

Verzekeringswereld

PB-PP
België - Belgique
Antwerpen X
BC 5647

Bijstand

Reizigers stellen meer
en andere vragen

Ook voor het vertrek

Verzekeringswereld - 78000 - Vlaamse Mediagereguleerder voor de Media - 2011 - 1e jaargang - p. 309265

Gezondheidszorg

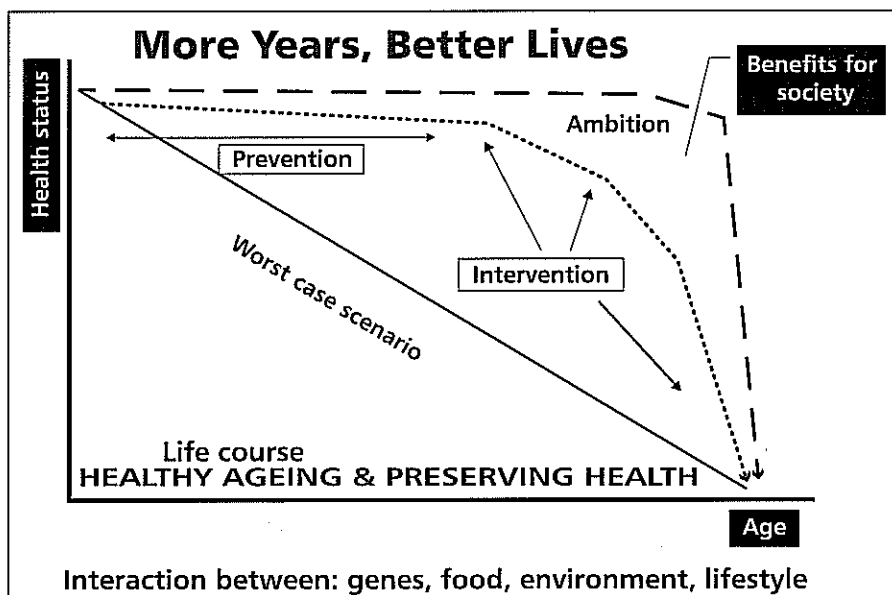
Kwalitatief, toegankelijk, duurzaam en efficiënt?

Er wordt vaak gezegd dat België één van de beste gezondheidszorgsystemen ter wereld heeft. Maar ook Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, maakt daar kanttekeningen bij.

De tevredenheid in België is hoog, maar deze subjectieve beleving betekent nog niet dat de performantie van het systeem optimaal is. Een performante gezondheidszorg is niet alleen kwalitatief, maar ook toegankelijk, duurzaam en efficiënt. De Koning Boudewijnstichting toonde onlangs een aantal sociale ongelijkheden aan. Zo leven laaggeschoolden (zonder diploma) gemiddeld minder gezond dan hooggeschoolden (met hoger diploma) en stellen zij vaker doktersbezoeken uit (23% van de laaggeschoolden, 8% van de hooggeschoolden). In de geestelijke gezondheidszorg loopt dit zelfs op tot 32%. Er is zelfs een verschil in levensverwachting van vijf jaar tussen beide groepen, regionaal kan dit tot tien jaar oplopen.

We overlopen daarom de belangrijkste uitdagingen voor het RIZIV en beginnen met: langer leven in goede gezondheid. Dat is eigenlijk een Europees objectief en wordt door Jo De Cock vertaald als 'actief en gezond ouder worden'. We moeten niet zozeer het leven rekken, we moeten onze gezondheid rekken. Het schema 'more years, better lives' toont meteen dat we daarvoor meer moeten investeren in preventie zodat gezondheidszorgen langer uitgesteld kunnen worden.

“In België hangt een belangrijk deel van de middelen nog steeds af van het aantal verrichte prestaties, met te veel prestaties als gevolg”



Preventiecampagnes (zoals vaccinatieprogramma's) en gezondheidsbevorderende acties (bijv. hulp bij rookverslaving) blijken de overheid ook stukken minder te kosten dan gezondheidsbeschermende maatregelen (zoals het verwijderen van asbest uit gebouwen of het bestrijden van legionella bacteriën in de waterleidingssystemen).

