



MINISTER MAGGIE DE BLOCK BEGINT AAN DE **HERVORMING VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP**

Het ideale ziekenhuis

De modernisering van het ziekenhuislandschap is een van de grote werven van minister van Volksgezondheid Maggie De Block. Netwerken zijn daarin een belangrijke eerste stap.

Roeland Byl, illustratie Mellon

Minister De Block (Open Vld) heeft een wetsvoorstel klaar over de hervorming van het ziekenhuislandschap. De teksten moeten wel nog in de regering worden besproken. Voor de minister zijn ziekenhuisnetwerken geen doel op zich, maar wel een “belangrijke hefboom om ziekenhuizen met elkaar te laten overleggen over het aanbod, in plaats van elkaar te beconcurreren.” Toch zijn de 25 ziekenhuisnetwerken slechts een eerste stap van de noodzakelijke hertekening van het ziekenhuislandschap en de financiering ervan. Maar hoe zou het ideale ziekenhuis er eigenlijk moeten uitzien?

1 KLEINER EN GESPECIALISEERD

Het ziekenhuis van de toekomst heeft minder bedden en is gespeciali-

seerd. De oude strategie om ziekenhuizen te financieren op basis van het aantal bedden heeft geen toekomst meer. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) concludeerde in juni uit een studie dat er 7000 bedden te veel zijn in onze ziekenhuizen. Een Nederlands rapport stelt dat 40 procent van de ziekenhuisopnames

25

ZIEKENHUISNETWERKEN
wil minister Maggie De Block vormen.

zal verschuiven naar de thuiszorg.

“Het aanbod moet beter de behoefte volgen”, stelt Carine Vande Voorde, docent aan het centrum voor ziekenhuiswetenschappen (KU Leuven) en onderzoeker bij het KCE. “Brussel kampt met een plaatsgebrek in de materniteiten, terwijl in de rest van het land verscheidene materniteiten een bezettingsgraad van nauwelijks 50 procent halen. Toch moeten daar ook permanent vroedvrouwen en een gynaecoloog aanwezig zijn.”

“De ziekenhuisnetwerken zijn een stap in het rationaliseren van het beddenaantal”, meent Vande Voorde. In die netwerken waar de minister naar streeft, kunnen ziekenhuizen in eenzelfde regio de taken verdelen. Want de tijd dat elk ziekenhuis alles kon aanbieden, is voorbij. Dat leidt alleen maar tot verspilling van middelen en vooral tot een minder goede kwaliteit in sommige ➤

“De tijd dat elk ziekenhuis alles kon aanbieden, is voorbij”

CARINE VANDE VOORDE, CENTRUM VOOR ZIEKENHUISWETENSCHAPPEN



➤ ziekenhuizen.

Dat vindt ook de specialist huisartsengeneeskunde Jan de Maeseneer (UGent): “Neem bijvoorbeeld aangeboren darmafwijkingen. Dat is een zeldzame aandoening, goed voor 110 ingrepen per jaar. In Nederland is er één ziekenhuis waar zulke ingrepen gebeuren, terwijl in ons land een chirurg die dat de jongste vijftien jaar niet meer heeft gedaan, zo’n ingreep mag uitvoeren. Misschien moeten we voor zulke zaken gewoon samenwerken met Rotterdam? Maar goed, het beweegt nu in de goede richting. Zo wordt het aantal ziekenhuizen dat complexe slokdarmoperaties mag uitvoeren, ingeperkt.”

2 FINANCIËEL GEZOND

Besparingen zijn volgens De Block niet de motivatie voor de modernisering van het ziekenhuislandschap, maar het spreekt voor zich dat verspilling wegwerken ook een vorm van besparen is. Dat niet elk ziekenhuis alle disciplines aanbiedt en dus ook niet altijd dure investeringen in bijvoorbeeld scanners hoeft terug te verdienen via overgebruik, biedt zeker perspectieven.

