



## S LIM BESPAREN IN DE ZORG: 1800 IDEEËN VANUIT DE PRAKTIJK

2013/02

25 | 02 | 2013



MENSEN



WELVAART



BESCHERMING

### Inleiding en opzet van de studie

Begrotingsronden waarbij we een miljard euro meer of minder moeten compenseren op het totale overheidsbudget beginnen zo frequent te worden dat we er minder bij stilstaan. Men zal het bedrag wel ophoesten, via besparingen of bijkomende inkomsten. Het probleem is echter dat de gemakkelijk te identificeren vetpotjes bijna hun bodem bereiken en dat komende ronden steeds meer spieren in plaats van vet kunnen raken bij het wegsnijden. De zorgsector is hier een goed voorbeeld van.

Bij de laatste ronde werd er ruim 100 miljoen euro bespaard op de zorg, bovenop de honderden miljoenen die de afgelopen jaren werden onttrokken. Ziekenhuizen trekken aan de alarmbel en wijzen op personeelsafvloeiingen en mogelijke risico's voor de kwaliteit als resultaat. Hetzelfde geldt evengoed voor de artsen, de ouderenzorg, de zorgindustrie, enz.

Het is immers niet zo evident om te besparen in de zorg als we weten dat de zorgbehoefte in financiële termen omwille van de vergrijzing met minimum 4% van het BNP zal toenemen in de komende decennia, i.e. 20,6 miljard euro, en dat deze behoeftestijging vandaag reeds is ingezet. Hier is de normale stijging omwille van index, zorginnovatie, productiviteitsverhouding, etc. zelfs nog niet in verrekend. We zitten vandaag 'slechts' aan 7 tot 8% van het BNP aan publieke zorguitgaven, ofwel een bedrag van bijna 29 miljard euro. Wanneer we de noodzakelijke stijging eenvoudig herrekenen over een periode tot 2050 en een beetje artificieel uitgaan van een lineaire verdeling over de jaren, komen we tot een stijging van 0,54 miljard euro per jaar aan vereiste extra zorguitgaven. Dit cijfer zit er niet precies op, omdat elke voorspelling die in de afgelopen jaren werd gedaan, telkens opwaarts diende te worden bijgesteld. Bovendien neemt de vergrijzing niet lineair toe. Echter, een ruwe schatting van een half miljard euro per jaar die we zouden moeten toevoegen aan het zorgbudget doet even nadenken.

Dit staat immers in contrast met de honderden miljoenen die worden weggesaneerd. Het betreft hier de gezondheid en het welzijn van zowel de jongere als de oudere generaties

gedurende de komende tientallen jaren, waarvoor de middelen worden afgeroomd i.p.v. geïnvesteerd.

Wil dit zeggen: handen af van de zorgsector en enkel investeren? Dat zou een mooi ideaal zijn, maar is niet realistisch. We vinden onvoldoende middelen in de publieke uitgaven buiten de gezondheidszorg om zulke investeringen te kunnen dragen. Zeker niet indien we gelijktijdig moeten saneren om, zoals de EU het wenst, vanaf 2015 zonder budgettaire tekorten beleid te voeren. Meer zorg rechtstreeks uit de zak van de patiënt laten betalen is ook risicovol.

De overheid wordt dus geconfronteerd met een 'catch 22'. Dit uit zich in enerzijds visionaire beleidsnota's en het respecteren van sociale akkoorden, versus anderzijds de riem steeds verder aan te spannen bij elke begrotingsronde. Gelijktijdig besparen en investeren in de zorg is niet vanzelfsprekend. Dit kan immers enkel en alleen door middelen binnen de zorg intern te verschuiven. Middelen die stevig verankerd zitten in lonen, personeelsaantallen, technologie, gebouwen, innovatiebudgetten, enz. De zorgsector is eraan gewend om bijkomende middelen toe te wijzen, binnen onderhandelingen die soms wat weg hebben van een tapijtenmarkt. Nu wordt hen gevraagd om weg te nemen bij zichzelf en te geven aan een ander, zonder iets meer voor zichzelf in ruil. Elke tapijtenhandelaar pakt op zulk moment zijn spullen bijeen.

Het Itinera Institute heeft daarom een bevraging gedaan bij de zorgsector om slimme efficiëntie en besparingsmogelijkheden te identificeren, waarbij er volgens de sector zelf niet geraakt wordt aan de kwaliteit of deze zelfs verbetert. 407 deelnemers (316 NL/91 FR) hebben hierbij 1800 ideeën aangeleverd. 100 van de deelnemers waren belangrijke kernspelers in de sector, en werden dus met naam en toenaam uitgenodigd. De ruim 300 anderen waren zorgverstrekkers, directies, etc. die steekproefsgewijs de dagelijkse praktijk vertegenwoordigen. Het palet van deelnemers is niet perfect representatief voor de ganse sector als geheel, met 37% deelnemers uit ziekenhuizen, 29% uit een artspraktijk, 21% uit ouderenzorg, en 23% overige (overheid, patiëntenverenigingen, ziekenfondsen/verzekeraars, industrie, etc.). De doelstelling van deze studie is enkel de ideeën te laten opborrelen uit de sector, zonder er cijfers op te kleven van welke actor wat prioritair vindt en zo weer in een onderling conflictmodel terecht te komen. Het draait in deze bevraging alleen om de inhoud en de grootteorde van de thema's waarbinnen efficiëntiewinsten mogelijk zijn. Een sterk punt is dat we met 37,5% directeurs van zorgorganisaties en 47% artsen diegenen aan boord hebben die het meeste invloed hebben op hoe middelen in de praktijk concreet worden ingezet. 88% van de deelnemers heeft meer dan 10 jaar ervaring in de zorgsector.

De 1800 ideeën werden verwerkt via thematische analyse.

## Resultaten

Globaliter kunnen we de volgende 16 thema's onderscheiden:

- Aangepastheid van zorg
- Administratie en IT
- Beleidsefficiëntie en homogeniteit van bevoegdheden
- Betalingmechanismen en financiering van de zorg
- Coördinatie en samenwerking
- Fraude
- Gelijkheid van zorg (toegankelijkheid)
- Kwaliteit van zorg
- Personeel
- Preventie
- Rol van de patiënt
- Rol van de ziekenfondsen
- Technologie, innovatie en kosten-effectiviteit
- Zorgmodel en systeembeheer
- Zorgverschuiving
- Overige

We geven voor elk van deze thema's de ideeën integraal weer in een online supplement (zie [www.ItineraInstitute.org](http://www.ItineraInstitute.org)). De Itinera duiding die de kern vormt van dit rapport, illustreren we telkens met 10 treffende citaten.

# 1. Aangepastheid van zorg

## Citaten

<i>Définir en haut lieu par groupe de travail les prises en charge evidenced based pour des pathologies ou traitements fréquents et les imposer</i>
<i>De promotie van meer gestandaardiseerde zorg (guidelines, maar ook uniformisering van materialen en geneesmiddelen, klinische paden in het ziekenhuis en afgesproken zorgtrajecten over de echelons heen) is noodzakelijk. De standaardisatie moet niet alleen gaan over de inhoud van de zorg, maar vooral over de manier waarop tot afspraken gekomen wordt tussen de patiënt en zijn verschillende zorgverstrekkers.</i>
<i>Cervicovaginaal uitstrijkje: 1x om de 3 jaar bij &gt; 30 jaar en negatieve HPV én PAP of 3x negatieve PAP; 1x/2j bij 21-30j (rem op aantal twijfelachtige resultaten die tot opvolgingsuitstrijkje nopen)</i>
<i>Geen terugbetaling van oneigenlijk gebruikte preventieve onderzoeken en maatregelen (diagnostische mammo's en echo voor preventie, te frequente pap's, statines enkel bij verhoogd risico SCORE enz...)</i>
<i>Invoeren van maximumfrequentie klinische biologie bij ambulanten voor diverse testen op basis van EBM (bv. lipiden, hbA1C, TSH screening, vit B12, elektroforese, micro-albumine)</i>
<i>Klinische biologie: schrappen van 1,25-di-OH-vit D, ..., sedimentatie, DHEA-S, orosomucoïde, Ook het gericht schrappen van klinische biologie in artikel 3 kan al snel 250,000 euro per jaar besparen</i>
<i>Opleggen van guidelines voor beeldvorming, er is veel nutteloos onderzoek (50% of meer), rugpijn en dergelijke meer</i>
<i>Polyfarmacie aan banden leggen, sommige bewoners nemen meer dan 9 soorten medicatie?</i>
<i>Rapport KCE aanbevelingen voor het gebruik van vijf oftalmologische testen in de klinische praktijk; overgebruik van ECT endotheelceltelling: verstrekking schrappen, dubieuze indicatie</i>
<i>Wettelijke verplichting om een antibiotica voorschrift (reserve AB) te motiveren. Zou een serieuze steun betekenen voor de ABTBG en de arts zelf verplichten om hierover na te denken.</i>

## Duiding door Itinera

129 van de 1800 ideeën over de aangepastheid van zorg is een aanzienlijk aantal. Dit hoeft niet te verbazen vermits het hier de kern van de medische zorg betreft. Dit thema wordt dan ook vaak door artsen vermeld. 'Aangepastheid' is een ietwat vreemd woord dat recentelijk geadopteerd werd als vertaling van 'appropriateness of care', ofwel 'evidence based care'. Het concept staat voor de mate waarin de zorg al dan niet wetenschappelijk verantwoord is in functie van de indicatie(s) of symptomen die worden vastgesteld bij de patiënt. Onverantwoorde afwijkingen hiervan uiten zich in overbehandeling (of onderdiagnostiek) en onderbehandeling (of onderdiagnostiek). Heel recent heeft het KCE nog gesteld dat de mate van aangepastheid van zorg voor verschillende kwaliteitsparameters teleurstellend is in België. Het betreft het aantal keizersneden, hysterectomieën (wegname baarmoeder), de opvolging van diabetes, enz. In de ideeën voor efficiëntiewinst worden er andere concrete voorbeelden vermeld.

Het is pas sinds recent dat we ook aandacht beginnen te hebben voor onderbehandeling, naast overbehandeling. Hoe komt het dat we zulke vaststellingen doen bij de praktijk van zowel huisartsen als specialisten? Beiden hebben immers een klinische opleiding gevolgd van wereldfaam. Het antwoord

ligt grotendeels bij het feit dat de medische wetenschappelijke kennis voortdurend in beweging is. Er zijn miljoenen wetenschappelijke artikels geschreven over gezondheidszorg. Elk jaar komen er daar 100000en bij. Er bestaan hiervan wel samenvattingen en richtlijnen die de beste praktijken per aandoening in kaart brengen. Initiatieven zoals CEBAM, uitgaven zoals Minerva, etc. zijn er allen op gericht om de medicus up-to-date te houden. Echter, de praktische ervaring en een veelvoud van studies leert ons dat we niet mogen verwachten dat elke arts een wandelende encyclopedie is. Het komt er dus op aan om hem of haar hier ten volle in te ondersteunen, en de kennis op andere manieren rechtstreeks in de praktijk te verankeren. Eén element is het aanleveren van kwaliteitsgegevens, zodat een arts zowel de sterke als de zwakkere punten van zijn praktijk kent.

Daarnaast, en heel effectief, is het voorzien van 'decision support' systemen die ingebed zijn in een elektronisch dossier (zie thema). Zulke systemen zijn de elektronische vertaling van alle bestaande wetenschappelijke kennis en kunnen symptomen en indicaties screenen om suggesties van optimale therapie te formuleren. In feite, gezien de aangetoonde gezondheidswinst hiervan, zou elke arts met een decision support systeem moeten werken. Het is uiteraard zo dat wetenschappelijke kennis steeds moet toegepast worden op de individuele patiënt, wat soms aanpassingen met zich mee brengt. Artsen mogen en moeten dus soms afwijken van de richtlijnen. Men zou echter de gelegenheid moeten hebben om voor alle patiënten doorheen België (en zelfs daarbuiten) te leren van zulke verantwoorde afwijkingen. In de huidige praktijk blijft dit vaak beperkt tot een lokale 'peer review'. Initiatieven uit het buitenland zoals 'Choosing wisely' kunnen inspirerend werken: medische verenigingen namen samen het initiatief om een lijst van 90 testen en procedures definiëren, die ze zelf met de nodige nuanceringsvragen stellen. Als campagne naar het werkveld toe kan dat tellen.

