

2010
2011

BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN
*master in de toegepaste economische wetenschappen:
beleidsmanagement*

Masterproef

Administratieve lasten in ziekenhuizen. Gevalstudie: ZOL

Promotor :
Prof. dr. Lode VERECK

Cédric Hamaekers

*Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van master in de toegepaste
economische wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement*

2010
2011

BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN

*master in de toegepaste economische wetenschappen:
beleidsmanagement*

Masterproef

Administratieve lasten in ziekenhuizen. Gevalstudie: ZOL

Promotor :
Prof. dr. Lode VERECK

Cédric Hamaekers

*Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van master in de toegepaste
economische wetenschappen , afstudeerrichting beleidsmanagement*

Samenvatting

In deze masterproef wordt ingegaan op het begrip administratieve lasten, wat deze administratieve lasten betekenen voor de ziekenhuissector en hoe deze administratieve lasten kunnen leiden tot irritatielasten.

De meest gebruikte methode om administratieve lasten te meten is het Standaard Kosten Model. De specifieke invulling verschilt van land tot land, maar de algemene principes blijven hetzelfde. Allereerst wordt de regelgeving opgedeeld in meetbare componenten (operationalisering), vervolgens worden de eigenlijke administratieve lasten gemeten om tenslotte concrete vereenvoudigingsacties te formuleren.

De 74 Vlaamse ziekenhuizen, verspreid over 118 uitbatingsplaatsen, stellen samen 84.414 personeelsleden tewerk die instaan voor de verzorging van patiënten verspreid over 30.840 (erkende) bedden. Een kleine procentuele daling van de administratieve lasten zou in absolute cijfers dus al snel een grote impact hebben.

De eerste groep actoren die administratieve lasten ervaart in een ziekenhuis zijn de artsen. Het gaat dan vooral om de inning van de erelonen, het behouden van hun accreditatie en het verzorgen van de interne kwaliteitszorg. Er moet echter opgemerkt worden dat de artsen vaak over administratieve personeelsleden beschikken die een groot deel van de administratie voor hun rekening nemen.

Het leeuwendeel van de administratieve lasten situeert zich momenteel bij de verpleegkundigen. Onder andere: het verpleegdossier, de minimaal verpleegkundige gegevens-registratie, interne preventiecampagnes en studies georganiseerd door de overheid. Het verpleegdossier is het onderdeel van het patiëntendossier dat door de verpleegkundigen dagelijks wordt ingevuld en is bij wet verplicht. Uit dit verpleegdossier worden momenteel een groot aantal parameters gebruikt om vier keer per jaar twee weken voor alle patiënten de Minimaal Verpleegkundige Gegevens (MVG) te registreren. Momenteel is dit de taak van de referentieverpleegkundige die alle gegevens uit het verpleegdossier codeert naar de MVG-taal. Op basis van deze geregistreerde MVG-codes worden de ziekenhuizen gefinancierd.

Er is echter grote onduidelijkheid hoe de ziekenhuizen op basis van de MVG-registratie gefinancierd zullen worden. Momenteel gaan de verpleegkundigen er – misschien ten onrechte – van uit dat er meer subsidies naar het ziekenhuis zullen vloeien indien er meer handelingen geregistreerd worden. Er is immers wel een middel (MVG) waarop men de financiering wil baseren, maar er is nog geen basis waarop men gaat

financieren. De Ziekenhuizen registreren dus al jaren de minimaal verpleegkundige gegevens, zonder te weten op welke basis ze hiervoor gefinancierd zullen worden.

Mogelijke oplossingen voor de grote hoeveelheid administratieve lasten zijn onder andere het vereenvoudigen van formulieren en het invoeren van een elektronisch verpleegdossier. Functiedifferentiatie leidt dan wel niet tot een verlaging van de administratieve lasten, maar kan wel een daling van de kosten verbonden aan de administratieve lasten tot gevolg hebben.

Het vereenvoudigen van formulieren wordt door het grootste deel van de respondenten als zeer positief ervaren. Er is wel een grote bezorgdheid over de volledigheid van de gegevens. Bij het vereenvoudigen van de formulieren moet er dus een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen een teveel aan gegevens en een te grote complexiteit van de formulieren.

Het invoeren van een elektronisch verpleegdossier daarentegen zal niet leiden tot een rechtstreekse verlaging van de administratieve lasten. Er moet immers een even groot aantal gegevens ingevoerd worden, maar kan onrechtstreeks tot een groot aantal voordelen leiden.

Zo is er mogelijk wel een daling van de administratieve lasten terug te vinden op volgende domeinen:

- Gegevens zullen rechtstreeks gecodeerd kunnen worden, zonder rechtstreekse tussenkomst van de referentieverpleegkundigen.
- De verschillende preventie-campagnes kunnen hun input rechtstreeks uit het elektronisch verpleegdossier bekomen.

Ook zijn er op volgende domeinen mogelijke efficiëntiewinsten te realiseren:

- De verhoogde zichtbaarheid van het verpleegdossier biedt perspectieven naar de ontwikkeling van interne toepassingen zoals bijvoorbeeld personeelssturing.
- De volledigheid en correctheid van de gegevens verhoogt. Het elektronisch dossier kan immers als knipperlicht werken indien bepaalde gegevens niet of onvolledig zijn ingevuld.

Grote nadelen zijn er niet verbonden aan het elektronisch verpleegdossier, potentiële valkuilen des te meer. Het elektronisch verpleegdossier moet daarom completer en functioneler worden dan zijn papieren voorganger.

Woord vooraf

De keuze voor het onderwerp 'Administratieve lasten in ziekenhuizen' is tweeledig. Enerzijds mijn persoonlijke frustratie over het grote aantal administratieve formaliteiten die worden opgelegd door onze verschillende overheden en anderzijds het grotere maatschappelijke debat over de betaalbaarheid en werkdruk van onze gezondheidszorg.

Het succesvol beëindigen van mijn opleiding, en dus het voltooien van deze masterproef was niet mogelijk zonder de medewerking van een heleboel mensen. Ik wens dan ook iedereen van harte te bedanken voor hun bereidwillige medewerking aan deze masterproef. In het bijzonder wens ik mijn promotor, Prof. Dr. Lode Vereeck, en mijn copromotor, Wim Marneffe te bedanken. Alsook de verpleegkundigen van het Ziekenhuis Oost-Limburg die mijn enquête hebben ingevuld.

Tenslotte wil ik ook mijn familie, vriendin en vrienden bedanken voor hun steun.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING.....	1
WOORD VOORAF	3
INHOUDSOPGAVE.....	5
LIJST AFBEELDINGEN	7
INLEIDING	9
1 METHODOLOGISCHE ASPECTEN	11
1.1 PROBLEEMSTELLING	11
1.2 ONDERZOEKSVRAAG.....	12
1.3 ONDERZOEKSOPZET	13
1.3.1 Literatuurstudie	13
1.3.2 Case study	13
2 WAT ZIJN ADMINISTRATIEVE LASTEN?.....	15
2.1 SITUERING EN DEFINITIE VAN HET BEGRIP ADMINISTRATIEVE LASTEN	15
2.2 BRONNEN VAN ADMINISTRATIEVE LASTEN	20
2.3 IRRITATIELASTEN	22
2.3.1 Irritatiekosten: situering	22
2.3.2 Irritatiekosten: definitie	22
2.3.3 Irritatiekosten: meten.....	23
3 HOE KUNNEN ADMINISTRATIEVE LASTEN GEMETEN WORDEN?.....	25
3.1 WAAROM METEN?.....	25
3.2 COMPONENTEN VAN HET BEGRIP ADMINISTRATIEVE LAST	26
3.3 STANDAARD KOSTEN MODEL.....	28
3.3.1 Afbakening van het regelgevingsdomein.....	28
3.3.2 Identificatie van de betrokken doelgroep(en)	28
3.3.3 Inventarisatie van de informatieverplichtingen en opdeling in administratieve handeling per doelgroep.....	29
3.3.4 Verzameling parameters tijd, tarief en frequentie	29
3.3.5 Berekening van de administratieve lasten.....	29
3.3.6 Rapportage	29
4 BESCHRIJVING ZIEKENHUISLANDSCHAP	31
4.1 ALGEMENE ZIEKENHUIZEN	31
4.1.1 Inrichtingen.....	31
4.1.2 Personeelscijfers	33
4.2 PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN	38

5. ADMINISTRATIEVE LASTEN IN VLAAMSE ZIEKENHUIZEN.....	39
5.1 ARTSEN	39
5.1.1 <i>Verschillende manieren van samenwerking tussen arts en ziekenhuis</i>	39
5.1.2 <i>Accreditatie</i>	40
5.1.3 <i>Kwaliteitscontrole</i>	40
5.2 VERPLEEGKUNDIGEN.....	41
5.2.1 <i>Algemeen</i>	41
5.2.2 <i>Case Study Ziekenhuis Oost-Limburg</i>	42
5.2.3 <i>Verpleegdossier</i>	45
5.2.4 <i>Minimaal verpleegkundige gegevens-registratie</i>	55
5.2.5 <i>Kwaliteitszorg</i>	58
6. STREEFDOELEN.....	61
6.1 SUGGESTIES VOOR ACTIES	61
6.2.1 <i>Vereenvoudigde formulieren, waarop slechts een beperkt aantal zaken moeten worden ingevuld.</i>	61
6.2.2 <i>Voldoende uitleg over wat er met de verzamelde gegevens zal gebeuren</i> .62	
6.2.3 <i>Feedback over de ingevulde gegevens</i>	63
6.2.4 <i>Gegevens onmiddellijk digitaal invoeren, in plaats van eerst op papier</i>	64
6.2.5 <i>Functiedifferentiatie: het uitvoeren van administratieve taken delegeren aan administratieve medewerkers</i>	65
6.2.6 <i>Uniformiteit onder de verschillende coderingssystemen</i>	65
6.2.7 <i>Het invoeren van een elektronisch verpleegdossier</i>	66
6.2 KANTTEKENING	70
7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	71
BRONVERMELDING	75
BIJLAGEN	77

Lijst afbeeldingen

Afbeelding 1: inhoudelijke verplichtingen administratieve lasten

Afbeelding 2: informatieverplichtingen

Afbeelding 3: het lastenpercentage

Afbeelding 4: administratieve verplichtingen en bijhorende lasten

Afbeelding 5: componenten van het begrip administratieve last

Afbeelding 6: aandeel verschillende functies in de verschillende ziekenhuizen

Afbeelding 7: aantal VTE per ziekenhuisbed volgens soort ziekenhuis

Afbeelding 8: aantal VTE artsen per ziekenhuisbed volgens soort ziekenhuis

Afbeelding 9: aantal VTE verplegend personeel per ziekenhuisbed

Afbeelding 10: aantal VTE paramedici per ziekenhuisbed volgens soort ziekenhuis

Afbeelding 11: aantal VTE personeel per ziekenhuisbed volgens grootte van ziekenhuis

Afbeelding 12: leeftijd respondenten

Afbeelding 13: percentage administratieve handelingen van de verpleegkundige

Afbeelding 14: totale tijdsbesteding per administratieve handeling per dag

Afbeelding 15: praktijkvoorbeeld standaard kosten model

Afbeelding 16: irritatielasten per leeftijdscategorie

Afbeelding 17: irritatielasten verbonden aan administratieve formaliteiten

Afbeelding 18: irritatielasten volgens frequentie van handeling

Afbeelding 19: irritatielasten volgens duur van handeling

Afbeelding 20: irritatielasten volgens het aantal medewerkers op de dienst

Afbeelding 21: irritatielasten volgens het aantal bedden op de dienst

Afbeelding 22: vereenvoudigde formulieren

Afbeelding 23: voldoende uitleg over wat er met de gegevens zal gebeuren

Afbeelding 24: feedback over de ingevulde gegevens

Afbeelding 25: gegevens inmiddelijk digitaal invoeren

Afbeelding 26: functiedifferentiatie

Afbeelding 27: uniformiteit coderingssytemen

Afbeelding 28: elektronisch verpleegdossier

Inleiding

"De totale kosten van de administratieve lasten voor de ondernemingen en de zelfstandigen zijn, na een stijging met 5,5 % tussen 2004 en 2006, met 23 % gedaald tussen 2006 en 2008, namelijk van 7,69 miljard euro in 2006 naar 5,92 miljard euro in 2008. Die evolutie vloeit voort uit een uiteenlopende beweging. Enerzijds dalen de totale kosten bij de ondernemingen duidelijk, anderzijds stijgen die kosten lichtjes bij de zelfstandigen. Uitgedrukt in procent van het bbp blijft het totale relatieve gewicht van de administratieve lasten voor de ondernemingen en de zelfstandigen dalen: in 2008 bedroegen ze 1,72 %, terwijl dat in 2006 2,44 % was, 2,57 % in 2004 en 3,43 % in 2002 en 3,48 % in 2000."

Dit staat te lezen in het jaarverslag van het Federaal Planbureau en geeft duidelijk weer hoe groot de omvang van het probleem administratieve lasten in België nog steeds is.

Indien dit probleem van de administratieve lasten gekoppeld wordt aan de stijging van de kosten van de vergrijzing en de daarbij horende kosten van de gezondheidszorg, moet dit leiden tot een gemeenschappelijk doel: het verlagen van de administratieve lasten in de gezondheidszorg zou één van de absolute prioriteiten moeten zijn van de bevoegde overheidsdiensten.

Om zoveel mogelijk gericht te vereenvoudigen is het noodzakelijk de administratieve lasten te meten en deze administratieve lasten grondig te analyseren. In deze masterproef wordt getracht een aanzet te geven tot enkele vereenvoudigingsacties en acties die de totale kost van administratieve handelingen en administratieve lasten kunnen verlagen.

1 Methodologische aspecten

1.1 Probleemstelling

Uit de rapporten van het Federaal Planbureau blijkt dat – ondanks eerdere inspanningen – de totale kosten van de administratieve lasten in België nog steeds 7,68 miljard euro bedragen. Dit is 2,44% van het BBP.¹ Voor de Belgische economie betekent dit een groot welvaartsverlies.

De Europese Raad besliste reeds in het voorjaar van 2007 het volgende²:

"De Europese Raad onderstreept dat de terugdringing van de administratieve lasten een belangrijk middel is om de Europese economie te doen opleven, vooral door de impact ervan op het midden- en kleinbedrijf. Er moet een krachtige gezamenlijke inspanning worden geleverd om de administratieve lasten in de EU aanzienlijk te verminderen. De Europese Raad komt derhalve overeen dat de administratieve lasten ten gevolge van EU-wetgeving in 2012 met 25% verlaagd moeten zijn. Rekening houdend met de verschillende uitgangspunten en tradities verzoekt de Europese Raad de lidstaten om elk voor zich uiterlijk in 2008 binnen hun eigen bevoegdheidsfeer nationale streefcijfers met een vergelijkbaar ambitieniveau vast te stellen."

De hierboven vermelde 25% is echter maar een streefcijfer. Elke lidstaat moet binnen de eigen bevoegdheidsfeer een eigen streefcijfer bepalen.

De Vlaamse regering heeft dit streefcijfer grotendeels overgenomen, al heeft elk beleidsdomein de ruimte om aan dit cijfer een eigen invulling te geven. Zo kan er een grote daling van de administratieve lasten zijn met betrekking tot één bepaald soort regelgeving (vb. 50%) terwijl de administratieve lasten met betrekking tot een ander soort regelgeving niet wijzigen.

Deze problematiek is ook prominent aanwezig in het domein van de gezondheidszorg. In een nota uit 2006 aan de commissie voor sociale aangelegenheden in de senaat wordt het volgende besluit geformuleerd³:

¹ Dienst Administratieve Vereenvoudiging, KAFKA meetrapport administratieve lasten:

² Europese Raad te Brussel, 8/9 maart 2007 – Conclusies van het Voorzitterschap (7224/07)

³ Senaat, Commissie voor Sociale aangelegenheden, Administratieve vereenvoudiging voor artsen – 06.12.2006

"Als we binnenkort nog artsen, en zeer in het bijzonder nog huisartsen willen aantrekken en behouden, zullen meerdere instanties samen een drastische vermindering van de papier- (of elektronische) winkel moeten bewerkstelligen. "

Dit was een oproep aan de federale overheid om werk te maken van de vermindering van de administratieve lasten in het algemeen en in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in het bijzonder.

Indien we deze vaststelling koppelen aan het dreigend tekort aan artsen en verpleegkundigen, kan een vermindering van de administratieve lasten ervoor zorgen dat zowel de artsen als de verpleegkundigen weer voltijds beschikbaar zijn om zorg te bieden aan hun patiënten. Het aanbieden van kwalitatieve zorg moet immers hun kerntaak zijn en niet de administratieve lasten die met de uitoefening van hun beroep gepaard gaan.

1.2 Onderzoeksvraag

Bovenstaande probleemstelling leidt ons tot volgende centrale onderzoeksvraag:

- ***Wat is de omvang van de administratieve lasten in de Vlaamse ziekenhuizen en welke actoren ervaren deze lasten?***

Hieruit leiden we volgende deelvragen af:

- Wat zijn administratieve lasten?
- Hoe kunnen administratieve lasten gemeten worden?
- Hoe ziet het Vlaamse ziekenhuislandschap eruit?
- Welke administratieve lasten ervaren de verschillende actoren binnen de ziekenhuizen en wat is het gevolg hiervan?
- Welke verbeteringen zijn mogelijk en haalbaar?

Een ruim theoretisch kader wordt geschept door een antwoord te zoeken op de eerste drie deelvragen. Vervolgens peilen we in deelvraag vier door middel van een case study naar de administratieve lasten die door de verschillende actoren ervaren worden om vervolgens in deelvraag vijf op zoek te gaan naar mogelijke verbeteringen.

1.3 Onderzoekopzet

Deze masterproef bevat 2 grote delen. In het eerste deel, de literatuurstudie, schetsen we een algemeen kader wat betreft de administratieve lasten en geven we een beschrijving van het ziekenhuislandschap in Vlaanderen. Vervolgens gaan we aan de hand van een case study op zoek naar de oorzaken en mogelijke oplossingen van administratieve lasten in de Vlaamse ziekenhuizen.

1.3.1 Literatuurstudie

De doelstelling van deze masterproef is een beter inzicht te krijgen in de omvang van administratieve lasten in de Vlaamse ziekenhuizen en het irritatieniveau dat deze met zich meebrengen. Alvorens deze administratieve lasten in kaart te brengen, moeten we eerst ten volle begrijpen wat administratieve lasten zijn, wat ze betekenen voor de Vlaamse ziekenhuizen en hoe ze gemeten worden. Hier zal voornamelijk in de literatuurstudie aandacht aan besteed worden.

Bij het uitvoeren van de literatuurstudie en het raadplegen van de bronnen, houden we er rekening mee dat administratieve vereenvoudiging pas sinds de jaren '90 aandacht krijgt binnen de verschillende overheidsinstanties en beleidsdomeinen. We houden dus enkel rekening met bronnen ná het jaar 1990 en bij het gebruik van cijfermateriaal zelfs enkel bronnen ná het jaar 2000.

Een onderscheid tussen wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke artikels dient gemaakt te worden. Doch hebben we ons tijdens de literatuurstudie niet beperkt tot de wetenschappelijke artikels alleen. De niet wetenschappelijke artikels bevatten dan wel niet per definitie betrouwbare gegevens, ze bevatten wel mogelijke irritatiefactoren waarnaar we in de latere case study kunnen peilen.

1.3.2 Case study

Verkennde gesprekken zijn de basis voor het opstellen van een enquête. Hierin wordt duidelijk welke de paramaters zijn waarnaar we in de daaropvolgende enquête moeten peilen. Omdat de Vlaamse ziekenhuizen een kluwen van samenwerkingsverbanden zijn, met daarenboven een uiterst complexe financiering, hebben we ervoor gekozen om een zo uitgebreid panel van ervaringsdeskundigen aan het woord te laten. Zo minimaliseren we de kans dat er bepaalde administratieve lasten over het hoofd gezien zouden worden.

Na deze verkennende gesprekken, waaruit een groot aantal administratieve lasten blijken, gaan we aan de hand van een enquête een steekproef doen om te peilen naar de omvang van deze administratieve lasten. Deze enquête bestaat uit

vier grote delen:

- algemene gegevens van de respondent,
- de verschillende categorieën van het verpleegdossier,
- interne kwaliteitscontrole,
- mogelijke suggesties ter vermindering van de administratieve lasten.

In het eerste deel van de enquête worden de belangrijkste persoonlijke gegevens van de respondenten geregistreerd. Zo kan er nagegaan worden of deze persoonlijke gegevens een invloed hebben op de perceptie van de administratieve lasten.

Vervolgens worden de categorieën uit het verpleegdossier afzonderlijk besproken. Telkens wordt er gevraagd naar de totale tijd die het éénmaal uitvoeren van de administratieve handeling in beslag neemt en het aantal maal dat deze handeling per dag moet worden uitgevoerd. Op deze manier kunnen we de totale tijd en kost van de administratieve handelingen berekenen. Als laatste wordt gevraagd naar de irritatie die het uitvoeren van deze handeling met zich meebrengt. Zo kunnen we niet alleen de kost van de administratieve handeling berekenen, maar krijgen we ook een beter beeld van het irritatieniveau dat de verschillende administratieve handelingen met zich meebrengen.

Een volgende vragenreeks peilt naar de administratieve lasten die de interne kwaliteitszorg met zich meebrengt. Zonder het nut van de interne kwaliteitszorg in twijfel te trekken, is het toch belangrijk de totale administratieve last en bijgevolg de totale kost van deze kwaliteitszorg in kaart te brengen.

Tenslotte wordt aan de respondenten gevraagd of bepaalde acties kunnen leiden tot een daling van de irritatielast, verbonden aan de administratieve handelingen. De respondenten kunnen op een schaal van één tot vijf aangeven of het invoeren van een bepaalde maatregel zal leiden tot een daling van de irritatielast.