Maar we moeten ons ook afvragen of preventie:

- een gunstig effect heeft op volksgezondheid;
- kosteneffectief is, en dus leidt tot een vermindering van de uitgaven;
- ongelijkheden inzake gezondheid terugdringt.

Hoe kunnen we een doeltreffende preventiecampagne opzetten tegen zwaarlijvigheid? Onderzoek heeft uitgewezen dat mediacampagnes, advertenties, schoolcampagnes etc. wel een beetje

helpen, maar niet zoveel als fiscale maatregelen, food labeling en vooral advies van dokters en diëtisten. Maar die twee laatste methodes zijn dan ook weer de duurste, niet alleen voor de overheid, maar ook voor de persoon zelf. En daar knelt het schoentje. Het zijn doorgaans mensen met een lager studieniveau uit de lagere inkomensklasse die het meest lijden aan overgewicht. Het zijn ook die mensen die (medische) kosten uitstellen.

De informatie moet bovendien doelmatig zijn. Of zoals professor Neil McLaughlin het zegt: 'Stop blaming the patient'. "Het publiek wordt om de oren geslagen met tegenstrijdige studies over wat goed of slecht is voor de gezondheid. Wil je een paar kilo's afvallen? Een recente studie suggereert dat een licht overgewicht je leven kan verlengen. Vertelde jou dokter dat je de 'slechte' cholesterol moet verlagen? Een nieuw en ontgoochelend onderzoek over cholesterolverlagers doet een aantal onderzoekers vermoeden dat we verkeerd bezig

zijn (terwijl we hieraan al miljarden hebben besteed). Sommige dokters vertellen dat alcohol slecht is; nu wordt gezegd dat 1 à 2 glazen per dag gezond zijn. Dermatologen waarschuwen voor te veel zon. Ondertussen zijn er studies opgedoken die vitamine D insufficiëntie aantonen door te weinig zonlicht. De patiënt weet het ook niet meer, er is teveel tegenstrijdige informatie.

Anderzijds zou het wegwerken van frisdrankautomaten op school een interessante gezondheidsbevorderende maatregel zijn die niet veel hoeft te kosten. Maar die stap wordt niet gezet terwijl we weten dat 1 op 8 kinderen te dik is en dat dit vooral komt door frisdranken. Is dit een gebrek aan politieke moed om op te boksen tegen de machtige multinationals die investeren in dit land? In Frankrijk zijn de frisdrankautomaten wel verboden en worden compensaties betaald aan scholen om de alternatieve 'Coca-Cola-schoolfinanciering' te neutraliseren.

Denktank Itinera vermeldt nog een ander Belgisch probleem. Preventie is een bevoegdheid van de regio's, maar ook de federale minister doet graag aan preventie. Voor het vaccin tegen baarmoederhalskanker werden op verschillende bestuurniveaus werkgroepen opgericht die de vraag bestudeerden over de vergoeding van het vaccin. Die bureaus werken bovendien onafhankelijk van elkaar. Met als gevolg: verwarring, dubbel werk en ondoelmatigheid. Maar ook onverschilligheid. Itinera stelde immers vast dat in Wallonië de helft minder preventieve acties lopen voor lichaamsbeweging en gezonde voeding. Wellicht gaan zij ervan uit dat op federaal niveau het nodige zal gebeuren. Het zoveelste voorbeeld dat aantoont dat een juiste verdeling en duidelijke afbakening van bevoegdheden dringend aan de orde is.