Tot slot moeten we duidelijk stellen dat de wetenschappelijke kennis ondanks haar groei zelf nog steeds onvolmaakt is. Er zijn lacunes waarvoor geen richtlijnen bestaan. Diagnostiek levert vaak onzekerheden op. Het combineren van meerdere richtlijnen bij eenzelfde patiënt is niet evident. Een verplichte integratie en gebruik van decision support in IT zou daarom heel welkom zijn, maar geneeskunde blijft een geheel van kennis en kunde, en deels een kunst. Als je weet dat internationale cijfers doorheen diverse landen steeds op een totaalcijfer van 60 tot 70% van goed aangepaste zorg komen, is het duidelijk dat de overblijvende 30% een groot potentieel weerspiegelt van zowel kwaliteit als efficiëntie.

## 2. Administratie en IT

### Citaten

- Administratie

<i>Administratieve last voor artsen en verpleegkundigen wegnemen zodat zij zich alleen maar met de zorg moeten bezig houden</i>
<i>Administratieve vereenvoudiging, met waarschijnlijk als hoofdpunt de herziening van de nomenclatuur, is een ander punt waaraan kan gewerkt worden. Tegelijkertijd kan de ondersteuning van het administratief werk van zorgverstrekkers en instellingen de nodige vereenvoudiging aanvaardbaarder maken.</i>
<i>Data die voor iedereen gelden vanuit de overheid ter beschikking stellen, in plaats van dat éénieder moet investeren in data en personeelsleden betaald moeten worden om geneesmiddelenbestanden/ implantatenbestanden op te vullen (prijzen, RIZIV codes, notificatiecodes, ...identificatiecodes) zou dit ter elektronisch ter beschikking kunnen gesteld worden. Dit zou veel goedkoper zijn voor de maatschappij en minder fouten genereren in de tarificatie. Ook het niet steeds uitvinden van nieuwe regels of uitzonderingen, zou hiertoe bijdragen.</i>
<i>Overzetting SIS-kaart naar eID, besparing 0,8 miljoen euro</i>
<i>Verplicht maken GMD, opting in/out overbodig, besparing 45 miljoen euro</i>

- IT

<i>Data die voor iedereen gelden vanuit de overheid ter beschikking stellen, in plaats van dat eenieder moet investeren in data en personeelsleden betaald moeten worden om geneesmiddelenbestanden/ implantatenbestanden op te vullen (prijzen, RIZIV codes, notificatiecodes, ...identificatiecodes) zou dit ter elektronisch ter beschikking kunnen gesteld worden. Dit zou veel goedkoper zijn voor de maatschappij en minder fouten genereren in de tarificatie. Ook het niet steeds uitvinden van nieuwe regels of uitzonderingen, zou hiertoe bijdragen.</i>
<i>Een performant EMD, met moderne software, "in the cloud" beheerd door de HA. Dit moet via eHealth ook data tonen die op andere servers bewaard worden(vaccinet, labo, beeldvorming...enz.) De data van de HA dienen voor zowel individuele kwaliteitsbewaking, (decision support) community care en coördinatie van proactieve zorg.</i>
<i>Een universeel CPD met links tussen de diverse zorgsettings, eerste lijn, ROB/RVT</i>
<i>Invoering van een 'shared' elektronisch dossier tussen de zorgverleners, patiënten, arbeidsgeneesheren, adviserend geneesheren etc. Elke actor kan hier de afgesproken informatie invoegen of bekijken voor de zaken waar hij/zij dit nodig heeft/competent is. Iedereen spreekt dezelfde taal omdat men gebruikt maakt van dezelfde terminologie server. Elke arts krijgt ook automatisch een link met de laatste evidence based richtlijnen. Dit alles zorgt voor het vermijden van dubbele onderzoeken, dubbele administratie, minder medische fouten en behandelingen die achterhaald zijn.</i>

*Verplichten van elke patiënt e-health te laten ondertekenen zodat alle artsen aan alle reeds gebeurde onderzoeken in heel België via de ID kaart kunnen. Geen dubbel onderzoek meer*

### Duiding door Itinera:

Met 191 van 1800 ideeën over mogelijke efficiëntieverbeteringen in de zorg, met behoud van kwaliteit, neemt het thema 'Administratie en IT' opvallend genoeg een 4e plaats in, na financiering, personeel en het zorgmodel. De sector raadt aan om de administratieve belasting te verminderen, Deze is momenteel ongelofelijk complex, verouderd en werkt vertragend. Administratie omvat de procedures van documentatie, facturatie, gegevensregistratie, kwaliteitsopvolging, enz. Men wijst bijvoorbeeld op formulieren die men telkens opnieuw voor de patiënt moet invullen, maar waar inhoudelijk niets aan gewijzigd is. Heel wat gegevens worden via verschillende kanalen dubbel geregistreerd en niet altijd benut in zinvolle toepassingen. Bovendien gebeurt er nog enorm veel op papier, met extra tijdsinvesteringen en kosten voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt. De administratieve en regelgevende vereisten zijn niet geïntegreerd doorheen de verschillende zorgspelers en zorgorganisaties. Ze kunnen zelfs lokaal verschillen, zoals de brandweerwetgeving. Op dit moment vereist dit heel wat inzet van personeel, met soms extra tussenlagen in het middenkader van bijvoorbeeld een ziekenhuis. Dit middenkader doet enerzijds heel zinvol werk, maar wordt anderzijds vaak in vraag gesteld net omwille van al het administratieve gedoe. Verpleegkundigen besteden 20% van hun tijd aan taken buiten de zorg, waarbij administratie een grote hap is. Huisartsen, die ongelofelijk druk bezet zijn, moeten zich uren bezighouden met paperassen. Dit weerspiegelt veel verloren tijd en geld. De versnipperde regelgeving op zich, bijvoorbeeld de nomenclatuur van artsen, ligt hier mede aan de bron. Dit wil zeggen dat men om de administratie te vereenvoudigen ook meer fundamentele discussies dient te voeren over het zorgsysteem. Zo niet, blijft eventuele vereenvoudiging heel oppervlakkig.

Het is echter zo dat regels en administratie vaak wel een concreet doel hebben, en dat simpelweg zeggen 'minder administratie' of 'minder overheid' niet volstaat. Men moet er in slagen deze uitdaging aan te gaan, zonder aan andere prioritaire objectieven te raken (bv. een patiëntendossier als essentieel werkinstrument, kwaliteitsgegevens, enz.). De oplossingen omvatten o.a. (1) het inzetten van niet-zorgpersoneel dat zich exclusief op de administratie toelegt. Het aspect van taakverschuiving is immers een absolute must om het zorgsysteem op termijn gezond te houden. De overheid doet op dit vlak enige, doch beperkte inspanningen gericht op meer logistieke ondersteuning. Uiteraard is dit niet evident in de huidige budgettaire context, alhoewel men op lange termijn in feite bespaart op (of heralloceert van) meer kostbaar personeel, (2) uniformisering, IT en centralisering. Er zijn nog steeds zorgverstrekkers die geen elektronisch dossier hanteren, of een dossier dat met haken en ogen aaneen hangt.

Zorgverstrekkers werken historisch gezien heel individualistisch, en ze wensen dan ook dat hun dossier op maat is afgestemd op hun voorkeuren. Dit heeft geleid tot een enorme versnippering, en het heel vaak heruitvinden van het wiel in vele afzonderlijke zorgorganisaties. Zulke versnippering maakt het ook weinig aantrekkelijk voor internationale state-of-the-art IT bedrijven om zich op een klein, maar complex land zoals België toe te leggen. De overheid mocht zich traditioneel niet moeien met dit domein van therapeutische vrijheid en privacy. Ziekenfondsen hebben ook nagelaten om zichzelf ten volle te informatiseren (denk maar aan de befaamde gele strookjes). Er zijn echter op dit moment enorm veel geluiden in de sector die pleiten voor een meer eenduidig en geïntegreerd IT systeem, met zelfs nationale (of

regionale) verplichting. De overheid is deze weg ook op heel positieve wijze aan het voorbereiden met e-health, my carenet, vitalink, enz.

De basisvoorwaarden om de overstap te maken naar een gemoderniseerd systeem, afgestemd op het thema 'zorgmodel van de toekomst' zijn reeds gerealiseerd. Administratie en IT moeten immers ook meegroeien met de wijze waarop zorg wordt verstrekt. Uitwisseling van informatie, het constructief bijsturen van de levensstijl van patiënten, patiënten betrekken in keuzevorming, enz. De IT revolutie opent op dit vlak ambitieuze nieuwe mogelijkheden, gericht op efficiëntie/besparingen, coördinatie en kwaliteit van zorg. Buitenlandse best practices (bv. Kaizer Permanente in de VS) tonen aan dat tot 25% op de zorgkosten kunnen worden bespaard met een IT optimalisatie, gepaard gaande met kwaliteitswinst (daling aantal hospitalisaties, daling hartaanvallen, enz.). Het is immers ook de patiëntveiligheid die wel vaart bij een betere en naadloze informatie-uitwisseling via IT, op voorwaarde van een goede en veilige implementatie.

Deelnemers aan de Itinera studie leggen er sterk de nadruk op dat het onnodig herhalen van dure onderzoeken door middel van een goede (en wellicht verplichte) elektronische uitwisseling overbodig zou worden. IT kan dus zelf nog veel beter afgestemd worden op de doelstellingen van de zorg. Ervaringen uit de NHS in het Verenigd Koninkrijk leren ons dat dit ook geldt voor een gans land, met bijkomende voordelen zoals automatische gegevensextractie en feedbackgeneratie over kwaliteit. De Belgische zorgsector snakt hiernaar. De mogelijkheden zijn voorhanden. Real time data over de ganse Belgische populatie, met koppeling van alle bronnen, bieden grensverleggende mogelijkheden voor beleidssturing, wetenschappelijk onderzoek, innovatie, enz. De patiënt kan zelf, indien hij of zij dit wenst, zelf de informatie over zijn of haar gezondheid en zorg mede in handen nemen, naar analogie met een homebanking beheer van financiële gegevens. België en haar regio's moeten de ambitie hebben om als land een voortrekker en topspeler te worden. De overheid heeft in het verleden reeds veel middelen gestoken in zorg IT. Deze middelen mogen naar de toekomst toe 'ge-earmarkt' worden, zodat ze ook enkel voor IT worden benut. Voor de telematicapremie, die nu even budgettair on hold staat, wil men richting een 'meaningful use' voorwaarde voor financiële prikkels evolueren, naar buitenlands voorbeeld.

Beleidsnota's werden geschreven om zorg IT de boost te geven, die naast efficiëntie, zoveel meer zou kunnen betekenen. Hopelijk zullen bevrozing van middelen en het on hold zetten van nieuwe initiatieven niet uitmonden in loze woorden zonder realisatie. Stel dat we op langere termijn, in de loop van de komende vijf tot tien jaren 'slechts' 10% kunnen besparen (i.p.v. 25%), dan spreken we nog steeds over miljarden euro's. Op korte termijn, binnen dit jaar, zijn er echter ook reeds besparingen mogelijk binnen 'Administratie en IT'. De vanuit de sector vermelde ideeën die haalbaar zijn volgens Itinera leiden al gauw tot een besparing van bijna 90 miljoen euro.



### 3. Beleidsefficiëntie en homogeniteit van bevoegdheden

Efficiëntiewinsten ten gevolge van de beleidsefficiëntie en de mate van homogeniteit van de bevoegdheden zijn twee relatief kleinere thema's in aantal ideeën, die we hier elk afzonderlijk bespreken.

