UNIVERSITEIT GENT

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Academiejaar 2016 - 2017

# ACCREDITATIE IN ZIEKENHUIZEN VANUIT FINANCIEEL OOGPUNT

Literatuurstudie + empirisch onderzoek naar de kostprijs van accreditatie in Vlaamse ziekenhuizen

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master of Science in het management en beleid van de gezondheidszorg

Door Anneleen **Ally**

Promotor: Prof.dr. Dominique Vandijck

**Abstract**

Probleemstelling/inleiding: De belangrijkste maatschappelijke doelstelling van een ziekenhuis is het leveren van patiënt-veilige, kwaliteitsgerichte zorg. Accreditatie kan helpen om deze doelstelling te bereiken en wordt daarom in Vlaanderen de laatste jaren steeds meer toegepast.

Doelstelling: In deze masterproef wordt stilgestaan bij de kosten-baten van accreditatie. Daarnaast wordt onderzoek verricht naar de kostprijs van accreditatie bij Vlaamse ziekenhuizen.

Methode: Een systematisch literatuuronderzoek werd uitgevoerd in verschillende databanken (Pubmed/Web of Science/Google Scholar). Het empirisch onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van een gestructureerde vragenlijst beantwoord door 25 Vlaamse ziekenhuizen.

Belangrijkste bevindingen: Een algemeen ziekenhuis in Vlaanderen investeert gemiddeld **1.509 KEUR** om een accreditatielabel te behalen. Dit bedrag bestaat voor 66% uit personeelskosten (begeleiding accreditatietraject, opleidings- en tracertijd). Uitgedrukt per erkend bed, zal een ziekenhuis gemiddeld 3.125 EUR/bed investeren, met belangrijke verschillen tussen grote en kleine ziekenhuizen. Grote ziekenhuizen (> 800 bedden) investeren gemiddeld 2.408 EUR/erkend bed terwijl kleine ziekenhuizen (< 400 bedden) met een prijs van 4.275 EUR/erkend bed, 78% meer betalen. Ook het type accreditatie heeft invloed op de kost prijs waarbij JCI accreditatie gemiddeld 18% duurder is dan NIAZ accreditatie.

Hoofdconclusie: Deze studie is de eerste in Vlaanderen die de kostprijs van accreditatie bij algemene ziekenhuizen in kaart heeft gebracht. Het onderzoek leert ons dat de Vlaamse ziekenhuissector een bedrag van ongeveer 90 miljoen EUR in accreditatie heeft geïnvesteerd en op die manier duidelijk haar verantwoordelijkheid opneemt om blijvend in te zetten op kwaliteit, ondanks de toenemende budgettaire druk.

Aantal woorden masterproef: 14.783 (exclusief woord vooraf, bijlagen en referentielijst)

**Inhoud**

Woord vooraf ..... 6

Gebruikte afkortingen ..... 7

**Deel I: Literatuurstudie ..... 11**

1. Kwaliteit van zorg ..... 11

1.1. Situering en definitie ..... 11

1.2. Conceptueel raamwerk ..... 12

1.3. Werken aan kwaliteit ..... 14

2. Accreditering in de zorg: algemene kadering ..... 15

2.1. Definitie accreditatie in de zorg ..... 15

2.2. Stakeholders accreditatie ..... 16

2.3. Historiek en internationale verspreiding ..... 17

2.4. Organisatie en wettelijke context ..... 18

2.5. Accreditatie in Vlaanderen ..... 19

3. Het traject naar een accreditatielabel ..... 21

3.1. Accreditering door de JCI ..... 21

3.1.1. Algemeen ..... 21

3.1.2. Normen en standaarden ..... 21

3.1.3. Werkwijze - accreditatieprocedure ..... 22

3.2. Accreditering door het NIAZ ..... 25

3.2.1. Algemeen ..... 25

3.2.2. Normen en standaarden ..... 25

3.2.3. Werkwijze - accreditatieprocedure ..... 26

4. Accreditering in de zorg: Kosten-baten analyse ..... 29

4.1. De kosten verbonden aan accreditatie ..... 29

4.2. De baten verbonden aan accreditatie ..... 31
5. Accreditering in de zorg: De ideale oplossing of een medaille met twee kanten? ..... 36
5.1. De drijfveren bij accreditatie ..... 36
5.1.1. Aandacht voor kwaliteit ..... 36
5.1.2. Commerciële voordelen ..... 37
5.1.3. Personeel ..... 38
5.1.4. Financiële voordelen ..... 39
5.2. Kritische reflectie ..... 40
**Deel II: Empirische studie ..... 42**
6. Situering van het empirisch onderzoek ..... 42
7. Stap 1: Inventarisatie van de soorten kosten bij accreditatie ..... 44
7.1. Onderzoeksmethode ..... 44
7.2. Resultaten ..... 45
8. Stap 2: Onderzoek kostprijs accreditatie in Vlaamse ziekenhuizen ..... 47
8.1. Onderzoeksmethode ..... 47
8.1.1. Opmaak en toelichting bij de enquête ..... 47
8.1.2. Het uitsturen van de enquête ..... 50
8.1.3. Respondenten van de enquête ..... 51
8.1.4. Analyse van de resultaten ..... 53
8.2. Resultaten ..... 54
8.2.1. Samenstelling van de steekproef ..... 54
8.2.2. Samenstelling van de kostprijs ..... 57
8.2.2.1. Directe operationele kosten ..... 57
8.2.2.2. Investeringen ..... 61
8.2.2.3. Directe personeelskosten ..... 66

8.2.2.4. Indirecte personeelskosten ..... 69
8.2.3. Bepaling van de totale kostprijs ..... 71
8.2.4. Extrapolatie kostprijs naar de totale Vlaamse ziekenhuissector. .. 74
9. Discussie, beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek ..... 75
10. Relevantie voor de praktijk – aanbevelingen ..... 79
11. Conclusie ..... 81
12. Literatuurlijst ..... 83
13. Bijlagen ..... 89
14. Lijst van figuren ..... 103

## Woord vooraf

Na tien jaar werken in de profit sector, veranderde ik anderhalf jaar geleden van job en ging ik in de gezondheidszorg werken. Deze nieuwe job, gecombineerd met het volgen van een master opleiding, leerde mij in snel tempo de complexiteit en de vele uitdagingen van ons Belgisch gezondheidszorgsysteem kennen. Het voltijds werken en studeren was niet altijd makkelijk maar is toch gelukt dankzij de steun van vele mensen.

Ik wil in de eerste plaats mijn werkgever, AZ Maria Middelares, bedanken, die me de mogelijkheid en ruimte heeft gegeven deze studies te doen. Daarnaast verdient ook mijn promotor prof.dr. Vandijck een dankwoordje. Dankzij zijn tips, inzichten en suggesties werd ik op het goeie spoor gezet bij het uitwerken van dit document.

Ik wil ook mijn dank betuigen aan alle mensen die hebben meegewerkt aan mijn empirisch onderzoek. Alle ziekenhuizen die de tijd vrijmaakten om mijn enquête in te vullen hebben zo een belangrijke bijdrage geleverd deze masterproef

En als laatste verdienen ook mijn man en mijn twee zoontjes een dikke dankjewel. Jullie hebben mij de vele avonden en weekends moeten missen, terwijl ik op zolder aan deze masterproef zat te werken. Bedankt voor jullie geduld en onvoorwaardelijke steun.

7 mei 2017

**Gebruikte afkortingen**

| | |
|---|---|
| AZ | Algemeen Ziekenhuis |
| JCI | Joint Commission International |
| NIAZ | Nationaal instituut voor accreditatie in de zorg |
| WHO | Wereldgezondheidsorganisatie |
| ISQua | International Society for Quality in Health Care |
| Mesh | Medical Subject Heading |
| JCHAO | Joint Commission on Accreditation of Hospitals |
| HAS | La Haute Autorité de Santé |
| SIP | Strategic Improvement Plan |
| VIR | Vereiste Instellings Richtlijn |
| KCE | Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg |
| MAHA | Model for Automatic Hospital Analysis |
| FTE | Full time equivalent |

## Inleiding

Onze gezondheidszorg werd de voorbije decennia gekenmerkt door een toenemende focus op zorgkwaliteit en patiënt veiligheid. De confronterende cijfers uit de publicatie “To Err is Human” van de Institute of Medicine (2000) m.b.t. vermijdbare sterfte brachten dit onderwerp internationaal zelfs nog meer onder de aandacht (Mumford, Forde, Greenfield, Hinchcliff & Braithwaite, 2013; Nicklin, 2015). Beleidsmakers gingen daarom op zoek naar een wetenschappelijke manier om de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te verbeteren. Eén van deze methodes is accreditatie, waarbij men via een externe evaluatie van een ziekenhuis een duurzame verbetering van de kwaliteit van zorg wil bereiken.

Ondertussen is accreditatie geëvolueerd tot een van de hoekstenen van ons hedendaags systeem voor gezondheidszorg. Op vandaag is het aanwezig in meer dan 70 landen en ook in Vlaanderen wordt accreditatie de laatste jaren door de overheid sterk aangemoedigd. Een twintigtal Vlaamse ziekenhuizen haalden in de voorbije drie jaar vrijwillig hun accreditatielabel en ook de meeste andere zitten in een laatste rechte lijn om zich in de loop van 2017 en 2018 te laten accrediteren.

Naast de extra aandacht voor kwaliteit, worden we de laatste jaren ook geconfronteerd met twijfels over de financiële haalbaarheid van ons gezondheidszorgsysteem. De vergrijzing en verzilvering van de bevolking, een toenemend aantal chronisch zieken en de dure technologische vooruitgang maken dat kosten van onze gezondheidszorg hoop oplopen terwijl de beschikbare middelen steeds beperkter worden. Op lange termijn is dit niet langer houdbaar. Het komt er dus op aan de schaars beschikbare financiële middelen in de gezondheidszorg zo optimaal mogelijk in te zetten, te streven naar doelmatigheid en enkel deze zaken te doen die gezondheids-economisch gezien het meeste meerwaarde bieden.

In deze masterproef wordt de link gelegd tussen accreditatie en kosteneffectiviteit en wordt accreditatie vanuit een financieel economisch perspectief bekeken. Binnen een economisch efficiënt beleid zullen de wetgevers en het management van zorginstellingen pas kiezen voor een bepaalde interventie wanneer ze voldoende voordelen zien en ervan uitgaan dat de baten voor hen groter zijn dan de nadelen en kosten. Maar is dit ook het geval voor accreditatie? Wat leert ons de kosten-baten analyse? Is het de ideale oplossing of toch een medaille met twee kanten?

Dit werk bestaat uit twee grote delen, zijnde een literatuurstudie en een empirisch onderzoek.

In de literatuurstudie van deze masterproef wordt een overzicht gegeven van de internationale literatuur over dit onderwerp.

Eerst wordt ingegaan op wat kwaliteit in de zorg juist betekent. Vervolgens wordt een algemene beschrijving gegeven van het begrip accreditatie (hoofdstuk twee). Hierbij wordt de historische evolutie van accreditatie geschetst, alsook de toepassing ervan, zowel internationaal als in Vlaanderen. Voor hoofdstuk drie werd in de literatuur op zoek gegaan naar de economische evaluatie van accreditatie. De beschikbare studies betreffende de kosten-baten van accreditatie werden op een gestructureerde wijze samengebracht en verschaffen ons inzicht in de kosten verbonden aan accreditatie en of deze afwegen ten opzichte van de verwachte voordelen op vlak van zorgkwaliteit, patiënt veiligheid, kosten en concurrentiekracht. Om af te sluiten wordt in hoofdstuk vier gekeken welke argumenten en tegenargumenten door beleidsmakers gebruikt worden bij de keuze voor een accreditatie. Houden beleidsmakers bij de keuze voor dit instrument enkel rekening met de economische evaluatie, of zijn er ook andere drijfveren die hierbij een rol spelen?

Het tweede deel van deze masterproef bestaat uit een empirisch onderzoek en focust specifiek op de kostenkant van accreditatie. We leerden uit de literatuurstudie dat tot op heden heel weinig onderzoek werd gedaan naar het

kostenplaatje van accreditatie en vooral binnen een Europese context is deze info niet beschikbaar. Via deze meesterproef wordt daarom getracht antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen: Welke soorten kosten worden gemaakt in de loop van een accreditatie-traject? Hoeveel bedragen deze kosten bij de Vlaamse ziekenhuizen? Welke criteria spelen een mogelijke rol bij de omvang van deze kosten?

De gedetailleerde probleemstelling van het onderzoek wordt in deze tekst toegelicht in hoofdstuk zes. In hoofdstuk zeven en acht worden de onderzoeksmethode en resultaten van het empirisch onderzoek in detail besproken. Finaal konden de onderzoeksvragen worden beantwoord door middel van gegevensanalyse op data aangeleverd door 25 Vlaamse ziekenhuizen.

In de laatste hoofdstukken (hoofdstuk 9 tot 10) worden de onderzoeksresultaten verder geïnterpreteerd. Daarbij wordt ingegaan op de beperkingen van dit onderzoek en de implicaties ervan voor de management- en/of beleidspraktijk. Finaal wordt het geheel samengevat in een algemene conclusie in hoofdstuk 11.

**Deel I: Literatuurstudie**

# 1. Kwaliteit van zorg

## *1.1. Situering en definitie*

De gezondheidszorg werd de voorbije 40 jaar gekarakteriseerd door een toegenomen aandacht voor kwaliteit van zorg en patiënt veiligheid. Na de publicatie van “To Err is Human” van de Institute of Medicine in 2000 kwam dit alles nog meer in een stroomversnelling (Mumford, Forde, Greenfield, Hinchcliff & Braithwaite, 2013; Nicklin, 2015). Deze Amerikaanse studie toonde aan dat in een ziekenhuis opgenomen worden best een gevaarlijke aangelegenheid was. Bij 3,7% van alle ziekenhuisopnames in New York kwamen immers complicaties met medische aard voor, met een verlengd ziekenhuisverblijf of handicaps als gevolg. De helft van deze complicaties waren het gevolg van vermijdbare fouten, waarvan 13,6% finaal eindigden met de dood. Concreet kwam dit overeen met jaarlijks 44.000 tot 98.000 te vermijden overlijdens in ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Deze cijfers deden de alarmbel rinkelen en iedereen, zowel binnen de sector als op overheidsniveau, zag het belang in van een veiligere en kwaliteitsvollere gezondheidszorg.

Wat wordt nu precies bedoeld met het begrip “kwaliteit van zorg”? De meest bekende definitie is deze van het Institute of Medicine, die dit definieert als “De mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent is met de huidige professionele kennis” (Pauwels, Van de Wygaert & Wuyts, 2010).

Men onderscheidt hierbij de volgende acht <u>doelstellingen</u> voor kwaliteitsvolle zorg, waarbij patiënt veiligheid een essentieel onderdeel is van de zorgkwaliteit (Pauwels et al., 2010, Van Meerbeeck, 2016):

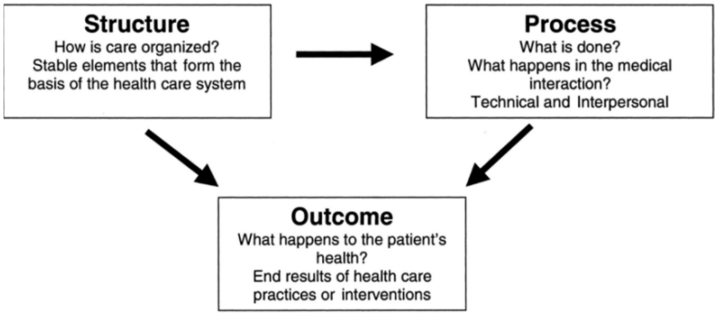
| | |
|---|---|
| **Veiligheid** | Vermijdbare letsels minimaliseren |
| **Efficiëntie** | Optimale inzet van middelen, vermijden van verspilling van materiaal, ideeën en energie |
| **Effectiviteit** | Optimaal realiseren van output, zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis |
| **Patiënt centraal** | Rekening houdend met de voorkeur, noden en waarden vanuit de context van de patiënt |
| **Tijdig** | Vermijden van onnodige wachttijden en vertragingen |
| **Toegankelijkheid** | Geen discriminatie in zorgkwaliteit o.b.v. persoonlijke kenmerken zoals geslacht, socio-economische status en etniciteit. |
| **Continuïteit** | Kwaliteit van zorg over de muren van het ziekenhuis heen, kwaliteit van transmurale zorg |
| **Integratie** | Zorg coördinatie, onderlinge afstemming tussen zorgverleners |

Op basis van bovenstaande principes heeft de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) kwaliteit van zorg als volgt mooi samengevat: “het feit dat de patiënt kan rekenen op de beste diagnose en behandeling, vakkundigheid en medeleven, heldere communicatie, veiligheid, snelle service en dienstverlening, zorg op maat, goeie nazorg en duurzaamheid” (Van Rooy, 2013).

### *1.2. Conceptueel raamwerk*

Daarnaast zijn ook de verschillende pijlers voor kwaliteit in de zorg belangrijk, zoals theoretisch uitgewerkt door Donabedian in onderstaand conceptueel

raamwerk (Donabedian, 1966). Wanneer gewerkt wordt aan kwaliteit, moet aan elk van deze elementen gedacht worden.




**Figuur 1 : Raamwerk ter evaluatie van kwaliteit van zorg Donabedian**

Bron: Donabedian, Wheeler & Wyszewianksi (1982).

Donabedian beschouwt kwaliteit van zorg als een combinatie van structuur, processen en uitkomsten, waarbij een goeie structuur de kans verhoogt op goeie processen, en goeie processen de kans verhogen op goeie uitkomsten.

| | |
|---|---|
| **Structuur** | De voorwaardenscheppende kanten van de zorgverlening, zoals technologie, financiën, een kwaliteitslabel, het opleidingsniveau van zorgverleners, organisatiestructuur en cultuur |
| **Proces** | Alle activiteiten binnen een ziekenhuis die nodig zijn om goede zorg te leveren, zoals zorgpaden, multidisciplinaire samenwerkingen, het functioneren van zorgverleners |
| **Uitkomst** | Het resultaat van de zorgverlening aan de patiënt. Welke gezondheidswinst heeft de zorg voor de patiënt opgeleverd? |

Rekening houdende met bovenstaande, wordt kwaliteit daarom best op drie niveaus gemeten (Pauwels et al., 2010):

- Structurele indicatoren: het aantal bedden, het aantal verpleegkundigen, de bestaffingsnorm, het opleidingsniveau, het aantal artsen,…
- Procesindicatoren: verloopt de zorg volgens de vastgelegde procedures (in het zorgpad of kwaliteitshandboek)?

- Resultaatsindicatoren: de verkregen resultaten zoals infectieratio's, sterftecijfers, maar ook patiënten tevredenheid en personeelstevredenheid

### *1.3. Werken aan kwaliteit*

Beleidsvoerders gingen de voorbije jaren op zoek naar wetenschappelijke methodes om de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te verbeteren en vermijdbare fouten tot een absoluut minimum te herleiden. Deze "systemen" moeten ervoor zorgen dat niet alleen de individuele zorgverlener goeie kwaliteit levert, maar dat alle zorg die een zorgvrager in een keten – binnen of tussen instanties- ontvangt, aan een bepaald niveau voldoet (Sander, 2014). Eén van deze methodes is het behalen van een kwaliteitslabel via accreditatie (Devkaran & O'Farell, 2015).

## 2. Accreditering in de zorg: algemene kadering

### *2.1. Definitie accreditatie in de zorg*

Wat is nu accreditering in de zorg? Accreditatie komt uit het Latijn en betekent " te geloven" (ad + credere), geloofwaardig (Pauwels et al., 2010).

In de literatuur vinden we verschillende definities van het begrip accreditatie, met elk hun eigen klemtoon. Enkele van deze definities worden hieronder weergegeven:

- Volgens het KCE kan accreditatie gedefinieerd worden als "alle initiatieven die gericht zijn op de externe evaluatie van een ziekenhuis volgens vooraf gedefinieerde, expliciete en gepubliceerde standaarden met het oog op het bevorderen van continue verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg" (De Walcque, Seuntjens, Vermeyen, Peeters & Vinck, 2008).
- The Joint Commission International (hierna JCI) beschrijft accreditatie als een "veelal vrijwillig proces, waarbij een onafhankelijk agentschap erkenning verleent aan een gezondheidsinstelling omdat ze voldoet aan bepaalde standaarden die vereisen dat er een continue verbetering van structuren, processen en uitkomsten gerealiseerd wordt" (Pauwels et al., 2010).
- Volgens Pomey is accreditatie "een internationaal erkend evaluatieproces die gebruikt wordt om de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van zorginstellingen te bekijken. Het is ook een manier om publieke erkenning te krijgen als organisatie omdat je de nationale standaarden nakomt" (Pomey, 2005 in .Nicklin, 2015).

De <u>gemeenschappelijke deler</u> van deze definities spreekt dus over:

- een al dan niet vrijwillige evaluatie door een externe en onafhankelijke partij;
- van de integrale werking en prestaties van een zorginstelling;

- d.m.v. een meting/verificatie t.o.v. specifieke en vooraf bepaalde standaarden;
- met als doel een (continue) verbetering van structuren, processen en uitkomsten te bekomen, en op die manier kwaliteit van zorg na te streven;
- en resulterend in een bepaalde erkenning, die publiek gemaakt kan worden.

Eenvoudig gesteld is accreditatie gebaseerd op het geloof dat het naleven van wetenschappelijk onderbouwde standaarden zal leiden tot een hogere kwaliteit van zorg in een veiligere omgeving. Kenmerkend is ook de focus op continue verbetering. Er wordt gestreefd naar het maximaal haalbare, eerder dan louter het al dan niet halen van een minimum prestatieniveau binair te scoren.

Andere doelstellingen van accreditatie, aangehaald door JCI, zijn verhoogde efficiëntie en verminderde kosten tgv. gestandaardiseerde zorg (Nicklin, 2015). Op vandaag gaat in onze samenleving veel geld verloren aan kwaliteitsproblemen zoals overbesteding, onderbenutting en misbruik van gezondheidszorg. Het verbeteren van die kwaliteit kan deze problemen voorkomen en zo de kosten helpen dalen (Institute of Medicine, 2001).

### *2.2. Stakeholders accreditatie*

Volgens het Health Service Resource Center (De Walque, 2008) zijn er vier belangrijke *stakeholders* bij een accreditatie:

- Patiënten: zij genieten van een verbeterde kwaliteit en kunnen zelf bewust zelf hun zorginstelling kiezen o.b.v. publiek beschikbare kwaliteitscriteria;
- Zorgverleners/artsen: zij genieten van het feit dat ze gelinkt worden aan een instelling met een goeie reputatie;
- Personeel: zij ervaren een grotere job tevredenheid en fierheid;
- De organisatie zelf: er ontstaat een cultuur van kwaliteitsbewustzijn.

Bovenstaand lijstje kan evenwel nog verder aangevuld worden met (Nicklin, 2015; Schyve, 2000):

- De overheid: door accreditatie is de overheid zeker dat de middelen in de zorg goed worden besteed en koopt zo de garantie dat de kwaliteit van zorg bepaalde standaarden haalt;
- Verzekeringsmaatschappijen: deze kunnen eisen dat ze enkel zorg terugbetalen die aangeboden wordt in geaccrediteerde ziekenhuizen, opdat ze op die manier kunnen garanderen dat hun middelen de meeste efficiënte zorg opleveren.

### *2.3. Historiek en internationale verspreiding*

De fundamenten van ziekenhuisaccreditatie werden zo'n 100 jaar geleden gelegd in de Verenigde Staten bij het Amerikaanse college van Chirurgen (Brubakk, Vist, Bukholm, Barach & Tjomsland, 2015). De echte doorstart vond echter pas plaats in 1951, met de oprichting van de Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCHAO). Het betrof een Amerikaanse, niet-commerciële organisatie die ziekenhuizen en andere zorginstellingen evalueerde en accrediteerde. Inmiddels is accreditatie in de Verenigde Staten prominent aanwezig. Wanneer men daar als zorginstelling in aanmerking wil komen voor terugbetaling door één van de publieke zorgprogramma's zoals Medicare en Medicaid, is het verplicht een accreditatielabel te behalen. Daardoor zijn nu reeds meer dan 85% van de ziekenhuizen geaccrediteerd in dit land (Grepperud, 2014).

Ook buiten de grenzen van de Verenigde Staten werd de laatste 40 jaar grondig "geaccrediteerd". De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) identificeerde tijdens een grootschalig wereldwijd onderzoek in 2000 reeds 33 nationale accreditatieprogramma's in de zorg, vooral in Amerika, Australië en Europa. Op vandaag zou accreditatie wereldwijd al in meer dan 70 landen aanwezig zijn (Halasa, Zeng, Chappy & Shepard, 2015).

