

Universitaire Ziekenhuizen in België



Innovatieve
en kwalitatieve zorg
ondersteund door
opleiding en
onderzoek



ruzb · chab

Inhoudsopgave

■ Inleiding	1
■ Doelstelling van de Raad van de Universitaire Ziekenhuizen van België - RUZB	2
■ Het Wettelijk kader voor universitaire ziekenhuizen	4
■ Universitaire ziekenhuizen – rol in de samenleving	5
• Normaal specialistische zorg	6
• Complexe en topreferentie-zorg – investeren in de toekomst	7
• Waarborgen van kwalitatieve zorg in België	8
• Wetenschappelijk onderzoek	8
• Opleiding & vorming	8
• Beleidsondersteuning	9
• Economisch belang	10
■ De financiële specificiteit van universitaire ziekenhuizen	11
• Financiering van de ziekenhuizen in België	12
• Een aanzienlijke meerkost tegenover een beperkte financiering	13
■ De toekomst van universitaire ziekenhuizen in een gezondheidszorg onder druk	15
• Spanningsvelden voor de sector en de essentiële rol van de universitaire ziekenhuizen	16
• Krachtlijnen voor de toekomst	17



Inleiding

Het Europa van de regio's wordt gekenmerkt door een grote diversiteit aan gezondheidssystemen. Deze diversiteit maakt zijn rijkdom maar ook zijn complexiteit uit. Een Europa van de Gezondheidszorg wordt een cruciale uitdaging. Het impliceert naast specifieke keuzes op economisch, juridisch en sociaal vlak tevens keuzes op het gebied van ethiek en kwaliteit. Keuzes die beïnvloed worden door een evolutie naar een "Europa van de burger". Een Europa waarbij het verblijfsrecht - en dus het recht op medische behandeling - een persoonlijk recht wordt binnen het communautaire grondgebied.

Binnen dit Europees perspectief trachten de zeven Belgische universitaire ziekenhuizen hun rol te (her)definiëren. Het wetgevend kader dat in de eerste helft van het decennium gecreëerd werd, heeft een aantal opdrachten vastgelegd waardoor de universitaire ziekenhuizen zich op een centrale plaats in het Belgisch gezondheidssysteem bevinden. De symbiose tussen ziekenhuis en universiteit resulteert in een multidisciplinariteit die borg staat voor een toonaangevende geneeskunde. Hun rol beperkt zich niet tot het aanbieden van klinische zorg van topkwaliteit. De universitaire ziekenhuizen staan tevens in voor de vorming en opleiding van toekomstige generaties zorgverstrekkers. Daarenboven spelen ze een belangrijke rol op het vlak van wetenschappelijk onderzoek en fungeren ze als beleidsondersteuner vanwege hun expertise. Naast deze wettelijke vastgelegde opdrachten mag tenslotte de economische impact van de universitaire ziekenhuizen niet onderschat worden.

De centrale plaats en het uitgebreid opdrachtenpakket van de universitaire ziekenhuizen mogen echter niet de indruk wekken dat universitaire ziekenhuizen superieur zijn aan algemene ziekenhuizen. Een universitair ziekenhuis bestaat met én dankzij algemene ziekenhuizen. Beide hebben een eigen finaliteit. Het belang van universitaire ziekenhuizen komt vooral tot uiting als factor van differentiatie ten overstaan van andere ziekenhuizen. Als factor van opportuniteit ten aanzien van de ganse sector en bijgevolg ten aanzien van het uiteindelijke doel: kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg bieden aan iedere persoon die verblijft op Belgisch grondgebied.

Die Belgische gezondheidszorg staat echter onder druk. Uit vergelijkende studies blijkt dat de gezondheidszorg in België duurder is dan in de andere landen van de OESO. België besteedt jaarlijks 10,1% van zijn BBP aan gezondheidszorg. Dat is meer dan het OESO-gemiddelde van 8,9%. Bovendien stijgen de uitgaven voor gezondheidszorg sneller dan de groei van de economische draagkracht. De conclusie is eenvoudig: wil het systeem betaalbaar en toegankelijk blijven, dan zijn ingrijpende maatregelen noodzakelijk.

Financiële druk hoeft echter niet noodzakelijk te leiden tot lineaire besparingsmaatregelen. Kosten besparen kan ook door op een andere manier te financieren, met name volgens de specificiteit van de verschillende actoren. Want terwijl de universitaire ziekenhuizen zich bewust zijn van de specifieke opdracht die zij in de gezondheidszorg hebben, worden zij in hun functioneren soms gehinderd door een financieringssysteem en een regelgeving die haar eigenheid slechts in beperkte mate erkent. Wettelijke wijzigingen zoals de B7-financiering (voor universitaire ziekenhuizen of diensten) betekenen een stap voorwaarts maar zijn niet van die aard dat ze de beperkingen van de financiering voor universitaire ziekenhuizen uit de wereld helpt. In vergelijking met universitaire ziekenhuizen in het buitenland ontstaat er zelfs een kloof die in een internationale en concurrentiele omgeving (zoals die van de universitaire ziekenhuizen) een gevaar betekent voor de handhaving van de Belgische positie. De beperkte financiering staat tegenover nieuwe en ingewikkelde uitdagingen zoals een toenemende regelgeving, een technologische (r)evolutie, een stijgend verwachtingspatroon, nieuwe medische en ethische vraagstukken, De universitaire ziekenhuizen willen via deze brochure een bijdrage leveren aan het debat over de toekomst van de Belgische gezondheidszorg. Een toekomst waarin een essentiële rol weggelegd is voor instellingen die topzorg aanbieden, voor instellingen die toekomstige zorgverstrekkers opleiden en voor instellingen die zorgen voor baanbrekende ontwikkelingen en evoluties op het vlak van gezondheidszorg.

Doelstelling van de Raad van de Universitaire Ziekenhuizen van België – RUZB

**Voorstellen
en beleid
definiëren ter
bevordering
van de
kwaliteit van UZ'en**

De Raad van de Universitaire Ziekenhuizen van België (RUZB) werd opgericht in 1998 door de zeven Belgische universitaire ziekenhuizen:

CHU de Liège (ULG), Cliniques Universitaires Saint-Luc (UCL), Hôpital Érasme de l'ULB, UZ Antwerpen (UA), UZ Brussel (VUB), UZ Gent (RUG) en UZ Leuven (KUL).

De Raad stelt zich tot doel voorstellen uit te werken en beleid te definiëren ter bevordering van de kwaliteit en de goede werking van de Belgische universitaire ziekenhuizen.