2 Wat zijn administratieve lasten?

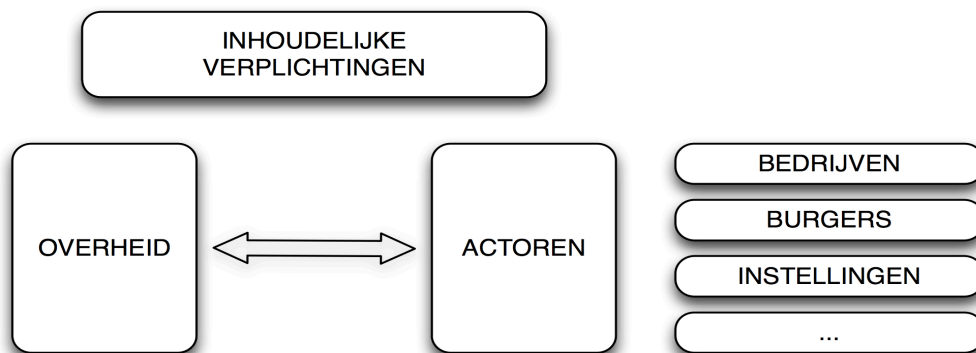
2.1 Situering en definitie van het begrip administratieve lasten

Administratieve lasten vloeien voort uit regelgeving in de ruimste zin. Niet alleen wetten geven aanleiding tot administratieve lasten, ook teksten die deze wetten interpreteren zoals rondzendbrieven, reglementen en infobrochures kunnen hiertoe aanleiding geven.⁴

Wet- en regelgeving zijn de twee belangrijkste instrumenten van de overheid om allerlei verplichtingen op te leggen aan hun burgers. Een belangrijk onderscheid moet gemaakt worden tussen de hieruit voortvloeiende inhoudelijke en de administratieve verplichtingen. De ene geeft immers nooit aanleiding tot administratieve lasten, terwijl de andere dit bijna altijd doet.

Inhoudelijke verplichtingen dragen bij tot de realisatie van het publieke doel en beogen het gedrag van de actoren aan te passen. Ze brengen geen administratieve lasten met zich mee. Indien de arts een geneesmiddelenvoorschrift verstrekt, is dit geen administratieve last. Het voorschrijven van geneesmiddelen vormt immers een essentieel onderdeel van het verstrekken van zorg aan de patiënt. Indien van dit geneesmiddelenvoorschrift echter aan verschillende instanties een kopie of een afschrift moet bezorgd worden, dan is dit wel een administratieve last.

Afbeelding 1: inhoudelijke verplichtingen administratieve lasten



Bron: Dienst Wetsmatiging, (2010), Meten om te weten: *Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 11

⁴ Dienst Wetsmatiging, (2010), Meten om te weten: *Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 11

Naast de inhoudelijke verplichtingen legt de wetgever ook nog administratieve verplichtingen op aan de verschillende actoren. Naleving van deze verplichtingen heeft een indirecte invloed op de feitelijke gedragingen van de actoren. Ze dragen dus bij tot de verdere realisatie van het publieke doel, zij het op een indirecte manier. Onder deze administratieve verplichtingen verstaan we onder andere het informeren van de overheid of derden over het naleven van de inhoudelijke verplichtingen. Deze administratieve verplichtingen leiden tot enerzijds – in veel voorkomend geval – tot administratieve lasten aan de kant van de burger en anderzijds tot beheerskosten aan de kant van de overheid.

Beheerskosten zijn kosten die de overheid heeft in verband met het uitvoeren, controleren en handhaven van de informatieverplichtingen. Ze dragen met andere woorden niet bij tot de realisatie van het publieke doel.⁵

De Vlaamse overheid beschouwt de kosten verbonden aan onderstaande handelingen als beheerskosten⁶:

- De opmaak van regelgeving
- De goedkeuring van regelgeving
- De toepassing en uitvoering van regelgeving
- De handhaving van regelgeving
- De monitoring en evaluatie van regelgeving
- De wijziging of afschaffing

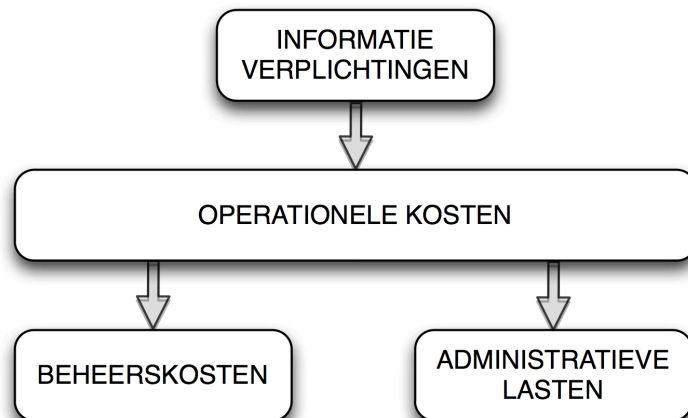
Het in kaart brengen van deze beheerskosten is in het kader van een efficiëntere overheid zeer belangrijk, maar tegelijk ook zeer moeilijk omdat deze momenteel vervat zitten in de algemene werkingskosten van de verschillende overheden. Zeer veel verschillende actoren, verspreid over verschillende diensten zijn immers bij bovenstaande handelingen betrokken.

Onderstaand schema geeft de componenten van het begrip informatieverplichtingen weer. Informatieverplichtingen leiden tot operationele kosten. Deze operationele kosten geven aanleiding tot administratieve lasten enerzijds en beheerskosten anderzijds.

⁵ Beleidsdomein WVG, 2008, Nulmeting administratieve lasten, Meetverslag: 8

⁶ Departement bestuurszaken, Dienst Wetsmatiging, Dienst Proces- en informatiebeleid, 2009, Eindrapport: Procesimpactanalyse voor het in kaart brengen van beheerskosten in het kader van een nieuwe of wijzigende regelgeving: 4

Afbeelding 2: informatieverplichtingen



Bron: Dienst Wetsmatiging, (2010), Meten om te weten: *Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 11

Uiteraard geven niet alle administratieve verplichtingen aanleiding tot administratieve lasten. Elk bedrijf, elke instelling heeft een welomschreven kerntaak. Administratieve handelingen geven pas aanleiding tot administratieve lasten indien ze additioneel zijn ten opzichte van deze kerntaak.⁷

Een voorbeeld:

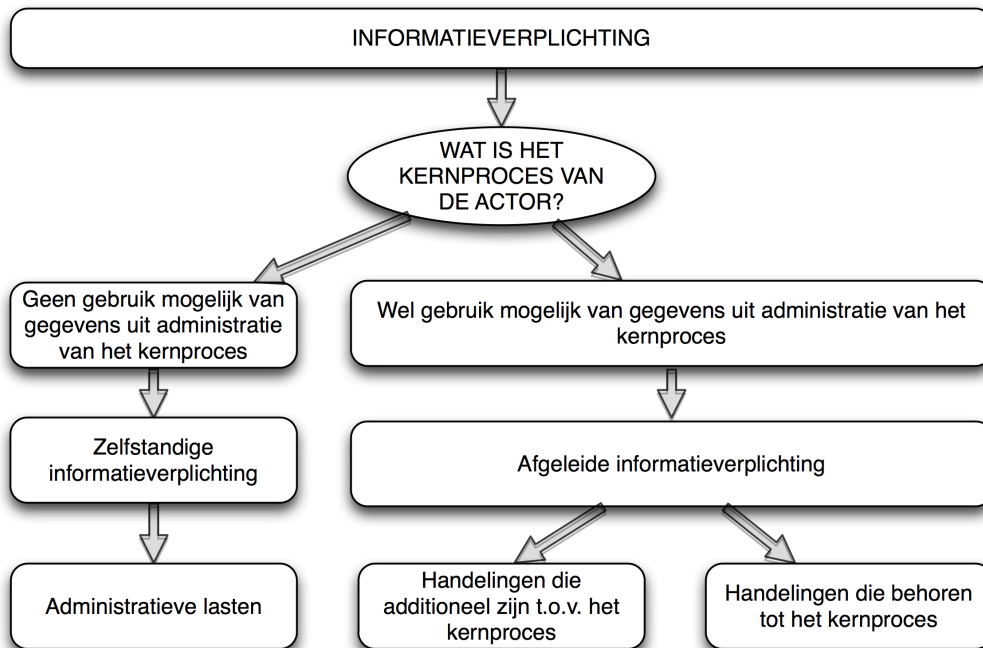
Een ziekenhuis heeft een welomschreven kernactiviteit: op een geïntegreerde, professionele en klantvriendelijke wijze een goede en veilige ziekenhuiscare aanbieden. Deze taak kan enkel volbracht worden indien ze tenminste een basisadministratie voert. Het is voldoende om de vraag te stellen of ze bepaalde administratieve taken ook zou uitvoeren indien deze niet wettelijk of decretaal verplicht waren:

- Zou het ziekenhuis een uitgebreide boekhouding bijhouden?
- Zou ze een uitgebreid patiëntendossier bijhouden, dat ook nog eens moet geüpdatet worden op een centrale server?
- Zou het ziekenhuis personeelsadministratie bijhouden zonder dat dit wettelijk verplicht was?
- Zou het ziekenhuis de minimaal verpleegkundige gegevens registreren?
- ...

⁷ Dienst Wetsmatiging, (2010), Meten om te weten: *Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 13

Bij het bepalen of administratieve handelingen al dan niet administratieve lasten zijn, moet men steeds dezelfde afweging maken: zouden de actoren de handeling ook uitvoeren indien deze niet was opgelegd door de regulerende overheid? Onderstaand schema kan een hulp zijn deze vraag te beantwoorden.

Afbeelding 3: het lastenpercentage: zelfstandige versus afgeleide informatieverplichtingen



Bron: Dienst Wetsmatiging, (2010), Meten om te weten: *Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 15

Bij het meten van de administratieve lasten dient niet enkel rekening gehouden te worden met de kosten die rechtstreeks voortvloeien uit de administratieve handeling, maar ook met de out-of-pocket kosten. Dit zijn de kosten die onrechtstreeks een gevolg zijn van de administratieve handelingen. Het kan gaan om versturen van documenten, de kosten van een administratieve zending of zich verplaatsen naar het gemeentehuis, ...

De Dienst Wetsmatiging vat voorgaande elementen als volgt samen in de definitie van het begrip administratieve lasten:

"Administratieve lasten zijn de kosten van de administratieve handelingen die actoren moeten uitvoeren voor de naleving van wettelijke informatieverplichtingen aan de overheid, ongeacht of zij die handelingen ook zonder wettelijke verplichting zouden

uitvoeren. Die kosten zijn additioneel ten opzichte van de kosten om de administratie van hun kernproces op orde te hebben en gaan uit van een efficiënte naleving van de informatieverplichtingen door de actoren".

Deze definitie kan worden opgesplitst in vijf afzonderlijke elementen:

- Regelgeving wordt gedefinieerd in de ruimste zin van het woord: niet enkel wetten en decreten, maar ook alle rondzendbrieven, reglementen, ... vallen onder het begrip regelgeving. Dit is belangrijk bij het meten van de totale administratieve lasten.
- Het gaat niet per definitie om administratieve handelingen opgelegd door de overheid. Ook vrijwillig uitgevoerde administratieve handelingen kunnen aanleiding geven tot administratieve lasten.
- De informatieverplichting wordt altijd opgelegd door de overheid. Dit betekent echter niet dat de overheid ook de ontvanger is van de informatie. Ook de informatieverplichting aan derden, wordt aanzien als een administratieve last.
- De frequentie van administratieve lasten kan opgesplitst worden in: eenmalig, structureel of situationeel.
- Enkel de administratieve handelingen die additioneel zijn aan de kerntaak van het bedrijf of de instelling, geven aanleiding tot administratieve lasten.

Ook al is dit in de praktijk niet het geval, men gaat er toch van uit dat de informatieverplichtingen op een efficiënte wijze worden uitgevoerd.

Indien we in deze masterproef het begrip administratieve lasten hanteren, verwijzen we steeds naar bovenstaande definitie.

Per 1 januari 2005 is de Compensatieregel voor administratieve lasten (CRAL) van kracht⁸. Dit houdt in dat elke stijging in administratieve lasten gecompenseerd moet worden door een minstens even grote daling van de bestaande administratieve lasten. Het verlagen van de administratieve lasten van de bestaande regelgeving heeft immers geen enkele zin indien nieuwe regelgeving de administratieve lasten blijft verhogen. De compensatie is niet beperkt tot de regelgeving betreffende het individuele dossier, maar tot het beleidsdomein. Zo is er steeds voldoende mogelijkheid voor administratieve lastenverlaging. De lastenwijzigingen worden voor elk beleidsdomein trimestrieel en voor elke minister van de Vlaamse regering jaarlijks berekend.⁹

⁸ VR/2 004/13.02/DOC.0141 en VR/2004/20.02/DOC0141Bis

⁹ Dienst Wetsmatiging, (2010), Meten om te weten: *Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 5

2.2 Bronnen van administratieve lasten

Administratieve lasten zijn een rechtstreeks gevolg van wet- en regelgeving. In Vlaanderen ervaart men volgende vier bronnen: Europese, Belgische, Vlaamse en lokale regelgeving. Er is reeds uitgebreid onderzoek naar gevoerd wat de omvang is van deze administratieve lasten. Hierna volgt een beknopt overzicht.

2.2.1 Europese regelgeving

De Europese regelgeving, voornamelijk verordeningen en richtlijnen, wordt omgezet in federale of Vlaamse regelgeving. Het grote verschil tussen een verordening en een richtlijn is dat de verordening rechtstreeks van toepassing is op alle lidstaten. Ze heeft in elke Europese lidstaat dezelfde kracht als het nationaal recht. Een richtlijn daarentegen is slechts bindend ten aanzien van het te bereiken resultaat. Elke lidstaat kiest zelf hoe zij deze richtlijn in wetgeving omzet. Een Europese richtlijn is een manier om de verschillende nationale wetgevingen zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

2.2.2 Belgische regelgeving

In opdracht van de Dienst Administratieve Vereenvoudiging wordt door het Federaal Planbureau een tweejaarlijkse enquête naar de administratieve lasten bij bedrijven uitgevoerd. Ondanks het feit dat dit tweejaarlijks onderzoek een enquête is en dus bijgevolg per definitie subjectief is, geeft ze toch een goede eerste indicatie van de administratieve lasten. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de administratieve lastenevolutie tussen 2000 en 2008.

Tabel1: administratieve lasten:

Kalenderjaar	Omvang Administratieve lasten ondernemingen	In % t.o.v. BBP
2000	8,57 miljard euro	3,48 %
2002	8,97 miljard euro	3,43 %
2004	7,28 miljard euro	2,57 %
2008	7,68 miljard euro	2,44 %

Bron: Dienst Administratieve Vereenvoudiging, KAFKA meetrapport administratieve lasten: 8

In absolute getallen, nemen de administratieve lasten niet steeds af, toch is er sinds 2002 een opmerkelijke daling vast te stellen in de verhouding van de administratieve lasten ten opzichte van het totale BBP.

Met betrekking tot de ziekenhuizen, moeten we rekening houden met onder andere onderstaande regelgeving:

Het Koninklijk besluit van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (de ziekenhuiswet) is een federale wet die het wettelijk kader vormt waarbinnen ziekenhuizen kunnen werken. Het belangrijkste onderdeel van de ziekenhuiswet is de financiering van de ziekenhuizen.

Het Koninklijk besluit van 21 maart 1977 tot vaststelling van de criteria die van toepassing zijn voor de programmering van de verschillende soorten ziekenhuisdiensten. Dit Koninklijk besluit bepaalt onder andere het aantal ziekenhuisbedden dat per duizend inwoners mag uitgbaat worden. Dit met een onderscheid tussen de verschillende ziekenhuisdiensten.

2.2.3 Vlaamse regelgeving

Op Vlaams niveau moeten de ziekenhuizen onder andere rekening houden met onderstaande regels.

Het Besluit van de Vlaamse Regering van 18 februari 1997 tot vaststelling van de procedure voor de erkenning en de sluiting van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, onderdelen van ziekenhuizen en samenwerkingsvormen bepaalt onder andere procedures voor de (voorlopige) erkenning van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten of samenwerkingsvormen.

Een andere belangrijke bevoegdheid van de Vlaamse overheid is het controleren van de kwaliteitszorg. De regelgeving hieromtrent is vastgelegd in: *Het Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.*

2.2.4 Lokale regelgeving

Het aandeel lokale regels waaraan een ziekenhuis onderworpen is bij haar dagelijkse werking is verwaarloosbaar klein en zal daarom in deze masterproef niet behandeld worden. Het gaat hier bijvoorbeeld om vestigings- of bouwvergunningen die geen directe invloed hebben op de dagelijkse werking van de Vlaamse ziekenhuizen.

2.3 Irritatiekosten

2.3.1 Irritatiekosten: situering

De begrippen administratieve lasten en informatieverplichtingen werden in de voorgaande hoofdstukken reeds uitgebreid besproken. Deze informatieverplichtingen brengen ook tal van irritaties met zich mee. Enerzijds de irritatie om te voldoen aan de informatieverplichting en anderzijds irritaties omwille van de omslachtige procedures bij het voldoen aan de informatieverplichtingen. Zo komt het in België wel eens voor dat regels van verschillende overheden tegenstrijdig zijn met elkaar of moet identiek dezelfde informatie vaak meerdere malen aan de verschillende overheden bezorgd worden. Deze dubbele handelingen brengen niet alleen extra kosten met zich mee, maar ook extra irritatie. Ook onduidelijke of tegenstrijdige wetgeving kan aanleiding geven tot irritatie. Zo is het in België niet altijd duidelijk welke overheid voor een bepaalde materie bevoegd is of bij welke instantie aan de administratieve verplichtingen voldaan moet worden.

Of er een verband is tussen de irritatiekosten en de frequentie van administratieve handelingen enerzijds of tussen de irritatiekosten en de omvang van de informatieverplichting anderzijds, wordt later in deze masterproef besproken.

2.3.2 Irritatiekosten: definitie

Een onderscheid dient gemaakt te worden tussen objectieve en subjectieve lasten.

Objectieve administratieve lasten zijn het gevolg van informatieverplichtingen die ofwel een hoge tijdsbesteding vragen van de actoren ofwel van toepassing zijn op een groot aantal actoren. Objectieve lasten wekken niet enkel irritatie op, maar betekenen ook een grote maatschappelijke kost. Bovendien brengen de objectieve lasten ook reële financiële kosten met zich mee. Dit zijn zowel de kosten van de benodigde tijd om te voldoen aan de informatieverplichting als die van de out-of-pocket kosten.

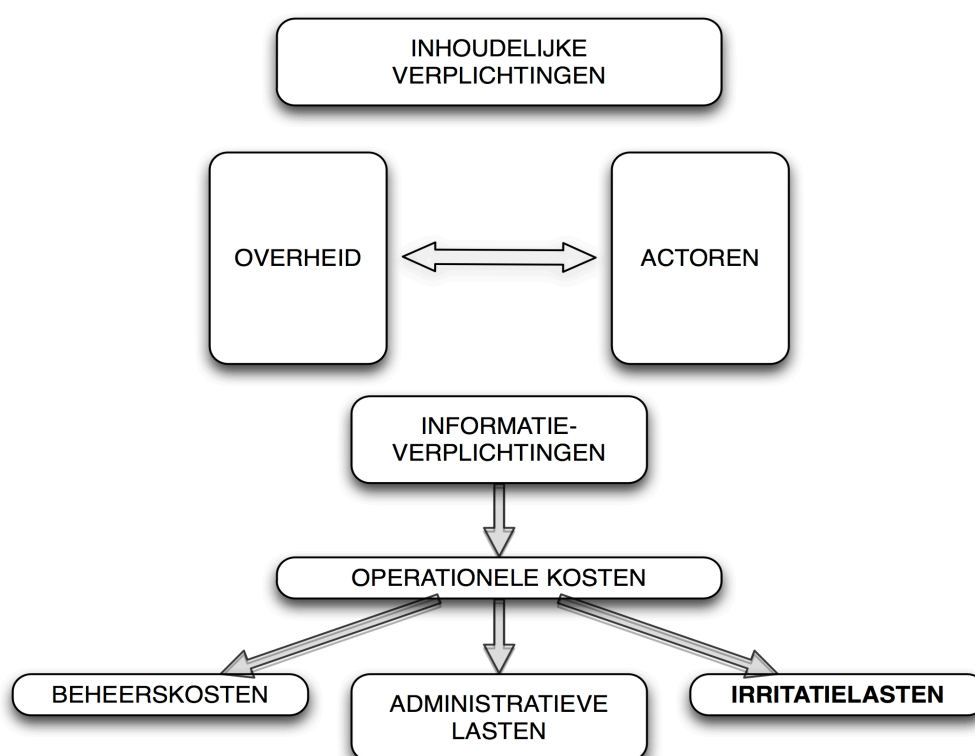
Subjectieve lasten daarentegen zijn het gevolg van informatieverplichtingen of administratieve handelingen die slechts weinig tijd vragen van de actor, maar deze wel irriteren omwille van de (subjectieve) irrelevantie van de verplichting.¹⁰ Voorbeelden van handelingen die leiden tot subjectieve administratieve lasten zijn: het veelvuldig opvragen van dezelfde gegevens, slechte timing van het opvragen van deze gegevens of het irrelevante van de gegevens zelf.

¹⁰ Dienst Wetsmatiging, (2010), Meten om te weten: *Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 19

Bovenop de reeds eerder besproken beheerskosten en administratieve lasten, kunnen we dus ook concluderen dat informatieverplichtingen ook aanleiding geven tot irritatielasten. Deze laatste zijn een niet te verwaarlozen onderdeel van de informatieverplichtingen.

Onderstaand schema geeft een overzicht van de administratieve verplichtingen en bijhorende administratieve lasten.

Afbeelding 4: schematische voorstelling van de administratieve verplichtingen en bijhorende lasten



Bron: Dienst Wetsmatiging (2010), Meten om te weten. Aangepaste afbeelding.

3.2.3 Irritatielasten: meten

De reden waarom het interessant is de irritatielasten verbonden aan verschillende administratieve handelingen te meten is dat een daling van de administratieve lasten door de betrokken actoren niet steeds als een even grote daling zal worden ervaren. Het is immers zo dat administratieve verplichtingen die weinig of geen irritatie met zich meebrengen - eens ze vereenvoudigd zijn - ook weinig of geen effect hebben op de totale irritatielast van de actoren.

