

TABOES

**TABOES
DOORBREKEN
OM DE ZORG TE
TRANSFORMEREN**

Taboes doorbreken om de zorg te transformeren

| | |
|--|-----------|
| De essentie | 3 |
| Inleiding | 5 |
| Burning platform in de zorg | 6 |
| Waardeverlies als kans voor transformatie | 9 |
| Drivers voor een beter zorgsysteem | 17 |

colofon

Voka-kenniscentrum

Niko Demeester | Secretaris-generaal
Stijn Decock | Hoofdeconoom
Sonja Teughels | Arbeidsmarkt
Veronique Leroy | Arbeidsmarkt en arbeidsverhouding
Vincent Thoen | Innovatie en economie
Jonas De Raeve | Onderwijs
Goedele Sannen | Mobiliteit en logistiek
Ellen Vanassche | Milieu en klimaat
Klaas Nijs | Energie en klimaat
Steven Betz | Ruimtelijke ordening en milieu
Karl Collaerts | Fiscaliteit en begroting
Pieter Van Herck | Welzijns- en gezondheidsbeleid
Gilles Suply | EU en internationaal ondernemen

Eindredactie

Erik Durnez, Sandy Panis

Foto's

Chak López en Shutterstock

Vormgeving

Martinique Salomons

Druk

INNI Group, Heule

'Taboes doorbreken om de zorg te transformeren' is een brochure van Voka - Vlaams netwerk van ondernemingen. De overname of het citeren van tekst uit deze Voka Paper wordt aangemoedigd, mits bronvermelding.

Verantwoordelijke uitgever

Hans Maertens i.o.v. Voka vzw -
Burgemeester Callewaertlaan 6 -
8810 Lichtervelde
info@voka.be - www.voka.be

De essentie

De zorg is een 'burning platform'. België geeft per inwoner 3.568 euro uit aan zorg, bij een EU-gemiddelde van 2.797 euro. Tegen 2040 moeten we voor de zorg 18 miljard euro extra middelen vinden omwille van de vergrijzing. We moeten dus dringend ingrijpen om het welzijn van onze bevolking te vrijwaren. Zo niet gaan de kwaliteit en de duurzaamheid van ons zorgsysteem ten onder.

Het goede nieuws is dat het anders en beter kan. België behoort tot de middenmoot in kwaliteit en efficiëntie van de zorg. Een aanzienlijk deel van de zorguitgaven is op zijn best onvoldoende doeltreffend en op zijn slechtst verspilling. We kunnen aanzienlijk besparen zonder in te teren op gezondheid. Meer nog, het kan ons zelfs helpen om de kwaliteit en toegankelijkheid te verhogen.

"België geeft per inwoner 3.568 euro uit aan zorg, bij een EU-gemiddelde van 2.797 euro."

Preventie is vandaag ondermaats en heel wat burgers ontvangen zorg met onvoldoende meerwaarde: te veel medische beeldvorming, overdiagnose, ongepaste chirurgie, te veel medicatie, ... 56% van de bezoeken aan spoedgevallen zijn ongepast. We gebruiken slechts 32% generische geneesmiddelen ten opzichte van 52% in het buitenland. Bijna één op tien personen wordt geconfronteerd met vermijdbare fouten in de zorg.

De tijd van studiewerk en overleg is voorbij. Het is tijd voor actie. De doelstelling is tweevoudig: (1) streven naar 100% preventie, en naar veilige en gepaste zorg. En (2) gaan voor zorg op de juiste plaats en het juiste tijdstip, in de beste vorm en met de meest geschikte zorgverlener.

De zorg moet en kan anders en beter, op maat van de eindgebruiker. Evidence based zorgketens, het

geheel van schakels binnen de zorg gaande van huisarts tot onder meer specialist, bepalen het traject, met steeds meer aandacht voor preventie. Netwerken voorzien naadloze totaalzorg, waarbij alle betrokkenen met elkaar in contact staan en informatie delen. Ziekenhuizen differentiëren zich. We verschuiven zorg naar thuis (geïntegreerde zorgpraktijken) en tussenvormen (zoals thuishospitalisatie). We valoriseren quick wins: ingrijpen op onveilige en ongepaste zorg, de hervorming van spoedgevallen en daghospitalisatie, meer generische geneesmiddelen, e-distributie en de versnelde automatisering van administratie.

We gaan van een versnipperde financiering, die aanzet tot zoveel mogelijk volume en overconsumptie, naar een financiering van het totaalpakket van zorg die de burger kiest, en waarbij er oog is voor kwaliteit via een performantiebonus en/of voor kostenefficiëntie (shared savings). Vaste bedragen bevorderen kwaliteit en efficiëntie. Binnen het geheel van de betalingscriteria van zorgaanbieders (vast, per prestatie, bonus...) mag 'per prestatie' nog maar voor maximum 25% meetellen in de totale vergoedingsbasis (taboe 1), op voorwaarde van het urgent correct zetten van de nomenclatuur.

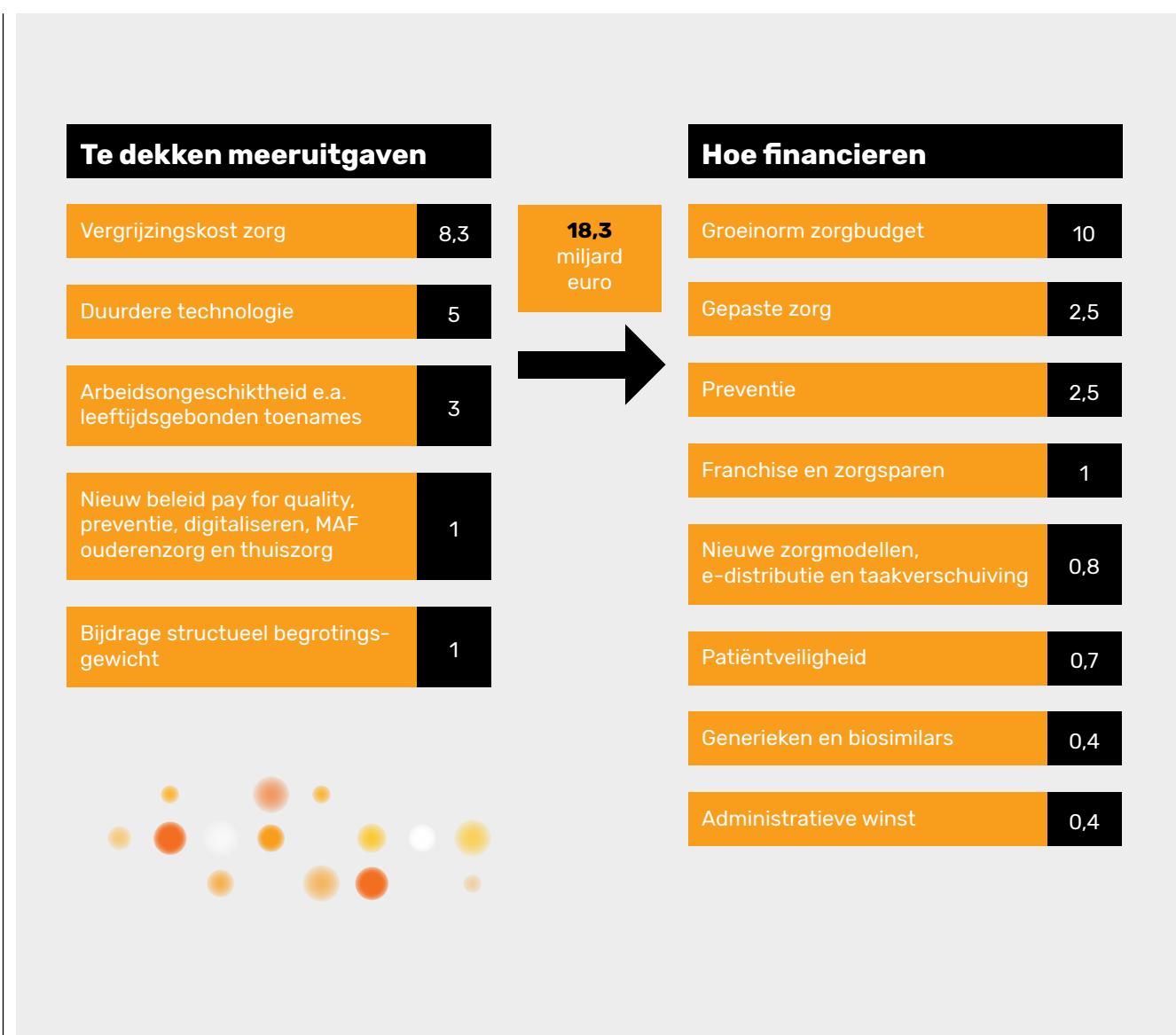
→

WIE?

PIETER VAN HERCK
Senior adviseur welzijns- en gezondheidsbeleid
pieter.vanherck@voka.be

Pieter Van Herck volgt op het Voka-kenniscentrum dossiers op rond welzijns- en gezondheidsbeleid.





Zorgorganisaties en -verstrekkers ontvangen een jaarlijks proactief gesloten budget, gebaseerd op het behoefteprofiel (via vouchers bij welzijn en gezin).

We ontmoedigen vermijdbare zorg door de financiële verantwoordelijkheid te verbreden bij vermijdbare complicaties, vertraging van ontslag uit een ziekenhuis en vermijdbare heropnames.