Zo kan de Raad optreden als vertegenwoordiger van de universitaire ziekenhuizen, onderzoek doen naar hun interne werking en de respectievelijke leden informeren, adviseren en bijstaan in hun functioneren. De RUZB staat tevens in voor de verbetering van de coördinatie, de samenwerking en de complementariteit tussen de verschillende universitaire ziekenhuizen en het optimaliseren van de kwaliteit van de zorgverstrekking en de dienstverlening aan de patiënt.

De RUZB heeft tenslotte ook regelmatig overleg met haar zusterorganisaties in Nederland en Frankrijk.



CHU de Liège



UCL Saint-Luc



ULB-Erasme

Cijfers van de Belgische Universitaire Ziekenhuizen		2004
Financiën	Omzet	2.164.190.730 €
	Activa	2.226.613.891 €
Activiteit per jaar	Consultaties	2.736.900
	Hospitalisaties	209.050
	Daghospitalisaties excl. chirurgie	100.461
	Daghospitalisaties chirurgie	38.829
	Ligdagen	1.979.757
	Bevallingen	9.723
	Verantwoorde bedden	7.015
	Wetenschappelijke Publicaties	3.162
Personeel (fte)	Artsen (excl GSO's)	1.904
	Externe consultants	336
	GSO's (Specialist in Opleiding)	1.592
	Verplegend en verzorgend personeel	9.334
	Logistiek assistenten	341
	Paramedisch personeel	2.401
	Administratief personeel	4.218
	Arbeiders	2.584
	Ander personeel	566
	Totaal	23.276



UZ Antwerpen

UZ Brussel

UZ Gent

UZ Leuven

Het Wettelijk kader voor de universitaire ziekenhuizen

Het statuut van de universitaire ziekenhuizen ligt vast in artikel 4 van de wet op de ziekenhuizen (wet van 7 augustus 1987).

Artikel 4 bepaalt dat uitsluitend de ziekenhuizen die voldoen aan een aantal voorwaarden op het gebied van patiëntenzorg, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek,

de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van medische activiteit, worden aangewezen als universitair ziekenhuis.

Deze voorwaarden worden gedefinieerd in het KB van 7 juni 2004. Dit KB bepaalt de erkenningsnormen waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om het label "universitair ziekenhuis" te kunnen bekomen.

8 basisnormen voor erkenning

Er zijn in totaal acht voorwaarden:

- 1 De uitbating van het ziekenhuis kan enkel gebeuren door een universiteit die beschikt over een faculteit geneeskunde die een volledig leerplan aanbiedt. In het bestuursorgaan van het universitair ziekenhuis moeten bovendien vertegenwoordigers van de universiteit zetelen.
- 2 De ziekenhuisartsen kunnen enkel benoemd worden na advies van de faculteit geneeskunde en indien de arts in kwestie aan de vereisten voldoet (bv. betreffende het aantal wetenschappelijke publicaties). Bovendien moet voor het volledige ziekenhuis minimaal 70% van de artsen voltijds werkzaam zijn, minimaal 70% moet het statuut van gesalarieerd werknemer bezitten en minimaal 70% moet exclusief aan het universitair ziekenhuis verbonden zijn.
- 3 Minimaal 70% van de diensthoofden van medische of medisch-technische diensten moeten houder zijn van een academische aanstelling.
- 4 De wetgever stelt verder dat universitaire ziekenhuizen de tarieven moeten respecteren en toepassen die zijn overeengekomen binnen de medico-mutalistische commissie.
- 5 Behalve de gewone specialistische zorg moeten de universitaire ziekenhuizen aan hun patiënten ook topreferente zorg voor de behandeling van specifieke aandoeningen bieden.
- 6 Universitaire ziekenhuizen moeten de klinische vorming van studenten geneeskunde verzekeren. Dit tijdens de eerste, tweede en derde cyclus van de opleiding. Daarnaast staan de universitaire ziekenhuizen in voor de voortgezette opleiding van erkende huisartsen en specialisten.
- 7 Universitaire ziekenhuizen moeten actief zijn op het gebied van klinisch onderzoek en deelnemen aan de ontwikkeling en evaluatie van nieuwe medische technologieën. Daarnaast moeten zij een rol spelen bij de evaluatie van de medische praktijkvoering. De programmatie van zware medisch-technische diensten houdt rekening met deze opdracht.
- 8 Universitaire ziekenhuizen moeten tenslotte verplicht deelnemen aan beleidsondersteunende activiteiten en wetenschappelijke programma's ingericht door de overheid.

Financierings- en bijzondere normen

Naast de algemene voorwaarden van artikel 4 van de ziekenhuiswet, de specifieke normen gedefinieerd in het KB van 7 juni 2004 en de specifieke financieringsvoorwaarden in bijlage 12 van het KB van 25 april 2002, bestaan er ook bijzondere normen die van toepassing zijn op bepaalde universitaire

ziekenhuisdiensten. Deze bijzondere normen zijn omschreven in de bijlagen van het KB van 15 december 1978. Over het algemeen vereisen deze normen van de universitaire diensten een groter aantal vierkante meter en een ruimere personeelsbestaffing per bed.

¹ Met daarin extra voorwaarden waarvan het universitair ziekenhuis jaarlijks moet aantonen dat ze eraan voldoet.

Universitaire ziekenhuizen – rol in de samenleving

“

De combinatie van patiëntenzorg en de verbondenheid met een medische faculteit heeft niet alleen gevolgen voor de aard van de zorgverlening door de academische ziekenhuizen, maar stelt ook specifieke eisen aan de besturing, organisatie, financiering en inrichting.

Het academisch ziekenhuis is er voor de patiënt, velen moeten er beroep op doen. Maar ook voor de arts: de arts is voor zijn opleiding en specialisatie, voor de ontwikkeling van zijn vakgebied en voor advies betreffende zijn patiënten op het academisch ziekenhuis aangewezen. Samen met de medische faculteit van de universiteit vormt het academisch ziekenhuis het centrum voor academische geneeskunde en gezondheidszorg ten behoeve van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek.

Hier vindt de basisopleiding tot arts en een zeer groot deel van de medische vervolgopleidingen, de ontwikkelfunctie en het onderzoek plaats. Nederland heeft een groot economisch belang bij de voortgang van de ontwikkeling van het medisch vakgebied, zowel voor eigen gebruik als voor export van medische technologie. Deskundigheid die bovendien wordt ingezet voor advisering van de overheid, voor onderzoekprogramma's en voorlichting aan het publiek.

Het academisch centrum onderscheidt zich door de veelheid, diversiteit en complexiteit van activiteiten met een navenant complexe organisatie.

”

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Nederland
Positionering Academische Ziekenhuizen*

Normaal - specialistische zorg

Verstrekken van normaal specialistische zorg zoals in een algemeen ziekenhuis

Volledigheid van het zorgaanbod

UZ'en staan in voor een vijfde van de patiëntenzorg

Het verstrekken van medische zorg is een basisopdracht van alle ziekenhuizen. Voor de zeven Belgische universitaire ziekenhuizen bestaat hun eerste opdracht dan ook in het verstrekken van "normaal-specialistische zorg", zoals dat gebeurt in algemene ziekenhuizen.