3 Hoe kunnen administratieve lasten gemeten worden?

3.1 Waarom meten?

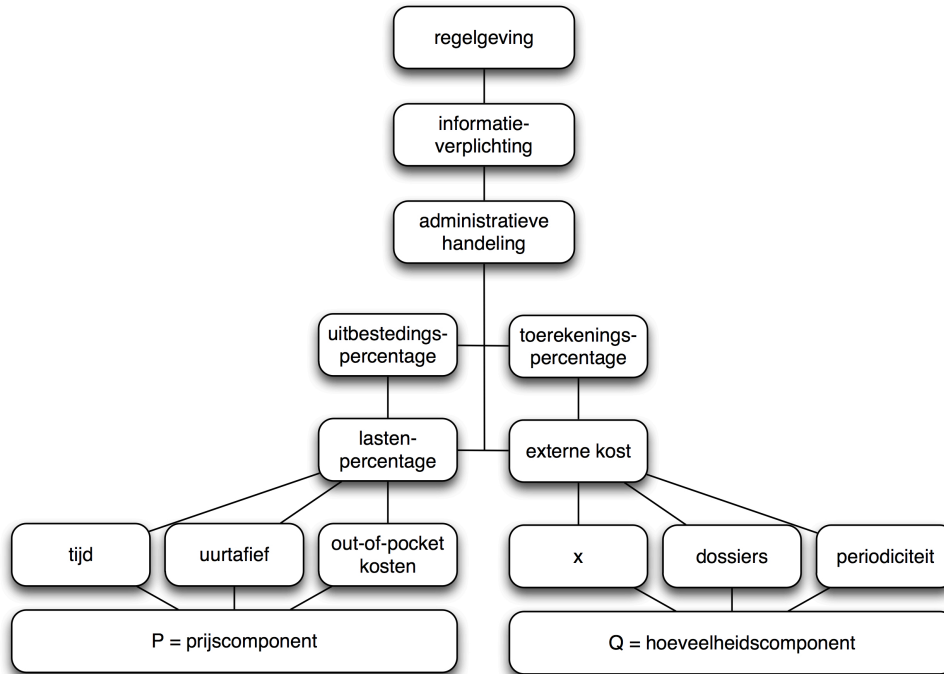
Het meten van de administratieve lasten heeft een aantal welomschreven redenen. Een eerste reden is dat een administratieve lastenmeting meer informatie geeft over de omvang - en eventueel de oorzaken - van de administratieve lasten in een bepaald regelgevingsdomein. Deze informatie is onontbeerlijk bij het in praktijk brengen van een vereenvoudigingsbeleid dat door de politieke wereld wordt nagestreefd.

Een tweede reden is dat de nulmeting van administratieve lasten resulteert in het formuleren van reductiedoelstellingen. Een nulmeting is echter geen wetenschappelijk onderzoek. Het verkregen cijfermateriaal heeft vooral een indicatieve waarde, vormt een startpunt voor administratieve vereenvoudiging en heeft in geen geval een statistische waarde. De nadruk moet dan ook enkel liggen op het aanreiken van haalbare vereenvoudigingsuggesties.

Los van de twee bovenstaande redenen, is het kwantificeren van administratieve lasten een verplichting. Onder andere in het kader van de compensatiemaatregel. Dit houdt in dat elke stijging in administratieve lasten gecompenseerd moet worden door een minstens even grote daling van de bestaande administratieve lasten. Het verlagen van de administratieve lasten van de bestaande regelgeving heeft immers geen enkele zin indien nieuwe regelgeving de administratieve lasten blijft verhogen. De compensatie is niet beperkt tot de regelgeving betreffende het individuele dossier, maar tot het beleidsdomein. Zo is er steeds voldoende mogelijkheid voor administratieve lastenverlaging. Ook bij de opmaak van een reguleringssimpactanalyse (RIA) moet er rekening gehouden worden met de administratieve lasten die nieuwe regelgeving met zich meebrengt.

3.2 Componenten van het begrip administratieve last

Afbeelding 5: componenten van het begrip administratieve last



Bron: Dienst Wetsmatiging, (2010), *Metten om te weten: Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 31

De omvang van administratieve lasten wordt berekend aan de hand van twee componenten: de prijs- en de hoeveelheidscomponent. We lichten de beide componenten en hun parameters hier kort toe.

De parameter tijd geeft weer hoeveel tijd de actoren spenderen aan hun verschillende administratieve handelingen, uitgedrukt in minuten. De Dienst Wetsmatiging stelt voor elke administratieve handeling standaardtijden beschikbaar. Zo neemt bijvoorbeeld het ontvangen van een aangetekende brief per definitie 2 minuten in beslag.

De kost van de tijd die aan administratieve handelingen besteed wordt, is voor alle actoren verschillend. Het uurtarief stemt overeen met de brutoloonkost van de betrokken actor plus overhead. De loonkost omvat de bedrijfsvoorheffing, sociale zekerheidsbijdragen, het vakantiegeld en de eindejaarspremie.¹¹ De loonkost wordt

¹¹ Dienst Wetsmatiging, (2010), *Metten om te weten: Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 13

tenslotte nog verhoogd met de overheadkosten. Zo is het standaarduurtarief van bijvoorbeeld een verpleegkundige 31 euro per uur.

Bovenop het uurtarief komen ook nog de out-of-pocket kosten. Dit zijn de kosten die door de verschillende actoren gemaakt worden om in regel te zijn met de informatieverplichting. Het kan gaan om verplaatsingskosten of de kosten van een aangetekende zending. Omdat deze kosten niet in het uurtarief worden opgenomen, maar toch een aanzienlijk deel van de totale kost bevatten, worden ze afzonderlijk in rekening gebracht.

De hoeveelheidscomponent bevat twee belangrijke parameters. De eerste is het aantal dossiers dat de administratie verwacht. Het aantal dossiers is belangrijker dan het aantal actoren, deze vormen niet altijd een één op één relatie. Één actor kan immers meer dan één dossier behandelen of meerdere actoren kunnen samen aan één dossier werken.

Tenslotte is de periodiciteit een zeer belangrijke parameter van de hoeveelheidscomponent. Het is belangrijk te weten wat de regelmaat van de informatieverplichting is. De Dienst Wetsmatiging hanteert volgende afspraken: jaarlijks = 1, halfjaarlijks = 2, vijfjaarlijks = 0,2, ... Dit wil zeggen dat een informatieverplichting die halfjaarlijkse plaatsvindt, een periodiciteit heeft van twee.

Alvorens we de totale administratieve last van een handeling bepalen, houden we nog rekening met volgende percentages:

- Het lastenpercentage geeft weer of een handeling een 100% administratieve last is, of ook voor een groot deel tot de kerntaak van de actoren behoort. Indien een handeling deels tot de kerntaak van de actor behoort, kan dit deel bij de berekening van de administratieve lasten procentueel worden bepaald.
- Het uitbestedingspercentage en de externe kost geven weer dat een aantal administratieve handelingen niet door de actoren zelf worden uitgevoerd. Het uitbesteden hiervan gaat gepaard met externe kosten.
- Het toerekeningspercentage tenslotte geeft weer hoeveel procent van de totale kost bij het naleven van verschillende informatieverplichtingen met eenzelfde document aan een bepaalde handeling kan worden toegerekend.

3.3 Standaard Kosten Model

Het Standaard Kosten Model (SKM) is wereldwijd de meest gehanteerde methode om administratieve lasten te meten. Het wordt tevens gebruikt door alle Europese lidstaten en door de Europese Commissie.

Het meetproces kan opgedeeld worden in drie grote deelprocessen¹²:

- Het opdelen van regelgeving in meetbare componenten (operationalisering)
- Het eigenlijke meten van administratieve lasten
- Het formuleren van concrete vereenvoudigingsacties

De concrete invulling van deze drie deelprocessen kan in iedere lidstaat verschillend zijn. Op Vlaams niveau is het de Dienst Wetsmatiging die gebruik maakt van het SKM om de administratieve lasten te meten die verbonden zijn aan de Vlaamse wet- en regelgeving. Op Belgisch niveau werd de Dienst voor Administratieve Vereenvoudiging opgericht met als doel een vereenvoudigingsprogramma voor de federale overheidsdiensten te initiëren en het vereenvoudigingsbeleid van de regering en in het bijzonder van de Minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen te ondersteunen.¹³

In België en Vlaanderen geeft men aan het SKM een eigen invulling die besproken wordt in de punten 3.3.1 tot en met 3.3.6

3.3.1 Afbakening van het regelgevingsdomein

Alvorens de administratieve lasten berekend kunnen worden, is het aangewezen een strikte afbakening van het regelgevingsdomein te bepalen. In het kader van deze masterproef is dat het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin.

3.3.2 Identificatie van de betrokken doelgroep(en)

Bij de inventarisatie van administratieve lasten is het gewenst een overzicht te hebben van de verschillende doelgroepen die de administratieve lasten ervaren. Deze doelgroepenbenadering heeft verscheidene voordelen. Ze maakt onder andere de voortgang op het vlak van administratieve vereenvoudiging zichtbaarder voor de doelgroepen. Concrete vereenvoudigingsmaatregelen, toegespitst op een bepaalde doelgroep, maken de acties tastbaarder voor de verschillende actoren. Ook biedt de

¹² Dienst Wetsmatiging, (2010), *Metten om te weten: Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 22

¹³ <http://kanselarij.belgium.be/nl/dav/>

doelgroepenbenadering een betere vergelijkingsbasis. Het wordt immers eenvoudiger de administratieve last per actor te berekenen.

De dienst Wetsmatiging benoemt de volgende vier hoofddoelgroepen:

- burgers
- ondernemingen
- instellingen
- lokale overheden

3.3.3 Inventarisatie van de informatieverplichtingen en opdeling in administratieve handeling per doelgroep

Bij de inventarisatie van de informatieverplichtingen is het belangrijk het onderscheid te maken tussen de inhoudelijke verplichtingen en de informatieverplichtingen. Indien dit onderscheid niet eenduidig is, wordt er een procentuele toewijzing gedaan van de informatieverplichtingen die ook een administratieve last zijn. Ook de niet expliciet benoemde of verborgen informatieverplichtingen en de informatieplicht aan derden worden geïventariseerd.

3.3.4 Verzameling parameters tijd, tarief en frequentie

Een administratieve last wordt berekend aan de hand van acht parameters, deze werden eerder besproken in het schema "Componenten van het begrip administratieve last". De kosten van de handeling worden berekend aan de hand van drie parameters – tijd, uurtarief en out-of-pocket kosten – die samen de prijscomponent vormen. En de hoeveelheidscomponent, die bestaat uit het aantal dossiers en de periodiciteit.

3.3.5 Berekening van de administratieve lasten

Indien men de prijs- en hoeveelheidsparameters van het nieuwe regelgevingsdocument samenvoegt, kan men op eenvoudige wijze de totale kost van de administratieve handelingen berekenen.

3.3.6 Rapportage

Rapportage gebeurt in de RIA of in een nota aan de Vlaamse Regering.

4 Beschrijving ziekenhuislandschap

Om een goed beeld te scheppen van de omvang van de administratieve lasten in de Vlaamse ziekenhuizen, is het van belang een goed beeld te hebben van de sector als geheel. Daarom volgt hieronder een korte – en daarom zeker niet volledige – beschrijving van het ziekenhuislandschap in Vlaanderen.

4.1 Algemene ziekenhuizen

In dit hoofdstuk hebben alle cijfers betrekking op de algemene ziekenhuizen, ofwel alle niet psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen. Dit gegeven sluit echter niet uit dat een dergelijk ziekenhuis wel een psychiatrische afdeling heeft. De algemene ziekenhuizen kan men opdelen in 3 aparte categorieën van ziekenhuizen.

Als eerste zijn er de universitaire ziekenhuizen, deze zijn verbonden aan een academische faculteit geneeskunde. Per faculteit met een volledig leerplan geneeskunde, wordt er één universitair ziekenhuis erkend. Er worden niet enkel patiënten verzorgd, maar ook artsen en verpleegkundigen opgeleid. Tenslotte houdt een deel van het personeel zich ook bezig met wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van nieuwe technologieën.

De categorale ziekenhuizen zijn ziekenhuizen die vaak specifieke zorg bieden aan een beperkte doelgroep. De acute ziekenhuizen, zijn de 'gewone' algemene ziekenhuizen. Dit wil zeggen dat ze niet tot de categorieën universitair of categoriaal behoren.

4.1.1 Inrichtingen

In 2008 zijn er in Vlaanderen 74 unieke, erkende ziekenhuizen. Dit aantal kan men onderverdelen in 4 universitaire, 56 acute en 14 categorale ziekenhuizen. Het aantal erkende uitbatingsplaatsen overstijgt het aantal erkende ziekenhuizen: in 2008 zijn er in Vlaanderen 118 erkende uitbatingsplaatsen. Dit ten opzichte van de slechts 74 erkende inrichtingen. Een ziekenhuis kan immers meerdere uitbatingsplaatsen hebben. Zo heeft het pas gefusioneerde Limburgse Jessa-ziekenhuis drie campussen: twee in Hasselt en één in Herk-de-Stad.

Onderstaande tabel geeft de evolutie van zowel het aantal erkende ziekenhuizen als het aantal erkende uitbatingsplaatsen in Vlaanderen weer. We stellen een duidelijke daling in het aantal ziekenhuizen vast. Tussen 2000 en 2008 is het aantal erkende ziekenhuizen in Vlaanderen met zeventien gedaald. Dat is een daling van negentien procent. Deze daling is niet zomaar een gevolg van ziekenhuizen die de deuren sluiten, het is ook een gevolg van de vele fusies die de afgelopen jaren hebben

plaatsgevonden. Dit wordt duidelijk omdat het aantal uitbatingsplaatsen slechts met vijftien procent gedaald is, ten opzichte van het aantal ziekenhuizen dat met negentien procent daalde.

Tabel 2: evolutie van het aantal ziekenhuizen in Vlaanderen

	2000	2002	2004	2006	2008
Universitaire ziekenhuizen	4	4	4	4	4
Aantal uitbatingsplaatsen	5	6	6	6	6
Acute ziekenhuizen	69	63	62	59	56
Aantal uitbatingsplaatsen	116	108	106	101	98
Categorale ziekenhuizen	18	18	17	16	14
Aantal uitbatingsplaatsen	18	18	17	16	14
Totale aantal ziekenhuizen	91	85	83	79	74
Totale aantal uitbatingsplaatsen	139	132	129	123	118

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. *Hoeveel algemene ziekenhuizen zijn er?* Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Centraal in de achterliggende gedachte staan de begrippen schaalvergroting en specialisatie. Het is niet mogelijk om alle kleine ziekenhuizen financieel rendabel te houden. Door bijvoorbeeld vier kleine ziekenhuizen met elk een eigen magazijn en apotheek samen te brengen, is het mogelijk om veel efficiënter te werken. De middelen die hierdoor vrijkomen investeren die ziekenhuizen in kwaliteitsverhogende maatregelen.¹⁴

Het is ook van groot belang dat ziekenhuizen specialiseren. Zo is het economisch niet rendabel om in elk ziekenhuis alle behandelingen aan te bieden. Ziekenhuizen moeten voor aandoeningen waarin zijn niet gespecialiseerd zijn, de patiënt durven doorverwijzen naar een ander ziekenhuis. Dit is niet eenvoudig, andere ziekenhuizen zijn immers zowel partner als concurrent.

¹⁴ Lien Vanden Broucke, (2010), Schaalvergroting als basis voor specialisatie en kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg: 26

Tabel 2 geeft de evolutie van het aantal ziekenhuisbedden weer. Er is in de periode tussen 2000 en 2008 een daling van twee procent in het aantal ziekenhuisbedden. Deze daling is echter niet lineair te verdelen over de verschillende soorten ziekenhuisbedden. Zo daalt het aantal hospitalisatiebedden in bepaalde diensten met tien procent, terwijl deze in andere diensten stijgt met meer dan 200 procent.

Tabel 3: evolutie van het aantal ziekenhuisbedden in Vlaanderen

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
31.474	31.279	31.115	31.141	30.939	30.952	30.844	30.872	30.840

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. *Hoeveel algemene ziekenhuizen zijn er?* Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

4.1.2 Personeelscijfers

Vlaamse ziekenhuizen stellen in 2007 84.414 personeelsleden tewerk. Tabel drie geeft een overzicht van welk soort personeelsleden in de verschillende soorten ziekenhuizen tewerkgesteld worden.

Tabel 4: aantal personeelsleden naar functie en soort ziekenhuis, Vlaams Gewest, 2007.

Soort personeel	AZ	CZ	UZ	totaal
Artsen	6.488	96	2.806	9.390
Verplegend personeel	29.205	752	6.771	36.728
Verzorgend personeel	3.838	549	789	5.176
Paramedisch personeel	4.776	378	1.627	6.781
Administratief personeel	8.074	214	2.879	11.167
Ander personeel	12.012	545	2.615	15.172
Totaal	64.353	2.534	17.487	84.414

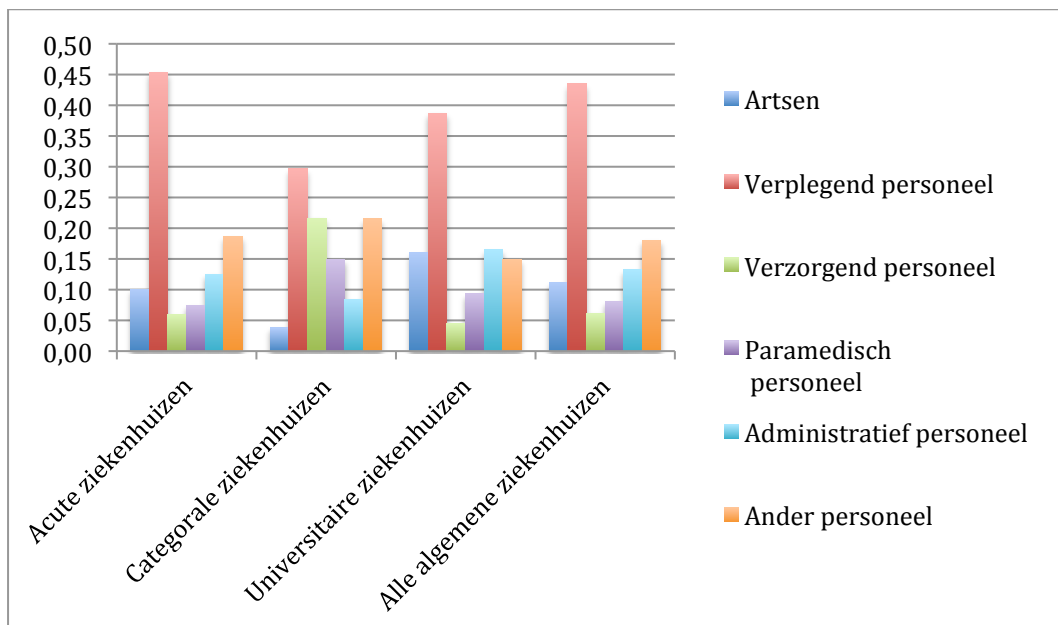
Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. *IZAG Registratie*. Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Deze cijfers worden duidelijker als we deze omzetten in procenten. Zo is het duidelijk dat het verplegend personeel in alle ziekenhuizen de grootste groep is: zij beslaan 30 à 45 procent van het totaal personeelsbestand. Dit aandeel is het grootst in de acute ziekenhuizen, gevolgd door de universitaire en de categorale ziekenhuizen.

Het grootste verschil in tewerkstelling merken we op bij de artsen. In de categorale ziekenhuizen is slechts vier procent van het personeel arts, terwijl dit in de acute ziekenhuizen tien procent is en in de universitaire ziekenhuizen zelfs zestien procent.

Er worden in de Vlaamse ziekenhuizen 11.167 administratieve werkrachten tewerk gesteld. Dit is dertien procent van het totale personeelsbestand. In de universitaire ziekenhuizen heeft men in verhouding het dubbele aantal aan administratieve personeelsleden in dienst tot de categorale ziekenhuizen. Later in deze masterproef zal blijken wat hiervan de oorzaken zijn.

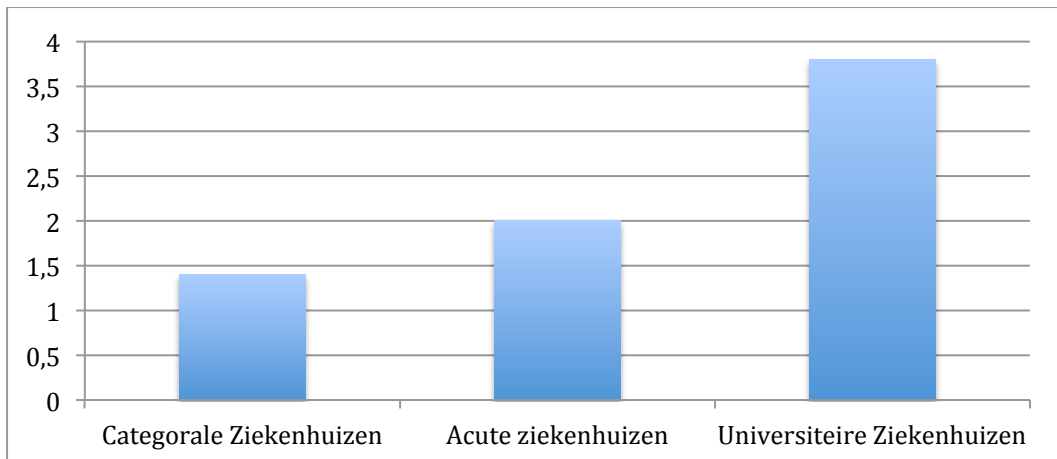
Afbeelding 6: aandeel verschillende functies in de verschillende ziekenhuizen



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. *IZAG Registratie*. Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Het aantal voltijdse equivalenten (VTE) verschilt niet naargelang de grootte van het ziekenhuis, maar wel naargelang het type ziekenhuis. Zo stelt een universitair ziekenhuis per ziekenhuisbed 3,6 voltijdse equivalenten tewerk. In een acuut ziekenhuis zijn er dit maar 2 VTE en in een categoriaal ziekenhuis zelfs maar 1,4 VTE.