We hervormen het remgeld door dit te koppelen aan meerwaarde van zorg. De zorgverstrekker wordt financieel mee verantwoordelijk (taboe 2). We schaffen 'deconventionering' (waarbij zorgverstrekkers de mogelijkheid kunnen inroepen zich niet te houden aan de afgesproken officiële zorgtarieven voor de patiënt) af. Zorgprofessionals dienen zich te houden aan de zorgtarieven (taboe 3). Preventie wordt gratis en gestimuleerd via kortingen in versterkte aanvullende verze-

"We kunnen aanzienlijk besparen om de toekomstige noden op te vangen, zonder in te teren op gezondheid."

keringen. We voeren een verplichte zorgfranchise in, gekoppeld aan een verplicht individueel zorgsparen (taboe 4). Hiermee maken we één miljard euro vrij. We verschuiven deze middelen naar een maximumfactuur (MAF) in de ouderenzorg en thuiszorg, preventie, digitalisering van de zorg en de uitbouw en versterking van het principe 'pay for quality' (met een kwaliteitsbonus).

Inleiding

Bij ziekte denken we al snel aan een verkoudheid, griep of een ziekenhuisbezoek, maar deze perceptie begint te keren. Ziek zijn is in de afgelopen twintig jaar verschoven van acute infecties naar langdurige aandoeningen, onder invloed van de zorg, van onze omgeving en van keuzes in levensstijl: hartaandoeningen, beroerte, diabetes, chronische pijn, kanker en depressie. We leven langer, en dus vaak met meer complexe, gecombineerde gezondheidsproblemen.



Elke tien jaar winnen we anderhalf jaar, of anders gezegd: elke week een dag extra. Het aantal 80-plussers zal tegen 2050 verdubbelen. De verschuiving in 'ziektelast' heeft belangrijke implicaties voor hoe we de zorg best organiseren. We dienen langdurige aandoeningen te voorkomen en hun progressie te beheersen, met wijzigingen in levensstijl. De zorg moet beter gecoördineerd worden, met hogere kwaliteit en veiligheid. Dit vereist nieuwe zorgmodellen met een focus op de meerwaarde in termen van levensdoelstellingen (kwaliteit van leven), zorguitkomsten en kostenbeheersing (efficiëntie). We verschuiven van specialistische centra naar de ruime samenleving, de thuisomgeving

80-plus
Het aantal
80-plussers
zal tegen
2050 verdub-
belen.

we de onderliggende disfuncties onaangeraakt laten. Ook bij de aanpak van de meeruitgaven in de zorg moeten we het systeem zelf grondig hervormen en daarover het debat aangaan.

We moeten de verschillende zorgpaden onderscheiden en vaststellen welk traject de beste uitkomsten oplevert op de meest efficiënte wijze. En of de meest recente wetenschappelijke inzichten daarbij wel in rekening worden gebracht (evidence based). We moeten op zoek gaan naar waar en hoe het beter kan.

Als we Vlaanderen en Brussel als absolute wereldtop op de kaart willen zetten in waar voor ons geld van de zorg, dan moeten we durven benoemen waar het mis loopt en die disfuncties daadwerkelijk aanpakken. We moeten expliciteren hoe de zorg er zal uitzien binnen twintig jaar en welke taboes moeten sneuvelen.

In Hoofdstuk 1 beschrijven we het ‘burning platform’ van de zorg – waarom het anders moet. Hoofdstuk 2 bespreekt de disfuncties van het huidige zorgsysteem. Daarna, in hoofdstuk 3, kijken we vooruit, zonder taboes. Over (1) het betalingsmodel van de zorg en (2) met welke prikkels we de burger gaan sturen.

"Bij de aanpak van de meeruitgaven in de zorg moeten we het systeem zelf grondig hervormen."

en de burger zelf. We verschuiven van acute naar langdurige zorg. En we verleggen onze aandacht van subsidies naar financiering van meerwaarde (op het vlak van zorgetkomsten en -kosten).

In deze paper tonen we aan hoe de meeruitgaven in de zorg gefinancierd moeten worden. Systeemhervormingen maken daarbij het verschil. Iedereen meer laten betalen is niet de oplossing. Dezelfde analyse geldt bij arbeidsongeschiktheid, maar valt buiten de scope van deze paper: enkel de rekening doorschuiven is geen oplossing, als

1. Burning platform in de zorg

De zorg is een 'burning platform'. Als we niet veranderen, implodeert het zorgsysteem, ten koste van burgers als zorggebruikers en van iedereen die in de zorg werkt. Die implosie vindt nu reeds langzaam plaats, onzichtbaar onder de waterlijn. We moeten dus dringend ingrijpen.



De gezondheidsuitgaven in België zijn de voorbije tien jaar gestaag gestegen en zijn hoger dan in de meeste EU-landen. In 2015 gaf België 3.568 euro per inwoner uit aan gezondheidszorg, bij een EU-gemiddelde van 2.797 euro.

Vergrijzingskost zorg: -8,3 miljard euro

Het aantal burgers dat zorg nodig heeft, neemt toe. Tegen 2040 zal de vergrijzing de publieke uitgaven voor de zorg doen stijgen met 2,2% van het bbp: 1,3% in acute zorg en 0,9% in langdurige zorg. 1,5% bbp van deze extra uitgave is gesitueerd op federaal niveau, en 0,7% bbp op het niveau van de gemeenschappen¹. Dat is dus 8,3 miljard euro, op voorwaarde dat in ons langere leven het aantal ongezonde levensjaren niet extra toeneemt.

Duurdere technologie: -5 miljard euro

Bovendien wensen we steeds state-of-the-art innovatieve zorg te verlenen. Maar zulke innovatieve technologie verhoogt de zorguitgaven. In het verleden verklaarde dit 50% van de budgetgroei. Als we hetzelfde percentage doortrekken voor de komende 20 jaar op basis van het huidige groeiritme, resulteert dit in een meeruitgave van 5 miljard euro.

2,2%

Tegen 2040 zal de vergrijzing de publieke uitgaven voor de zorg doen stijgen met 2,2% van het bbp.

Arbeidsongeschiktheid e.a. leeftijdsgebonden uitgaven: -3 miljard euro

In de vergrijzingskost voor de zorg heeft men bovendien tot op heden weinig oog gehad voor andere specifieke uitgaven zoals de vergrijzing van personen met een beperking (zie de huidige schaarste op Vlaams niveau) en de leeftijdsgebonden stijging van psychische problemen (geestelijke gezondheidszorg). Ook qua arbeidsongeschikt-

"De totale meeruitgaven omvatten 18,3 miljard euro. Hoe gaan we dat betalen?"

heid heeft de Vergrijzingscommissie nauwelijks een stijging als gevolg van de vergrijzing voorzien, in de veronderstelling dat (1) de re-integratiehervorming en responsabilisering van werkgevers en werknemers de evolutie ombuigen en (2) dat de toename wegdeemstert na een piek in 2025 en terug naar het huidig niveau evolueert in 2040. We dienen de demografische toename over 20 jaar te dragen. Stel dat de huidige toename zich verderzet, komen we op een extra uitgave voor de

sociale zekerheid tussen twee en vier miljard euro. Deze vork is gebaseerd op de minimaal verwachte toename (0,5% bbp) versus de toename zoals we deze in de laatste vijf jaar opmeten.

Transformatietriggers: -1 miljard euro

We zouden het beter moeten doen dan enkel een break-evenberekening tegen 2040. Er zijn

"Een aanzienlijk deel van de zorguitgaven is op zijn best onvoldoende doeltreffend en op zijn slechtst complete verspilling."

immers enkele cruciale transformatietriggers die hogere investeringen vergen dan wat een historisch-demografische projectie voorziet: preventie an sich vergt een bijkomende impuls om de andere West-Europese landen bij te benen.² Daarnaast moeten we ook een extra investeringsboost geven aan de digitalisering van de zorg. Zo niet valt een groot deel van de reductie in waardeverlies via coördinatie, betere samenwerking en netwerking, en administratie in het water.³

Bijdrage structureel begrotingsevenwicht: -1 miljard euro

Ook de zorg zal haar steentje moeten bijdragen tot de evolutie naar een begroting in structureel evenwicht. We kunnen wel wensen dat dit niet zo was, maar in de realiteit is dit onvermijdelijk. We schatten in dat op een tijdspanne van 20 jaar een bijdrage van één miljard euro zowel haalbaar is, als rechtvaardig ten opzichte van de bijdrage vanuit andere beleidsdomeinen.

Groei norm zorgbudget: +10 miljard euro

Als we de groei norm constant houden op 1,5% van het zorgbudget, betekent dit een groei van tien miljard euro aan middelen tegen 2040 om die meerkosten te dekken.

De vraag is dan: waar gaan we de resterende 8,3 miljard euro vandaan halen? En we spreken hier wel degelijk over 'extra' middelen, en dus niet over de middelen die nog nodig zullen zijn voor de invulling van andere maatschappelijke noden. Die extra middelen gaan we bovendien moeten vinden in een periode waarin we structurele begrotingstekorten moeten wegwerken. Hoe gaan we dit opvangen in een land dat reeds aan de wereldtop staat van overheidsbeslag (ruim 50% bbp, en dus geen extra ruimte)?

Gezocht: 8,3 miljard euro

De zorg is een burning platform: als we onze kop in het zand steken, lopen we onvermijdelijk met ons hoofd tegen de muur. We moeten nu ingrijpen om het welzijn en de gezondheid van onze bevolking in de komende decennia te vrijwaren. Zo niet zullen de kwaliteit, de duurzaamheid en de toegankelijkheid van ons zorgsysteem op sluipende wijze ten onder gaan (zie bijvoorbeeld de klassegeneeskunde die sommigen recent terug meer beginnen te praktiseren, en de stijging van supplementen).

