

Belonen voor kwaliteit: kunnen we leren van de kwaliteits- en vergoedingssystemen in de gezondheidszorg?

Dr. Marc Moens, voorzitter Vlaams Artsensyndicaat (VAS)

Op dit ogenblik bestaat er nog maar weinig belonen voor kwaliteit in de gezondheidszorg. Er zijn wel een hele reeks situaties waar men niet straft als men het goed doet.

Zich goed of slecht van zijn medische taken kwijten wordt gemakkelijksshalve wel eens verengd tot: “Blijft de sector binnen zijn budget?”. Zo moeten de sectoren laboratoriumgeneeskunde (klinische biologie) en medische beeldvorming (radiologie) sinds 1988 in een gesloten enveloppesysteem werken. Als het budgettaire envelope wordt overschreden of dreigt overschreden te worden, worden er besparingsmaatregelen genomen, lineair of selectief. Als de uitgaven onder het voorziene budget blijven, heeft de sector goed gewerkt, maar wordt het batig saldo niet gereïnjecteerd. Er is dus geen beloning voor zuinig beleid.

Goed of slecht presteren wordt ook wel eens vernauwd tot de vraag: “Vallen de uitgaven binnen de norm?”. In de ziekenhuisgeneeskunde is dit het systeem van referentiebedragen dat in 2002 werd ingevoerd. Het referentiebedrag is in feite de norm waarmee de uitgaven van het ziekenhuis van drie jaar voordien vergeleken wordt. Het is de landelijke gemiddelde consumptie, verhoogd met 10%, voor een aantal standaardiseerbare, relatief eenvoudige ziekteprocessen of ingrepen. Als men zuinig met de middelen van de ziekteverzekering omspringt, valt men binnen de norm en moet er niet worden terugbetaald. Van een echte beloning voor de budgettaire zuinig presterende ziekenhuizen kan ook hier niet worden gesproken, want het bedrag dat het ziekenhuis onder de norm valt wordt wel megedeeld, maar is ook hier niet verworven. Op die manier ontstaat er een ongewenste neerwaartse financiële spiraal. De laatste jaren waren het nog quasi uitsluitend een zes- à zevental Franstalige ziekenhuizen die buiten de norm vielen.

Minister De Block plant dit systeem d.d. 1 juli 2018 te vervangen door de introductie van een forfaitaire vergoeding voor de laagvariabele zorg, met andere woorden voor de standaardiseerbare, relatief eenvoudige ziekteprocessen of ingrepen uit het systeem van de referentiebedragen, maar nu prospectief. Het gaat om 54 patiëntengroepen. Ook hier worden medianen gebruikt, met name van de som van alle honoraria voor verstrekkingen die nodig waren voor de behandeling van die 54 types van patiënten. Opnieuw worden in de eerste plaats efficiëntie en performantie vergoed en ontstaat er een risico voor kwaliteitsverlies.

Artsen of instellingen vergoeden voor de geleverde kwaliteit van de zorg is nog een andere dimensie. In het plan van aanpak over de herziening van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering voorziet minister De Block dat 2 % van het ziekenhuisbudget zou worden gefinancierd op basis van kwaliteitscriteria. Hoe die P4Q zal worden toegekend is technisch nog niet uitgewerkt. Het moet over parameters gaan waarvan de uitkomsten gemakkelijk meetbaar maar moeilijk manipuleerbaar zijn en waarvan er medisch bewijs is dat ze de patiënt ten goede komen. Er bestaat abundante literatuur over verschillende methodieken, maar zowel internationaal als nationaal is de consensus (nog) zoek en blijft het bewijs uit dat het resultaat voor de patiënt verbetert.

Eén majeure bemerking komt alsmat terug bij pay for quality: vermijdt dat de bijkomende administratie, die de registratie en opvolging van allerlei parameters en fenomenen onlosmakelijk vergezelt, het doel, namelijk, de verbetering van de zorgkwaliteit, niet teniet doet. Gezondheidseconomen hebben er vette kluiwen aan en puren er interessante rapporten uit, maar ondertussen dreigen dergelijke systemen veel arbeidstijd op te slorpen van verzorgenden en artsen ten nadele van de zorg.

Per definitie zou P4Q gebaseerd moeten zijn op de daadwerkelijke beoordeling van kwaliteit en het koppelen van deze beoordelingsresultaten aan de toekenning van een financiële stimulans. Op dit ogenblik past geen van de bestaande Belgische programma's binnen deze definitie¹.

Relatief goed bekend in België zijn de zorgtrajecten voor patiënten met diabetes type 2 en voor nierinsufficiëntiepatiënten, de klinische paden vb. bij coronarografiën of bij zwangerschapsbegeleiding, en de accreditatie van zorgverstrekkers door het RIZIV² (artsen en tandartsen) en van ziekenhuizen (door JCI³ of door NIAZ⁴).

In de ziekenhuisfinanciering zit er een deel voor kwaliteitsdoeleinden (in het onderdeel B4 van het budget van financiële middelen, ook wel verpleegdagprijs genoemd) maar die financiering is vooralsnog niet gekoppeld aan enige patiëntenuitkomst. Het gaat om procesindicatoren voor onder meer de ziekenhuishygiëne, het antibioticabeleid en het bloedtransfusiebeleid.

Het kwaliteitsdenken en kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg werden de afgelopen jaren ook wettelijk wat meer omkaderd. Kwaliteitseisen kunnen meer geïmplementeerd/gecontroleerd en desnoods bestraft worden.