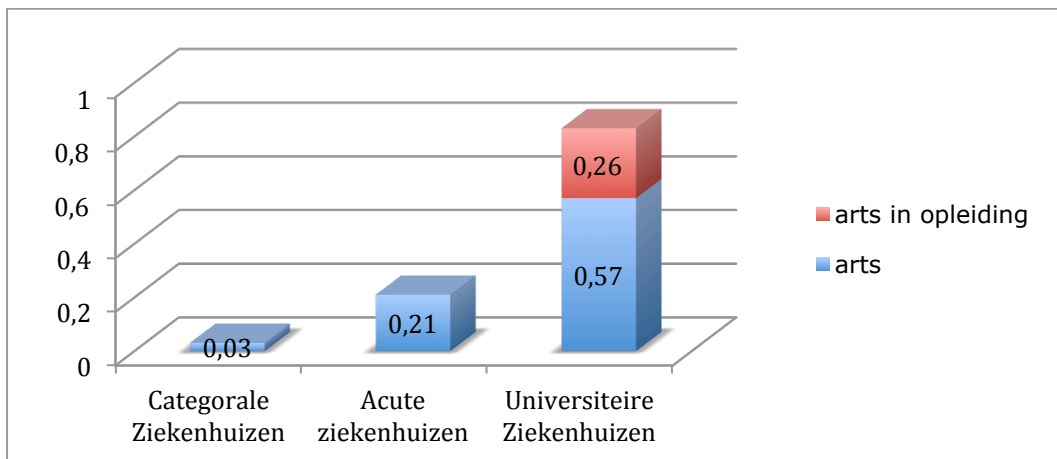
Afbeelding 7: aantal VTE per ziekenhuisbed volgens soort ziekenhuis



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. *IZAG Registratie*. Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Een nog groter verschil is vast te stellen in het aantal artsen per ziekenhuisbed. Een categoriaal ziekenhuis heeft 1 arts per 33 bedden, oftewel 0,03 VTE per ziekenhuisbed. Een acuut ziekenhuis stelt, afhankelijk van de grootte, tussen de 0,19 en 0,23 artsen per ziekenhuisbed tewerk. In een universitair ziekenhuis kan men beschikken over 0,57 VTE artsen per ziekenhuisbed, aangevuld met nog eens 0,26 VTE artsen in opleiding per ziekenhuisbed.

Afbeelding 8: aantal VTE artsen per ziekenhuisbed volgens soort ziekenhuis

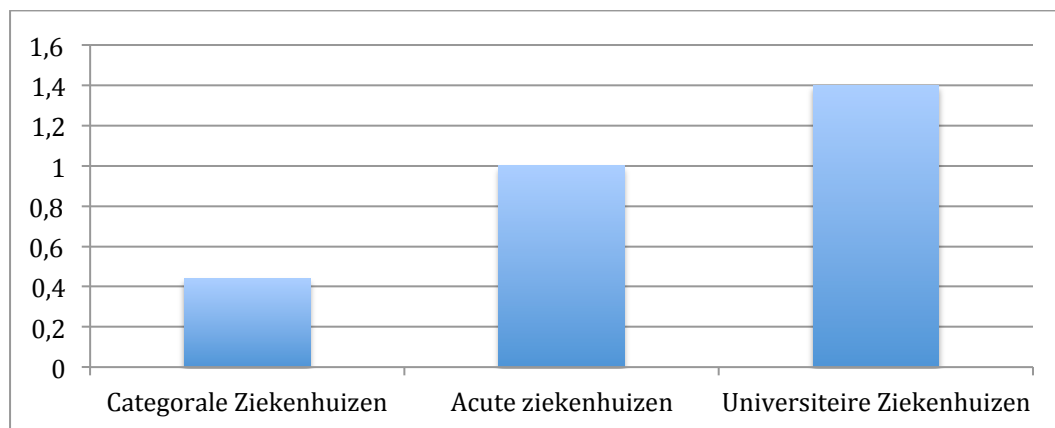


Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. *IZAG Registratie*. Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Ook het aantal verplegende personeelsleden per ziekenhuisbed verschilt naar type ziekenhuis. Het kleinste aantal VTE's is te vinden in de categoriale ziekenhuizen: 0,44

VTE per ziekenhuisbed. In de acute ziekenhuizen is er 1 VTE beschikbaar per ziekenhuisbed en in een universitair ziekenhuis beschikt men over 1,4 VTE's.

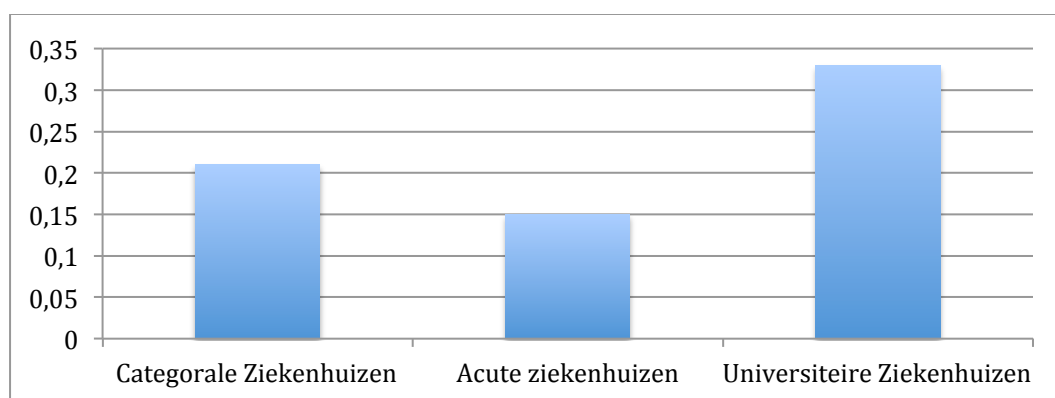
Afbeelding 9: aantal VTE verplegend personeel per ziekenhuisbed volgens soort ziekenhuis



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. *IZAG Registratie*. Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Een andere verdeling is vast te stellen in het aantal verzorgenden en paramedici per ziekenhuisbed. Voor de verzorgenden zijn geen exacte cijfers beschikbaar, voor de paramedici wel. Zo zijn er in een categoriaal ziekenhuis meer paramedici dan in de algemene ziekenhuizen: 0,21 versus 0,15 VTE per ziekenhuisbed. Een universitair ziekenhuis kan dan weer beschikken over het grootst aantal VTE's paramedici per ziekenhuisbed: 0,33.

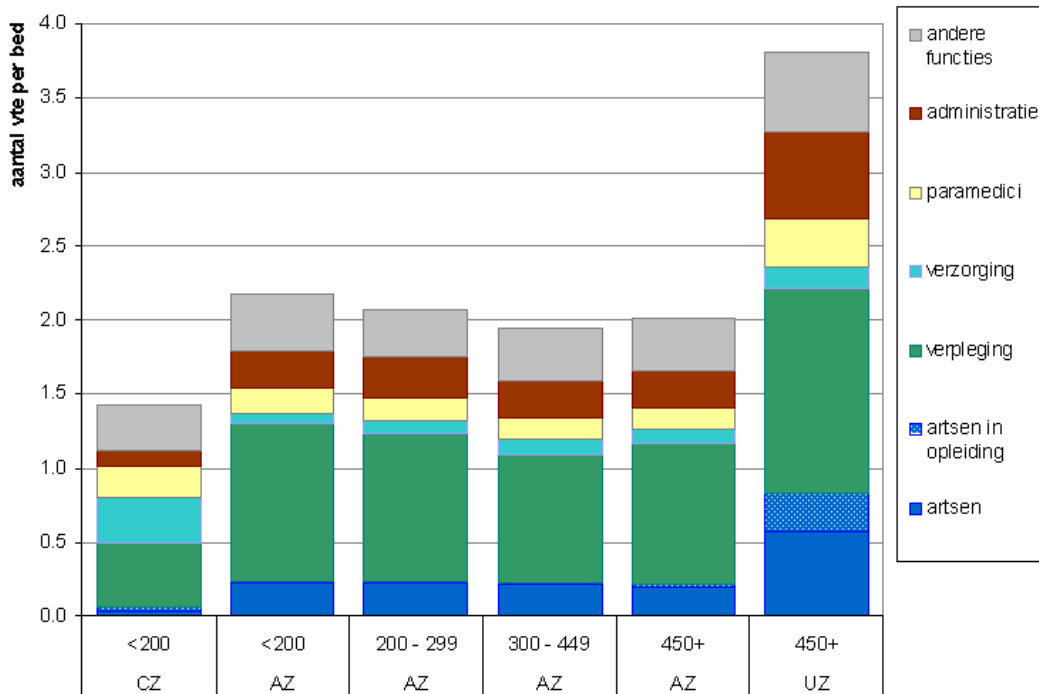
Afbeelding 10: aantal VTE paramedici per ziekenhuisbed volgens soort ziekenhuis



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. *IZAG Registratie*. Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Onderstaande tabel geeft een algemeen overzicht van het beschikbaar personeel in de verschillende ziekenhuizen, gerangschikt naar categorie en grootte.

Afbeelding 11: aantal VTE personeel per ziekenhuisbed volgen grootte van ziekenhuis



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. *IZAG Registratie*. Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Een belangrijke evolutie is het stijgend aantal vrouwen in de gezondheidszorg. De medische omkadering wordt tegelijk schaarser en vrouwelijker. Enerzijds studeren er jaarlijks te weinig medici af om aan de vraag tegemoet te komen, anderzijds is het grote deel van de afgestudeerden van het vrouwelijke geslacht. Dit is belangrijk naar de toekomst toe omdat vrouwen, wegens een veelvoud van redenen, minder vaak beschikbaar zijn dan hun mannelijke collega's.

4.2 Psychiatrische ziekenhuizen

De case study verder in deze masterproef zal zich vooral toespitsen op de algemene ziekenhuizen. Toch is het – om een volledig overzicht te geven – noodzakelijk om ook de evolutie in het aantal psychiatrische inrichtingen en hun uitbatingsplaatsen te bespreken.

In tegenstelling tot de algemene ziekenhuizen, zijn er maar een beperkt aantal psychiatrische ziekenhuizen die meerdere uitbatingsplaatsen hebben. Het aantal psychiatrische ziekenhuizen daalde tussen 2000 en 2008 met één ziekenhuis, terwijl het aantal uitbatingsplaatsen steeg met 2 eenheden. Het totaal aantal bedden daalde tussen 2000 en 2002 met 300 bedden, maar bleef in de daarop volgende jaren constant op 10.200 bedden.

Tabel 5: evolutie psychiatrische ziekenhuizen

	2000	2002	2004	2006	2008
Aantal psychiatrische ziekenhuizen	40	40	40	39	39
Aantal uitbatingsplaatsen	42	44	44	44	44
Totaal aantal bedden	10.574	10.218	10.228	10.201	10.206

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. *Evolutie van het aantal psychiatrische ziekenhuizen, uitbatingsplaatsen en bedden*. Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

5. Administratieve lasten in Vlaamse ziekenhuizen

5.1 Artsen

5.1.1 Verschillende manieren van samenwerking tussen arts en ziekenhuis

Wanneer we de administratieve lasten bekijken vanuit het standpunt van de artsen moet het eerste grote onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende manieren waarop de artsen samenwerken met het ziekenhuis en hoe hun erelonen en supplementen geïnd worden.

In Vlaanderen zijn er drie manieren van looninning. Een eerste groep van artsen staat zelf in voor de inning van zijn of haar erelonen en supplementen. Een tweede groep laat zijn of haar erelonen innen en beheren door een onafhankelijke instelling. Een voorbeeld hiervan is de firma LTD3: een nationaal werkende tarifieringsdienst die gespecialiseerd is in de administratieve verwerking van geneeskundige zorgverstrekkingen. De derde, meest gangbare, manier is deze van de centrale inning. Hierbij staat het ziekenhuis in voor de inning van de erelonen en de supplementen.

Het systeem van centrale inning geniet de voorkeur van de meeste ziekenhuizen en heeft voor het ziekenhuis onder andere volgende voordelen:

- Indien het ziekenhuis zelf instaat voor de inningen bij de patiënten, beschikt ze over veel uitgebreider en gedetailleerder cijfermateriaal betreffende de verschillende pathologiën. Dit cijfermateriaal is dan weer belangrijk voor de financiering van de ziekenhuizen. De ziekenhuizen worden immers voor een groot deel gefinancierd in functie van het aantal en het soort behandelde pathologiën.
- Het centraal innen zorgt ook voor een relatief grotere omzet: indien de arts zelf instaat voor de inning bij de patiënt, draagt slechts het deel van de afdracht van de arts bij tot de totale omzet van het ziekenhuis. Indien het ziekenhuis zelf instaat voor de inning, draagt het totaalbedrag van de inning bij tot de omzet van het ziekenhuis. Dit is vooral belangrijk indien er externe financieringsbronnen nodig zijn.
- Het ziekenhuis kan met het systeem van centrale inning meer controle uitoefenen dan bij de andere systemen.
- Bij niet-betaling door de patiënt wordt het niet-betaalde bedrag volgens een voorafbepaalde verdeelsleutel verdeeld tussen het ziekenhuis en de arts. Een groot aantal niet betalingen blijft echter zonder gevolg: indien het factuur

bedrag niet groter is dan 25 euro, zal het ziekenhuis geen verdere kosten maken om het bedrag te innen. Openstaande bedragen tot 150 euro worden individueel beoordeeld.

In de praktijk betekent het systeem van centrale inning dat de arts zelf zijn deel van de ziekenhuisboekhouding zou moeten controleren. Er is immers geen enkel controlemechanisme waarmee de arts de correctheid van de betaalde erelonen op een snelle en efficiënte manier kan controleren. Op dit moment is dit in de meeste gevallen een taak van het administratief ondersteunend personeel. Zij moeten, in de meeste gevallen via steekproeven, zowel de tarificatie als de supplementen controleren. Indien deze steekproef onregelmatigheden aan het licht brengt, zal de volledige administratie doorgelicht worden.

Een bijkomende moeilijkheid waarmee de ziekenhuizen te kampen hebben, is de manier waarop de verschillende entiteiten in een ziekenhuis samenwerken. Een voorbeeld: de arts krijgt voor het uitvoeren van een bepaalde handeling een vooraf bepaald ereloon waarvan hij een deel afstaat aan het ziekenhuis. Indien de administratieve afhandeling moet gebeuren door het verplegend of administratief personeel, komen deze kosten ten laste van het ziekenhuis. Indien de arts deze afhandeling doet, kost dit het ziekenhuis niets. Al het werk dat de arts dus bovenop de effectieve behandeling doet, is gratis voor het ziekenhuis.

5.1.2 Accreditatie

Ook dienen artsen elk jaar een accreditatie te krijgen om als erkend geneesheer medische zorgen te mogen verstrekken. Dit moet op twee manieren: enerzijds moet de arts kunnen aantonen dat hij het beroep feitelijk uitoefent. Dit kan door middel van het aantal patiëntcontacten in kaart te brengen. Anderzijds moet de arts zich ook continu bijscholen. Hij moet per jaar 200 accreditatiepunten behalen om zijn accreditatie niet te verliezen. 200 accreditatiepunten komt overeen met een gemiddelde van tien bijscholingen per jaar.

5.1.3 Kwaliteitscontrole

Kwaliteitscontrole is voor vele artsen een grote bron van ergernis. Het kwaliteitslabel voor ziekenhuizen is het NIAZ-kwaliteitslabel (Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuizen). Dit betekent dat het ziekenhuis kan aantonen dat het op reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van kwaliteit van zorg kan voortbrengen. Enkele voorbeelden waarmee het ziekenhuis rekening moet houden zijn onder andere radioprotectie en het bijhouden van een groot aantal statistieken.

5.2 Verpleegkundigen

De groep die echter het leeuwendeel van de administratie in een ziekenhuis voor zijn rekening neemt, is de groep verpleegkundigen. Uiteraard beslaat deze administratie niet het opstellen van de boekhouding en het innen van facturen etc., maar wel alle administratie die voortvloeit uit het verlenen van zorg aan de patiënt.

5.2.1 Algemeen

De administratieve lasten van verpleegkundigen kunnen worden opgedeeld in vier grote categoriën:

- het verpleegdossier
- minimaal verpleegkundige gegevens-registratie
- interne preventiecampagnes
- studies georganiseerd door de overheid

Het verpleegdossier vormt samen met het medisch dossier het patiëntendossier. Het verpleegdossier is een persoonlijk dossier dat deel uitmaakt van de geïntegreerde verpleegkunde. Het opmaken en correct invullen van dit verpleegdossier is bij wet verplicht en vormt de basis van het systematisch verpleegkundig handelen.

De vormgeving van dit verpleegdossier verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis, maar de inhoud is grotendeels gelijk. Het niet of onvolledig invullen van deze gegevens, brengt niet alleen de goede zorg aan de patiënt in het gedrang, maar heeft ook een negatieve invloed op de financiering van het desbetreffende ziekenhuis.

De aanzet tot het verpleegdossier - zoals het nu bestaat - zijn de minimale ziekhuisgegevens, bestaande uit de minimale verpleegkundige gegevens en de minimaal klinische gegevens.

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu stelt dat de minimale ziekenhuisgegevens een tweeledig doel hebben¹⁵:

- Het ondersteunen van het gezondheidsbeleid door onder andere: het bepalen van de behoefte inzake ziekenhuisinstellingen, het vaststellen van kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen voor de ziekenhuizen en hun diensten, de organisatie van de financiering van de ziekenhuizen, het

¹⁵ FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, MZG, geraadpleegd op 15 juli 2011 [http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD\(MinimumHospitalData\)/index.htm?fodnl ang=nl](http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD(MinimumHospitalData)/index.htm?fodnl ang=nl)

uitstippelen van een beleid betreffende de uitoefening van de geneeskunde, de verpleegkunde en de paramedische beroepen en tenslotte het uitstippen van een epidimologisch beleid.

- Het gezondheidsbeleid in het ziekenhuis ondersteunen, met name via een algemene en individuele feedback zodat de ziekenhuizen zich ten opzichte van andere ziekenhuizen kunnen situeren en daardoor hun intern beleid kunnen bijsturen.

Een andere belangrijke bron van administratie zijn de interne preventiecampagnes. Deze administratieve handelingen komen bovenop het invullen van het verpleegdossier. De gegevens die reeds zijn ingevuld, moeten vaak een tweede keer, al dan niet elektronisch, worden ingevuld. Voorbeelden hiervan zijn het bepalen van het geriatrisch risicoprofiel en de decubituspreventie (preventie van doorligwonden).

De laatste, vaak voorkomende, administratieve handeling is het deelnemen aan studies georganiseerd door de overheid. Belangrijk om te vermelden is dat het doel niet meer rechtstreeks in verband staat met het bieden van eerstelijnszorg aan de patiënt. Op korte termijn hebben deze studies een negatieve invloed op de zorg aan de patiënt. Tijdens het deelnemen aan deze studies, kan de verpleegkundige immers geen zorg bieden aan de patiënt. Het resultaat op lange termijn is niet te voorspellen, maar is hopelijk wel positief.

5.2.2 Case Study Ziekenhuis Oost-Limburg

Om een correct beeld te scheppen van hoe het administratieve werkveld eruit ziet, is het belangrijk een voldoende grote respons te hebben op de enquête. Daarom is er gekozen om een case study te doen waarbij het aantal respondenten zeer groot is ten opzichte van de totale doelgroep. De verpleegkundigen van het Ziekenhuis Oost-Limburg - Campus Sint-Barbara waren bereid hun medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Het is niet mogelijk de resultaten – met wetenschappelijke zekerheid – te extrapoleren naar heel Vlaanderen. De verkregen resultaten gelden immers niet voor de universitaire en categorale ziekenhuizen. Maar ze geven wel een correct beeld van de administratieve lasten voor de 1428 verpleegkundigen van het Ziekenhuis Oost-Limburg.

5.2.2.1 Algemene situering steekproef

De steekproef werd uitgevoerd in het Ziekenhuis Oost-Limburg, één van de twee grote Limburgse ziekenhuizen. Het Ziekenhuis Oost-Limburg telt 814 erkende bedden, samen goed voor een totaal van 33.666 patiënten en 336.211 ligdagen per jaar. 1428

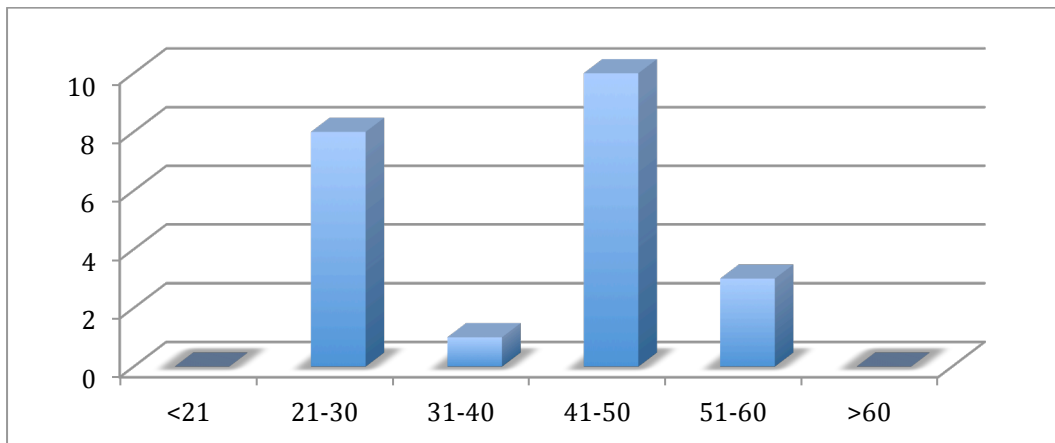
personen staan in voor de verpleging van de patiënten. Het aantal VTE verpleegkundigen bedraagt 1034,40.

In totaal vulden 30 respondenten de vragenlijst in. Hierbij waren twee ingevulde enquêtes waarmee we geen rekening zullen houden, vermits deze zeer abnormale resultaten vertonen. Onderstaande resultaten gelden dus steeds voor de 28 respondenten die de vragen correct hebben beantwoord. De drie hoofdverpleegkundigen vulden bovendien slechts een gedeelte van de vragen in. Zij staan immers niet meer rechtstreeks in voor de zorg aan de patiënt, maar hebben een veel breder takenpakket. Zo vullen zij het verpleegdossier niet zelf in, maar hebben ze bijvoorbeeld wel een mening over maatregelen die de administratieve lasten kunnen verminderen.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de respondenten, alsook van de betrokken diensten.

Onze respondenten hebben een gemiddelde leeftijd van 39 jaar en 4 maanden. Een persoon met een leeftijd van om en bij de 40 jaar is normalerwijze in de helft van zijn loopbaan. We kunnen echter niet spreken van een normaal verdeelde leeftijdscurve. Er is een groot aantal jonge verpleegkundigen actief, samen met een grote groep 40-plussers. Opvallend is dat er slechts één respondent een leeftijd heeft tussen de 31 en de 40 jaar. Dit is een mogelijk een gevolg van het feit dat mensen zeer graag in een ziekenhuis willen werken, maar liefst niet bed-side. Jonge, net afgestudeerde verpleegkundigen beginnen te werken in een ziekenhuis, maar vatten terwijl een hogere studie aan. Na het behalen van dit extra diploma, meestal rondom hun 27e, beoefenen ze dan een niet-bed-side functie in hetzelfde ziekenhuis of verlaten ze het ziekenhuis om elders aan de slag te gaan. 60-plussers zijn er niet aan het werk. Onderstaand schema vat dit nog eens samen.