In Europa spreekt men van 18 nationale organisaties (overzichtslijst zie bijlage 1) die accreditatiediensten aanbieden op nationaal of internationaal vlak (Shaw, Kutryba, Braithwaite, Bedlicki & Warunek, 2010). Daarnaast zijn er nog een aantal landen waar dit louter regionaal wordt georganiseerd (Verenigd Koninkrijk, Spanje en Italië).

Ook in Azië kent accreditatie de laatste jaren een enorme boost. Gedreven door het medisch toerisme gaan private ziekenhuizen in India, China en Singapore voluit voor accreditatie (Greppured, 2014).

### *2.4. Organisatie en wettelijke context*

Sommige landen en overheden hebben hun eigen accreditatieprogramma uitgewerkt, terwijl andere landen gebruik maken van de internationaal werkende accreditatiepartners zoals JCI, een dochterbedrijf van JCHAO (World Health Organization, 2003). Boven al deze nationale en internationale accreditatieagentschappen situeert zich het grootste internationale agentschap ISQua, “the International Society for Quality in Healthcare”. ISQua tracht via de definiëring van ALPHA principes en standaarden te komen tot één systeem. Tevens biedt ISQua een accreditering van accrediteringsprogramma’s aan, die er voor zorgt dat alle deze programma’s kwaliteitsvol zijn (Pauwels et al., 2010).

In sommige landen wordt accreditatie verplicht opgelegd door de overheid, terwijl het in andere een vrijwillig initiatief is van de ziekenhuizen (World Health Organization, 2003). Zoals eerder vermeld, verplicht de Verenigde Staten zorginstellingen tot accreditatie indien ze in aanmerking willen komen voor terugbetaling. Als we kijken naar de buurlanden van België, zien we dat ook Frankrijk accreditatie verplicht oplegt aan zijn zorginstellingen. Daar wordt accreditatie uitsluitend verricht door La Haute Autorité de Santé (HAS). Het HAS is een onafhankelijk instituut dat werkt in opdracht van de overheid, en de kwaliteit van de gezondheidszorg wil verbeteren (De Meyer, 2010).

In Nederland is accreditatie niet wettelijk verplicht, maar zullen zorgverzekeraars bij hun zorginkoop vaak eisen dat een zorginstelling een accreditatie heeft. Daardoor hebben tegenwoordig vrijwel alle ziekenhuizen in dit land één of meerdere accreditaties. Van de verschillende accreditatiesystemen is het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen daar het meest gebruikte, meer specifiek bij 93% van alle ziekenhuizen (Van Rooy, 2013). De werkwijze en oorsprong van dit orgaan wordt later in deze tekst verder toegelicht.

In Duitsland is accreditatie ook vrijwillig, maar is het wel verplicht kwaliteitsmetingen (vergelijking van belangrijkste uitkomstindicatoren) te doen.

Recent noteren we binnen Europa ook een tegenbeweging, met name in Denemarken. Deense ziekenhuizen moesten zich tot voor kort verplicht accrediteren. In 2015 besliste de Deense minister van volksgezondheid echter dat publieke Deense ziekenhuizen die een kwaliteitsaccreditatie hebben, deze niet meer hoeven te hernieuwen (Van Dun, 2016). De drijfveren achter deze beslissing komen later in dit werk aan bod onder het hoofdstuk “kritische reflectie”.

### *2.5. Accreditatie in Vlaanderen*

In Vlaanderen is het de vrije keuze van ziekenhuizen om al dan niet te opteren voor een accreditatietraject. Toch wordt accreditatie de laatste jaren van overheidswege uit sterk aangemoedigd als gevolg van de hervorming van het visitatiemodel voor de ziekenhuizen in 2012 (www.departementwvg.be/zorginspectie, 2017). Indien ziekenhuizen voor eind 2017 een accreditatiebeslissing kunnen voorleggen, worden zij immers vrijgesteld voor het systeemtoezicht door de Vlaamse overheid. De overheid zal in dat geval haar eigen inspectie focussen tot een gericht nalevingstoezicht, waarbij aan de hand van specifieke patiënten trajecten de zorg onder de loep wordt genomen (Omzendbrief Vlaams minister van welzijn, gezondheid en gezin, 2012).

De overheid gaf de geïnteresseerde ziekenhuizen ongeveer vijf jaar de tijd om dit traject te realiseren. Vóór eind 2012 moesten zij door middel van een extract uit de verslaggeving, aantonen dat zowel de Raad van Bestuur als de Medische Raad zich hebben geëngageerd tot de opstart van een accreditatietraject met een ISQua-geaccrediteerde accrediterende organisatie. Voor eind 2017 moet dan de definitieve accreditatiebeslissing kunnen worden voorgelegd (Omzendbrief Vlaams minister van welzijn, gezondheid en gezin, 2012).

Alle Vlaamse ziekenhuizen hebben ondertussen gekozen voor accreditatie bij een erkende internationale organisatie (Omzendbrief accreditatie Vlaams minister van welzijn, gezondheid en gezin, 2016). De laatste jaren is hier binnen de sector dan ook hard aan gewerkt. Op het ogenblik van het afronden van deze masterproef (01/05/2017) hadden reeds 18 Vlaamse algemene ziekenhuizen hun accreditatie behaald. Het Jessa Ziekenhuis, Sint-Lucas Brugge, UZ Gent , AZ Oudenaarde, Imelda Bonheiden, AZ Sint Jozef Malle, AZ Turnhout en AZ Sint Maarten zijn geaccrediteerd bij het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). Het UZ Leuven, az groeninge, Jan Ypermanziekenhuis, Sint-Blasius Ziekenhuis, UZ Antwerpen, Onze Lieve Vrouw Ziekenhuis Aalst, AZ Maria Middelares, GZA ziekenhuizen, UZ Brussel en AZ Monica zijn geaccrediteerd door de Joint Commission International (JCI). Ook de meeste andere ziekenhuizen zitten in een laatste rechte lijn of hebben al een flink aantal voorbereidende stappen gezet om een accreditatie te behalen.

## 3. Het traject naar een accreditatielabel

Om te schetsen wat het behalen van een accreditatielabel voor een ziekenhuis nu precies inhoudt, wordt in dit hoofdstuk stilgestaan bij de concrete stappen binnen een accreditatie traject. Hiervoor wordt in detail ingezoomd op de twee accreditatieprogramma's die in Vlaanderen worden gebruikt, zijnde JCI en NIAZ. Beide accreditatieagentschappen werden zelf geaccrediteerd door het ISQua, dus kunnen worden beschouwd als kwaliteitsvol. Ongeveer 40% van de accrediterende ziekenhuizen in Vlaanderen koos voor de JCI als accreditatie-programma, de rest voor het NIAZ (www.niaz.nl).

### *3.1. Accreditering door de JCI*

#### *3.1.1. Algemeen*

De JCI is internationaal de grootste speler. Deze private, not for profit, dochteronderneming van de TJHAO werd opgericht in 1994 en heeft als doel de kennis en expertise op vlak van accreditatie aan te bieden aan landen buiten de Verenigde Staten. Eind 2016 had JCI internationaal reeds meer dan 800 zorginstellingen geaccrediteerd in meer dan 100 landen. Organisaties die door de JCI worden geaccrediteerd, ontvangen de *"global gold seal of approval",* die drie jaar geldig blijft. (www.jointcommissioninternational.org, 2017).

#### *3.1.2. Normen en standaarden*

Het doel van de JCI is een objectief extern evaluatieproces aan te bieden aan zorginstellingen, met het oog op een permanente verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Hiervoor gebruikt men normen en standaarden, gebaseerd op *de International Patient Safety Goals* (www.jointcommissioninternational.org, 2017). Voldoen aan deze zes doelstellingen is een minimumvereiste om voor accreditatie in aanmerking te komen:

- *IPSG 1. Identify Patients Correctly*
- *IPSG 2. Improve Effective Communication*
- *IPSG 3. Improve the Safety of High Alert Medications*
- *IPSG 4. Ensure Correct-Site, Correct Procedure, Correct Patient Surgery*
- *IPSG 5. Reduce the Risk of Health Care Associated Infections*
- *IPSG 6. Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls*

JCI benoemt aanvullend per programma specifieke normen. Het normenkader voor de ziekenhuiszorg bestaat uit ongeveer driehonderd standaarden die geëxpliciteerd worden in 1300 objectieve en meetbare criteria, betreffende onder meer onderwerpen (Bremmers) zoals afstemming en overdracht tussen de disciplines, patiëntendossiers, medische apparatuur , communicatiestructuur, documentbeheersysteem, informatie management en andere.

### *3.1.3. Werkwijze - accreditatieprocedure*

Om te slagen in een accreditatie, dient het ziekenhuis grondige voorbereiding te treffen. Volgens de JCI is de gemiddelde voorbereidingstijd van een accreditatie tussen de 18 en de 24 maanden. Hierbij dienen verschillende stappen te worden doorlopen, zoals weergegeven in onderstaand overzicht: (www.jointcommissioninternational.org, 2017)

| | **Stap** | **Beschrijving** | **Duurtijd** |
|---|---|---|---|
| 1 | *Start up* | Zich als organisatie vertrouwd maken met de standaarden en normen opgelegd door het accreditatiebureau. Het belang van accreditatie toelichten in de organisatie. | 2-3 maand |
| 2 | *Plan* | Huidige werkwijze in kaart brengen en aftoetsen ten opzichte van de JCI standaarden (=gap analyse). Actieplan opstellen met verbeterpunten. | 2-3 maand |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | *Process* | Nieuwe procedures, richtlijnen en werkwijzes uitschrijven, bestaande procedures aanpassen in lijn met de JCI standaarden | 2-3 maand |
| 4 | *Focus* | Verbeteringen aanbrengen waar nodig. Identificatie van potentiele grote risico's in de organisatie en moeilijk aan te passen zaken. | 2-3 maand |
| 5 | *Fix barriers* | Een veiligheidscultuur ontwikkelen en promoten onder personeel en artsen. | 2-3 maand |
| 6 | *Readiness* | *Compliancy* controleren: Inplannen proefaudit (mock survey) en het personeel hierop voorbereiden. Test-tracers laten uitvoeren door het personeel (zie verder) | 2-3 maand |
| 7 | *Training* | Continu opleiden van personeel over aangepaste en verbeterde werkwijzen en procedures. | 2-3 maand |
| 8 | *Evaluate/ Refine* | Identificeer mogelijk gebreken en corrigeer waar nodig. | 2-3 maand |
| 9 | *Mock survey* | Proefaudit, 6 maand voor de finale audit. Identificatie verbeterpunten en opmaak actieplan. | 2-3 maand |
| 10 | Finale fase | Finale aanpassingen en voorbereidingen | 6-7 maand |

Dit voorbereidingstraject vraagt de inzet en tijd van alle medewerkers, verpleegkundigen, logistieke en administratieve medewerkers en artsen, om via multidisciplinair overleg te werken aan het optimaliseren van processen en structuren (Bleus & Reynaert, 2012).

Eens het voorbereidingstraject achter de rug is, volgt het audit bezoek door de JCI. Een ziekenhuis moet op dat moment reeds minstens vier maanden in lijn zijn met de vooropgestelde standaarden. Tijdens dit bezoek gaan de auditoren de werking in het ziekenhuis observeren, interviews afnemen en medische dossiers nakijken. Zij kijken hierbij niet alleen naar de directe zorg voor patiënten, maar ook naar alle andere zorg- en ondersteunende processen zoals

het onderhoud van medische apparatuur, het gebouw, de voedselveiligheid, schoonmaak en rampenparaatheid (Bremmers; Schmaltz, Williams, Chassin, Loeb & Wachter, 2011).

Kenmerkend voor JCI is het gebruik van de *Individual Patient Tracer Activity* methode (Sander, 2014). De inspecteurs gaan hierbij echt het ziekenhuis in om te kijken hoe de zorgverlening in de praktijk gaat en zullen het zorgpad volgen dat een patiënt aflegt tijdens zijn verblijf in de instelling: vanaf de aanmelding, het contact met de baliemedewerker, de opname en/of behandeling tot aan de nazorg. Ze letten daarbij op:

- de identificatie van de patiënt;
- alle medische en verpleegkundige overdrachtsmomenten;
- de hygiëne en het voorkomen van infecties;
- de medicatieveiligheid met een extra controle op hoog risico medicatie;
- de voorlichting aan patiënten en hun familie over het gebruik van medicatie;
- de veiligheid rondom operaties en behandelingen;
- de toepassing van pijnbestrijding;
- de kwalificaties van zorgverleners door toetsing van alle diploma's.

Het auditbezoek resulteert finaal in een accreditatierapport met de vermelding of de organisatie voldoet aan de standaarden en de *International Patient Goals*. Een accreditatielabel blijft geldig voor drie jaar. Na afloop van deze drie jaar, dient een her-accreditatie te gebeuren.

Voor de normen die niet voldoen tijdens het auditbezoek, dient een *Strategic Improvement Plan* (SIP) te worden opgesteld. Dit is een verzameling van acties die een organisatie zal implementeren om aan deze niet behaalde normen te voldoen . Wanneer de organisatie kan aantonen dat het SIP aanleiding geeft tot volledige *compliance* met de standaarden, dan zal de instelling alsnog een accreditatie verwerven (www.jointcommissioninternational.org, 2017).

## *3.2. Accreditering door het NIAZ*

### *3.2.1. Algemeen*

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) is een *not for profit* organisatie, die in 1998 werd opgericht in Nederland door organisaties van professionals en zorginstellingen (De Walque, 2008). Geografisch is het NIAZ werkzaam voor zorginstellingen in het Nederlands taalgebied binnen Europa, waaronder dus ook Vlaanderen. Eind 2016 had het NIAZ reeds meer dan 120 zorginstellingen geaccrediteerd in Nederland en Vlaanderen. Een accreditatie van het NIAZ blijft vier jaar geldig (www.niaz.nl, 2017).

### *3.2.2. Normen en standaarden*

Het NIAZ maakt gebruik van het internationale accreditatieprogramma Qmentum. Dit programma werd in 2007 ontwikkeld door Accreditation Canada en wordt inmiddels gebruikt in 27 landen. Binnen het NIAZ wordt gewerkt met vereiste instellingsrichtlijnen (VIR) en normen. VIR zijn criteria die gaan over cruciale aspecten in de zorg- en dienstverlening van patiënt veiligheid. Aan deze eisen moet een instelling verplicht voldoen om voor accreditatie in aanmerking te komen. De VIR situeren zich bijvoorbeeld op vlak van omgaan met hoog risico medicatie, veilig injecteren, decubitus, patientenidentificatie, valpreventie en andere (Meyers, Marquet & Desiron, 2016).

Op vlak van normen wordt een onderscheid gemaakt tussen instellingsbrede normen en zorgspecifieke normen. Instellingsbrede normen zijn o.a. leiderschap, *governance*, infectiepreventie- en bestrijding en medicatiebeheer. Zorgspecifieke normen voor een ziekenhuis zijn onder meer ambulante zorg, kritieke zorg, medische (niet chirurgische zorg, oncologische zorg, reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische hulpmiddelen, revalidatie en palliatieve zorg.

Elke VIR/norm bestaat uit een aantal criteria die preciseren wat er nodig is om aan de VIR/norm te voldoen. Elk criterium heeft een bepaald niveau (goud, platina, diamant) om de instelling op die manier een stapsgewijze methode te bieden hun kwaliteitssysteem te verbeteren (Auditrapport NIAZ UZ Gent, 2016). De betekenis van elk van deze niveaus kan in bijlage 2 worden teruggevonden.

### *3.2.3. Werkwijze - accreditatieprocedure*

De accreditatietraject van het NIAZ is in belangrijke mate gericht op zelfevaluatie en interne audits, daar deze naast de externe evaluatie, eveneens gebruikt worden bij het bepalen van de accreditatiestatus. Dit is een groot verschil met de methodiek van de JCI, die enkel de bevindingen van de externe inspecteurs tijdens de finale audit zal meenemen (De Meyer, 2010).

De doorlooptijd van een NIAZ accreditatie varieert en kan ingeschat worden op zo'n negen maanden (De Walque et al., 2008) tot 24 maanden (De Meyer, 2010). Het vraagt dus net zoals JCI een zware tijdsinvestering van de organisatie.

In de tabel hieronder worden de verschillende stappen in dit traject schematisch weergegeven. (www.niaz.nl 2017, De Walcque et al., 2008) .

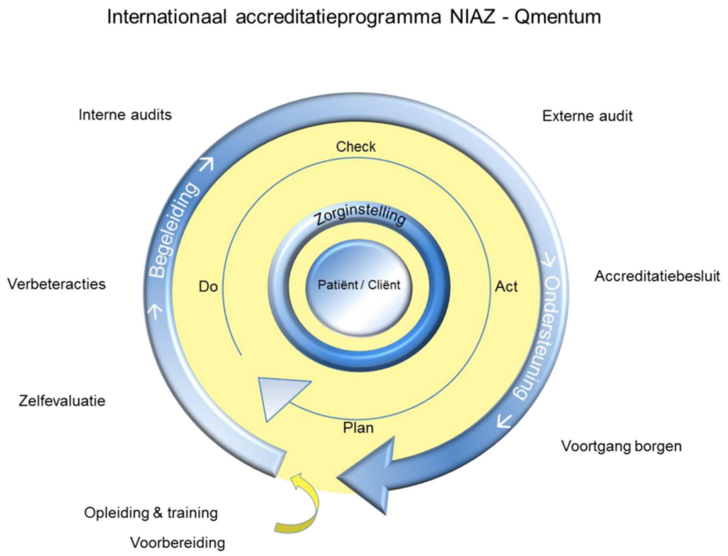
| | **Stap** | **Beschrijving** | **Wie?** |
|---|---|---|---|
| 1 | Opstart | De organisatie zal zich vertrouwd maken met de standaarden opgelegd door het NIAZ. | Instelling |
| 2 | Zelfevaluatie uitvoeren | Aan de hand van de kwaliteitsnormen van het NIAZ zal de instelling zichzelf doorlichten en beoordelen of en hoe zij aan deze normen voldoet. Ze zal hiervoor evaluatie vragenlijsten voorbereiden en uitzetten in de organisatie Dit intensieve proces levert verbeterpunten en een actieplan op. | Instelling |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Opzet intern auditsysteem | Elke afdeling van de instelling zal periodiek worden getoetst door interne auditoren – die zelf niet bij die afdeling zijn betrokken. | Instelling |
| 4 | Zelfevaluatie rapport | Op basis van de zelfevaluatie wordt een rapport opgesteld, dat wordt ingediend bij het NIAZ. | Instelling |
| 5 | Evaluatie zelf evaluatie rapport | Het NIAZ oordeelt op basis van het zelfevaluatierapport of de instelling rijp is voor het uitvoeren van het auditbezoek. Indien niet, krijgt de instelling advies om aan bepaalde aspecten van de organisatie eerst verder uit te werken, voordat de procedure voorgaat. | NIAZ |
| 6 | Verbetering aanbrengen | Op basis van de feedback op het zelfevaluatierapport worden de nodige corrigerende acties genomen. | Instelling |
| 7 | Finale audit | Als het auditteam het groene licht geeft, zal de finale audit doorgaan. Het auditteam voert gedurende een aantal dagen een intensief onderzoeksproces uit. Het auditteam maakt hiervoor van tevoren een steekproef van de te onderzoeken afdelingen en zorgprocessen. | NIAZ |
| 8 | Auditrapport | Op basis van de bevindingen tijdens de externe audit, in combinatie met de zelfevaluatierapporten en interne audits, wordt een rapport opgemaakt. Naast de bevindingen vermeldt dit rapport verbeterpunten, waarmee de instelling aan de slag moet. | NIAZ |
| 9 | Finale beslissing | Het College Kwaliteitsverklaringen beoordeelt of de instelling geaccrediteerd zal worden. | College |

Bij het NIAZ krijgt de instelling een accreditatie voor vier jaren, waarna een volledige hertoetsing plaatsvindt. Tussentijds, na een periode van 15 maanden,

gaat men wel de voortgang van de afgesproken verbeterpunten na (www.niaz.nl, 2017).

De verschillende fases binnen het traject wordt door middel van onderstaande figuur schematisch voorgesteld. In het kader van de continue kwaliteitsverbetering, staat het gebruik van het wiel van Deming (Plan – Do – Check – Act) hierbij centraal.




**Figuur 2: De accreditatiecyclus volgens NIAZ** Bron: www.niaz.nl

## 4. Accreditering in de zorg: Kosten-baten analyse

Binnen een efficiënt beleid zullen wetgevers en zorginstellingen pas opteren voor accreditatie wanneer ze ervan uitgaan dat de opbrengsten groter zijn dan de kosten. Maar wat zijn nu de kosten van een accreditatie? En wat brengt het op? In het volgend hoofdstuk wordt via een systematische literatuurstudie stilgestaan bij de kosten-baten van een accreditatie zodat de doelmatigheid van dit instrument kan worden geëvalueerd.

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag "Wat leert ons de kosten-baten analyse van een accreditatie van een ziekenhuis?", werden zoekopdrachten uitgevoerd op de databases Web of Science, PubMed en Google Scholar. Om deze databanken te doorzoeken werd in hoofdzaak gebruik gemaakt van de volgende zoekstring: ("*Accreditation"[MeSH] OR "accreditation") AND ("Hospitals"[MeSH] OR "Hospital" OR "Health facility" OR "Health facilities") AND ("cost-benefit analysis"[MeSH] OR "Outcome assessment (Health Care)"[MeSH].* Daarnaast werd ook gewerkt met *forward citation tracking* wat extra interessante informatie opleverde. Een schematische samenvatting van deze zoekopdracht kan terug gevonden worden in bijlage 3.

Voor het theoretisch kader rond kosten baten analyse kan verwezen worden naar de Britse economisch Mishan die in 1970 als eerste een boek over dit onderwerp uitbracht (Johannesson, 1996). Kosten baten analyse werd hierin beschreven als een methodiek die gebruikt wordt om economische efficiëntie te bevorderen door schaars beschikbare middelen optimaal te alloceren aan publieke investeringen en technologieën.

### *4.1. De kosten verbonden aan accreditatie*

Tot op heden werd slechts een handvol studies uitgevoerd naar de totaal te verwachten kostprijs voor een accreditatietraject, waardoor de kennis in dit vakgebied vrij beperkt is. Bij het uitvoeren van deze studies werd in de praktijk

veelal gebotst op het feit dat het gaat over gevoelige financiële informatie, of dat er een gebrek was aan geschikte tools of methodes om dit op een consistente manier te meten (Mumford, Greenfield, Hogden, Forde, Westbrook & Braithwaite, 2015; Saleh, Sleiman, Dagher, Sbeit & Natafgi, 2013).

Uitgedrukt in geldwaarde leert een recente Australische studie ons (Mumford et al., 2015) dat de kosten voor accreditatie kunnen oplopen tot ongeveer 0,6% van de totale operationele kosten/jaar voor een klein regionaal ziekenhuis (rekening houdend met een vier jaar durend accreditatietraject). Onlangs werden ook de kosten van her-accreditatie onderzocht in een Zwitsers ziekenhuis (Thurneysen, Plank, & Boes, 2016) en geraamd op een jaarlijkse kost van ongeveer 0,1% van de totale operationele kosten.

Toegepast op de Belgische context en gebaseerd op de gegevens van de MAHA-analyse 2015 (Gielens & Dessay, 2016) zou dat overeenkomen met een jaarlijkse kostprijs van ongeveer 685 duizend euro wanneer een gemiddeld Belgisch ziekenhuis zich voor de eerste keer wil accrediteren. Na drie of vier jaar daalt deze kost bij her-accreditatie naar 114 duizend euro per jaar.

| Inschatting kostprijs Accreditatie in Belgie | | | |
|---|---|---|---|
| Basisgegevens totale sector (obv. MAHA analyse financiele cijfers 2015): | | | |
| Aantal instellingen | 91 | | |
| Aantal bedden | 45050 | | |
| Jaarlijkse operationele kosten (obv. MAHA analyse financiele cijfers 2015): | | | |
| Aankopen & voorraadwijzigingen | 60 | € 3 097 000 000 | |
| + Diensten en leveringen | 61 | € 4 560 000 000 | |
| - Retrocessie artsen | 619 | € 3 412 000 000 | |
| + Bezoldigingen | 62 | € 6 145 000 000 | |
| = Totale operationele kosten | | € 10 390 000 000 | |
| Jaarlijkse operationele kost per instelling | | € 114 175 824 | |
| Jaarlijkse operationele kost per bed | | € 230 633 | |
| Accreditatiekost per instelling | 0,60% | € 685 054,95 | % obv. Studie Mumford 2015 |
| Heraccreditatiekost per instelling | 0,10% | € 114 175,82 | % obv. Studie Thurneysen 2016 |
| Accreditatiekost per bed | 0,60% | € 1 383,80 | % obv. Studie Mumford 2015 |
| Heraccreditatiekost per bed | 0,10% | € 230,63 | % obv. Studie Thurneysen 2016 |

De meest voorkomende kostenposten zijn de personeelskosten van betrokken ziekenhuismedewerkers, de facturen van de accreditatieagentschappen en -

consultants en specifieke opleidingskosten. Maar ook vertaalkosten, onderhoudskosten van de bestaande infrastructuur en de aankoopkosten van nieuwe apparatuur kunnen het kostenplaatje mee de hoogte in duwen (Mumford et al., 2015; Saleh et al., 2013).