- Het K.B. van 15 december 1987 heeft de hoofdarts de opdracht gegeven erover te waken dat maatregelen worden genomen om de medical audit te organiseren. De medische raad dient ervoor te zorgen dat de ziekenhuisartsen hun medewerking verlenen aan kwaliteitsbevorderende maatregelen⁵. In augustus 2014 werd bij KB een bijkomende bevoegdheid ingevoerd, die de hoofdarts de mogelijkheid geeft om een gerichte medical audit⁶ te organiseren, indien hij van oordeel is dat de goede gang van zaken met betrekking tot het risicobeheer en de veiligheid van de patiënten in het medisch departement in gevaar komt.

Steeds vaker wordt in ziekenhuizen een tuchtreglement uitgewerkt in de algemene regeling als instrument om deze wettelijke verantwoordelijkheden inzake het bewaken van de kwaliteit van de medische activiteit binnen het ziekenhuis, te realiseren.

¹ Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België. KCE rapport 118; 16.11.2009.

² Rijksinstituut voor ziekte – en invaliditeitsverzekering

³ Joint Commission International

⁴ Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

⁵ Art. 136,1° Ziekenhuiswet

⁶ Koninklijk besluit van 25.04.2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (BS 18.08.2014)

Ziekenhuisartsen die hun overeenkomst met het ziekenhuis, het medisch reglement of andere interne richtlijnen niet naleven, kunnen op die manier ter verantwoording worden geroepen en zelfs (tucht)sancties opgelegd krijgen. Een recent arrest van het Hof van Cassatie beschouwt dergelijke tuchtreglementen dan weer onverenigbaar met het statuut van zelfstandige.

- Als een zorgverlener fysisch of psychisch niet meer geschikt geacht wordt om zonder risico's zijn beroep uit te oefenen, kan de Provinciaal Geneeskundige Commissie (PGC) zijn visum tot uitoefening van zijn beroep intrekken. De PGC kan ook bepaalde voorwaarden stellen (bv. het volgen van een medische behandeling) om het visum te mogen behouden. Dit staat al sinds decennialang in het oude KB 78 van 10 november 1967⁷.

In mei 2014 werd de bevoegdheid van de PGC's uitgebreid met een spoedeisende schorsingsprocedure⁸. Deze procedure is mogelijk als "uit ernstige en eensluidende aanwijzingen blijkt dat de verdere beroepsuitoefening voor zware gevolgen voor de patiënten of de volksgezondheid doet vrezen", bv. in geval van seksueel misbruik van patiënten door de zorgverlener. De PGC kan in zo'n situatie onmiddellijk beslissen om het visum al te schorsen of om voorwaarden te verbinden aan het behoud ervan, zonder dat het deskundigenonderzoek afgewacht moet worden. Deze beslissing moet wel genomen worden met eenparigheid van stemmen en voorafgaand heeft de zorgverlener het recht hierover gehoord te worden. De beslissing blijft gelden tot de commissie oordeelt dat de redenen die aanleiding gegeven hebben tot de maatregel, ophouden te bestaan. De zorgverlener kan elke maand een verzoek indienen om deze beslissing ongedaan te maken.

Indien er zware en imminente gevolgen voor de patiënten of de volksgezondheid dreigen te zijn, gaat men zelfs nog een stap verder. In dat geval betekent 'onmiddellijk' dat men tot schorsing kan overgaan zonder de zorgverlener eerst gehoord te hebben. Deze schorsing kan maximaal acht dagen duren en kan pas verlengd worden nadat de betrokkene wel gehoord werd.

- Bij de hervorming van het KB 78 zal de competentie van de zorgverleners centraal staan en continu moeten kunnen worden aangetoond via een portfolio van continue medische navorming. Het is nog onbeslist of het portfoliosysteem het bestaande" accrediteringssysteem zou vervangen.

Naast de voornoemde federale materies, bestaat er tevens het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²) dat de kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen meet. De ziekenhuizen kiezen zelf of en welke indicatoren ze meten. Resultaten verschijnen (als het ziekenhuis daarvoor kiest) op www.zorgkwaliteit.be.

⁷ Ondertussen Gecoördineerde wet van 10.05.2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (BS 18.06.2015).

⁸ Wet, 10.04.2014; BS, 20.05.2014.

Met de indicatoren wil de Vlaamse overheid samen met de sector de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse ziekenhuizen in kaart brengen en verbeteren. Ziekenhuizen kunnen de informatie intern gebruiken (naar hun professionals) of zich met elkaar vergelijken, ook op internationaal niveau. De informatie kan een patiënt ook helpen om, in overleg met zijn arts, een overwogen keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis of dienst. Er worden zeven domeinen bestreken:

- Cardiologie
- Orthopedie
- Oncologie
- Moeder en kind
- Ziekenhuisbrede aanpak
- Patiëntenervaringen
- Beroertezorg.

Van de 54 algemene ziekenhuizen in Vlaanderen meten 35 ziekenhuizen de kwaliteit in alle domeinen en publiceren al hun resultaten op de website van de Vlaamse gemeenschap, 3 ziekenhuizen doen mee aan alle domeinen maar publiceren hun resultaten niet op de website en 16 ziekenhuizen doen slechts gedeeltelijk mee⁹.

Het Vlaams Indicatorenproject (VIP²) is een samenwerking van Zorg en Gezondheid, de Vlaamse Vereniging van Hoofdgeneesheren en de ziekenhuiskoepel Zorgnet-Icuro.

Het Vlaams Artsensyndicaat werd bij de start van het VIP² project eventjes betrokken, maar werd nadien niet meer als such uitgenodigd, hoewel individuele VAS-leden er wel actief bij betrokken zijn.

Nochtans moet kwaliteit uitgaan van en gedragen worden door de basis, dus ook door het Vlaams Artsensyndicaat, met een steuntje in de rug van de Overheid.

Dr. Marc Moens, 15.06.2017.

⁹ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-algemene-ziekenhuizen>