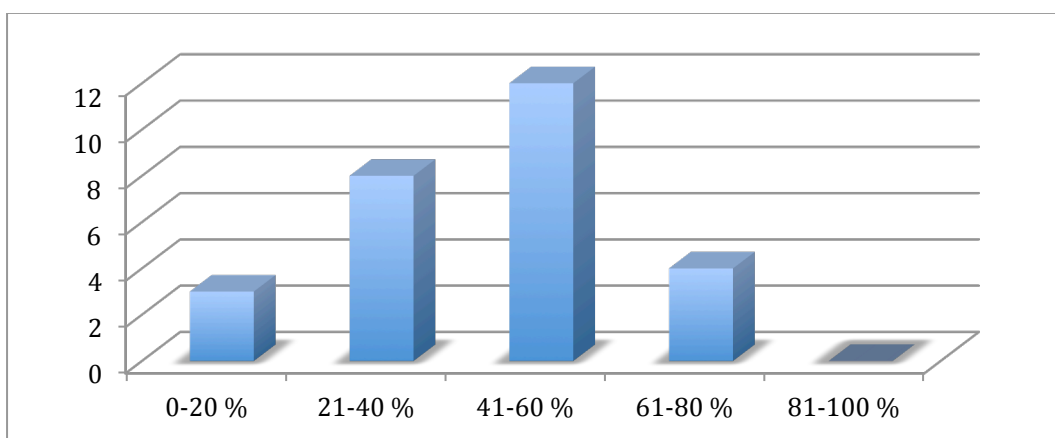
Afbeelding 12: leeftijd respondenten



Bron: eigen onderzoek

Indien aan de respondenten gevraagd wordt hoeveel procent van hun totale tijdsbesteding ze bezig zijn met het uitvoeren van administratieve handelingen, kan er verwacht worden dat dit slechts een klein aandeel is. Niets is echter minder waar: de respondenten schatten dat ze gemiddeld maar liefst 43 procent van hun tijd besteden aan administratieve handelingen. Uit de verdere bevraging zal blijken dat dit een zeer correct geschat cijfer is. Vijf respondenten schatten dat ze minder dan 20 procent van hun tijd bezig zijn met het vervullen van administratieve formaliteiten, acht respondenten schatten dit percentage tussen 21 en 40 procent, twaalf schatten het percentage tussen 41 en 60 procent en vier respondenten tenslotte schatten het percentage tussen 61 en 80 procent. Niemand denkt meer dan 80 procent van zijn tijd met administratieve handelingen bezig te zijn. Onderstaande tabel geeft een schematisch overzicht van de verkregen antwoorden.

Afbeelding 13: percentage administratieve handelingen in de totale tijdsbesteding van de verpleegkundige



Bron: eigen onderzoek

Indien er aan de respondenten gevraagd wordt of ze dit percentage weinig, gemiddeld of veel vinden, is er een duidelijke afscheiding. Geen enkele respondent – zelfs niet de respondenten die schatten slechts minder dan 20 procent van hun tijd met administratieve formaliteiten bezig te zijn - vindt dit een laag percentage. Vier respondenten vinden dit percentage gemiddeld en de grootste groep van 23 respondenten, in totaal maar liefst 85 procent, vindt dat ze veel met administratieve formaliteiten bezig zijn.

Geen enkele van de ondervraagde diensten heeft een apart secretariaat op de dienst. Later zal blijken dat het installeren van een apart secretariaat een positieve invloed kan hebben op de irritatielasten verbonden aan administratieve handelingen. Elke verpleegkundige kan dan immers een groter aandeel van zijn tijd besteden aan datgene waar hij voor opgeleid is. De administratieve taken daarentegen worden uitgevoerd door niet-medisch geschoold personeel.

Bij de bevroegde diensten waren er geen uitgesproken afwijkingen qua aantal bedden of qua aantal medewerkers op de dienst. Er waren gemiddeld 23 verpleegkundigen voor 25,5 bedden.

5.2.3 Verpleegdossier

Zoals in het vorige hoofdstuk reeds besproken werd, is het verpleegdossier een onderdeel van het patiëntendossier. Het verpleegdossier is een persoonlijk dossier dat deel uitmaakt van de geïntegreerde verpleegkunde. Het opmaken en correct invullen van dit verpleegdossier is bij wet verplicht.

De vormgeving van dit verpleegdossier verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis, maar de inhoud is grotendeels gelijk. Het niet of onvolledig invullen van deze gegevens brengt niet alleen de goede zorg aan de patiënt in het gedrang, maar heeft ook een negatieve invloed op de financiering van het desbetreffende ziekenhuis. Of, en in welke mate dit verpleegdossier administratieve en irritatielasten veroorzaakt, wordt onderzocht in onderstaande paragrafen. Op welke manier leiden administratieve handelingen tot een kost? Hebben ze een hoge frequentie? Of neemt het eenmaal uitvoeren van de handeling een lange tijd in beslag? Graag maken we ook een schatting van de totale kost van administratieve handelingen verbonden aan het verpleegdossier in de Vlaamse ziekenhuizen. Op het einde van dit hoofdstuk, wordt dan de opdeling gemaakt tussen administratieve handelingen en administratieve lasten.

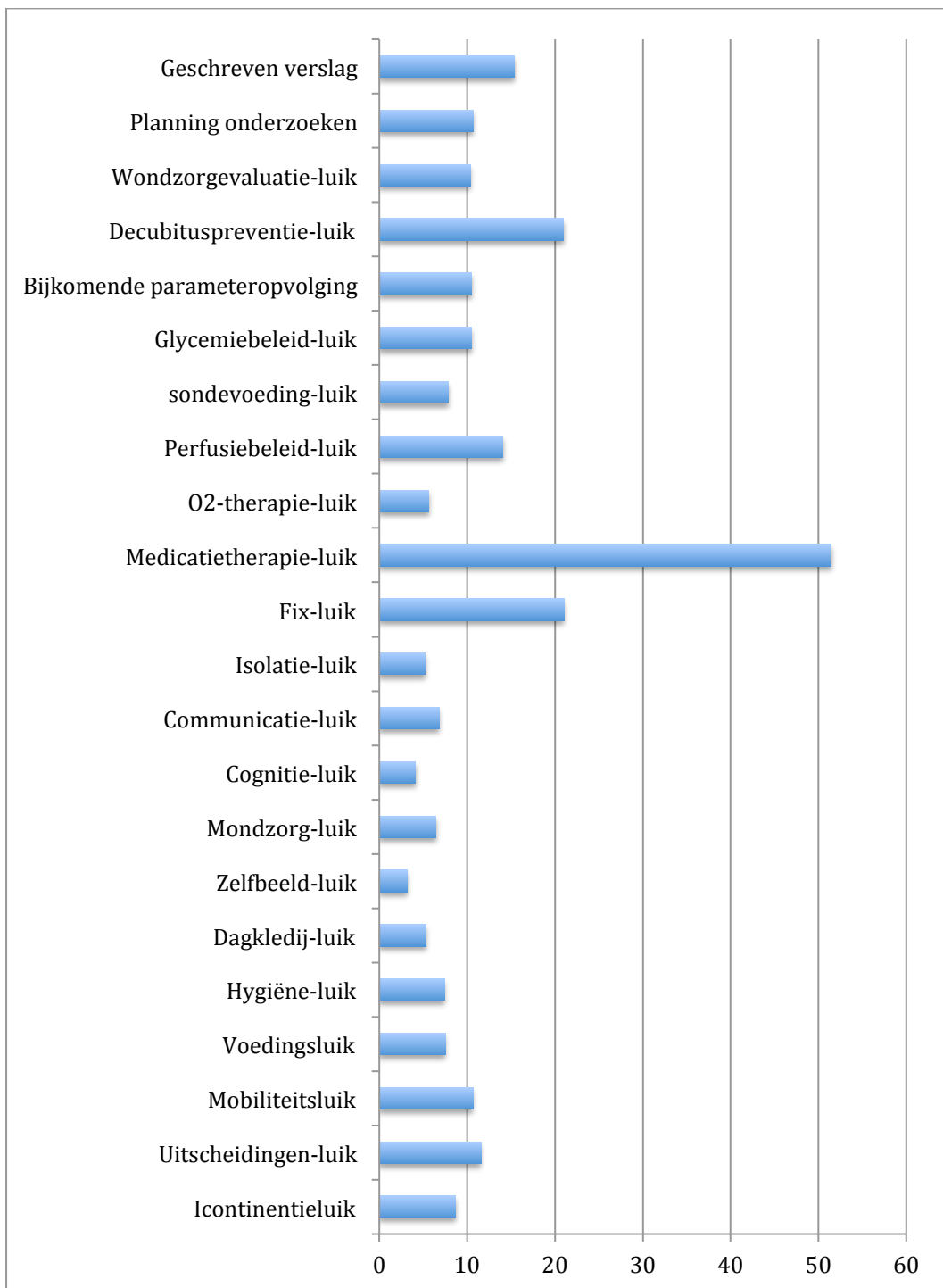
5.2.3.1 Administratieve lasten

Het verpleegdossier bestaat uit 22 verschillende luiken die elke dag voor elke patiënt moeten worden ingevuld. De benodigde tijd om het luik eenmaal in te vullen, alsook de frequentie waarmee de luiken moeten worden ingevuld verschillen sterk. Zo moet bijvoorbeeld het geschreven verslag vaker worden ingevuld – bij elke afwijkende parameter – dan het luik waarin aangeduid wordt of de patiënt al dan niet gewassen is.

Onderstaande figuur geeft een overzicht van de 22 administratieve luiken die dagelijks moeten worden ingevuld op het verpleegdossier. Het is duidelijk dat de totale tijd die aan één welbepaalde handeling wordt besteed sterk verschilt van handeling tot handeling. Zo neemt de minst tijdsintensieve handeling per dag gemiddeld slechts 3,18 minuten in beslag, terwijl de meest tijdsintensieve administratieve handeling gemiddeld bijna 52 minuten in beslag neemt.

Bij een aantal handelingen kan de vraag gesteld worden of de totale tijd correct is. Zo blijkt uit gesprekken met de hoofdverpleegkundigen dat de 50 minuten voor het medicatie-therapie-luik een ruime overschatting is. Dit zijn echter de resultaten van de bevraging en zullen dus in de verdere voorbeelden als dusdanig gebruikt worden.

Afbeelding 14: totale tijdsbesteding per administratieve handeling per dag (uitgedrukt in minuten)



Bron: eigen onderzoek

Indien er een totaalsom gemaakt wordt van tijdsbesteding nodig om aan alle administratieve formaliteiten te voldoen, bedraagt deze vier uur en vijftien minuten. Een werkdag duurt acht uur, dus dit betekent dat de gemiddelde verpleegkundige 53,25 procent van zijn tijd bezig is met het vervullen van administratieve formaliteiten. Deze administratie is onlosmakelijk verbonden met de taak van de verpleegkundige, ze maakt immers deel uit aan de totaalzorg die aan de patiënt geboden wordt. Later in dit hoofdstuk wordt echter duidelijk dat niet al deze formaliteiten bijdragen tot de zorg aan de patiënt, maar eerder bijdragen aan de alsmar sterker wordende gedachte in het ziekenhuis: hoe meer administratie, hoe meer geld voor het ziekenhuis.

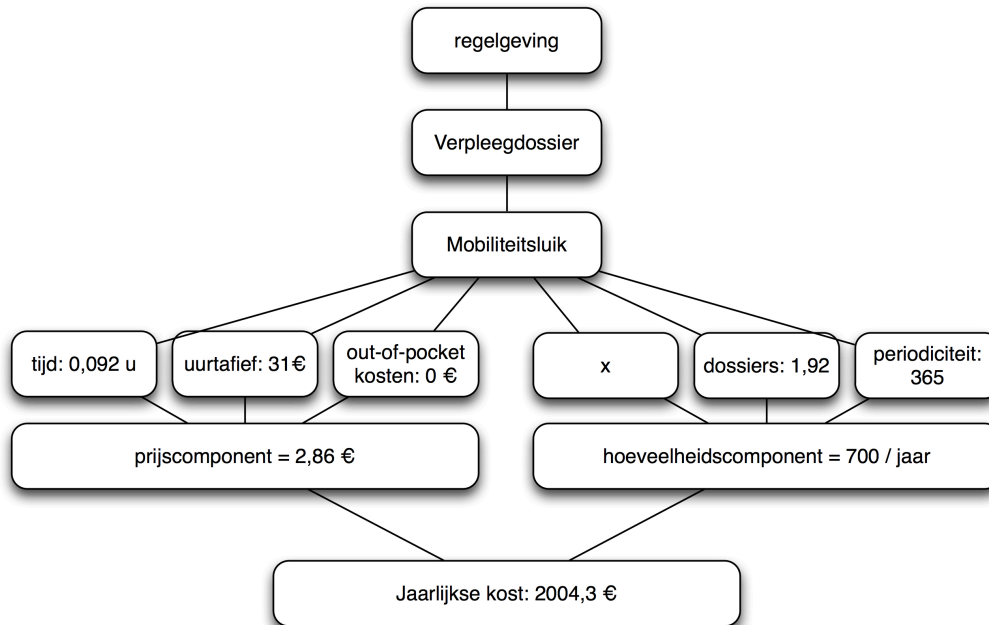
Indien er aan de respondenten gevraagd werd hoeveel procent van hun tijd ze dachten met administratieve handelingen bezig te zijn, gaf dit een gemiddeld percentage van 44,55 procent. De reële tijd die men nodig heeft om te voldoen aan alle administratieve handelingen, ligt dus nog bijna tien procent hoger dan geschat.

Bijlage 2 geeft een overzicht van alle handelingen verbonden aan het verpleegdossier. Voor elk van deze handelingen werd, volgens de eerder besproken methode van het standaard kosten model, de totale kost op jaarbasis berekend. Deze methode wordt - als voorbeeld - kort toegelicht voor het mobiliteitsluik van het verpleegdossier. In het hierna beschreven voorbeeld wordt de totale kost berekend van één verpleegkundige die één welbepaalde administratieve handeling uitvoert.

Voor de berekening van de totale kost van de administratieve handelingen wordt er van uit gegaan dat per VTE er 230 shiften (werkdag van acht uur) gewerkt worden. Voor de 1034,40 VTE's actief in het Ziekenhuis Oost-Limburg betekent dit een totaal van 237.912 shiften op jaarbasis of 652 shiften per dag. Belangrijk te vermelden is dat er bij de berekening enkel rekening gehouden is met de dag-shiften, niet met de nacht-shiften. Het aantal administratieve handelingen zijn hier immers minder groot. De schattingen in bijlage zijn dus een minimumschatting van de kost van de administratieve handelingen verbonden aan het verpleegdossier.

De totale kost van administratieve handelingen verbonden aan het verpleegdossier bedraagt voor het Ziekenhuis Oost-Limburg 86.024 euro per dag. Op jaarbasis betekent dit een totale kost van 31.398.991 euro. Dit is niet de kost van de administratieve last, maar de kost van de totale administratieve handelingen verbonden aan het verpleegdossier. Omdat het over zulk aanzienlijk bedrag gaat, betekent een kleine daling van bijvoorbeeld vijf procent al een besparing op jaarbasis van meer dan anderhalf miljoen euro.

Afbeelding 15: praktijkvoorbeeld standaard kosten model



Bron: eigen onderzoek

Uit een bevraging van verpleegkundigen en diensthoofden blijkt dat een aantal van deze handelingen niet of nauwelijks bijdragen tot het toedienen van zorg aan de patiënt, maar enkel en alleen een administratieve last vormen.

Indien de totale kost van de administratieve formaliteiten verbonden aan het verpleegdossier voor het Ziekenhuis Oost-Limburg berekend wordt, moet er met een groot aantal parameters rekening gehouden worden.

Allereerst is er de tijd die nodig is om aan de administratieve formaliteiten te voldoen. Voor de verpleegkundigen van het Ziekenhuis Oost-Limburg bedraagt deze tijd 4,26 uren. De berekening en de tijdsduur van de verschillende administratieve handelingen zijn terug te vinden in bijlage 2. Het standaard uurtarief (de totale brutoloonkost, verhoogd met de overhead) voor een persoon werkzaam in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening bedraagt gemiddeld 31 euro.¹⁶

Ook moet er rekening gehouden worden met de hoeveelheidscomponent van de administratieve handeling. Omdat er in de berekening van de duur van de administratieve handeling echter al rekening is gehouden met de dagelijkse frequentie,

¹⁶ Dienst Wetsmatiging, (2010), Meten om te weten: *Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*: 35

volstaat het om dagelijks benodigde tijd te vermenigvuldigen met het aantal dagen dat één VTE werkt om de jaarlijkse kost van de administratieve handelingen te berekenen. Voor één VTE is dit een jaarlijks totaal van 230 dagen.

$4,26 \text{ uren} * 31 \text{ euro/uur} * 230 \text{ dagen} = 30\,373,8 \text{ euro}$

Rekening houdend met een totaal van 1034,40 VTE's verpleegkundigen geeft dit een totale kost van administratieve handelingen verbonden aan het verpleegdossier van 32.386.849,41 euro. Voor het boekjaar 2010 is dit 27 procent van de totale loonkost van het ziekenhuis.

5.2.3.2 Irritatiekosten

Indien we het gemiddelde nemen van alle antwoorden van alle respondenten op de vragen hoeveel irritatie een bepaalde administratieve handeling opwekt, ligt deze irritatie tussen weinig en matig. Dit is verrassend omdat uit de geraadpleegde literatuur kon worden afgeleid dat er een grotere irritatie zou zijn.

Een aantal parameters die van invloed kunnen zijn op de irritatiekosten verbonden aan administratieve handelingen zijn:

- Leeftijd
- Soort administratieve handeling
- Aantal medewerkers op de dienst
- Aantal bedden op de dienst
- Het aantal keer per dag dat een administratieve handeling dient uitgevoerd te worden
- De tijd die het eenmaal uitvoeren van een administratieve handeling in beslag neemt

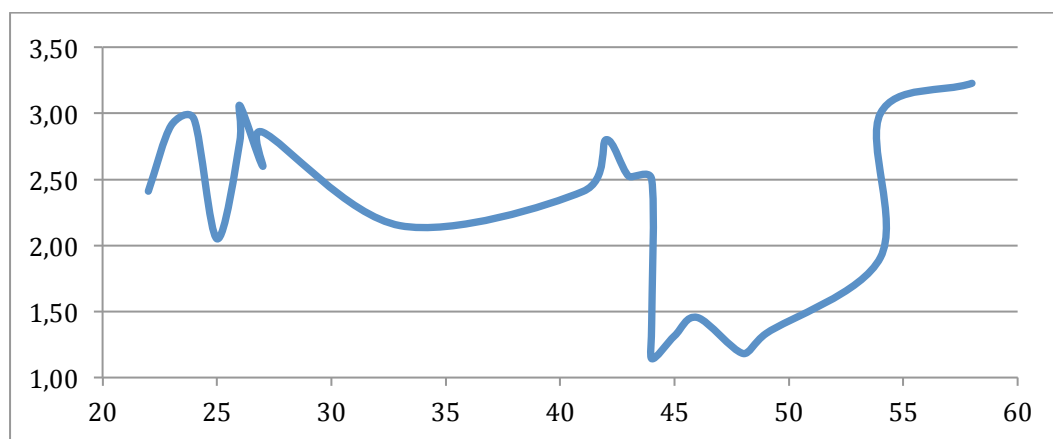
Deze parameters worden in de volgende paragrafen uitgebreid onderzocht. Bij de analyse wordt er gebruik gemaakt van een cijfermatige interpretatie van de verkregen resultaten. Geen irritatie = 1, weinig irritatie = 2, matige irritatie = 3, veel irritatie = 4, zeer veel irritatie = 5.

Parameter 1: leeftijd

Indien er gekeken wordt naar de gemiddelde irritatiekosten, dan schommelt deze gemiddelde irritatiekosten tussen *geen irritatie* en *matige irritatie*. Er is slechts één persoon die meer dan een matige irritatie ervaart. Bij de respondenten jonger dan 40 jaar is er niemand die minder dan *weinig irritatie* ervaart. De scores bij respondenten jonger dan 40 jaar vertonen zeer veel gelijkheid. Bij de personen ouder dan 40 jaar is er een groot onderscheid tussen de respondenten met een leeftijd jonger dan 55 jaar,

welke een opmerkelijk lagere irritatie ervaren, en de personen met een leeftijd ouder dan 50 jaar, welke een opmerkelijk hogere irritatie ervaren. Onderstaand schema geeft de ervaren irritatie weer in verhouding tot de leeftijd van de respondenten.