Kenmerkend voor het zorgniveau van universitaire ziekenhuizen is de volledigheid van het medisch aanbod. Het verstrekken van normaal-specialistische zorg in alle disciplines is trouwens onlosmakelijk verbonden met de opleidingsfunctie van de universitaire ziekenhuizen: een geneeskundige opleiding zonder een volledig aanbod aan klinische zorg is onmogelijk. Door de student met alle aspecten van het ziekenhuis in contact te brengen, trachten de universitaire ziekenhuizen om toekomstige zorgverleners volwaardig voor te bereiden op een functie in de gezondheidszorg. Een functie die erop gericht is de beste zorg bij de patiënt te krijgen.

De uitgebreidheid van het aanbod in de universitaire ziekenhuizen blijkt alvast uit de volgende cijfers. De universitaire ziekenhuizen beschikken over zo'n 7.000 verantwoorde bedden (binnen de eigen vestigingen). Daarnaast staan de universitaire ziekenhuizen in voor jaarlijks meer dan 130.000 daghospitalisaties, 200.000 meerdaagse opnames en bijna 2,7 miljoen consultaties (exclusief spoeddiensten). Volgens de Belgische Gezondheidsenquête van 2004 betekent dit een marktaandeel voor de universitaire ziekenhuizen van 22% van de gerapporteerde klassieke ziekenhuisopnames en 18% van de daghospitalisaties.



Complexe en topklinische-zorg – investeren in de toekomst

“Highly specialised care, that requires a sophisticated diagnostic and therapeutic approach for which further referral of the patient is not possible. The specialised nature of the care originates from a strong interaction between patient care and scientific research in infrastructure provided for by the university hospital and faculty.”

Complexe en topreferente zorg wijst op twee zaken. In de eerste plaats zijn universitaire ziekenhuizen de “last resort” waar patiënten terechtkomen met een zodanig complexe of zeldzame pathologie dat ze in de algemene ziekenhuizen zelden behandeld kunnen worden.

In tweede instantie betekent complexe en topreferente zorg dat de universitaire ziekenhuizen zich profileren als wetenschappelijke referentiepunten. Ze volgen de literatuur en de technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen waardoor ze optreden als toetssteen en vraagbaak. Via stages en vormingsinitiatieven geven ze de modernste ontwikkelingen door naar de algemene praktijk.

Hoewel sommige aspecten van topreferente zorg in algemene ziekenhuizen worden aangeboden, is het volledig gamma aan topzorg uitsluitend in universitaire ziekenhuizen aanwezig. Dankzij de brede omkadering (in 2004: 0,46 fte artsen en 1,14 fte verpleegkundigen per bed) zijn enkel universitaire ziekenhuizen in staat om complexe zorg 24 uur op 24 te garanderen.

In tegenstelling tot andere landen zoals ondermeer Nederland, wordt er in België geen duidelijk onderscheid gemaakt in regelgeving tussen normaal-specialistische zorg, complexe zorg en topreferente zorg. Hoewel bijvoorbeeld de meeste orgaantransplantaties (lever, pancreas, long, ...) plaatsvinden in de universitaire ziekenhuizen, is er - met uitzondering van de centra voor medische

genetica - weinig topreferente zorg uitsluitend voorbehouden aan de universitaire ziekenhuizen. Hartchirurgie, neurochirurgie, radiotherapie, IVF-labo, moleculaire diagnostiek, intensieve neonatologie zijn allemaal topreferente zorg die in universitaire ziekenhuizen verstrekt worden maar ook in sommige algemene ziekenhuizen voorkomen. Dergelijke verspreiding van specialistische activiteit over vele centra zorgt echter niet altijd voor een efficiënte besteding van middelen.

De universitaire ziekenhuizen onderscheiden zich wel van andere ziekenhuizen door de zogenaamde hypergespecialiseerde speerpuntactiviteiten of “ontwikkelingsgeneeskunde”. We denken hierbij aan activiteiten zoals foetale chirurgie, functionele MRI, eilandjesceltransplantatie voor diabetes of pre-implantatie genetische diagnostiek. Deze “ontwikkelingsgeneeskunde” bevindt zich op het grensvlak tussen toegepast klinisch onderzoek en de routinematige klinische toepassing. Het spreekt voor zich dat deze vorm van zorg minder voorkomt maar tevens veel duurder is. De financiële druk die complexe en topreferente zorg met zich meebrengt, mag echter geen afbreuk doen aan de kwaliteit die de universitaire ziekenhuizen bieden. Ze moet integendeel leiden tot meer samenwerking met algemene ziekenhuizen rond voldoende gefinancierde “referentiecentra” die gevoed en opgebouwd worden vanuit en rond universitaire ziekenhuizen.

**Volledig gamma
aan topzorg
beschikbaar 24u/24**

**Het UZ als
voedingsbodem
voor centres
of reference**



Waarborgen voor kwalitatieve zorg in België

Opleiding & vorming – gericht op samenwerking

Opleiden en vormen van alle medische professionals

UZ'en als ontstaansbodem van nieuwe organisatorische samenwerkingsvormen

Een kruisbestuiving tussen wetenschappelijke en klinische activiteiten

Onderzoek als maatschappelijke opdracht van de UZ

Opleiding is een bij wet vastgelegde kernopdracht van de universitaire ziekenhuizen. Alle universitaire ziekenhuizen voorzien in de algemene klinische vorming van medische en paramedische beroepen (40 tot 50% van het medisch kader van de universitaire ziekenhuizen bestaat uit specialisten in opleiding). Ze staan ook in voor de permanente vorming van huisartsen en specialisten. Tenslotte verzorgen ze vele programma's en voortgezette opleidingen voor andere medewerkers uit de gezondheidssector.

Deze taken en de extra belasting van (vooral) de medische staf, is een supplementaire kost die de universitaire ziekenhuizen grotendeels zelf moeten dragen.

Naast deze traditionele aspecten van opleiding, voorzien de universitaire ziekenhuizen op vraag van de overheid ook in specifieke opleidingen betreffende:

- kwaliteitsevaluatie,
- best clinical practices en
- het doelmatig aanwenden van middelen.

Universitaire ziekenhuizen zijn dan ook vaak een voedingsbodem voor nieuwe organisatorische samenwerkingsvormen gericht op multidisciplinariteit. Door de inbedding in een universitaire context heeft het universitair ziekenhuis van nature en op vlotte wijze contact met professionals uit verschillende disciplines.