- Beleidsefficiëntie

#### Citaten

<i>Aanzet tot efficiëntie en controle op efficiëntie en kwaliteit is enkel mogelijk door nauwe samenwerking met de mensen in het veld - specialisten ter zake: hier zou een uitgebreid netwerk van moeten gevormd worden i.s.m. wetenschappelijke verenigingen</i>
<i>Baseer het beleid eerder op gezondheidsdoelstellingen die federaal, regionaal en lokaal worden ondersteund</i>
<i>Hanteer een systematische aanpak, bv. conform de PDCA-cyclus. Leg in de eerste plaats zoveel mogelijk de focus op het blootleggen van problemen i.p.v. vanaf de start naar oplossingen te zoeken. Vertrek van de problemen om tot oplossingen te komen.</i>
<i>Herziening werking technisch geneeskundige raad, niet klakkeloos elke nieuwe verstrekking in de pipeline loodsen; striktere analyse van de opgegeven kosten/investeringen; assertiever optreden vertegenwoordigers DGEC om mogelijke misbruiken a priori te ontmoedigen; sluitende libellés en toepassingsregels i.p.v. omfloerste onduidelijke terminologie of post hoc interpretatieregels; correcties op (opzettelijk?) onderschatte budgetten</i>
<i>Vérifier que les subsides alloués sont bien affectés et utilisés par les hôpitaux (peu de projets aboutissent effectivement malgré les subsides qui sont utilisés pour autre chose!!!)</i>

#### Duiding door Itinera

Met beleidsefficiëntie bedoelen we de mate waarin de overheid zelf een efficiënt beleid voert. Deelnemers uit de sector geven hier positieve suggesties aan, waar de overheid nu reeds geleidelijk aan zichzelf in professionaliseert: het bepalen en meten van beleidsdoelstellingen binnen een continue verbeteringscyclus, het ten volle betrekken van de sector voor een breed eigenaarschap, het doorbreken van verzuiling en politisering.

Ook binnen zorgorganisaties zelf kan je een gelijkaardige beleidsefficiëntie verwachten van de verantwoordelijke directies. Het is vandaag de dag verrassend positief om vast te stellen dat heel wat spelers van zowel de overheid als de sector een heel toekomstgerichte visie hebben. Het komt er in de komende jaren (en niet later) op aan deze visie verder te vertalen in concrete hervormingen naar alle zorg op de vloer van zorgorganisaties en daarbuiten. Zoals deelnemers vermelden, mogen heel gunstige pilootprojecten, veiligheidsprojecten, enz. niet op het projectniveau blijven steken en moeten deze breed ingebed worden in het beleid van de volledige sector. Dat niet doen weerspiegelt een grote opportuiniteitskost aan gemiste efficiëntiewinsten met behoud of verbetering van de kwaliteit van zorg.

Om dit laatste te realiseren mag de overheid zich niet langer schizofreen gedragen: enerzijds met visie positief vooruitgaan in wat men wil realiseren, anderzijds die structurele hersenhelft volledig uitschakelen omdat men niet wil raken aan de korte termijn lineaire besparingsfetish (de reactieve hersenhelft).

De wetgeving zelf is op sommige punten volledig verouderd. Een voorbeeld hiervan is KB 78 betreffende de gezondheidszorgberoepen. Deze moet op korte termijn fundamenteel herzien worden, zodat personeel voor het welzijn van allen (inclusief het personeel zelf) meer efficiënt kan ingezet worden (zie thema 'Personeel'). Schotland is een prachtvoorbeeld van hoe men als overheid meer gericht en positief sturend kan inzetten op een gericht en dynamisch zorgbeleid.

- Homogeniteit van bevoegdheden

### Citaten

<i>Afstemmen van federale overheid en gemeenschappen (audits en wetgeving)</i>
<i>Afstemming van de beleidsdomeinen gezondheid (federaal) en welzijn (regionaal) op elkaar ; zowel inhoudelijk als op financieel vlak</i>
<i>Coherente bevoegdheidspakketten a.u.b.</i>
<i>Eén beleid m.b.t. kwaliteit &amp; patiëntveiligheid nl. FOD-contract en Vlaams kwaliteitsdecreet -&gt; twee totaal verschillende zaken waar ziekenhuizen aan dienen te voldoen.</i>
<i>Voorkom dat gezondheidszorg en op federaal en op regionaal niveau zit</i>

### Duiding door Itinera

De homogeniteit van de bevoegdheden zal ongetwijfeld een dominant thema zijn, vermits de overdracht van bevoegdheden in werking treedt vanaf 2014. Voor de zorg is er sprake van grote verschuivingen in de ouderenzorg, de eerstelijns (behalve huisartsen en thuisverpleging), en de geestelijke gezondheidszorg (behalve psychiaters en psychiatrische ziekenhuizen). In de ziekenhuiswereld verandert er relatief weinig. Deze 'behalve's' geven reeds aan dat een uniform consistent zorgbeleid op één overheidsniveau nog niet voor morgen is. Het doet er voor de kwaliteit en efficiëntie van zorg niet zozeer toe of dit nu het federale of het regionale niveau is. Eén van beiden kan best de bovenlaag vormen met voldoende solidariteitsgaranties voor de sociale zekerheid doorheen België in haar geheel. Een ander niveau dat tot op heden minder ter sprake kwam, maar dat naar buitenlands voorbeeld ongetwijfeld heel sterk aan belang zal winnen is het lokale niveau van de gemeenten. Het lokale niveau sluit immers het best aan op het zorgmodel van de toekomst (zie thema) en verdient dus een meer centrale positie als onderlaag, naast de bovenlaag. Concrete besparingscijfers plakken op de mate van beleidsefficiëntie en homogeniteit van bevoegdheden is haast onmogelijk. Men moet er ook rekening mee houden dat het meervoudig organiseren van elke beslissingsstructuur per gemeenschap (en Brussel) op korte termijn eerder inefficiëntie zal introduceren, die hopelijk op lange termijn door het zorgbeleid zelf wordt goedge maakt.

## 4. Betalingmechanismen en financiering van de zorg

### Citaten

<i>Besparingen in medisch-technische diensten moeten gepaard gaan met maatregelen in verband met afhouding in ziekenhuizen</i>
<i>Correcte pathologiefinanciering. Reductie complicatie/revisie honorering om Q &amp; S te stimuleren</i>
<i>Differentiatie van financiering, fee4service voor onvoorspelbare acute zorg, all-in pathologiefinanciering voor geplande routinezorg</i>
<i>Durven aftoppen van overgewaardeerde honoraria om scheeftrekkingen recht te zetten i,p,v, steeds bijkomende middelen, Sinds jaren 90 sprake van als expliciete opdracht; nooit uitgevoerd</i>
<i>Geen terugbetaling van oneigenlijk gebruikte preventieve onderzoeken en maatregelen (diagnostische mammo's en echo voor preventie, te frequente pap's, statines enkel bij verhoogd risico SCORE enz...)</i>
<i>Hervorming remgeld bij specialisten richting vaste, uniforme en transparante bedragen die niet automatisch stijgen met erelonen, besparing van 43 miljoen euro (zie KCE)</i>
<i>Herziening forfaits hemodialyse in ziekenhuis en honoraria in lijn met de werkelijke kost, Volgens KCE is er een marge van 1 miljoen euro per 100 patiënten, voor 4600 patiënten, besparing 46 miljoen euro. Nu reeds deels op ingegrepen naar ziekenhuizen toe, voor 10 miljoen euro, nog niet in honoraria</i>
<i>Loonspanning tussen artsen beperken: bvb 4 niveaus inkomen (per uur werken): niveau huisartsen, niveau specialisten met alleen intellect acten (onco, pedi, psychia, geri, spoedarts, endocrino, dermato, ..), niveau specialisten met niet acute-technische ingrepen (meeste cardio, gastro entero, longartsen, dagelijkse chirurgie en anesthesie, ...), niveau artsen met geregeld majeure en/of acute technieken (acute chirurgen, traumachirurgen, acute anesthesisten, intensivisten, acute interventionele cardiologen en radiologen, ...). Geen enkele techniciteit wordt nog apart betaald, maar elk niveau moet wel bewijzen dat hij voldoende technieken behorend tot zijn niveau per maand uitvoert (anders valt ie terug op lager niveau). En wie veel uren werkt verdient meer (controleer dat met mijn "gps-horloge" dat aangeeft hoeveel uren ik op het ziekenhuis of op het privépraktijkadres doorbreng; of aan de hand van ligdagen en raadpleging/consult terugbetalingsbewijzen aan patiënten</i>
<i>Op EBM gebaseerde zorgenvoloppes per pathologie , ingreep..... , als antwoord op overconsumptie door vergoeding per prestatie</i>
<i>Zorgverstrekkers in ziekenhuis bepalen in grote mate de kost van een behandeling zonder dat ze dat zelf beseffen, kostenbesparing zou een incentive moeten zijn die beloond wordt in plaats dat hoge kosten bestraft worden zoals dat nu gebeurt metderefentie bedragen</i>

## Duiding door Itinera

Met 263 van 1800 ideeën neemt het thema 'Financiering en betalingsmechanismen van zorg' de koploper positie in, naast 'personeel'. Dit hoeft op zich niet te verbazen. Enerzijds omvat dit thema met de groeicostnorm voor zorguitgaven, het beheer van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering de drie voornaamste financiële instrumenten die men tot nu toe heeft gehanteerd om het budget voor de gezondheidszorg op orde te houden. Schrappen van X, verhogen van Y, enz. Ook de ideeën van de sector illustreren dit soort van knip en plak werk die de begrotingsdiscussies steeds domineren. Aspecten zoals bevrozing van initiatieven en het uithollen van de groeicostnorm (128 miljoen euro) in tijden van een stijgende zorgbehoefte zijn gemakkelijksoplossingen voor besparingen. Ze brengen echter de kwaliteit van de zorg in gevaar omdat ze niet gestuurd zijn op basis van gemeten zorgdoelstellingen. Reacties zoals het verhogen van supplementen voor patiënten zijn in deze heel voorspelbaar, en zelfs reeds aangekondigd door de sector.

Anderzijds stellen we vast dat heel wat deelnemers van de Itinera studie vanuit de sector heel innovatief en positief nadenken over hoe het ook anders zou kunnen met de financiering. We moeten immers niet rond de pot draaien: wanneer er bijvoorbeeld een teveel aan technische zorg wordt verstrekt (zie thema 'Aangepastheid van zorg'), dan heeft dit ook te maken met de centen. Hetzelfde geldt voor het tekort aan niet-technische zorg. Dezelfde centen zijn ook bepalend voor inefficiënties bij het thema 'Personeel'. Zoals deelnemers aangeven zijn centrale elementen van de oplossing (1) het volledig herbekijken van de nomenclatuur van artsen op basis van up-to-date, reële kosten en een extractie van de technische investeringscomponent; (2) idem voor wat betreft de kosten voor ziekenhuizen en andere zorgorganisaties; (3) een oplossing bieden aan het bestaande financiële conflictmodel dat het gevolg is van de afdrachten van de artsen in de ziekenhuizen; (4) een verschuiving van een deel van de honoraria per prestatie naar een meer vaste betalingscomponent per periode en patiënt; (5) een gedeeltelijke rechtstreekse koppeling van de middelen aan de gemeten kwaliteit van zorg. Men noemt dit laatste ook wel eens 'pay for performance'. Betaling per prestatie moet naar de toekomst toe zeker niet afgeschaft te worden, maar wel gemoderniseerd en gerelateerd aan de zorgbehoefte van elke individuele patiënt.(6) Tot slot zal de financiering ook moeten aansluiten op het zorgmodel van de toekomst (zie thema), met dus het doorbreken van de financiële muren tussen zorgorganisaties en zorg in de thuissituatie van de patiënt.

