de slag te gaan. Dus dat was voor ons eigenlijk helemaal geen uitdaging, in tegendeel wij plukken daar nu wel een beetje de vruchten van omdat we zo een outlier aan de onderzijde zijn. Vandaag de dag is het zelfs zo dat onze patiënten in het daghospitaal naar huis kunnen gaan. Dus ik denk dat het een goede zaak is, natuurlijk is het een systeem dat ook negatieve, potentiële negatieve gevolgen zou kunnen hebben, want ge wordt niet langer beloond als alles opschuift naar onder toe. Dus ja het is een systeem dat in het begin rendabel is voor degenen die voor zijn op de rest, maar na verloop van tijd euhm gaat dat verminderen. Dus ook zo omdat de financiering van ziekenhuizen zo complex is en euhm nu echt wel focust op het laagvariabele zorgverhaal, maar euhm ziekenhuizen krijgen ook nog andere financiering.

INTERVIEWER: Ja, inderdaad.

RESPONDENT B1: Het Budget Financiële Middelen is eigenlijk een financiering voor alles wat er gebeurt in het O.K. en men wil nu euhm..., zegt men tegen artsen van kijk je mag heupen in het daghospitaal door middel van laagvariabele zorg maar dit mogelijks gepaard met het wegvallen van dat BFM, Budget Financiële Middelen, en dus dat heeft toch potentieel wel een serieus kantje dat men gaat onderfinancieren. Men gaat minder financieren dan voordien. Euhm, dat heeft allemaal niks met de erelonen van de artsen te maken, maar wel natuurlijk met de financiering van de ziekenhuizen, euhm...ja ik weet niet goed wat dat gaat betekenen naar de toekomst toe. Maar euhm, die bundled payments zoals ze nu zijn, namelijk euhm met een bepaald budget het doen dat is voor ons, in ons ziekenhuis nooit een probleem geweest, in tegendeel euhm.. omdat we voorlopen op de rest.

INTERVIEWER: Ja, dus eigenlijk om in te gaan op mijn volgende vraag dat implementeren ervan was voor jullie redelijk gemakkelijk?

RESPONDENT B1: Oh ja, dat was een organisch proces. Waar het natuurlijk wel een beetje sluimert of waar, ofja vind ik toch, waar het een groot probleem is, is dat met dat laagvariabele zorg budget moeten verschillende diensten en departementen gefinancierd worden in het ziekenhuis terwijl ik niet de indruk heb dat die diensten euhm, een toegevoegde waarde hebben geboden in de functie van de laagvariabele zorg. Met ander woorden, alle inspanningen komen van de dienst orthopedie, die gemaakt heeft dat we lean en mean werken en die ervoor zorgden dat we zo een rendabel systeem hebben gecreëerd, maar de andere departementen van het ziekenhuis profiteren er ook van

mee zonder dat ze daartoe hebben bijgedragen en dan krijg je natuurlijk tussen artsen een serieus debat waarbij men zegt van waarom moet jij daar nog, voor die laagvariabele zorg, financiering voor krijgen want eigenlijk jij doet daar niks voor. En daar heeft de overheid, in dat debat, daar heeft de overheid wel gezegd van kijk trek daar uw plan mee, dat is jullie probleem. Hier is het budget en de artsen moeten onderling maar uitvissen wie dat wat van dat budget krijgt. Nu dat is bij ons in het ziekenhuis ook heel organisch gegaan er is eigenlijk niet heel veel veranderd, maar ik weet niet of dat een houdbare zaak is op lange termijn of op middellange termijn.

INTERVIEWER: En heeft u misschien een idee hoe ze dat zouden kunnen oplossen, of niet echt?

RESPONDENT B1: Ja, bijvoorbeeld het labo krijgt vandaag de dag een bepaald budget van het laagvariabele zorg budget maar om het nu heel concreet te maken, wij nemen geen bloed meer postoperatief dus het labo krijgt eigenlijk centen waar ze niks voor doen.

INTERVIEWER: Nee, dat is waar.

RESPONDENT B1: En, alé dat is ook niet helemaal juist wat ik zeg want een deel van die centen gaan ook terug naar het ziekenhuis hé.

INTERVIEWER: Jaja.

RESPONDENT B1: Dus in heel het verhaal is het ziekenhuis de grote winnaar. Euhm, en dan zeggen ze tegen de artsen van ja los het maar onderling op. Bij ons is dat nu niet zo gegaan, maar dat gebeurt in andere ziekenhuizen wel waarbij artsen dan zeggen ja maar ja waarom moet jij daar centen van hebben. Tja, dat is een heel moeilijk debat hé, een heel moeilijk debat want je mag niet vergeten dat die van het labo ook een x percentage moeten afgeven terug aan het ziekenhuis. Dus het ziekenhuis gaat vinden dat die van het labo moeten hun deel van de koek krijgen euhm, want een deel van die koek gaat terug naar hen. Dus zegt het ziekenhuis we houden een status quo, en dit op het moment dat het labo eigenlijk niks doet. Dus (lacht) dat is niet helemaal een juiste situatie hé.

INTERVIEWER: Nee, dat is niet helemaal correct nee. En heeft het implementeren van die gebundelde financiering in de laagvariabele zorg de kwaliteit van de zorg in de orthopedie veranderd? Heeft dat een positief effect gehad of niet echt een effect?

RESPONDENT B1: Euh, ik denk dat wel hé. Ik denk dat alle maatregelen die genomen worden om efficiënter te werken, om meer lean en mean te werken komen op het einde van de rit ook ten goede aan de patiënt. Een groot misverstand is dat men denkt, ah die efficiëntie is gelijk aan goedkoper. Neen, die efficiëntie is eigenlijk het slimmer aanwenden van bestaande technologieën om dusdanig op een niveau van vooral tijd te winnen en tijd is heel simpel, hoe minder lang een operatie duurt,

hoe minder lang een patiënt in het ziekenhuis is, hoe minder lang een patiënt in het operatiekwartier is hoe beter dat is voor iedereen, ook voor de patiënt. Want dat betekent op zich dat de operatie vlotter gegaan is en er minder kansen zijn op complicaties. Dus met andere woorden denk ik dat euhm, de laagvariabele zorg een positieve factor is naar de kwaliteit van de zorg maar op voorwaarde natuurlijk dat men niet gaat zeggen van ja we moeten het met dit potteke doen en we zullen nog meer besparen op onze instrumenten om dusdanig meer over te houden. Maar dat gevoel heb ik absoluut niet, dat dat leeft bij de ziekenhuizen of bij de artsen hé, men wil nog altijd, iedereen wil nog altijd gaan voor de grootst mogelijke kwaliteit van zorg en efficiëntie draagt bij tot kwaliteit van zorg. Euhm.. en het rare van dat ganse verhaal is, wij hebben in ons ziekenhuis eigenlijk eerst geïnvesteerd om euhm meer efficiënt te werken, maar daardoor wordt het ganse zorgtraject, wordt er enorm bespaard en wordt er enorm gewonnen op het ganse zorgtraject. Dus eigenlijk moet men de visie hebben van oké, ik ga eerst investeren in technologie en nieuwe technieken om dan daar uiteindelijk meer van over te houden en dat is een redenering in de gezondheidszorg die men toch niet goed begrijpt.

INTERVIEWER: Ja...