In kleine ziekenhuizen lopen de kosten verhoudingsgewijs meestal ook hoger op. Enerzijds omdat een groot gedeelte van de te maken kosten vaste kosten zijn, die onafhankelijk zijn van de omvang van het ziekenhuis en de activiteitsgraad, maar ook omdat kleine ziekenhuizen vaak nog meer investeringen in infrastructuur moeten doen om in lijn te komen met de accreditatiestandaarden (Saleh et al., 2013). Grote ziekenhuizen hebben meestal ook een eigen team van ervaren en specifiek accreditatiepersoneel, waar kleine ziekenhuizen hiervoor duurdere externe consultants moeten inroepen.

Bovenstaande kostenberekeningen dienen met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, aangezien de gebruikte steekproeven in deze studies zeer beperkt zijn (zowel in aantal, als geografisch als naar soort accreditatie), er een *recall* bias en *self selection* bias kan optreden bij de deelnemers en enkel de directe financiële kosten werden meegenomen. Onmeetbare kosten zoals verhoogde werkdruk of stress bij personeelsleden werden hierbij niet in rekening gebracht.

### *4.2. De baten verbonden aan accreditatie*

Het tweede deel van de onderzoeksvraag is gericht op de uitkomsten/baten van accreditatie. Ook hier leren we dat het aantal bruikbare wetenschappelijke publicaties over dit onderwerp tot op heden beperkt is.

Alle onderzoekers gaan akkoord dat accreditatie ziekenhuizen de opportuniteit biedt om na de denken over de behandeling van patiënten en hun operationele werkmethodes, alsook een effectieve methode kan zijn die slagkracht biedt tot

organisatorische veranderingen (Saleh et al., 2013). Accreditatie verbetert duidelijk de structuren en processen in de organisatie, hetgeen de patiënt veiligheid en klinische organisatie ondersteunt (Shaw, 2014).

Maar of accreditatie ook effectief de kwaliteit van zorg en patiënt veiligheid bevordert, kon in de literatuur tot op heden nog niet duidelijk worden aangetoond. Niet noodzakelijk omdat er geen link zou bestaan tussen accreditatie en kwaliteit, maar eerder omdat er een aantal achterliggende elementen zijn, die er samen voor zorgen dat deze materie heel moeilijk wetenschappelijk kan worden onderzocht en onderbouwd.

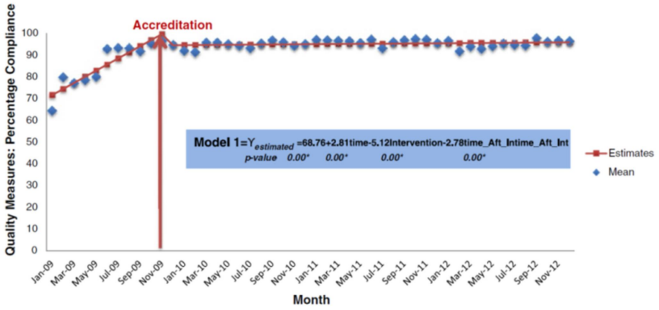
Om te beginnen kan de onderzoeksvraag “Wat is de impact van accreditatie?” niet eenvoudig worden beantwoord door middel van de bestaande conventionele onderzoeksmethodes. In vele landen waar studies werden uitgevoerd, is accreditatie verplicht, waardoor een *case-control*-studie niet gebruikt kan worden om de causaliteit, en dus de algemene impact van accreditatie, hard te maken (Bruback et al., 2015; Mumford et al., 2013). Daarnaast is accreditatie ook niet te herleiden tot een enkelvoudige interventie, waarbij één bepaalde actie op één bepaald moment leidt tot een duidelijk meetbaar en afgelijnd effect. Accreditatie is een complexe interventie, die bestaat uit heel wat verschillende acties die vanuit de hele organisatie uitgevoerd worden door verschillende betrokkenen. Een veelheid van factoren die allemaal hun impact hebben op de uitkomst (Devkaran & O'Farrell, 2014; Jaafaripooyan, Agrizzi & Akbari, 2011; Mumford et al., 2013). Ook de tijd speelt de onderzoekers parten, aangezien ook andere veranderingen tijdens de lange looptijd van een accreditatietraject invloed kunnen hebben op het eindresultaat (Brubakk et al., 2015; Jaafaripooyan et al., 2011; Mumford et al. 2013). Ziekenhuizen zijn met meerdere projecten tegelijk bezig en ook de overheid neemt parallel nieuwe initiatieven. Dat maakt het niet eenvoudig een voor- en nameting te organiseren om een causaal verband te kunnen ontdekken. Het resultaat kan immers nooit worden toegeschreven aan één specifieke methodiek zoals accreditatie, maar is veeleer het gevolg van verschillende gelijktijdige initiatieven samen. Daarenboven is het eindpunt van accreditatie in

principe onbepaald aangezien dit een proces van continue verbetering impliceert (Jaafaripooyan et al., 2011; Shaw 2004). Als laatste verstoort ook bias mogelijke onderzoeken (Devkaran & O'Farell, 2015; Grepperud, 2014). In landen waar accreditatie vrijwillig is, leeft het idee dat ziekenhuizen die dit traject spontaan bewandelen, uit zichzelf meer interesse hebben in kwaliteit. Daardoor scoren zij misschien, los van accreditatie, automatisch als de betere leerlingen van de klas.

Ondanks bovenstaande belemmeringen, zijn er, gezien de maatschappelijke relevantie, in de voorbije decennia menige pogingen geweest om dit onderwerp te onderzoeken en bestuderen. En hoewel het causaal verband niet wetenschappelijk kon worden bewezen bij deze studies, werden er toch een aantal positieve associaties blootgelegd die het te vermelden waard zijn en het geloof in accreditatie sterken.

- Geaccrediteerde ziekenhuizen scoren beter op indicatoren die de zorgkwaliteit meten in acute myocardiale infarct, hartfalen en behandeling van pneumonie (Landon, Normand & Lesser, 2006; Schmaltz et al., 2011).
- Geaccrediteerde ziekenhuizen hebben een betere *emergency response* planning en een betere training van hun personeelsleden (Niska & Burt, 2006/2007).
- Geaccrediteerde ziekenhuizen hebben minder heropnames in intensieve zorgen 24 uur na ontslag, minder personeelsverloop en een forse verbetering in de volledigheid van patiëntendossiers (Halasa et al., 2015).
- Geaccrediteerde ziekenhuizen tonen een kortere verblijfsduur, minder keizersneden en minder heropnames binnen de zeven dagen na ontslag (Schepard, Undurraga, Gutierrez & Saturno, 2012)
- Na het doorlopen van een (JCI) accreditatietraject komen 61% minder medicatiefouten voor bij alle types medicatie en 58% minder bij hoog risico medicatie (Wang et al, 2015)

- Bij ziekenhuizen die actief bezig zijn met het traject naar accreditatie vertoont drie vierden van de gemeten kwaliteitsindicatoren een positieve tendens. Drie jaar na de accreditatie liggen de prestaties nog altijd aanzienlijk hoger dan voor de start van het accreditatietraject (Devkaran & O'Farrell, 2015). Deze tendens wordt geïllustreerd in onderstaande figuur, afkomstig uit deze studie.




**Figuur 3: Time series grafiek betreft het % naleven voor en na de accreditatiesurvey.**

Devkaran S. and O-Farell P. (2015). The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis. *BMC Health Services Research (2015) 15:137*

Saleh et al. (2013) deden een kwalitatief onderzoek in Libanese context. In deze studie gaf 64% van de ziekenhuizen een positief antwoord op de vraag of accreditatie een waardevolle investering is. De voornaamste reden voor hun positief antwoord is het gepercipieerde effect van accreditatie op kwaliteit en de veiligheidscultuur, de impact op patiënten tevredenheid en stijging in subsidies als men accreditatielabel haalt.

Anderzijds hebben we ook de reeks aan studies die er niet in slaagden de verwachte relatie tussen een accreditatielabel en een aantal kwaliteitsindicatoren bloot te leggen. Studies die de medicatiefouten en sterftecijfers vergeleken tussen geaccrediteerde en niet geaccrediteerde ziekenhuizen ontdekten geen relatie (Barker, Flynn, Pepper, 2002; Grepperud, 2014; Griffith, Knutzen, Alexander, 2002). Ook Greenfield en Braithwaite (2009) onderzochten de mogelijk gevolgen van accreditatie op 10 verschillende

gebieden en vonden enkel een consistente positieve associatie op vlak van verandering aanmoedigen en professionele ontwikkeling.

Omdat de hierboven vermelde hindernissen bij het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek naar dit onderwerp moeilijk op te lossen zijn, kan men zich de vraag stellen of in de toekomst ooit zal kunnen worden bewezen dat accreditatie leidt tot effectieve verbetering van kwaliteit van zorg. Misschien is dit bewijs zwart op wit ook niet echt nodig. Het is duidelijk dat dit de internationale verspreiding van deze methodiek tot op vandaag nooit in de weg heeft gestaan. Daarom gaan in de literatuur stemmen op het toekomstig wetenschappelijk onderzoek eerder te focussen op welke deelaspecten van accreditatie nuttig zijn, eerder dan nog te willen antwoorden op de vraag “Werkt accreditatie?” (Brubakk et al., 2015).

# 5. Accreditering in de zorg: De ideale oplossing of een medaille met twee kanten?

In Vlaanderen is accreditatie een vrijwillig initiatief voor ziekenhuizen. Dit betekent dat het ziekenhuismanagement zelf kan beslissen of zij een accreditatie traject wensen aan te vangen of eerder kiezen voor het systeemtoezicht van de Vlaamse overheid. Het ziekenhuismanagement zal opteren voor accreditatie wanneer ze voldoende voordelen zien en ervan uitgaan dat de baten voor hen groter zijn dan de nadelen en kosten.

In het vorig hoofdstuk werd reeds aangehaald dat er weinig empirisch bewijs bestaat die aantoont dat accreditatie de kwaliteit van zorg verbetert. Toch kozen bijna alle Vlaamse ziekenhuizen voor accreditatie en ook internationaal is het de methodiek bij uitstek voor kwaliteit bevorderend werken. Beleidsmakers en management kijken hierbij dus niet louter naar de "wetenschappelijke" kosten/batenanalyse maar nemen ook dikwijls commerciële en organisatorische overwegingen mee (Mate, Rooney, Supachutikul & Gyani, 2014). Shaw gaat ervan uit dat zorginstellingen die opteren voor een accreditatie hier een bepaalde vorm van *business value* moeten in zien, onder de vorm van sociale, financiële of professionele voordelen (De Meyer, 2009). Greppured (2014) stelt dat ziekenhuizen en overheden zich bij de keuze voor accreditatie wellicht niet baseren op wetenschappelijk onderbouwde kennis, maar eerder op hun kennis opgedaan door ervaring, eerdere gebeurtenissen en *conventional wisdom*.

## *5.1. De drijfveren bij accreditatie*

### *5.1.1. Aandacht voor kwaliteit*

Een internationale studie van 44 accreditatieagentschappen geeft weer dan 80% kwaliteitsverbetering ziet als de voornaamste drijfveer voor accreditatie (Mate et al., 2014). Het ontbreken van wetenschappelijk bewijs doet hier geen

afbreuk aan. Er bestaat immers wel heel wat eenduidigheid over de zin en waarde van de onderliggende standaarden en eisen die meegenomen worden in een accreditatiekader. De standaarden promoten een goede handhygiëne, het gebruik van een checklist veilige heelkunde, het gebruiken van een veralgemeend elektronisch patiëntendossier, patientenidentificatie, volledig geneesmiddelenvoorschrift, valpreventie, enzovoort. Allemaal elementen waarvoor wel heel wat aanwijzingen te vinden zijn en die op lange termijn ongetwijfeld leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Daarnaast vormt accreditatie het kader om het kwaliteitsbeleid in een organisatie vorm te geven en zo de kwaliteit op een systematische en duurzame manier te waarborgen en te verbeteren. Het zet de neuzen van alle betrokkenen in eenzelfde richting. bepaalt de minimale standaarden en vereiste werkmethodes en creëert een veiligheidscultuur binnen de organisatie.

Het veiligheidscultuuronderzoek 2015 in de Belgische Ziekenhuizen (Vlayen, Schrooten & Hellings, 2016) toonde dat geaccrediteerde ziekenhuizen beter scoren op vlak van feedback en communicatie over veiligheid, globale perceptie over veiligheid en frequentie van event rapportering. Ook ziekenhuizen die een accreditatietraject startten, toonden een hogere score dan ziekenhuizen die niet in een accreditatietraject zitten.

Een accreditatie geeft de instelling ook een zekere bescherming bij eventuele latere kwaliteitsproblemen. Het maakt zichtbaar dat zorginstellingen en zorgverleners alles doen wat binnen hun mogelijkheden en budgetten mogelijk is. Bij eenmalige incidenten kunnen ze zich dan degelijk verdedigen tegen pers en advocaten (Pauwels et al., 2010).

### *5.1.2. Commerciële voordelen*

Sommige ziekenhuizen bewandelen vrijwillig het accreditatie-pad met als doel zwart op wit aan de buitenwereld te kunnen bewijzen dat hun instelling een superieure kwaliteit van zorg biedt. In dat opzicht wordt de aantrekkingskracht van een accreditatielabel gebruikt als een competitief voordeel in de

concurrentiestrijd tussen ziekenhuizen, met als uiteindelijk doel extra marktaandeel te veroveren (Mate et al., 2014, Ng, Leung, Johnston & Cowling, 2013).

Als er een organisatie niet deelneemt aan een accreditatieproces, wordt het dan weer gezien als een indicatie dat een instelling niet open staat voor externe evaluatie hetgeen kan leiden tot een concurrentieel nadeel (Sack et al., 2010).

Of een accreditatielabel effectief extra patiënten oplevert, is niet duidelijk. In de literatuur vinden we hiervan slechts één onderzoek over terug. Deze studie (Sack et al., 2010; Sack et al., 2011) onderzocht de patiënten tevredenheid bij geaccrediteerde ziekenhuizen t.o.v. niet-geaccrediteerde ziekenhuizen en vond geen directe link tussen accreditatie en de kwaliteit zoals gepercipieerd door de patiënt.

### *5.1.3. Personeel*

Volgens JCI maakt een accreditatielabel de instelling als potentiële werkgever attractiever voor sollicitanten. Behalve de aantrekkingskracht voor (eventuele) 'nieuwe' professionals, zorgt accreditatie ook voor een intrinsieke kracht die de band van de al in het ziekenhuis werkende professionals met de organisatie kan behouden en/of zelfs versterken. Een studie van Greenfield (Greenfield, Pawsey & Braithwaite, 2010) toont aan dat de meeste medewerkers positief staan t.o.v. een deelname aan een accreditatietraject. Men vindt het aangenaam de tijd te krijgen stil te staan bij de huidige manier van werken en te mogen nadenken over hoe die in het kader van de kwaliteit en de veiligheid nog verbeterd kan worden. Men leert tevens multidisciplinair samenwerken binnen de organisatie en beter communiceren met zorgverleners, artsen en managers (Ng et al., 2014).

Accreditatie gaat ook om functionerings-, evaluatie- en waarderingsgesprekken met de professionals waarbij individuele en gezamenlijke doelen worden bepaald. Net door een accreditatietraject op te starten worden professionals

zich bewust van hun rol en betekenis binnen de organisatie. Die aanpak creëert betrokkenheid, wat de motivatie, de jobtevredenheid en de jobfierheid van medewerkers positief beïnvloed. Dat werd in de literatuur meermaals bevestigd in verschillende studies (Camillo et al., 2016; Greenfield et al., 2010). Halasa (2015), eerder al vernoemd, heeft een reductie van 12,8% van de turnover van medewerkers bij geaccrediteerde ziekenhuizen vastgesteld.

### *5.1.4. Financiële voordelen*

In sommige landen is accreditatie gelinkt aan een aantal financiële voordelen, zoals hogere terugbetalingen, interessante leningsvoorwaarden, of de status verwerven van voorkeurszorgverlener voor bepaalde werkgevers of verzekeringsinstellingen. In die landen wordt accreditatie ook gekozen omwille van de directe extra financiering die hieraan gelinkt is (Mate et al., 2014; Ng et al., 2013). Een voorbeeld hiervan is de Verenigde Staten.

In Vlaanderen is financiering op vandaag niet van toepassing, maar wordt hiervoor gepleit in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (*Pay For Quality* gedachte = P4Q). P4Q betekent dat er een evolutie moet gebeuren bij de betalingssystemen van “betaald worden om dingen te doen” naar “betaald worden om de dingen juist te doen” (Annemans, Boeckxstaens, Borgermans, De Smedt et al., 2009). De verloning voor de geleverde zorg wordt hierbij rechtstreeks gelinkt aan de bereikte resultaten op vlak van kwaliteit en kan op die manier kwaliteitsbevorderend werken.

Ook verzekeraars burgerlijke aansprakelijkheid kunnen rekening houden met een accreditatiestatus in hun prijszetting (Pauwels et al., 2010) wat aanleiding kan geven tot lagere verzekeringspremies.

Daarnaast wordt ook kostenbesparing gezien als één van de doelstellingen van accreditatie. Door gestandaardiseerde zorgpaden aan te bieden, worden mensen en middelen efficiënter ingezet, is er minder verlies en kan kosten-

efficiënter worden gewerkt (www.jointcommissioninternational.org, 2017; Greppured, 2014).

### *5.2. Kritische reflectie*

Naast de vele redenen waarom een organisatie voor accreditatie zou kiezen, leven er bij critici ook een aantal argumenten waarom men het niet zou doen.

Een van de meest voorkomende tegenargumenten, zoals hierboven reeds uitgebreid werd beschreven, blijft het gebrek aan wetenschappelijke bewijs dat deze methodiek de kwaliteit van zorg effectief verbetert.

Daarnaast genereert accreditatie extra werk op vlak van administratie. Om te voldoen aan alle standaarden en dit nadien ook te kunnen controleren, moet heel veel patiënten informatie worden geregistreerd en gedocumenteerd, wat extra tijd in beslag neemt (Ng et al., 2013). Ook de expliciete verwachting om een aantal topics specifiek en herhaaldelijk te bevragen bij patiënten (vb. pijn, valrisico, voedingsstatus), roept bij artsen en verpleegkundigen weerstand op. Dit administratieve werk wekt de indruk dat er minder aandacht kan gaan naar zorg voor de patiënt en roept vragen op zoals “Is dit allemaal wel nodig?”. Sack (2010) beschreef de kritiek als volgt: “Accreditation is frequently perceived as a bureaucratic exercise that distracts from the core activities”. Ook het recent gewijzigde beleid van Denemarken op vlak van accreditatie illustreert deze bezorgdheid. In 2015 besliste men daar dat publieke Deense ziekenhuizen die een kwaliteitsaccreditatie hebben, dit niet meer hoeven te hernieuwen (Van Dun, 2016). De beslissing kwam als antwoord op het feit dat Deense artsen en verpleegkundigen al jaren klaagden dat accreditatie veel zinloos papierwerk oplevert, waardoor ze te weinig tijd voor patiëntenzorg en innovatie overhouden. De Denen willen de ziekenhuizen nu meer ruimte geven een eigen kwaliteitsverbeteringsprogramma te ontwikkelen, gericht op hun eigen prioriteiten, die passen bij hun eigen situatie (Kiers, 2016).

Een laatste vaak aangehaald punt van kritiek is dat accreditatie heel wat geld en middelen kost. De literatuurstudie uit het voorgaande hoofdstuk leerde ons dat de jaarlijkse kostprijs oploopt tot 0,6% van de operationele uitgaven van een ziekenhuis. Rekening houdend met dit kostenplaatje, is het noodzakelijk dat ziekenhuismanagers zich de vraag stellen of de verwachte voordelen op vlak van kwaliteit en patiënt veiligheid deze investering verrechtvaardigen. Vooral in een context zoals Vlaanderen, waar accreditatie geen directe financiële voordelen oplevert (zoals verhoogde terugbetaling of tussenkomst door de overheid) en waarbij de ziekenhuissector gekenmerkt wordt door structurele onderfinanciering, weegt deze investering zwaar door.

Halasa (2015) berekende als antwoord op dit laatste tegenargument de economische impact van accreditatie. Zoals eerder vermeld, heeft accreditatie volgens deze studie een aanzienlijke impact op het personeelsverloop, de volledigheid van patiëntendossiers en heropname in IZ 24 uur na ontslag. Drie significante verbeteringen, gekwantificeerd als een besparing van een 'kleine' 600.000 dollar. Ook Shepard (2011) berekende dat een Spaans ziekenhuis met JCI accreditatie erin geslaagd is een kostenbesparing te realiseren van 2,7 miljoen euro op jaarbasis ten gevolge van een kortere verblijfsduur, minder keizersneden en minder heropnames binnen de zeven dagen na ontslag. Hoewel de kanttekening moet worden gemaakt dat beide studies gesponsord werden door JCI, kan los van de specifieke cijfers uit deze studies, algemeen worden aangenomen dat accreditatie kosten kan besparen door vermindering van misbruik, overconsumptie en ondercapaciteit. Deze gedachte stemt overeen met de theorie van W. Edward Deming (1986), die stelt dat het werken aan kwaliteit de productiviteit verbetert, de efficientie verhoogt, re-work vermindert en op die manier de kosten naar beneden haalt.

# Deel II: Empirische studie

## 6. Situering van het empirisch onderzoek

Bij het uitvoeren van de systematische literatuurstudie naar de kosten/baten van een accreditatie, werd duidelijk dat er op heden nog maar heel weinig onderzoek is gebeurd naar de totaal te verwachten kostprijs van een accreditatietraject. Voor een ziekenhuis is het dan ook moeilijk op voorhand te bepalen of ze deze investering financieel kunnen dragen of niet. Veelal maken accreditatieagentschappen wel melding van de “audit fees” die aan hen moeten worden betaald doorheen het accreditatietraject, maar over de totale kostprijs is veel minder informatie beschikbaar. Bovendien kan een gedetailleerd inzicht in de kostprijs van accreditatie ziekenhuizen en beleidsmakers de mogelijkheid bieden op zoek te gaan naar kosten-efficiëntie, schaalvoordelen of samenaankoop, en dezelfde uitkomst te proberen bereiken tegen een lagere prijs.

Het doel van deze empirische studie bestaat erin onderzoek te doen naar de kostprijs van accreditatie in de Vlaamse ziekenhuizen. Voor de eerste keer in Vlaanderen zullen deze gegevens op een objectieve manier worden gekwantificeerd en verzameld, zodat een concreet zicht wordt verkregen op het totaal geïnvesteerd bedrag, het type kosten en de onderlinge verhouding hiertussen.

Om dit onderzoek uit te voeren, werden de volgende onderzoeksvragen gesteld:

- Welk soorten kosten worden gemaakt in de loop van een accreditatietraject?
- Hoeveel bedragen deze kosten bij de Vlaamse ziekenhuizen en welke criteria spelen een mogelijke rol bij de omvang van deze kosten?

Om een antwoord te geven op deze onderzoeksvragen, werd in twee stappen tewerk gegaan.

- Stap 1: Inventarisatie van de soorten kosten bij accreditatie (hoofdstuk 7)
- Stap 2: Onderzoek totale kostprijs accreditatie (hoofdstuk 8)

In onderstaande tekst wordt per onderzoeksvraag een omschrijving gegeven van de onderzoeksmethode, aangevuld met een bespreking van de algemene resultaten. Vervolgens worden hieruit conclusies getrokken, worden de beperkingen van de studie besproken en worden finaal aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

# 7. Stap 1: Inventarisatie van de soorten kosten bij accreditatie

## *7.1. Onderzoeksmethode*

Stap één van het empirisch onderzoek werd verricht in het AZ Maria Middelares te Gent, dat in oktober 2016 het JCI accreditatielabel behaalde. Voor dit onderzoek werd in november 2016 toestemming gegeven door dhr. Frederik Coussée, financieel administratief directeur van het AZ Maria Middelares (zie bijlage 4). De onderzoeksmethode werd tevens bekrachtigd door het ethisch comité van het UZ Gent en het AZ Maria Middelares op 28 december 2016 (zie bijlage 5).

Dit eerste onderdeel van het onderzoek had als doel te inventariseren welke soorten/types kosten allemaal gemaakt worden in de loop van een accreditatietraject. Om een antwoord te geven op deze vraag werd in de financiële gegevens (=boekhoudpakket SAP) van het AZ Maria Middelares gezocht naar alle verschillende kosten die specifiek werden gealloceerd aan dit project. In de boekhouding van dit ziekenhuis werden alle directe toewijsbare kosten met betrekking tot JCI zoveel als mogelijk afgezonderd op een aparte kostenplaats, waardoor ze gemakkelijk geïdentificeerd konden worden. Deze oefening resulteerde in een eerste oplijsting van directe kosten.