Het is niet zo moeilijk om voor 2013 nog eens 200 miljoen euro te vinden aan besparingen via de knip en plakwerkbenadering. Sommige elementen waren/zijn hierbij ook wel echt wel op hun plaats, zoals de hervorming van de financiering van dialyse. Echter, zolang men niet alle bouwstenen van het financiële huis in beweging brengt, zullen patiënten en personeel hier uiteindelijk grotendeels de dupe van zijn. Indien men met één structurele hervorming doorheen de komende jaren van start moet gaan, dan is het wel de hervorming van de financiering van zorg. In de sector van de ouderenzorg doen er zich, ondanks de sterk stijgende behoefte, ook opportuniteiten voor (zie bijvoorbeeld het VIPA verhaal onder het thema 'Overige'). De koppeling van kwaliteit kan op haar beurt op korte termijn in feite reeds 93,5 miljoen euro opleveren (zie thema 'Kwaliteit').

## 5. Coördinatie en samenwerking

### Citaten

<i>Bij ziekenhuisopname krijgt iedere patiënt één arts toegewezen die in overleg met de huisarts bewaakt wat de einddoelen van de opname zijn en de onderzoeken en behandelingen coördineert (vermijden overbodig onderzoek en behandeling dat de "gezondheid" van de patiënt niet ondersteunt)</i>
<i>Congestion des gardes hospitalières -médecine générale</i>
<i>Financiering die stimuleert tot samenwerking tussen de verschillende zorgverleners (cfr. diabeteszorg)</i>
<i>Horizontale samenwerkingsverbanden promoten - subsidiëren</i>
<i>Meer afstemming, samenwerking en leeroverleg tussen de verschillende WZC. Het steeds opnieuw uitvinden van procedures zoals een fixatieprocedure is niet zinvol. Het is mijn mening dat men er beter aan doet om bijvoorbeeld 1 fixatieprocedure uit te werken voor alle WZC. Zodoende hoeven er minder kwaliteitscoördinatoren ingeschakeld te worden daar deze over verschillende huizen kunnen werken.</i>
<i>Meer inspraak van de artsen in het ziekenhuisbeheer: Corporate governance</i>
<i>Opheffen financiële en reglementaire obstakels die samenwerking tussen ziekenhuizen belemmeren</i>
<i>Uitbouw gecoördineerde zorg in eerste lijn inclusief casemanagement</i>
<i>Verplichten samenwerking disciplines over centrale problemen, bv. schouderpijn, aanpak verschilt te veel tussen verschillende specialismen, door gebrek aan goede guidelines? wil?</i>
<i>Verplichting tot transmurale samenwerking tussen zorgverleners</i>

### Duiding door Itinera

‘Coördinatie en samenwerking’ is een betrekkelijk klein, maar cruciaal thema. Vandaar dat we dit afzonderlijk plaatsen. Het is heel positief om vast te stellen dat velen uit de sector beseffen dat men naar de toekomst toe vooral meer zal moeten samenwerken en coördineren, dat men samen voor de uitdagingen staat. Ook het feit dat artsen steeds meer hun rol hierbinnen willen opnemen op collectief niveau, naast het individuele zorgniveau, is heel bemoedigend.

## 6. Fraude

### Citaten

<i>Acute pijn: overbetaald, sterk toegenomen budget, in de praktijk geregeld uitgevoerd door verpleegkundige; in het bijzonder urgentietoeslag, terugvordering door DGEC hiervan alleen al was 550000 euro, plaatsing en programmering van een pijnpomp, met toezicht, voor intraveneuze toediening van een morphinomimeticum (PCIA) na een heekundige ingreep of bij polytrauma; inclusief het gebruikte materieel, met uitsluiting van de gebruikte farmaca, maximum 4 dagen, per dag = 55,6 euro/dag voor 1x plaatsen van iv infuus dat verder door de patiënt wordt bediend; 8,5 miljoen euro/jaar -50%</i>
<i>Attesten voor werkonbekwaamheid enkel laten opstellen door de controle arts</i>

<i>Autoprescriptie aanpakken</i>
<i>Berichten over verregaande misbruiken met derdebetalersregeling; simultaan inlezen van SIS kaart of e-ID</i>
<i>Controle thuisverpleging. Veel toiletten worden ingegeven maar worden niet effectief uitgevoerd</i>
<i>DGEC: spoedgevallen: nagaan waar urgentistenhonorarium onterecht wordt aangerekend; nagaan waar urgentietoeslag onterecht wordt aangerekend</i>
<i>Er worden veel teveel "prullen" aangeboden op Spoedgevallen waartussen veel profitaat (geen geld bij of weet van geen huisarts... ).Spoedgevallenartsen vinden dat niet leuk, financieel ziekenhuisdirecteurs wel). Stel een verplichte "onafhankelijke" Spoedgevallentriagepost in, met landelijke criteria en software, die vandaaruit (alle niet-100 aanbod) doorstuurt naar de ziekenhuis-huisartsenspoedwachtpost of naar de ziekenhuis-specialistenspoedwachtpost waarbij. Wie geboekt staat als wanbetaler of geen SIS-kaart heeft, geeft eerst zijn bankkaart/visakaart(en tekent dat de kosten mogen afgeboekt worden)vooraleer hij het zorgtraject instapt. Of hij gaat eerst naar huis de SIS-kaart op porte-monnaie halen ...</i>
<i>Medische beeldvorming ambulanten: geen 2e consultancehonorarium per voorschrift meer voor voorschriften binnen de 1 à 3 maanden (opsplitsing voorschriften)</i>
<i>Meer controle op geregistreeerde medische en paramedische activiteit in het ziekenhuis</i>
<i>Nagaan in welke mate geneesmiddelen naar ambulante werden getransfereerd om aan forfait in ziekenhuis te ontsnappen</i>

### Duiding door Itinera

Met 28 van 1800 ideeën is 'Fraude' een klein, maar sterk onderscheiden thema om efficiëntie en besparingen te realiseren. In tijden van financiële druk is het logisch dat mensen in mindere mate tolereren dat sommigen er de kantjes vanaf lopen. Een ziekenhuis dat zijn financiële of kwaliteitsgegevens 'optimaliseert', een arts of thuisverpleegkundige die zijn of haar verstrekte prestaties bijkleurt, een patiënt die zijn rekening niet betaalt,...

Fraude is een risico bij alle sectoren, en dus ook bij de gezondheidszorg. Eén van de deelnemers deed de uitspraak dat de huidige facturatieprocessen van zorgverstrekkers en organisaties zo lek als een zeef zijn. Dit is wellicht wat overdreven, maar het is zeker zo dat de huidige werking vanwege de versnippering, de overdaad aan bepalende gegevens, en het gebrek aan een meer restrictief IT platform (zie bijvoorbeeld de gesofisticeerde aanpak in andere sectoren) vrij gevoelig is aan frauduleus gedrag. De mogelijkheden zijn er en de kans dat je ermee weg komt is groot. Nochtans blijkt uit studies dat het voorkomen van fraude één van de grootste bekommernissen is van betrokken overheidsdiensten en controleorganen. Hier wordt serieus wat werkracht voor ingezet.

Het punt is dat een zorgverstrekker zich uit heel wat situaties kan praten omwille van zogenaamde patiëntenbehoeften. Zelfs het argument van therapeutische vrijheid speelt hier soms een rol. Dit heeft als gevolg dat de overheid geen sancties creëert, of de mogelijke sancties niet toepast. De sector is nochtans zelf vragende partij om op dit punt een strikter beleid te voeren. Onrechtvaardig gedrag binnen een gesloten budget komt hen immers ook niet ten goede. Tot slot, zoals velen buiten deze bevr-

ging ook aangeven moet de rol herbekeken worden van organisaties zoals de orde van geneesheren. Mogelijke besparingen ten gevolge van de reductie van fraude zijn typisch moeilijk kwantificeerbaar. Echter, actuele ervaring in het buitenland leert dat men voor elke euro investering in anti-fraudebeleid in de zorg er tot 8 euro wordt terugverdiend.

## 7. Gelijkheid van zorg (toegankelijkheid)

### Citaten

<i>Betaalbare opvang en verzorging voor de derde leeftijd buiten privéinstanties</i>
<i>Consolidation medico mutualiste des info socio economique des soins</i>
<i>Ontwikkelen van een doelgroepenbeleid (kansarmen, allochtonen, ouderen, ...)</i>
<i>Informereren /sensibiliseren van de allochtone bevolking betreffende eerstelijns geneeskunde</i>
<i>Meilleur encadrement des publics précarisés du point de vue santé, sécurité, formation</i>
<i>Réduction des frais de santé pour les jeunes</i>
<i>Suppression tiers payant automatique sauf exception sociale</i>
<i>Versterken toegankelijkheid eerste lijn</i>
<i>Wie écht ziek is beter begeleiden én meer financieel helpen (bv. medicatiekosten,...)</i>
<i>Zorgverzekering herbekijken -&gt; extra geven aan degene die het nodig hebben</i>

### Duiding door Itinera

Het ervoor zorgen dat personen van diverse sociale klassen, geslacht, leeftijd, herkomst, etc. kunnen leven in eenzelfde goede gezondheid is niet onmiddellijk een thema dat door velen met een meer efficiënte zorg en eventuele besparingen wordt geassocieerd. Het is uiteraard wel zo dat bijvoorbeeld bij personen van een lagere sociale klasse, er nog een grotere ruimte voor verbetering is in het bekomen en behouden van die gezondheid. Andere thema's zoals preventie en een kwaliteitsbeleid kunnen bij deze groepen leiden tot een relatief grotere reductie in vermijdbare kost ten gevolge van complicaties, heropnames, mortaliteit, werkverzuim, enz. Op langere termijn bestaat er dus zeker ook een efficiëntie en besparingsargument om een zorgbeleid gericht op specifieke doelgroepen verder uit te bouwen.

Hier is des te meer reden toe, omdat bij deze groepen de grootste noden aan chronische zorg aanwezig zijn, het type zorg dat in de nabije toekomst een meer centrale positie zal innemen. Op korte termijn leidt dit echter allerminst tot bijkomende efficiëntie en besparingen. Deze doelgroepen zijn op zich wel het meest kwetsbaar voor een eventuele uitholling van de kwaliteit van zorg door een te reactief en lineair besparingsbeleid in plaats van het doorvoeren van structurele hervormingen. De positieve keerzijde van dit verhaal is dat fundamentele hervormingen van financiering, personeel, zorgmodel, etc., vaak net bij de kwetsbare doelgroepen een relatief positiever effect teweegbrengen, omdat de aanbevelingen

goed stroken met de lokale en integratieve aanpak die sinds jaar en dag wordt gepromoot om gelijkheid in gezondheid te ondersteunen.