RESPONDENT B1: In de gezondheidszorg gaat men eigenlijk vooral 1 op 1 kijken naar de directe kosten en proberen die directe kosten naar beneden te halen, maar men gaat niet echt rekening houden met indirecte kosten of met euhm.. het meer efficiënt maken van procedures. Alé, ik maak altijd de vergelijking met wat Henry Ford deed in het verleden. Henry Ford had ervoor gezorgd, hij vroeg aan een aantal mensen, euhm..., voor hij een aantal fabrieken startten vroeg hij aan een aantal mensen ja wat kan ik doen om ervoor te zorgen dat de kar die je hier hebt sneller kan ter plaatse geraken, en veel mensen antwoordden ik heb meer paarden nodig. Neen zei Henry Ford, dat gaan we niet doen, we gaan uhm een fabriek maken waar dat we zorgen dat de arbeiders op mekaar ingespeeld zijn, iedereen heel efficiënt werkt waardoor we echt letterlijk bandwerk kunnen introduceren. Wel, hij had daarvoor een bijzondere incentive en die incentive was: ik investeer eerst in mijn fabriek om dan meer wagens te kunnen verkopen, maar heel veel mensen begrepen dat niet. Heel veel mensen waren bezig met een derde paard of een tweede paar dat voor de kar moet gespannen worden en Ford zei neen, we gaan een wagen maken die door de ganse fabriek heel efficiënt kan gebruikt worden. En dat is in essentie een beetje hetzelfde met wat er gebeurt in de gezondheidszorg, men kijkt naar wat men hier en nu doet, maar men kijkt niet voorbij de horizon. Nu zegt men, ah dat mesje moet goedkoper, we gaan dat mesje een halve euro goedkoper maken. Neen men zou moeten investeren in technologie die maakt dat die halve euro van dat mesje niet relevant is. En euhm waardoor dat je efficiënter werkt en betere zorg introduceert. Ik kan u garanderen dat dat iets is wat in de gezondheidszorg zeer moeilijk te introduceren is. En het gevaar van de laagvariabele zorg bestaat er dan ook in dat men niet gaat aan zelfreflectie doen, maar dat men eigenlijk, met zelfreflectie bedoel ik hoe kan ik efficiënter werken, neen men gaat zeggen ik werk goed en ik verander niks aan de methode die ik gebruik, om dan wel te knabbelen op bepaalde instrumenten, bepaalde operatiezaken waardoor dat mijn directe kosten naar beneden gaan. En dan hou ik netto meer over, maar dat is natuurlijk helemaal verkeerd want dan gaat de kwaliteit van de zorg potentieel achteruit.

INTERVIEWER: Ja, en nu dat er dan zo een vast budget is voor bijvoorbeeld een heupprothese, is die procedure dan eigenlijk veranderd?

RESPONDENT B1: Wel, het is niet omwille van de laagvariabele zorg dat het is veranderd. Dat is eigenlijk organisch veranderd, in ons ziekenhuis althans en dan is de laagvariabele zorg erbij gekomen. Dus wij zijn dit zelf gaan veranderen omdat wij vonden dat we efficiënter moesten opereren. Gemiddelde heupprocedure duurt in België anderhalfuur, waarbij een chirurg twee tot drie verpleegkundigen of assistenten aan tafel heeft staan. Het is een procedure waarbij al gauw zeker drie man aan tafel staat en het duurt gemiddeld anderhalfuur en eer de patiënt in en uit het O.K. is zijn we al gauw twee uur verder. Goed, wij hebben met ons systeem, wij hebben een systeem ontwikkeld dat noemt het efficient surgery concept waarbij de procedure nog maar een halfuur duurt gemiddeld en waarbij de procedure gedaan wordt met één chirurg en één verpleegkundige. Dus we hebben het aantal FTE's gereduceerd van 4 naar 2 en de procedure gaat veel sneller waardoor er minder risico is op infectie enzovoort. Dat is iets dat wij organisch gedaan hebben, nu denk ik wel heel veel chirurgen zeiden toen van moet dat wel, is dat wel nodig en si en la. Maar vandaag door de laagvariabele zorg zijn er toch meer en meer chirurgen aan het denken van oké, ik moet mij misschien toch ook efficiënter gaan organiseren en misschien moet ik het toch zo gaan doen zoals ze het bij dit ziekenhuis doen.

INTERVIEWER: Ja, oké.

RESPONDENT B1: Maar dat gaat heel traag hoor, heel traag. Ik vermoed dat eens dat euhm in België de outliers of het gemiddelde ligdagduur naar beneden gaat dan gaan chirurgen echt meer en meer gedwongen worden om ook inderdaad met dergelijke concepten aan de slag te gaan.

INTERVIEWER: Oké. Krijgen jullie als artsen inspraak in hoeveel budget er is voor zo een bundel of is dat bijvoorbeeld enkel de financieel directeur van het ziekenhuis die dat bepaalt?

RESPONDENT B1: Het ziekenhuis is transparant naar de omzet van laagvariabele zorg, dus dat is allemaal oké maar wij hebben voor derest daar niks over te zeggen.

INTERVIEWER: Oké. Is de hoeveelheid administratie voor u toegenomen of afgenomen?

RESPONDENT B1: Neen, dat is zeker niet toegenomen. Alé over het algemeen is dat gigantisch toegenomen maar dat heeft niet echt veel met de laagvariabele zorg te maken.

INTERVIEWER: En ik weet niet of u hier misschien iets over weet of dat dat niet echt in uw gebied ligt, maar heeft dat implementeren van die laagvariabele zorg ook een impact gehad op de totale uitgaven van jullie ziekenhuis?

RESPONDENT B1: Wel, zoals ik zei wij zijn rendabel in de laagvariabele zorg hé. Dus eigenlijk gaat ons ziekenhuis doordat wij outlier aan de onderkant zijn dus doordat onze ligdagen zo laag zijn maakt het ziekenhuis winst op de laagvariabele zorg ten opzichte van het systeem vroeger.

INTERVIEWER: Oké, dus wel een positief effect?

RESPONDENT B1: Ja, op dit moment nog wel maar dat gaat niet blijven duren want als alle ligdagen naar beneden gaan dan zijn wij niet langer een outlier en dan gaan wij dat rendement niet kunnen behouden. Dus dat is eigenlijk een beetje een pervers systeem hé. Hoe beter dat je werkt hoe meer het gemiddelde naar beneden gaat, maar hoe meer dat gemiddelde naar beneden gaat hoe minder mensen een outlier gaan zijn en gaat die winst die het ziekenhuis erop maakt verminderen. De laagvariabele zorg heeft vooral voor het ziekenhuis en voor die ziekenhuizen die vooruit kijken, is een positieve zaak.

INTERVIEWER: Zijn er volgens u nog andere hervormingen die in het ziekenhuislandschap kunnen worden ingevoerd om de kwaliteit van zorg te verhogen? Of zou zo gebundelde financiering volgens u ook kunnen worden doorgetrokken naar de mediumvariabele zorg of de hoogvariabele zorg?

