

Brussel, 21 juni 2014

BVAS standpunt met betrekking tot de forfaitaire betaling van honoraria in gespecialiseerde ziekenhuisgeneeskunde

In sommige disciplines komen vandaag de betaling per prestatie en de betaling via forfaitaire honoraria samen voor.

De Overheid bestudeert de mogelijkheid om een manier van betaling in te voeren die nog uitsluitend gebruik maakt van forfaits. Behalve het feit dat een rondvraag in de landen die het forfait hanteren ons aantoont dat niets erop wijst dat voor eenzelfde financiële input de kwaliteit van de geneeskunde in deze landen beter zou zijn, vertoont dergelijk systeem zonder twijfel vele gevaren. De BVAS heeft een lijst van voorafgaandelijke vereisten opgesteld die nodig zijn om een studie te kunnen maken om tot de implementering van een dergelijk systeem te komen, met de bedoeling om de kwaliteit en toegankelijkheid tot de ziekenhuiszorg te vrijwaren, die in ons land als performant wordt beschouwd.

1. Forfaitaire betaling versus betaling per verstrekking: het risico op overschrijding voor de verstrekkingen wordt op dit ogenblik beheerst door het systeem van de referentiebedragen en door de begrotingsdoelstellingen.

Vandaag wordt een gedeelte van de ziekenhuisgeneeskunde betaald onder vorm van forfaitaire honoraria: de klinische biologie per opname gekoppeld aan kwalitatieve parameters van de dienst klinische biologische, het forfaitair honorarium klinische biologie per verpleegdag dat gedeeltelijk gelinkt is aan de APR-DRG, het forfaitair honorarium radiologie per opname gelinkt aan de APR-DRG, de consultancehonoraria in de radiologie. Wat de forfaitaire APR-DRG honoraria in beide disciplines betreft, worden die berekend volgens de APR-DRG case mix van het klinisch laboratorium en de radiologie. Ongeveer 75% van het budget voor de klinische biologie en 32 à 35% van het radiologiebudget worden verrekend onder vorm van forfaitaire honoraria. Er zijn eveneens forfaitaire honoraria per opname die

gekoppeld zijn aan het al dan niet aanwezig zijn van een gespecialiseerde spoedgevallendienst en/of een dienst intensieve zorgen.

De voor- en nadelen van een systeem van betaling per prestatie versus een systeem van betaling met forfaitaire honoraria of met forfaits zijn goed gekend en waren al het onderwerp van tal van publicaties. Bij een betaling per prestatie is het duidelijk dat de patiënt, dankzij dit systeem, van alle gewenste onderzoeken kan genieten maar dat er is een risico bestaat van overdreven gebruik. Dit risico wordt nochtans beperkt door het beheersen van de tarieven en van de terugbetalingen alsook door het beheersen van de volumes dankzij enveloppes, budgettaire overeenkomsten en profielen. Wat de forfaitaire honoraria betreft, kan men alleen maar vaststellen dat ze nooit de evolutie van de toenemende uitgaven hebben kunnen afremmen in de disciplines waar ze werden op toegepast. De enige maatregel die de autoriteiten hebben genomen om de uitgaven binnen het door de regering opgelegde budgettaire keurslijf te houden bestaat erin een plafond vast te stellen voor het budget dat werd overeengekomen en dit zowel voor de betalingen via de gebruikelijke forfaitaire honoraria als voor de betalingen per forfaitair APR-DRG honorarium.

De niet-relevante ervaring met de APR-DRG

De publicaties die te maken hebben met de betaling van de medische activiteit per APR-DRG, al dan niet inbegrepen in een all-in systeem, tonen nergens een gunstig effect aan wat de kwaliteit van de medische verstrekkingen betreft noch op het beleid inzake wachtlijsten.

Geen enkel forfaitair APR-DRG systeem is op zichzelf toereikend, want in de landen die dit systeem hanteren moeten vele medische activiteiten worden gefinancierd door aanvullende betalingen per verstrekking of per activiteit: de dienst spoedgevallen, de afdeling intensieve zorgen, de verwikkelingen en de heel ernstige gevallen, de psychiatrie, enz. .

De suggesties die in België worden gedaan variëren van de volledige « all-in » formule tot het behoud van een scheiding tussen het gedeelte honoraria en het gedeelte Budget van Financiële Middelen (BFM), zelfs indien beide worden gefinancierd op basis van het APR-DRG-model.