## 8. Kwaliteit van zorg

### Citaten

<i>Belang van 'sustainability': bouw systematisch controlepunten in (bv. audits) om op regelmatige basis de kwaliteit, veiligheid, efficiëntie, betrouwbaarheid van zorg, e.d. te controleren en op basis daarvan te verbeteren. Laat medewerkers aan de basis zelf hun eigen processen controleren.</i>
<i>Focus op interne processen (administratieve-, logistieke-, zorgprocessen,...). Zorg dat deze zo efficiënt, effectief, veilig,... mogelijk verlopen. Hiervoor moeten niet noodzakelijk extra middelen aangewend worden. Focus op de verspilling in processen (cfr. Lean management) en probeer deze zoveel mogelijk weg te werken, bv.: overtollige voorraden, overproductie, onnodige processen, wachttijden, defecten,...</i>
<i>Instaurer une accréditation (n'existe pas en Wallonie et à Bruxelles)</i>
<i>Kwaliteitsdoelstellingen GMD: bepalen van te behalen targets in preventie (bv. vaccinatie)</i>
<i>Naar mediaan heropnames in ziekenhuizen, rest afdragen (32 miljoen euro besparingen)</i>
<i>Naar mediaan ziekenhuisinfecties in ziekenhuizen (61,5 miljoen euro besparingen)</i>
<i>Stimuleren van klinische paden en zorgtrajecten</i>
<i>Restricties aanbod op basis van kwaliteitscriteria (onder meer volume, accreditering etc)</i>
<i>Transparantie (openbaar maken) wat betreft variabiliteit uitgaven, zorggebruik en outcome zorgverstrekkers</i>
<i>Veralgemeende kwaliteits/outcome meting van de geleverde medische zorg. Dit kan -indien maatregel 1 en 2 doorgevoerd worden- door automatische audits en feedback aan de zorgverstrekkers. (cfr NHS)</i>



## Duiding door Itinera

*Het is misschien op het eerste zicht verrassend om in een studie naar efficiëntieverbetering 93 ideeën onder het thema 'Kwaliteit' terug te vinden, Het gaat toch immers om de middelen en niet om de kwaliteit? En zijn kwaliteitsinvesteringen en inspanningen (= personeelstijd) niet gewoon nog een extra uitgave in plaats van een besparing? Neen, de intuïtie van de betrokkenen is juist. Kwaliteit in de zorg is een centraal instrument om de efficiëntie te bevorderen. Dit wordt vanuit wetenschappelijke hoek bevestigd voor verschillende positieve gevolgen van een sterk kwaliteitsbeleid.*

*Ten eerste leert kwaliteitsbeleid de zorgprofessionals samenwerken als een team binnen en doorheen zorgorganisaties. Net daaraan is een grote behoefte om inefficiënties (overbehandeling) en vermijdbare kosten (ontbrekende of verkeerde behandeling met complicaties, heropnames, eventuele sterfte tot gevolg) te reduceren. Teamwerking is immers gerelateerd aan een goede personeelswerking die op haar beurt verband houdt met de uitkomst bij de patiënt.*

*Ten tweede, is kwaliteitsbeleid veel meer dan enkel teamwerking. De kern van de zaak is dat zorgprocessen worden afgestemd op beste praktijken (evidence based care) en worden gestroomlijnd doorheen het traject dat de patiënt doorloopt, met afstemming van welke zorgprofessional wat doet op welk moment. Diverse instrumenten zoals zorgpaden, lean management, six sigma, etc. leiden op zulke wijze meestal tot een aantoonbare efficiëntiewinst, naast kwaliteitsverbetering. Zulke besparingen zijn niet enkel het gevolg van de korte termijn gevolgen (bv. daling van verblijfsduur, minder technische verstrekkingen, lager geneesmiddelen en materialenverbruik), maar ook van de lange termijn gevolgen m.b.t. vermijdbare kosten.*

*Op gelijkaardige, nog meer rechtstreekse wijze is kwaliteitsbeleid ten derde gericht op het optimaliseren van de veiligheid van de patiënt (bv. door te leren uit incidentenmeldingen), met dus minder vermijdbare kosten.*

*Ten vierde ondersteunt een goed kwaliteitsbeleid het leren van anderen in netwerken met zijn peers en andere disciplines in andere zorgorganisaties. Men vergelijkt hoe goed of hoe slecht men het doet en men gaat gericht na in welke mate de zorgaanpak die ertoe leidde verschilt tussen zorgteams. Wederom zal dit een effect hebben op korte en lange termijn kosten.*

*Als je dit alles optelt, is het vrij evident dat kwaliteit een heel relevant thema is om efficiëntiewinsten te bekomen. Momenteel betekenen kwaliteitsinspanningen vaak een financieel verlies. Hieraan kan men tegemoet komen door accreditering (toekennen van een kwaliteitslabel), door publieke rapportering van de kwaliteit van zorg (om meer patiënten aan te trekken) en door 'pay for performance' (koppeling van financiële middelen aan de kwaliteitsresultaten). De overheid ondersteunt in toenemende mate accreditering en publieke rapportering. Vermits het thema 'Kwaliteit' de instrumenten aanlevert zodat zorgverstrekkers en organisaties zelf intern de efficiëntie kunnen verhogen, is het vanzelfsprekend dat de overheid hier naar de (nabije) toekomst toe nog sterker op inzet. Overigens geven de betrokkenen uit de sector soms ook aan dat de externe controle van de kwaliteit door de overheid versterkt kan worden, gepaard gaand met een focusverschuiving van structurele normen naar het zorgproces en haar resultaten bij de patiënt. Ook hier neemt de overheid reeds positieve stappen. Vermits de ware efficiëntiewinsten van huidige maatregelen zich vaak pas meerdere jaren later realiseren (betere levensstijl en opvolging bij diabetes leidt tot minder complicaties en kosten op latere leeftijd), strookt dit essentieel*

domein niet goed met het systeem van jaarlijkse begrotingen en zelfs vierjaarlijkse legislaturen. Op zijn minst zou men hiervoor moeten kunnen evolueren naar een meerjarenbegrotingsplan. Voor 2013 plakken we hier dus geen getal op, maar het potentieel voor de komende jaren is groot, en zullen we nodig hebben om de financiële uitdagingen aan te kunnen.

## 9. Personeel

### Citaten

<i>Aanpassing RIZIV - financiering, andere normoplegging. Professionele hulpverlening is noodzakelijk, maar diploma's mogen niet overheersen in vergelijking met bekwaamheden van medewerkers met een diploma die niet altijd in aanmerking komen om mee te gaan in de ligdag financiering. Denk maar aan de 24-uurpermanentie van verpleegkundigen binnen een RVT erkenning...wanneer het aanbod klein is en de vraag is hoog...waarschijnlijk een gekend probleem</i>
<i>De bachelor opleiding voor MLT moet zijn lat veel hoger leggen en korter op de praktijk inspelen. Ook hier blijkt uit alles dat de vorm weeral belangrijker is dan de inhoud (vb instructies voor het stageboek, aandachtspunten tijdens de opleiding (het dagboek moet iedere dag getekend worden , want zoniet ....)</i>
<i>Donner la possibilité aux aides soignants d'élargir leurs compétences: ex:prise de paramètres, suivi basique des pansements, élargir leur connaissances,...</i>
<i>Eenheidsstatuut binnen private en openbare sector</i>
<i>Eén huisarts per voorziening, die een bepaald loon krijgt voor zijn prestaties (dus geen 30 verschillende huisartsen) + die een meer inhoudelijke en algemene opdracht hebben naast de consultatie van bewoners</i>
<i>Geef de betere verpleegkundigen de kans om ook op de patientenafdeling te promoveren. Veel van de beste verpleegkundigen verdwijnen nu noodgedwongen in leidinggevende administratieve taken.</i>
<i>Gespecialiseerde verpleegkundigen in bepaalde vakdomeinen taken van artsen laten overnemen, zgn. "specialist nurses" via terugbetalingssysteem van de mutualiteit bv. anticoagulatie regelen</i>
<i>Investir dans les formation obligatoire des médecins "responsables" dans le management médical, y compris le management de la qualité</i>
<i>Inzetten op innovatieve technieken met ernstig valorisatiepotentieel door human resources taak-specifiek in te zetten</i>
<i>KB78 ivm technische handelingen totaal herdenken en herwerken</i>

### Duiding door Itinera

Personeelsbeleid neemt met 258 ideeën de tweede plaats in binnen het geheel van thema's, na de financiering van zorg. Het is duidelijk dat alle facetten van het HRM beleid in de zorg een serieuze update nodig hebben. Het is heel positief dat zowel de sector als de beleidsmakers dit lijken te beseffen en hierop in 2013 willen op inzetten in de vorm van beleidsvoorstellen. Dit is een essentieel onderdeel omdat het personeel immers vaak de dupe is van besparingen in de zorg, en de werkdruk in de meeste organisaties vrij hoog is. Men moet dus afstappen van het simplistische idee om dan maar personeel

te laten afvloeien of niet langer te vervangen. Het is wetenschappelijk aangetoond dat dit niet goed is voor de kwaliteit van zorg, met op langere termijn vermijdbare kosten tot gevolg. In visie heeft men dit begrepen. In dagelijkse praktijk en regelgeving echter nog niet. We moeten vooral leren het aanwezige personeel efficiënter in te zetten. De overgang naar een competentiebeleid, loopbaanontwikkeling, modernisering van de opleidingen, etc. Een essentieel idee hierbij is het subsidiariteitsprincipe: je laat zorgtaken uitvoeren door professionals die hiertoe voldoende competentie hebben, maar ervoor ook niet overgekwalificeerd (en dus duurder) zijn. De zorginhoud staat stil, maar de verdeling van taken over professionals heeft wel stilgestaan. Door taken te verschuiven van arts naar verpleegkundige, van verpleegkundige naar zorgkundige, van zorgkundige naar verzorgende, van verzorgende naar logistieke ... maakt men het geheel van zorg goedkoper, verrijkt men ieders job (ook die van de arts die zich op supervisie, coördinatie en complexe zorg kan toeleggen), en zoals aangetoond, verbetert men de kwaliteit. Er zijn ook meer verrijkende rollen mogelijk voor vrijwilligers en mantelzorg. Eerste pogingen, zoals de creatie van 'zorgkundigen' zijn niet zo goed afgelopen, omdat men opnieuw vervallen is in een hokjesdenken. Uiteraard moet de sector hierbij de gebetonneerde belangen van elk zorgberoep afzonderlijk overwinnen (zowel artsen als verpleegkundigen). Als de visie er is bij alle opinion leaders en beleidsmakers, moeten er stappen vooruit gezet worden. Zo niet, moet de overheid hierbij zelf de verantwoordelijkheid opnemen om dit te realiseren. Vrijgekomen middelen ten gevolge van taakverschuiving worden normaliter benut om de zorg voor patiënten met chronische behoeften op een ruimere en effectievere wijze vorm te geven. Een directe herinvestering in de zorg is hier dus op zijn plaats.

## 10. Preventie

### Citaten

<i>Aangepaste vervoersmaatschappijen aanbieden en de centra in de buurt laten samenwerken om allen van dezelfde vervoersmaatschappij gebruik te laten maken om zo de kosten te dekken.</i>
<i>Briser l'isolement</i>
<i>Kwaliteitsdoelstellingen GMD: bepalen van te behalen targets in preventie (bv. vaccinatie)</i>
<i>Maximale medische preventie (centraal door de overheid gestuurd) intenser promoten + fiscale maatregelen: bijv. tax op rookwaren &amp; alcohol verhogen; suikers, vetten, fast food duurder maken ed. (zoals de (helaas reeds afgeschafte) "vet tax" in Denemarken); met die inkomsten de preventie nog meer uitbouwen.</i>
<i>Meer preventieprojecten zoals bv de zorgtrajecten, het diabeteszorgtraject waar er ook educatieprogramma's nodig voor de mensen met een risico op diabetes.</i>
<i>Mogelijkheid om ontregelde diabetespatiënten zonder kliniekopname maar wel residentieel in groep educatie te geven: zie voorbeelden bij buurlanden: educatieve weekopname met veel beweging, kookworkshops, groepseducaties, enz.</i>
<i>Oprichten centraal bevolkingsonderzoek centrum voor centrale coördinatie baarmoederhalsscreening, borstkankerscreening en darmkankerscreening in België</i>
<i>Organiser plus d'activités(culturelles, sportives..) nécessitant la participation des citoyens</i>
<i>Valpreventieprogramma in de thuissituatie bij bejaarden, 300 euro per persoon besparen,</i>

*Zelfzorg stimuleren door ondersteunde zorgprogramma's, begeleiding gespecialiseerde verpleegkundige bv*