RESPONDENT B1: Dat is een hele moeilijke, want we zijn nog altijd niet met roboto bezig maar we zijn met mensen bezig en in de laagvariabele zorggroep, daar zijn de patiënten redelijk voorspelbaar en dus kan je dat daar wel doen. Maar patiënten in de hoogvariabele zorg met een complexe voorgeschiedenis enzovoort is dat veel veel moeilijker. Dus ik denk, tja zolang men euhm, nee ik denk dat het zoals het nu is redelijk oké is maar natuurlijk vandaag krijgen ze als ik me niet vergis voor een heupprothese een twaalfduizend euro, het ziekenhuis hé, en morgen is dat tienduizend euro en dan zeventienduizend euro dat is hetgeen dat we gaan zien hé. De overheid gaat natuurlijk de terugbetaling van een prothese, daar ben ik zeker van, altijd maar naar beneden halen. En euhm, dat is iets wat dat ik naar de toekomst toe wel als een potentieel gevaar zie. Want ze zeggen ahja de patiënten die in het daghospitaal geïmponeerd worden daar hebt ge geen kost meer aan, dus wij betalen nog maar zeven of achtduizend euro terug. Dat zijn de hurdles daarvan hé, euhm en we moeten vooral opletten dat die gebundelde betalingen dat er vooral positieve incentives gecreëerd worden en daarmee bedoel ik onder de vorm van efficiëntieverhoging en kwaliteitsverhoging. En dat is nog wel een gevaar als men morgen effectief de knipper erop gaat zetten, dan denk ik dat daar potentieel gevaar is dat men met minder goede kwalitatieve instrumenten gaat werken. Nu wat ik nog veel belangrijker vindt, is dat men nog meer rekening houdt met, eigenlijk zou men naar de toekomst moeten rekening houden met indicatoren die aangeven welke diensten of chirurgen het minst aantal complicaties hebben. De zorg is denk ik niet zo zeer heel duur ten gevolge van de operaties die geen complicaties hebben, dus de laagvariabele zorg. Maar wel op complicaties zoals breuken, infecties, ontwrichtingen, daar wordt gigantisch veel geld op verloren. Dus zou men vroeg of laat moeten durven zeggen, kijk bepaalde centra of bepaalde chirurgen die een hoog volume hebben, die enorm veel ervaring hebben dat zijn eigenlijk degenen die dit op het einde van de rit

nog mogen doen. Ik denk dat we daar niet flauw over moeten doen, maar ge hebt chirurgen die 70 protheses op één jaar doen en ge hebt er die duizend protheses op één jaar doen. Nu mag jij kiezen naar welke van de twee je wil gaan als patiënt. Ik denk dat uw keuze rap gemaakt zal zijn.

INTERVIEWER: Ja, ik denk het ook.

RESPONDENT B1: En het zijn ook die mannen die er duizend doen op één jaar die veel minder complicaties hebben en daardoor ook de zorg, de gezondheidszorg betaalbaar houden. Dat is toch wel iets wat zeer belangrijk is en dat is natuurlijk een zeer moeilijk debat hé. Welke chirurg mag het nog en welke niet, wat zijn de criteria. Daar is het laatst nog niet over gezegd. Dus in de eerste plaats de laagvariabele zorgterugbetaling naar beneden te halen zou men toch wel eens moeten bekijken welke chirurgen zouden het best nog laagvariabele zorg doen en welke niet meer. Ik denk dat dat nog een belangrijker debat is.

INTERVIEWER: Ja, want dat was volgens mij ook een van de vooropgestelde doelen toen ze die laagvariabele zorg gingen implementeren om die gezondheidsbudgetten te drukken. Dus dat is dan volgens u eigenlijk niet echt een goed ding dan?

RESPONDENT B1: Jawel, maar ge moet dat dan niet enkel bekijken op niveau van de budgetten, maar ook kijken op het niveau van wat wordt er met dat budget gedaan en hoeveel complicaties staan daar tegenover. Dat is eigenlijk het grote probleem hé, dat zou men veel beter moeten proberen te volgen en proberen in kaart te brengen en euhm, maarja dat is natuurlijk een hele moeilijke want de artsen, de artsenberoepsverenigingen gaan zich daar natuurlijk ook tegen verzetten hé. Eigenlijk is Vandenbroucke dat nu wel al aan het doen hé, hij was vandaag nog aan het zeggen wie mag er nog wel iets doen, wie mag bijvoorbeeld slokdarmchirurgie doen want dat mag ook niet meer overal gebeuren.

INTERVIEWER: Ik heb dan nog één laatste vraag. Zou u om nog een kleine conclusie te geven, de sterktes en zwaktes volgens u van laagvariabele zorg kunnen oplijsten?

RESPONDENT B1: Wel, ik denk dat het laagvariabele zorgverhaal, het gaat overconsumptie tegen dat is duidelijk en het incentiveert chirurgen en ziekenhuizen om euhm efficiënter te werken waardoor er beter kwaliteitsbewaking is en waardoor ze rendabel kunnen blijven voor het ziekenhuis. Terugkomend op mijn ongerustheid, namelijk dat de overheid dat vroeg of laat altijd maar naar beneden gaat afkalven en er beter moet gekeken worden naar de kwaliteit die de chirurg daarvoor biedt, denk ik dat een interessant systeem, een systeem zou kunnen zijn waarbij de terugbetaling voor de laagvariabele zorg recht evenredig is met euhm... met de kwaliteit die men levert. Dus indien een chirurg uit de resultaten van zijn operaties, dat er duidelijk uitkomt dat die chirurg goede resultaten levert, dan kan de laagvariabele zorg aan het hoogste bedrag worden uitgekeerd aan het ziekenhuis. Want het ziekenhuis heeft moeite gedaan om zo goed mogelijke kwaliteit te leveren binnen het gebundelde budget. Indien blijkt dat er echter complicaties zijn en te veel complicaties

zijn, dan kunnen die complicaties, euhm.. hoe meer complicaties dat je doet, hoe minder dat je uitbetaald wordt in de laagvariabele zorg. Met als gevolg dan krijg je een natuurlijke selectie van chirurgen die nog laagvariabele zorg doen en euhm dan denk ik dat dat op het einde van de rit euhm ten goede komt van heel de maatschappij en heel de gezondheidszorg. In plaats van arbitrair te gaan zeggen, kijk die chirurg mag het wel doen of dat ziekenhuis mag het wel doen en dat ziekenhuis mag het niet doen, denk ik dat men het budget moet vasthangen aan de kwaliteit die daarvoor geleverd wordt. En op die manier blijft zo een systeem haalbaar en betaalbaar en worden chirurgen en ziekenhuizen geïncentiveerd om goede kwaliteit te brengen.

INTERVIEWER: Ja, oké.

RESPONDENT B1: Dus euhm... ik voel aan, dat is het tweede deel van uw vraag eigenlijk hé, wat zijn de minpunten. De minpunten zijn dat de overheid zowiezo gaat afkalven, dat zien we zo gebeuren waardoor er een potentiële kwaliteitsvermindering gaat gebeuren. En dat kan je misschien wel met hetgeen dat ik zonet heb voorgesteld op een positieve manier oplossen. Euhm... als een chirurg slechts één infectie heeft op de duizend binnen het laagvariabele zorgverhaal. Die infectie kost ongeveer aan de maatschappij tussen de dertig en de vijftig duizend euro. Dus als de chirurg maar één heeft op duizend versus een chirurg heeft er één op honderd, ja dat is wel een heel groot verschil naar de maatschappij toe hé. Dus denk ik dat er vooral een bewaking moet zijn naar de kwaliteit en die bewaking bestaat erin door positief te incentivieren en positief te monitoren en hoe beter je werkt, hoe stabiel zal uw terugbetaling in het laagvariabele zorgbudget zijn. Dat zou een hele mooie oplossing zijn want daar heb ik dus vooral schrik voor hé, dat de overheid maar blijft en blijft afkalven en dat is wel, dat is duidelijk hé, daar hebben ze nu een instrument voor. Nu kunnen ze zeggen kijk, nu is een heupprothese twaalf duizend euro, maar volgend jaar is dat nog maar elf duizend euro en klaar, daar moeten jullie het maar mee doen. Dat is een potentieel probleem. En dan ja het laatste probleem is dat artsen onderling discussiëren wie wat van het verhaal moet krijgen hé. Dat is natuurlijk ergens ook wel nog een probleem, ik vind het vooral jammer dat men het altijd heeft over ereloonsupplementen en erelonen van artsen terwijl dat eigenlijk gewoon financiering is van ziekenhuizen, die arts heeft daar zelden zelf iets van. Dus dat valt ook weg met dit verhaal hé.