Op basis van de kennis opgedaan in de voorafgaande literatuurstudie, werd deze lijst vervolgens aangevuld met mogelijke indirecte kosten. Ook werd gesproken met een aantal medewerkers van het AZ Maria Middelares die nauw betrokken waren bij het accreditatietraject, zoals Linda Staessen (kwaliteit coördinator AZ Maria Middelares), Hans Crampe (verpleegkundig en paramedisch directeur AZ Maria Middelares) en Peter Dierickx (Facilitair directeur AZ Maria Middelares).

### *7.2. Resultaten*

Wanneer we de kost van accreditatie bepalen, moet met de nodige omzichtigheid tewerk worden gegaan. Het gevaar schuilt er immers in alle kosten die tijdens een accreditatietraject zijn opgedoken, toe te wijzen aan het accreditatietraject op zich, terwijl deze er misschien anders sowieso ook zouden geweest zijn. Om deze evaluatie uit te voeren, werd daarom getracht enkel te kijken naar de **incrementele kosten**, zijnde de kosten die een organisatie extra oploopt ten gevolge een accreditatietraject. Deze benadering wordt binnen de economie veelvuldig gebruikt bij kosten baten analyses.

Om onze gegevens te verzamelen, werd, zoals hierboven beschreven bij de onderzoeksmethode, in eerste instantie beroep gedaan op de financiële gegevens van AZ Maria Middelares. Concreet kwamen we hierbij tot de volgende "types" **directe kosten**:

- Facturen accreditatieagentschap (voor het uitvoeren van de finale accreditatie-audit)
- Facturen consultancy firma's voor het geven van advies en assistentie gedurende het accreditatie traject (voorbeeld: uitvoeren gap-analyses, design-reviews of proef audits)
- Vertaalkosten (zowel geschreven werkdocumenten als tolkopdrachten tijdens audit)
- Communicatiekosten voor interne en externe informatieverspreiding (opmaken en drukken nieuwsbrieven, creatie filmpjes, …)
- Aankoopkosten boeken en literatuur
- Ontwikkelingskosten nieuwe opleidingen
- Studiekosten personeel (externe opleidingen)
- Reis, hotel en restaurant kosten
- Personeelskosten van medewerkers specifiek aangeworven of toegewezen aan het accreditatietraject

Ook in de literatuur vonden we nog een aantal extra kostentypes terug (Mumford et al, 2015). Zo kunnen extra "preventieve" **onderhoudscontracten**

worden afgesloten voor medische en niet medische uitrusting of worden extra **investeringen** gedaan in onroerende infrastructuur, medische materiaal of IT om tegemoet te komen aan de accreditatienormen.

Naast de directe kosten van accreditatie bestaan ook nog een aantal **indirecte kosten**. De grootste kost in hier ongetwijfeld de werkuren van personeel, die vergaderingen moeten bijwonen, zich moeten bijscholen en/of tracers uitvoeren. Deze arbeidstijd zal een “opportuniteitskost” zijn, uitgedrukt als tijd die niet werd gespendeerd aan andere zaken, zoals klinische zorg.

Als laatste hebben we nog een reeks **onmeetbare kosten**. Voorbeelden hiervan zijn stress en onbetaalde overuren bij personeel voor en tijdens de survey en mogelijke frustraties bij dokters bij het uitvoeren van administratie.

# 8. Stap 2: Onderzoek kostprijs accreditatie in Vlaamse ziekenhuizen

## *8.1. Onderzoeksmethode*

De tweede stap in het onderzoek bestond erin een idee te krijgen over het type en de grootteorde van de verschillende kosten verbonden aan accreditatie. Hiervoor werd een algemene bevraging georganiseerd bij de Vlaamse ziekenhuizen. Door gebruik te maken van een onderzoeksopzet waarbij meerdere ziekenhuizen worden bevraagd, werd het mogelijk sectorgemiddeldes te gaan berekenen en de verschillende ziekenhuizen met elkaar te vergelijken in functie van een aantal variabelen (zoals accreditatie-agentschap en aantal bedden).

### *8.1.1. Opmaak en toelichting bij de enquête*

Er werd gekozen voor bevraging aan de hand van een gestructureerde vragenlijst, onder de vorm van een “invulformulier”. Deze enquête kan terug gevonden worden in bijlage 6.

De vragen in de enquête werden opgesteld op basis van de bevindingen uit de eerste fase van dit onderzoek. Het invulformulier werd daarna ter validatie voorgelegd aan een aantal experten en daar waar nodig aangevuld met hun input. De personen die hiervoor werden geraadpleegd zijn allen werkzaam in een leidinggevende of staf functie en op directe of indirecte wijze betrokken bij kwaliteit van zorg in een ziekenhuis:

| Naam | Functie |
|---|---|
| Michiels Koen | Algemeen directeur AZ Nikolaas en voorzitter financieel economische werkgroep algemene ziekenhuizen Zorgnet |
| Mouton Christophe | Algemeen directeur AZ Maria Middelares |
| Peeters Greet | Directeur Kwaliteit en revalidatie AZ Monica |
| Staessen Linda | Kwaliteitscoördinator AZ Maria Middelares |
| Vandijck Dominique | Promotor van deze meesterproef + Algemeen Directeur Zorgnet Icuro Q & S |

De enquête omvat verschillende onderdelen, die hieronder kort worden toegelicht.

In het eerste deel van de enquête werden een aantal **algemene gegevens** bevraagd van het **ziekenhuis**. Naast het aantal erkende bedden en het aantal ligdagen, werd ook informatie gevraagd over het aantal voltijds tewerkgestelde personeelsleden, de gemiddelde loonlast van een personeelslid en de bedrijfskosten en opbrengsten. Voor al deze gegevens werd expliciet gevraagd naar de cijfers van boekjaar 2015, aangezien de gegevens van 2016 in vele ziekenhuizen nog niet beschikbaar waren op het moment van het invullen van deze enquête.

Het tweede deel van de bevraging peilt naar de **algemene gegevens** van de **accreditatie**. Er werd gevraagd welk accreditatie-agentschap werd gekozen (het JCI , NIAZ of NIAZ-QMentum) en hoelang het volledige accreditatietraject heeft geduurd. Om vergelijking tussen de verschillende ziekenhuizen mogelijk te maken, werd als startdatum expliciet gevraagd naar de datum waarop de gedocumenteerde en formele beslissing werd genomen in de raad van bestuur van het ziekenhuis om te kiezen voor accreditatie. De einddatum is de datum van het behalen van het eerste accreditatie-label. Ook werd het traject bevraagd i.f.v. hoeveel gap-analyses werden uitgevoerd, hoeveel proefaudits werden gedaan enz. In het geval een ziekenhuis ook reeds een her-accreditatie achter de rug heeft, werden hier ook gegevens over ingewonnen.

Een derde luik van de bevraging gaat over de **financiële gegevens**. Voor alle kosten werd de prijs inclusief B.T.W. gevraagd, aangezien de B.T.W. bij ziekenhuizen door de gemengde B.T.W. plicht quasi integraal onderdeel uitmaakt van de kostprijs.

Tevens werd bij alle kostencomponenten gevraagd aan te geven of het over een exacte registratie van de kosten ging, of eerder een inschatting bij gebrek aan registratie. Op die manier kon de accuraatheid van de gegevens worden ingeschat, en een beeld worden gevormd over de mate van registratie van dit type kosten binnen de ziekenhuizen. Tevens kon worden aangeduid of de

kosten reeds volledig waren, of nog verder zullen toenemen (omdat het accreditatielabel nog niet behaald werd om het moment dat de enquête werd ingevuld).

Het eerste deel van de financiële gegevens betreft de **directe kosten**, waarbij de bevraging peilde naar de grootteorde van de verschillende soorten kosten die voorkomen bij een accreditatie en die via **externe facturen** werden aangerekend aan het ziekenhuis (zoals eerder geïdentificeerd in dit onderzoek betreft dit audit fees, consultancy fees, reis en hotelkosten, vertaalkosten, enz). Er werd tevens vrije ruimte gelaten voor het aanvullen van alle andere mogelijke kosten waar organisaties mee werden geconfronteerd, en die mogelijks nog niet werden geïdentificeerd bij het formuleren van een antwoord op onze eerste onderzoeksvraag.

Daarna is gepeild naar de **investeringen** en onderhoudscontracten uitgevoerd voor accreditatie. Hierbij werd uitdrukkelijk gevraagd naar investeringen die specifiek voor accreditatie gebeurden, en die anders niet zouden gebeuren binnen de normale operationele activiteit van het ziekenhuis en de huidige wettelijke normen en eisen.

Als derde element kwamen de **directe personeelskosten** aan bod. Er werd enerzijds gevraagd naar het aantal FTE's dat specifiek werd aangeworven voor de coördinatie van het accreditatietraject, en anderzijds naar het aantal bestaande FTE's die aan dit project werden toegewezen. Op basis van de gemiddelde loonkost aangegeven in het eerste onderdeel van de bevraging kon de corresponderende kost hiervoor worden ingeschat.

Als laatste werd ook de **indirecte personeelskost** bevraagd. Om deze in te schatten is gevraagd naar het aantal uren opleiding (klassikaal en e-learning) dat personeel heeft gevolgd in het voorbereidingstraject naar accreditatie. Ook de uren dat personeel specifiek bezig was met interne audits/tracers werd meegenomen. Ook hier zal op basis van de gemiddelde loonkost aangegeven in het eerste onderdeel van de bevraging, de corresponderende kost kunnen worden ingeschat.

Daarnaast werden bij de bepaling van de scope van dit onderzoek een aantal kosten expliciet **geëxcludeerd** uit deze kostenbevraging. Concreet gaat het om

- Kosten die buiten de ziekenhuisboekhouding vallen, zoals kosten die ten persoonlijke titel door “zelfstandige” artsen worden gemaakt in het kader van accreditatie;
- De algemene “overhead” kosten, of omslagkosten, zoals deze in de Belgische ziekenhuisboekhouding benoemd worden. Vele van deze zijn immers “vaste kosten” en veranderen niet met of zonder een accreditatiecyclus;
- De onmeetbare kosten zoals stress en onbetaalde overuren bij personeel en dokters, frustraties bij dokters bij het uitvoeren van administratie, en andere.

### *8.1.2. Het uitsturen van de enquête*

Er werd akkoord gegeven om deze bevraging te laten gebeuren binnen de financieel-economische werkgroep van Zorgnet Icuro (toestemming bijlage 7).

Het invuldocument werd door Zorgnet voor de eerste maal op 16 maart 2017 uitgestuurd, waarna men tot 3 april 2017 de tijd kreeg om het document in te vullen en terug te sturen. In totaal werden hierbij 65 ziekenhuizen aangeschreven (algemene ziekenhuizen en revalidatieziekenhuizen, lijst bijlage 8). Ook werd de enquête op de financieel economische werkgroep van 17 maart 2017 mondeling toegelicht.

Om de responsgraad te verhogen volgde op 29 maart 2017 nog een herinneringsmail, gericht aan de algemene en financieel directeurs van de Vlaamse ziekenhuizen (mail bijlage 9).

### *8.1.3. Respondenten van de enquête*

Finaal werden 25 enquêtes ingevuld terug gestuurd. Hieronder een overzicht van de deelnemende ziekenhuizen en hun contactpersoon.

| Nr. | Naam ziekenhuis | Stad | Naam contactpersoon | Functie contactpersoon |
|---|---|---|---|---|
| 1 | AZ Alma | Eeklo | Jan Van den Eynde | Financieel directeur |
| 2 | AZ Blasius | Dendermonde | Brenda Droesbeke | Manager kwaliteit/procesoptimalisatie |
| 3 | AZ Damiaan | Oostende | Nathalie Baillieul | Coördinator kwaliteit en accreditatie |
| 4 | AZ Glorieux | Ronse | Xavier Morret | Projectmanager kwaliteit/accreditatie |
| 5 | AZ Heilige Familie | Rumst | Hilde Teirlinck | Financieel & administratief directeur |
| 6 | AZ Jan Portaels | Vilvoorde | Guy Buyens | Algemeen directeur |
| 7 | AZ Klina | Brasschaat | Filip Vorlat | Diensthoofd financieel beleid |
| 8 | AZ Maria Middelares | Gent | Anneleen Ally | Financieel & administratief manager |
| 9 | AZ Nikolaas | Sint Niklaas | Isabelle Perilleux | Financieel & administratief directeur |
| 10 | AZ Oudenaarde | Oudenaarde | Paul Strybol | Financieel & administratief directeur |
| 11 | AZ Sint Andries | Tielt | Gerdy Dezutter | Financieel & administratief directeur |
| 12 | AZ Sint Dimpna | Geel | Nele Michiels | Financieel directeur |
| 13 | AZ Sint Elisabeth | Zottegem | An Stragier | Financieel directeur |
| 14 | AZ Sint Jan | Brugge | Veerle De Bruyn | Directeur kwaliteit |
| 15 | AZ Sint Lucas | Brugge | Gerd Callewaert | Financieel & administratief directeur |
| 16 | AZ Sint Maarten | Mechelen | Evelien Raman | Stafmedewerker kwaliteit |
| 17 | AZ Vesalius | Tongeren | Ria Cnuts | Projectleider accreditatie/kwaliteit |
| 18 | AZ West | Veurne | Stefaan Vandenberghe | Administratief en financieel directeur |
| 19 | Gasthuiszusters Antwerpen | Antwerpen | Els Ceulemans | JCI programmaleider |
| 20 | Revalidatie ZH Inkendaal | Vlezenbeek | Karolien Pennewaert | Verantwoordelijke kwaliteit |
| 21 | Sint Jozef kliniek | Izegem | Marnic Dierick | Financieel & administratief directeur |
| 22 | Sint Trudo Ziekenhuis | Sint Truiden | Annemie Cools | Controller |
| 23 | UZ Brussel | Brussel | Dirk Corens | Diensthoofd financiële dienst |
| 24 | Ziekenhuis Maas&Kempen | Bree | Ilse Janssen | Coördinator kwaliteit en accreditatie |
| 25 | Ziekenhuis Oost-Limburg | Genk | Elke Panis | Financieel & administratief directeur |

Voor het algemeen ziekenhuis AZ Maria Middelares werd het document zelf ingevuld op basis van de informatie van de boekhouding, aangevuld met extra informatie ontvangen van de kwaliteitscoördinator, de personeelsdienst en het verpleegkundig, facilitair en technisch departement:

- Directe facturen, bedrijfsopbrengsten en kosten: input boekhoudpakket SAP

- Loonkost: input personeelsdienst loonadministratie
- Aantal uren opleiding: input cel vorming, training en opleiding
- Aantal aangeworven en toegewezen FTE's: input kwaliteitscoördinator
- Aantal tracers & duurtijd tracer: input kwaliteitscoördinator
- Investeringen en onderhoudscontracten: input boekhoudprogramma SAP, met evaluatie door facilitair en technisch directeur.

### *8.1.4. Analyse van de resultaten*

Eénmaal alle resultaten werden ontvangen, werd gestart met de evaluatie van de gegevens. Zoals hierboven besproken, bestaat de kostprijs van accreditatie uit verschillende elementen. Bij het analyseren van de enquêtes werd echter duidelijk dat niet alle respondenten alle kostprijs elementen (volledig) konden invullen (wegens het nog niet behaald hebben van het label). Daarom werd eerst voor elk kostprijselement apart gekeken welke gegevens bruikbaar waren, en werden enkel deze meegenomen in de verdere berekeningen. Het aantal gebruikte enquêtes werd hierbij telkens vermeld. Wanneer de informatie in de aangeleverde enquêtes onvoldoende duidelijk was, werd per mail of telefonisch contact opgenomen om de gegevens verder af te stemmen of werd de balanscentrale van de Nationale Bank geraadpleegd.

Daarna werden de verschillende antwoorden samengevat tot sectorgemiddeldes. Per kostencomponent werd een gemiddelde kostprijs berekend uitgedrukt in EUR, zowel in zijn totaal als per erkend bed, waarbij enerzijds een onderscheid gemaakt werd per type accreditatieagentschap en anderzijds per grootte ziekenhuis. Finaal werd de finale kostprijs van accreditatie berekend en werd bepaald welke variabelen hier mogelijk een invloed op hebben.

<u>Merk op:</u>

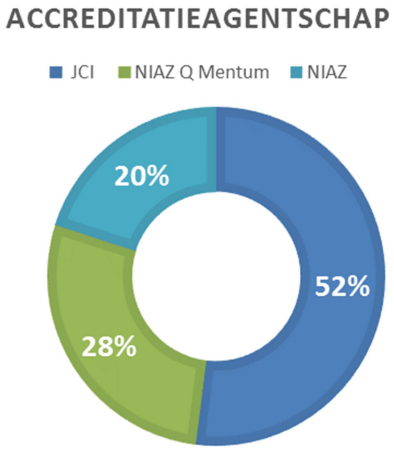
Gezien de vertrouwelijkheid van de gegevens, konden in deze meesterproef geen individuele gegevens per ziekenhuis worden opgenomen, maar enkel gemiddeldes per type ziekenhuis (JCI of NIAZ ziekenhuizen/kleine, middelgrote of grote ziekenhuizen). Een analyse op de combinatie accreditatieagentschap & grootte ziekenhuis was met de beschikbare steekproef niet mogelijk, aangezien bepaalde categorieën in de cohort slechts 1 enquête bevatten. Individuele gegevens zouden hierbij duidelijk worden en de vertrouwelijkheid zou worden geschonden (zie bijlage 10 detail voor steekproef).

## 8.2. Resultaten

### 8.2.1. Samenstelling van de steekproef

25 ziekenhuizen hebben de enquête ingevuld, waarvan 23 algemene ziekenhuizen, één universitair ziekenhuis en één revalidatieziekenhuis. De ziekenhuizen in de steekproef zijn verdeeld over heel Vlaanderen. Zeven respondenten komen uit de provincie Oost Vlaanderen, zes uit de provincie West Vlaanderen, vijf uit Limburg, vier uit Antwerpen en drie uit Vlaams Brabant/Brussel.

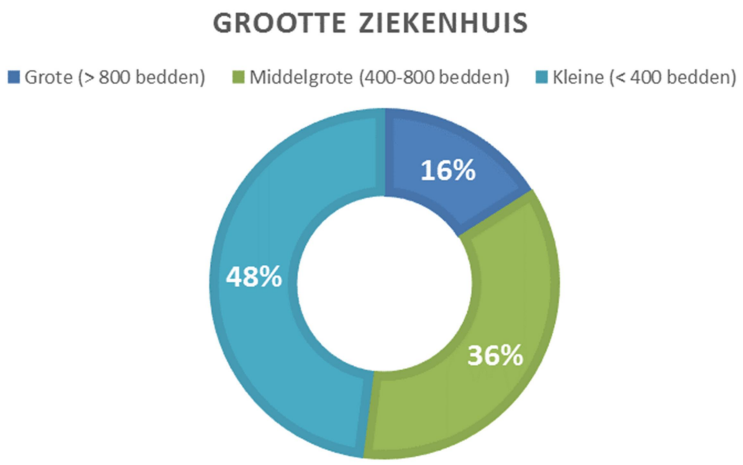
Qua **accreditatiestatus** hebben we een goeie mix in de steekproef. 52% van de ziekenhuizen in de steekproef kozen voor JCI, 20% voor het oude NIAZ en 28% voor het NIAZ sinds de implementatie van QMentum.




**Figuur 4: Procentuele verdeling steekproef per accreditatieagentschap**

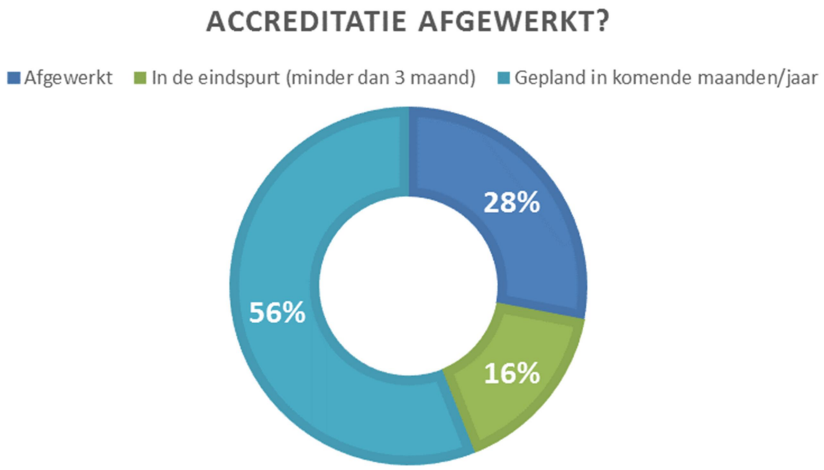
Ook qua **grootte van het ziekenhuis** betreft het een gemengde steekproef. De ziekenhuizen werden voor verdere analyse onderverdeeld in drie groepen:

- Kleine ziekenhuizen (= K) met maximaal 400 erkende bedden (48%)
- Middelgrote ziekenhuizen (= MG) met tussen de 400 & 800 erkende bedden (36%)
- Grote ziekenhuizen (= G) met meer dan 800 bedden (16%)

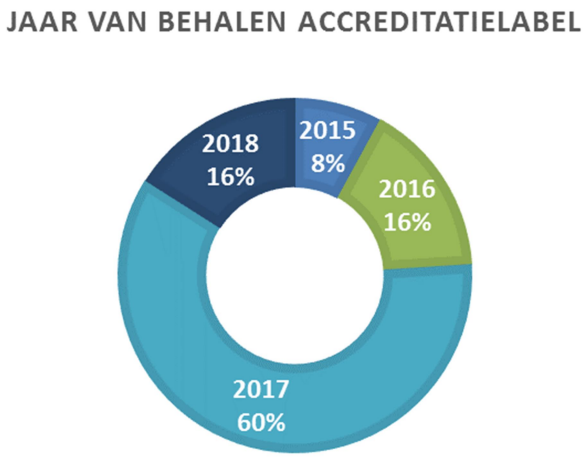



**Figuur 5: Procentuele verdeling steekproef grootte ziekenhuis**

Aangezien de accreditatiebeweging in Vlaanderen nog volop gaande is, hadden nog niet alle respondenten hun accreditatielabel behaald op het moment van het invullen van de enquête. 28% had zijn label al behaald, 16% zat in de laatste rechte lijn richting accreditatie en zal dit binnen de 3 maand behalen, en 56% voorziet dit in de loop van het najaar 2017 of 2018. Geen enkele respondent heeft reeds een her-accreditatie behaald.




**Figuur 6: Procentuele verdeling steekproef afwerkingsstatus accreditatie**




**Figuur 7: Procentuele verdeling steekproef jaar behalen accreditatie**

### *8.2.2. Samenstelling van de kostprijs*

De resultaten van de enquête worden hieronder voor elk van de kostprijselementen apart besproken, zowel kwalitatief als kwantitatief. Finaal zullen al deze aparte berekeningen van het kostenmodel in paragraaf 8.2.3. samenkomen in één totale gemiddelde kostprijs. Alle getallen worden uitgedrukt in duizenden euro's (= KEUR).

#### *8.2.2.1. Directe operationele kosten*

Het eerste deel van de kostprijs betreft de **directe kosten** die voorkomen bij een accreditatie en die via **externe facturen** werden aangerekend aan het ziekenhuis. De gegevens van 20 van de 25 enquêtes waren hier bruikbaar (80%), de vijf overige werden beschouwd als onvolledig.

<u>Algemeen</u>

In een algemeen ziekenhuis in Vlaanderen bedragen de directe operationele kosten bij accreditatie gemiddeld **285 KEUR**. De samenstelling hiervan wordt weergegeven in onderstaande figuur.

**Figuur 8: Samenstelling directe kost accreditatie**

Het valt op dat vooral de voorafgaande **consultancy** een groot aandeel ( 123 KEUR of 43%) heeft in deze kostprijs. Extern advies werd vooral gevraagd voor de volgende zaken.

| Type consultancy | Meest voorkomende leveranciers |
|---|---|
| Gap analyse (baseline assesments/tussentijdse assesments) | JCR |
| Proef audit/mock survey | JCR, NIAZ, Kerteza |
| Safe health design review (controle logische opbouw instrastructuur) | JCR |
| Document review: nalezen procedures & documenten | JCR |
| Opleiding tracer methodologie | Kerteza, JCR |
| Opleiding interne auditoren | Kerteza |
| Algemene projectbegeleiding/externe assistentie bij traject | Kerteza, NIAZ, 1-2-3 kwaliteit |
| Begeleiding bij interpretatie standaarden en normen | NIAZ |
| Opzetten rapportagetool | Mobius |

Een **gap analyse** werd door iets meer dan 80% van de ziekenhuizen gedaan (n=21). Eén op de vijf ziekenhuizen deed er zelf twee in hun voorbereidend traject. Hiervoor werd vooral begeleiding gevraagd van de JCR, de consultancy tak van de JCI.