Door de confrontatie met deze veelzijdige, universitaire context, ontwikkelt de student tijdens de opleiding de intellectuele flexibiliteit die noodzakelijk is voor de uitoefening van zijn/haar beroep. Het universitair ziekenhuis bereidt de medische professional voor op de geneeskunde van de 21ste eeuw. Die geneeskunde denkt minder in rotsvast gedefinieerde structuren, maar benadert de zorg als een geïntegreerd proces. Zorgverstreking is in die context een verantwoorde mix van standaardisatie én patiëntgerichtheid waarbij het zorgproces een multidisciplinaire inhoud krijgt.

Wetenschappelijk onderzoek

De Belgische universitaire ziekenhuizen spelen een onmisbare rol in de totstandkoming van nieuwe inzichten en ontwikkelingen. De kruisbestuiving tussen het wetenschappelijk onderzoek in de laboratoria en de klinische activiteiten in het ziekenhuis vormt daartoe de sleutel. Dit resulteert naast vele nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen in de publicatie in internationale tijdschriften van jaarlijks meer dan 3.000 artikels vanwege de universitaire ziekenhuizen.

Fundamenteel onderzoek & toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek

Fundamenteel onderzoek wil de mechanismen die een rol spelen bij aandoeningen, begrijpen en ontrafelen. Daarnaast wil men de methodes en (genees)middelen vinden om op deze mechanismen in te grijpen. In tegenstelling tot de farmaceutische sector gaat het in regel om onderzoek zonder economische finaliteit (wegens zeldzaamheid of complexiteit van de pathologie).

Toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek toetst de praktische toepasbaarheid van wat als "veelbelovend" uit fundamenteel onderzoek is voortgekomen. Dergelijk onderzoek heeft tot doel de werkzaamheid, de veiligheid en andere aspecten van een behandeling bij mensen te testen. Dit gebeurt in verschillende fasen, volgens een zeer strikte procedure. Hoewel dergelijk onderzoek meestal in universitaire ziekenhuizen gebeurt, is coördinatie met niet-universitaire ziekenhuizen belangrijk. Ze creëert namelijk een vruchtbare voedingsbodem voor de uitvoering en de ontwikkeling van grote multicenter trials in België.

Wetenschappelijk onderzoek gebeurt grosso modo in vier fasen. Tijdens de eerste fase wordt een behandeling getest op vrijwillige (en vergoede) proefpersonen. De bedoeling is om meer informatie te verkrijgen over de tolerantie van geteste moleculen of geneesmiddelen. Tijdens fase twee evalueert men de therapeutische waarde van de molecule evenals zogenaamde neveneffecten op korte termijn.

³ KB van 7 juni 2004

Door samenwerking tussen UZ en AZ kunnen grote multicenter trials in België uitgevoerd worden

Wetenschappelijk onderzoek in UZ'en bedreigd

UZ'en bieden een intellectuele meerwaarde voor de maatschappij

In fase drie wordt een vergelijkende studie van de molecule ten opzichte van een referentieproduct gemaakt. Op basis van deze fase zal Volksgezondheid deze molecule dan erkennen als nieuw geneesmiddel. Een vierde fase wordt soms uitgevoerd na introductie van het geneesmiddel op de markt.

Innoverende medische technologieën en activiteiten: de medische campus

De ontwikkeling van nieuwe diagnostische en therapeutische technieken zijn het werk van kernen van topwetenschappelijke kennis. Deze kernen worden gekenmerkt door verwevenheid tussen fundamenteel onderzoek binnen de universitaire faculteiten en toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek binnen de universitaire ziekenhuizen: de medische campus. De kennis, tijd, energie en middelen die door de medische teams in de universitaire ziekenhuizen hiervoor wordt aangewend, draagt bij aan de bijzondere opdrachten die de universitaire ziekenhuizen vervullen.

Naast onderzoek en ontwikkeling van innoverende technieken en behandelingen, spelen de universitaire ziekenhuizen een belangrijke rol in de evaluatie van bestaande behandelingen. Twee begrippen zijn daarbij essentieel: "health technology assessment" en "evidence based medicine/health care". Door deze onderzoeks- en evaluatieopdrachten bij de universitaire ziekenhuizen te leggen, heeft de overheid zich ervan verzekerd dat de gebruikte procedures en middelen op hun maatschappelijke relevantie worden getoetst, in plaats van op hun commerciële finaliteit.

Beleidsondersteuning

De wet vermeldt expliciet dat universitaire ziekenhuizen, omwille van hun expertise, medewerking moeten verlenen aan beleidsondersteunende activiteiten en wetenschappelijke programma's. Tevens moeten ze advies verstrekken en meewerken aan het inhoudelijk onderbouwen van nieuwe procedures of technieken. De universitaire ziekenhuizen spelen dan ook een belangrijke rol bij innovaties in het Belgische gezondheidsbeleid.

Medisch-wetenschappelijk onderzoek kan echter ook gesitueerd zijn in de sfeer van het ziekenhuisbeleid. Via het opstellen en testen van concepten en

De keerzijde van de medaille is echter dat universitaire ziekenhuizen voor deze opdrachten (onrechtstreeks) financieel gepenaliseerd worden. Om wetenschappelijk onderzoek aan te moedigen werven de universitaire ziekenhuizen artsen aan in een contractueel (bediende) statuut. Door deze situatie zien de universitaire ziekenhuizen zich geconfronteerd met drie nadelen die het wetenschappelijk onderzoek in België op lange termijn in gevaar brengen.

1. Het bediendestatuut van artsen in universitaire ziekenhuizen veroorzaakt een meerkost aan sociale zekerheidsbijdragen die de overheid slechts gedeeltelijk financiert. Deze meerkost komt zelden voor in algemene ziekenhuizen waar de artsen meestal in een zelfstandig statuut werken.
2. Artsen in universitaire ziekenhuizen worden aangeemoedigd om veel tijd te besteden aan onderzoek, opleiding en advies. Hierdoor kunnen ze minder tijd besteden aan patiënten. Anderzijds is de ziekenhuisfinanciering gericht op het financieren van patiëntenprestaties en gaat ze dus voorbij aan de specificiteit van de universitaire ziekenhuizen.
3. Het lagere loon van universitaire artsen in vergelijking met hun zelfstandige collega's, levert een reële kans op een 'braindrain' vanuit de universitaire ziekenhuizen naar financieel interessantere posities in algemene ziekenhuizen. Daar kunnen ze immers werken in een zelfstandig statuut en zich enkel toeleggen op het behandelen van patiënten.

organisatiemodellen in het universitair ziekenhuis, krijgen de verschillende overheden op het vlak van gezondheidsbeleid de beschikking over degelijk onderbouwde informatie betreffende complexe organisatorische aangelegenheden.