INTERVIEWER: Dus dat gaat allemaal eigenlijk terug naar het ziekenhuis?

RESPONDENT B1: Jaja tuurlijk, dus door die laagvariabele zorg is eigenlijk alles wat transparanter geworden hé. (lacht) Euhm, dus ja de ziekenhuizen zijn de grote winnaar in dat verhaal en vooral ziekenhuizen die chirurgen hebben die heel performant werken.

INTERVIEWER: Oké, dan zijn we rond. Heel fel bedankt om mijn vragen te beantwoorden!

RESPONDENT B1: Dat is graag gedaan!

Interview met respondent B2

INTERVIEWER: Allereerst zou u uzelf even kunnen voorstellen, wat u doet?

RESPONDENT B2: Ik ben B2, ik ben diensthoofd orthopedie van dit ziekenhuis, ik ben actief in de heupchirurgie en in de traumatologie.

INTERVIEWER: Op welke manier komt u in aanraking met laagvariabele zorg?

RESPONDENT B2: Op basis van totale heupprotheses.

INTERVIEWER: Oké, toen die eerste geluiden kwamen dat ze die laagvariabele zorg wouden gaan invoeren, had u daar toen een mening over? Vond u dat een goed idee, een slecht idee of niet echt een mening?

RESPONDENT B2: We zijn daar toen weinig in betrokken, en ik vind ik ook, zijn wij daar weinig in geïnformeerd door de overheid over de variabelen die daar allemaal toegepast worden omdat het ook multivariabel is. Euhm, het enige is dus dat de impact van wat er gebeurt met een patiënt in het ziekenhuis dat dat meespeelt in de, laten we zeggen, totale opbouw van het kostenpakket van dergelijke prothesechirurgie en dat dat invloed heeft. Dus laten we zeggen alles wat gebeurt in het ziekenhuis: bloedafnames, foto's, technische prestaties worden daar in meegebracht en dat heeft dus al een eerste impact al gehad op patiënten dat alle vooronderzoeken bijvoorbeeld buiten het ziekenhuis gebeuren. Dus vooronderzoeken zoals bloedafnames en dergelijke, wordt niet meer in het ziekenhuis gedaan, wordt altijd puur ambulant gedaan om te vermijden dat dat soort kosten mee in de laagvariabele zorg komen. Het heeft dus een shift veroorzaakt in de manier waarop patiënten worden opgenomen en voorbereid, dat dat dus effectief vooraf en buiten het ziekenhuis gebeurt, of ambulant daarom niet buiten het ziekenhuis. Wat vroeger vaak wel het geval was, is dat de patiënt de dag voordien werd opgenomen en dat dan nog vooronderzoeken gebeuren, dus dat is helemaal van de radar verdwenen. Dus het heeft wel een zekere impact gehad op de manier waarop patiënten voorbereid worden.

INTERVIEWER: Euhm, een van die beoogde doelen was om bijvoorbeeld de overconsumptie van de zorg te verminderen, was dat volgens u ook een probleem?

RESPONDENT B2: Euhm, niet in onze dienst of wat betreft de heup en knieën. Ik denk wel dat er een overconsumptie kon bestaan in het aantal onderzoeken dat gevraagd werd tijdens een hospitalisatie en dat dat tot een rationalisatie is gekomen, is misschien maar goed ook. Dat sommige diensten of praktijken historisch zijn gegroeid, van het is altijd zo geweest en het werd altijd zo gedaan, dat daar beter over nagedacht wordt en dat dat een invloed heeft op de kostenstructuur en dat dat ook kon vermeden worden zonder dat dat impact had op de veiligheid van de patiënt of de zorg van de patiënt.

INTERVIEWER: Toen die laagvariabele zorg was ingevoerd, heeft u daar een fel verschil in gemerkt qua werking die u zelf deed zoals bijvoorbeeld bepaalde procedures die u volgde?

RESPONDENT B2: Voor mezelf is, doe ik geen postoperatieve röntgenonderzoeken meer na de ingreep omdat we tijdens de operatie arthroscopie gebruiken dus we hebben dan al een radiografisch beeld, maar ik doe daar geen controlefoto meer dus dat is om de reden om een röntgenfoto uit te sparen in de laagvariabele zorg en de controlefoto zes weken nadien. Euhm, en het bloedonderzoek is ook gestandaardiseerd dus een beperkter bloedonderzoek wat we vragen twee dagen postoperatief.

INTERVIEWER: Ja, dus u neemt soms wel ander beslissing door die laagvariabele zorg.

RESPONDENT B2: Ja, daar is een zekere rationalisatie ingevoerd ja.

INTERVIEWER: Heeft dat volgens u een impact gehad op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt?

RESPONDENT B2: Nee, maar dat gaat wel komen.

INTERVIEWER: Ja, en op welke manier dan?

RESPONDENT B2: Het is eigenlijk een race naar de bodem hé. Dus elk jaar wordt het niveau van uitgaven aangepast, dus het landelijk gemiddelde wordt berekend en er wordt telkens iets op toegepast naar het gemiddelde en men gaat steeds zorgen dat de kosten die omgaan in dat soort chirurgie steeds naar beneden moet, want anders gaat ge op een gegeven moment aan de drempel komen dat ge het overschrijdt en wie dat dan moet betalen daar is ook nog niks over uitgemaakt. Maar op een gegeven moment gaat het een race naar de bodem worden dat euhm, bepaalde onderzoeken en handelingen niet meer gesteld gaan worden en ik denk dat dat op een gegeven moment, dat het economisch verhaal een impact gaat hebben op de veiligheid van de patiënt. Daar ben ik wel van overtuigd en dat dat over x aantal jaren zo zal zijn dat het dan echt een, laten we zeggen een zware besparingsronde is die stelselmatig is ingevoerd, dat dat wel een impact kan hebben op de veiligheid van de patiënt. Ik weet ook bijvoorbeeld van ziekenhuizen waar ze ook geen postoperatieve bloedafnames meer doen dus dat ze geen controles meer doen om die kosten te vermijden. Ja, het gaat zowiezo zijn dat patiënten met te lage hemoglobines naar huis gaan dat ze moeten heropgenomen worden voor andere zaken, dus ik denk wel dat het daarop ergens een kritische drempel gaat zijn waar het economische eigenlijk de veiligheid van de patiënt gaat bedreigen.

INTERVIEWER: En qua administratie, heeft dat voor u een verschil gemaakt?

RESPONDENT B2: Nee, wij krijgen gewoon een jaarlijkse rapportering van hoe wij scoren in de laagvariabele zorg. We hebben nu twee opmerkingen dat we bij de totale knieprotheses een overschrijding hebben gehad en bij ons is dat enkel te wijten aan de kinesitherapie die postoperatief gebeurt, dat dat bij ons gebeurt door fysische geneeskunde en de fysische geneeskunde heeft een hogere ereloon percentage die aangerekend wordt aan elke patiënt en dat zorgt ervoor dat de globale kost van de fysiotherapie in ons ziekenhuis veel hoger is omdat dat via fysische geneeskunde gebeurt en niet via gewone kinesisten. Dus dat heeft bij de knieprotheses vorig jaar en dit jaar tot een overschrijding geleid.

INTERVIEWER: En ik weet niet of u hier iets over kan zeggen, maar heeft het ook een impact gehad op de totale uitgaven van het ziekenhuis?