Afbeelding 16: irritatielasten per leeftijdscategorie

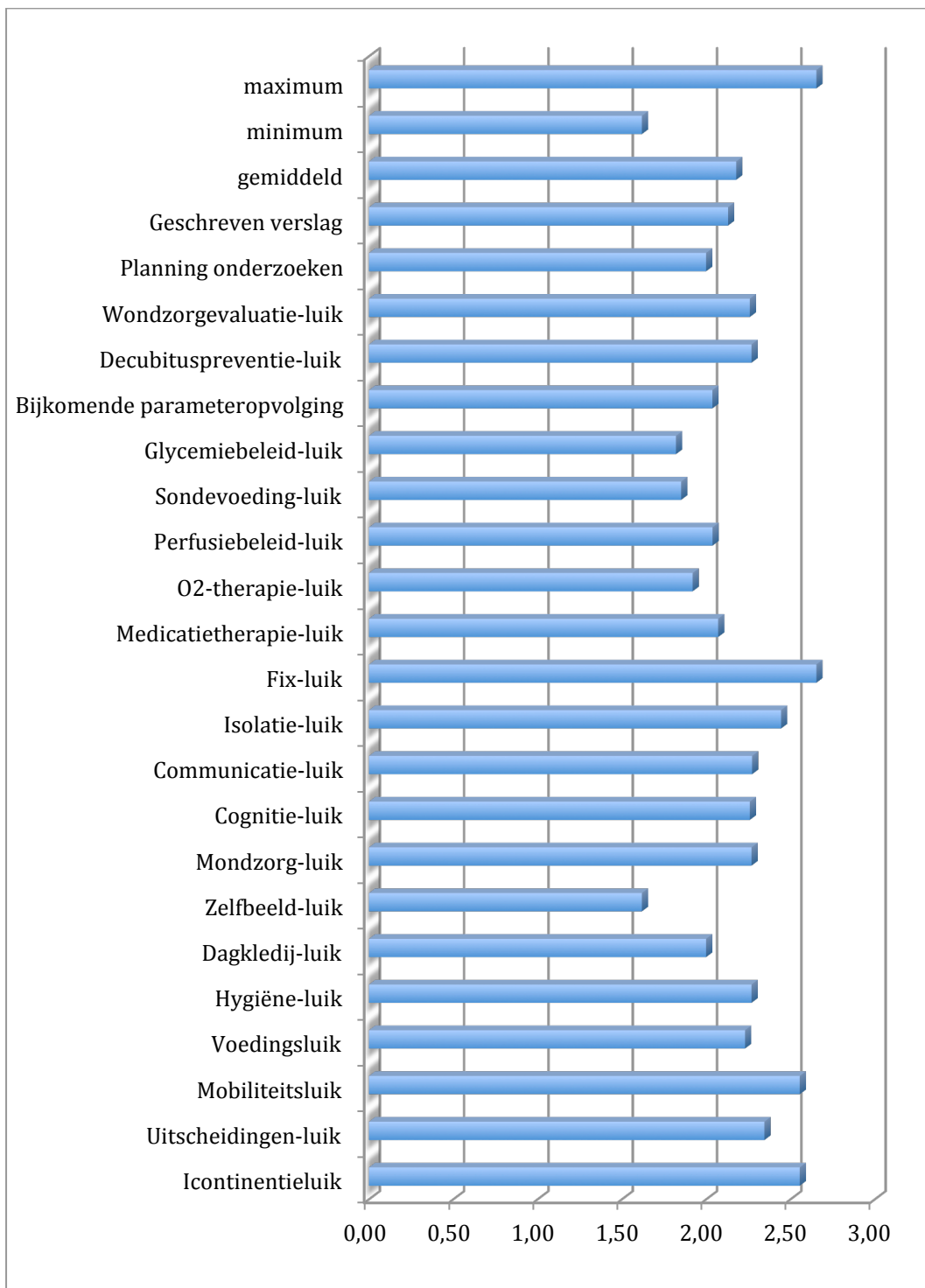


Bron: eigen onderzoek

Parameter 2: soort administratieve handeling

Ongeacht of de administratieve handeling een hoge frequentie heeft en/of een lange tijd in beslag neemt, kan ze leiden tot een grotere irritatielast dan een andere handeling. Dit heeft te maken met het soort informatie dat verstrekt moet worden. Zo wekt bijvoorbeeld vraag G (het invullen van het zelfbeeld-luik van de patiënt) meer irritatie op dan vraag M over de medicatietherapie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het invullen van het medicatie-therapie-luik – in de perceptie van de verpleegkundige – een veel grotere medisch-verpleegkundige relevantie heeft. Onderstaande afbeelding geeft op de Y-as de 22 verschillende administratieve handelingen weer, samen met het irritatieniveau dat ze opwekken bij de ondervraagde respondenten op de X-as. Zo wordt duidelijk dat de verschillende handelingen een verschillend irritatieniveau hebben. In de volgende hoofdstukken wordt uitgebreid besproken wat de onderliggende oorzaken kunnen zijn.

Afbeelding 17: irritatielasten verbonden aan de verschillende administratieve formaliteiten

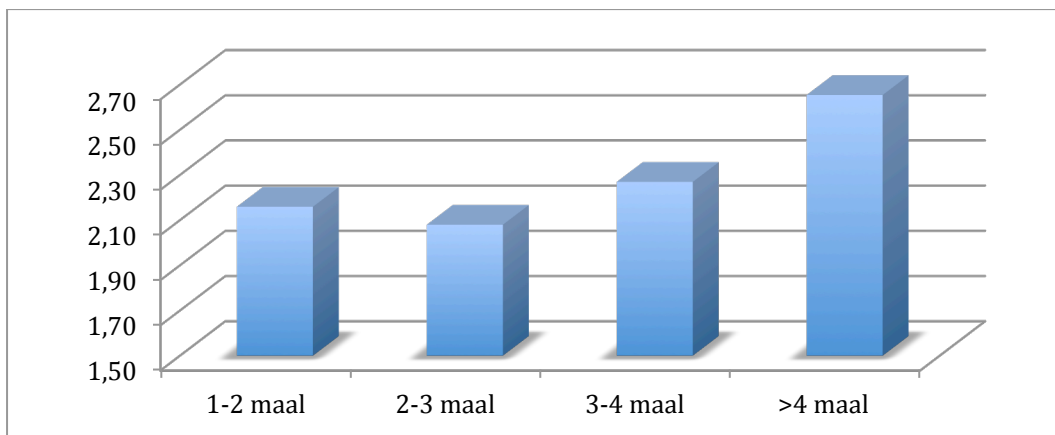


Bron: eigen onderzoek

Parameter 3: het aantal keer per dag dat een administratieve handeling dient uitgevoerd te worden

Uit de resultaten van de bevraging blijkt dat administratieve handelingen die een hogere frequentie hebben, meer irritatie opweken bij de actoren die deze handelingen dienen uit te voeren. Het verschil in irritatie is echter zeer klein, voor zowel de handelingen die slechts één maal per dag dienen uitgevoerd te worden als voor de handelingen die meer dan vijf maal per dag dienen uitgevoerd te worden, ligt de irritatie tussen *weinig* en *matig*.

Afbeelding 18: irritatielasten volgens frequentie van handeling

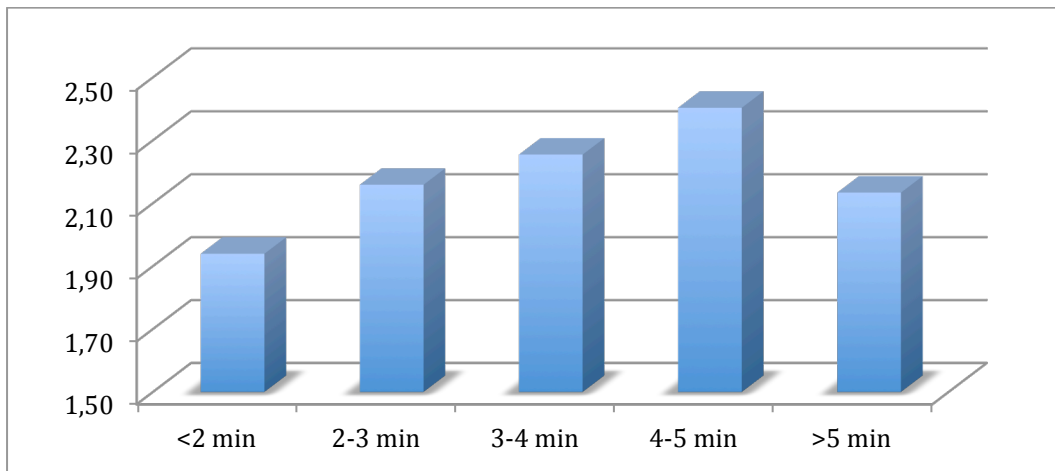


Bron: eigen onderzoek

Parameter 4: de tijd die het eenmaal uitvoeren van een administratieve handeling in beslag neemt

Naarmate het eenmaal uitvoeren van de handeling meer tijd in beslag neemt, stijgt ook de irritatie verbonden aan deze administratieve handeling. Uitzondering hierop zijn de handelingen die, door ze eenmaal uit te voeren, meer dan vijf minuten in beslag nemen. Ook de tijd die het eenmaal uitvoeren van een administratieve handeling met zich meebrengt, is slechts van geringe invloed op de daaraan verbonden irritatielasten. De laagste irritatie is verbonden aan handelingen die minder dan twee minuten duren, de hoogste irritatie werd waargenomen bij handelingen die tussen vier en vijf minuten duren.

Afbeelding 19: irritatielasten volgens duur van handeling

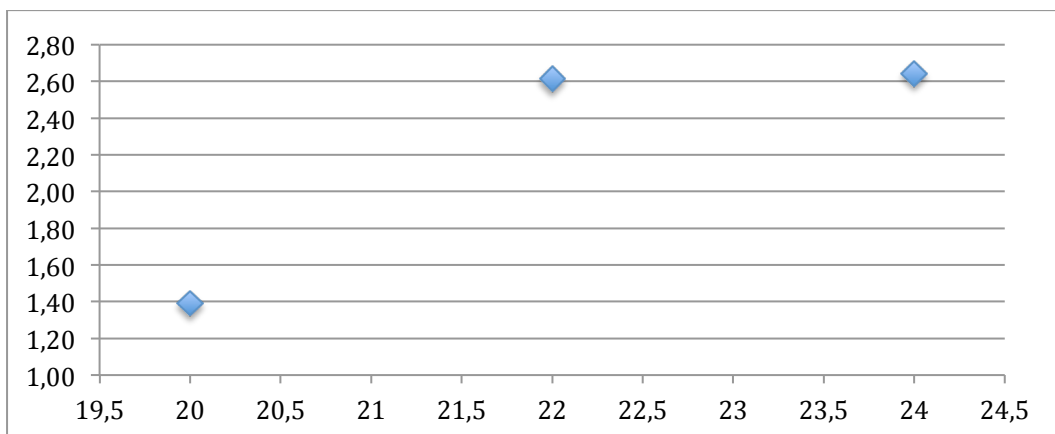


Bron: eigen onderzoek

Parameter 5: aantal medewerkers op de dienst

Uit de bevraging blijkt dat die dienst met het kleinste aantal medewerkers een aanzienlijk lagere irritatie ondervindt, verbonden aan het voldoen aan de administratieve formaliteiten. Terwijl de kleinste dienst met slechts twintig medewerkers een irritatie ondervindt die ligt tussen geen en weinig, ondervinden de twee ander diensten, met respectievelijk 22 en 24 medewerkers een irritatieniveau dat ligt tussen weinig en matig.

Afbeelding 20: irritatielasten volgens het aantal medewerkers op de dienst

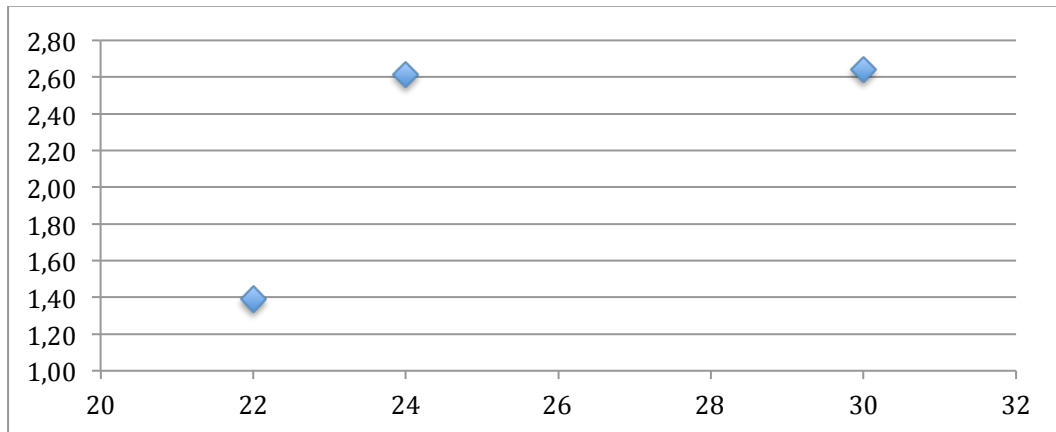


Bron: eigen onderzoek

Parameter 6: aantal bedden op de dienst

Ook het aantal bedden op de dienst is van invloed op het irritatieniveau dat door de verpleegkundigen ervaren wordt. Idem met de vorige parameter, aantal medewerkers op de dienst, ervaart ook hier de dienst met het laagste aantal bedden een lager irritatieniveau dan de grotere diensten.

Afbeelding 21: irritatielasten volgens het aantal bedden op de dienst



Bron: eigen onderzoek

5.2.4 Minimaal verpleegkundige gegevens-registratie

De aanzet voor het vernieuwde verpleegdossier, zoals we het vandaag kennen, was de noodzaak voor de registratie van de minimaal verpleegkundige gegevens. Het verpleegdossier is dus niet enkel een hulpmiddel bij het verlenen van zorg aan de patiënt, maar is ook een belangrijk instrument geworden in de financiering van de ziekenhuizen. De financiering van het ziekenhuis staat immers in rechtstreeks verband met de gegevens die zowel de artsen, de verpleegkundigen als andere paramedici in het verpleegdossier invullen. Over de specifieke inhoud van de MVG-registratie is zeer veel overleg gepleegd alvorens het in te voeren. Toch zijn de verpleegkundigen het met de inhoud van deze gegevens niet altijd eens. Doordat de taal die gebruikt wordt voor de MVG2 registratie (sinds 2008) uitgebreider is dan de MVG1 taal, worden meer zaken bevraagd. Voorbeelden hiervan zijn onder andere emotionele ondersteuning en educatie. Zo moeten zaken die jarenlang vanzelfsprekend lijken, nu plots neergeschreven worden om een hoger subsidiebedrag te ontvangen. Een van de meest frappante voorbeelden is het communicatie-luik: hierin moeten verpleegkundigen aangeven of ze met de familie van de patiënt gesproken hebben of niet. Het gesprek met de familie levert echter geen extra middelen op, het invullen van dit luik in het verpleegdossier mogelijks wel.

Deze vaststelling is echter helemaal in strijd met het uitgangspunt van de MVG-registratie: het verpleegdossier is er voor de patiënt en niet voor de financiering. We stellen echter vast dat er – misschien wel volledig onterecht – een drang is naar overregistratie. Verpleegkundigen gaan er immers van uit dat het ziekenhuis meer geld krijgt indien er meer luiken van het verpleegdossier worden ingevuld. Dit is echter slechts gedeeltelijk waar: om in de MVG-registratietool als 'uitgevoerde handeling' erkend te worden moet aan een heel aantal randvoorwaarden voldaan zijn.

Een voorbeeld uit de praktijk maakt dit duidelijk. Indien de verpleegkundige in het verpleegdossier aanduidt "infuus gegeven", leidt dit niet tot registratie van "het toedienen van het infuus" in de MVG registratie. Om in de MVG geregistreerd te worden, moeten er in het verpleegdossier immers nog aan een aantal randvoorwaarden voldaan zijn. Zo moet er onder andere een datum van toediening geregistreerd zijn en moet er geregistreerd zijn of er al dan niet medicijnen via het infuus zijn toegediend. Indien deze gegevens niet beschikbaar zijn, is er ook geen financiering op basis van de MVG-gegevens. Men dient dus steeds zeer duidelijk het onderscheid te maken tussen het verpleegdossier en de MVG-registratie.

Ook niet onbelangrijk om te vermelden is het feit dat op basis van de MVG2 gegevens (gegevens die sinds 2008 in de verschillende ziekenhuizen geregistreerd worden) vandaag nog geen euro gefinancierd is. De gegevens van 2008 bereiken nu pas de betrokken overheidsdiensten en deze overheidsdiensten zullen op basis van deze beschikbare gegevens het financieringsmodel bepalen. Er is dus jaren gewerkt met een middel (verpleegdossier en MVG-registratie) zonder dat men het financieringssysteem kende.

In het verleden moesten deze gegevens vier maal per jaar gedurende twee weken geregistreerd worden in de centrale databanken van de overheid. Het registreren in de databank moet nog steeds met dezelfde periodiciteit gebeuren, het intern registreren zal in de nabije toekomst echter permanent gebeuren en zal ook gecontroleerd worden. Er werd immers vastgesteld dat gedurende de verplichte MVG-registratie-periode de gegevens plots veel uitgebreider werden ingevuld dan in de andere periodes. Doel is nu om er voor te zorgen dat de MVG-registratie gedurende het hele jaar een correcte weergave is van de uitgevoerde behandelingen van de patiënten.

De reële kost van het invoeren van de gegevens in de databank gedurende één registratieperiode is voor een kleine dienst met 22 bedden het equivalent van vier voltijdse werkdagen. Indien we rekening houden met de tarieven van de standaardkostenmethode kost dit een kleine dienst ruim 992 euro per registratieperiode, ofwel bijna 4.000 euro per jaar. Bovendien wordt dit werk gedaan door verpleegkundigen die op dat moment niet beschikbaar zijn om zorg te bieden aan de patiënt, maar enkel en alleen met de MVG-registratie bezig zijn.

Voor het hele Ziekenhuis Oost-Limburg betekent dit een kost per registratieperiode van 33.645 euro en 67 verpleegkundigen die gedurende twee volledige dagen niet beschikbaar zijn voor het verzorgen van patiënten. Op jaarbasis bedraagt de kost 134.518,33 euro

Het digitaliseren van het verpleegdossier kan hier een oplossing bieden: het elektronisch dossier kan een foutmelding geven indien de gegevens niet of onvolledig zijn ingevuld en de gegevens kunnen automatisch uit dit elektronisch verpleegdossier gehaald worden. Bovendien kan de MVG-registratie nu permanent gebeuren in plaats van vier keer twee weken per jaar. Op het invoeren van een elektronisch verpleegdossier komen we in het laatste hoofdstuk nog uitgebreid terug.

5.2.5 Kwaliteitszorg

In de verkennende gesprekken, voorafgaand aan de bevraging, werden enkele administratieve handelingen als zeer frequent en/of zeer tijdsintensief aanguid. Het betreft hier zowel interne preventiecampagnes als studies georganiseerd door de overheid.

GRP-screening

De GRP-screening, of het bepalen van het geriatrisch risicoprofiel, is een vragenlijst die bij elke nieuwe opname dient te worden ingevuld. Dankzij de vergrijzing is het aantal opnames van geriatrische patiënten opgelopen tot bijna 22 % van het totaal aantal opnames. Voor het ziekenhuis Oost-Limburg waren dit 7.406 opnames op een totaal van 33.666.

Het invullen van dit geriatrisch risico-profiel neemt gemiddeld 7,88 minuten in beslag. Rekening houdend met een totaal van 7.406 opnames van geriatrische patiënten en een standaardkost van 31 euro per uur voor een verpleegkundige, kost het invullen van dit geriatrisch risico-profiel voor het Ziekenhuis Oost-Limburg jaarlijks 30.152 euro.

Decubituspreventie

De decubituspreventie - de preventie van doorligwonden - is een van de belangrijkste preventiecampagnes in het ziekenhuis. Het is echter ook een van de grootste administratieve lasten. Identieke gegevens moeten tot wel drie maal ingevuld worden op verschillende formulieren.

Een eerste maal moeten de decubitus-gegevens worden ingevuld in het verpleegdossier. Hiervoor hebben verpleegkundigen elk ruim twintig minuten per dag nodig.

Bovenop het verpleegdossier moeten de gegevens nog op twee extra formulieren geregistreerd worden. Beide formulieren zijn goed voor nog eens vijftien minuten per verpleegkundige per dag.

Decubituspreventie is een van de belangrijkste preventiecampagnes in alle Vlaamse ziekenhuizen. Indien echter de totale jaarlijkse kost voor het Ziekenhuis Oost-Limburg oploopt tot vier miljoen euro, is het noodzakelijk op zoek te gaan naar efficiëntere manieren om deze preventie vorm te geven.

Deelname aan enquêtes georganiseerd door de overheid

Bovenop de interne bevestigingen en preventiecampagnes, worden de verpleegkundigen vaak verplicht deel te nemen aan enquêtes georganiseerd door de overheid.

Het invullen van een enquête georganiseerd door de overheid neemt voor de verpleegkundigen in het Ziekenhuis Oost-Limburg gemiddeld 24,5 minuten in beslag. Op jaarbasis vullen ze elk tien enquêtes in. Op jaarbasis betekent dit dat elke verpleegkundige vier uur en vijf minuten – of een halve werkdag – niet beschikbaar is voor het bieden van zorg aan de patiënt, maar bezig is met het invullen van enquêtes georganiseerd door de overheid.

De totale jaarlijkse kost voor het Ziekenhuis Oost-Limburg bedraagt 177.072 euro. Bij de berekening van dit cijfer wordt geen rekening gehouden met het aantal VTE's, maar wel met het aantal verpleegkundigen. Ook verpleegkundigen die slechts deeltijds werken, vullen deze enquêtes in.

Opmerkelijk is dat de irritatielast verbonden aan deze enquêtes aanzienlijk hoger ligt dan bij de andere administratieve handelingen die de verpleegkundigen dienen uit te voeren. Het invullen van deze enquêtes wekt gemiddeld *veel irritatie* op bij de respondenten.

6. Streefdoelen

In onderstaand hoofdstuk worden enkele maatregelen besproken die kunnen leiden tot een verlaging van de administratieve lasten of tot een verlaging van de irritatielasten verbonden aan deze administratieve handelingen.

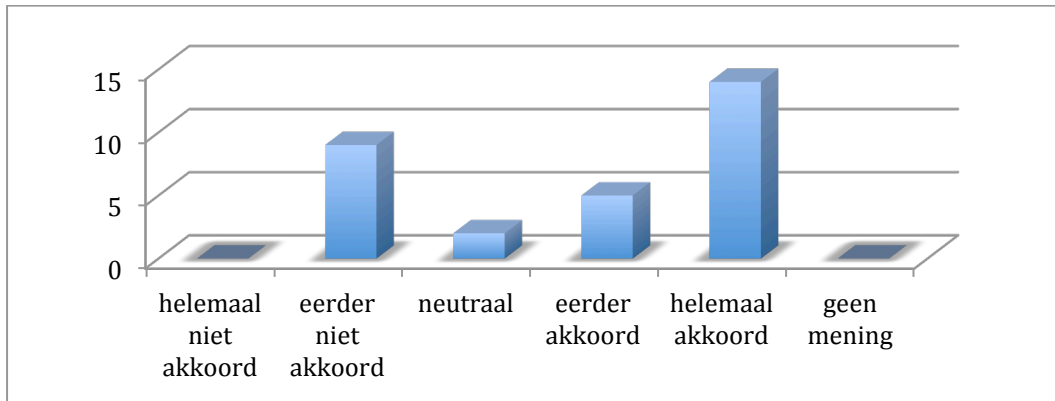
6.1 Suggesties voor acties

Er werden aan alle respondenten zeven mogelijke maatregelen voorgelegd, waarvan er enkele op zeer korte termijn en met zeer weinig middelen te realiseren zijn. Telkens werd gevraagd in hoeverre deze verschillende maatregelen tot een verlaging van het irritatieniveau zouden kunnen leiden. Ook berekenen we de totale kostenbesparing die door het invoeren van elk van deze maatregelen gerealiseerd kan worden.