Het goede nieuws is dat het anders en beter kan. België behoort tot de middenmoot in kwaliteit en efficiëntie van de zorg.⁴ Bovendien is het niet enkel onze positie ten opzichte van andere landen die ruimte biedt, maar ook de veel ruimere transformatie die alle landen doormaken in de zorg. Een aanzienlijk deel van de zorguitgaven is op zijn best onvoldoende doeltreffend en op zijn slechtst complete verspilling. We kunnen dit waardeverlies aanpakken, en de uitgavenevolatie beheersbaar houden, door (1) niet meer die dingen te doen die onvoldoende meerwaarde opleveren, (2) iets anders in de plaats te stellen wanneer alternatieven bestaan die dezelfde of hogere meerwaarde bieden tegen een lagere kostprijs.

Dat klinkt vanzelfsprekend, maar dat is het niet. Alle betrokkenen hebben een mening over hoe het anders en beter kan in de zorg. Wetenschappelijke evaluaties (health technology assessment) tonen aan welke nieuwe zorginterventies beter zijn dan bestaande, die we dus moeten omruilen. Talrijke gegevens illustreren wat we vandaag teveel doen in de zorg. En toch slagen we er niet in om de middelen en het engagement te mobiliseren om de omslag te maken. Het is immers moeilijker als we gebruikers, zorgaanbieders, mediators en industrie vragen om middelen uit de huidige praktijk weg te halen om beter (en vaak elders) te benutten in de zorg. Toch kunnen we dit, op voorwaarde dat we de drivers van het zorgsysteem anders vorm geven. Eerst staan we stil bij de talrijke illustraties van waardeverlies in ons zorgsysteem, en welke onderliggende disfuncties we onderscheiden.

¹ Hoge Raad van Financiën – Studiecommissie voor de Vergrijzing. Jaarlijks verslag, juli 2017

² Voka Health Community white paper. Community-assisted self management: Van belofte naar realisatie. 2016.

³ VokaPaper. Digitale zorg: uitdagen om te slagen. 2017.

⁴ Waar voor je geld analyse, in VokaPaper Hup Holland Hup! Wat wij kunnen leren van onze noorderburen, December 2017.

2. Waardeverlies als kans voor transformatie

In ons zorgsysteem gaan we niet altijd even efficiënt te werk, en daardoor geven we meer geld uit dan nodig. Als we die gebreken en inefficiënties rechtzetten, dan kan dat dienen als een hefboom voor de transformatie van de zorg: inzetten op gepaste zorg en preventie, op betere zorgmodellen, op goedkopere maar even goede alternatieven. Kortom, we moeten ‘meer’ doen met minder.

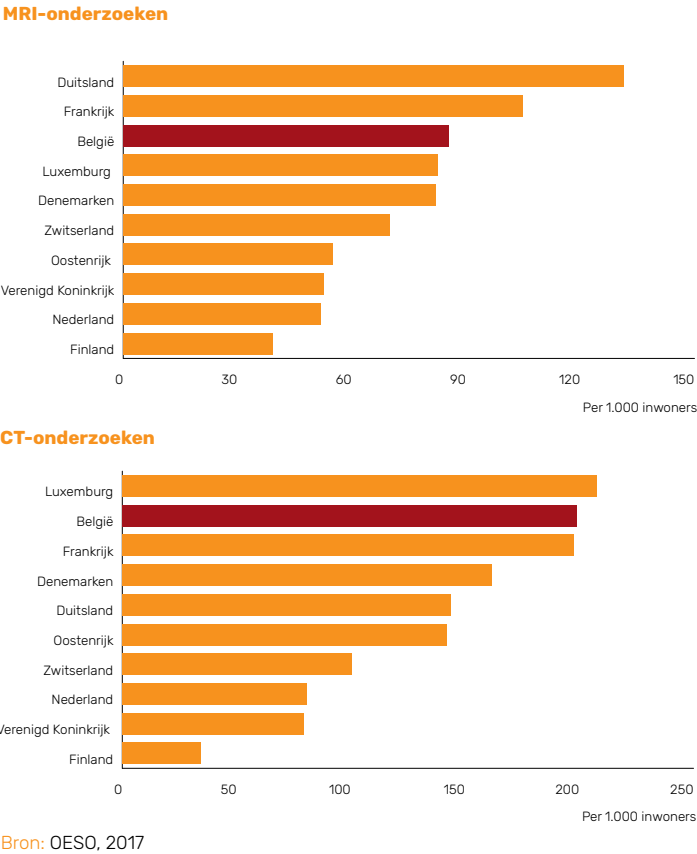


Door inefficiënties in de zorg, verliezen we waarde. Hierna sommen we enkele oplossingen op die leiden tot minder waardeverlies.

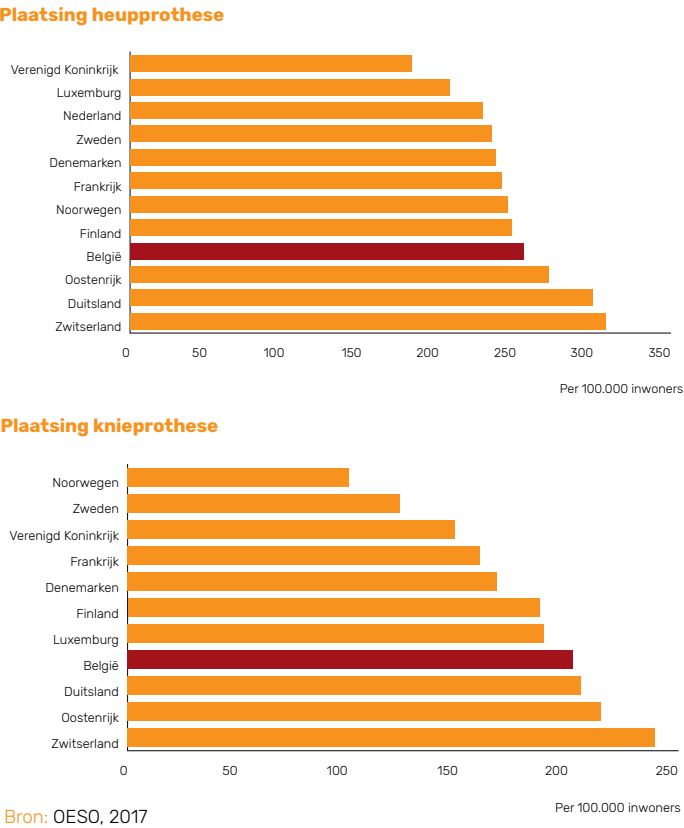
Meer gepaste zorg: +2,5 miljard euro
Heel wat burgers ontvangen zorg met onvolgende meerwaarde. Het betreft zorg waarvan de meerwaarde niet bewezen is, verstrekingen waarvan de nadelen de voordelen overtreffen, of handelingen waarbij de voordelen niet in verhouding staan tot de kosten (kosteneffectiviteit, met al dan niet beschikbare alternatieven). Globaliter spreken we over ‘ongepaste zorg’. We beperken ons daarbij tot curatieve zorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg, wegens gebrek aan transparantie bij welzijn, gehandicaptenzorg en thuiszorg.

Ongepaste zorg doet zich voor doorheen alle segmenten van de zorgketen, en ons land blijkt er bijzonder gevoelig aan te zijn. Een eerste vorm is overmatig medisch onderzoek, bijvoorbeeld met medische beeldvorming, die op zijn beurt kan leiden tot overdiagnose en die soms tegelijk vermijdbare schade berokkent (RX-bestraling). Al gedurende vele jaren is er sprake van 30% teveel CT-scans, en nu ook 20 tot 30% teveel NMR-scans (als beter alternatief van de CT-scan). Er is altijd veel sprake geweest van plannen om dit aan te pakken, maar de effecten zijn niet zichtbaar in de output. Integendeel, ons land boert doorheen de jaren steeds slechter dan andere landen.

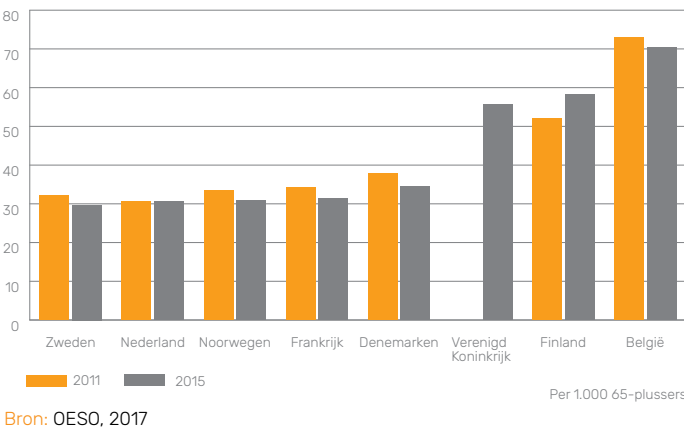
Figuur 2. Hoog volume medische beeldvorming in vergelijking met andere West-Europese landen



Figuur 3. Hoog volume knie- en heupprothesen in vergelijking met andere West-Europese landen



Figuur 4. Hoog volume antipsychotica-voorschriften bij 65-plussers in vergelijking met andere West-Europese landen



Het gaat niet enkel over het stellen van diagnoses, maar ook over behandeling, zoals ongepast gebruik van chirurgische ingrepen: operatie prostaatkanker, heup- of knieprothese, ... Of over behandelingen die nog uitgevoerd worden wanneer dit eigenlijk niet meer hoeft (ook wel eens benoemd als ‘therapeutische hardnekkigheid’). Voor zover we dit kunnen detecteren, doet dit laatste zich voor bij een derde van de patiënten tijdens de laatste weken van hun leven. We zijn ook een van de weinige landen waar de helft van de mensen sterft in een ziekenhuis.