Laat ons de KCE- documenten en het stappenplan van minister Onkelinx bestuderen. Er bestaat ook een document dat werd opgesteld door de conferentie van universitaire ziekenhuizen dat, hoewel het pleit voor een veralgemeend medisch forfaitair systeem, toch het honorariumgedeelte splitst in een gedeelte materiaal en een gedeelte werkingskosten, waar de beheerder aanspraak kan op maken, en een zogezegd zuiver gedeelte, dat voor de artsen zou bestemd zijn. Dezelfde universitaire ziekenhuizen pleiten nochtans voor het behoud van de B7 die de opleiding van de assistenten financiert in het BFM van de universitaire ziekenhuizen. De BVAS houdt al lang staande dat de financiering van de opleiding van de assistenten daar buiten valt en dat ze bovenop de kosten voor de verzorging moet komen. De assistenten moeten daarom gefinancierd worden los van de verzorging, in alle algemene ziekenhuizen waar er stagediensten zijn en niet enkel in universitaire ziekenhuizen.

De permanente openbare diensten die verzekerd worden door de ziekenhuizen (urgentie, wacht.) dienen ook zonder referentie naar de APR-DRG te worden gefinancierd.

Uit overtuiging en pragmatisme blijft de BVAS vasthouden aan een model van prestatievergoeding.

2. De BVAS stelt voorwaarden aan een forfaitaire betaling gelinkt aan deze prealabelen.

Indien de overheidsinstanties een forfaitair systeem opleggen, is de BVAS van mening dat er moet worden voldaan aan een aantal voorwaarden die hieronder worden opgesomd:

1) De input voor de verantwoordelijken van de zorgkwaliteit, de verstrekkers en de investeringen voor medisch materiaal dienen voldoende te zijn.

De al dan niet forfaitaire honoraria moeten honoraria blijven en mogen geen budgettaire massa worden voor het ziekenhuis. Dit is de enige manier om te waarborgen dat artsen uit de betrokken diensten of vertegenwoordigers van de betrokken activiteiten een voldoende input zullen hebben op het gebied van de besluitvorming in de instelling wat de toewijzing van

middelen voor kapitaalinvesteringen betreft of voor investeringen in het operationele budget. Het is bovendien onaanvaardbaar dat, zonder discussie tussen de medische raad en de beheerder, de ziekenhuisdeficits gecorrigeerd zouden worden door een structurele transfer van het budget van de honoraria naar het BFM. Welke garanties zouden de artsen nog kunnen hebben wat betreft de medische investeringen en de dekking van de kosten van het medisch personeel?

2) Welke APR-DRG 's komen er in aanmerking en welke kosten worden betaald per prestatie?

Het ontwerp dat ons waarschijnlijk zal voorgelegd worden zal beroep op de APR-DRG techniek. In dit geval is het noodzakelijk dat de APR-DRG wordt beperkt tot de severity indexen 1 en 2 en dat de andere gevallen per prestatie worden betaald.

Men dient een onderscheid te maken tussen de referentiebedragen per leeftijdscategorie die voor bepaalde DRG 's ook in pediatrie voorkomen:

- Heelkundige DRG: 225 appendectomie, 228 ingrepen voor hernia inguinalis en cruris, en 263 laparoscopische cholecystectomie.
- Medische DRG: 139 gewone pneumonie, 204 syncope en collaps

Voor een aantal medische DRG 's zou er een specifieke financiering moeten bestaan wanneer de opname een verblijf op intensieve zorgen noodzakelijk maakt.

Men dient misschien de oncologische DRG 's uit te sluiten zoals DRG 136 nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel die zich in verschillende diensten situeren (pneumologie, inwendige geneeskunde, oncologie, cardiale en vasculaire heelkunde en urgentie); In bepaalde ziekenhuizen zijn de kosten verschillend volgens de diensten voor dezelfde aandoeningen maar wij beschikken niet over een significant statisch staal.

Het systeem mag geen doorslagje worden van wat gebruikt wordt om het ziekenhuis via het BFM te betalen, maar er moet een prijs per APR-DRG worden vastgesteld die bij voorkeur

wordt berekend op basis van reële kosten, verhoogd met een marginale winst, eerder dan op basis van tarifiering. Er kan geen sprake van zijn te verwijzen naar een model van case mix.

Er moet trouwens aan worden herinnerd dat het actuele BFM de structurele personeels- en infrastructuuruitgaven, behalve het onderdeel A, betaalt met een model dat de verantwoorde bedden vergoedt, d.w.z. verantwoorde bedden gebaseerd op een genormaliseerde verblijfsduur in verhouding tot de case mix van de drie voorafgaande jaren. Zo'n systeem is onverenigbaar met een betaling van medische honoraria.

Men dient ook op te merken dat alle aanvullende punten in het actuele BFM-systeem worden berekend op basis van ofwel nomenclatuurcodenummers, met andere woorden medische prestaties, ofwel op basis van verpleegkundige prestaties die vermeld zijn in de minimale verpleegkundige gegevens (op vandaag gaat het nog steeds om de MVG van 2006!).