“Je moet vertrekken van de zorgbehoeften en van daaruit bepalen waar er verspilling is. Niet omgekeerd”, waarschuwt de gezondheidseconoom Lieven Annemans. “Ik ben er trouwens sterk voorstander van dat besparingspotentieel opnieuw te investeren in de

gezondheidszorg. Zo vermijden we dat de besparingslogica de enige logica zou worden.”

Dat de schaalvergroting in de ziekenhuiswereld gepaard gaat met een inkrumping van het aantal bedden, betekent overigens niet meteen een besparing in personeel, zeggen experts. Patiënten met ernstige medische problemen, voor wie een dagopname en thuiszorg niet volstaan, hebben doorgaans ook intensievere zorg nodig.

De ziekenhuisnetwerken zijn geen fusies, maar regionale samenwerkingsverbanden met een koepelorganisatie die de geldstromen mee zal sturen. Hoe ziekenhuizen die geldstromen in zo’n netwerk laten verlopen, mogen ze van de minister zelf bepalen. Of dat een tussenschap is naar echte fusies zal over een aantal jaar wel blijken.

Sommige ziekenhuizen zullen zeker

40

PROCENT

van de ziekenhuisopnames zal verschuiven naar de thuiszorg, stelt een Nederlands rapport.



inkomstenverlies lijden wanneer ze in een netwerk terecht komen. Zo zal niet elk ziekenhuis zijn spoedafdeling kunnen behouden. Dat heeft een grote impact omdat die afdeling een belangrijke toegangspoort is waarlangs patiënten in het ziekenhuis terecht komen. Neem de spoedafdeling weg en in sommige ziekenhuizen verlaagt de bezettingsgraad met de helft. Als die patiënten verhuizen in het netwerk, spreekt het voor zich dat er middelen verschuiven en dat er compensatie nodig is. “Hoe ziekenhuizen in een netwerk inkomsten zullen verdelen, ligt niet vast”, stelt Marc Geboers, directeur algemene ziekenhuizen bij Zorgnet-Icuro, vast. “Het wetgevende kader laat veel ruimte, maar het finale doel lijkt wel duidelijk. Geleidelijk evolueren we naar een budget op het niveau van het netwerk. Het is zeker dat we door een moeilijke periode moeten, met discussie over hoe de middelen worden verdeeld.”

Annemans vindt de evolutie niet slecht: “Ik heb liever een kleinere maar financieel gezonde ziekenhuissector. Nu zitten te veel ziekenhuizen in een ratrace om toch maar zo veel mogelijk opnames in stand te houden tegen een marge die zo goed als nul is. Minder inkomsten en in een betere financiële gezondheid, vind ik dan toch beter.”

3 FORFAITAIR VERGOED

Een modernisering van het ziekenhuislandschap is niet los te zien van een herijking van de nomenclatuur. Dat is de lijst waarin beschreven staat welke prestaties van artsen worden terugbetaald. De meeste ziekenhuizen zijn voor hun financiële gezondheid voor ongeveer de helft afhankelijk zijn van de afdrachten op de artsenhonoraria. Per specialisatie wisselt het percentage dat artsen doorsluizen aan het ziekenhuis waar ze werken, maar overal moeten ze de basisfinanciering van het ziekenhuis aanvullen.

Nagenoeg alle experts zijn het erover eens dat die situatie ertoe heeft geleid dat te veel prestaties worden aangerekend. “Het is toch godgeklagd dat een academisch cardiologisch centrum zichzelf financiert door systematisch een overbodig electrocardiogram te ne- ➤



“Te veel ziekenhuizen zitten in een ratrace om toch maar zo veel mogelijk opnames in stand te houden tegen een marge die zo goed als nul is”

LIEVEN ANNEMANS, GEZONDHEIDSECONOOM



DE VOLVO S90. WHEN SAFETY MEETS LUXURY.

De Volvo S90 is het resultaat van doordacht Scandinavisch design. Zijn uitgepuurde lijnen. Zijn strak lederen interieur en intuïtieve technologie, alles ademt luxe en comfort. En Volvo zou Volvo niet zijn, moest die luxe niet gepaard gaan met veiligheid. Zo is de S90 standaard uitgerust met pilot assist, een technologie die u helpt om tussen de zijmarkeringen van de rijbaan te blijven rijden en een vooraf geselecteerd tijdsverschil ten opzichte van uw voorligger aan te houden, voor extra rijcomfort en veiligheid.