Een andere categorie, waarvoor ons land opnieuw bijzonder gevoelig is aan ongepast gebruik, is het onterecht of te lang voorschrijven van geneesmiddelen. Het gaat niet enkel over de veel te hoge cijfers van het gebruik van kalmeermiddelen, antidepressiva en antipsychotica bij ouderen. Het gaat over het veel te wijdverbreide gebruik van dit soort geneesmiddelen tout court in onze bevolking (zeker wat betreft kalmeermiddelen). En daarnaast blijven we een van de koplopers in ongepast antibioticagebruik (op twee na de hoogste in de EU. Driemaal zoveel gebruik als in Nederland).

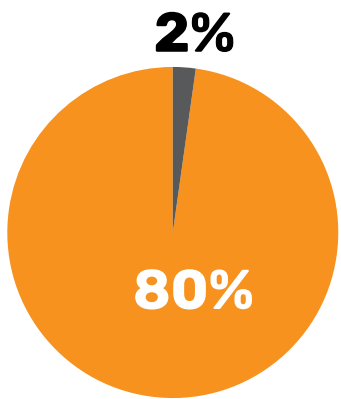
Ongepaste zorg wordt internationaal gekoppeld aan 20 tot 30% van de zorgmiddelen. Stel dat het bij ons slechts 10% zou zijn, dan impliceert dit een vermijdbare federale uitgave van 2,5 miljard euro.

Meer en betere preventie: +2,5 miljard euro
Naast het vermijden van onveilige en ongepaste zorg, bestaat er uiteraard ook (gedeeltelijk) de optie om de zorgbehoefte te voorkomen (via gezondheidspromotie en preventie). Immers, 28% van de totale ziektebelasting in België is momenteel grotendeels het gevolg van een ongezonde levenswijze (roken, alcoholgebruik, voedingsrisico's en te weinig lichaamsbeweging). Ongezonde levensstijl vermijden is niet enkel cruciaal om gezond te blijven, maar ook om leeftijdsgerelateerde (langdurige) problemen tot een minimum te beperken en achteruitgang te voorkomen (hart-aandoeningen, diabetes, ...).

Vandaag mogen Belgische mannen van 65 jaar verwachten dat ze ongeveer 60% van hun resterende levensjaren in goede gezondheid kunnen doorbrengen. Voor vrouwen is dat slechts 50%. De vraag of we dit percentage bij mannen en vrouwen opwaarts kunnen stuwten, of integendeel zonder impact achteruit moeten laten boeren, heeft een cruciale impact op de hoogte van de vergrijzingskost in de zorg (het burning platform). Tot op heden stijgt de gezonde levensverwachting niet in dezelfde mate als de gehele

levensverwachting. De kentering van het percentage zal dus niet vanzelf plaatsvinden. Wat wel hoopvol stemt is het feit dat er nog een enorme ruimte is om het element 'preventie' binnen de zorg meer naar voren te duwen: voor de 80% aan ziekten die gerelateerd zijn aan levensstijl, spenderen we slechts 2% van het zorgbudget aan preventie.

Figuur 5. We besteden 2% van het zorgbudget aan preventie, terwijl de preventiegevoelige ziekten 80% van de zorguitgaven omvatten



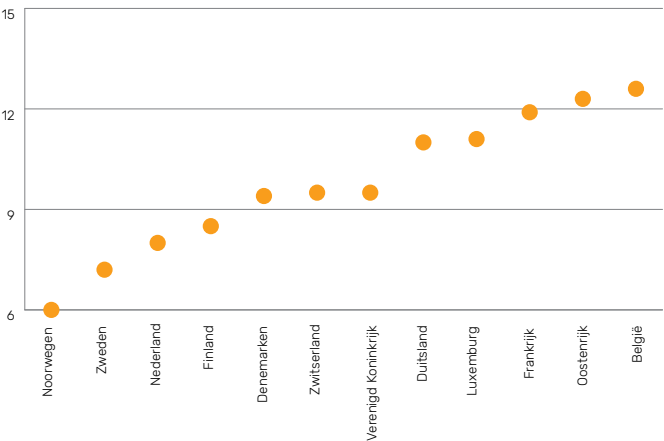
Bron: EU, 2017

We roken 'gemiddeld' t.o.v. de EU (20%), maar zijn zeker geen best practice (bv. 12% in Zweden). Een groot probleem is het buitensporig alcoholgebruik in ons land. Drie op tien volwassen Belgen drinken te veel alcohol (!). Elders daalt dit cijfer. Bij ons neemt het verder toe, met elk jaar meer dan 1.400 personen overleden door aan alcohol gerelateerde ziekten. Eén op vijf Belgen is zwaarlijvig en de lichaamsbeweging bij de jeugd is ondermaats. Als we ons vergelijken met evidence based targets wordt de ruimte voor verbetering nog duidelijker. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de vaccinatiegraad tegen griep bij ouderen. Deze is de afgelopen jaren gezakt van 64 naar 58%, in plaats van te stijgen naar 75%.

Via preventie raken we aan een potentieel van minstens 26% van de totale zorguitgaven, indien we de levensstijl kunnen verbeteren (12% overgewicht, 8% roken, alcoholmisbruik en andere verslavingen, 6% depressie). Dit is gedragsmatig een moeilijke opgave en preventie zal tegelijk ook de vergrijzingskost doen toenemen als gevolg van langer leven. Toch stellen we ook 10% reductie van de totale zorguitgaven voorop tegen 2040 via preventie: 2,5 miljard euro minder

Figuur 6. Hoge alcoholconsumptie in vergelijking met andere West-Europese landen

Liters per capita (15 jaar en ouder)



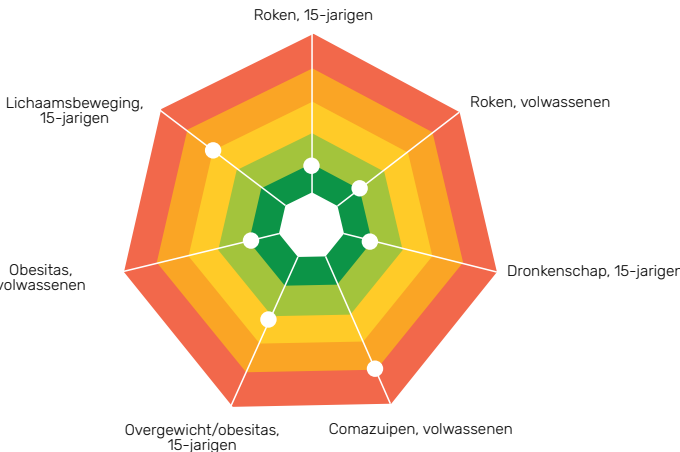
Bron: OESO, 2017

waardeverlies. Dat komt overeen met één derde reductie van de uitgaven die samenhangen met een ongezonde levensstijl. Dit is haalbaar. De aanvullende positieve effecten op arbeidsongeschiktheid werden hierin nog niet verrekend.

Veiligere zorg: +0,7 miljard euro

We starten met de vraag welke dingen we in de zorg doen die we best zouden vermijden.

Figuur 7. Positie van België t.o.v. andere Europese landen in (on)gezonde levensstijl



Bron: EU, 2017

"Bijna een op tien zorggebruikers wordt nu geconfronteerd met vermijdbare fouten in de zorg."

Een eerste element is dat de zorg zelf geen vermijdbare schade zou mogen berokkenen. Bijna een op tien zorggebruikers wordt nu geconfronteerd met vermijdbare fouten in de zorg. Een voorbeeld is postoperatieve bloedvergiftiging, waarvoor ons land niet goed scoort. Bij de ene zorgaanbieder (ziekenhuis ea) komen zulke fouten tot 10 keer meer voor dan bij de andere. Dat is onverklaarbaar.

Meer dan 10% van het budget acute zorg gaat naar de correcties van zulke fouten (complicaties behandelen, heropnames, ...), zo blijkt uit internationale schattingen. In ons land komt dat overeen met jaarlijks ruim 700 miljoen euro die we beter kunnen benutten om onder meer de vergrijzingskost op te vangen.

België heeft al ruim ingezet op patiëntveiligheid, maar het ontbreekt vaak nog aan effectieve remediëring na vaststellingen van risico's, omdat daarvoor in het systeem weinig of geen prikkel bestaat (eerder het omgekeerde). Daarnaast lokken de versnippering en het gebrek aan afstemming doorheen de zorgketen aanzienlijk veel fouten uit. Opmerkelijk is dat we voor welzijn en langdurige zorg (huisarts, thuiszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, sociale ondersteuning, ...) heel wat minder gegevens hebben over negatieve effecten van vermijdbare fouten. Er is dus sprake van een onderschatting van de globale ruimte voor verbetering.

Nieuwe zorgmodellen, e-distributie en taakverschuiving: +0,8 miljard euro

Naast het wegwerken van waardeverlies als gevolg van zorginhoudelijke beslissingen (via veilige, gepaste zorg en preventie), moeten we ook betere zorgmodellen en/of goedkopere alternatieven benutten, die dezelfde of hogere meerwaarde bieden tegen een lagere kost.