ANTICIPEREN

Het RIZIV verwacht tegen 2030 ongeveer 30% meer diabetici en 56% meer dementen. We moeten dus een performant zorgsysteem uitbouwen dat de bijkomende zorgvragen van chronisch zieken kan opvangen, en dit met een

krapper wordend personeelsbestand. De Cock, verwijst naar Prof. Chris Ham (Health Policy and Management van de Universiteit van Birmingham). Volgens hem moet de zorg vooral focussen op preventie (opnieuw) en minder op behandeling. Leg het accent op volksgezondheid, niet alleen op de noden van de individuele patiënt. In geval van behandeling moet zoveel mogelijk zelfbehandeling mogelijk zijn, met goede instructies en support van de geneeskundige staf en de familie. De eerstelijnszorg moet zoveel mogelijk taken opnemen, de specialisten moeten er pas in laatste instantie bijgehaald worden.

Natuurlijk mag je de Britse staatsziekenhuizen en dokters in overheidsopdracht, niet vergelijken met onze privéziekenhuizen en vrije beroepers. Het zal dus in België wat moeilijker zijn om dit te introduceren dan in Groot-Brittannië. De Britse staatsdokters handelen trouwens ook heel anders als ze 's avonds aan het werk zijn als privé-arts (hun bijverdienste). De medische dienstverleners moeten ook meer gaan samenwerken (geïntegreerde zorg) in plaats van elkaar onderling te beconcurreren, wat een beetje eigen is aan het zelfstandig statuut van de Belgische dokters. Zorgverleners moeten meer evolueren van solisten naar orkestleden om zware meerkosten voor de sociale zekerheid te vermijden.

Ook e-health of telegeneeskunde kan leiden tot een verhoging van kwaliteit en efficiëntie. Volgens internationale studies kan het aantal ziekenhuisopnames van bepaalde chronisch zieken tussen 30 en 50% verminderd worden. Ook administratieve kosten worden daarmee

teruggedrongen. De ziekte-toestand van een patiënt, zijn gedrag en symptomen kunnen zo van op afstand opgevolgd worden. In de Baltische en Scandinavische landen werden reeds uitgebreide e-health systemen opgezet. Ook de Kliniek Sint-Jan in Brussel experimenteert er mee. In het 'Belgian Heart Failure'-project worden gewicht en bloeddruk van chronische hartpatiënten opgeslagen in een database die een analyse maakt van het risicoprofiel. Maar tal van projecten worden stilgelegd wegens gebrek aan terugbetaling door het RIZIV voor de patiënt en door het gebrek aan financiering voor de ziekenhuizen. Ondertussen mengt ook Agoria zich in het debat. De federatie van de technologische industrie dringt aan op de introductie van telegeneeskunde in het debetalersstelsel. Volgens de Europese Commissie bedraagt het marktpotentieel van telegeneeskundendiensten in Europa 2 miljard euro. Nu wordt er ongeveer 128 miljoen euro aan besteed.

WAR ON TALENT

Door de vergrijzing wordt mankracht één van de belangrijkste uitdagingen. In alle sectoren zal er een tekort zijn aan arbeidskrachten, maar vooral in de zorgsector zal de workload enorm toenemen. Tussen 2007 en 2040 zullen er al 29% meer raadplegingen zijn bij een dalend aantal artsen. Het aantal zorgbehoevenden zal bij gelijkblijvende afhankelijkheidsgraad verdubbelen. Hier moet dus een stuk efficiënter gewerkt worden. E-health kan daarbij een welkome hulp zijn, maar er zal ook een herverdeling moeten komen van de taken. Andere zorgverleners zullen een deel van de routinetaken van de artsen moeten overnemen.