RESPONDENT B2: Op de uitgaven heeft het zowieso een rem, maar niet op de uitgaven van wat wij doen. Elke patiënt heeft bij een operatie narcose of enige vorm van verdoving nodig en ja de akte die wij doen bij een operatie is net hetzelfde. Dus op dat gebied is er geen impact op de uitgaven, euhm de uitgaven, wat wel kan zijn is dat bepaalde uitgaven van vooronderzoeken of onderzoeken die eventueel achteraf gebeuren, dat die ambulant gebeuren zeker als de patiënt ontslagen is dat de patiënt dat laat doen bij de huisdokter of bij een controleonderzoek. Dus de uitgaven worden verspreid en niet alleen meer in een hospitalisatie gestopt, dus op die manier kan het wel een impact hebben op de hospitalisatieperiode zelf.

INTERVIEWER: Heeft iedereen die uit die bundel vergoed wordt, daar ook recht op volgens u? Bijvoorbeeld bij de bundel van heupprotheses krijgt het labo ook een vergoeding, maar er wordt postoperatief geen bloedonderzoek meer gedaan.

RESPONDENT B2: Bij ons wordt er nog wel een beperkt bloedonderzoek gedaan, maar euhm de bundel wordt eigenlijk samengesteld van de algemene kosten die ge veroorzaakt, dus alle diensten die daarin een prestatie leveren en daar een ereloon voor vergoed krijgen die komen daarin te terecht en die krijgen een vergoeding voor hun akte die ze doen. Stel nu dat ge zegt we zitten nog altijd onder de bundel van de variabele zorg in vergelijking met het landelijk gemiddelde, een bonus krijgt ge niet uitgekeerd. Dus ge krijgt alleen te horen dat ge onder het landelijk gemiddelde zit, maar er wordt geen bonus uitgekeerd. Dus er is geen enveloppe die wordt uitgekeerd, er is alleen maar een enveloppe als ge een enveloppe-overschrijding hebt, dan wordt er op een gegeven moment gezegd euhm dat moet vergoed worden en tot nu toe wordt dat gedragen door het ziekenhuis en er is tot nu toe niemand die daarvoor mee verantwoordelijk wordt gesteld omdat de kostenstructuur in elk ziekenhuis daarin wat verschillend kan zijn.

INTERVIEWER: En dan had ik nog een paar vragen een beetje over de toekomst.

RESPONDENT B2: Ja...

INTERVIEWER: Zijn er volgens u nog hervormingen in het Vlaams ziekenhuislandschap die doorgevoerd kunnen worden om de efficiëntie van die middelen beter te maken of de kwaliteit te verhogen?

RESPONDENT B2: Ik denk wel dat de efficiëntie in ziekenhuizen veel kan verbeteren door de rationalisatie van vooral technische prestaties, dat kan zeker verbeteren. Men kan eventueel gaan naar een gesloten enveloppesysteem waarbij men zegt voor patiënten met een bepaalde pathologie wordt een enveloppe voorzien van een bepaald bedrag en dat het daarmee moet gebeuren. En dan kan er gezegd worden dat er winst gemaakt kan worden als er rationeel gewerkt wordt dus ik denk dat het voor bepaalde dingen het gesloten enveloppesysteem het meest eerlijke systeem zal zijn. Want nu, stel nu dat ge een ingreep doet en men doet een complicatie en ge moet allerlei technische prestaties extra doen, heringreep doen en noem maar op, uiteindelijk wordt dan de technische prestaties worden toch betaald, dus zelfs als ge slecht werk levert en ge zijt medeverantwoordelijk voor de complicatie en ge moet een heringreep doen, die ingreep wordt ook betaald, ook apart betaald. Dus het is niet dat je financieel gestraft wordt als het slecht gaat. In een gesloten enveloppesysteem gaat men wel zien van kijk oei, we moeten ook alles inzetten dat de complicatieratio zo laag mogelijk is om te voorkomen dat we overschrijdingen hebben van de enveloppe, dus ik denk wel dat een gesloten enveloppe voor simpel bepaalde pathologieën wel een nuttig instrument kan zijn.

INTERVIEWER: Dus die gebundelde financiering zou volgens u ook kunnen doorgevoerd worden naar bijvoorbeeld mediumvariabele zorg?

RESPONDENT B2: Ja, de mediumvariabele zorg is altijd moeilijker omdat daar de morbiditeit, de pathologieën die de patiënt allemaal meeheeft buiten hetgeen waarvoor hij behandeld wordt, ja dat wordt een hele moeilijke om daar een factor op te bepalen. Maar dat zou kunnen zijn dat dat een beetje wat uitgebreid wordt. Want nu is dat nog beperkt tot ernstgraad 1 en 2 hé, dus dat zijn patiënten die ja nauwelijks een actieve geassocieerde pathologie hebben.

INTERVIEWER: Ziet u een gevaar in gebundelde financiering naar de toekomst toe?

RESPONDENT B2: Ja, ik denk wel dat de geneeskunde nu meer economisch gedreven wordt, enfin meer economisch gedirigeerd wordt door de overheid dat men op een gegeven moment het economische laat primeren over de zorg die in principe nodig is en dat er dan gaat, euhm bespaard worden op bepaalde onderzoeken, waardoor patiënten soms een onvolledige zorg krijgen. Als ge kijkt in de Scandinavische landen en Nederland, patiënten boven de 75 jaar die binnenkomen met een hersenbloeding die krijgen geen CT-scan meer, geen NMR-scan meer omdat men zegt over het globaal gaat dit de gezondheidszorg niet vooruit doen gaan. Maar het zal alleen maar uzelf of uw moeder wezen die perfect gezond is en met zo iets binnenkomt en dat ze zeggen, arbitrair worden die onderzoeken vanaf 75 jaar niet meer betaald en niet meer uitgevoerd, ja oké dan heeft dat impact op de kwaliteit van leven van bepaalde individuen hé. Dus het heeft zeker gevaren ja.

INTERVIEWER: Als u een vergelijking maakt tussen de orthopedische zorg voor die laagvariabele zorg en erna nadat dat is ingevoerd. Is daar een fel verschil tussen?

RESPONDENT B2: Nee.

INTERVIEWER: Oké, en dan om af te ronden, wat zijn volgens u de sterktes en zwaktes van die gebundelde financiering?

RESPONDENT B2: Ik denk wel dat men dus op de budgetuitgaven per pathologie en per patiënt dat men daar een rem naar boven heeft gesteld. Het nadeel in het systeem is dat het ingebouwde systeem elk jaar het gemiddelde naar beneden zal gaan en op een gegeven moment een kritische lijn zal bereikt worden waarop dan de economische factoren een invloed gaan hebben op de veiligheid van de patiënt, dus dat bepaalde zorg niet meer gaat toegepast worden en dat er dan meer risico bestaat op complicaties en er een onderfinanciering komt van de zorg die nodig is.

INTERVIEWER: Oké, dan zijn we rond. Als u nog vragen voor mij heeft?

RESPONDENT B2: Nee, ik ben wel benieuwd als uw werk klaar is moogt ge het mij altijd bezorgen.

INTERVIEWER: Ja is goed, zal ik zeker doen. Heel fel bedankt voor uw tijd!

RESPONDENT B2: Dat is graag gedaan.

Interview met respondent B3

INTERVIEWER: Euhm, dus om te beginnen zou u uzelf even kort kunnen voorstellen, wat u doet en hoe u bij dit ziekenhuis terecht bent gekomen en zo?

RESPONDENT B3: Wat ik doe? Ja, ik ben orthopedisch chirurg hè. Ik doe alleen maar knieën, kniechirurgie. Ik werk hier nu 22 jaar. Euhm, hoe ben ik hier terechtgekomen? Ik heb mijn studies gedaan in Leuven, KUL, dan 6 jaar specialisatie en dan hier begonnen hè, in januari 2002. Ondertussen ben ik nu diensthoofd hè van de hele associatie, en ik opereer alleen knieën, hè.