6.2.1 Vereenvoudigde formulieren, waarop slechts een beperkt aantal zaken moeten worden ingevuld.

Aan belang van juiste én volledig informatie mag niet geraakt worden. Een vaststelling is echter wel dat een groot aandeel van de formulieren zeer veel informatie vereisen, niet altijd zeer overzichtelijk zijn en soms zelfs ronduit chaotisch. Deze vaststelling wordt bevestigd in de bevraging: een groot aantal verpleegkundigen vindt de formulieren te uitgebreid en zou graag een vereenvoudiging ervan zien. Anderzijds is er ook een aanzienlijk grote groep (acht respondenten) die geen verbetering verwachten na het invoeren van vereenvoudigde formulieren. De reden hiervoor is hun vrees dat het invoeren van vereenvoudigde formulieren zal betekenen dat er minder informatie beschikbaar zal zijn. Er moet echter een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen een teveel aan gegevens en het te ingewikkeld zijn van bepaalde formulieren.

Afbeelding 22: mening respondenten - vereenvoudigde formulieren



bron: eigen onderzoek

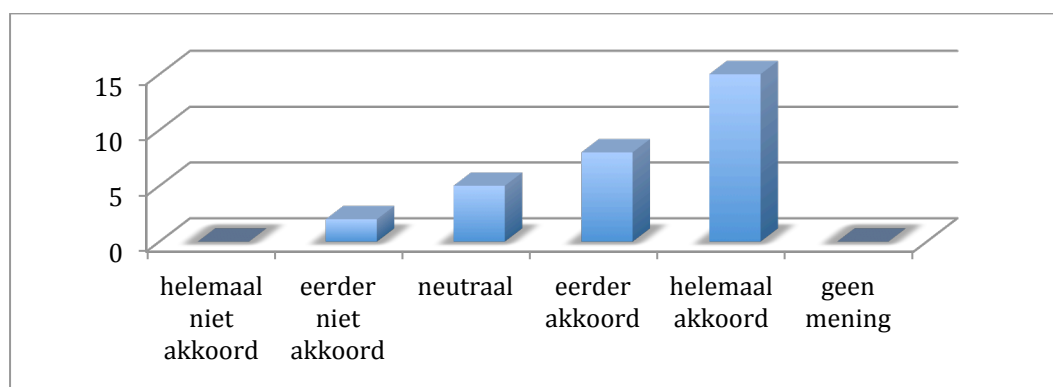
6.2.2 Voldoende uitleg over wat er met de verzamelde gegevens zal gebeuren

Indien je aan verpleegkundigen vraagt waarom ze zulke grote hoeveelheid aan gegevens moeten registreren, krijg je een tweeledig antwoord. Ze erkennen het belang van bepaalde gegevens die nodig zijn voor het bieden van zorg aan de patiënt. Maar ze hebben het al snel over de grote hoeveelheid aan extra gegevens. Wanneer je hen vraagt wat er met deze additionele gegevens gebeurt, moeten ze je het antwoord schuldig blijven of zijn er er van overtuigd dat er toch niets mee gebeurt.

Indien de verpleegkundigen beter weten waarom ze deze gegevens moeten invullen, zal dit automatisch minder irritatie opwekken. Meer dan 75 procent van de respondenten is eerder of helemaal akkoord met deze stelling. Ruim vijftien procent stelt zich neutraal op en slechts zeven procent denkt dat een betere informatie-uitwisseling geen vermindering van de irritatielasten met zich zal meebrengen.

Een verlaging van de kosten verbonden aan de administratieve handelingen, gaat deze maatregel niet met zich meebrengen. Wel zal de omvang van een ander probleem, het onvolledig of niet invullen van formulieren, veel kleiner worden. Zo wordt er vermeden dat maanden na datum de onvolledige informatie willekeurig wordt aangevuld. Dit heeft een grote kwaliteitsverbetering van de gegevensregistratie tot gevolg.

Afbeelding 23: mening respondenten - voldoende uitleg over wat er met de gegevens zal gebeuren

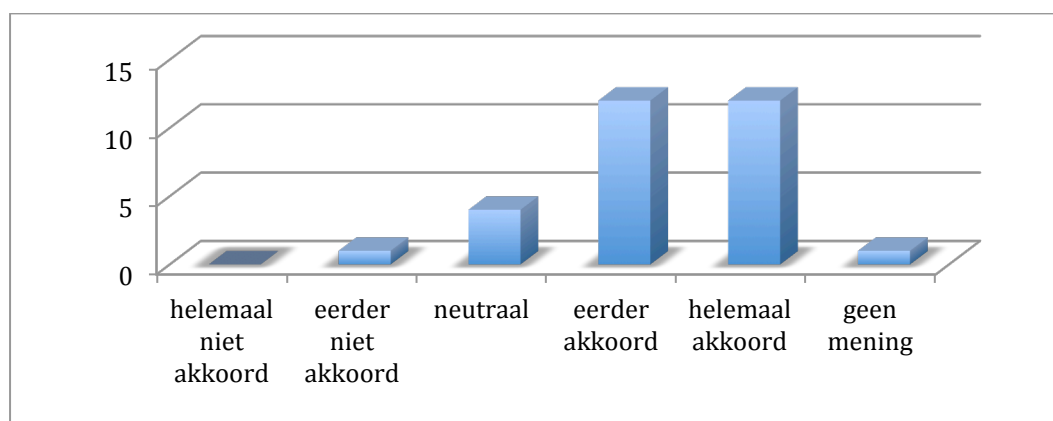


Bron: eigen onderzoek

6.2.3 Feedback over de ingevulde gegevens

Nauw aansluitend bij de vorige paragraaf over het geven van uitleg over wat er met de gegevens zal gebeuren, is het geven van feedback over de ingevulde gegevens. Momenteel krijgen enkel de referentieverpleegkundigen deze feedback. Uit onderstaande grafiek kan worden afgeleid dat het geven van de nodige feedback zeker tot een verlaging van de irritatielasten verbonden aan de administratieve formaliteiten kan leiden. Slechts één respondent gaat niet akkoord met de voorgestelde maatregel. Idem aan de vorige paragraaf wordt hier geen directe kostenbesparing gerealiseerd, maar wordt wel een correcte en volledige invulling van de administratieve formulieren gestimuleerd.

Afbeelding 24: mening respondenten - feedback over de ingevulde gegevens



Bron: eigen onderzoek

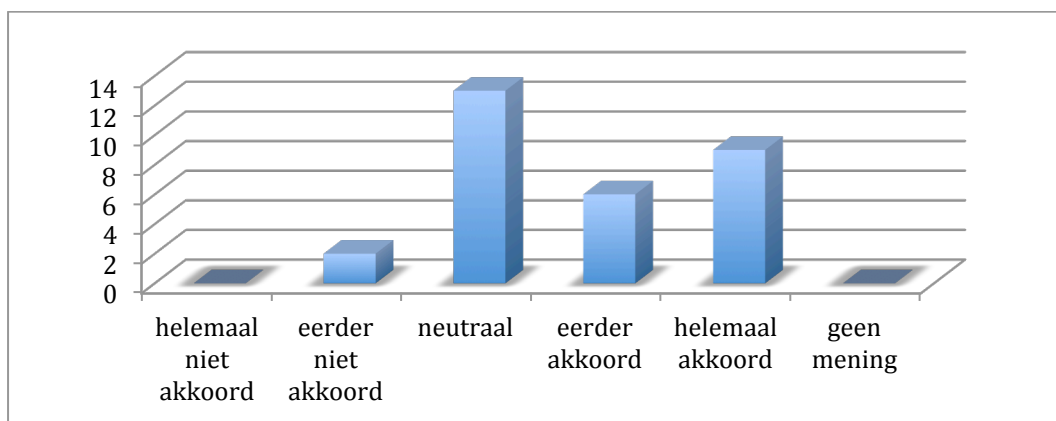
6.2.4 Gegevens onmiddelijk digitaal invoeren, in plaats van eerst op papier

Deze maatregel lijkt sterk op het elektronisch patiëntendossier, maar verschilt in die zin dat het gaat om administratieve formaliteiten anders dan het patiëntendossier. Meest duidelijke voorbeelden zijn de personeelsadministratie en het geneesmiddelenbeheer. Geen van beide gebeuren momenteel digitaal.

Voor het geneesmiddelenbeheer – zowel het voorschrijven als de levering van de geneesmiddelen – zijn er vooral juridische bezwaren: elk voorschrift moet voorzien worden van de handtekening van een geneesheer. Dankzij de technologische vooruitgang en de wettelijke besluiten¹⁷ is het vandaag echter ook mogelijk digitale documenten van een elektronische handtekening te voorzien. Dit mag dus geen belemmering meer zijn voor de ziekenhuizen om op korte termijn werk te maken van elektronisch geneesmiddelenbeheer.

Ook voor de personeelsadministratie kan digitalisering een voordeel zijn. Momenteel zijn onder andere alle werklijsten enkel op papier beschikbaar. Indien dit in een centrale databank ingevoerd wordt, is het zowel voor het personeel, het ziekenhuis als voor de overheid makkelijker om de juistheid en volledigheid van deze gegevens na te gaan.

Afbeelding 25: mening respondenten - gegevens inmiddelijk digitaal invoeren



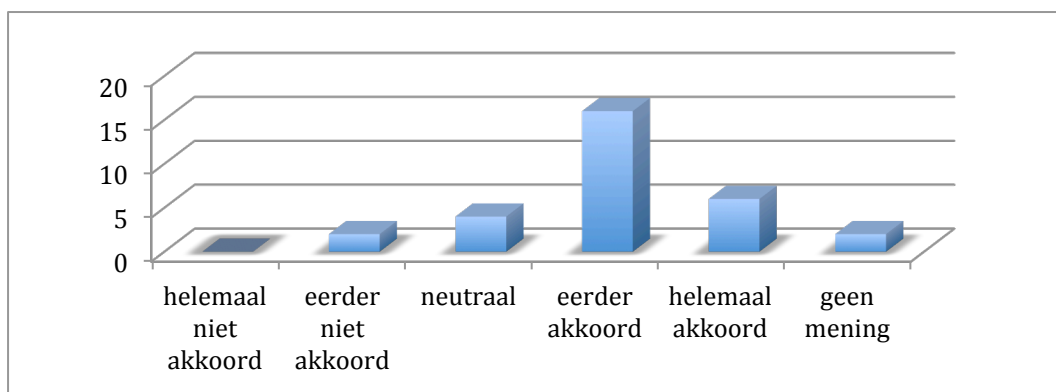
Bron: eigen onderzoek

¹⁷ Koninklijk besluit van 25 maart 2003 betreffende de identiteitskaarten (B.S. 28 maart 2003) (PDF, 101.25 Kb)

6.2.5 Functiedifferentiatie: het uitvoeren van administratieve taken delegeren aan administratieve medewerkers

Functiedifferentiatie is een trend die in de Vlaamse ziekenhuizen reeds werd ingezet. Zo worden een groot deel van de taken reeds gedaan door zorgkundigen in plaats van verpleegkundigen. Het gaat dan vooral om zeer eenvoudige, niet-verpleegkundige taken zoals het rondbrengen van het eten of het wassen van de patiënten. Er zijn in een ziekenhuis echter nog veel meer mogelijkheden tot functiedifferentiatie. Een deel van de administratieve taken zou kunnen worden overgenomen door administratieve medewerkers. Dit betekent uiteraard geen vermindering van de administratieve formaliteiten, maar verlaagt wel de totale kost van deze administratie. Een hoger opgeleide verpleegkundige kost immers meer dan een administratief medewerker. Het toepassen van deze maatregel zou zowel leiden tot een verlaging van het irritatieniveau verbonden aan de verschillende administratieve handelingen als tot een verlaging van de kost van administratieve handelingen.

Afbeelding 26: mening respondenten - functiedifferentiatie



Bron: eigen onderzoek

6.2.6 Uniformiteit onder de verschillende coderingssystemen

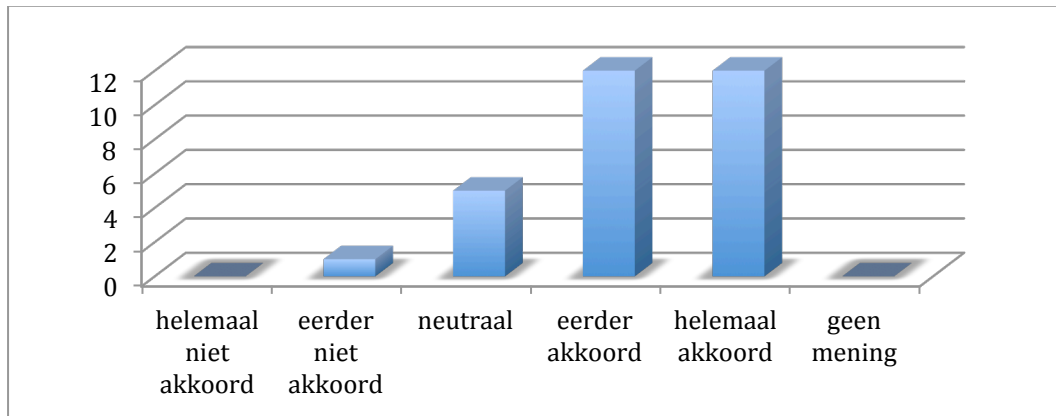
Uniformiteit onder de verschillende coderingssystemen is een maatregel waar niet enkel de verpleegkundigen voordeel van ondervinden, maar ook een aantal bijkomende, ondersteunende diensten zoals: facturatie, MVG-registratie, ... Op dit moment is het zo dat twee verschillende diensten uit één en dezelfde (patiënten-)ontslagbrief twee maal dezelfde informatie moeten halen om deze informatie vervolgens in twee verschillende systemen in te voeren.

Bij het invoeren van deze maatregel moet wel de kanttekening gemaakt worden dat dit niet de meest eenvoudige maatregel is. Zo bestaan er honderden verschillende codes die gebruikt worden bij het invoeren van de minimaal klinische gegevens in de

databank. Anderzijds worden de meeste van deze codes nooit gebruikt. Al te vaak voert men de algemene code in, terwijl dit een meer gespecificeerde code moet zijn.

De grootste groep van de respondenten was er echter wel mee akkoord dat uniformiteit tussen de verschillende coderingssystemen zou leiden tot een verlaging van het irritatieniveau verbonden aan de administratieve handelingen.

Afbeelding 27: mening respondenten - uniformiteit coderingssystemen

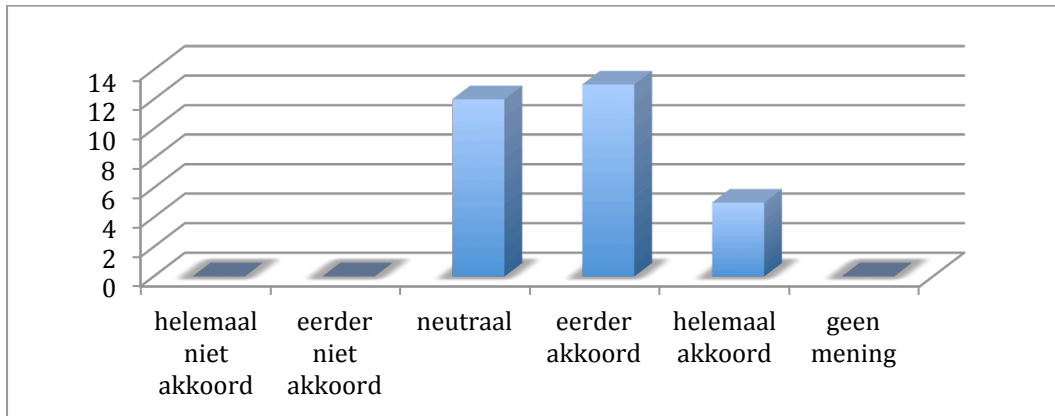


Bron: eigen onderzoek

6.2.7 Het invoeren van een elektronisch verpleegdossier

Het invoeren van een elektronisch patiëntendossier, bestaande uit een elektronisch medisch dossier en een elektronisch verpleegdossier behoort niet meer tot verre toekomst-plannen, maar behoort nu reeds in vele ziekenhuizen toch de korte- termijn strategische planning. Geen enkele van de ondervraagde respondenten was tegen de invoering van het elektronisch verpleegkundig dossier. Een minderheid antwoordde neutraal op deze vraag. De meerderheid (60%) vindt dat het invoeren van een elektronisch verpleegdossier zal leiden tot een verlaging van het irritatieniveau verbonden aan het verpleegdossier. Het zijn vooral de respondenten jonger dan 27 jaar die een mogelijke toegevoegde waarde zien in het elektronisch verpleegdossier.

Afbeelding 28: mening respondenten - elektronisch verpleegdossier



Bron: eigen onderzoek

Bovenstaande afbeelding toont aan dat de verwachting van de verpleegkundigen is dat de invoering van een elektronisch verpleegdossier leidt tot een verlaging van de irritatielasten verbonden aan het verpleegdossier. Het invoeren van een elektronisch verpleegdossier kadert echter in een groter geheel en heel wat voor- en nadelen moeten mee in overweging genomen worden. Onderstaande paragrafen geven een goed beeld welke voor- en nadelen het invoeren van het elektronisch verpleegdossier met zich meebrengt, zowel op korte als op lange termijn.

Alvorens het verpleegdossier te digitaliseren, volgt eerst een korte samenvatting van de samenhang tussen het verpleegdossier enerzijds en de MVG-registratie anderzijds. De verpleegkundigen vullen immers enkel het verpleegdossier in. Enkel de referentieverpleegkundigen coderen de gegevens die dit verpleegdossier oplevert vier periodes van twee weken per jaar om ze vervolgens in te voeren in de MVG-registratietool en dus in de centrale databanken. De verpleegkundigen vullen dus, in tegenstelling met wat ze soms zelf denken, geen MVG in. Dit is de specifieke taak van de referentie-verpleegkundigen die de gegevens uit het verpleegdossier halen, coderen naar MVG-taal en invoeren in de databank.

Allereerst worden de grootste wijzigingen ten opzichte van het papieren verpleegdossier besproken om vervolgens de voor- en nadelen van het nieuwe elektronische systeem kort toe te lichten. Één van de belangrijkste wijzigingen zit in de taak van de referentieverpleegkundigen: momenteel zijn zij diegene die het verpleegdossier coderen (vertalen) naar MVG-taal. Daar waar het verpleegdossier onduidelijk of onvolledig is, kunnen zij makkelijk aan de bevoegde verpleegkundigen vragen om het verpleegdossier nog verder aan te vullen of gegevens te verduidelijken. Denk hierbij terug aan het voorbeeld van het infuus: indien de verpleegkundige niet in het verpleegdossier vermeld heeft of er al dan niet medicatie via het infuus werd

toegediend, kan de referentieverpleegkundige dit luik alsnog – na het contacteren van de verpleegkundigen – invullen. Op die manier kan dit infuus toch geregistreerd worden in de MVG-databank. De referentieverpleegkundige maakt hier dus het verschil tussen financiering of niet-financiering van dezelfde handeling. Indien het verpleegdossier in de toekomst elektronisch ingevuld zal worden, zullen ook de MVG-gegevens rechtstreeks en zonder tussenkomst van de referentieverpleegkundige gecodeerd worden. Het is dus een zeer grote uitdaging om ervoor te zorgen dat alle 1500 verpleegkundigen van het Ziekenhuis Oost-Limburg weten welke roosters ze moeten invullen alvorens een financiering te verkrijgen voor de uitgevoerde handeling.

Een mogelijke oplossing hiervoor kan zijn dat indien de verpleegkundige een handeling in het elektronisch verpleegdossier registreert, het systeem blokkeert indien aan de 'bijkomende' handelingen niet voldaan is. De vraag is echter of dit de administratieve last doet dalen, dan wel doet stijgen. Als we hierbij terugdenken aan de verwachtingen van verpleegkundigen naar een elektronisch verpleegdossier zien we dat de implementatie van een elektronisch verpleegdossier een complex gegeven is. Hierbij dient steeds een gezonde afweging gemaakt te worden tussen het aanbieden van een tool die de kwaliteit van de dossierinvulling en de zorg ondersteunt en de beperking van de irritatie gebonden aan dossierinvulling.

Een tweede nadeel stelt zich in het feit dat de codering, opgelegd door de overheid, continu veranderd. De overheid wil immers dat de gebruikte codeertaal nauw aansluit bij de huidige stand van zaken in de verzorging aan de patiënt. Er kan echter vastgesteld worden dat de codeertaal tijdens de laatste twee jaren reeds vier maal gewijzigd is. Het is dus de verantwoordelijkheid van de overheid om deze taal voor een iets langere periode ongewijzigd te laten. Elk ziekenhuis zal immers bij elke wijziging van de taal zijn achterliggend systeem moeten wijzigen en dit brengt uiteraard kosten met zich mee.

Tenslotte kan, in tegenstelling tot wat misschien verwacht werd, er zeker op korte termijn niet bespaard worden op personeelskosten. Er wordt op korte termijn zelfs een stijging van de personeelskost verwacht na de invoering van het elektronisch verpleegdossier. Dit is het gevolg van de extra technische ondersteuning die nodig is om het elektronisch verpleegdossier te integreren en te beheren. Doelstelling is om de huidige referentieverpleegkundigen als coördinator in te zetten na de invoering van het elektronisch verpleegdossier. Dit om voldoende sturing te kunnen geven aan de verpleegkundigen die vanaf nu alle gegevens elektronisch dienen te verwerken.

Er zijn echter ook een groot aantal voordelen verbonden aan de invoering van het elektronisch verpleegdossier.