Ook iets meer dan 85% van de ziekenhuizen deed eerst een **proef audit** vooraleer de finale audit te ondergaan (n=22). 10% van deze ziekenhuizen had behoefte aan twee proefaudits. Slechts drie ziekenhuizen in de steekproef deden geen enkele proefaudit. Proefaudits werden uitgevoerd door JCR, NIAZ en Kerteza.

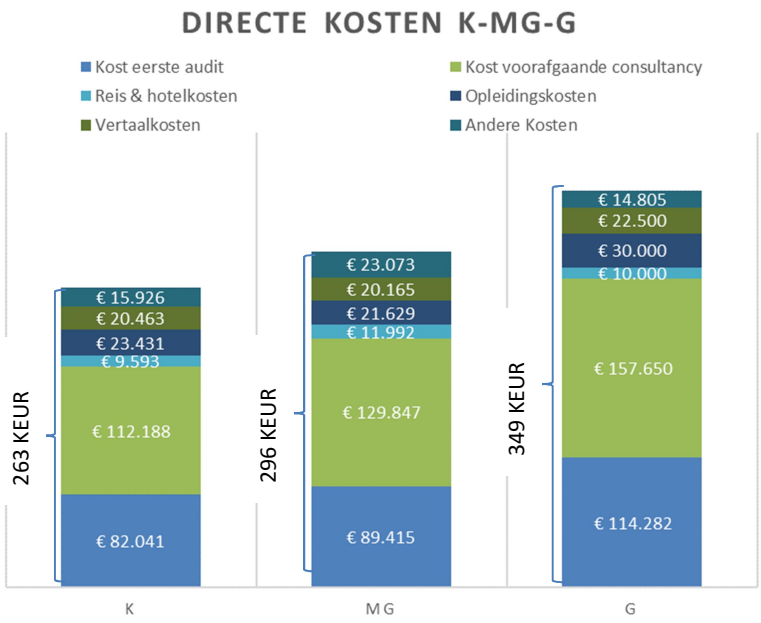
Kerteza blijkt een belangrijke speler te zijn op de markt van consultancy in accreditatie. De helft van de ziekenhuizen heeft expliciet mee in de enquête met deze speler te werken. Er wordt vooral beroep gedaan op hen voor proef audits, opleidingen over tracers & interne auditoren en algemene project begeleiding.

Op vlak van andere kosten maakt een ziekenhuis gemiddeld 19 KEUR andere kosten. Het betreft hier in hoofdzaak communicatiekosten voor drukwerk, affiches, kaartjes, brochures voor personeel en patiënten (gemiddeld 10 KEUR). Andere kosten die werden vermeld in de enquête zijn

restaurantkosten, kosten voor een bedankingsfeest na afloop van de accreditatie, aankoop boeken, facility tracer software en een vergoeding voor zelfstandige artsen om als projectleider mee te werken.

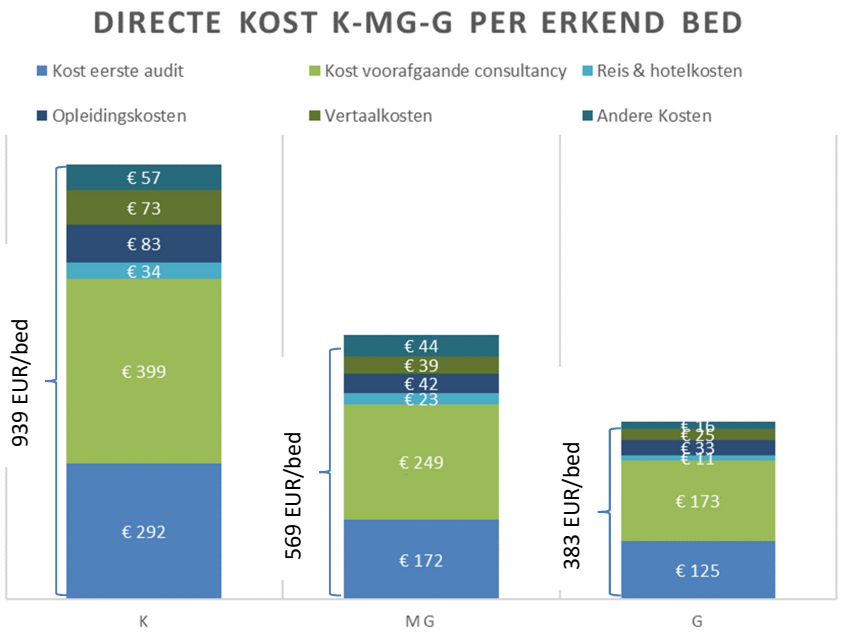
Per grootte ziekenhuis

Opgesplitst naar grootte van het ziekenhuis, zien we een hogere kostprijs bij de grotere ziekenhuizen. Dit is te verklaren door een aantal onderdelen van de facturatie die door de omvang van het ziekenhuis gedreven zijn (vb. omvang audit factuur NIAZ). Grote ziekenhuizen in Vlaanderen investeren aan directe operationele kosten gemiddeld 349 KEUR, middelgrote gemiddeld 296 KEUR en kleine gemiddeld 263 KEUR.




**Figuur 9: Samenstelling directe kost accreditatie volgens grootte ziekenhuis**

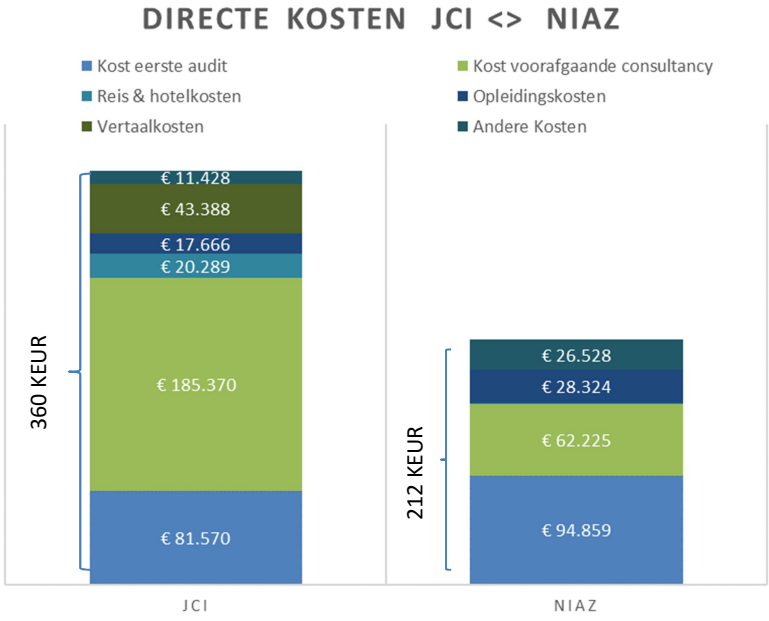
Uitgedrukt als gemiddelde per erkend bed zien we een volledig omgekeerd beeld. Hier investeren grote ziekenhuizen aan directe operationele kosten voor accreditatie gemiddeld 383 EUR per erkend bed, waar de kostprijs bij kleine ziekenhuizen **2,5 keer hoger ligt met 939 EUR per erkend bed**. Middelgrote ziekenhuizen zitten hiertussen met een gemiddelde van 569 EUR per erkend bed.




**Figuur 10: Samenstelling directe kost accreditatie volgens grootte ziekenhuis/erkend bed**

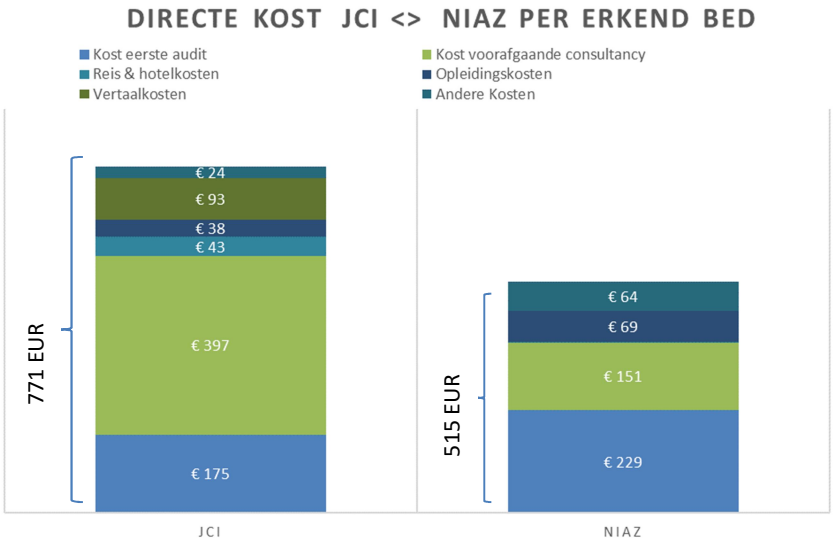
<u>Per accreditatieagentschap</u>

Ook wanneer we de opsplitsing maken naar type accreditatieagentschap, zien we duidelijke verschillen. NIAZ ziekenhuizen hebben gemiddeld 212 KEUR aan directe facturen, t.o.v. 360KEUR voor JCI ziekenhuizen (+69%).




**Figuur 11: Samenstelling directe kost accreditatie JCI <> NIAZ**

Om bij de interpretatie van deze cijfers abstractie te kunnen maken van de grootte van het ziekenhuis, bekijken we deze cijfers ook per erkend bed. NIAZ ziekenhuizen betalen 515 EUR per erkend bed, waar JCI ziekenhuis 50% meer betalen met een gemiddelde van 771 EUR per erkend bed. Deze hogere kostprijs is vooral te wijten aan hogere consultancy facturen, omdat JCI ziekenhuizen gemiddeld meer gap analyses en proef audits doen. JCI ziekenhuizen worden ook geconfronteerd met vertaalkosten (43 KEUR) en reiskosten (20 KEUR), wat NIAZ ziekenhuizen quasi niet hebben.




**Figuur 12: Samenstelling directe kost accreditatie JCI-NIAZ per erkend bed**

### *8.2.2.2. Investeringen*

Een tweede kostprijscomponent zijn de investeringen. De gegevens van 22 van de 25 enquêtes waren hier bruikbaar (88%), de drie overige werden beschouwd als onvolledig.

Bij de bevraging werd uitdrukkelijk enkel gevraagd naar investeringen die specifiek voor accreditatie gebeurden, en die anders niet zouden gebeuren binnen de normale operationele activiteit van het ziekenhuis en de huidige wettelijke normen en eisen. De antwoorden uit de enquête leren ons dat de deelnemers aan de enquête hier heel uiteenlopende visies over hebben.

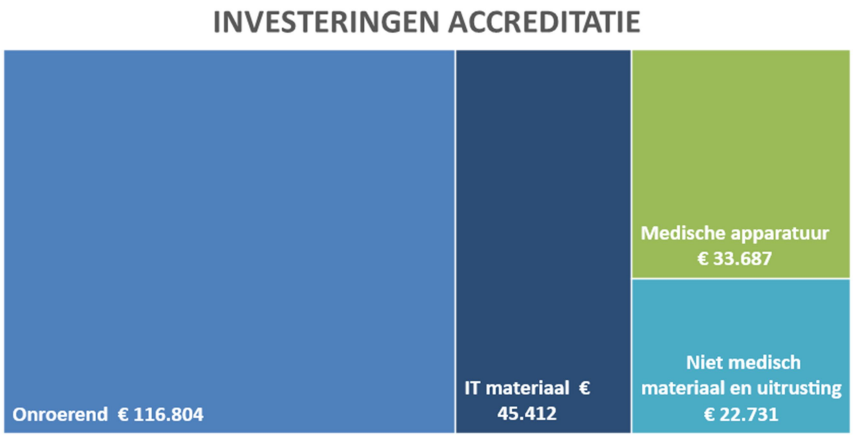
Op vlak van investeringen zijn vijf van de 22 ziekenhuizen (23%) uitdrukkelijk van mening dat ze geen investeringen gedaan hebben die enkel en alleen voor accreditatie nodig waren (drie NIAZ ziekenhuizen, twee JCI ziekenhuizen). De voornaamste redenen hiervoor worden hieronder anoniem geciteerd:

*"Ook in het kader van het nalevingstoezicht moeten deze investeringen gebeuren. De meeste investeringen gebeuren sowieso spontaan i.f.v. patiëntveiligheid of andere normen zoals het nalevingstoezicht van de Vlaamse overheid (bv. track & trace voor scopen en verdere uitbouw CSA)".* (NIAZ ZH)

*"Investeringen die zouden worden uitgevoerd puur voor het behalen van de accreditatie lijken ons maatschappelijk niet te verantwoorden. Investeringen worden cf. de good governance regels gedaan in functie van het realiseren van de maatschappelijke ziekenhuisdoelen, en in het bijzonder voor het realiseren van een kwalitatieve, patiëntveilige dienstverlening. Investeringen zijn er in die zin niet specifiek voor accreditatie".* (JCI ZH)

*"Er zijn een heel wat investeringen gedaan die omwille van kwaliteit/accreditatie een streepje voor gekregen hebben. Voorbeelden hiervan zijn een Facility Management Information System (FMIS) – module waarin de status en levenscyclus van de medische investeringen en technische installaties bijgehouden wordt, een unit-doses systeem in apotheek, informatiesoftware aangekocht ter opvolging van de scopen, ontdubbelen server room, enz. Stellen dat al die zaken "omwille van" de accreditatie er gekomen zijn, is echter te verregaand. Feit is wel dat zonder accreditatie een aantal zaken meer gefaseerd zouden doorgevoerd zijn".*(NIAZ ZH)

17 ziekenhuizen (77%) gaven wel een investeringsbedrag mee. Twee van deze respondenten gaven extreem hoge bedragen op (tot 2 mio EUR) en werden als outliers uitgesloten uit de steekproef om de gemiddeldes niet te beïnvloeden. Op basis van deze gegevens werd voor een Vlaams algemeen ziekenhuis een gemiddeld investeringsbedrag berekend van **218 KEUR**. De voornaamste zaken waarin geïnvesteerd werd zijn onroerende infrastructuurwerken en IT materiaal.




**Figuur 13: Samenstelling investeringskost volgens type**

Op vlak van onroerende goederen worden door de ziekenhuizen vooral de volgende investeringen aangehaald:

- Aanpassingswerken infrastructuur
- Electriciteitswerken
- Escape/nood knoppen
- Drukmetingsensoren isolatiekamers
- Toegangscontrole (identificatiebadges, kaartlezers)
- Extra maatregelen brandveiligheid
- Waterbuffer

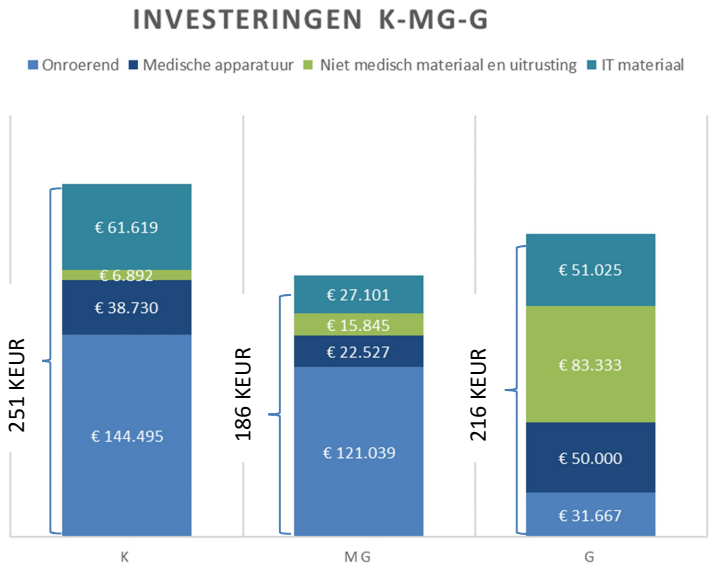
Accreditatie vraagt ook op vlak van IT een aantal aanpassingen. Uit de enquête bleek dat onder andere de volgende investeringen gebeurden:

- Uitbreiden IT netwerk
- Systeem voor incidentenmelding
- Document Management systemen (Sharepoint)
- Software opvolgen risicoanalyse medische apparatuur
- Beveiliging netwerk
- Audit software
- BI tool voor opvolgen kwaliteitsindicatoren

Per grootte ziekenhuis

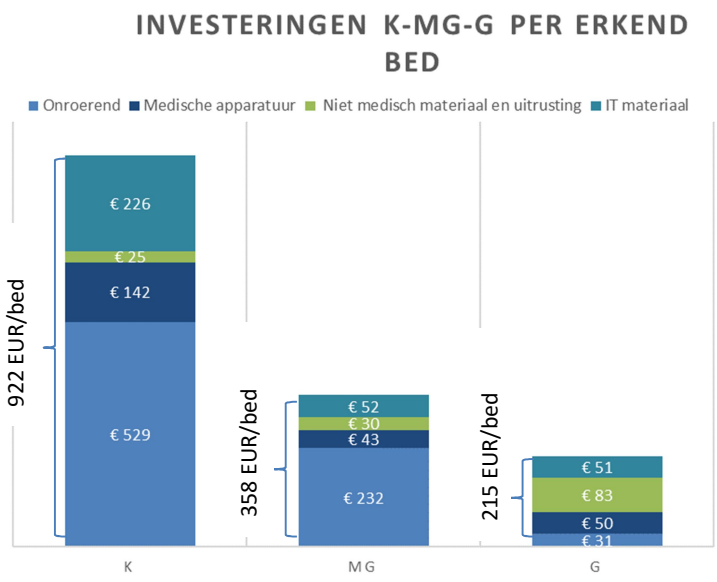
De vergelijking per grootte ziekenhuis moet met de nodige voorzichtigheid worden bekeken. De gemiddeldes worden immers enigszins beïnvloed door een aantal respondenten in deze groep die oordeelt geen investeringen te hebben gedaan specifiek voor accreditatie.

Kleine ziekenhuis spenderen gemiddeld 251 KEUR aan investeringen voor accreditatie, waarvan het grootste gedeelte op infrastructuur. Dit ligt in lijn met de vermeldingen in de literatuur, die ook melden dat kleine instellingen grotere investeringen moeten doen om in lijn te komen met de vereiste normen. Grote ziekenhuizen spenderen gemiddeld 216 KEUR, met de kanttekening dat dit gemiddelde werd berekend op een steekproef van slechts 3 ziekenhuizen met vrij afwijkende antwoorden.




**Figuur 14: Samenstelling investeringskost volgens grootte ziekenhuis**

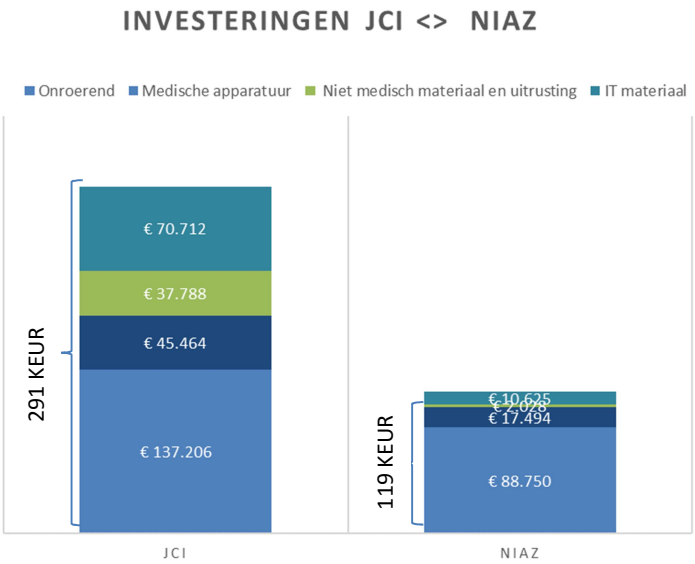
Per erkend bed zien we dat grote ziekenhuizen per bed relatief gezien een veel lagere investeringsbedrag (215 EUR/erkend bed) moeten spenderen per bed om in lijn te komen met de accreditatiestandaarden. Zij spenderen tot bijna 5 keer minder dan kleine ziekenhuizen, die 922 EUR/bed investeren.




**Figuur 15: Samenstelling investeringskost volgens grootte ziekenhuis/erkend bed**

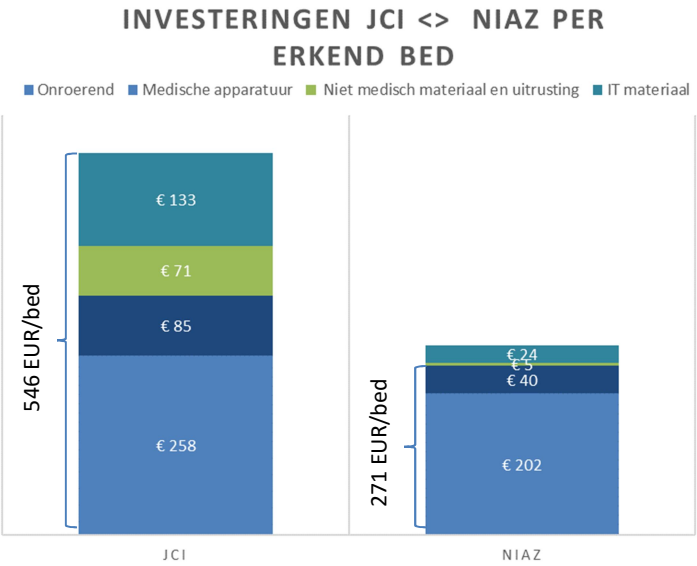
<u>Per accreditatieagentschap</u>

De investeringen bij JCI ziekenhuizen in Vlaanderen (291 KEUR) liggen gemiddeld 144% hoger dan deze bij NIAZ ziekenhuizen (119 KEUR). Het verschil zit op alle investerings categorieën, maar in hoofdzaak op onroerende werken en IT investeringen.




**Figuur 16: Samenstelling investeringskost JCI <> NIAZ**

Ook per erkend bed zijn de vereiste investeringen bij JCI ziekenhuizen (546 EUR/ bed) dubbel zo hoog als bij NIAZ ziekenhuizen (271 EUR/ bed).




**Figuur 17: Samenstelling investeringskost JCI <> NIAZ/erkend bed**

### *8.2.2.3. Directe personeelskosten*

Als derde kostprijselement komen de **directe personeelskosten** aan bod. De gegevens van 24 van de 25 enquêtes (96%) waren hier bruikbaar.

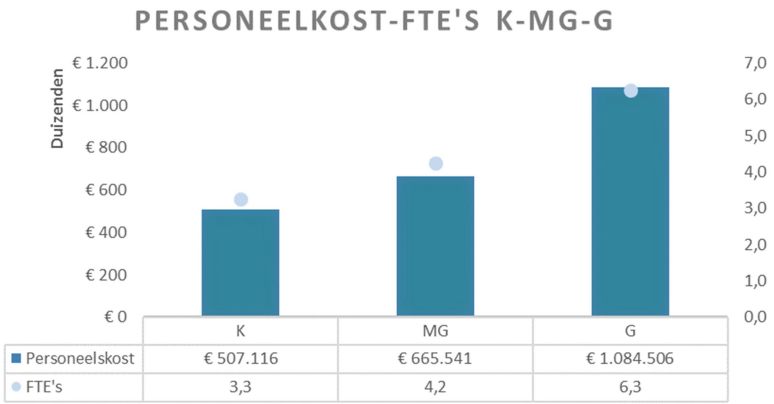
Om het accreditatietraject in hun organisatie in goeie banen te leiden, hebben de Vlaamse ziekenhuizen hebben gemiddeld **4,1 FTE** ingezet op de gerichte coördinatie van het accreditatietraject. Het betreft hier qua profiel voornamelijk kwaliteitsmedewerkers en verpleegkundigen. Hieronder wordt in tabelvorm weergeven welk type medewerkers werden toegewezen aan accreditatie, en de mate waarin dit door de verschillende ziekenhuizen werd vermeld.

| Type medewerker | Aantal ZH |
|---|---|
| Kwaliteitscoördinator, Stafmedewerker kwaliteit, project medewerker, coördinator accreditatie | 20 |
| (Hoofd)verpleegkundigen | 6 |
| Directieadviseur kwaliteit | 2 |
| Projectleider technische dienst/technieker | 2 |
| Medewerker vorming en training, medewerker HR | 2 |
| IT medewerker | 2 |
| Communicatie medewerker | 2 |
| Secretariaatsondersteuning | 2 |
| Documentbeheerder | 1 |
| Klinisch bioloog | 1 |
| Stafmedewerker proces management | 1 |
| Medewerker cel beleidsinformatie | 1 |
| Adjunct medisch directeur | 1 |

Op basis van de gemiddelde loonkost en het tijdstip waarop de medewerkers werden toegewezen/aangeworven, kon de corresponderende kost worden ingeschat. Gemiddeld bedroeg die **663 KEUR** voor het volledige voorbereidingstraject naar accreditatie.