Kom de Volvo S90 ontdekken, vanaf 37.530€*.

2,0 - 7,3 L/100 KM | 46 - 167 G CO₂/KM (NEDC)

♦ GEEF VOORRANG AAN VEILIGHEID. Milieu-informatie KB 19/03/2004: www.volvocars.be. Afgebeeld model ter illustratie. *Aanbevolen catalogusprijs S90 D3 momentum: € 44.600 incl. btw. Inclusief alle voordelen aangeboden door Volvo Car Belux en zijn deelnemende verdelers. Aanbod geldig voor particulieren t.e.m. 31/12/2017.

“Het artseneroep is geëvolueerd. Er zijn heel wat artsen die gerust in loondienst willen werken”

LIEVEN ANNEMANS,
GEZONDHEIDSECONOM

7

DUIZEND
bedden zijn er te veel
in onze ziekenhuizen,
volgens het KCE.



➤ men?” zucht De Maeseneer. Een alternatief is gebaseerd op een forfait per aandoening. Daar is in de politiek animo voor. Frank Vandenbroucke (sp.a) zette rond de millenniumwissel al voor een tiental vaak voorkomende ingrepen een eerste vorm van forfaitfinanciering op. Voor De Blocks voorganger Laurette Onkelinx (PS) nam het KCE vijf landen onder de loep, waar al een doorgedreven forfaitfinanciering bestaat. En ook in het regeerakkoord en in het plan dat minister De Block voor de ziekenhuisfinanciering uitwerkte, duikt het mechanisme op.

Zo zou er een onderscheid komen tussen hoog-, medium- en laagvariabele zorg. Voor die laatste, de courante planbare ingrepen, komt er een bedrag per opname. De invoering van die classificatie is normaal voor volgend jaar. “In een eerste fase worden de bedragen in de laagvariabele zorg bepaald op basis van de nomenclatuur”, weet Vande Voorde. “Bij gebrek aan gegevens over de kostprijzen van een pathologie, maakt het ziekenhuisbudget voorlopig geen deel uit van het bedrag per opname.”

In een ideale wereld zijn ziekenhuizen niet langer afhankelijk van de afdrachten van de artsen, omdat ze via forfaitfinanciering voldoende middelen ter beschikking hebben. In dat geval

would een bedrag vergelijkbaar met het geheel van artsenafdrachten in de ziekteverzekering moeten verhuizen van de silo voor artsenhonoraria naar het ziekenhuisbudget.

Op verzoek van het artsensyndicaat ASGB werkte ook Lieven Annemans een voorstel uit om de nomenclatuur te hervormen. Dat mocht hij intussen al voorstellen op het kabinet, in de commissie Artsen-Ziekenfondsen en bij het Riziv. In zijn voorstel krijgen artsen een vergoeding die steunt op vier pijlers: een forfait naargelang het specialisme, een vergoeding per akte, een stukje om kosten te dekken en een stukje *fee for quality*. Die laatste opvallende nieuwigheid zou een vergoeding zijn voor het behalen van kwaliteitsindicatoren. “De minister had ook aangegeven dat ziekenhuizen een stuk volgens *pay for quality* zullen worden betaald”, zegt hij. “Ik vond het logisch dat door te trekken naar de artsenhonoraria.”

Het voorstel van Annemans vertrekt van de vaststelling dat een arts ook nu al ongeveer 20 procent van zijn tijd besteedt aan niet-vergoedbare taken. Door dat te berekenen en te combineren met een typische betaling voor uitgevoerde aktes, is een nieuw honorariummodel mogelijk. Het voorstel krijgt veel bijval, behalve bij het artsensyndicaat BVAS.