De rol die de universitaire ziekenhuizen aldus opnemen als beleidsondersteuner is van grote waarde. Studies, onderzoek, pilootprojecten, aanwezigheid in werkgroepen of adviesraden: de universitaire ziekenhuizen creëren een intellectuele meerwaarde die mee aan de basis ligt van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Economisch belang

**Grote directe
en indirecte
economische impact**

**Economisch
potentieel van
de UZ'en nog niet
volledig
aangeboord**

De economische rol die de universitaire ziekenhuizen spelen naast hun klassieke rollen van zorgverstreker, onderzoeker en vormer, wordt soms onvoldoende gewaardeerd. In België zorgt de gezondheidssector voor ongeveer 10% van de totale tewerkstelling. De universitaire ziekenhuizen alleen voorzien in meer dan 23.000 voltijdse banen.

Als werkgever vervullen de universitaire ziekenhuizen dus een belangrijke rol (zowel op lokaal als regionaal niveau). Daarnaast zorgen ze via hun aankoop- en investeringsbeleid voor indirecte tewerkstelling in de farmaceutische en medische industrie, maar ook in sectoren als de bouw of de informatica. Verder ontstaan er vanuit de universitaire ziekenhuizen ook "spin-off"-bedrijven. Dergelijke "spin-offs" creëren een economische meerwaarde door enerzijds directe en indirecte tewerkstelling, maar anderzijds ook door het economisch toepasbaar maken van innovatieve producten en technieken.

Tot slot is bekend dat ziekenhuizen in het algemeen en universitaire ziekenhuizen in het bijzonder een gezinsvriendelijk tewerkstellingsbeleid voeren waarbij diversiteit een hoeksteen is. Ziekenhuizen hebben het echter steeds moeilijker om voldoende personeel te vinden. Verpleegkundigen, apothekers en laboranten zijn knelpuntberoepen waar de vraag groter is dan het aanbod. Maar ook voor andere beroepscategorieën (informatici, technisch personeel, schoonmaakpersoneel, onderzoekers, administratief personeel, medici,...) moeten de universitaire ziekenhuizen een concurrentiële werkgever kunnen blijven.

Kortom, niet alleen vanuit economisch standpunt, maar ook vanuit een breder maatschappelijk perspectief is het aanwezige potentieel van de universitaire ziekenhuizen verre van volledig aangeboord.



De financiële specificiteit van UZ



Goed bestuur van ziekenhuizen vereist dat ook de financiële toestand van ziekenhuizen goed wordt opgevolgd en gestuurd. Dit betekent dat voldoende bestuurders kunnen oordelen wanneer een ziekenhuis in financiële moeilijkheden dreigt te komen of hoe dit best voorkomen wordt. Ze moeten ook voldoende inzicht hebben in het feit dat deze financiële gezondheid sterk verbonden is met de financiële regeling met de artsen en een goed systeem van budgettering.

Goed bestuur vereist ook dat meerdere groepen professionals goed samenwerken en dat vereist op zijn beurt een minimale kennis van elkaars taal. Artsen, apothekers, verpleegkundige kaders en directieleden begrijpen het jargon van de boekhouder en de financieel directeur soms niet en vice versa. Elkaar begrijpen is echter niet genoeg, vertrouwen groeit als er ook nog inzicht is in de toegepaste financiële technieken.



*Katrien Kesteloot & Gustaaf Van Herck
Financiële analyse van ziekenhuizen*

Financiering van de ziekenhuizen in België

**Duaal
karakter
van financiering**

**Fragmentatie
van financiering**

**Technologische
(r)evolutie vraagt
investering**

**Een flexibel
budget
in functie van
de opdracht**

De huidige ziekenhuisfinanciering in België wordt gekenmerkt door twee eigenschappen.

Een eerste eigenschap is het duale karakter van de financiering. De financiering wordt grotendeels gevoed door twee geldstromen. Een eerste geldstroom omvat middelen afkomstig van het zogenaamde "Budget van Financiële Middelen" (BFM), het vroegere verpleegdagbudget. De tweede geldstroom omvat middelen geleverd door (een deel van) de honoraria die de artsen afstaan aan het ziekenhuis.

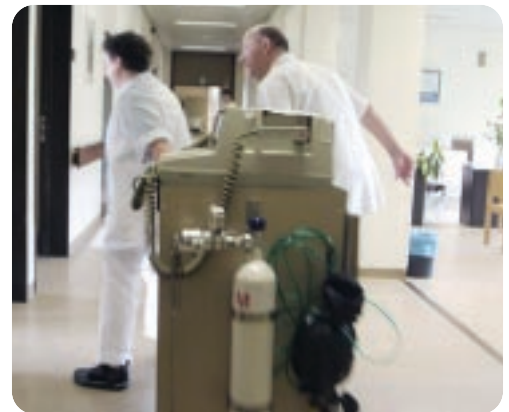
De ziekenhuisfinanciering gaat uit van een vergoeding van geneeskundige activiteit (ligdagen, prestaties,...). Alhoewel op zichzelf positief, staat dit ver af van de integrale financiering van de patiënt en zijn traject. Het huidig systeem is immers zeer gefragmenteerd - alle stappen van het traject worden via afzonderlijke kanalen gefinancierd - en dat staat een geïntegreerde patiëntenbenadering en een doelmatige besteding van middelen in de weg. Een tweede eigenschap betreft dus het gefragmenteerd karakter van de ziekenhuisfinanciering. Financierings-discussies zouden meer moeten gaan over doelmatigheid in functie van het patiëntentraject dan over globale besparingen.

De financieringsstructuur is er mede de oorzaak van dat het Belgische gezondheidszorgsysteem vandaag onder vuur ligt. Vanuit sociaal standpunt is het Belgisch systeem nochtans performant. In theorie hebben alle Belgen toegang tot hoogkwalitatieve diagnostische en therapeutische diensten terwijl de financiële kost die zij hiervoor moeten dragen relatief beperkt is. De behoefte aan en de mogelijkheden van de gezondheidszorg nemen echter toe. Vooral de universitaire ziekenhuizen worden geconfronteerd met nieuwe, complexe ziektebeelden en nieuwe technologieën die steeds grotere investeringen vergen. De gezondheidsuitgaven stijgen en de lange termijnfinanciering kan zonder ingrijpende

maatregelen niet meer gegarandeerd worden. De technologische revolutie is, meer nog dan de directe en indirecte gevolgen van de vergrijzing, de grote uitdaging waarvoor de gezondheidssector staat.

Terwijl de medische organisatie wijzigt (zorg- en patiëntenprogramma's, multidisciplinariteit, horizontale patiëntenbenadering), verloopt de evolutie op het vlak van de ziekenhuisfinanciering relatief traag. Een reeks factoren - gevestigde belangen, inertie, budgettaire beperkingen - zorgt ervoor dat de financiering soms niet parallel loopt met de noden van de patiënt.