Raming raadpleging/bezoeken artsen en specialisten (in miljoen)

	2007	2020	2030	2040
< 65 jaar	44 279	47 024	46 759	46 271
65-79 jaar	14 966	17 854	21 898	22 763
> 79 jaar	8 359	11 017	13 368	17 911
Totaal	67 605	75 895	82 025	86 945
Groei		12%	21%	29%

Bron: planbureau

Manpower: een praktische simulatie (bij ongewijzigd beleid)



Er wordt bij het RIZIV dan ook ernstig nagedacht over de uitbouw van een adequate monitoring van de personeelsbehoeften (projectie van de aantallen). Verder ook aan de ontwikkeling van de 'skill-mix'. Hoe gaan we openstaande vacatures opvullen? Of de taakomschrijvingen anders invullen? Eventueel taken uitbesteden? Quid met migratie? Hoe gaan we de arbeidsvoorwaarden van gezondheidsberoepen attractiever maken? Het grote probleem in de ouderlingenzorg is immers dat er weinig kan geautomatiseerd worden, je hebt nu eenmaal mankracht nodig. De productiviteit zal moeten stijgen. E-health zou een deel van de oplossing kunnen zijn.

EVENWICHT

Hoe gaan we het evenwicht bewaren tussen betaalbaarheid, kwalitatieve dienstverlening, toegankelijkheid en innovatie? Is gezondheidszorg de kip met de gouden eieren of een koekoeksjong? Jo De Cock noemt het een koekoek, een echte slokkop. Zeker als gekeken wordt naar de evolutie van het relatieve gewicht van de gezondheidszorg binnen de sociale zekerheid:

“Niet alleen dokters en ziekenhuizen moeten geresponsabiliseerd worden. Ook aan de patiënten moet uitgelegd worden dat ze hun verantwoordelijkheid moeten nemen zodat de gezondheidszorg betaalbaar kan blijven.”

1995: 29% (9,935 miljard euro)
2010: 34% (24,249 miljard euro)

“Maar we kunnen de redenering ook omdraaien en de gezondheidszorg ook zien als een kip met gouden eieren,” voegt hij eraan toe. De gezondheidszorg creëert meerwaarde (in 1980: 5,1% van het bbp, in 2000: 8,5% van het bbp.) door het herstel van de productiviteit van mensen, de verbetering van de kwaliteit van het leven en de solidariteit. De gezondheidszorg creëert ook werk (tewerkstelling tussen 2000 en 2007 gestegen met 15,6%) en zorgt voor innovatie en investeringen.

Allemaal goed en wel, maar persoonlijk ben ik meer voor het koekoeksbeeld. De gezondheidssector (non-profit) mag je zeker niet als een economische meerwaardecreator bekijken. De sector eist ook steeds meer mankracht op, die vooral nodig is in andere (profit-)sectoren. Die andere sectoren, de industriële sectoren, zijn de echte meerwaardecreators en die zitten ook met een structureel krappe positie. Zelfs in het rampenjaar 2009 stonden meer vacatures open dan in het economische topjaar 2000.

Een dienstensector kan ook maar overleven op een brede basis van industriële sectoren. Geen industrie, geen diensten! De stijging van het aandeel gezondheidszorg in het bbp is voor het overgrote deel een kost (voor overheid en patiënten) die geen tastbare tegenwaarde (goederen) oplevert. Via de sociale bijdragen verhoogt de gezondheidszorg ook de loonkost voor bedrijven. Het een kip met de gouden eieren noemen, vind ik dan ook een beetje gevaarlijk. Het is eerder een koekoeksjong dat de andere jongen verdringt (naar het buitenland wegens personeelskrapte en loonkost).

GROEINORM

Reële groei van jaarlijkse ZIV-uitgaven gezondheidszorg:

	1990-1999	2000-2009	1990-2009
Acute zorg	3,39	3,97	3,65
Langdurige zorg (chronisch)	11,03	5,85	8,09
Globaal	4,10	4,23	4,12

Bron: RIZIV

Jaarlijkse uitgaven van de gezinnen inzake gezondheidszorg (persoonlijke uitgaven verminderd met de rechtstreekse terugbetalingen vanwege ziekenfondsen)

	Brussel	Vlaanderen	Wallonië	België
2000	937	776	838	814
2008	1.192	945	1.012	993
groei	27%	22%	21%	22%