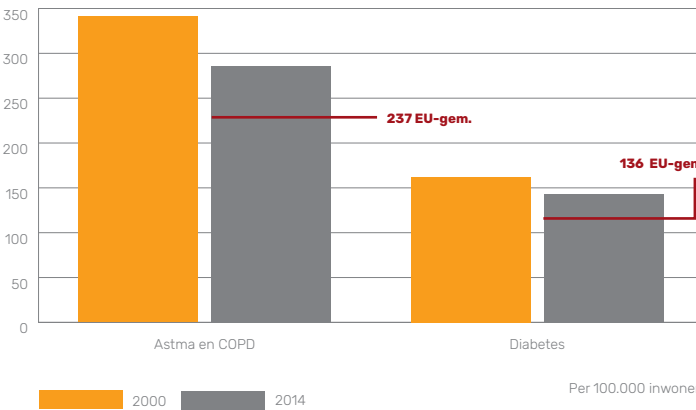
Dit impliceert dus de inzet van minder middelen (mensen, technologie, infrastructuur) voor eenzelfde of beter resultaat. We verschuiven zorg, en de achterliggende processen, naar de juiste plaats, de juiste vorm en het juiste tijdstip.

Van verblijfsopnames naar de thuisomgeving

We verschuiven van de zorg in ziekenhuizen en andere opnamevormen naar minder dure zorg in de thuisomgeving en eventuele tussenvormen (met uitzondering van zware profielen die meer zorguitgaven kennen in een thuisomgeving).

Naadloze, goed gecoördineerde en performante totaalzorg moet de norm worden doorheen preventie, welzijn, gezin en curatie. De verschuiving van zorg naar de thuisomgeving en eventuele tussenvormen is in de eerste plaats preventief van aard. We kunnen immers spoedgevallen, opnames en heropnames gedeeltelijk voorkomen, vooral wat betreft langdurige aandoeningen. Dit veronderstelt een goed uitgebouwde, vroeg remediërende zorg in de thuisomgeving die dus ziekenhuiszorg vervangt, met minder waardeverlies. Momenteel zijn we hier niet goed in. Opnames voor astma en diabetes bijvoorbeeld blijven hoger dan het EU-gemiddelde.

Figuur 8. Vermijdbare ziekenhuisopnames voor chronische aandoeningen zijn gedaald in België, maar blijven hoger dan het EU-gemiddelde



Bron: OESO, 2017

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat 56% van de bezoeken aan spoedgevallen in België een vorm van ongepaste zorg betreft. In de meeste andere landen is dit ongepast gebruik de helft of meer lager dan in België. Het probleem situeert zich vooral bij de spoedcontacten zonder ziekenhuisopname. Hun aantal ligt dubbel zo hoog als in best-practicelands.¹ We hebben twee tot drie keer meer spoedafdelingen, en het slechtst functionerend alternatief van huisartswachtposten. Dit verklaart mee het aanzuigefect van (ongepaste) spoedcontacten.

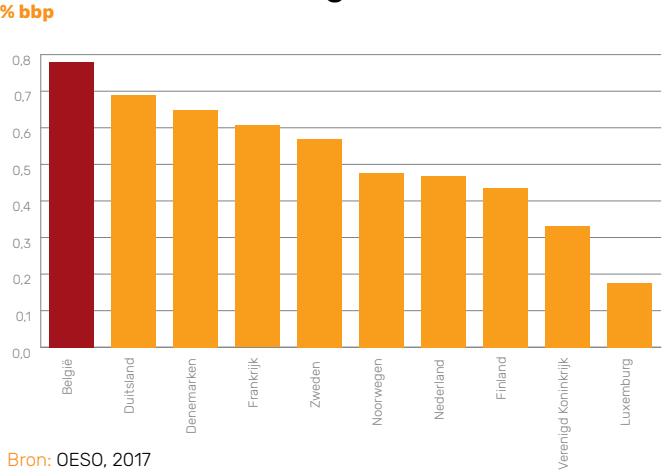
Niet enkel de toegang, maar ook de overgang tussen ziekenhuis en de thuisomgeving dient beter gecoördineerd te worden, met onder meer de uitbouw van tussenvormen zoals thuishospitalisatie en meer geïntegreerde zorgpraktijken (in een samenwerking van huisarts, verpleegkundige, kine, psycholoog, ...). Dit verbetert de kwaliteit en leidt tot efficiëntiewinst, zo blijkt uit studies. België is met zijn hoge aantal solopraktijken een uitzondering in West-Europa.

Wat betreft ziekenhuizen zijn we erin geslaagd de verblijfsduur in te korten en daghospitalisatie in te voeren. Beide kunnen nog beter, zo blijkt uit de vergelijking met internationale best practices. Zo zou galblaasverwijdering al voor de helft op dagchirurgie moeten zitten, maar we halen slechts 5%.² Bovendien nemen we meer mensen op in ziekenhuizen (15% boven het EU-gemiddelde) en stijgt het aantal opnames verder. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft projecties gemaakt over de komende evolutie, met een verouderingsscenario richting 2030: verblijven zullen verder inkorten, maar als gevolg van de vergrijzing is er een toenemende nood aan zorg. De effectief gesubsidieerde capaciteit vandaag (in het jargon ‘verantwoorde bedden’)

Figuur 9. België is één van de laatste West-Europese landen met een dominant solopraktijkmodel



Figuur 10. België is in West-Europa koploper in zorginfrastructuur en zware medische investeringen



volstaat reeds om die behoefte op te vangen. Ook binnen het ziekenhuis verschuift het zwaartepunt naar meer langdurige zorg. Dagopnames nemen verder met ruim één derde toe.³

Van identiek naar gedifferentieerd ziekenhuisaanbod

We verschuiven zorg tussen ziekenhuizen onderling, naargelang hun focus en expertise (omwille van concentratie, specialisatie en schaafeffect).

In tegenstelling tot wat er op internationaal niveau gebeurt, fungeren de Belgische ziekenhuizen nog steeds als op zichzelf staande organisaties die het volledige gamma van diensten aanbieden, waaronder de zeer gespecialiseerde en complexe zorg. Nagenoeg alle algemene ziekenhuizen trachten vandaag alle types van zorg aan te bieden, met overal de nieuwste technologische innovaties. Hierdoor zijn deze technologieën en apparatuur wijdverspreid, zelfs al wordt hun gebruik niet altijd wetenschappelijk ondersteund. Alle ziekenhuizen investeren in (zeer) gespecialiseerde diensten, waardoor regionale ziekenhuizen evolueren naar gespecialiseerde ziekenhuizen, en deze laatste actief concurreren met de universitaire ziekenhuizen.

Er is nood aan een verschuiving en bundeling van expertise en capaciteit tussen ziekenhuizen. Het instituut ziekenhuis zoals we dit nu kennen, zal verdwijnen. Laagcomplexe specialistische zorg organiseren we in de toekomst dicht bij huis in lokale zorgcentra (snel en laagdrempelig, minder groot en duur). Hoogcomplexe zorg wordt geleverd in een beperkt



aantal moderne en efficiënte interventiecentra. Vooral evidence based minimale volumes om goede zorg te kunnen verlenen dienen beter gerespecteerd te worden.

Laagcomplexe geplande ingrepen verhuizen naar gespecialiseerde klinieken, die door hun ervaring uitblinken in kwaliteit, service en efficiëntie. Vanuit een ‘stand alone’-organisatie kan men zich ook meer toespitsen op specifieke niches. Zo raadt het KCE bijvoorbeeld meer zelfstandige behandelcentra aan in daghospitalisatie om efficiëntiewinsten te realiseren. In de ouderenzorg is de verschuiving richting

‘vermaatschappelijking’ – waarbij kwetsbare ouderen met al hun potenties en kwetsbaarheden toch een zinvolle plek in de samenleving kunnen opnemen – reeds eerder ingezet en intussen grotendeels gerealiseerd. Enkel restgroepen van lichte en zware zorgprofielen dienen nog te verschuiven: de lichte zorgprofielen richting thuisomgeving, de zwaardere richting woonzorgcentra. De vergrijzing leidt tot een groei in beide segmenten: thuis en in woonzorgcentra. In de psychiatrie is er een gelijkaardige heroriëntatie van de zorg, maar het proces loopt daar al jarenlang te traag. In segmenten zoals de gehandicaptenzorg krijgt de



shift een duw in de rug dankzij rugzakfinanciering (de persoon met een beperking beslist zelf aan wat hij of zij publieke middelen besteedt).

Van gebetonneerde, hiërarchische taakverdeling naar flexibele, horizontale verantwoordelijkheden

We kunnen en moeten op het vlak van de inzet, verantwoordelijkheden en taken van zorgprofessionals evolueren in de richting van meer subsidiariteit. Dat wil zeggen: we moeten de zorg op het laagst mogelijke niveau organiseren, zonder de kwaliteit van de dienstverlening aan te tasten. In ons land is dit beperkt gebleven tot het feit dat verpleegkundigen sinds kort ook een griepinjectie mogen plaatsen. De overige plannen zitten nog in de kast. Het potentieel van deze werf is groot, maar moeilijk becijferbaar. Ook het KCE en de OESO roepen op om taakverschuivingen te realiseren, ten voordele van kwaliteit en efficiëntie. Het goede nieuws is dat we met de sterk toenemende personeelskrapte in de zorg niet anders kunnen dan zulke verschuivingen tot stand te brengen.