## Duiding door Itinera

Met 59 van de 1800 ideeën is de bijdrage van preventie tot meer efficiëntie relatief bescheiden. Dit ligt in lijn met de algemene aandacht die momenteel naar preventie uitgaat. Slechts 2% van onze middelen gaan naar preventie, daar waar dit in andere landen vaak het dubbele is. Nochtans doet België het vrij goed op primaire preventie bij de jongsten onder ons. Echter, net zoals andere landen is dat minder het geval voor preventie bij volwassenen en ouderen. De uitdaging hierbij is dat vooral het aantal personen met langdurige nood aan preventie van complicaties en functionele achteruitgang zal toenemen in de komende jaren. Zelfs zozeer dat het KCE oproept om ons zorgmodel meer op hen te richten, de chronische zorg. De hier vermelde ideeën zijn daarom heel positief. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld worden patiënten met hartaandoeningen, COPD, etc. veel intensiever opgevolgd. Personeel bij de huisarts is hier speciaal voor toegewezen. Gespecialiseerde verpleegkundigen coördineren hun zorg en reiken hierbij letterlijk tot in de thuissituatie van de patiënt. De reikwijdte van preventie is recent enorm uitgebreid en betreft ook mobiliteit, verkeer, veiligheid, financiële draagkracht, buurtwerking, sociale contacten, enz. In feite moeten we voor een deel terug naar de steun van de lokale gemeenschap zoals we dat decennia geleden kenden, echter nu ook binnen een professioneel kader. Dit vraagt flexibiliteit en zorg op maat. De overheid heeft hier op positieve wijze op ingezet naar de lokale gemeenschap toe, specifiek voor ouderen en kwetsbare doelgroepen. Dit zou verder uitgebreid kunnen worden naar het geheel van personen met chronische zorgbehoeften. Het budget gooit in deze crisisjaren echter roet in het eten. Dit zijn spijtig genoeg elementen waar eerst op wordt bespaard, ondanks hun prioritair belang. Hiermee hypothekeren we voor een deel de efficiëntie in de komende jaren, omdat er zich vermijdbare kosten zullen voordoen. Ter illustratie, een valpreventieprogramma bij senioren thuis kan per persoon tot 300 euro aan besparingen opleveren, tegenover een kost van slechts 30 euro. Hierbij dient wel duidelijk gesteld te worden dat zeker niet alle vormen van preventie een efficiëntiewinst opleveren. Een goede selectie is op zijn plaats. Preventie alleen is niet de 'magic bullet', maar verdient zeker een versterking naast de andere thema's.

## 11. Rol van de patiënt

### Citaten

<i>Centrale databank toegankelijk voor artsen: "shoppen" van patiënten ontmoedigen en nutteloos herhalen van onderzoeken vermijden</i>
<i>De middelen gebruiken in functie van levenstandaard: cfr. zware rokers drinkers</i>
<i>De patiënt financieel sensibiliseren voor het volgen van een gezonde preventieve levensstijl.</i>
<i>Drempel spoedopname in ziekenhuis verhogen; herwaardering eerste lijn; "spoedwacht huisartsen"</i>
<i>Hervorming remgeld bij specialisten richting vaste, uniforme en transparante bedragen die niet automatisch stijgen met erelonen, besparing van 43 miljoen euro (zie KCE)</i>
<i>Het betrekken van patiënten of hun verenigingen bij het beoordelen van kwaliteit en efficiëntie</i>
<i>Meer betrokkenheid/responsabilisering van patiënten bij hun behandeling (roken, obesitas, beweging, ...): +/- behandelingscontract met behandelend arts</i>
<i>Patient preferences systematisch en structureel deel laten uitmaken van de klinische besluitvorming + patient empowerment ondersteunen</i>
<i>Structuur doorverwijzing 1ste lijn --&gt; 2de lijn.hiërarchie huisarts --&gt; specialist. patiënten betalen vb. minder remgeld als ze eerst langs HA gaan. Bedoeling is beperken van 'specialist hoppen'</i>
<i>Vermindering/afschaffen remgeld bij terecht gebruik spoedgevallen, plus versterking ontrading onrecht via extra afradingsforfait van 10 euro, bovenop de 19,54 euro remgeld; en investeren uitbouw huisartsenwachtposten, globaliter 6,5 miljoen euro directe kt besparingen</i>

### Duiding door Itinera

Met 88 van 1800 ideeën over de rol van de patiënt, bevindt dit thema zich min of meer in de middenmoot van aandacht in het efficiëntiedebat. De patiënt heeft hierbij verschillende rollen:

Rol van de rechtstreeks betrokkene die meer inspraak zou kunnen hebben in de zorg, zowel wat betreft voorkeuren voor en tijdens de zorg zelf, via de bevraging van patiënt over zijn ervaringen naderhand, als mee sturend in raden van bestuur of adviesraden. Het effect van deze rol op efficiëntie is moeilijk te voorspellen. Het activeren van de patiënt in de rechtstreekse context van zorg kan bijvoorbeeld leiden tot een preventieve detectie van onveilige situaties en zo vermijdbare kosten voorkomen. De overheid is de laatste jaren actief om patiëntenparticipatie meer op de kaart te zetten (bv. seniorenadviesraden), hoewel het initiatief soms eerder vanuit de sector zelf komt (bv. participatie in raden van bestuur van ziekenhuizen).

Een tweede rol van de patiënt is die van bewuste bepaler van de keuze voor zorg binnen een concurrentieel aanbod. Publieke rapportering van kwaliteit van zorg (zie thema 'Kwaliteit') kadert hierbinnen. Aansluitend hierbij kaarten sommige deelnemers van de studie aan dat patiënten vaak vanuit een 'meer is beter' filosofie redeneren, aan overconsumptie doen en zelfs gericht gaan shoppen indien ze ergens een bepaalde zorgverstrekking niet kunnen bekomen, bv. een RX. In het verleden ging men vaak eenzijdig uit van dit negatieve standpunt, wat zich vertaalde in de hantering van vrij hoge remgelden om zorgconsumptie te ontraden. Het probleem is echter dat remgeld alle zorg ontraadt, ook de goede zorg,

en dit vooral bij de meest kwetsbare doelgroepen, die net de grootste behoeften aan zorg hebben. De suggestie om remgeld om te zetten naar vaste, uniforme en transparante bedragen die niet automatisch stijgen met de erelonen, wordt daarom overgenomen. Dit leidt op korte termijn tot een besparing van 4,3 miljoen euro. Op lange termijn zou men het remgeld echter moeten afschaffen, indien het wetenschappelijk aangewezen zorg betreft. Zulke zaken worden met een voldoende IT/decision support ondersteuning haalbaar. Dit laatste hervormt het remgeld tot een positiever instrument dat erkent dat patiënten ook goede keuzes kunnen maken.

We mogen echter niet blind zijn voor de realiteit. Heel wat deelnemers verwijzen hierbij naar het voorbeeld van oneigenlijk gebruik van spoedgevallen, met een stijging van 28% in drie jaren tijd. De suggestie om daarom enerzijds het remgeld af te schaffen bij terecht gebruik van spoedgevallen, en te verhogen met 10 euro bovenop de reeds bestaande 19,5 euro remgeld bij onterecht gebruik (met aanpassing voor sociaal statuut), verdient daarom navolging. Zelfs met investering in de uitbouw van huisartswachtposten, bekomt men zo een bijkomende besparing van 6,5 miljoen euro op korte termijn. Een alternatief van de remgeldbenadering is om het zorgmodel meer fundamenteel bij te sturen met een vorm van echelonnering (zie thema 'Zorgmodel'). De overheid zou binnen de budgettaire begrenzings gericht werk moeten maken van een hervorming van het remgeld, zoals ook aanbevolen door het KCE.

## 12. Rol van de ziekenfondsen

### Citaten

<i>Améliorer le rôle des mutuelles</i>
<i>De ziekenfondsen moeten preferentiële contracten kunnen sluiten met zorgverstrekkers, maar de ziekenfondsen moeten dan ook 100% financiële verantwoordelijkheid dragen.</i>
<i>Grotere financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen met meer tools</i>
<i>Herziening financieringssysteem, herijking nomenclatuur en reductie kost mutualiteiten</i>
<i>Les mutuelles doivent se recentrer sur les soins de santé et c'est tout. La CAAMI suffit.</i>
<i>Maak ziekenfondsen echt financieel verantwoordelijk op basis van verloning voor preventie : bv hoeveel% doelgroep jaarlijks gevaccineerd tegen griep?</i>
<i>Managed competition (stimuleren van concurrentie tussen zorginstellingen)</i>
<i>Responsabilisering ziekenfondsen inzake doelmatigheid en kwaliteit met mogelijkheid selectieve contractering op basis van onafhankelijk gevalideerde criteria</i>
<i>Revoir le rôle des mutuelles. Suppression transitions financières par les mutuelles pour les attestations de soins</i>
<i>Zorg dat de derdebetalersregeling papierloos mag. Nu veel werk en kost, ook voor Ziekenfonds. Betaal de Ziekenfondsen 4% ipv 6% van nationaal budget. Ze kosten méér dan alle huisartsen samen.</i>

### Duiding door Itinera

Met 46 van de 1800 ideeën over de rol van de ziekenfondsen, en een eventueel besparingspotentieel als gevolg, kunnen we spreken over een bescheiden thema binnen het geheel van mogelijkheden. Uiteraard overlapt dit thema ook deels met 'Administratie en IT' (zie elders). Ondanks het feit dat de

ziekenfondsen mee aan de basis liggen van onze welvaartsstaat, met een hoge mate van solidariteit, en ook aan de wieg stonden van de goede zorg die we kennen, kan men er niet rondom heen dat hun rol in toenemende mate in vraag wordt gesteld. Meerdere ziekenfondsen geven overigens ook openlijk toe dat ze hun rol moeten en willen herdefiniëren. Hiervoor zijn verschillende redenen, naast de administratieve last en de achterstand in IT in vergelijking met andere landen:

(1) Het speelveld van de ziekenfondsen is niet open, wat een gezonde concurrentie hindert. Men begint op regionaal niveau op positieve wijze hier verandering in te brengen, maar de subsidiërende regelgeving moet er verder op aangepast te worden om nieuwkomers te kunnen aantrekken,

(2) de ziekenfondsen werken binnen een verticaal geïntegreerd kader. Je kan enkel beroep doen op hun diensten als je lid bent en niet lid van een ander. Dit werkt de ontschotting en ontzuiling tegen die nodig zijn om een efficiënte en slimme zorg te kunnen organiseren. Dit was één van de centrale conclusies van de deelnemers/experten van de zoekconferentie 'slimme zorg' die recentelijk door Minister Vandeuren werd georganiseerd.

(3) Er is geen prikkel om van ziekenfonds te wijzigen, omwille van het ontransparante karakter van de kwaliteit van de geleverde zorg en de lage premies die je als lidgeld dient bij te dragen (naast de sociale bijdragen die ook deels naar de ziekenfondsen gaan). Enkele ziekenfondsen kennen dus min of meer een monopoliesituatie, vergelijkbaar met Electrabel in de energiemarkt. Grote monopolisten hebben vooral een prikkel tot het in stand houden van de huidige positie. Dit wordt verder versterkt door de onderlinge afspraken die ziekenfondsen samen met de artsensyndicaten maken binnen het collectief overleg over tariefzetting. Dit collectief model heeft uiteraard ook positieve gevolgen gehad voor het zorgsysteem doorheen de afgelopen decennia.

Gezien de uitdagingen voor de zorg, komen we nu echter in een periode die verandering zal vereisen. Vanwege de grootschalige expertise die ziekenfondsen kennen, zou het optimaal zijn indien ze meestappen in een positief verhaal. Ze moeten hiertoe dan uiteraard ook de mogelijkheden krijgen van anderen, zoals de overheid. Een andere rol is op zijn plaats, waarbij ziekenfondsen de patiënt rechtstreeks kunnen ondersteunen bij het vinden van kwaliteitsvolle zorg. Sturing op basis van kwaliteit en kost, afspraken met zorgverstrekkers op basis van kwaliteit en kost, een meer coördinerende rol, etc. Wat heeft dat alles met efficiëntie en besparingen te maken? In Nederland heeft men vastgesteld dat men zo reeds 20% van de patiënten kan activeren tot een meer bewuste keuze. Dit is geen korte termijn verhaal. Er is hier geen laaghangend fruit van besparingen voor 2013 (tenzij in Administratie en IT). Men zou wel reeds een eerste stap kunnen zetten door de ziekenfondsen in grotere mate financieel te responsabiliseren voor het geheel van zorgdoelstellingen, en niet enkel voor administratief beheer en het

bewaken van het budget. We formuleren op dit punt geen korte termijn besparingsdoelstelling, vermits het over responsabiliseren en niet per se over besparen gaat.