Bron: Statbel 2010 – Huishoudbudget

Gezondheidsuitgaven worden beïnvloed door een samenspel van factoren. De mechanismen verschillen tussen acute zorg en langdurige zorg (bv. technologie versus mankracht). Vergrijzing op zich, in de zin van verandering van leeftijdssamenstelling, heeft eerder een beperkte impact, aldus Jo De Cock. Maar waarom stijgen die uitgaven zo sterk? Volgens Jo De Cock zijn er vier redenen, die allemaal ongeveer evenwaardig bijdragen tot de stijging: demografie 1%, technologie 1%, beleid 1% en de wet van Baumol 1% (zie kader). De Belgische regering besliste dat de gezondheid-

WET VAN BAUMOL

“Om diverse redenen vertonen de relatieve kosten van quartaire diensten een opwaartse tendens”, zo zegt William Baumol. Ten eerste is de toename van de arbeidsproductiviteit bij veel arbeidsintensieve diensten aanmerkelijk geringer dan bij het productieproces van agrarische en industriële goederen die zich lenen tot mechanisering en dat van diensten die zich lenen tot automatisering. Het gaat dan bijvoorbeeld om leerkrachten, verplegend en verzorgend personeel, uitvoerende kunstenaars... Ten tweede leidt de stijging van de arbeidsproductiviteit in de marktsector tot reële loonsverhogingen. Toch moeten de lonen in de quartaire sector op langere termijn min of meer in de pas lopen met de lonen in andere bedrijfssectoren. Hier speelt niet alleen een

vraagstuk van rechtvaardigheid, maar ook een probleem van personeelswerving. Als de lonen in de quartaire sector te laag worden, zal het op den duur moeilijk worden om bekwaam personeel aan te werven en vast te houden. Door deze loonontwikkeling, die slechts ten dele wordt gecompenseerd door een stijging van de productiviteit, heeft de relatieve kostprijs van quartaire diensten de neiging om toe te nemen. Omdat veel overheidsdiensten relatief arbeidsintensief zijn, groeit de productiviteit voor de quartaire sector minder snel dan in de primaire en secundaire sector. Een gevolg is dat het aandeel van de overheidsbestedingen in een land een steeds groter deel gaat uitmaken van het BNP.

Bron: Wikipedia

zorg een groeinorm van 4,5% bovenop inflatie mocht aanhouden. Jo De Cock stelt vast dat de gezondheidszorg in heel Europa tussen 1997 en 2007 ook met 4,1%/jaar is gestegen. Dit verlagen naar 2,5 à 3% lijkt

voor Jo De Cock onmogelijk zonder de kwaliteit sterk te verlagen. Ondertussen publiceert het Itinera instituut echter een studie die meent dat de 4,5% groeinorm niet langer houdbaar is en moet teruggebracht wor-

den naar ongeveer 2,8% door te streven naar meer doelmatigheid. D.w.z. dat elke euro verantwoord moet worden aan de hand van de opgeleverde gezondheidswinst. Het sleutelwoord voor Itinera is dus niet zozeer ‘besparen’, maar het ‘doelmatiger’ gebruiken van financiële middelen. Er moet minder geld uitgegeven worden aan zaken die weinig of geen gezondheidswinst opleveren. Uiteindelijk zijn beiden het erover eens dat er meer efficiëntie en minder verspilling moet komen, meer en betere samenwerking, minder concurrentie tussen dienstverleners en meer preventie. Alleen zijn het RIZIV en Itinera het niet eens over de besparing die dit gaat opleveren.