Van apotheek-distributie naar e-distributie

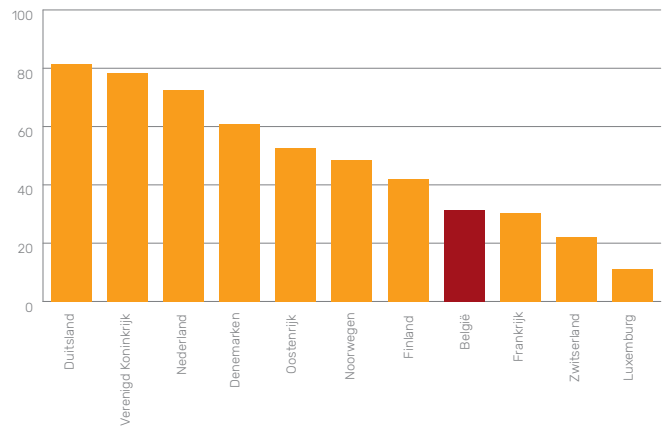
In de distributie kent ons land per capita het hoogste aantal apothekers ter wereld, na Japan. Dit vertaalt zich in het derde hoogste aantal apotheken. Gezien het overgebruik van geneesmiddelen, eigen aan onze bevolking, is dit geen goede zaak. Ook hier zet zich een consolidatiegolf in, mee aangedreven vanuit netwerkapotheken (bv. Medi-Market) en e-commerce van geneesmiddelen en andere zorgproducten. Voorlopig kan de hoogte van de efficiëntiewinst moeilijk worden ingeschat.

Naar goedkopere geneesmiddelen (generieke en biosimilars)⁴: +0,4 miljard euro

Naast nieuwe zorgmodellen en de bijhorende verschuivingen, is er de operationele opportuniteit die zich voordoet bij geneesmiddelen en hun distributie. Zoals bijgaande grafieken aantonen, is er nog een grote verschuiving mogelijk naar meer gebruik van generische

Figuur 11. Laag volume generische geneesmiddelen in vergelijking met andere West-Europese landen

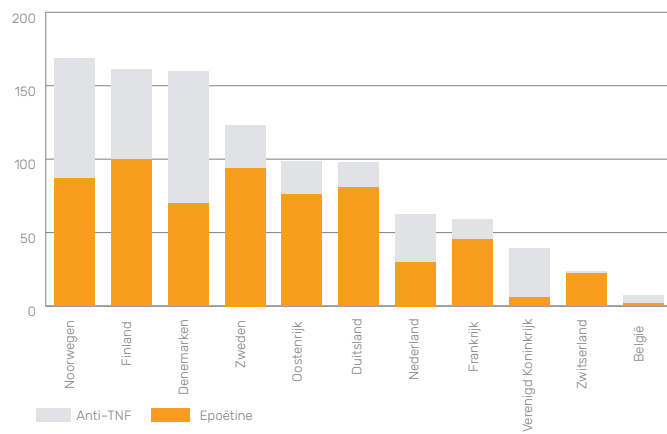
% marktaandeel in volume



Bron: OESO, 2017

Figuur 12. Laag volume biosimilar geneesmiddelen in vergelijking met andere West-Europese landen

% marktaandeel in volume

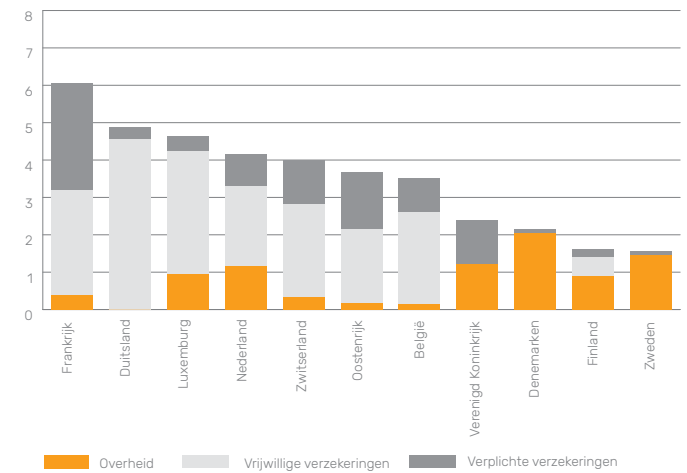


Bron: OESO, 2017



Figuur 13. Ruimte voor verbetering in uitgaven zorgadministratie in vergelijking met andere West-Europese landen

% zorguitgaven



Bron: OESO, 2017

geneesmiddelen en biosimilars. Ook dit leidt tot minder vermijdbaar waardeverlies, wat binnen het burning platform ruimte schept om de innovatienoden elders te betalen. We moeten in de totale geneesmiddelenwaarde verschuiven van 15% naar 25% generiek, het internationale gemiddelde. Zo maken we 400 miljoen euro vrij.

Naar automatische, digitale administratie: +0,4 miljard euro

Een duidelijke quick win in de reductie van waardeverlies is de automatisering en digitalisering van alle zorgadministratie en de achterliggende geldstromen. Heel wat bestaande administratie voegt geen waarde toe, wordt onnodig herhaald of benut niet de meest efficiënte stromen en medium. Het internationale gemiddelde, waarbij administratieve uitgaven 3% van de totale zorguitgaven betekenen, is geen goede referentie. Dit cijfer is immers het gemiddelde van worst practices (VS 8%, Frankrijk 6%) en best practice (IJsland 1,2%). België zou minstens moeten kunnen evolueren van 3,5% naar 2%. Dit levert een reductie in waardeverlies op van 0,4 miljard euro.

Conclusie

Het totale potentieel dat bovenstaande ingrepen kunnen opbrengen is 18,3 miljard euro, op voorwaarde dat we bijkomend de extra investeringsbuffer van 1 miljard euro kunnen vrijmaken. We halen die middelen vanuit de hervorming van de sociale zekerheid (zie Hoofdstuk 3). We verschuiven 8,3 miljard euro vanuit efficiëntiewinsten gekoppeld aan een betere kwaliteit. De rekening klopt indien we de zorg transformeren.

Dat is gemakkelijk gezegd, maar niet zo gemakkelijk gedaan. De drivers in het huidige systeem staan immers haaks op de gewenste winsten in waarde, efficiëntie en verschuivingen via zorgondernemerschap. De sleutel tot succes is dus het juist zetten van deze drivers.

¹ KCE, Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. KCE reports 263As. 2016
² KCE. Hoe kan dagchirurgie in België verder worden uitgebreid? KCE report 282As. 2017.
³ KCE. Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit. KCE report 289As. 2017.
⁴ Een geneesmiddel waarvan het patent is verlopen, kan zonder merknaam op de markt worden gebracht. In dat geval spreekt men van 'generiek'. Het geneesmiddel komt dan onder de generieke naam (de stofnaam) op het schap. Een biosimilar is een geneesmiddel dat gelijkwaardig is met een bestaand biologisch geneesmiddel (het 'referentiegeneesmiddel').

3. Drivers voor een beter zorgsysteem

De drivers naar een ander en beter zorgsysteem zijn bij elk van de besproken opportuniteiten dezelfde. Het gaat over het gedrag van de verstrekker (aanbod) enerzijds en dat van de gebruiker (vraag) anderzijds. Het gaat over weerstand en blokkering versus acceptatie en enthousiasme. In essentie gaat het over ondernemerschap, waarbij we de visie en strategie beter moeten afstemmen op meerwaarde in de zorg. Op twee punten loopt het mis: (1) de financiële prikkel bij de aanbieders, die vervat zit in het betalingsmodel van de zorg en (2) de financiële prikkel bij de burger.

Als de marge voor verbetering in de zorg zo duidelijk is, waarom vullen we die dan niet gewoon in? Zeker als we voor sommige zaken al jarenlang weten dat het zo niet langer kan.

Betalingsmodel: waarde creëren i.p.v. vernietigen

Concreet: waarom werken we niet meer samen om patiëntveiligheid te bevorderen, waarom streven we niet naar minder onderzoeken en overdiagnose, naar minder snel en voortvarend chirurgische ingrepen, naar minder voorschrijven van geneesmiddelen met een duidelijke overconsumptie, en waarom zetten we niet meer in op preventie?

Dezelfde vraag stelt zich bij het operationele zorgluik: als we mensen met langdurige aandoeningen meer uit het ziekenhuis kunnen houden, als we kunnen gaan voor minder spoedgevallen door meer thuiszorg (met interdisciplinaire teams gekoppeld aan geïntegreerde zorgpraktijken en meer daghospitalisatie), als we de ziekenhuiszorg beter kunnen organiseren op basis van een langetermijnvisie en als we kunnen komen tot een betere en meer efficiënte taakverdeling tussen zorgverstrekkers, waarom doen we dat dan niet?

Huidig versus gewenst betalingsmodel

Het antwoord is dat de zorgverstrekker of -ondernemer die al deze doelstellingen vandaag zou opnemen, financieel serieus in eigen vel zou snijden. In de curatieve zorg stimuleert het betalingsmodel immers de maximalisatie van omzet en volume. Voor elk deeltje dat je doet, volgen er extra middelen (dus voor elk onderzoek, ingreep, voorschrift, spoedcontact, ziekenhuisopname, heropname, complicatie, ...). Elk contact met de burger is een bron van inkomsten. Stel dat je minder contacten realiseert, of door samenwerking die contacten naar elders verschuift, dan verlies je inkomsten. Een ziekenhuisdirecteur die zijn zorgorganisatie werkelijk optimaal vorm zou geven, wordt hiervoor gepenaliseerd. De financiële cijfers gaan immers achteruit. Een arts die veel tijd neemt voor preventie, meer tijd per patiënt en veel tijd voor kwaliteit, veiligheid en onderlinge samen-



“De meeste zorgberoepen en intermediairen zitten gevangen in het betaling-per-prestatie-model.”

werking, verliest voor elk van deze elementen telkens een deel van zijn inkomen.