INTERVIEWER: Oké. Op welke manier komt u in aanraking met laagvariabele zorg?

RESPONDENT B3: Ja, knieprotheses.

INTERVIEWER: Toen die eerste geluiden kwamen dat ze die laagvariabele zorg wouden invoeren, had u daar een mening over of u dat een goed idee vond of een slecht idee vond of helemaal geen mening?

RESPONDENT B3: Jawel, jawel, jawel. Weet ge, ik heb ook euhm management cursussen gevolgd hè en dat werd daar toen al wat in aangebracht. Op Vlerick was dat dan, werd dat al een beetje aangebracht van kijk, dat zit eraan te komen hè. Europa is daar eigenlijk al langer mee bezig dus in andere landen is dat al, in Duitsland, Nederland is er een ander systeem in zorgverzekeraar maar daar is dat eigenlijk al dus we wisten dat dat ging komen. Dus had ik daar een mening over? Ja, in de zin van ben ik daar tegen, nee. Ik ben daar niet op tegen, het moet alleen correct gebeuren en juist gebeuren hè. Dus ik ben daar zeker niet negatief over. Ge moet ook eerlijk zijn hè als arts ook, dat zorg moet betaalbaar blijven dat is een zaak hè. Gezondheidszorg stijgt elk jaar, wat is het, 1,5% à 2%. Maar op een bepaald moment moet het gewoon betaalbaar blijven hè. En dus ik vind dat niet slecht nee.

INTERVIEWER: Oké. Euhm, één van die beoogde doelen ervan is ook een beetje de overconsumptie van de zorg te verminderen. Vond u dat dat moest toen?

RESPONDENT B3: Wel, ik denk dat dat niet de juiste manier is om dat te doen. Bij laagvariabele zorg gaat ge overconsumptie niet tegengaan. Als ge overconsumptie wilt tegengaan dan gaat ge... Wacht ik ga het omgekeerd zeggen. België heeft een heel toegankelijke gezondheidszorg. Veel toegankelijker dan omringende landen. Als ge overconsumptie wilt tegengaan, één ge hebt een systeem van artsen die betaald worden per prestatie wat ge doet dus hoe meer prestaties dat ge doet, hoe meer ge betaald wordt. Dat is één zaak. Een tweede zaak is ook en ik denk ook dat daar nog een hele weg is af te leggen, een patiënt hè. Patiënten in België zijn ook heel gewoon van alles onmiddellijk en snel te krijgen hè. Ik zie hier ook Nederlandse patiënten en Nederlandse patiënten, dat is totaal anders.

INTERVIEWER: Ja.

RESPONDENT B3: De Nederlandse patiënten die twee maanden moeten wachten op zorg, vinden dat normaal. Een Belg vindt dat niet normaal. En die zegt, ja dat kan niet. Dus ik denk dat als ge overconsumptie wilt tegengaan, dat ge uw patiënten ook serieus gaat moeten opvoeden. En dan kunt ge zeggen van, moet ge dan gaan naar laagvariabele zorg, dat gaat uw consumptie niet tegengaan hoor.

INTERVIEWER: Toen in het ziekenhuis dan echt overgegaan is naar laagvariabele zorg, vond u dat toen moeilijk toen dat geïmplementeerd werd?

RESPONDENT B3: Nee.

INTERVIEWER: Nee. Heeft u zich daar veel aan moeten aanpassen?

RESPONDENT B3: Nee. Bij ons is dat, moet ik eerlijk zeggen, vrij vlot gegaan. Uw laagvariabele zorg wordt bepaald door uw ligdagen enzoverder wat daar allemaal in zit maar wij scoren daar sowieso wel vrij goed in en wij hadden eigenlijk ons knieprothese of ons pad van knieprotheses al zodanig afgestemd dat er denk ik heel weinig overconsumptie was in dat verhaal dus nee dat is eigenlijk heel vlot gegaan bij ons hoor.

INTERVIEWER: Dus uw procedure van een knieprothese is niet veranderd ofzo?

RESPONDENT B3: Nee. Het enige wat, maar dat heeft niet veel te maken met laagvariabele zorg, zijn dat die ligdagen stillekes aan minder en minder worden.

INTERVIEWER: Wat een goed ding is, toch?

RESPONDENT B3: Ja, wat een goed ding is. Natuurlijk daar ook weer, dan moet ge gaan kijken. We zitten nu tussen de twee en drie dagen dat die blijven. Nu Vandenbroucke heeft onlangs gezegd van kijk, we willen naar dagziekenhuis gaan voor knieprotheses, maar ik denk dat dat hier in België niet haalbaar is, totdat uw eerstelijns voldoende mensen heeft. Dus eerstelijns zijn huisartsen, kinesisten, thuisverpleegkundigen. Die zijn nu geweldig onderbezet, vooral huisartsen en dat wilt zeggen dat als ge die pathologie naar dagziekenhuis wilt halen dat de huisartsen heel veel gaan moeten doen, die twee dagen van wat wij nu doen in het ziekenhuis. Maar dat kunnen die gewoon niet.

INTERVIEWER: En heeft dat een impact gehad op de kwaliteit van de zorg?

RESPONDENT B3: Nee, dat denk ik niet. Nee, ik denk dat er andere factoren zijn. Alé we hebben verschillende dingen gedaan. We zijn operatietechnieken wat gaan aanpassen en zo, maar de laagvariabele heeft daar geen invloed op gehad.

INTERVIEWER: Heeft u meer administratie en zo?

RESPONDENT B3: Door de laagvariabele zorg? Euhm, nee. We hebben meer administratie gekregen door JCI bijvoorbeeld. Door kwaliteitslabels die de ziekenhuizen gehaald hebben. We hebben JCI, daar zat heel veel administratie in, maar niet door de laagvariabele zorg.

INTERVIEWER: Nee. Oké, die bundel die bepaald wordt, die budgetten die daarin zitten, vindt u dat artsen daar ook inspraak in moeten krijgen?

RESPONDENT B3: Ja, logischerwijs wel hè.

INTERVIEWER: Want dat is op dit moment niet hè?

RESPONDENT B3: Wel, op een bepaald moment wordt er een bepaalde som gezegd en dat wordt gegeven aan een ziekenhuis. En dat ziekenhuis moet dan bepalen voor een stuk van wat gaat naar anesthesie, wat gaat naar chirurgie, wat gaat naar euhm labo, wat gaat naar RX, wat gaat naar omliggende fysische geneesheren en revalidatie en zo. Het lijkt mij logisch dat als ge dat van hogeruit bepaald dat daar artsen mee in dat overlegorgaan zitten want uiteindelijk wie gaat anders mogen bepalen wat dat wat is. En zeker als ge op termijn meer naar dagchirurgie wilt. Dat wilt zeggen dat uw fysische geneesheer uit hun laagvariabele zorg gaan verdwijnen. Dat zijn degenen die nu de revalidatie doen. Dus ik vind het niet meer als normaal dat artsen daar inspraak in zouden krijgen. De vraag is alleen, waar wilt de overheid naartoe want laagvariabele zorg is nog maar een stukje hè. Ik denk dat het nog veel verder gaat gaan en dan komt ge uw bundled payment waar ge dus, ik weet niet of dat erbij zat, dat zal de volgende stap zijn denk ik. Ik denk dat dat wel invloed gaat hebben op uw kwaliteit, misschien in negatieve zin. Bundled payment dan bedoel ik daar uw raadplegingen en zo er ook gaan bijzitten. Dat heb ik meegemaakt, toen ik assistent was in Duitsland. En daar bestond dat al, 20 jaar geleden of meer als 20 jaar geleden. En dan zag ik daar bijvoorbeeld iemand met een polsfractuur, dus wij zien die nu terug na 1 week, na 2 weken, na 6 weken. Daar werd die gewoon gezien, 1 keer na 6 weken. En dan werd gewoon gezegd, nu moogt ge alleen terugkomen als er een probleem is. En wij zien die na 1 week, 2 weken, 6 weken, 3 maanden, 6 maanden zo nodig. Oké we worden ervoor betaald, maar in bundled payment wordt ge daar ook voor betaald. Maar dan hebt ge er alle belang bij van die patiënt zo weinig mogelijk te zien.