De grootste winst van het elektronisch verpleegdossier wordt gerealiseerd doordat het verpleegdossier nu veel zichtbaarder geworden is en de minimaal verpleegkundige gegevens uniform gecodeerd worden. De uniformiteit in codering tussen verschillende verpleegafdelingen opent perspectieven naar de ontwikkeling van interne toepassingen zoals bijvoorbeeld sturing van de personeelsinzet onder beïnvloeding van MVG profielen. Het elektronisch beschikbaar zijn van het verpleegdossier maakt dat je snel gegevens kan raadplegen en verwerken. Deze gegevens kan men gebruiken in de ontwikkeling van onder andere kwaliteitsindicatoren. Zo kan men bijvoorbeeld binnen het elektronisch verpleegdossier knipperlichten ontwikkelen op basis van de plaatsingsdatum van infusen en catheters. Deze knipperlichten geven na een vooraf bepaald aantal dagen aan dat een infuus of catheder herplaatst moet worden.

Het elektronisch verpleegdossier is ook een dynamisch dossier: afhankelijk van welk soort patiënt er behandeld wordt of op welke dienst deze patiënt opgenomen wordt, past het elektronisch verpleegdossier zich aan aan de noden van de patiënt en de verpleegkundigen.

Extra regulering, opgelegd door de overheid, is niet steeds een oplossing. Toch kan er in het geval van het elektronisch verpleegdossier en de MVG-registratie voor gepleit worden te streven naar een uniform systeem. De ziekenhuizen zullen in de toekomst voor een belangrijk deel gefinancierd worden op basis van deze MVG-cijfers. Om een correcte vergelijking mogelijk te maken, is het wenselijk dat alle ziekenhuizen een identiek systeem gebruiken. Een bijkomend voordeel is dat bij een wijziging van de codeertaal ieder ziekenhuis niet zelf zijn achterliggend informaticasysteem moet wijzigen, maar dat dit centraal kan gebeuren.

De invoering van het elektronisch verpleegdossier heeft zeker voordelen ten opzichte van de papieren versie. De voordelen situeren zich niet in het elimineren van de personeelskost verbonden aan de referentieverpleegkundigen, maar wel in het efficiënter maken van de werking van het gehele ziekenhuis. Dit is immers mogelijk dankzij de grotere zichtbaarheid van het verpleegdossier. De grootste uitdaging wordt om alle verpleegkundigen ervan bewust te maken dat een correcte invulling van het verpleegdossier noodzakelijk is. Niet enkel voor de financiering van het ziekenhuis, maar ook voor de zorg aan de patiënt.

6.2 Kanttekening

Er dient een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen een verlaging van de administratieve lasten en een verlaging van de kosten verbonden aan administratieve lasten. Zo kan bijvoorbeeld de invoering van een elektronisch verpleegdossier leiden tot een effectieve verlaging van de administratieve lasten, terwijl bij het invoeren van functiedifferentiatie de administratieve lasten niet dalen, maar wel de kosten verbonden aan deze administratieve handelingen.

7. Conclusies en aanbevelingen

Wet- en regelgeving zijn de twee belangrijkste instrumenten van de overheid om allerlei verplichtingen op te leggen aan hun burgers. Een belangrijk onderscheid moet gemaakt worden tussen de hieruit voortvloeiende inhoudelijke en de administratieve verplichtingen. De ene geeft immers nooit aanleiding tot administratieve lasten, terwijl de andere dit bijna altijd doet. Inhoudelijke verplichtingen dragen bij tot de realisatie van het publieke doel en beogen het gedrag van de actoren aan te passen. Ze brengen geen administratieve lasten met zich mee.

Naast de inhoudelijke verplichtingen legt de wetgever ook nog administratieve verplichtingen op aan de verschillende actoren. Naleving van deze verplichtingen heeft een indirecte invloed op de feitelijke gedragingen van de actoren. Ze dragen dus bij tot de verdere realisatie van het publieke doel, zij het op een indirecte manier. Onder deze administratieve verplichtingen verstaan we onder andere het informeren van de overheid of derden over het naleven van de inhoudelijke verplichtingen. Deze administratieve verplichtingen leiden tot enerzijds – in veel voorkomend geval – tot administratieve lasten aan de kant van de burger en anderzijds tot beheerskosten aan de kant van de overheid.

Beheerskosten zijn kosten die de overheid heeft in verband met het uitvoeren, controleren en handhaven van de informatieverplichtingen. Ze dragen met andere woorden niet bij tot de realisatie van het publieke doel.

Het meten van de administratieve lasten heeft een aantal welomschreven redenen. Een eerste reden is dat een administratieve lastenmeting meer informatie geeft over de omvang - en eventueel de oorzaken - van de administratieve lasten in een bepaald regelgevingsdomein. Deze informatie is onontbeerlijk bij het in praktijk brengen van een vereenvoudigingsbeleid dat door de politieke wereld wordt nagestreefd.

Een tweede reden is dat de nulmeting van administratieve lasten resulteert in het formuleren van reductiedoelstellingen. Een nulmeting is echter geen wetenschappelijk onderzoek. Het verkregen cijfermateriaal heeft vooral een indicatieve waarde, vormt een startpunt voor administratieve vereenvoudiging en heeft in geen geval een statistische waarde. De nadruk moet dan ook enkel liggen op het aanreiken van haalbare vereenvoudigingssuggesties.

Het Standaard Kosten Model (SKM) is wereldwijd de meest gehanteerde methode om administratieve lasten te meten. Het wordt tevens gebruikt door alle Europese

lidstaten en door de Europese Commissie. De concrete invulling van deze drie deelprocessen kan in iedere lidstaat verschillend zijn.

Het meetproces wordt echter steeds opgedeeld in drie grote deelprocessen:

- Het opdelen van regelgeving in meetbare componenten (operationalisering)
- Het eigenlijke meten van administratieve lasten
- Het formuleren van concrete vereenvoudigingsacties.

In 2008 zijn er in Vlaanderen 74 unieke, erkende ziekenhuizen. Dit aantal kan men onderverdelen in 4 universitaire, 56 acute en 14 categorale ziekenhuizen. Het aantal erkende uitbatingsplaatsen overstijgt het aantal erkende ziekenhuizen: in 2008 zijn er in Vlaanderen 118 erkende uitbatingsplaatsen. Dit ten opzichte van de slechts 74 erkende inrichtingen.

Er is in de periode tussen 2000 en 2008 een daling van twee procent in het aantal ziekenhuisbedden. Deze daling is echter niet lineair te verdelen over de verschillende soorten ziekenhuisbedden. Zo daalt het aantal hospitalisatiebedden in bepaalde diensten met tien procent, terwijl deze in andere diensten stijgt met meer dan 200 procent.

Vlaamse ziekenhuizen stellen in 2007 84.414 personeelsleden tewerk. Hiervan behoren er 36.728 tot het verplegend personeel en zijn er 5.176 artsen. De overige behoren tot het verzorgend, paramedisch, administratief of ander personeel.

Het grootste deel van de administratieve lasten is terug te vinden bij de verpleegkundigen. Zij nemen immers ook het grootste deel van de zorg van de patiënt op zich. Ook de artsen ervaren administratieve lasten, maar de omvang van deze administratieve lasten is minder groot en wordt vaak doorgespeeld aan het administratief personeel.

De administratieve lasten van verpleegkundigen kunnen worden opgedeeld in vier grote categoriën:

- Het verpleegdossier
- Minimaal verpleegkundige gegevens-registratie
- Interne preventiecampagnes
- Studies georganiseerd door de overheid

Het verpleegdossier is de basis van de verzorging aan de patiënt en moet alle informatie bevatten die nodig is voor een optimale gegevensregistratie verbonden aan de verzorging. Uit dit verpleegdossier worden onder andere de minimaal verpleegkundige gegevens afgeleid.

Het dient gezegd te worden dat een verlaging van de administratieve lasten in de Vlaamse ziekenhuizen niet eenvoudig te realiseren is. Er moet telkens een gezonde afweging gemaakt worden tussen een verlaging van de administratieve lasten en het bieden van kwalitatieve zorg aan de patiënt. Bij het verlagen van de administratieve lasten, moet er telkens over gewaakt worden dat de informatie die nodig is voor deze zorg steeds ter beschikking blijft van de verpleegkundigen.

Ondanks deze bezorgdheid zijn er toch een aantal maatregelen die op korte termijn zouden kunnen leiden tot een verlaging van de administratieve lasten. De basis van deze verlaging is het elektronisch verpleegdossier. Het invoeren van dit elektronisch verpleegdossier zal weinig rechtstreekse administratieve lastenverlagingen realiseren: er moet immers nog steeds dezelfde hoeveelheid gegevens geregistreerd worden. Het is vooral bij de verwerking van deze gegevens verbonden aan het verpleegdossier dat er een winst gerealiseerd kan worden.

De daling van de administratieve lasten is terug te vinden op volgende domeinen:

- Gegevens zullen rechtstreeks gecodeerd kunnen worden, zonder rechtstreekse tussenkomst van de referentieverpleegkundigen.
- De verschillende preventie-campagnes kunnen hun input rechtstreeks uit het elektronisch verpleegdossier bekomen.

Ook zijn er op volgende domeinen mogelijke efficiëntiewinsten te realiseren:

- De verhoogde zichtbaarheid van het verpleegdossier biedt perspectieven naar de ontwikkeling van interne toepassingen zoals bijvoorbeeld personeelssturing.
- De volledigheid en correctheid van de gegevens verhoogt. Het elektronisch dossier kan immers als knipperlicht werken indien bepaalde gegevens niet of onvolledig zijn ingevuld.

Grote nadelen zijn er niet verbonden aan het elektronisch verpleegdossier, potentiële valkuilen des te meer. Het elektronisch verpleegdossier moet daarom completer en functioneler worden dan zijn papieren voorganger.

De invoering van een elektronisch verpleegdossier kan dus een zeer grote stap in de goede richting betekenen. Noodzakelijk is dan wel dat het elektronische dossier voldoende uitgebreid is om alle vereiste gegevens te registreren en tegelijk ook voldoende gebruiksvriendelijk is, om te vermijden dat de invoering ervan tot een verhoging van de administratieve of irritatielasten leidt.

Bronvermelding

Beleidsdomein WVG. (2008). *Nulmeting administratieve lasten, Meetverslag*.

Departement bestuurszaken, Dienst Wetsmatiging, Dienst Proces- en informatiebeleid. (2009). *Eindrapport: Procesimpactanalyse voor het in kaart brengen van beheerskosten in het kader van een nieuwe of wijzigende regelgeving*.

Dienst Administratieve Vereenvoudiging. (2008). *KAFKA meetrapport administratieve lasten*

Dienst Administratieve Vereenvoudiging. (2009). *Actieplan DAV 2009*. Opgevraagd december 12, 2010 van <http://www.verereenvoudiging.be/doc/1243595473-5436.pdf>

Dienst Wetsmatiging. (2010). *Admininstratieve lastenmeting, beleidsdomein Bestuurszaken*. Opgevraagd december 10, 2010 van http://www.bestuurszaken.be/sites/bz.vlaanderen.be/files/BZ_eindrapport.pdf

Dienst Wetsmatiging, (2010), *Meten om te weten: Het Vlaamse Standaard Kosten Model toegepast*.

Europese Raad, Verslag vergadering 8/9 maart 2007 te Brussel. Conclusies van het Voorzitterschap (7224/07)

FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, DG1, Dienst Datamanagement. (2011). *Codeerhandleiding Verpleegkundige gegevens van de MZG versie 1.6*. Opgevraagd juni 20, 2011 van <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@datamanagement/documents/ie2divers/19066880.pdf>

FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, MZG. Ogevraagd 15 juli 2011 van [http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsysteems/MHD\(MinimumHospitalData\)/index.htm?fodnlang=nl](http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsysteems/MHD(MinimumHospitalData)/index.htm?fodnlang=nl)

Kegels, C. (2010). *De administratieve lasten in België voor het jaar 2008*. Het Federaal Planbureau.

Koninklijk besluit van 25 maart 2003 betreffende de identiteitskaarten (B.S. 28 maart 2003)

Senaat, Commissie voor Sociale aangelegenheden. (2006). *Administratieve vereenvoudiging voor artsen*. Opgevraagd december 10, 2010 van

http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/uploads/b598_vanquickenborne_reactie_ak_bijlage_1113335.doc

Staatssecretariaat voor Administratieve Vereenvoudiging. (2003). *Beleidsnota Administratieve Vereenvoudiging 26 november 2003*. Opgevraagd 11 december 2010 van <http://www.kafka.be/doc/1103456619-6000.pdf>

Vanden Broucke, L. (2010, januari). Schaalvergroting als basis voor specialisatie en kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg. *West-Vlaanderen Werkt*.

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. *Hoeveel algemene ziekenhuizen zijn er?* Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. *IZAG Registratie*. Brussel. Opgevraagd 14 december 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

Ziekenhuis Oost-Limburg. (2011). *Jaarverslag 2010*.

Zorgnet Vlaanderen vzw. (2011). *Functiedifferentiatie en functieclassificatie in de verpleegkundige beroepsbeoefening*.

Bijlagen

Bijlage 1: enquête

ENQUETE – ADMINISTRATIEVE LASTEN IN VLAAMSE ZIEKENHUIZEN

Beste,

In het kader van de masterproef van mijn opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen aan de Universiteit Hasselt, voer ik een onderzoek naar de administratieve lasten in de Vlaamse ziekenhuizen. Uit eerder onderzoek is immers gebleken dat de Vlaamse zorgsector gebukt gaat onder de administratieve lasten.

Door middel van onderstaande enquête willen we deze administratieve lasten in kaart brengen, analyseren en een aantal oplossingen aanreiken om deze lasten te verminderen.

De resultaten worden volledig anoniem verwerkt. Door het invullen van uw naam, wordt deze in een aparte database geplaatst, zonder dat wij uw naam aan uw antwoorden kunnen linken.

Het invullen van deze enquête zal niet meer dan 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Indien u uw e-mailadres invult, kunnen wij u op de hoogte houden van de resultaten van ons onderzoek.

Alvast bedankt voor uw bereidwillige medewerking.

Naam:

Voornaam:

e-mailadres:

Algemene gegevens:

Leeftijd:

Functie: Arts – Verpleegkundige – administratief medewerker

Leidinggevend: ja - neen

Ziekenhuis:

Campus:

Dienst:

Aantal medewerkers op de dienst:

Aantal bedden op de dienst:

Apart secretariaat op de dienst? JA – NEEN

Hoeveel procent van uw tijd bent u gemiddeld bezig met administratieve formaliteiten?

_____ %

Is dit volgens u: weinig – gemiddeld – veel

In het eerste deel van deze enquête beschrijven we een aantal administratieve handelingen. Per beschreven handeling dient u drie deelvragen te beantwoorden: hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van de handeling gemiddeld in beslag, hoeveel keer u de handeling gemiddeld per dag moet uitvoeren en of deze administratieve handeling bij u ook een zekere mate van irritatie opwekt. Telkens is er ruimte voorzien voor opmerkingen. Dit mogen zowel opmerkingen in de positieve als in de negatieve zin zijn.

A) Verpleegdossier: het invullen van het incontinentieluik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

B) Verpleegdossier: het invullen van het uitscheidings-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

C) Verpleegdossier: het invullen van het mobiliteitsluik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						

geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

D) Verpleegdossier: het invullen van het voedingsluik.

Hoeveel tijd neemt de handeling gemiddeld in beslag? :						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

E) Verpleegdossier: het invullen van het hygiëne-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

F) Verpleegdossier: het invullen van het dagkledij-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

G) Verpleegdossier: het invullen van het zelfbeeld-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
--	--	--	--	--	--	--

Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

H) Verpleegdossier: het invullen van het mondzorg-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

I) Verpleegdossier: het invullen van het cognitie-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

J) Verpleegdossier: het invullen van het communicatie-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					

Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

K) Verpleegdossier: het invullen van het isolatie-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

L) Verpleegdossier: het invullen van het fix-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

M) Verpleegdossier: het invullen van het medicatietherapie-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	

Opmerkingen:

N) Verpleegdossier: het invullen van het O₂-therapie-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

O) Verpleegdossier: het invullen van het perfusiebeleid-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

P) Verpleegdossier: het invullen van het sondevoeding-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

Q) Verpleegdossier: het invullen van het glycemiebeleid-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

R) Verpleegdossier: het invullen van de bijkomende parameteropvolging.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

S) Verpleegdossier: het invullen van het decibituspreventie-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

T) Verpleegdossier: het invullen van het wondzorgevaluatie-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					

Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

U) Verpleegdossier: het invullen van het planning onderzoeken, consulten en OK-luik.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

V) Verpleegdossier: het invullen van het geschreven verslag.

Hoeveel tijd neemt het eenmaal uitvoeren van deze handeling gemiddeld in beslag? (tijd in minuten)					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per dag uit te voeren?					
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

Geef aan of u bij onderstaande maatregelen akkoord bent dat deze leiden tot een verlaging van het irritatieniveau, verbonden aan administratieve lasten:

Vereenvoudigde formulieren, waarop slechts een beperkt aantal zaken moeten worden ingevuld.					
helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	neutraal	eerder akkoord	helemaal akkoord	geen mening
Opmerkingen:					

Voldoende uitleg over wat er met de verzamelde gegevens zal gebeuren.					
helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	neutraal	eerder akkoord	helemaal akkoord	geen mening
Opmerkingen:					

Feedback over de ingevulde gegevens.					
helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	neutraal	eerder akkoord	helemaal akkoord	geen mening
Opmerkingen:					

Gegevens onmiddellijk digitaal invoeren, i.p.v. eerst op papier.					
helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	neutraal	eerder akkoord	helemaal akkoord	geen mening
Opmerkingen:					

Functiedifferentiatie, het uitvoeren van administratieve taken delegeren aan administratieve medewerkers.					
helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	neutraal	eerder akkoord	helemaal akkoord	geen mening
Opmerkingen:					

Uniformiteit onder de verschillende coderingssystemen (alle registratie systemen werken met dezelfde codes voor dezelfde aandoeeningen)					
helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	neutraal	eerder akkoord	helemaal akkoord	geen mening
Opmerkingen:					

Het invoeren van een elektronisch medisch dossier.					
helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	neutraal	eerder akkoord	helemaal akkoord	geen mening
Opmerkingen:					

Kwaliteitszorg:

Het nut van kwaliteitszorg valt niet te betwisten. Toch willen we ook deze administratieve handelingen in kaart brengen. Per beschreven handeling dient u drie deelvragen te beantwoorden: hoeveel tijd neemt de handeling gemiddeld in beslag, hoe vaak u deze handeling dient uit te voeren en of deze administratieve handeling bij u ook een zekere mate van irritatie opwekt. Telkens is er ruimte voorzien voor opmerkingen. Dit mogen zowel opmerkingen in de positieve als in de negatieve zin zijn.

GRP screening: het bepalen van het gereatriscoprofiel.

Hoeveel tijd neemt de handeling gemiddeld in beslag? :						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per week uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

Decubituspreventie: het INVULLEN van gegevens.

Hoeveel tijd neemt de handeling gemiddeld in beslag? :						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per week uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

Decubituspreventie: het RAPPORTEREN (tweede maal ingeven) van gegevens.

Hoeveel tijd neemt de handeling gemiddeld in beslag? :						
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per week uit te voeren?						
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?						
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT	
Opmerkingen:						

Deelname aan studies/enquêtes georganiseerd door de overheid.

Hoeveel tijd neemt de handeling gemiddeld in beslag? :					
Hoeveel keer dient u deze handeling gemiddeld per maand uit te voeren?					
Welke mate van irritatie roept het voldoen aan bovenstaande verplichting bij u op?					
geen	weinig	matig	veel	zeer veel	NVT
Opmerkingen:					

Heeft u zelf nog voorstellen tot vermindering van de administratieve lasten?

Heeft u algemene opmerkingen betreffende deze enquête?

Bijlage 2: totale kost van de administratieve handelingen verbonden aan het verpleegdossier

Administratieve handeling	tijd per shift (min)	uurtarief	kost/shift	kost ZOI/dag	kost ZOI/jaar
a Icontinentieluik	8,71	31,00 €	4,50 €	2.933,27 €	1.070.643,65 €
b Uitscheidingen-luik	11,57	31,00 €	5,98 €	3.896,43 €	1.422.198,28 €
c Mobiliteitsluik	10,66	31,00 €	5,51 €	3.589,97 €	1.310.339,99 €
d Voedingsluik	7,5	31,00 €	3,88 €	2.525,78 €	921.909,00 €
e Hygiëne-luik	7,44	31,00 €	3,84 €	2.505,57 €	914.533,73 €
f Dagkledij-luik	5,32	31,00 €	2,75 €	1.791,62 €	653.940,78 €
g Zelfbeeld-luik	3,18	31,00 €	1,64 €	1.070,93 €	390.889,42 €
h Mondzorg-luik	6,46	31,00 €	3,34 €	2.175,54 €	794.070,95 €
i Cognitie-luik	4,13	31,00 €	2,13 €	1.390,86 €	507.664,56 €
j Communicatie-luik	6,79	31,00 €	3,51 €	2.286,67 €	834.634,95 €
k Isolatie-luik	5,22	31,00 €	2,70 €	1.757,94 €	641.648,66 €
l Fix-luik	21,01	31,00 €	10,86 €	7.075,55 €	2.582.574,41 €
m Medicatetherapie-luik	51,47	31,00 €	26,59 €	17.333,57 €	6.326.754,16 €
n O2-therapie-luik	5,62	31,00 €	2,90 €	1.892,65 €	690.817,14 €
o Perfusiebeleid-luik	14,06	31,00 €	7,26 €	4.734,99 €	1.728.272,07 €
p sondevoeding-luik	7,86	31,00 €	4,06 €	2.647,02 €	966.160,63 €
q Glycemiebeleid-luik	10,46	31,00 €	5,40 €	3.522,62 €	1.285.755,75 €
r Bijkomende parameteropvolging	10,53	31,00 €	5,44 €	3.546,19 €	1.294.360,24 €
s Decubituspreventie-luik	20,95	31,00 €	10,82 €	7.055,34 €	2.575.199,14 €
t Wondzorgevaluatie-luik	10,38	31,00 €	5,36 €	3.495,68 €	1.275.922,06 €
u Planning onderzoeken	10,71	31,00 €	5,53 €	3.606,81 €	1.316.486,05 €
v Geschreven verslag	15,41	31,00 €	7,96 €	5.189,63 €	1.894.215,69 €
TOTAAL:	4,26 uur	31,00 €	131,98 €	86.024,63 €	31.398.991,33 €

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

Administratieve lasten in ziekenhuizen. Gevalstudie: ZOL

Richting: **master in de toegepaste economische wetenschappen-beleidsmanagement**

Jaar: **2011**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

Hamaekers, Cédric

Datum: **22/08/2011**