Het garanderen van een efficiënte en doelgerichte besteding van middelen is bijgevolg alleen mogelijk wanneer de huidige methodes in vraag kunnen gesteld worden. Daarbij dient men te streven naar een flexibel budget dat rekening houdt met structuur, specificiteit en opdracht(en) van elke actor.



Een aanzienlijke meerkost tegenover een beperkte financiering

Erkenning van de universitaire opdracht in het BFM is positief

Op 1 juli 2002 trad een nieuwe financiering in voege waarbij een nieuw onderdeel van het Budget Financiële Middelen werd ingevoerd: het luik B7. Dit luik was bedoeld om de lasten van de universitaire ziekenhuizen te dragen voor wat betreft de kosten eigen aan de universitaire opdrachten. Het nieuwe luik werd opgesplitst in een onderdeel B7A, voor de universitaire ziekenhuizen, en een onderdeel B7B voor (algemene) ziekenhuizen die genieten van deze universitaire financiering.

Het is positief dat de specifieke opdrachten van de universitaire ziekenhuizen nu ook in de financiering erkend worden. Al heeft "B7" gezorgd voor transparantie inzake bijkomende financiering van universitaire ziekenhuizen, het brengt tegelijk op schrijnende wijze de beperkingen ervan aan het licht. De meerkost voor de Belgische universitaire ziekenhuizen werd in 2002 in detail berekend door (het Spaanse) Antares-consulting. Uit hun studie bleken de universitaire opdrachten op het vlak van onderzoek en opleiding (gemiddeld) 24,3% van de middelen van het ziekenhuis op te slorpen. Dat betekent 76 miljoen euro per instelling (zie fig 1).

Meerkost universitaire opdracht bedraagt 24,3% van de middelen

	Reële	Theoretische
Tastbare	Directe kosten 24.295.314 € 31,8 %	Waarde 6.093.295 € 8 %
	Zuivere indirecte kosten 14.965.875 € 19,6 %	Indirecte kosten van structuur 13.829.704 € 18,1 %
Niet tastbare	Geïnduceerde kosten 6.871.561 € 9 %	Opportuniteitskost 10.281.742 € 13,5 %
Totaal		
76.337.492 €		
100%		

fig 1

De kosten voor onderzoek en opleiding omvatten (1) de "directe kosten" (loonmassa), (2) de "waarde" (theoretische loonmassa aan thuiswerk) en de indirecte kosten waarin men onderscheid de (3) "zuiver indirecte kosten" en de (4) "indirecte kosten van structuur". Daarnaast zijn er de (5) "geïnduceerde kosten" veroorzaakt door productiviteitsverlies van de artsen (door hun uiteenlopende opdrachten) en de (6) "opportuniteitskost" die verwijst naar de inkomsten die het ziekenhuis had verkregen indien de middelen van het ziekenhuis waren ingezet voor andere activiteiten dan onderzoek en opleiding.

Achterstand ten opzichte van het buitenland

Niet-gefinancierd deel van de universitaire opdracht bedraagt 45,3 miljoen € per UZ

Specifieke financiering in verhouding tot de geleverde inspanningen

De financiering van de meerkost bedraagt in België slechts een fractie van de reële kost. Zo krijgen de Belgische universitaire ziekenhuizen een "meer-financiering" die ongeveer 8 % van hun globale

omzet bedraagt (tegenover 24,3% reële meerkost). Jaarlijks wordt elk Belgisch universitair ziekenhuis dus geconfronteerd met een onderfinanciering van ongeveer 45,3 miljoen euro - (zie fig 2).

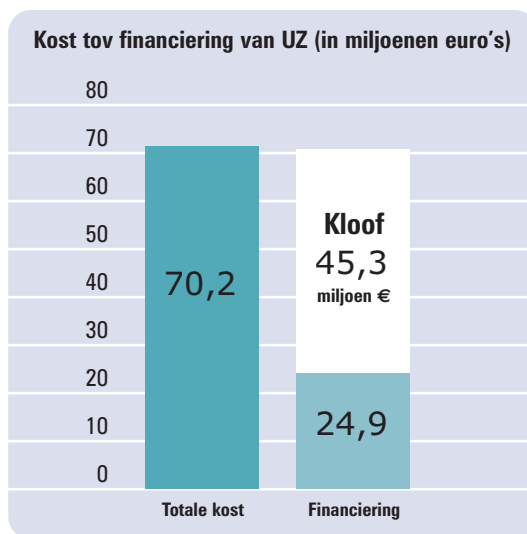


fig 2

In de meeste Europese landen en de VS krijgen de universitaire ziekenhuizen een meerkost-financiering (in vergelijking met de algemene ziekenhuizen) tot 25% van hun globale omzet. Nederland kent een meerkost-financiering van boven de 20%, het Verenigd Koninkrijk ongeveer 15 %, Duitsland 20 tot 25 % en Spanje 20%. Op dit vlak dient België dus een inhaalbeweging te realiseren.

De conclusies van de Antares-studie komen overeen met resultaten van andere studies op internationaal vlak, gepubliceerd in gerenommeerde wetenschappelijke tijdschriften (New England Journal of Medicine, Health Economics, JAMA...).

Bovenstaande gegevens leggen de nadruk op de uitzonderlijke situatie en opdracht van de universitaire ziekenhuizen die een specifieke financiering noodzaakt. Deze aanpak moet universitaire ziekenhuizen niet bevoordelen ten opzichte van andere ziekenhuizen. Deze aanpak moet rekening houden met de eigenheid en de reële kosten die gecreëerd worden door de vele (directe en indirecte) opdrachten die van universitaire ziekenhuizen gevraagd worden.

⁵ afkomstig uit de B7-financiering, privé-bronnen, de universiteit en NFWO

⁶ BFM-honoraria-geneesmiddelen

⁷ 70,2 miljoen (de reële kost van 76,3 miljoen waarbij de zogenaamde "waarde" in mindering werd gebracht) min de financiering die gemiddeld 24,9 miljoen bedraagt.

⁸ De Antares-studie heeft enkel betrekking op de extra kost van opleiding en onderzoek. Andere specifieke meerkosten voor de universitaire ziekenhuizen zoals hun specifiek patiëntenprofiel (bv. penalisatie voor verblijven in severity 4) werden niet in rekening genomen.

De toekomst van universitaire ziekenhuizen in een gezondheidszorg onder druk



There is growing evidence that the current health systems of nations around the world will be unsustainable if unchanged over the next 15 years. Globally, healthcare is threatened by a confluence of powerful trends – increasing demand, rising costs, uneven quality, misaligned incentives. If ignored, they will overwhelm health systems, creating massive financial burdens for individual countries and devastating health problems for the individuals who live in them.