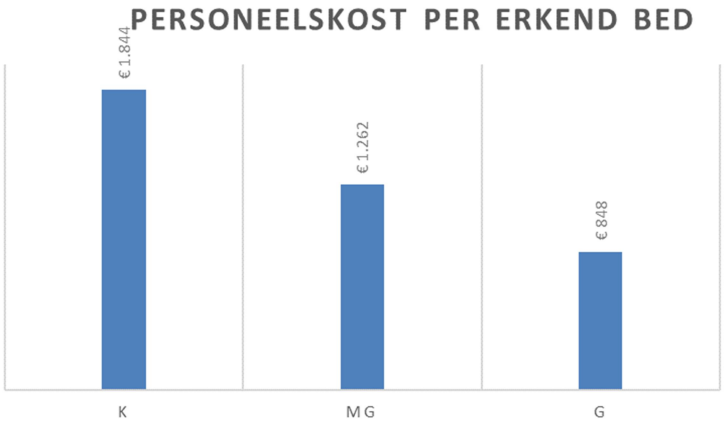
Per grootte ziekenhuis

Naarmate een ziekenhuis groter wordt, worden meer personeelsleden ingezet op accreditatie. Dit strookt met de verwachtingen, aangezien het vaak ook veel grotere projecten betreft, waar meer coördinatie en begeleiding voor nodig is. Grote ziekenhuizen zetten bijna dubbel zoveel FTE in dan kleine ziekenhuizen.




**Figuur 18: Samenstelling personeelskost volgens grootte ziekenhuis**

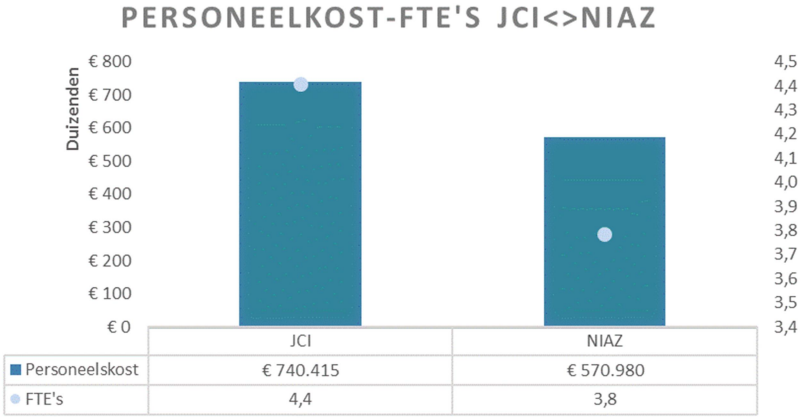
Per erkend bed is het beeld echter opnieuw omgekeerd. Hier wordt tot 1.814 EUR per bed ingezet bij kleine ziekenhuize, wat meer dan het dubbele (+117%) is dan bij grote ziekenhuizen.




**Figuur 19: Samenstelling personeelskost volgens grootte ziekenhuis**

<u>Per accreditatieagentschap</u>

Wanneer diezelfde gegevens per accreditatie-agentschap worden bekeken, zien we dat JCI ziekenhuizen gemiddeld 0,6 FTE meer inzetten dan NIAZ ziekenhuizen. Bijgevolg is ook de personeelskost bij deze ziekenhuizen hoger.




**Figuur 20: Samenstelling personeelskost JCI<>NIAZ**

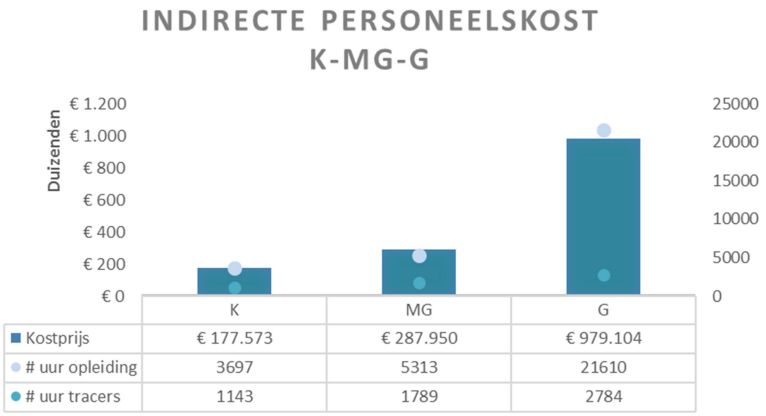
### *8.2.2.4. Indirecte personeelskosten*

Het laatste element dat we meenemen in het kostprijsmodel zijn de indirecte personeelskosten. Om deze in te schatten werd gekeken naar het aantal uren opleiding (klassikaal en e-learning), alsook de uren dat personeel bezig was met interne audits/tracers. Voor de opleidingsuren en tracers konden er van de 25 enquêtes respectievelijk 15 (60%) en 13 (52%) worden gebruikt. De overige waren beschouwd als onvolledig/afwijkend (wegens nog niet afgewerkte accreditatietrajecten).

Gemiddeld werd in een Vlaams algemeen ziekenhuis **7.926 uur opleiding** gegeven voor accreditatie. Het betreft hier zowel heel algemene opleidingen voor de volledige organisatie (brandveiligheid, accreditatie voor beginners, tips voor tijdens een audit), als specifieke opleidingen voor zorgpersoneel. Daarnaast werd voor **1.946 uur** aan **tracers** gewerkt. Omdat gedurende deze uren geen andere prestaties werden geleverd, kon op basis van de gemiddelde loonkost een corresponderende **opportuniteitskost** worden berekend van 391 KEUR.

<u>Per grootte ziekenhuis</u>

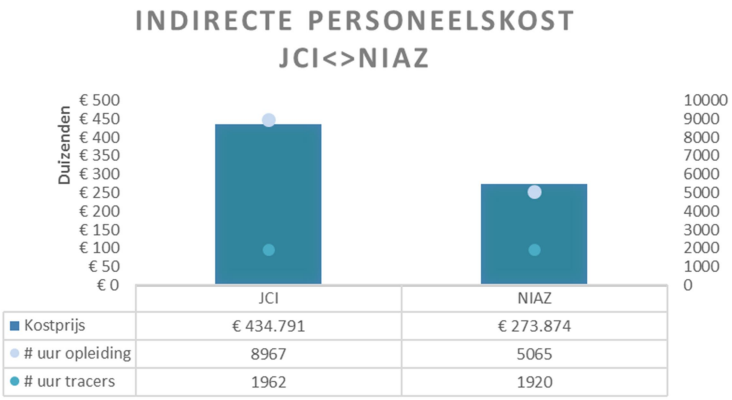
De hoogte van dit kostprijselement is recht evenredig met het aantal personeelsleden in de organisatie. Hoe groter de organisatie, hoe meer personeel moet worden opgeleid en hoe hoger de kost hiervoor.



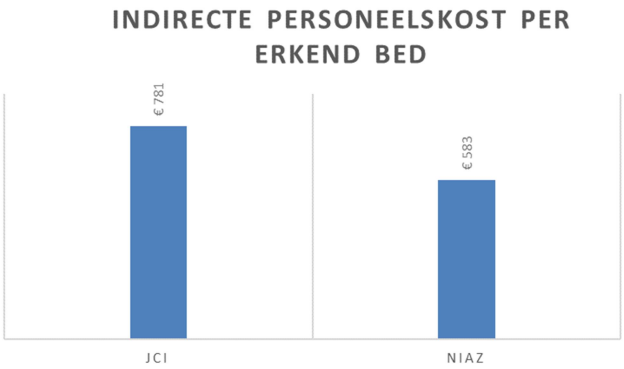

**Figuur 21: Samenstelling indirecte personeelskost volgens grootte ziekenhuis**

Per accreditatieagentschap

Voor de JCI ziekenhuizen zien we een hogere kost op vlak van opleidingen en tracers. Het verschil zit vooral in het aantal opleidingsuren, dat bij JCI ziekenhuizen bijna dubbel zo hoog is bij NIAZ ziekenhuizen. Ook per erkend bed zien we dezelfde trend, doch minder uitgesproken (+34%).



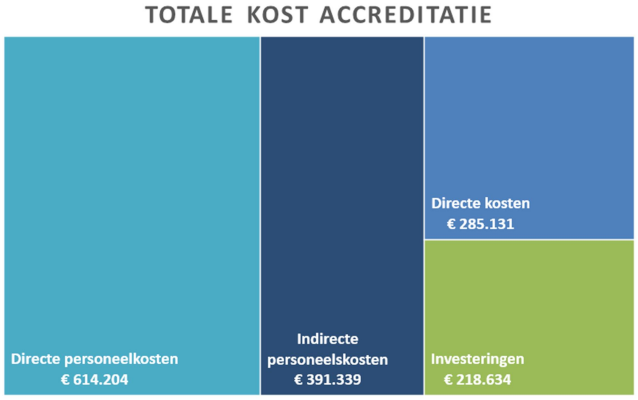

**Figuur 22: Samenstelling indirecte personeelskost JCI<>NIAZ**




**Figuur 23: Samenstelling indirecte personeelskost JCI<>NIAZ/erkend bed**

### *8.2.3. Bepaling van de totale kostprijs*

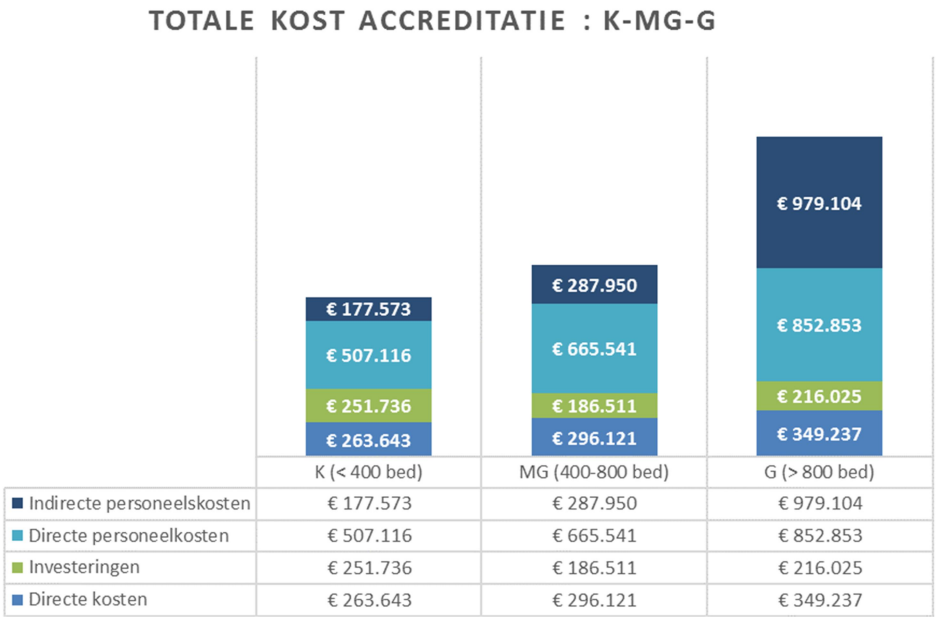
Alle bovenstaande kostenelementen worden in deze paragraaf samengebracht tot één totale kostprijsberekening. Hieruit kan worden besloten dat het voor een algemeen ziekenhuis in Vlaanderen gemiddeld **1.509 KEUR** kost om een accreditatielabel te behalen. Deze bestaat voor het grootste deel uit personeelskosten, zowel directe als indirecte. Per erkend bed komt dit overeen met een prijs van 3.125 EUR/bed.




**Figuur 24: Samenstelling totale kost accreditatie**

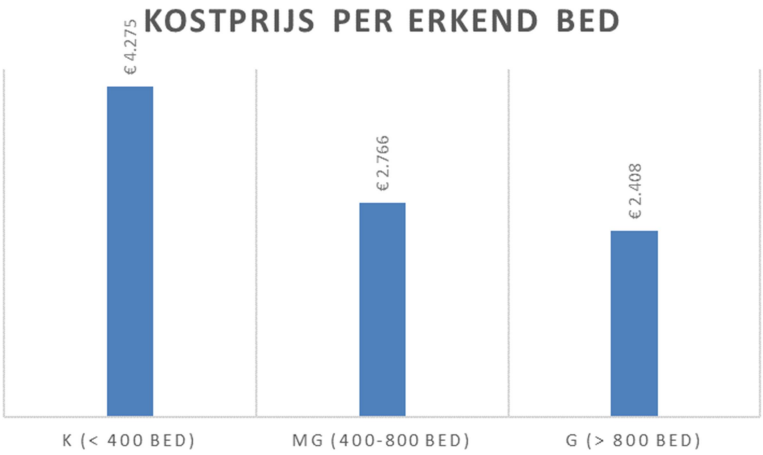
Uitgedrukt als percentage van kosten en opbrengsten, komt dit overeen met een éénmalige kost van 0,9% van de bedrijfsopbrengsten of 1,2% van de bedrijfskosten. De kosten die volgen na het behalen van accreditatie (vb. kosten her accreditatie, jaarlijkse onderhoudscontracten) worden in deze berekening niet mee opgenomen.

Daarnaast leert de steekproef ons dat hoe groter de organisatie, hoe hoger de totale kostprijs van de accreditatie. Dit is vooral te wijten aan de indirecte personeelskost. Hoe groter het personeelbestand, hoe hoger de totale opleidingskost zal bedragen om al het personeel te trainen.




**Figuur 25: Samenstelling totale kost volgens grootte ziekenhuis**

Wanneer we de totale accreditatiekost echter uitdrukken per bed, komen we op een ander beeld uit. De kostprijs van een accreditatie voor kleine ziekenhuizen bedraagt 4.275 EUR/erkend bed terwijl dit voor een groot ziekenhuis 2.408 EUR/erkend bed is. Per bed is de kostprijs in een klein ziekenhuis 78% procent hoger dan in een groot ( p=0,078 voor directe kosten, p=0,08 voor investeringen). Middelgrote ziekenhuizen betalen met 2.766 EUR per bed ongeveer 15% meer dan grote ziekenhuizen.

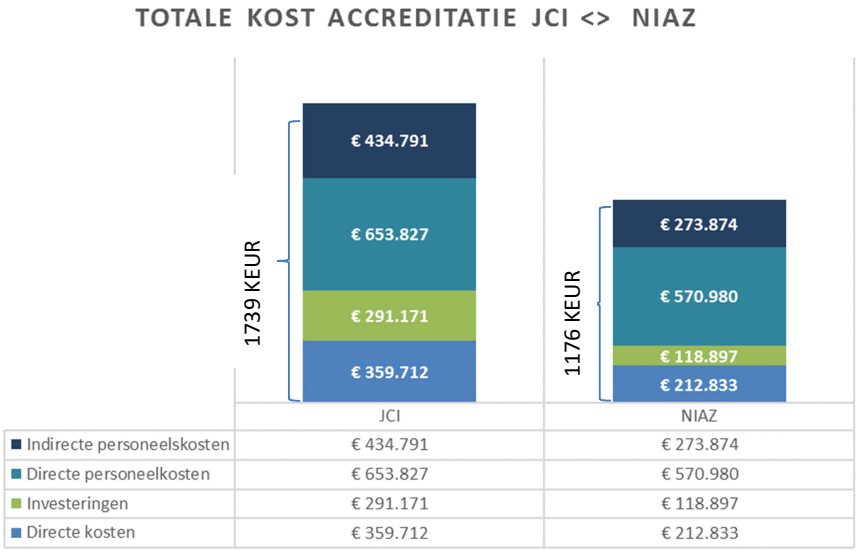


| | Directe kosten | Investeringen | Personeelskosten | Indirecte personeelkosten opleidingen | Indirecte personeelkosten tracers | Totale kost | % bedrijfs-opbrengsten | % bedrijfkosten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Totaal | € 636 | € 443 | € 1.309 | € 608 | € 129 | € 3.125 | 0,90% | 1,18% |
| K (< 400 bed) | € 911 | € 922 | € 1.844 | € 466 | € 132 | € 4.275 | 1,41% | 1,98% |
| MG (400-800 bed) | € 569 | € 358 | € 1.262 | € 433 | € 144 | € 2.766 | 0,80% | 0,99% |
| G (> 800 bed) | € 367 | € 215 | € 848 | € 863 | € 116 | € 2.408 | 0,63% | 0,84% |

**Figuur 26: Kostprijs per grootte ziekenhuis per erkend bed**

Als percentage van hun normale operationele bedrijfskosten is dit een éénmalige investering van 2% voor kleine ziekenhuizen, 1,0% voor middelgrote ziekenhuizen en 0,8 % voor grote ziekenhuizen.

Ook afhankelijk van het type accreditatie, zal de prijs afwijken. Een NIAZ accreditatie kost in de steekproef gemiddeld 1.176 KEUR, waar een JCI accreditatie gemiddeld 1.739 KEUR kost (+48%). Alle kostencomponenten zijn hoger bij de JCI ziekenhuizen.




**Figuur 27: Samenstelling totale kost JCI-NIAZ**

Ook per bed blijft dit verschil merkbaar, hetzij minder uitgesproken. Een NIAZ accreditatie kost 2.800 EUR/erkend bed. Een JCI accreditatie kost 3.301 EUR/erkend bed (+18%).

| | Directe kosten | Extra investeringen | Personeels kosten | Indirecte personeelkosten | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Directe kosten | Investeringen | Personeelskosten | Indirecte personeelkosten opleidingen | Indirecte personeelkosten tracers | Totale kost |
| Totaal | € 636 | € 443 | € 1.309 | € 608 | € 129 | € 3.125 |
| JCI | € 756 | € 546 | € 1.218 | € 658 | € 122 | € 3.301 |
| NIAZ | € 502 | € 271 | € 1.445 | € 441 | € 141 | € 2.800 |

**Figuur 28: Samenstelling totale kost/erkend bed JCI-NIAZ**

### *8.2.4. Extrapolatie kostprijs naar de totale Vlaamse ziekenhuissector.*

Op basis van de gemiddelde kostprijs per erkend bed berekend in voorgaande paragraaf, kan een extrapolatie worden gemaakt naar de totale Vlaamse ziekenhuissector (enkel algemene ziekenhuizen).

Hierbij worden alle Vlaamse algemene ziekenhuizen opgesplitst in een categorie groot-middelgroot-klein op basis van hun aantal erkende bedden.

Wanneer het totaal aantal erkende bedden van elk type ziekenhuis vermenigvuldigd wordt met de berekende gemiddelde kostprijs voor accreditatie per bed per type ziekenhuis, komen we aan een totaal bedrag van 90,3 miljoen EUR. De berekening kan in bijlage 11 worden teruggevonden.

## 9. Discussie, beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek

De belangrijkste maatschappelijke doelstelling van een ziekenhuis is het leveren van patiënt-veilige, kwaliteitsgericht zorg. Accreditatie kan helpen om deze doelstelling te bereiken en wordt daarom door de Vlaamse overheid, mede onder impuls van de ziekenhuiskoepel, de laatste jaren sterk aanbevolen. De ziekenhuizen die zich kunnen accrediteren voor eind 2017, worden immers vrijgesteld van het systeemtoezicht. Alle Vlaamse ziekenhuizen zijn in de voorbije 5 jaar op de "accreditatie" trein gesprongen, overtuigd van het meerwaarde van dit instrument.

Daarnaast mogen we op vandaag niet voorbijgaan aan de steeds toenemende financiële druk binnen onze zorgsector. De vergrijzing van de bevolking, een toenemend aantal chronisch zieken, de dure technologische vooruitgang en de stijgende verwachtingen van de patiënt zorgen ervoor dat kosten van ons gezondheidszorgsysteem langzaam onhoudbaar worden. Wanneer we de basisprincipes van ons zorgsysteem, zijnde, kwaliteit, duurzaamheid en toegankelijkheid/solidariteit, willen blijven handhaven, zullen keuzes moeten gemaakt worden, en moet erover gewaakt worden dat de schaars beschikbare middelen zo kostenefficiënt mogelijk worden ingezet. Een belangrijke eerste stap hierbij is inzicht krijgen in de kosten. In deze masterproef werd daarom onderzoek gedaan naar het kostenplaatje van accreditatie in Vlaanderen.

Uit dit onderzoek blijkt dat een algemeen ziekenhuis in Vlaanderen gemiddeld 1.509 KEUR investeert voor het behalen van een accreditatielabel. Dit bedrag bestaat voor 66% uit personeelskosten (begeleiding accreditatietraject, opleidings- en tracertijd) en 19% uit directe kosten zoals auditfacturen en consultancy.

Uitgedrukt per erkend bed, zal een ziekenhuis gemiddeld 3.125 EUR/bed investeren. Deze kost is bovendien sterk afhankelijk van de grootte van de organisatie. Hoe kleiner het ziekenhuis, hoe hoger de kost per erkend bed. Ziekenhuizen tot 400 bedden investeren gemiddeld 4.275 EUR/erkend bed (of

2,0% van hun jaarlijkse bedrijfskosten), terwijl dit bij grote ziekenhuizen (> 800 bedden) per erkend bed gemiddeld 2.408 EUR is (of 0,8% van de jaarlijkse bedrijfskosten). Op basis van deze gemiddeldes mogen we stellen dat de kostprijs voor accreditatie uitgedrukt per erkend bed bij kleine ziekenhuizen 78% hoger ligt dan bij grote ziekenhuizen.

Bovendien blijkt het behalen van een JCI label duurder dan dat van een NIAZ label. JCI kost gemiddeld 3.301 EUR/bed, terwijl NIAZ 2.800 EUR kost. Het verschil is hier vooral te wijten aan hogere externe facturen en meer investeringskosten.

Bij het toetsen van deze bevindingen aan de bestaande literatuur, dient vooreerst opgemerkt te worden dat het aantal studies over dit onderwerp tot op heden zeer beperkt is. Slechts twee bruikbare studies werden in de literatuur over dit onderwerp teruggevonden, zijnde de studie van Mumford et al. (2015) en deze van Saleh et al. (2013). Mumford berekende het kostenplaatje van accreditatie met een steekproef van zes ziekenhuizen, hetzij in een Australische context. Het onderzoek van Saleh miste kwantitatieve data, maar bracht wel een aantal inzichten naar type en grootte orde van de kosten bij ziekenhuizen in Libanon.

De berekende kostprijs in onze studie ligt iets lager dan de resultaten van Mumford. Mumford concludeerde dat de kosten voor accreditatie kunnen oplopen tot ongeveer 0,6% van de totale operationele kosten/jaar voor een klein ziekenhuis (rekening houdende met een vier jaar durend accreditatietraject). Naar één jaar herrekend komt dit overeen met 2,4% van de bedrijfskosten. In ons onderzoek vinden we een kost van 2,0 % voor dit type klein ziekenhuis.

De stelling van Saleh in 2013, die vermeldt dat de kosten in kleine ziekenhuizen verhoudingsgewijs meestal ook hoger oplopen, vinden wij terug in onze resultaten. Enerzijds is er het groot aandeel vaste kosten, zoals consultancy en audit-fees, die in verhouding tot de omvang van het ziekenhuis zwaarder doorwegen dan bij kleine ziekenhuizen. Ook de grotere investeringen in infrastructuur die kleine ziekenhuizen moeten doen om in lijn te komen met de

accreditatiestandaarden wordt bevestigd in onze studie (vb. toegangscontrole, waterbuffer, brandveiligheid, druksensormetingen). Wat eveneens opviel in onze studie, maar door Saleh niet werden aangehaald, waren de investeringen in alles wat IT systemen betreft, die ook vooral bij kleine ziekenhuis zwaarder doorwegen. Voorbeelden hiervan zijn document management systemen, audit software en BI tools.

Het uitgevoerde empirisch onderzoek heeft een **aantal beperkingen**, die moeten worden erkend.

- De steekproef dekt niet de volledige sector. De responsgraad op de enquête was beperkt tot 41% van de Vlaamse algemene ziekenhuizen, mede doordat heel wat ziekenhuizen het accreditatietraject op vandaag nog niet hebben afgewerkt, en daardoor geen waardevolle input konden aanleveren. In de steekproef zat één universitair ziekenhuis (responsgraad van 25%). Psychiatrische ziekenhuizen en andere zorginstellingen werden niet opgenomen in het onderzoek.
- Een aantal kosten (vb. opleidingsuren, toegewezen personeel) werden niet in elk ziekenhuis exact geregistreerd, en zijn bijgevolg gebaseerd op door hen aangegeven ramingen of begrotingen. Ook de ziekenhuizen die hun accreditatie nog niet volledig hadden afgewerkt op het moment van het invullen van de enquête, waren genoodzaakt bepaalde posten in te schatten (vb. factuur finale audit).
- De investeringen specifiek toe te schrijven aan accreditatie zijn moeilijk te af te lijnen. Hierdoor speelt mogelijks bias mee bij de persoon die de enquête invult, afhankelijk van zijn of haar persoonlijk standpunt.
- In het kostprijsmodel werd enkel gekeken naar de kosten vanuit het perspectief van het ziekenhuis. De kosten gemaakt door artsen werden niet meegenomen, evenmin als de kosten van stress en onbetaalde overuren bij medewerkers.