Het huidige betalingsmodel stimuleert zorgaanbieders om de eigen opbrengsten te maximaliseren. Het werkt samenwerking tegen door schotten tussen de geldstromen te bouwen, en er ontbreekt een stimulans om zorg meer op de juiste plaats te leveren en zo nodig uit de eigen organisatie weg te halen.

De kost van het voortdurend in stand houden van waardeverlies doorheen de zorgketen wordt niet door de verantwoordelijke verstrekker of ondernemer gedragen, maar door de samenleving, via de overheid, de sociale zekerheid en de verzekeraars. We vernietigen dus voortdurend waarde. We weten dit, maar we zitten gevangen in deze spiraal als gevolg van een eenzijdig volumegebaseerd betalingsmodel.

Waarom zou een ziekenfonds zijn administratie verbeteren in het ‘oude’ zorgmodel? Waarom zou een apotheker niet volop inzetten op verkoop i.p.v. op expertise en begeleiding (bv. voor de reductie van overconsumptie)? De meeste zorgberoepen (thuisverpleging, kine, psychologen, ...) en intermediairen zitten gevangen in het betaling-per-prestatie-model.



"Een ziekenhuisdirecteur die vandaag zijn zorgorganisatie optimaal vorm zou geven, wordt hiervoor gepenaliseerd."

Dezelfde scheeftrekking doet zich ook voor in de psychiatrische ziekenhuizen.

Kunnen we hier iets aan doen? Jazeker. We moeten het betalingsmodel van de zorg transformeren en de prikkel in lijn brengen met de creatie van meerwaarde: kwaliteit en positieve zorguitkomsten per uitgegeven euro. Daarnaast moet het betalingsmodel ook samenwerking stimuleren. Geen vrijblijvende

samenwerking, maar wel partnerschappen en netwerken die de verantwoordelijkheid en de vergoeding voor de uitkomsten van de totaalzorg (financieel) delen. Een vergoeding per prestatie kan behouden blijven als productiviteitsprikkel in de zorg, maar dan wel in beperkte mate. Wij stellen voor: maximum 25% van de totale vergoedingsbasis per zorgverstrekker.

Een mogelijke oplossing voor de zorg is niet nieuw: net zoals in andere sectoren verschuiven we van een betaling per stuk of per aankoop naar een permanent dienstverleningspakket. We betalen zorgverstrekkers en -ondernemers best op basis van een abonnementsformule, en dan liefst nog een 'all-in'-abonnementsformule op basis van een gebundeld, vast totaalbudget per zorgvrager. Dit laatste is van groot belang omdat zonder een 'all-in' die al de aaneensluitende schakels van de zorgketen omvat, het risico ontstaat dat burgers met hoge en moeilijk in te vullen zorgnoden worden doorgeschoven van de ene naar de andere aanbieder. Daarnaast moeten we aanbieders financieel belonen voor kwaliteit in plaats van ze ervoor te bestraffen (pay for quality).

Leren uit positieve ervaring

Welzijnsvoorzieningen, zoals rusthuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg, hebben vandaag vaak een streepje voor in de evolutie naar dat nieuwe betalingsmodel van de zorg, omdat ze al met afgebakende 'enveloppes' en 'forfaits' werken. Bij welzijn werd het totaalbudget voor de eerste maal rechtstreeks in de handen van de eindgebruiker zelf gelegd (de persoonsvolgende financiering in de gehandicaptenzorg). Ook bij thuiszorg, ouderenzorg, kinderopvang, sociaal werk, zorgkassen en ziekenfondsen moeten we zulke vraagsturing stap voor stap invoeren, op basis van vouchers. Bij langdurige aandoeningen moeten we dit onderzoeken voor de curatieve component (zorgverstrekkers en voorzieningen). We verwijzen naar het Voka-boek 'Transformeren om te overleven in de zorg' voor de verdere bespreking van een 'rugzakfinanciering' die de eindgebruiker financieel mee aan het roer plaatst.

We weten dat vaste bedragen de gewenste effecten hebben in termen van kwaliteit en efficiëntie. Behalve in de welzijnssectoren is er ook eerder positieve ervaring met forfaits en bundels in de curatieve sector: forfaits voor klinische biologie en medische beeldvorming, gebundelde 'conventie'-vergoedingen voor specifieke doelgroepen, een forfait gekoppeld aan het globaal medisch dossier, ... Maar vaak wegen die onderdelen niet op tegen de betaling per prestatie.



Deze hervorming geldt dus zeker ook voor de honoraria van het artsenkorps. Hier is de grootste achterstand in de hervorming weg te werken.

"Er is nog veel achterstand in de hervorming van de artsenhonoraria naar meer forfaits."

Vermijdbaar waardeverlies moet financieel actief ontmoedigd worden door de grenzen van de financiële verantwoordelijkheid te verbreden. Indien een patiënt wordt opgenomen als gevolg van vermijdbare complicaties, is het logisch dat het team in de thuisomgeving hiervoor deels verantwoordelijk wordt gesteld. Net zoals een vertraging van ontslag uit een ziekenhuis omwille van sociale redenen deels kan gelegd worden bij sociaal beleid en de ondersteuning. En dat geldt ook voor een ziekenhuis dat zelf medeverantwoordelijk is voor complicaties en heropnames die rechtstreeks gelieerd zijn aan het vorige ziekenhuisverblijf. We moeten, net zoals in de Scandinavische landen, financiële sancties durven instellen om waardeverlies in te perken. Naast 'shared savings' die reductie van waardeverlies belonen, bestaan er ook 'shared risks'.

Stap voor stap naar een nieuw betalingsmodel

Wat wil dit nu concreet zeggen in de opbouw van het nieuwe betalingsmodel? Eerst en vooral zijn er quick wins, die ook het KCE aanbeveelt: we zorgen voor één coherent en transparant financieringssysteem van dag-hospitalisatie dat het gebruik ervan aanmoedigt, zowel bij het ziekenhuis als bij de zorgverstrekker. Daarnaast integreren we spoedgevallenzorg en huisartswachtposten, in functie van de urgentiegraad.

De federale regering wenst halfweg 2018 de vaste financiering voor laagvariabele zorg (standaardbehandelingen met lage complexiteit bij laagrisicopatiënten, zoals het wegnemen van amandelen) in de ziekenhuizen op te starten voor wat betreft de medische honoraria. Daarna breiden we dit uit met alle relevante componenten: ziekenhuisbudget, geneesmiddelen, ... zodat we één totaalpakket bekomen binnen de voorziening. Daarna maken we het verhaal compleet via de integratie van het voor- en het natraject in de thuisomgeving (huisarts e.a.). Gezien de onderliggende betaling volgens meerwaarde, zullen positieve partnerschappen beloond worden.



De afbakening 'laagvariabel' krijgt ook oog voor de segmenten waar nog een opmerkelijke variabiliteit bestaat tussen de ziekenhuizen in termen van zorgprocessen, kwaliteit en efficiëntie. Dat laat ons toe om meer gericht in te zetten op de ruimte voor verbetering.

Daarnaast dienen we voor de 'all-in'-berekening de behoefte van de zorggebruiker zelf centraal te stellen, met afbakening van doelgroepen. Dit is niets nieuws in onze zorg (bv. DRG-inschaling bij ziekenhuizen, de behoeftenscreener Bel-Rai voor langdurige zorg), en het wordt op dit moment reeds verfijnd en uitgebreid. Zowel de onderliggende zorgkost als de noodzakelijke schakelmomenten doorheen de zorgketen worden gekoppeld aan een indeling in doelgroepen. De reële en standaard zorgkosten capteren we via regelmatige steekproeven van zorgkosten, zoals in best practice landen. Deze oefening passen we toe zowel op individuele zorgverstrekkers (zorgberoepen), als op de diverse types van zorgvoorzieningen.

TABOE 1

We behouden maximaal 25% betaling per prestatie per zorgverstrekker, op voorwaarde dat de nomenclatuur correct is gezet.

Een beter instrument voor zorgondernemerschap

Tegelijk trachten we het betalingsmodel zoveel mogelijk te vereenvoudigen en te koppelen aan de directe zorg voor het doelpubliek. Dat wil zeggen dat vaste en semi-vaste kosten (administratie, hotelkosten, infrastructuur...) allemaal zoveel mogelijk toegewezen worden aan de zorgketen van elke zorgvrager. Op die manier eindigen we met één globaal budget per doelgroep, direct gekoppeld aan elke gebruiker die een beroep doet op het aanbod. Hiermee kunnen we de huidige versnippering en administratie in de bestaande financieringssystemen ombuigen naar één eenvoudig model.

Het wordt bovendien een 'proactief' budget: zodra iemands behoefteprofiel bepaald is, ken je als zorgondernemer direct het budget dat voor de komende periode ter beschikking staat. Vandaag heb je vaak slechts met enkele jaren vertraging zicht op het financieel plaatje, bijvoorbeeld bij de ziekenhuizen.