The attitude that all healthcare should be local is dangerously provincial and, in extreme cases, xenophobic. The days when healthcare sectors operate in silos must end. New solutions are emerging from beyond traditional boundaries and innovative business models are being formed as healthcare becomes globalized.



*Healthcast 2020,
Price Waterhouse Coopers*

Spanningsvelden voor de sector en de essentiële rol van de universitaire ziekenhuizen

**Onrealistisch
verwachtings-
patroon
tegenover
een nood aan
toenemende
investeringsen**

**Toenemende
complexiteit
tegenover
ingewikkelde
reglementering**

**Een verplichtte
portfolio van
verlieslatende
activiteiten**

Gezondheidszorg wordt als een fundamenteel recht aanzien. Mensen gaan ervan uit dat geneeskunde alles moet kunnen, dat er geen limieten zijn aan wat een patiënt mag vragen en wat een arts moet aanbieden. Deze 'westerse' illusie schept een spanningsveld tussen de 'echte' toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg tegenover het 'gewenste' niveau van gezondheidszorg. Het is daarom van belang op een realistische manier naar zorgverstrekkers te kijken. Vooral in het licht van de uitdagingen waarvoor "onze" sector staat.

De sector in het algemeen en zeker de ziekenhuizen worden geconfronteerd met een toenemende zorgvraag, een stijgend verwachtingspatroon en toenemende medische mogelijkheden. Die nieuwe technologieën vereisen nieuwe investeringen. Parallel daarmee vergroot de complexiteit van de behandelingen. De subspecialisatie neemt toe met in haar kielzog een stijging van de vraag naar kwalitatief medisch geschoold personeel.

De overheid vaardigt steeds hogere kwaliteitseisen en steeds meer regels uit. Alhoewel dit gebeurt vanuit een bezorgdheid voor kwaliteitsvolle gezondheidszorg, moet erover gewaakt worden dat de toename van de kwaliteitseisen niet gepaard gaat met een (verdere?) bureaucratiesering en fragmentering van de zorg. Financiële middelen moeten doelgericht, patiëntgericht en efficiënt worden aangewend. Een gebrekkige besteding van middelen zorgt voor spanningsvelden tussen de betrokken actoren: arts, overheid, ziekenfonds, ziekenhuis en patiënt.

Binnen die context zoeken de universitaire ziekenhuizen naar een nieuwe invulling van hun identiteit en plaats in de gezondheidszorg. Zij zijn zich bewust van hun unieke positie tussen enerzijds de wetenschappelijke wereld van de universiteit met zijn eigen dynamiek en anderzijds de snel evoluerende, meer marktgedreven wereld van de gezondheidszorg.

Een unieke positie die zorgt voor een objectief vaststelbare meerkost (zie ook hoger). Behalve de directe en indirecte meerkost veroorzaakt door de specifieke opdrachten van de universitaire ziekenhuizen, is er de meerkost veroorzaakt door de (verplichte en noodzakelijke) volledigheid van het zorgaanbod, gedragen door artsen in een bediendestatuut. Bovendien moeten de universitaire ziekenhuizen investeren in patiëntengroepen of medische disciplines die in algemene ziekenhuizen niet georganiseerd worden omwille van een gebrek aan expertise of een mogelijk commercieel nadeel. Het resultaat is een portfolio van zorgprogramma's en functies, met in verhouding beduidend meer verlieslatende activiteiten dan niet-universitaire ziekenhuizen. Zo zien we bijvoorbeeld een hoge activiteit in de pediatrie orthopedie of in de behandeling van tumoren of scoliosis terwijl deze financieel veel nadeliger zijn dan activiteiten zoals het plaatsen van heup- of knieprothesen. In interne geneeskunde zijn er de infectieziekten, endocrinologie, pediatrie hematologie, neurologie en intensieve neonatologie. Uit een RUZB-analyse blijkt dat patiënten uit de hoogste "severity-klasse" (severity 4) ongeveer 34% meer voorkomen in universitaire ziekenhuizen dan in niet-universitaire ziekenhuizen. Dit terwijl deze patiëntenpopulatie duurdere behandelingen kent die voor de universitaire ziekenhuizen onvoldoende gefinancierd worden.

Het is tenslotte belangrijk een visie op langere termijn te durven hebben en de problematiek door een Europese bril te bekijken. Versnippering in het ziekenhuislandschap moet worden tegengegaan waarbij universitaire ziekenhuizen voor bepaalde taken meer dan vandaag de verantwoordelijkheid moeten toegewezen krijgen (zonder een exclusieve rol te spelen). Om de sterke positie van de Belgische gezondheidszorg op Europees niveau te vrijwaren, dienen de nodige middelen worden vrijgemaakt. Maar vooral: dienen deze middelen doelgericht aangewend te worden.

⁹ Interne analyse van de universitaire ziekenhuizen heeft aangetoond dat het verlies bij uitgaven voor geneesmiddelen bij patiënten in Severity 4, gemiddeld 25 keer groter is dan bij Severity 1.



Krachtlijnen voor de toekomst

De Universitaire Ziekenhuizen willen met deze brochure tenslotte een aantal krachtlijnen vastleggen voor de komende jaren. Krachtlijnen die belangrijk zijn voor de universitaire ziekenhuizen maar tevens voor de gezondheidszorg in zijn geheel.

Deze krachtlijnen zullen de rode draad vormen in de werking van de RUZB omdat ze de uitdagingen bevatten waarmee de gezondheidszorg geconfronteerd wordt. Uitdagingen waarop de politiek, de sector en zeker de universitaire ziekenhuizen zelf, antwoorden dienen te vinden.

1. Kwaliteit en efficiëntie voor de beste patiëntenzorg

De universitaire ziekenhuizen kenmerken zich door hun unieke driedelige missie, met name de interactie binnen één enkel instelling van opleiding, onderzoek en (gespecialiseerde) klinische zorg. Als dusdanig hebben de universitaire ziekenhuizen een sleutelrol in het in stand houden van een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg in België.

In de eerste plaats vanuit de topreferente zorg die ze dankzij de bijzondere expertise van hun stafleden in allerlei deelspecialismen kunnen aanbieden en waardoor het universitair ziekenhuis als “last resort” fungeert voor patiënten met complexe pathologieën. Topreferente zorg is evenwel een dynamisch gegeven : wat exceptioneel is vandaag, wordt morgen routine. Belangrijk is dan ook de rol die

universitaire ziekenhuizen spelen als drijvende kracht achter medische innovaties : vanuit het translationeel onderzoek ontstaan nieuwe diagnostische en therapeutische benaderingen die betere en/of efficiëntere zorg mogelijk maken. Eens de ontwikkelingsfase voorbij is, worden deze innovaties tijdens de opleiding van artsen en paramedici overgedragen, zodat ze aldus in het volledige zorglandschap kunnen doorstromen. Op deze wijze zijn universitaire ziekenhuizen de motor van continu evoluerende en steeds betere behandelingsmogelijkheden voor de gehele bevolking, onafhankelijk van de plaats van behandeling.