### 13. Technologie, innovatie en kosteneffectiviteit

#### Citaten

<i>Beter nadenken over maatregelen of over de te nemen beslissingen. Vb. toen overgeschakeld werd naar het hexavalente vaccin werden tienduizenden nutteloos geworden Engerix B vaccins gewoon weggekieperd, over ophalen werd niet gesproken</i>
<i>Doelmatig voorschrijven. Artsen worden aangemoedigd/verplicht om het meest doelmatige geneesmiddel voor te schrijven. Het aandeel van de nieuwste (en meestal duurste) geneesmiddelen ligt in België relatief gezien veel te hoog in vergelijking met de meeste andere Europese landen. Veel patiënten zouden echter even goed/beter kunnen behandeld worden met oudere (en meestal goedkopere) geneesmiddelen. Het vaststellen welke geneesmiddelen bij voorkeur worden voorgeschreven kan gebeuren op basis van Internationale Richtlijnen en/of consensusvergaderingen. Bij het vaststellen van de voorkeurmoleculen wordt niet alleen rekening gehouden met doeltreffendheid en veiligheid van het geneesmiddel maar ook met de kost, toepasbaarheid en kosten-effectiviteit. Per pathologie kunnen dan beslissingsbomen worden uitgewerkt welke de artsen zullen begeleiden in hun voorschrift. Deze beslisbomen kunnen geïntegreerd worden in de software voor elektronisch voorschrift.</i>
<i>Indien voorschrift post patent enkel de goedkoopste laten afleveren.</i>
<i>Klinische farmacie beter financieren, opdat bij elke patiënt er een medicatie review kan gebeuren en onnodige of suboptimale medicatie kan bijgestuurd worden.</i>
<i>Mogelijkheid tot de aankoop van medicatie per eenheid in plaats van per doos. Op heden worden er massa's ongebruikte en vervallen medicatie weggegooid.</i>
<i>Onderzoek de oorzaak van de hoge kostprijs van chemotherapie - de industrie bepaalt de extreem hoge kostprijs - deze wordt eenzijdig bepaald - er is gebrek aan kritisch inzicht en toezicht -</i>
<i>PET: wat met niet-terugbetaalbare indicaties, niet-geprogrammeerde toestellen? Rigidere criteria voor terugbetaling, vb bij melanoom enkel vanaf T2 en dan geen andere onderzoeken (verifieerbaar); PET beperken tot wat min of meer evidence based is (is erg weinig): alleen re-pet bij curatieve indicaties: lymfoom (H en NH) en pre-op therapie bij solide tumoren, nooit als standaard follow-up bij gemetastaseerde solide tumoren</i>
<i>Terugbetaling farmaca op basis van ICER en Quality - analyse</i>
<i>Verouderde regels en vermeldingen i.v.m. voorschrijven lab-analyses afschaffen</i>
<i>Verplichte publicatie van studies die niet het gewenste effect hadden</i>



## Duiding door Itinera

Met 103 ideeën is 'Technologie, innovatie en kosteneffectiviteit' een niet te verwaarlozen thema. Het concept 'Technologie' omvat geneesmiddelen, implantaten/devices, medische producten, zwaardere apparatuur (scanners, bestraling, etc.), diagnostische tests, telemonitoring, nieuwe i-pad toepassingen voor zelfzorg, enz. In voorgaande jaren is er reeds sterk op ingezet om het budget te helpen dichten met een stringenter geneesmiddelenbeleid. Bovendien krijgen nieuwe toepassingen van implantaten, telemonitoring, etc. in steeds mindere mate een kans om een eventuele meerwaarde voor de gezondheid van de patiënt te betekenen, simpelweg omdat 'het budget op is'.

We houden hier geen pleidooi om alles aan boord van de algemene ziekteverzekering te halen. Echter, budgettaire beperkingen mogen de innovatie niet in de weg staan, waarvan we de afgelopen 100 jaren in sterke mate de vruchten hebben mogen plukken. Zonder de noodzakelijke technologie zouden we nu bij bosjes sterven op een vrij jonge leeftijd. Als we zien wat voor een technologische shift aan de deur staat te kloppen, zouden er weinigen onder ons zijn die heel wat van die zaken niet aan de bevolking gunnen.

We komen ook steeds meer in een situatie terecht dat de rijkere zich het laatste nieuwe op het vlak van zorg kunnen veroorloven, terwijl het voor personen met minder middelen niet is weggelegd. De basisdoelstelling van de algemene ziekteverzekering mag niet in het gedrang komen.

Daar staat tegenover dat we enkel die technologie willen terugbetalen die 'kosteneffectief' is: met een aanzienlijke meerwaarde voor de gezondheid tegen een aanvaardbare kost voor de samenleving. Op dit punt kan er een systematischer beleid gevoerd worden om op objectieve basis de opname van een nieuwe technologie in de terugbetaling te sturen, zonder impact van belangengroepen, media en politieke bemoeienis.

Eens technologie wordt terugbetaald, kan er een sterkere garantie worden gevraagd dat het positieve effect zich bij de patiënt manifesteert. Zulke 'garantie of geen betaling' werd reeds uitgetest in het Verenigd Koninkrijk, in Nederland en de VS. Bij ons bestaat dit nog niet. Tezelfdertijd zouden terugbetaalde, maar verouderde technologieën (omdat er betere alternatieven voorhanden zijn) onmiddellijk uit de terugbetaling moeten worden verwijderd. Heel wat spelers uit de betrokken industrie roepen hier zelf toe op, zodat er terug wat ruimte zou komen voor de terugbetaling van de zaken die er werkelijk toe doen. Indien de bevoegde commissies dit onvoldoende op zich nemen, dienen verantwoordelijkheden te worden verschoven.

Nadat het patent van een technologie is verstreken, dient de concurrentie zoveel als mogelijk op marktconforme wijze te worden gestimuleerd om een zo laag als mogelijke prijszetting te bekomen. Positieve substitutiemaatregelen, die vorig jaar werden ingevoerd, kunnen hiertoe verder uitgebreid en versterkt worden. Als overheid kan men best één consistente strategie volgen, in plaats van 10 verschillende maatregelen de markt te laten verstoren.

De deelnemers aan de studie wijzen op één belangrijk aspect binnen dit thema dat tot nu toe onvoldoende werd bijgestuurd. Het voorschrijfgedrag van zorgverstrekkers is uiteraard sterk determinerend in de mate waarin technologie zo efficiënt als mogelijk wordt ingezet. Het versterken of vervangen van de werking van de profielencommissies als controleorganen, de veralgemening van voorschrift op stofnaam i.p.v., merknaam, etc., kunnen hierbij een positief effect hebben op de efficiëntie, zowel door

lagere prijzen, lagere volumes en lagere vermijdbare kosten op langere termijn ten gevolge van een betere kwaliteit.

Tot slot wijzen we erop dat ‘Innovatie’ zich ook kan uiten via vernieuwende concepten van zorg, bijvoorbeeld hoe er wordt gebouwd en de zorg georganiseerd in de ouderenzorg. Op dit vlak neemt de overheid heel wat projectmatige initiatieven, die zich hopelijk spoedig vertalen in de brede zorgverlening. Zoals de deelnemers met sommige concrete ideeën binnen dit thema illustreren, kan er in 2013 tot 50 miljoen euro worden bespaard op technologie. Hopelijk worden sommige van de lange termijn aanbevelingen ook opgevolgd. De korte termijn inspiratie wordt immers elk jaar kleiner.

## 14. Zorgmodel en systeembeheer

### Citaten

<i>Creëer “units of care” : kringen (type huisarts) waar 1 en 2e lijnszorg samenvallen met incentives voor geïntegreerde zorg</i>
<i>Definiëren van speerpunten: niet elk ziekenhuis moet alles kunnen aanbieden, het aangeboden moet van hoge kwaliteit zijn</i>
<i>Désignation de centres de référence de pointe pour la prise en charge de personnes atteintes par des maladies complexes (Parkinson,...)</i>
<i>Een meer gerichte (super)specialisatie per kliniek of hospitaal, op regionaal of nationaal vlak (en niet noodzakelijk universitair): vb 1 of 2 instellingen “gesuperspecialiseerd” in oncologie, in bijzonder hart, of abdominale chirurgische pathologieën en waar de “betere” specialisten in dit bepaald domein in team samen werken. En dit om tijd , energie etc te besparen met nutteloze stappen in minder gespecialiseerde instellingen. Dit zou dan ook dure apparatuur meer kunnen concentreren in sommige ziekenhuizen (een beetje als in de USA bijvoorbeeld voor het Wills Eye hospital)</i>
<i>Elke erkende HA kring/ zone krijgt een betaalde coördinatiestructuur die minstens volgende zaken overkoepelt: wachtpost, ondersteuning kwaliteitszorg, ontwikkeling transmurale zorg.</i>
<i>Ketenzorg (semi-ambulant) organiseren voor personen met een chronische ziekte om residentiële zorg zo lang mogelijk uit te stellen</i>
<i>Ontzuiling van de zorg</i>
<i>Radicaal verplichten erg gespecialiseerde zorg te concentreren in competentie centra, ongeacht taal / politieke kleur / affiliatie / provincie / ...</i>
<i>Stimulansen voor integratie van tweede en eerste lijn: indicatoren, financiële prikkels</i>
<i>Vermaatschappelijken van thuiszorg via opwaardering zelfzorg en mantelzorg. Via digitale platforms. Via alternatieve netwerken en dienstencentra voor aanvullende/aanvullende thuiszorg.</i>

## Duiding door Itinera

Het thema 'Zorgmodel en systeembeheer' is met 220 ideeën wellicht één van de meest verrassende thema's van deze studie. Immers, het is opvallend hoe vooruitdenkend de deelnemers hierbij zijn, inclusief heel wat artsen en directieleden van zorgorganisaties. Tezelfdertijd pleiten heel wat van hen voor soms vrij drastische maatregelen die je niet onmiddellijk zou verwachten vanuit hun eigenbelang; zeker niet als je rekening houdt met hoe vrij de artsen bijvoorbeeld zich vandaag kunnen gedragen. Wanneer geneesheer-specialisten en directies in de acute zorg vragen om de zorg meer stringent te gaan sturen, dan is dat op zijn minst opmerkelijk. De instrumenten die hierbij worden vernoemd omvatten: fusies & samenwerkingsverbanden, echelonnering (verplichting om de huisarts te raadplegen vooraleer men gespecialiseerde zorg opzoekt), het introduceren van referentiecentra, zorgtrajecten versterken en uitbreiden, transmurale netwerkvorming met de eerste lijn, de uitbouw van alternatieve woon- en zorgvormen, geografische begrenzingen, huisartswachtposten, de creatie van geïntegreerde zorgkringen van zowel 1ste als 2de lijn samen, case management, verminderen van het aantal ziekenhuizen, bedden, en/of ligduur, goedkopere faciliteiten pre- en postacut (inclusief voor sociale opvang), etc.