Vandaag wordt kwaliteit immers niet beloond, aldus Itinera. Integendeel, wanneer chirurgen veel en te snel opereren worden zij en het ziekenhuis daarvoor beloond. Bij herval en complicaties zorgt dit voor de artsen en de ziekenhuizen voor extra inkomsten. Vaak wordt de patiënt bij complicaties ingeschaald in een zwaardere categorie die nog extra opbrengt. Hoe kunnen we nu die doelmatigheid verhogen? Een studie van de Wereldgezondheidsorganisatie ‘More health for the money’ (WHO health report 2010) geeft enkele voorbeelden van gebreken die aangepakt kunnen/moeten worden:

- de overdreven hoge prijzen voor medicijnen, en het ondermaats gebruik van generische geneesmiddelen;
- het ongepast en ondoelmatig gebruik van medicatie, alsook het gebruik van substandaard- en namaakmedicijnen;
- het overmatig gebruik van apparatuur, onderzoeken en procedures;
- ongemotiveerde werknemers, ongepaste en dure ‘staff mix’;
- onaangepaste hospitaalopnames en verblijfsduur;
- te laag gebruik van de infrastructuur, ongepaste hospitaalgrootte;
- medische fouten en minder optimale kwaliteit;
- verspilling, corruptie, fraude...



“We moeten niet zozeer het leven rekken, we moeten onze gezondheid rekken”

- forfaitaire bedragen farmaceutische specialiteiten;
- financiering dagziekenhuis;
- RIZIV conventies;
- afhoudingen op de honoraria van artsen;
- bijdragen van patiënten.

Jo De Cock erkent dat dit kluwen inefficiënt en onhoudbaar geworden is. Het KCE (federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg) heeft inmiddels een studie klaar voor de invoering van een 'all-in' pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen. In de meeste buurlanden ontvangen ziekenhuizen voornamelijk een globale financiering op basis van de pathologie van de patiënten, een systeem op basis van het aantal en de aard van de behandelde aandoeningen, ook wel de 'case-mix' van het ziekenhuis genoemd. Complicaties en herval leiden op die manier niet meer tot een hogere kost voor de overheid en de burger, alleen voor het ziekenhuis en de dokters.

DOKTERS EN ZIEKENHUIZEN

De financiering van de huisartsen is het laatste decennium al veranderd. Er wordt al meer forfaitair vergoed bv. ten gevolge van het 'globaal medisch dossier' dat meer en meer ingang vindt.

De financiering van de huisartsen is het laatste decennium al veranderd. Er wordt al meer forfaitair vergoed bv. ten gevolge van het 'globaal medisch dossier' dat meer en meer ingang vindt.

	fee for service		forfaitaire honoraria	
	in mio euro	in %	in mio euro	in %
2000	650,00	97,4%	17,20	2,6%
2010	1032,80	79,9%	259,90	20,1%

Bron: RIZIV

Maar de financiering van de ziekenhuizen is nog zeer complex en weinig transparant. De middelen voor de ziekenhuisfinanciering komen van diverse bronnen:

- budget financiële middelen (BFM);
- forfaitaire bedragen klinische biologie/RX;

In België hangt een belangrijk deel van de middelen nog steeds af van het aantal verrichte prestaties, met overservicing (het teveel aan prestaties) als gevolg. De rest van de middelen wordt berekend op basis van regels die constant evolueren, en die soms wel en soms niet, verbonden zijn aan de behandelde pathologie. Sinds 1 juli 2002 werd de case-mix van elk ziekenhuis vermenigvuldigd met de gemiddelde verblijfsduur op nationaal niveau per groep van aandoeningen om op die manier het aantal verantwoorde ligdagen te bepalen. Wanneer een ziekenhuis zijn toegewezen aantal verantwoorde dagen overschrijdt, worden de kosten slechts gedeeltelijk terugbetaald. De uitgespaarde gelden worden daarna opnieuw verdeeld onder de hospitalen



“Door de vergrijzing wordt mankracht één van de belangrijkste uitdagingen. In alle sectoren zal er een tekort zijn aan arbeidskrachten, maar vooral in de zorgsector zal de workload enorm toenemen”

die onder het toegewezen aantal dagen bleven. Het systeem is echter nog te fragmentair ingevoerd en is onvoldoende transparant om de efficiëntie zichtbaar te maken. Bovendien werd daarmee de overservicing nog niet aangepakt, alleen de verblijfsduur.