“Zij hechten veel belang aan het idee van arts als vrij beroep”, zegt Annemans. “Maar het artseneroep is geëvolueerd. Er zijn heel wat artsen die gerust in loondienst willen werken. Bovendien

houdt de huidige nomenclatuur te weinig rekening met intrinsieke waarde van bepaalde handelingen. Daardoor worden technische prestaties beter vergoed. Ziekenhuisdirecties compenseren dat wel door aan sommige disciplines grotere afdrachten te vragen, maar eigenlijk is dat niet transparant. Ik beschouw het dat als koterij op zijn Vlaams, die al veel langer had moeten worden afgebroken. Ook in het belang van artsen.”

Zegt Geboers: “Iedereen kijkt in België naar zijn eigen aandeel. Niet enkel de artsen. En niemand wil achteruit gaan. Bij een herijking van de nomenclatuur waarin niet enkel de technische prestaties herbekeken worden, maar ook de intellectuele akten, botsen we onvermijdelijk op de gebrekkige financiering van de ziekenhuizen. De ideeën van Annemans zijn verfrissend, maar we zijn er absoluut niet klaar voor, juist omdat alles met alles is verbonden. De poging met forfaits in de laagvariabele zorg is een kleine, eerste stap waarbij technische prestaties de bulk van het forfait uitmaken. Finaal moeten we komen tot een gebundelde betaling, die het traject van een patiënt vergoedt en niet de individuele aktes. Er is weinig twijfel over dat daar de toekomst ligt, maar de vraag is hoe snel we dat kunnen waarmaken.”

4 MINDER VRIJE KEUZE

Een van de kenmerken van onze gezondheidszorg is de vrijheid van de pa- ➤





Het helpt
als u ginder
zaken kunt doen
in de taal
van hier.

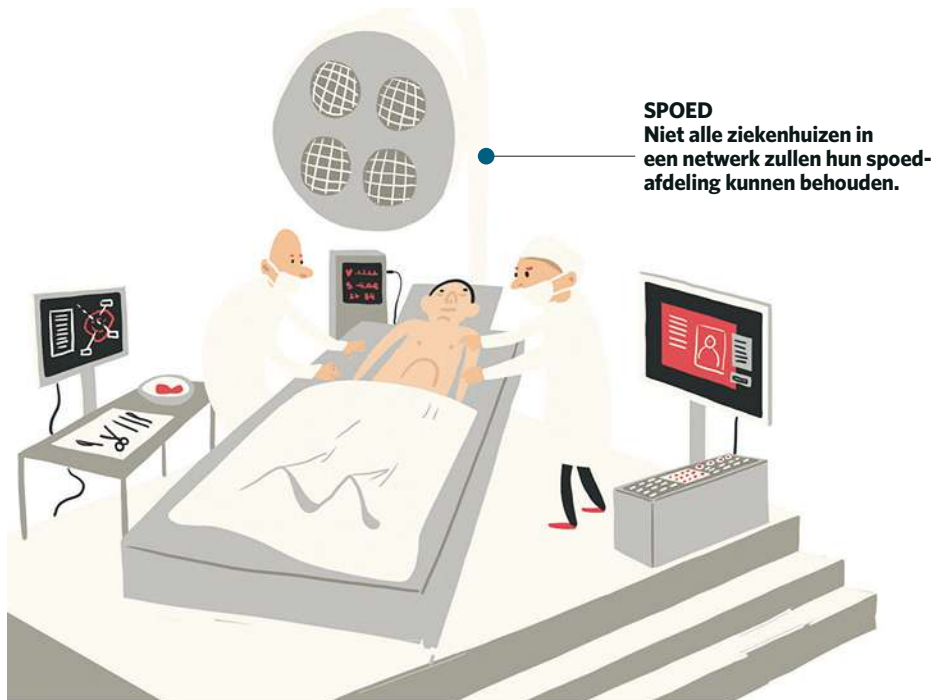
In onze buitenlandse vestigingen wordt u niet alleen geholpen in uw eigen taal. We kennen uw bedrijf van hier. En we denken en reageren overal ter wereld als één bank. Met korte lijnen en even korte beslissingstermijnen. Zodat u sneller kunt schakelen en geen buitenkans laat liggen. Ook in de UK.