3) Beperking van het experiment tot bepaalde APR-DRG 's

Alvorens zich eventueel te lanceren in experimenten die schade kunnen berokkenen en waarvan de effecten veel te laattijdig meetbaar zullen zijn, is het aangewezen de invoering van een forfaitaire vergoeding per APR-DRG te beperken tot klinische situaties die vandaag gevat zijn door het systeem van referentiebedragen. Dit model zou kunnen uitgebreid worden wanneer de perverse effecten zullen gecorrigeerd zijn.

4) De uitvoering moet worden toevertrouwd aan het overlegsysteem

a) Aangezien het om honoraria gaat en gezien de huidige medico-sociale context, dient het in werking stellen van een APR-DRG systeem voor de bovenvermelde klinische situaties te worden toevertrouwd aan de Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen of aan de instantie die in haar plaats zal komen. Dat systeem moet dan in een volgend akkoord worden opgenomen.

b) Vermits het om honoraria gaat is er geen reden om de discussie over honoraria uit te breiden tot vertegenwoordigers van de ziekenhuisbank, ook al gaat om prestaties die in een ziekenhuis worden uitgevoerd.

5) Relaties tussen intra-murale en extra-murale pathologie

Deze forfaitaire betaling van de medische honoraria in het ziekenhuis mag geen prestaties omvatten die buiten het ziekenhuis worden verricht, noch vóór noch na een ziekenhuisverblijf, en dit wegens evidente redenen waarvan de relevantie niet werd weerhouden door de uittreedende regering, hoewel ze, in verband met de referentiebedragen, met berekeningen werd aangetoond die aan de Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid werden overgemaakt.

6) Het huidige systeem van referentiebedragen gebaseerd op terugbetalingen en gemiddelden moet worden geschrapt.

7) De rol van de Medische Raden moet worden versterkt

In de huidige Ziekenhuiswet moeten de prerogatieven van de Medische Raad worden uitgebreid. Als de Overheid de ziekenhuisartsen meer verantwoordelijkheid wil geven inzake het goed gebruik van de nomenclatuur, dan moet de Ziekenhuiswet gewijzigd worden om enerzijds de punten met verzwaard advies van de Medische Raad uit te breiden en om er anderzijds punten van te maken waarover gezamenlijk moet worden beslist zoals onder meer de punten die bv. zijn opgenomen in artikel 152 § 4 van de Ziekenhuiswet.

8) De all-in per pathologie moet gecombineerd worden met de honorariumsupplementen

Het creëren van forfaitaire honoraria die alle medische prestaties omvatten voor een patiënt gedurende zijn/haar verblijf kan geen afbreuk doen aan de vandaag aan ziekenhuisartsen toegekende vrijheid om honoraria te vragen die overeenstemmen met de aangeboden diensten aan ziekenhuispatiënten die zij hebben opgenomen in eenpersoonkamers. Het mag niet enkel gaan om honoraria die voortvloeien uit een sociaal overlegmodel dat als doel heeft een prijs vast te stellen die toelaat dat minder gegoeden (met een belastbaar jaarinkomen van minder dan 34.000 €) toegang hebben tot de zorgen en dat voor een aanvaardbaar openbaar budget.

De ZIV-wet moet dus worden aangepast om het mogelijk te maken dat artsen aanvullende honoraria aan patiënten kunnen aanrekenen.

9) Het budget mag geen gesloten enveloppe zijn tenzij men de zorg wil beperken tot een bepaald aantal pathologiën per jaar.

Als er wordt geforfaitariseerd, of het nu per APR-DRG zou zijn of op een andere manier per verblijf, dan mag de honorariummassa niet aan een gesloten enveloppesysteem worden onderworpen of aan een terugvorderingsprocedure achteraf zoals dit vandaag in de budgettaire modellen van het RIZIV bestaat. Diensten die hun budgettair plafond zouden hebben bereikt lopen dan het gevaar verplicht te worden om hun medische activiteit in de loop van het kalenderjaar stop te zetten of om wachtlijsten te creëren omdat hun budget werd uitgeput. Met andere woorden, het systeem van forfaitaire betalingen mag niet onderworpen worden aan een begreënsd budget.

10) De transparantie moet het prospectief karakter garanderen

Opdat het systeem prospectief zou zijn, moeten de verstrekkers op een eenvoudige en transparante manier beschikken over de evaluatiecriteria aangaande hun activiteit vooraleer ze een verstrekking uitvoeren.

11) Om te vermijden dat het systeem op drift zou slaan en om de evaluatie van het aanbod mogelijk te maken, dienen de artsen te beschikken over de epidemiologische gegevens van de pathologie en niet zozeer over de medische verstrekkingen. Zij moeten ook beschikken over de geografische gegevens inzake het zorgaanbod.

Dr. Marc MOENS
Nederlandstalige Ondervoorzitter

Dr. Jacques de TOEUF
Franstalige Ondervoorzitter

Dr. Roland LEMYE
Voorzitter