Met sommige van deze instrumenten hebben we ervaring, met anderen heel wat minder. Vooral netwerkvorming/transmurale kringen op lokaal niveau, referentiecentra en pre/postacute faciliteiten zouden het geïntegreerde zorgmodel van de toekomst in sterke mate kunnen ondersteunen. Het voorbeeld van COPD netwerkvorming in Noorwegen kan hierbij illustratief zijn. De patiënt wordt er opgevolgd door de huisarts in een ambulante netwerk waar ook de specialist en andere professionals deel van uitmaken. De vraag of een consult van de specialist op zijn plaats is, wordt bepaald door een objectief score instrument. Hetzelfde geldt voor andere doorverwijzingen en eventuele opname. Dit staat in schril contrast met de intuïtie en het buikgevoel dat in ons zorgsysteem nog steeds heel dominant aanwezig is. De acute ziekenhuisopname is kort, maar wordt voorafgegaan en gevolgd door een eventuele opname in goedkopere faciliteiten. Merk op dat huisartsen in Noorwegen heel wat meer geld verdienen dan de specialisten die er werkzaam zijn in een ziekenhuis. Soms vinden we ons huidig zorgsysteem in België te vanzelfsprekend.

Is een wijziging in zorgmodel kostenbesparend? Op termijn wellicht wel. Dit vergt echter al snel 5 tot 10 jaren overgang. Tijd dus om er mee van start te gaan. De consensus over hoe zulk zorgmodel er uit moet zien is zich aan het uitkristalliseren.

## 15. Zorgverschuiving

### Citaten

*Betere samenwerking en coördinatie tussen de eerstelijns en de tweede lijn wat betreft wacht- en spoed-diensten en werken aan een 'integrated medicine'. Hierbij een prioritaire aandacht naar thuiszorgondersteunende initiatieven met nadruk op samenwerking en overleg tussen zorgactoren (via zorgcircuits, netwerken, etc.)*

*Bijkomende res voorzieningen dringend: rustoorden, sf, ass woningen, dagopvang, kortverblijf...*

<i>Empowerment van ouderen voor meer autonomie met aangepaste hulpmiddelen (terugbetaling : huur plafondtillift thuis, digitale liaison met WZC, woningaanpassing,...)</i>
<i>Huisartsen opwaarderen, en efficiënt gebruiken als doorverwijzers</i>
<i>Opheffen van de rigide opsplitsing van residentiële zorg en dienstencentra (beide voorzieningen dienen nu een fysieke afzonderlijke eenheid vormen in het gebouw : dit in strijd met de ontschotting van de zorg)</i>
<i>Opwaardering van een reeks heelkundige verstrekkingen in daghospitaal en simultaan verlagen in klassieke hospitalisatie</i>
<i>Samenvoegen van thuis- en residentiële ouderenzorg in 1 organisatie. Verplichting om niet RVT-profielen door thuiszorgluik te laten begeleiden.</i>
<i>Uitbouw van de ambulante geestelijke gezondheidszorg</i>
<i>Vrijgekomen middelen verschuiven van cure naar care (ziekenhuizen naar residentiële ouderenzorg)</i>
<i>Woon/zorgdecreet uitbreiden naar thuiszorg ondersteunende diensten: "de muren van het WZC open maken" om via de dienstverlening het WZC zorg op maat te kunnen bieden THUISZORGONDERSTEUNEND. Daaruit volgend zou de financiering moeten aangepast worden. De vergrijzing en de 'visie' van het ouder wordende publiek zal andere wetgeving vereisen (~fixatiebeleid ~gesloten afdelingen~....) Sommige mensen blijven liever thuis. Andere mensen gaan liever naar een WZC, ongeacht een KATZ- score en/of dementieproblematiek</i>

## Duiding door Itinera

De 66 ideeën over zorgverschuiving sluiten goed aan op het thema 'Zorgmodel en systeembeheer'. In de eerste plaats staat de verschuiving van residentieel naar zorg in de thuissituatie hierbij centraal. Echter, zoals het KCE bijvoorbeeld reeds voor ouderenzorg heeft berekend, zullen zowel de residentiële als de thuiszorg met 1/3de moeten toenemen gedurende de komende tientallen jaren. Zelfs als we slagen in een meer doorgedreven verschuiving, zal dit de residentiële zorgvraag niet verminderen, in tegendeel. Ook de ziekenhuizen zullen hun handen vol blijven hebben, zoals bijvoorbeeld de diabetologen maar al te goed weten. De verschuiving kadert dus binnen een 'en en' verhaal en niet zozeer binnen een 'of of' verhaal. Alternatieve tussenvormen zullen in de algemene zorg, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg een must zijn. We lopen hierbij achter op andere landen. Nu verzanden we nog te snel in de discussie wie dat dan mag organiseren (best gezamenlijk horizontaal initiatief). We kunnen alvast leren uit projecten zoals de netwerkvorming op basis van artikel 107. Tot slot moeten zulke alternatieven ook financieel in evenwicht zijn. Politici moeten de moed hebben om hiervoor voldoende financiële middelen te verschuiven (bijvoorbeeld vanuit inefficiënte VIPA toepassingen in de ouderenzorg, de overdaad aan residentiële opvang in de geestelijke gezondheidszorg, etc. ).

## 16. Overige

### Citaten

<i>Assurer la possibilité d'une équitable concurrence entre les établissements</i>
<i>Geen onzinnige en onnodige medische onderzoeken en prestaties op het einde van het leven (bij zeer oude mensen). Geen levensverlenging indien er geen wezenlijke verbetering en garantie op meer kwaliteit kan geboden worden. Mensen vragen niet om koste wat kost in leven gehouden te worden</i>
<i>Groepsaankopen door clusters van ziekenhuizen</i>
<i>Groter aandeel grotere verpakkingen voor chronische zorg</i>
<i>Klinische biologie, medische beeldvorming: vermelden van RIZIV kostprijs en aandeel patiënt op elk protocol</i>
<i>Kost van het circuit voor oorlogsinvaliden en NMBS, integratie in ZIV</i>
<i>Onderwerp de diagnosecentra aan dezelfde criteria van kwaliteit als de klinieken</i>
<i>uniformiser les obligations en fonction des secteurs car actuellement les cpas peuvent se permettre des choses interdites au prive ou recoive des subside en plus que le prive</i>
<i>Vastleggen van een gerechtelijk kader ivm klachten waardoor defensieve onderzoeken verdwijnen</i>
<i>VIPA-subsidies afschaffen en herinvesteren in de zorg</i>

### Duiding door Itinera

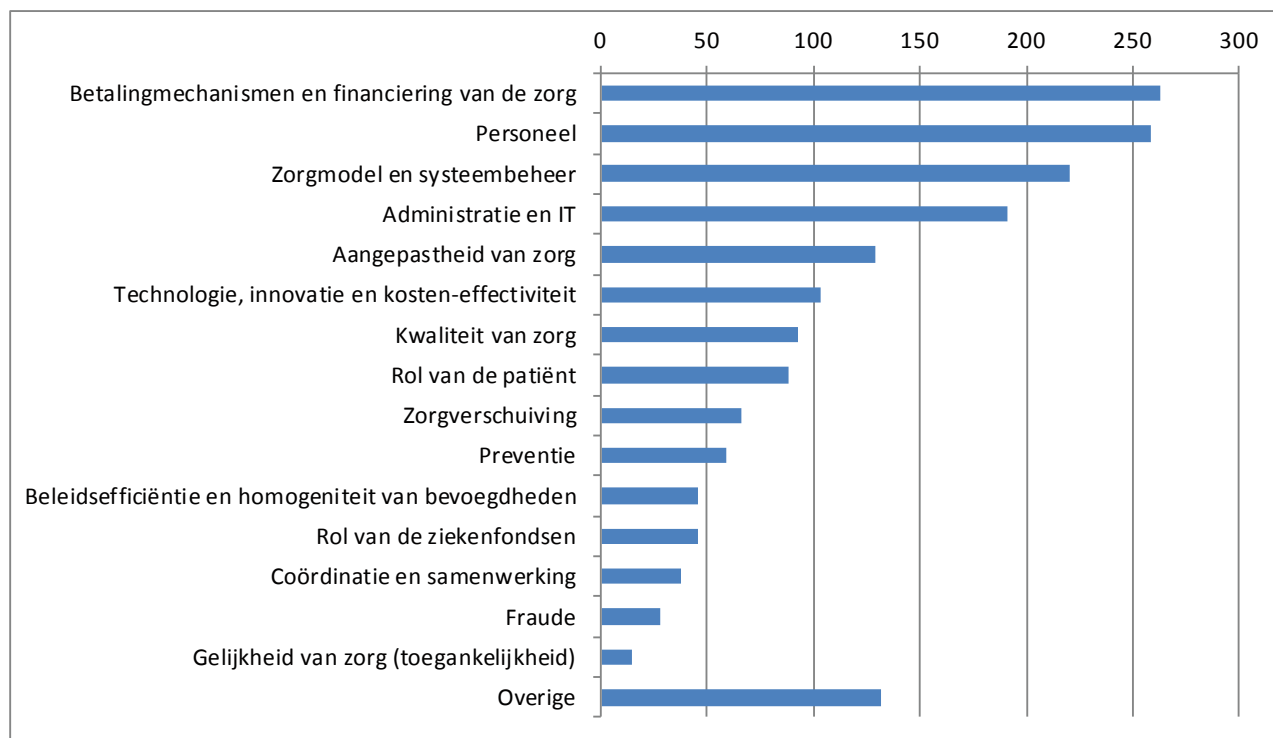
Er zijn nog vele ideeën die elk interessant zijn, maar moeilijk te catalogeren onder een omvattend thema. Eén voorbeeld is het herzien van de VIPA subsidiëring van nieuwbouw in de ouderenzorg, omdat dit inefficiëntie aanmoedigt. Deze middelen zouden beter in functie van de zorgafhankelijkheid door de overheid worden toegevoegd aan de dagprijs, zodat het pervers effect op de prijs van bouwen wegvalt. Andere interessante domeinen zijn: de efficiënte aankoop van medische producten, het verpakkingsbeleid bij geneesmiddelen en producten, het introduceren van een eenheidsstatuut, het instellen van een alternatieve aansprakelijkheidsregeling, een effectief debat over de zorg bij het einde van het leven, en de uitbreiding van kwaliteitscriteria naar de specialisten die enkel een ambulante praktijk hebben.

## Besluit

De ideeën uit de sector en de thema's die in de Itinera studie naar voren komen getuigen van een grote moed en verantwoordelijkheidszin van de sector. Verrassend genoeg hebben heel wat deelnemers vanuit alle geledingen centrale ideeën geopperd die tegen hun eigen korte termijn financiële belang ingaan. Uiteraard treffen we hier en daar een zelfbeschermende reflex aan, maar dit is een minderheid. We kunnen hieruit concluderen dat er een proactieve visie op de toekomst leeft in de sector, met positieve ideeën over efficiëntiewinst en mogelijke besparingen. Op korte termijn, is er een besparing mogelijk van 283 miljoen euro in de zorg in 2013. Echter, de grote meerderheid van ideeën en duiding richt zich op fundamentele en structurele hervormingen die veel meer zullen opleveren en de ware ruimte scheppen om de zorg zowel kwaliteitsvol als betaalbaar te houden. Terecht geeft 74% van de deelnemers aan dat de middelen die als gevolg hiervan kunnen verschuiven binnen de gezondheidszorg hetzelfde moeten blijven. 40% wenst dat actoren een deel van de door hen gerealiseerde besparingen ontvangt als beloning en positieve investeringsprikkel. Deze stimulerende piste moet nader onderzocht worden.

Het is nu aan de beleidsmakers om hun energie niet enkel te besteden aan begrotingsrondes. Gedurfde, maar essentiële stappen vooruit dienen reeds opgestart te worden. Merkwaardig genoeg komt het aantal ideeën per thema overeen met de prioriteiten die Itinera zelf ook zou toekennen (zie grafiek). Voor sommige thema's zoals 'Personeel' en 'IT' heeft de overheid reeds concrete plannen. Andere thema's zoals 'Betalingssystemen' en 'Zorgmodel' moeten dringend op de agenda geplaatst worden.

Grafiek: Prioriteiten uitgedrukt in aantal ideeën uit de sector per thema



Voor duurzame economische groei  
en sociale bescherming.