Ondanks deze beperkingen, was deze studie de eerste in Vlaanderen die de kostprijs van accreditatie in kaart heeft gebracht aan de hand van een

objectieve kwantificering en verzameling van de verschillende kostprijselementen, en dit bij een ruime steekproef van 25 ziekenhuizen.

Het onderzoek kon voorlopig enkel uitspraak doen over de kosten voor het behalen van het accreditatielabel en niet over de kosten in de daaropvolgende jaren (kosten onderhoudscontracten, jaarlijkse tracing oefening, kosten her-accreditatie na 3 of 4 jaar). In de toekomst is het opportuun periodiek dezelfde analyse te herhalen en hierbij de recurrente kosten en de kost van her-accreditatie in kaart te brengen. Het kan eveneens nuttig zijn dit onderzoek uit te breiden naar andere sectoren van de gezondheidszorg (psychiatrische ziekenhuis, WZC).

## 10. Relevantie voor de praktijk – aanbevelingen

Uit de MAHA analyse (Gielens & Dessay, 2016) leren we dat de ziekenhuissector algemeen gekenmerkt wordt door zeer beperkte winstmarges en dat steeds meer instellingen moeite hebben het hoofd boven water te houden. Met deze aanhoudende financiële druk vergroot het gevaar op willekeurige besparingen, waarbij de kwaliteit van zorg mogelijks uit het oog verloren wordt.

Uit deze studie blijkt dat de Vlaamse ziekenhuizen, ondanks de soms moeilijke financiële situatie, blijven inzetten op kwaliteit en zeer duidelijk hun verantwoordelijkheid opnemen. Allen kozen zij vrijwillig het traject van accreditatie, en hebben zij hier de voorbije jaren hard aan gewerkt. En ook de komende jaren zullen zij dit blijven doen. Gebaseerd op het aantal erkende bedden, leert dit onderzoek ons dat de Vlaamse ziekenhuissector in zijn geheel een bedrag van ongeveer 90 miljoen EUR in accreditatie heeft geïnvesteerd.

Is het zijn geld waard? Ongetwijfeld wel. Hoewel het wetenschappelijk niet kon worden aangetoond, voelen we aan dat we als maatschappij zo'n bedrag snel kunnen verantwoorden wanneer hierdoor vermijdbare medische incidenten kunnen worden verminderd, ziekenhuisbacterie-infecties kunnen reduceren, enz. Alle ziekenhuizen hebben dit daarom ook uit volle overtuiging gedaan.

We dienen echter wel vast te stellen dat de investeringskost tot op heden volledig werd gedragen door de ziekenhuizen zelf en hiervoor geen overheidstussenkomst werd ontvangen. Het lijkt echter wenselijk dit aan te passen. Gezien ook de baten van accreditatie verdeeld zijn tussen patiënt, overheid (minder opnames, verminderde ligdagen, afschaffing systeemtoezicht) en ziekenhuis, lijkt enige vorm van subsidiering verdedigbaar. Een idee kan zijn de accreditatiegedachte structureel te verankeren in de financiering van de ziekenhuizen, als een component binnen het budget financiële middelen of bij het uitwerken van een Pay for Quality verloningssysteem.

Kan het goedkoper? Misschien wel. Als we zien dat de gemiddelde prijs voor accreditatie in kleine ziekenhuis bijna dubbel zo hoog ligt als bij de grote ziekenhuizen, kan dit misschien anders worden aangepakt. Bepaalde zaken die grote vaste kosten veroorzaken bij ziekenhuizen, worden misschien beter centraal van overheidswege gestuurd en gecoördineerd, zoals algemene opleidingen over kwaliteitsnormen, interne auditoren. Ook VIPA kan hierin misschien een actieve rol spelen door de principes van de Safe Health Design review van JCI te controleren bij elke nieuwbouwaanvraag. Naast overheidsassistentie kunnen de ziekenhuizen ook zelf zoeken naar onderlinge samenwerking en efficiëntie. De recente bewegingen van netwerken en schaalvergroting in de zorg zijn op dat vlak veelbelovend en kunnen de kostprijs van accreditatie in de toekomst mogelijks verminderen.

Als laatste biedt samenwerking ook voor andere sectoren binnen de gezondheidszorg mogelijk een opportuniteit. Wanneer ook de geestelijke gezondheidszorg en de woonzorgcentra het accreditatietraject gaan bewandelen, kunnen ziekenhuizen als pioniers hun ervaringen delen, zodat hun doorlooptraject vlotter en sneller kan verlopen.

# 11. Conclusie

In deze masterproef werd stilgestaan bij de kosten-effectiviteit van accreditatie als instrument om aan kwaliteit te werken. Hierbij werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd naar kosten-baten analyses, aangevuld met een empirisch onderzoek naar de kostprijs van accreditatie in Vlaamse ziekenhuizen. De meest opvallende bevindingen worden hieronder samengevat.

Uit de literatuurstudie werd duidelijk dat wetenschappelijke studies die de effectiviteit van accreditatieprogramma's onderzoeken slechts beperkt voor handen zijn. De beschikbare studies leren ons in eerste instantie dat accreditatie ziekenhuizen een kapstok biedt om een aantal zaken zijn doorgang te laten vinden in de dagdagelijkse klinische praktijk. Het biedt de opportuniteit na te denken over de behandeling van patiënten en operationele werkmethodes. Anderzijds is geen enkele studie in staat voldoende empirisch bewijs te leveren dat accreditatie de kwaliteit van zorg ook effectief verbetert. Niet zozeer omdat er geen link bestaat tussen accreditatie en kwaliteit, maar wel omdat er een aantal achterliggende elementen zijn die er samen voor zorgen dat deze materie heel moeilijk wetenschappelijk kan worden bewezen. Wel kunnen een aantal positieve associaties worden aangehaald tussen accreditatie en veiligheidscultuur, verminderde heropnames en medicatiefouten, een lager personeelsverloop en andere.

In het empirisch gedeelte van deze masterproef werd onderzoek gedaan naar de **kostprijs** van een accreditatietraject. Via een bevraging bij 25 ziekenhuizen werd hierover een beeld gevormd. Na analyse van de gegevens kon worden besloten dat een algemeen ziekenhuis in Vlaanderen gemiddeld **1.509 KEUR** investeert om een accreditatielabel te behalen. Dit bedrag bestaat voor twee derde uit personeelskosten, zowel directe (begeleiding accreditatietraject) als indirecte (opportuniteitskost opleidings- en tracertijd).

Uitgedrukt per erkend bed, zal een ziekenhuis gemiddeld 3.125 EUR/bed investeren. Deze kost is sterk afhankelijk van de grootte van de organisatie. Hoe kleiner het ziekenhuis, hoe groter de kost per erkend bed. Grote ziekenhuizen met meer dan 800 bedden investeren gemiddeld 2.408 EUR per erkend bed terwijl kleine ziekenhuizen (< 400 bedden) tot 78% duurder af zijn, met een prijs van 4.275 EUR/erkend bed. Ook afhankelijk van het type accreditatie, zal de prijs afwijken. Een NIAZ accreditatie kost gemiddeld 2.800 EUR/bed, waar een JCI accreditatie gemiddeld 3.301 EUR/bed kost (+18%).

Gebaseerd op het aantal erkende bedden, leert dit onderzoek ons ook dat de Vlaamse ziekenhuissector een bedrag van ongeveer 90 miljoen EUR in accreditatie heeft geïnvesteerd en op die manier duidelijk haar verantwoordelijkheid opneemt op blijvend in te zetten op kwaliteit, ondanks de toenemende budgettaire druk.

## 12. Literatuurlijst


Annemans, L., Boeckxstaens, P., Borgermans, L., De Smedt, D., Duchesnes, C. et al (2009). Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België. *KCE Rapport*.

Barker, K., Flynn, E., & Pepper, G. (2002). Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med,* 162, 1897-1903.

Bleus, D., & Reynaert, J. (2012, februari). Accreditering voor AZ Glorieux. *Nieuwsbrief, Volume 11, Nr. 102*. Opgehaald 6 februari, 2017, van http://www.azglorieux.be/sites/default/files/nb_nr102_-_accreditering_az_glorieux.pdf

Bremmers, S. (geen tijdsindicatie). Veiligheid rondom patiënt. *Whitepaper Zorg & Kwaliteit Zorgvisie,* 4. Opgehaald 30 januari, 2017, van https://www.zorgvisie.nl/Global/Whitepapers/Zorgvisie_kwaliteit_veiligheid.pdf

Brubakk, K, Vist, G., Bukholm, G., Barach, P, & Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*, 15:280, DOI 10.1186/S-s12913-015-0933-x.

Camillo, N., Campos De Oliveira, J., Aparecido, J., Hirata, A., Fernandez,M., & Matsuda, L. (2016). Accreditation in a public hospital: perceptions of a multi disciplinary team. *Rev Bras Enferm*, 1016 mei-juni 69(3), 423-430.

De Meyer, A. (2010). *Masterproef Accreditatie door ziekenhuizen: Doordacht of onbezonnen?* Gent: Universiteit Gent.

De Walcque, C., Seuntjens, B., Vermeyen, K., Peeters, G., Vinck, I. (2008). *Comparative study of hospital accreditation programs in Europe*. *KCE reports 70C*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Devkaran, S., & O'Farrell, P. (2014). The impact of hospital accreditation on clinical documentation compliance: a life cycle explanation using interrupted

time series analysis. *BMJ Open 2014,* 4:e005240.doi:10.1136/bmjopen-2014-005240.

Devkaran, S., & O'Farrell, P. (2015). The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis. *BMC Health services Research*, 15:137.

Deming, W.E. (1986), Out of the Crisis. *Mit press*, Cambridge, Mass.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q, 44*, 166–206.

Donabedian, A., Wheeler, J., & Wyszewianksi, L. (1982, Oktober). Quality, cost and health: an integrative model. *Medical Care, Volume XX*, *Nr.10.*

Gielens, G., Dessay, A. (2016). *Sectoranalyse Algemene Ziekenhuizen o.b.v. MAHA analysemodel.* Belfius, 26 september 2016, opgehaald op 9 februari, 2017, van https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/MMDF%20Maha%20Persbericht%202015%20Slides.pdf

Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2009). Developing the evidence base for accreditation of health care organisations: a call for transparency and innovation. *Qual Saf Health Care June ,Volume 18, Nr. 3*.

Greenfield, D., Pawsey, M. and Braitwaite, J. (2010). What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organisations? *International Journal for Quality in Healthcare, Volume 23, Nr.1.*

Grepperud, S. (2014). Is the hospital decision to seek accreditation an effective one? *International Journal of Health Planning and Management 2015*; 30: E56-E68.

Griffith, J, Knutzen, S., & Alexander, J. (2002). Structural versus outcome measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and medical outcome scores in hospitals. *Qual Manage Health Care, Volume 10, Nr.2, 29-38.*

Halasa, Y., Zeng, W., Chappy, E., & Shepard, D. (2015). Value and impact of international hospital accreditation, a case study from Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal, Volume 21*, *Nr.2*, 90-99.

Jaafaripooyan, E., Agrizzi, D., & Akbari, F. (2011). Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures. *International Journal for Quality in Healthcare*, *Volume 23, Nr.6,* 645-656.

Johannesson, M., *Theory and methods of economic evaluation of healthcare*, 1996, US: Springer Science Business Media.

Longo, D., Hewett, J., Shubert, S. (2007). Hospital patient safety: characteristics of best-performing hospitals. *J Healthcare manag, Volume 52, Nr.3,* 188-205.

Kiers, B. (2015). Zin en onzin van accreditatie. Opgehaald op 13 februari, 2017, van https://www.zorgvisie.nl/kwaliteit/verdieping/2015/5/zin-en-onzin-van-accreditatie-1760957w/

Mate, K., Rooney, A., Supachutikul, A., & Gyani, G. (2014) Accreditation as a path to achieving universal quality health care coverage. *Globalisation and health*, 10-68.

Meyers, L., Marquet, K., & Desiron, E. (2016). *Niaz/Qmentum magazine*, februari-maart 2016, Jessa Ziekenhuis, opgehaald op 30 januari, 2017, van https://issuu.com/jessaziekenhuis/docs/niaz-qmentum - 6-02-2016 - intranet

Mumford, V., Forde, K., Greenfield, D., Hinchcliff, R., & Braithwaite, J. (2013). Health services accreditation: what is the evidence that the benefits justify the costs? *International Journal for Quality in Health Care*, *Volume 25, Nr. 5*, 606-620.

Mumford, V., Greenfield, D., Hogden,A., Forde, K., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2015). Counting the costs of accreditation in acute care: an activity-based costing approach. *BMJ Open 20*15, 5:e008850. Opgehaald 15 oktober, 2016, van http://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e008850.full

Ng, KB., Leung, GKK., Johnston, JM., & Cowling, BJ. (2013). Factors affecting implementation of accreditation programs and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. *Hong Kong Medical Journal*, *Volume19, Nr.5,* 434-446.

NIAZ, Auditrapport UZ Gent (*2016).* Opgehaald op 30 januari, 2017, van http://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/kwaliteitsvolle%20zorg/Lists/Attachments/Auditrapport.pdf

Nicklin, W. (2015). *The value and impact of health care accreditation: a literature review.* Toronto: Accreditation Canada.

Niska, R. & Burt, C. (2006). Training for terrorism related conditions in hospitals: United States: 2003-2004. *Advance data from Vital and Health Statistics*; *Nr. 380.*

Niska, R. & Burt, C. (2007). Emergency Response Planning in hospitals: United States: 2003-2004. *Advance data from Vital and Health Statistics*, *Nr. 391.*

Pauwels, J., Van de Wygaert, R., Wuyts, Y. (2010). *Kwaliteit kenbaar maken in de zorg.* Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

Quality and accreditation in health care services, a global review (2003). Geneva: World Health Organization.

Rockwell, D., Pelletier, L., & Donnelly, W. (1993, februari). The cost of accreditation: one hospital's experience. *Hosp Community Psychiatry,* 151-155.

Sack, C., Lütkes, P., Günther, W., Erbel, R., Jöckel, K., & Holtmann, G. (2010). Challenging the holy grail of hospital accreditation: a cross sectional study of inpatient satisfaction in the field of cardiology. *BMC Health Services Research*, 10:120.

Sack, C., Sherag, A., Lütkes, P., Günther, W., Jöckel, K., & Holtmann, G.(2011). Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37000 patients treated by 73

hospitals. *International Journal for Quality in Healthcare 2011, Volume 23, Nr.3,* 278-283.

Sander, M. (2014). *Kwaliteitssystemen, garantie tot de voordeur.* Delft: RPS. Opgehaald op 30 januari, 2017, van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_kwaliteitssystemen.pdf

Saleh, S., Sleiman, J., Dagher, D., Sbeit, H., & Natafgi, N. (2013). Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment? *International Journal for Quality of Care 2013, Volume 25, Nr.3,* 284-290.

Schepard, D., Undurraga, E., Gutierrez, J., & Saturno, P. (2012). Value and impact of International Hospital Accreditation in Spain. *Presentation conference ISQUA 12/10/2012.* Opgehaald op 11 februari, 2017, van http://www.isqua.org/docs/geneva-presentations/ap2-2668-d-s-shepard.pdf?sfvrsn=2

Schmaltz, S., Williams, S., Chassin, M., Loeb, J., & Wachter, R. (2011, oktober). Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission Accreditation. *Journal of hospital medicine, Volume 6, Nr.8.*

Schyve, P.(2000). The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of healthcare organizations, *International Journal for Quality in Healthcare, 2000*, *Volume 12, Nr. 3,* 225-228.

Shaw, C., Kutryba, B., Braithwaite, J., Bedlicki, M., Warunek, A. (2010). Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009, *International Journal for Quality in Healthcare, Volume 22, Nr.5,* 1-10.

Shaw, C., Groene, O., Botje, D., Sunol, R., Kutryba, B., Klazinga, N. et al. (2014). The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, *Volume 26, Nr.SI,* 100-107.

Staines, A. (2000). Benefits of an ISO 9001 certification – the case of a Swiss regional hospital. *Interational Journal Health Care Qual Assur Inc Leadersc Health Serv, Volume 13, Nr.1,* 27-33.

Thurneysen, N., Plank, T. & Boes, S.(2016). Analysis of costs and benefits of a re-accreditaiton of a Swiss acute care hospital. *Safety in Health (2016)* 2:2 DOI 10.1186/s40886-016-0013-x. Opgehaald op 10 januari, 2017, van https://safetyinhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40886-016-0013-x

Van Dun, K. (2016), Waarom Denemarken koos voor afschaffing ziekenhuisaccreditaties: reactie van NIAZ, *Artsenkrant, 23 december 2016, nr.2477*,12

Van Rooy, Y. (2013). *Kwaliteit op de kaart*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen . Opgehaald op 10 januari, 2017, van https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/14124/Rapport%20Kwaliteit%20op%20de%20kaart.pdf

Vlayen, A., Schrooten, W., Hellings, J. (2016). *Benchmarkrapport. Derde nationaal veiligheidscultuuronderzoek in de Belgische ziekenhuizen,* Hasselt: Universiteit Hasselt. Opgehaald op 6 februari, 2017, van http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/nl_-_benchmarkrapport_2016_0.pdf

Wang, H., Jin, J. (2015). Quality Improvements in decreasing administrative errors made by nursing staff. *Therapeutics and clinical risk Management, Volume 11*, 393-406

# 13. Bijlagen

## Bijlage 1: Accreditatie agentschappen in Europa in 2009

(bron: Shaw, Kutryba, Braithwaite, Bedlicki & Warunek, 2010)

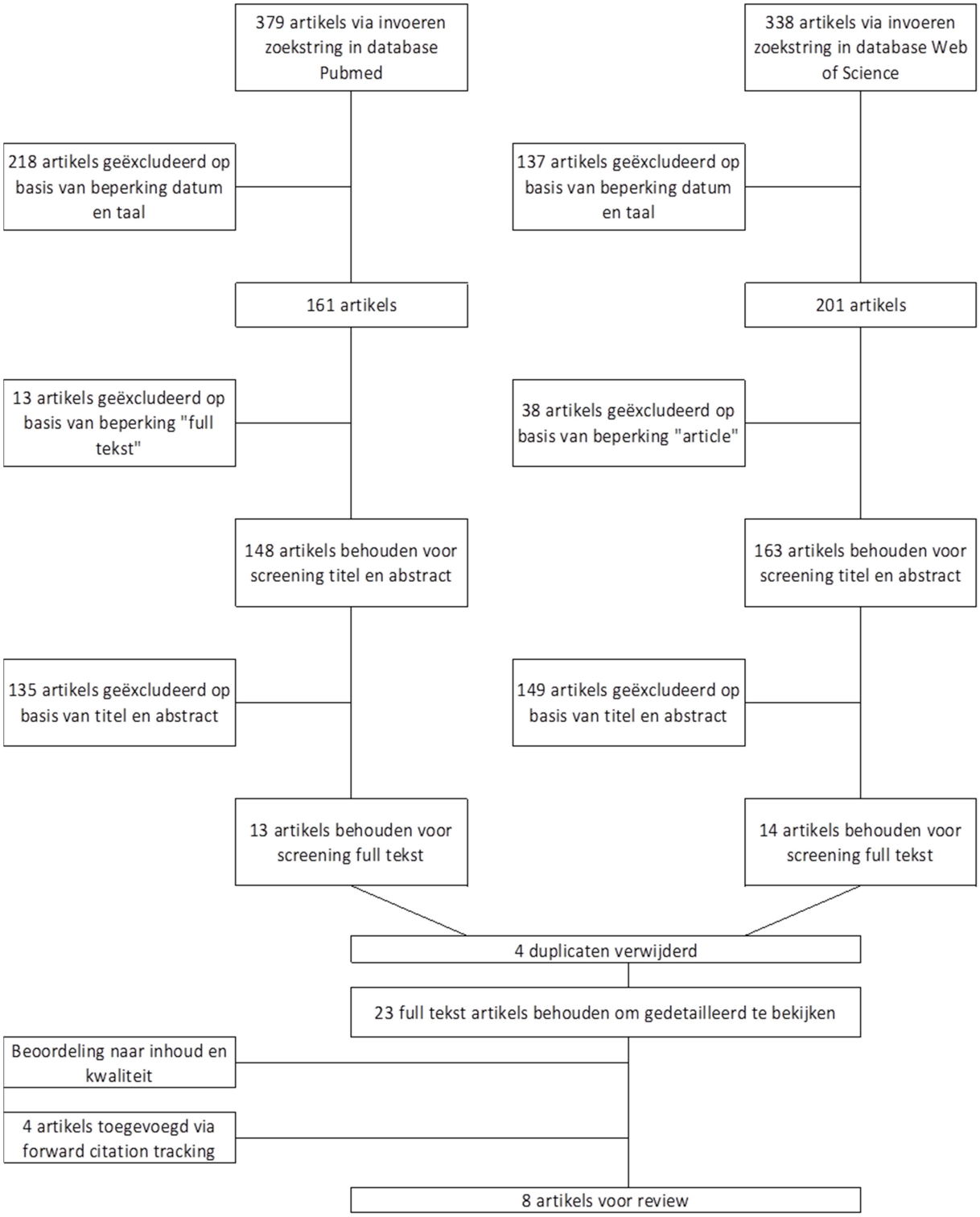
Table 1 Accreditation organizations active in Europe, April 2009

| Country | Type | Origin | Programme | Website |
|---|---|---|---|---|
| Albania | G | 2006 | Albanian Accreditation Programme | qkcsaish.gov.al |
| Bosnia FBiH | M | 2004 | Accreditation programme for health institutions and family medicine teams (AKAZ) | akaz.ba |
| Bosnia RS | G | 2002 | Agency for Accreditation and Health Care Quality Improvement of Republika Srpska (AAQI) | aaqi.rs.ba |
| Bulgaria | G | 2000 | Accreditation of Healthcare Establishments | |
| Czech Republic | I | 1998 | Spojená akreditační komise (SAK) | sakcr.cz |
| Denmark | M | 2002 | The Danish Healthcare Quality Programme (DDKM) | ikas.dk |
| Europe | I | 2000 | Joint Commission International, Europe (JCI) | jcrinc.com |
| Finland | I | 1993 | Social and Health Quality Service (SHQS) | qualitor.fi |
| France | G | 1997 | Accreditation Program for HCOs Haute Autorité de Santé (HAS) | has-sante.fr |
| Germany | I | 2001 | Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) | ktq.de |
| Hungary | I | 2006 | Institute for Healthcare Quality Improvement and Hospital Engineering | emki.hu |
| Lithuania | G | 2009 | Accreditation programme for healthcare institutions | vaspvt.gov.lt |
| The Netherlands | I | 1998 | Netherlands Institute for Accreditation in Healthcare (NIAZ) | niaz.nl |
| Poland | G | 1998 | Program Akredytacji (NCQA) | cmj.org.pl |
| Serbia | M | 2005 | Agency for Accreditation of Health Care Institutions | azus.gov.rs |
| Spain | I | 1996 | FADA-JCI | fada.org |
| Switzerland | I | 2001 | SanaCERT Suisse | sanacert.ch |
| UK | I | 1989 | CHKS Accreditation | chks.co.uk |

## Bijlage 2: NIAZ QMentum criteria niveau's

**Goud** heeft betrekking op basisstructuren en –processen die verband houden met de fundamentele elementen van veiligheids- en kwaliteitsverbetering.
**Platina** bouwt voort op deze elementen van kwaliteit en veiligheid, maar benadrukt ook cliëntgerichte zorg, waarbij consistentie in de zorgverlening wordt nagestreefd door middel van standaardprocedures en door het betrekken van cliënten en medewerkers bij de besluitvorming.
**Diamant** richt zich op het realiseren van kwaliteit door het controleren van resultaten, gebruikmakend van praktijkervaring en best practices om diensten te verbeteren, en door het vergelijken van eigen resultaten met die van collega-instellingen om tot verbeteringen op systeemniveau te komen.

## Bijlage 3: Schematisch overzicht zoekproces literatuurstudie



## Bijlage 4: Goedkeuring AZMM voor uitvoeren empirisch onderzoek

UNIVERSITEIT GENT

**Student**: Anneleen Ally

**Woonplaats**: Moerstraat 12, 9881 Bellem

**Instelling**: AZ Maria Middelares Gent

**Zetel:** Buitenring Sint Denijs 30, 9000 Gent

**Masterproef:** Accreditering in de zorg vanuit een financieel oogpunt

**Opleiding:** Master Management en beleid in de gezondheidszorg

**Startdatum:** november 2016

**Einddatum:** juni 2017

**UGent vakgroep**: maatschappelijke gezondheidskunde

**Promotor**: Dominique Vandijck

De Student zal, met het oog op het behalen van de graad van Master aan de Universiteit Gent, een wetenschappelijk onderzoek uitvoeren in het kader van de Masterproef.