Contacteer uw relatiebeheerder voor meer info of kijk op kbc.be/internationaal

KBC. Laat de toekomst maar komen.



Corporate Banking



SPOED
Niet alle ziekenhuizen in een netwerk zullen hun spoedafdeling kunnen behouden.

Het gevaar bestaat dat ziekenhuizen die hun inkomsten zien dalen, zich op het terrein van de eerstelijnszorg gaan begeven.

➤ tiënt om te kiezen waar hij zich laat onderzoeken. Het nadeel is dat de patiënt kan shoppen en zo overconsumptie in de hand werkt. De hervormingsplannen van De Block raken niet aan de keuzevrijheid van de patiënt. Niet alle academici zijn het ermee eens dat de keuzevrijheid een absoluut recht moet zijn.

De vraag hoe we de keuzevrijheid van de patiënt in de 21ste eeuw invullen, overstijgt trouwens het vraagstuk van de financiering van de ziekenhuizen. “Ook in de eerste lijn (huisartsen, kinesisten, apothekers en dergelijke, *nvdr*) wil iedereen kunnen kiezen”, zegt De Maeseneer. “Maar in de praktijk levert dat telkens nieuwe coördinatieoefeningen op tussen mensen die niet altijd gewend zijn samen te werken. Een eerstelijnsnetwerk waarin alle zorgverleners, inclusief apothekers en de sociale dienst van OCMW, met elkaar zijn verbonden, is een betere optie. Het is bewezen dat met vaste teams de kwaliteit toeneemt voor zowel patiënten als de medische staf. Wat mij betreft, zitten we met die vrije keuze van de patiënt in een onhoudbare spreidstand.” Beleidsmatig is het geen prioriteit, en dus zal er niet zo snel verandering komen. Maar misschien is dat ook

niet nodig. Het globaal medisch dossier en de digitalisering kunnen soelaas bieden, stelt Geboers. “Door de uitwisseling van gegevens in e-Gezondheid krijgen zorgverstrekkers sowieso zicht op shopgedrag. Alleen al omdat het beter zichtbaar wordt, zal er vermoedelijk een gedragsverandering kunnen optreden. Misschien zullen patiënten zelf wel begrijpen dat twintig opinies vragen niet beter is dan te vertrouwen op het ziekenhuisnetwerk waarin ze patiënt zijn.”

Voor de patiënten hoeft die keuzevrijheid niet absoluut te blijven. “De vrije keuze is belangrijk, maar doorverwijzen op basis van kwaliteit is belangrijker”, vindt Ilse Weeghman van het Vlaams Patiëntenplatform. “Daarom vinden we het ontstaan van ziekenhuisnetwerken een positieve zaak. Tenminste als dat gebeurt op basis van kwaliteit en niet om economische redenen.”

5 DUIDELIJKE ROLVERDELING

Naast de forfaits op basis van pathologieën zien de meeste experts ook een doorgedreven rolverdeling tussen de eerste en de tweede lijn als een kenmerk van het ideale ziekenhuis van de toekomst. Het gevaar bestaat evenwel

dat ziekenhuizen die hun inkomsten zien dalen, zich op het terrein van de eerstelijnszorg gaan begeven. Een voorbeeld is de thuisbegeleiding van patiënten met schizofrenie. Is dat een taak van de huisarts of krijgt de psychiater in het ziekenhuis daarvoor een vergoeding? Of beiden?

De Vlaamse minister van Welzijn Jo Vandeurzen (CD&V) is bezig met het uitwerken van eerstelijnsnetwerken.

De bevoegdheidsverdeling tussen het federale en het regionale niveau bemoeilijkt de zaken wel.

“De zesde staatshervorming was een poging om homogene bevoegdheidspakketten te creëren, maar dat is helemaal niet gelukt”, verklaart Geboers. Het gevolg is dat er voor bepaalde zaken, zoals het inplannen en erkennen van bedden, verwarring is over wie bevoegd is. “Voor de ziekenhuiswereld is het ingewikkelder dan voorheen. Dat kan beter.” ☉