Maar ook dit all-in financieringssysteem, hoewel nog niet in voege, is al onderhevig aan machtsspelletjes. Alles financieren uit BFM (en zelfs gedeeltelijk) terugschroeven van het aandeel uit honoraria komt neer op het terugschroeven of uitschakelen van de macht van de Medische Raad in de ziekenhuizen. Volgens de ziekenhuiswet moeten de ziekenhuisbeheerders met de Medische raad overeenkomen over de verdeling van de inkomsten van de medische honoraria. Alle macht toekennen aan de ziekenhuisbeheerders betekent dat de honoraria onder druk kunnen komen te staan. Anderzijds zullen ziekenhuizen en departementen die nu overmatig veel diensten leveren, waarvoor de huidige vergoeding veel hoger is dan de reële kost, als gevolg van deze aanpassing inkomsten verliezen, en dus financiële problemen kunnen krijgen. Om al te grote budgetverschuivingen te vermijden vragen de ziekenhuisbeheerders om het systeem zeer geleidelijk in te voeren. Al bij al lijkt de studie positief te staan tegenover een dergelijke financiering, maar er dienen nog veel extra gegevens verzameld en gecontroleerd te worden vooraleer we tot definitieve case-mix cij-

fers komen per ziekenhuis en de dito vergoedingen.

NIEUWE TECHNOLOGIEËN

Ook het financieren van nieuwe technologieën is ‘management of the uncertainty’. Beslissen over belangrijke investeringen zal omwille van de onduidelijkheid over de toekomstige financieringsvorm ook belangrijke onzekerheden inhouden voor de ziekenhuizen zelf. Zal de technologie effectief en doelmatig genoeg zijn? Welke impact zal ze hebben op de kwaliteit in de dagdagelijkse praktijk? Zal het investeren in technologie perverse neveneffecten hebben? Als er een nieuw model van financiering komt, wordt dat een vergoeding onder voorwaarden, prijs per prestatie met dit toestel, of gericht op resultaten (no cure, no pay)? De financiële context bepaalt immers in grote mate of de investeerders financieel voordeel halen uit initiatieven voor kwaliteitsverbetering. Wie wordt beloond? De kosten zijn voor de ziekenhuizen, de voordelen zijn vaak gespreid over de tijd en over diverse stakeholders.

STAKEHOLDERS

Niet alleen dokters en ziekenhuizen moeten geresponsabiliseerd worden. Ook aan de patiënten moet uitgelegd worden dat ze hun verantwoordelijkheid moeten nemen zodat de gezondheidszorg betaalbaar kan blijven. Medisch shoppen moet men afraden. Het zelf vragen naar

generische geneesmiddelen kan een incentive zijn voor de patiënt. Maar vooral gezonder leven, meer bewegen en een gezonde voeding is iets wat tot de verantwoordelijkheid van de eindgebruiker van de medische diensten kan gerekend worden. “De ziekenfondsen moeten meer gezondheidsfondsen worden”, aldus Jo De Cock. Zij dienen meer te worden ingezet in het preventiebeleid. Responsabilisering zou ook hier kunnen spelen. Hoe meer gezonde leden een fonds telt, hoe beter ze verlonnd worden. Sommige mutualiteiten spelen hier al op in door de gedeeltelijke terugbetaling van het lidmaatschap van een sportclub, of de volledige terugbetaling van doktersbezoeken voor kinderen. Dit wordt vooral gedaan om de gezondheid van lager geschoolden beter op te kunnen volgen.

Filip Declercq

Bronnen:

Lezing Jo De Cock KU Leuven 17 februari 2011

Studie Itinera Institute (Prof. Lieven Annemans - UG en VUB) “Dringende ingrepen nodig in ons gezondheidssysteem” – 09 februari 2011

KCE – Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: “Haalbaarheidsstudie voor de “all-in” pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen” KCE reports 121A/2010