Hierbij wenst de Student een concrete studie uit te werken van de kosten verbonden aan het accreditatietraject binnen de Instelling, aangevuld met een evaluatie van de evolutie in de voornaamste kwaliteitsindicatoren in de periode voor versus na de accreditatie.

Het Instelling gaat akkoord aan dit onderzoek mee te werken en zal het onderzoek van de Student ondersteunen. Hierbij gaat de instelling akkoord dat de gegevens van het ziekenhuis mogen gebruikt worden maar enkel met het loutere oogmerk voor de casestudy.

De Student zal het Project naar best vermogen uitvoeren, zonder evenwel garanties te geven wat betreft het behalen van specifieke resultaten. De Student gaat wat dat betreft enkel een middelenverbintenis aan.

Aldus verklaart en tekent voor akkoord 2/11/2016

Student: Instelling:

## Bijlage 5: Goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

*Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)*

Universiteit Hasselt
Biomedische wetenschappen
Prof. dr. Dominique VAN DIJCK
Agoralaan - Gebouw A
3590 Diepenbeek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2016/1446 | 02-jan-17 | Zie "CC" |

**BETREFT** DEFINITIEF ENIG (centraal) ADVIES voor studie met als titel:
Accreditering in de zorg vanuit een financieel oogpunt - Scriptie Anneleen Ally
**Belgisch Registratienummer: B670201530409**
**Fase (Phase): NVT/NA**

* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 14/11/2016 (volledig ontvangen dd. 28/11/2016) versie 1
* Begeleidende brief dd. 25/11/2016
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 1) dd. 14/11/2016
* Vragenlijsten
  Interview
* CV: Anneleen Ally
* Advies lokale EC's
  AZ Maria Middelares ontvangen dd. 26/12/2016

**Advies werd gevraagd door:** Prof. dr. D. VAN DIJCK ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.**
**ER WERD EEN DEFINITIEF ENIG (CENTRAAL) POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 26/12/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 26/12/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.**
**A DEFINITIVE SINGLE POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON, 26/12/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 26/12/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
**Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**THIS ADVICE APPEARS IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/01/2017**
**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/01/2017**

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185, B-9000 Gent
www.uzgent.be

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2016/1446 | 02-jan-17 | Zie "CC" |

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/1446

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Het Ethisch Comité UZ Gent heeft rekening gehouden met de adviezen van bovenvermelde lokale ethische commissies.
The Ethics Committee UZGent took into account the advice of the above mentioned non-leading EC's.

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**

i.o. **Prof. dr. D. MATTHYS**
**Voorzitter / Chairman**

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Biometra Clinics
AZ Maria-Middelares - Sint-Jozef - Ethisch Comité; Kortrijksesteenweg 1026 9000 Gent
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

## Bijlage 6: Enquête “Inschatting kostprijs accreditatie”

UNIVERSITEIT GENT
FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

### Inschatting Kostprijs Accreditatie

zorg net ICURO

*Hartelijk dank voor het vervolledigen van deze bevraging! Alle gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld en worden niet individueel gepubliceerd.*

Studie in opdracht van Zorgnet Icuro en Universiteit Gent (promotor dhr. Dominique Vandijck)
Uitgevoerd door Anneleen Ally op vraag van het sectoraal bestuurscollege, en in het kader van de masterproef " Accreditering in de zorg vanuit financieel oogpunt".

#### Algemene gegevens ziekenhuis

| | |
|---|---|
| Naam ziekenhuis: | |
| Naam contactpersoon: | |
| Aantal erkende bedden van het ziekenhuis: | |
| Aantal ligdagen van het ziekenhuis: | |
| Aantal campussen van het ziekenhuis: | |
| Aantal FTE's tewerkgesteld: | |
| Gemiddeld aantal werkende uren per FTE (na aftrek vakantie, ziekteverzuim, ...)/jaar: | |
| Gemiddelde loonlast per FTE/jaar (incl. werkgeversbijdrage): | |
| Totale bedrijfsopbrengsten (rubriek 70-74): | |
| Totale operationele kosten (rubriek 60-61-62-63-64 excl. 619): | |

#### Algemene gegevens accreditatie

| | |
|---|---|
| Accreditatie agentschap (JCI/NIAZ) | |
| Startdatum accreditatietraject (datum formele, gedocumenteerde beslissing voor accreditatie RvB) | |
| Datum behalen eerste accreditatielabel: | |
| Duurtijd eerste accreditatietraject: | 0 |
| Aantal gap analyses gedaan in eerste accreditatietraject | |
| Aantal proef audits/mock surveys gedaan in eerste accreditatietraject | |
| Datum behaalde her-accrediatie (indien van toepassing) | |
| Aantal gap analyses gedaan in her-accreditatietraject | |
| Aantal proef audits/mock surveys gedaan in her-accreditatietraject | |

#### Financiële gegevens accreditatie

*(alle gegevens incl. BTW indien van toepassing)*
*Indien de kosten niet werden gedocumenteerd/geregistreerd in de boekhouding, wordt gevraagd een zo goed mogelijke inschattting te maken van deze kosten, en dit in kolom C te vermelden*

Directe kosten: extern (kosten die gemaakt werden speciaal voor de accreditatie en waarvoor de organisatie facturen heeft/zal ontvangen)

| | Bedrag | Exacte registratie of inschatting? |
|---|---|---|
| Totaalbedrag facturen eerste accreditatie-audit: | | |
| Totaalbedrag facturen voorafgaande externe consultancy (van start tot behalen accreditatie): | | |
| -> Voor welke aspecten werd consultancy gevraagd en door wie werd ze uitgevoerd? | | |
| Reis & hotelkosten: | | |
| Vertaalkosten: | | |
| Opleidingskosten (facturen opleidingcentra, ontwikkelingskosten opleidingen) | | |
| Andere kosten (beschrijf hieronder): | € 0 | |
| ... | | |
| ... | | |
| ... | | |
| ... | | |
| Jaarlijkse facturen (annual survey fee) na behalen accreditatie (indien van toepassing) | | |

## Extra investeringen n.a.v. accreditatie

*Het betreft hier investeringen die specifiek voor accreditatie gebeurd zijn, en die normaal niet uitgevoerd zouden worden binnen de normale operationele activiteit van het ziekenhuis en wettelijke eisen en normen.*

| | Investeringsbedrag | Beschrijving voornaamste investeringen |
|---|---|---|
| Onroerend | | |
| Medische apparatuur | | |
| Niet medisch materiaal en uitrusting | | |
| IT materiaal | | |

| | |
|---|---|
| Extra onderhoudscontracten: kostprijs/jaar | |

## Directe kosten: personeel

| | |
|---|---|
| Algemene beschrijving projectorganisatie (project team, aantal leden, projectbegeleiders) | |

| Aantal nieuwe FTE's specifiek aangeworven voor de coordinatie van het accreditatie-traject | 0,00 | Type medewerker |
|---|---|---|
| *gestart 1 jaar voor behalen label* | | |
| *gestart 2 jaar voor behalen label* | | |
| *gestart 3 jaar voor behalen label* | | |
| *gestart 4 jaar voor behalen label* | | |

| Aantal bestaande FTE's toegewezen aan het accreditatie-project | 0,00 | Type medewerker |
|---|---|---|
| *toegewezen 1 jaar voor behalen label* | | |
| *toegewezen 2 jaar voor behalen label* | | |
| *toegewezen 3 jaar voor behalen label* | | |
| *toegewezen 4 jaar voor behalen label* | | |

## Indirecte kosten

| | | |
|---|---|---|
| Aantal opleidingsuren personeel in voorbereidingstraject naar accreditatie (zowel klassikaal als e-learning) | | indien beschikbaar, graag overzichtje type opleidingen toevoegen |

| | |
|---|---|
| Aantal uitgevoerde interne tracers/audits in voorbereidingstraject | |
| Gemiddelde duurtijd tracer (in uren) , inclusief voorbereiding en debriefing | |
| Samenstelling tracer team (aantal personen) | |

Het ingevulde formulier kan vóór 3 april 2017 overgemaakt worden aan Anneleen Ally (anneleen.ally@azmmsj.be of anneleen.ally@ugent.be).
Voor vragen of opmerkingen kan u eveneens op dit email adres terecht.

Merk op: kosten die buiten de ziekenhuisboekhouding vallen, zoals kosten die ten persoonlijke titel door "zelfstandige" artsen worden gemaakt in het kader van accreditatie worden hierboven niet meegenomen.

## Bijlage 7: Goedkeuring voorzitter financieel economische werkgroep Zorgnet-Icuro

**Ally, Anneleen**

**Van:** Koen Michiels <Koen.Michiels@aznikolaas.be>
**Verzonden:** vrijdag 10 maart 2017 15:00
**Aan:** Ally, Anneleen; 'Ingrid.Nolis@zorgneticuro.be'; Maurice Tuerlinckx (mt@zorgnetvlaanderen.be)
**CC:** 'Dominique Vandijck'; Coussee, Frederik
**Onderwerp:** RE: Onderzoek: inschatting kostprijs accreditering

Beste Anneleen,

Dank voor mooie aanzet ! Wat mij betreft prima, zowel inzake principe als qua inhoud.

@ Maurice, kan jij agenderen op de FEWAZ aub en misschien best meteen de bijlage ook meesturen ?

Dank

Koen

---

**Van:** Ally, Anneleen [mailto:Anneleen.Ally@azmmsj.be]
**Verzonden:** zondag 5 maart 2017 12:44
**Aan:** 'Ingrid.Nolis@zorgneticuro.be'; Koen Michiels
**CC:** 'Dominique Vandijck'; Coussee, Frederik
**Onderwerp:** Onderzoek: inschatting kostprijs accreditering

Beste Ingrid, Koen,

Tijdens de vorige financieel economische werkgroep werd het agendapunt "kostprijs van accreditatie" besproken. Daarbij werd afgesproken dat ik dit onderzoek eventueel zou kunnen uitvoeren in het kader van mijn masterproef "accreditering in de zorg vanuit financieel oogpunt", in het kader van mijn opleiding "management en beleid van de gezondheidszorg" aan UGent.

Ik heb inmiddels een eerste "draft" sjabloon uitgewerkt voor de bevraging, die u kan terugvinden in bijlage.
De idee zou zijn dit toe te lichten in de FEWAZ van 17 maart, en nadien vanuit Zorgnet te laten uit te sturen. Ik had graag antwoord terug gekregen tegen begin april, zodat er nog voldoende tijd overblijft voor het verwerken van de gegevens (deadline indienen masterpref is mid mei). Alle gegevens zouden als gemiddelden worden weergegeven, zodat de vertrouwelijkheid van de cijfers bewaakt blijft.

Over bovenstaande momenteel nog twee vragen naar jullie toe:

1. Gaan jullie officieel akkoord met bovenvermeld voorstel tot onderzoek?
2. Mochten jullie aanvullingen of opmerkingen hebben over het sjabloon, hoor ik het graag. De template is voorlopig nog draft, en zal ik in de komende week ook nog verder afstemmen met D. Vandijck (mijn promotor voor dit werk) en intern in ons ziekenhuis met de kwaliteitscoördinator van ons ziekenhuis. Ik wou echter niet nalaten deze nu al eens naar jullie door te sturen. Eenmaal alle opmerkingen werden verzameld, werk ik de finale versie af tegen 17 maart.

Alvast bedankt voor jullie reactie,

Anneleen

## Bijlage 8: Lijst met aangeschreven ziekenhuizen

| Instelling | Plaats |
|---|---|
| Sint-Rembertziekenhuis | TORHOUT |
| AZ Maria Middelares | GENT |
| Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen | TIENEN |
| Sint-Jozefkliniek Bornem & Willebroek | BORNEM |
| Heilig Hartziekenhuis Mol | MOL |
| Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas | BRUGGE-ASSEBROEK |
| Verpleeginrichting De Dennen Ziekenhuisafdeling | MALLE |
| Jessa Ziekenhuis | HASSELT |
| Revalidatieziekenhuis Revarte | EDEGEM |
| VZW Jan Yperman Ziekenhuis | IEPER-ST-JAN |
| Sint-Andriesziekenhuis | TIELT |
| O.L.Vrouw Van Lourdes Ziekenhuis | WAREGEM |
| Sint-Trudo Ziekenhuis | SINT-TRUIDEN |
| UZ Brussel | BRUSSEL |
| Algemeen Ziekenhuis Klina | BRASSCHAAT |
| AZ Sint-Maarten | MECHELEN |
| AZ Vesalius | TONGEREN |
| H.-Hartziekenhuis Lier | LIER |
| UZ Leuven | LEUVEN |
| AZ Sint-Lucas | GENT |
| AZ Gasthuiszusters van Antwerpen | WILRIJK |
| Algemeen Ziekenhuis Lokeren | LOKEREN |
| Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst | AALST |
| Algemeen Ziekenhuis Groeninge | KORTRIJK |
| AZ Delta | ROESELARE |
| AZ Jan Portaels Vilvoorde | VILVOORDE |
| Ziekenhuis Maas en Kempen vzw | MAASEIK |
| Sint-Jozefskliniek | IZEGEM |
| Revalidatieziekenhuis Inkendaal | SINT-PIETERS-LEEUW-VLEZENBEEK |
| AZ Herentals | HERENTALS |
| VZW Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria | HALLE |
| AZ Zeno | KNOKKE-HEIST |
| AZ Jan Palfijn | GENT |
| vzw. Gezondheidszorg Heilige Familie | KORTRIJK |
| Sint-Vincentiusziekenhuis | DEINZE |
| Nationaal Multiple Sclerose Centrum | STEENOKKERZEEL-MELSBROEK |
| Revalidatie & MS Centrum | OVERPELT |
| AZ Nikolaas | SINT-NIKLAAS |
| AZ St-Dimpna Geel | GEEL |
| AZ Diest | DIEST |
| Ziekenhuis Oost-Limburg | GENK |
| AZ Sint-Jozef | MALLE |
| AZ Glorieux | RONSE |
| vzw. Emmaus | MECHELEN |
| ZNA - Ziekenhuisnetwerk Antwerpen | ANTWERPEN |
| AZ Sint-Blasius | DENDERMONDE |
| UZA - Universitair Ziekenhuis Antwerpen | EDEGEM |
| Sint-Franciskusziekenhuis | HEUSDEN-ZOLDER |

| | |
|---|---|
| Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart | LEUVEN |
| Provinciaal Zorgcentrum Lemberge | MERELBEKE |
| Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis | AALST |
| Algemeen ziekenhuis Jan Portaels | VILVOORDE |
| UZ Gent | GENT |
| AZ Sint-Elisabeth | ZOTTEGEM |
| Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde | OUDENAARDE |
| vzw AZ Heilige Familie | RUMST-REET |
| AZ Turnhout | TURNHOUT |
| Mariaziekenhuis vzw | OVERPELT |
| Imeldaziekenhuis | BONHEIDEN |
| AZ Monica | DEURNE |
| AZ Alma | EEKLO |
| AZ Damiaan | OOSTENDE |
| az West | VEURNE |
| Revalidatieziekenhuis Koningin Elisabeth | KOKSIJDE-OOSTDUINKERE |
| AZ Sint-Jan Brugge-Oostende | BRUGGE |

# Bijlage 9: Herinneringsmail enquête 29 maart

Van: Marianne Troch <Marianne.Troch@zorgneticuro.be> Verzonden: wo 29/03/2017 10:35
Aan: SBC Algemene ziekenhuizen leden 2014; SBC Algemene ziekenhuizen ICURO; SBC Algemene ziekenhuizen niet verkozen leden; WG Financieel economische werkgroep az
CC: Marc Geboers; Ingrid Nolis; Zorgnet-Icuro
Onderwerp: Onderzoek: inschatting kostprijs accreditering

Bericht | 20170312_Bevraging kosten accreditatie zorgnet-fewaz.docx.xlsx (40 kB)

Beste leden,

Op vraag van het sectoraal bestuurscollege wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd naar de kostprijs van accreditatie bij de Vlaamse ziekenhuizen.

Deze studie zal worden uitgevoerd door Anneleen Ally in het kader van haar masterproef "Accreditering in de zorg vanuit financieel oogpunt" onder begeleiding van promotor dhr. Dominique Vandijck, algemeen directeur Quality & Safety bij Zorgnet-Icuro.

U heeft deze bevraging ontvangen als bijlage bij de agenda van de FEWAZ maart 2017.

Tot nu werden er nog maar enkele antwoorden ontvangen. In bijlage kan u nogmaals de **enquête** terugvinden.

Het betreft een aantal algemene vragen, aangevuld met de bevraging van een aantal specifieke kostprijselementen. Voor de gegevens waar u als organisatie geen exacte registratie van bijhield, wordt gevraagd een schatting te maken en dit duidelijk te vermelden. Voor de zaken waar u totaal geen informatie over heeft (geen registratie, noch inschatting), wordt gevraagd dit eveneens duidelijk te vermelden. Graag hadden wij gerekend op jullie talrijke respons, zodat uit dit onderzoek de juiste en relevante bevindingen kunnen worden getrokken.

Het ingevulde formulier kan vóór 3 april 2017 overgemaakt worden aan Anneleen Ally (anneleen.ally@azmmsj.be of anneleen.ally@ugent.be). Voor vragen of opmerkingen kan u eveneens op dit emailadres terecht.

Alle financiële gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld en zullen niet individueel worden gepubliceerd in het finale document.

Wij danken u alvast voor uw medewerking aan deze bevraging. Zelfs indien u slechts een gedeelte van de gevraagde info kan aanleveren, ontvangen wij zeer graag uw input.

Met vriendelijke groeten,

i.o.
Marc Gebroers – directeur algemene ziekenhuizen
Ingrid Nolis – stafmedewerker algemene ziekenhuizen

## Bijlage 10: Verdeling van de steekproef in categorieën

| Accreditatielabel | Totaal | Klein | Middelgroot | Groot |
|---|---|---|---|---|
| JCI | 13 | 5 | 5 | 3 |
| NIAZ/NIAZ Q Mentum | 12 | 7 | 4 | **1** |

## Bijlage 11: Berekening totale kostprijs Vlaanderen obv. categorie/erkende bedden

| Instelling | Locatie | aantal bedden | categorie |
|---|---|---|---|
| Sint-Rembertziekenhuis | TORHOUT | 211 | K |
| AZ Maria Middelares | GENT | 543 | MG |
| Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen | TIENEN | 331 | K |
| Sint-Jozefkliniek Bornem & Willebroek | BORNEM | 239 | K |
| Heilig Hartziekenhuis Mol | MOL | 183 | K |
| Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas | BRUGGE-ASSEBROEK | 412 | MG |
| Verpleeginrichting De Dennen Ziekenhuis | MALLE | 250 | K |
| Jessa Ziekenhuis | HASSELT | 981 | G |
| VZW Jan Yperman Ziekenhuis | IEPER-ST-JAN | 530 | MG |
| Sint-Andriesziekenhuis | TIELT | 266 | K |
| O.L.Vrouw Van Lourdes Ziekenhuis | WAREGEM | 267 | K |
| Sint-Trudo Ziekenhuis | SINT-TRUIDEN | 310 | K |
| UZ Brussel | BRUSSEL | 721 | MG |
| Algemeen Ziekenhuis Klina | BRASSCHAAT | 581 | MG |
| AZ Sint-Maarten | MECHELEN | 660 | MG |
| AZ Vesalius | TONGEREN | 326 | K |
| H.-Hartziekenhuis Lier | LIER | 521 | MG |
| UZ Leuven | LEUVEN | 1771 | G |
| AZ Sint-Lucas | GENT | 787 | MG |
| AZ Gasthuiszusters van Antwerpen | WILRIJK | 1012 | G |
| Algemeen Ziekenhuis Lokeren | LOKEREN | 170 | K |
| Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst | AALST | 568 | MG |
| Algemeen Ziekenhuis Groeninge | KORTRIJK | 1065 | G |
| AZ Delta | ROESELARE | 1213 | G |
| AZ Jan Portaels Vilvoorde | VILVOORDE | 406 | MG |
| Ziekenhuis Maas en Kempen vzw | MAASEIK | 213 | K |
| Sint-Jozefskliniek | IZEGEM | 271 | K |
| AZ Herentals | HERENTALS | 243 | K |
| VZW Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria | HALLE | 344 | K |
| AZ Zeno | KNOKKE-HEIST | 334 | K |
| AZ Jan Palfijn | GENT | 526 | MG |
| Sint-Vincentiusziekenhuis | DEINZE | 170 | K |
| AZ Nikolaas | SINT-NIKLAAS | 810 | G |
| AZ St-Dimpna Geel | GEEL | 294 | K |
| AZ Diest | DIEST | 211 | K |
| Ziekenhuis Oost-Limburg | GENK | 811 | MG |
| AZ Sint-Jozef | MALLE | 250 | K |
| AZ Glorieux | RONSE | 346 | K |
| ZNA - Ziekenhuisnetwerk Antwerpen | ANTWERPEN | 2043 | G |
| AZ Sint-Blasius | DENDERMONDE | 438 | MG |
| UZA - Universitair Ziekenhuis Antwerpen | EDEGEM | 573 | MG |
| Sint-Franciskusziekenhuis | HEUSDEN-ZOLDER | 268 | K |
| Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart | LEUVEN | 287 | K |
| Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis | AALST | 844 | MG |
| Algemeen ziekenhuis Jan Portaels | VILVOORDE | 406 | MG |
| UZ Gent | GENT | 1062 | G |
| AZ Sint-Elisabeth | ZOTTEGEM | 333 | K |
| Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde | OUDENAARDE | 235 | K |
| vzw AZ Heilige Familie | RUMST-REET | 207 | K |
| AZ Turnhout | TURNHOUT | 650 | MG |
| Mariaziekenhuis vzw | OVERPELT | 333 | K |
| Imeldaziekenhuis | BONHEIDEN | 502 | MG |
| AZ Monica | DEURNE | 466 | MG |
| AZ Alma | EEKLO | 451 | MG |
| AZ Damiaan | OOSTENDE | 523 | MG |
| az West | VEURNE | 224 | K |
| AZ Sint-Jan Brugge-Oostende | BRUGGE | 1221 | G |

Berekening totale kostprijs

| Categorie | Som van aantal bedden | KP/bed | totale KP |
|---|---|---|---|
| G | 11178 | € 2.408 | € 26.916.280 |
| K | 7116 | € 4.275 | € 30.418.326 |
| MG | 11919 | € 2.766 | € 32.972.231 |
| Eindtotaal | 30213 | | € 90.306.837 |

## 14. Lijst van figuren

Figuur 1 : Raamwerk ter evaluatie van kwaliteit van zorg Donabedian

Figuur 2: De accreditatiecyclus volgens NIAZ.

Figuur 3: Time series grafiek betreft het % naleven vóór en na de accreditatiesurvey

Figuur 4: Procentuele verdeling steekproef per accreditatieagentschap

Figuur 5: Procentuele verdeling steekproef grootte ziekenhuis

Figuur 6: Procentuele verdeling steekproef afwerkingsstatus accreditatie

Figuur 7: Procentuele verdeling steekproef jaar behalen accreditatie

Figuur 8: Samenstelling directe kost accreditatie

Figuur 9: Samenstelling directe kost accreditatie volgens grootte ziekenhuis

Figuur 10: Samenstelling directe kost accreditatie volgens grootte ZH/erkend bed

Figuur 11: Samenstelling directe kost accreditatie JCI <> NIAZ

Figuur 12: Samenstelling directe kost accreditatie JCI-NIAZ per erkend bed

Figuur 13: Samenstelling investeringskost volgens type

Figuur 14: Samenstelling investeringskost volgens grootte ziekenhuis

Figuur 15: Samenstelling investeringskost volgens grootte ZH/erkend bed

Figuur 16: Samenstelling investeringskost JCI <> NIAZ

Figuur 17: Samenstelling investeringskost JCI <> NIAZ/erkend bed

Figuur 18: Samenstelling personeelskost volgens grootte ziekenhuis

Figuur 19: Samenstelling personeelskost volgens grootte ziekenhuis

Figuur 20: Samenstelling personeelskost JCI<>NIAZ

Figuur 21: Samenstelling indirecte personeelskost volgens grootte ziekenhuis

Figuur 22: Samenstelling indirecte personeelskost JCI<>NIAZ

Figuur 23: Samenstelling indirecte personeelskost JCI<>NIAZ/erkend bed

Figuur 24: Samenstelling totale kost accreditatie

Figuur 25: Samenstelling totale kost volgens grootte ziekenhuis

Figuur 26: Kostprijs per grootte ziekenhuis per erkend bed

Figuur 27: Samenstelling totale kost JCI-NIAZ

Figuur 28: Samenstelling totale kost/erkend bed JCI-NIAZ