INTERVIEWER: En misschien is dat ook niet altijd nodig om die nog na 6 maanden te zien?

RESPONDENT B3: Nee, na 6 maanden niet, maar de eerste weken als ge uw pols breekt dan staat ge daar hé ik mag teruggaan na 6 weken en niet eerder.

INTERVIEWER: Iedereen die uit zo een bepaalde bundel vergoed wordt, heeft die daar ook recht op volgens u?

RESPONDENT B3: Herhaal nog eens uw vraag.

INTERVIEWER: Dus in zo een bundled payment..

RESPONDENT B3: Ja, dat is niet de heel echte definitie bundled payment hé of toch niet hoe wij het gezien hebben. Ge hebt uw laagvariabele zorg en dan met bundled payment bedoelen wij nog, dat gaat nog zelfs iets verder. Nu bundled, ge hebt gelijk hé daar zitten verschillende artsen in, maar bij bundled payment initieel was het ook de bedoeling dat uw consultaties daarin zouden zitten. Dus uw pre-operatieve consultatie en uw post-operatieve consultatie, die valt daar nu niet in. Maar dus als ge zegt, laagvariabele zorg en al degenen die daarin zitten, nu ik kan enkel spreken over knieprotheses, wie zit daar allemaal in: de anesthesisten, wij, de fysische geneesheren, de radioloog en het labo. Nu radiologie zit er bijna niet meer in, omdat wij geen foto's meer pakken dus dat verdwijnt ook stillekes aan hé. Dat is ook geen vast gegeven hé, dat veranderd, uw sommen veranderen elk jaar bijna.

INTERVIEWER: En bijvoorbeeld het labo, heeft die veel aandeel of draagt die veel bij aan de zorg van die patiënt?

RESPONDENT B3: Nee. Ja, ge doet zowiezo een bloedafname na twee dagen voor ze naar huis gaan voor te kijken of die mensen bloed moeten bijkrijgen of niet. Dus dat die daar een stukje van krijgen vind ik niet meer dan normaal, die doen ook hun onderzoek daarin.

INTERVIEWER: Als er nog hervormingen zouden gebeuren in het ziekenhuislandschap, welke hervormingen zouden volgens u goed zijn om die kwaliteit te verhogen of de middelen efficiënter te besteden?

RESPONDENT B3: Ge moet, euhm, maar dat is iets wat gewoon niet haalbaar is in België....dus, mijn vrouw is ook arts hè, die werkt in een ander ziekenhuis en daar heb je bediendenstatuut hè, dus als bediende kun je in principe meer tijd vrij maken voor uwe patiënt dan wij, hè, dus, waarom? Die hebben een vast loon, of die nu eerlijk gezegd 100 patiënten zien op een maand of 50, dat maakt niet heel veel uit....En dan ga je wel uw kwaliteit, denk ik, iets kunnen verhogen, door iets meer tijd aan uw patiënten te kunnen besteden, ja....nu pas op, dat heeft ook zijn nadelen, hè, het bediendenstatuut, want dat ziekenhuis is nu een beetje in de rode cijfers aan het komen, omdat de lonen zodanig gestegen zijn dat ze zeggen van....en ik denk dat daar effectief ontslagen gaan vallen...Dat ga je bij ons niet voor hebben. Dus, dat is dan weer het voordeel van het

zelfstandigenstatuut...euhm, wat zijn dingen die kunnen bijdragen? Kwaliteitsindicatoren, dat is heel moeilijk te bepalen...in orthopedie hè, wij doen daar, wij proberen daar dingen ook te doen...maar wat is kwaliteit? Is dat de outcome die uwe patiënt heeft? Is dat hetgeen wat uw patiënt zelf zegt wat goed is of niet? Kwaliteit is heel moeilijk meetbaar hè...en dan moet je kijken vanuit de overheid...is het bijvoorbeeld het systeem van in Nederland, waar dat je zorgverzekeraars hebt...Daar wordt gewoon gezegd van 'kijk, je krijgt dit jaar nog zoveel geld om een knieprothese te steken'...dat is veel gemakkelijker controleerbaar. Wordt daarmee uw kwaliteit verhoogd? Niet direct, vermits heel veel Nederlanders naar België komen voor zorg, omdat ze te lang moeten wachten. Dat is niet gemakkelijk hoor... Waar gaat ge uw kwaliteit verhogen? Ik vind dat echt geen gemakkelijke...

INTERVIEWER: Oké, euhm, zou bijvoorbeeld zo gebundelde financiering of bundled payment nog uitgebreid kunnen worden naar de mediumvariabele zorg of de hoogvariabele zorg, volgens u? Of zou dat moeilijk zijn?

RESPONDENT B3: De hoogvariabele, dat is een moeilijke hè, de hoogvariabele vraagt zodanig veel dingen dat ge moeilijk kunt inschatten van wie krijgt wat van die pot. Want als dat gaat komen, hoogvariabele zorg, ik denk dat dan veel artsen gaan zeggen van 'ik doe het gewoon niet meer en trek uw plan'...euh, mediumzorg...gaat iets gemakkelijker zijn, nu ik denk dat op termijn heel veel mediumzorg naar laagvariabele zorg gaat gaan ...Allez, wij zien gewoon de evolutie in de loop der jaren....als ge ziet knieprotheses, toen ik assistent was, was je 18 dagen in het ziekenhuis en nu nog 2 of 3 dagen, om maar een voorbeeld te geven....en zo zien wij heel veel dingen die gemakkelijker worden en die van mediumvariabele zorg naar laagvariabele zorg gaan en dat is een proces, denk ik, dat in de loop der jaren dat ge meer en meer gaat opschuiven naar laagvariabele zorg.

INTERVIEWER: En is die, omdat die ligdagen dan verminderen...zou ge dan kunnen zeggen dat de kwaliteit van die zorg wel verhoogd is?

RESPONDENT B3: Vooral de pre-operatieve zorg, dat is verhoogd hè...allez, patiënten voorbereiden op een operatie, ook wat we tijdens die operatie doen is verbeterd...dus, dat verbetert, maar dat zijn allemaal kleine stapjes die ook...de patiënten op zich zijn beter voorbereid... Vroeger, bij een operatie, wist de patiënt totaal niet wat er ging gebeuren of weet ik wat, en hij is nu ook veel, veel meer geïnformeerd, hè...

INTERVIEWER: En ziet u een gevaar in die gebundelde financiering van de laagvariabele zorg, naar de toekomst toe?

RESPONDENT B3: Het enige gevaar dat ik zie, is dat wat ik juist zo een beetje zei...Is dat als ge de sommen, allez, dat is een geheel van hè, als ge die te laag gaat maken, dat er bepaalde disciplines gaan zijn die zeggen, of bepaalde artsen gaan zeggen, ik doe dat gewoon niet meer...Dat is eigenlijk een beetje, allez, een klein beetje wat ge nu ziet, bijvoorbeeld dermatologen hè...dat is nu buiten mijne winkel, maar bij dermatologen, wat zien we? Als gij wilt gaan naar een dermatoloog om een bruin plekje te gaan laten nakijken of weet ik wat, daar gaat de wachtlijst 4 - 5 - 6 maanden zijn. Gaat gij voor botox, dan zeggen ze 'binnen 2 weken moogt ge komen', dat is kassa hè, allez,

ik bedoel en dat is een beetje het gevaar waar ge naartoe gaat dat ge 2 snelheden krijgt in de geneeskunde als ge teveel gaat in laagvariabele zorg steken.