Naast de globale budgetten ontwikkelen we het variabel gedeelte in functie van prestatie op specifieke targets in kwaliteit, ten belope van 3% van de totale inkomsten. Dit omvat ook een zogenaamde 'never event-reductie van het doelgroepbudget om patiëntveiligheid te stimuleren. Indien men bijvoorbeeld iemand opereert aan de verkeerde zijde van het lichaam, wordt dit financieel bestraft.

Het sluitstuk is dat de deelbudgetten van een zorgvrager (gedeelte thuisomgeving, langdurige zorg, ziekenhuis, enz.) worden samengelegd per doelgroep om ook de gezamenlijke verantwoordelijkheden (de onderlinge samenwerking en coördinatie) financieel te stimuleren wat betreft engagement en financieel risico. In managementtaal noemen we zulke afspraken 'service level agreements'. Dit omvat ook een gedeeltelijk gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de totale zorguitkomst en totale mate van (in)efficiëntie (collectieve bonus of malus, zie de 'populatiefinanciering' in Duitsland, Nederland, Zweden, Portugal en de VS).

Het nieuwe betalingsmodel in de zorg zal het waardeverlies zoals eerder besproken drastisch verlagen. Een 'all-in'-budget per zorgvrager en direct variabele prikkels in functie van de meerwaarde van de zorg moedigen immers preventie, veiligheid en gepaste zorg aan. Ook operationeel komt de meerwaarde van samenwerking doorheen de zorgketen bovendien, want je inkomsten hangen ervan af. Niet in concurrentie voor subsidies, maar wel op basis van het gezamenlijke resultaat. En er komt een einde aan het feit dat de aanbieders alle diverse zorgopdrachten naar zich toe willen trekken. Want wanneer het doelgroepbudget is afgestemd op een excellent, kwaliteitsvol en efficiënt aanbiedersprofiel, zal een zorgondernemer die niet de nodige expertise of schaal heeft en hogere kosten kent, hierin geen interesse vertonen (meer focus op core business).

De financiële prikkel bij de burger

Enkel de prikkel langs de aanbodzijde juist zetten is onvoldoende. De burger zelf heeft namelijk via zijn gedrag en zijn keuze een belangrijke rol in de reductie van waardeverlies en de overschakeling naar nieuwe zorgmodellen. Heel wat zorgverstrekkers bevestigen dat burgers wel eens druk durven zetten in de richting van overgebruik van zorg (medische beeldvorming, bloedanalyse, voorschrijven van geneesmiddelen, ...). Men durft wel eens te 'shoppen', indien een verstrekker niet direct mee stapt in een vraag van de patiënt die geen

TABOE 2

We schaffen bij zorgberoepen 'deconventionering' af.

meerwaarde oplevert. En het opzet van preventie is uiteraard afhankelijk van de al dan niet gedragsverandering van de betrokkene. Het positief effect van meer inspraak en zeggenschap (bijvoorbeeld vouchers in welzijn) heeft dus een keerzijde in de vorm van het risico op overconsumptie en 'therapieontrouw' bij bijvoorbeeld preventie.

Vandaag betaalt de bevolking in ons land in totaal 18% van alle zorguitgaven onverzekerd uit eigen zak (remgeld, supplementen en niet verzekerde zorg). Hiermee bevinden we ons net in het midden tussen best practice landen

"De kost van het voortdurend in stand houden van waardeverlies doorheen de zorgketen wordt niet door de verantwoordelijke verstrekker of ondernemer gedragen, maar door de samenleving."

TABOE 3

Voor zorg zonder meerwaarde moet de burger betalen en ook de zorgprofessional moet hier op aangesproken worden.

(15%) en het internationale gemiddelde (20%). Daarnaast is 5% van de totaalluitgaven privaat verzekerd, 18% komt rechtstreeks van de overheid en 59% is gedekt door de verplichte ziekteverzekering (13% brutoloon als sociale zekerheidsbijdrage) en de Vlaamse zorgverzekering (51 euro jaarlijkse bijdrage).

Het aandeel uit eigen zak is ongelijk gespreid doorheen de diverse zorgsegmenten: bij een huisarts betaal je vandaag quasi niets (6,25 euro remgeld, met nog eens 30% korting als je bij de arts een globaal medisch dossier hebt). De thuisverpleging kent geen eigen bijdrage. Bij gezinszorg is het gemiddeld 15%, inkomensafhankelijk. Kosten ten laste van de patiënt in een ziekenhuis bedragen gemiddeld 280 euro (zonder de extra-uitgaven gekoppeld aan een éénpersoonkamer). De uitschieter is de ouderenzorg: met ongeveer 40% als dagprijs is dit totaalbedrag gelijk aan alle andere eigen bijdragen van zorg samen.

Geen van de bronnen omvat vandaag een echte prikkel voor burger om kritisch, bewust en verantwoord te kiezen gericht op kwaliteit en kost van zorg en dienstverlening. Zo wordt een iets hoger remgeld vragen in geval van ongepast gebruik van spoedgevallen vaak niet toegepast in de ziekenhuizen.

Het huidige remgeld remt niet goed en ongeacht. Voor een doorsnee burger bevestigt het

bedrag bij onder meer de huisarts eerder dat hij er betrekkelijk goedkoop vanaf komt. Dit leidt zeker niet tot minder consumptie. En als het dan wel remt (bijvoorbeeld bij kwetsbare doelgroepen voor wie kleine bedragen, zelfs na sociale correctie, nog steeds groot zijn), dan remt het over de ganse lijn: men mijdt zorg, ook wanneer deze zorg gepast en nodig is. Ook dat creëert extra waardeverlies als gevolg van te late interventie en eventuele complicaties.

Enerzijds moeten we beter responsabiliseren, anderzijds moeten we gepaste zorg aanmoedigen. Daarom schaffen we bij zorgberoepen 'deconventionering' af (taboe 2). Zorgprofessionals dienen zich steeds te houden aan de overeengekomen tarieven t.a.v. de zorgvrager. Vrije afwijking kent geen plaats in een zorgsysteem dat de zorgprofessional voor ruim 80% subsidieert. Dit lost tegelijk ook de problematiek op van toenemende ereloonsupplementen.

Preventie wordt gratis, inclusief een preventief consult, en gestimuleerd via kortingen in aanvullende verzekeringen. Op federaal niveau hervormen we het remgeld door het te koppelen aan meerwaarde van zorg (value based insurance design), zonder de globale rekening te laten stijgen of dalen. Voor zorg met duidelijk geen meerwaarde (met vaak bijkomende risico's) dient de burger volledig zelf te betalen. Dit kan in ons voorstel ook niet gedekt worden door aanvullende verzekeringen. Ook de zorgprofessional moet hier financieel op aangesproken worden (taboe 3). Zeker indien het over sociaal kwetsbare doelgroepen gaat, dient

"Preventie wordt gratis, inclusief een preventief consult, en gestimuleerd via kortingen in aanvullende verzekeringen."

in de eerste plaats de betrokken zorgprofessional financieel aansprakelijke te zijn, zodat we geen negatieve sociale spiraal introduceren. De bepaling van duidelijk overgebruik gebeurt gezamenlijk, wetenschappelijk en breed gedragen.

Tegelijk voeren we een verplichte franchise in bij curatieve zorg ter waarde van 177 euro (taboe 4). Dit wil zeggen dat de eerste 177 euro per jaar in curatie (deels huisarts, bezoek specialist, spoed, ziekenhuisopname) uit eigen zak wordt betaald. In Nederland bestaat dit type franchise ('eigen risico') al langer: ze bedraagt

TABOE 4

We voeren een verplichte franchise in bij curatieve zorg ter waarde van 177 euro.



vandaag 385 euro. De berekening moet exact gemaakt worden, maar door het invoeren van zulke franchise maken we bij benadering één miljard euro vrij in de verplichte ziekteverzekering. Dit voorstel werd al eerder uitgewerkt door Ignace Leus, voormalig directeur van de CM Zorgkas Vlaanderen.¹

We verschuiven deze één miljard euro aan vrijgemaakte middelen naar een nieuwe maximumfactuur in ouderenzorg en thuiszorg, preventie, digitalisering van de zorg, en de uitbouw en versterking van een systeem dat financiert op basis van kwaliteit.

We voeren een verplicht individueel zorgsparen in op universele basis: iedereen moet jaarlijks 177 euro op een zorgrekening plaatsen (eventueel in schijven, kapitalisatiemodel). Hiermee kan je de jaarlijkse franchise dekken, wanneer je als burger zorg nodig hebt. Een eventueel overschot wordt overgedragen naar volgende jaren, met accumulatie van individuele rente.

Tot slot zetten we in op een bredere aanvullende verzekering. Op termijn moet iedereen over een aanvullende verzekering beschikken. De aanvullende verzekeringen moeten inhoudelijk verruimen naar de zorg in welzijn en de thuisomgeving. Met bijkomende regelgeving in verband met authenticatie en administratieve datatoegang, zodat we de processen kunnen automatiseren en ook hier waardeverlies reduceren.

Via bovenstaande maatregelen moedigen we gepast gebruik aan en remmen we overconsumptie af bij de burger. Bovendien maken we een aanzienlijk investeringsbudget vrij om de transformatie in de zorg te ondersteunen en verbreden we de bescherming tegen onvoorspelbare gezondheidsrisico's.

¹ Sociaal.net/opinie/hoe-hou-je-de-ziekteverzekering-betaalbaar/ 26-06-2015

TABOES

**TABOES
DOORBREKEN
OM DE ZORG TE
TRANSFORMEREN**

**vo
ka**