INTERVIEWER: Euhm, als u de vergelijking moet maken tussen orthopedische zorg voor die laagvariabele zorg en nu...zou u zeggen dat daar veel verschil in is? Of iets wat opvalt dat veranderd is of zo?

RESPONDENT B3: Nee, ik denk dat de ziekenhuizen en wij ook, dat ge meer door die laagvariabele zorg...allez, een stukske, maar het ziekenhuis krijgt ook maar een stukske van die som hè, dus zij moeten die som ook zo efficiënt mogelijk besteden en dan ziet ge wel dat er meer ingezet wordt nu op wat ze noemen rapid-recovery of fast-recovery, of om de mensen dus sneller uit het ziekenhuis weg te krijgen en dat is ook zo met appendix-operaties hè...dat wordt meer en meer dagziekenhuis.

INTERVIEWER: Ja, ja.... En dan, om nog kort een beetje een conclusie te geven....euhm, wat zijn volgens u de sterktes en de zwaktes van zo de bundled payment van de laagvariabele zorg?

RESPONDENT B3:

Wel, de sterkte is... en dan kijk ik vanuit de overheid...dat dat veel makkelijker controleerbaar is, dat ge uw budgetten veel gemakkelijker kunt opstellen...ja....euhm, wat zijn de voordelen ook, mits dat ge ziet dat de ziekuizen, de artsen, er ook wel toe drijft om uw middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten en om te proberen om uw patiënten toch zo snel mogelijk weg te krijgen, allez, zo goed mogelijk weg te krijgen. Euhm, de nadelen, ik zeg het juist ...uw geld wat ge ervoor krijgt moet realistisch blijven, maar waar wij wat schrik van hebben is dat die laagvariabele zorg, die gaat minder en minder en minder worden, ja....en dan....nu, als arts hebt ge ook een bepaalde kost hè, want iedereen denkt 'oh, artsen verdienen meer dan genoeg' en weet ik wat allemaal, maar, ja, ge ziet ook, ons personeel, die betalen wij zelf en die lonen stijgen nu ook op een jaar tijd met 11%, terwijl ons lonen geïndexeerd worden aan 1,5% of zoiets...ja, en op de lange duur loopt dat scheef. En dan gaat ge op een bepaald moment krijgen dat ge gaat zeggen van, ja...de minst interessante pathologie gaat ge gewoon afstoten hè...dat is het grote gevaar ervan, denk ik. Als er teveel in die laagvariabele zorg gaat zijn, dat de mensen gaan zeggen van

INTERVIEWER: We gaan het niet meer doen....

RESPONDENT B3: Ja, we gaan het niet meer doen ...want, ja een knieprothese zit erin bij de laagvariabele zorg, maar een knieprothese bij iemand van 65 die kerngezond is, ja, dat is, dat weet ge dat dat gaat lukken hè. Maar, bij iemand van 65 die heel veel voorgeschiedenis heeft, hart, longen, weet ik veel wat nog allemaal...die valt ook in die laagvariabele zorg, maar daar wordt het moeilijk om die in de laagvariabele zorg behandeld te krijgen en n dan kan het zijn, op een bepaald moment, dat ge gaat zeggen van 'kijk, we gaan die moeilijkere patiënten, allez, in de zin van medische moeilijkeren, gaan we zeggen van 'forget it hè'....

INTERVIEWER: Oké.

RESPONDENT B3: Dat gaat niet meer hè....

INTERVIEWER: Dat waren de vragen een beetje

RESPONDENT B3: Ja, ik ben eens benieuwd wat er gaat uit komen.

INTERVIEWER: Ja....ik ook.

RESPONDENT B3: Neenee, ik denk dat het goed is, allez, dat ernaar gekeken wordt hè...je moet realistisch zijn hè...the sky is niet the limit....Ik bedoel 'als het geld op is, is het geld op hè....' Als ge nu ziet België, ik heb ook een economische achtergrond, als ge dus België bekijkt en als ge ziet dat we nu zo miljarden overheidsschuld hebben...op een bepaald moment gaat ge moeten snoeien...

INTERVIEWER: Ja, dat is waar....

RESPONDENT B3: Ja, en waar gaat ge moeten snoeien? In uw uitgaven, of ge moet meer mensen aan het werk krijgen en dat is voor sommige partijen al moeilijk om daarover te babbelen...Gelijk de pensioenen ook hè, dat is allemaal onzeker...ook in de sociale medische zorg, de pensioenen gaan ongelooflijk stijgen de komende jaren, dus uw zorg gaat ge ook zo efficiënt mogelijk moeten inkleden hè....nu, de overheid probeert wel. We hebben nu toevallig vandaag een mail gekregen over artroscopie 'kijkoperaties van knieën', dat ze ook zeggen van 'kijk, in de praktijk mag nog maximaal 45% van de mensen, ouder dan 50 jaar, een artroscopie krijgen...nu, ik snap de redenering. Vroeger werden er heel wat artroscopies gedaan zonder dat die nodig waren, maar dan krijgt ge ook het gevaar dat ge nu tegen de patiënt gaat zeggen van 'we gaan geen artroscopie doen', we gaan direct een prothese zetten'. En dan denk ik, ja, wat is dan de winst? Ja, niks hè....allez

INTERVIEWER: Neen, dat is waar...

RESPONDENT B3: Dus, ik ben ouder dan 50 jaar, dus dat wilt zeggen dat als ik morgen mijn meniscus scheur en ik kom bij de dokter terecht, dat die dan zegt van 'ja, ik zit wel met al 35% dit jaar...ik ga u niet opereren jong, ik ga u een spuitje geven en nog een spuitje en als dat blijft pijn doen, dan gaan we dat volgend jaar doen hè'. En dan krijgt ge bijna hetzelfde systeem als de zorgverzekeraars in Nederland, dus eigenlijk, dus ja, er zijn toch wel een paar dingen die gebeuren waar ge soms wel vragen bij kunt hebben, allez, dat heeft niks te maken met orthopedie, maar het heel ethisch vraagstuk dat ge ook moet stellen van bijvoorbeeld iemand die 87 is, met een longtumor, moet die nog chemo krijgen? Waarom? Om misschien 6 maanden langer te leven? Allez ja, dat zijn veel grotere kosten dan een kijkoperatie...allez, een kijkoperatie, wat kost dat voor de overheid? Dat is 250€ of 270€, terwijl chemo, dat gaat over tienduizenden euro's...dus, allez, het zijn nog heel veel vraagstukken hè die opkomen. Dus, euhm, we zullen zien....

INTERVIEWER: Ja....

RESPONDENT B3: Maar, dat er iets gaat gebeuren, dat weten wij ook bij ons hè..dus, en waar ze naartoe willen is echt die bundled payment van uw consultaties er mee inzetten en dan wordt het voor de overheid nog gemakkelijker controleerbaar en dan kunt ge uw budgetten iets gemakkelijker opmaken, euhm, alleen, ik denk dat dan de zorg voor de patiënt iets minder gaat worden en dat we dan gaan zeggen van 'kijk, ja, in plaats van 3 keer zien we u 2 keer terug'.... Goed?

INTERVIEWER: Ok...heel erg bedankt!