2. Onderzoek als basis voor een sterke gezondheidszorg – de medische campus

Universitaire ziekenhuizen zijn per definitie en vanuit hun (wettelijke) missie verbonden aan een volwaardige faculteit geneeskunde. Samen met de faculteit zijn ze verantwoordelijk voor een belangrijk deel van het wetenschappelijk onderzoek dat zich afspeelt in België. Dit onderzoek, dikwijls gevoerd in samenwerking met andere onderzoeksinstituten, omvat zowel fundamenteel als klinisch toegepast onderzoek.

Het onderwijs aan de faculteit, de opleiding in de universitaire ziekenhuizen evenals de behandeling van patiënten die komen voor complexe en topreferente zorg, steunen op dit wetenschappelijk onderzoek. Zo heeft bijvoorbeeld stollingsonderzoek of vaccinatieonderzoek in het verleden geleid tot nieuwe inzichten in het ontwikkelen van medicaties die wereldwijd gebruikt worden. Onderzoek op de campus van een universitair

ziekenhuis mag zich echter niet beperken tot de faculteit geneeskunde maar is gebaat bij samenwerking met andere disciplines waarbij onderzoekers vanuit een verschillende achtergrond samenwerken op één campus. Beter nog is samenwerking tussen verschillende universiteiten omdat dergelijke synergie aanleiding kan geven tot meer potentieel en het meer kostefficiënt aanwenden van middelen. Onderzoek en de klinische toepassing ervan is dan


ook uitsluitend mogelijk in centra waar zowel toponderzoekers als topclinici verzameld zijn en waar voldoende kritische massa aanwezig is aan wetenschappers en aan middelen (apparatuur, fondsen). Daarnaast dient ook ruimte gecreëerd te worden zodat onderzoekers voldoende tijd krijgen om zich te wijden aan hun onderzoek. Het is vanzelfsprekend dat onderzoek aldus grote investeringen vergt die in België onvoldoende voorzien zijn in de huidige financieringsregels.

3. Technologische revolutie in de gezondheidssector: hoogtechnologische toestellen vereisen investeringen

De geneeskunde van de 21^{ste} eeuw zal grotendeels steunen op geavanceerde technologieën die bijdragen tot de kwalitatieve verbetering van behandelingen. Een belangrijke opdracht die universitaire ziekenhuizen hebben en die kadert in hun 3 kernopdrachten, is deze van het “op-punt-stellen” van dergelijke nieuwe technologieën. In willekeurige volgorde denken we bijvoorbeeld aan de “multi-slice” CT, de magnetische resonantie tomograaf (1,5 tot 3 tesla), de PET-scan, lineaire versnellers in de radiotherapie, de Gamma-knife, de proton ion beam therapie, de laboratoria voor gen- en celtherapie, de OK-dedicated MRI's, enz...

De universitaire ziekenhuizen beschikken volgens de bestaande principes van programmatie als eerste over dergelijke nieuwe en geavanceerde toestellen omdat ze verantwoordelijk zijn voor het “op-punt-stellen” van de nieuwe technologie. Bovendien krijgen de universitaire ziekenhuizen een extra toestel (gedeeltelijk) gefinancierd om artsen en studenten geneeskunde vertrouwd te maken met de nieuwe techniek. De aankoopkost van dergelijke toestellen bedraagt

echter al snel één tot twee miljoen euro en kan oplopen tot 50 of 100 miljoen euro (exclusief onderhoudskosten). Het gevolg is dat deze toestellen dikwijls verouderd zijn voor het verstrijken van de financiële afschrijvingstermijn. De universitaire ziekenhuizen zien zich in deze optiek geconfronteerd met een commercieel nadeel. Enerzijds worden zowel universitaire als algemene ziekenhuizen volgens dezelfde voorwaarden en principes gefinancierd voor hun toestellen. Anderzijds moeten de universitaire ziekenhuizen in het kader van hun onderzoeksopdracht en bij het adviseren van de overheid, beschikken over de meest geavanceerde en duurste toestellen. Het gevolg is dat algemene ziekenhuizen gebruik maken van toestellen geschikt voor het uitvoeren van de op dat moment meest gebruikelijke klinische behandeling (en dat aldus goedkoper is in gebruik en onderhoud) terwijl een universitair ziekenhuis continu moet investeren in zeer dure laatste-generatie-toestellen. Tegenover deze impliciete verplichting staat er onvoldoende meer-financiering daar de bedragen voorzien via “B7” niet in de grootorde zijn van de investeringskost van dergelijke toestellen.



4. Financiering vanuit een globale visie en in functie van de specifieke opdracht

De Belgische ziekenhuisfinanciering gaat uit van een vergoeding van geneeskundige activiteit (ligdagen, prestaties volgens discipline, farmaca, ...). Zorgactiviteit wordt in de huidige financiering zeer gefragmenteerd benaderd en is onvoldoende afgestemd op de middelenbehoeften conform de zorgrealiteit. Deze verticale financiering staat haaks op de evolutie naar een geïntegreerde – horizontale - patiëntenbenadering en aldus van een doelmatige besteding van middelen in functie van het zorgtraject van de patiënt.

De financieringsstructuur is er mede de oorzaak van dat het Belgische gezondheidszorgsysteem vandaag onder vuur ligt. Alhoewel voorlopig nog relatief performant, zien we dat de bestaande financieringsregels geconfronteerd worden met uitdagingen die de betaalbaarheid op lange termijn in het gedrang brengen. Om doelmatig te zijn, moet het uitgangspunt voor financiering het eindproduct zijn: kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt. Om dit te bereiken dienen de middelen gedefinieerd te worden

in functie van de financiële behoeften overeenkomstig een doelmatige invulling van het zorgtraject voor de in het ziekenhuis behandelde case-mix. Een meer globale financiering leidt tot een vrijere middelenallocatie en bevordert aldus zowel de kwaliteit als de efficiëntie van de behandeling.

Daarnaast dient rekening gehouden te worden met de specifieke opdracht van sommige zorgactoren. Voor universitaire ziekenhuizen spraken we eerder over hun drie basis-opdrachten die wettelijk vastgelegd zijn. Het is positief dat die universitaire opdrachten sinds 2002 in de financiering erkend worden via de zogenaamde “B7-financiering”. B7 was echter maar een eerste stap. Men dient de ingeslagen weg van de B7-financiering verder te volgen en de academische opdrachten adequaat te vergoeden in functie van reële activiteit. Het efficiënt en doelgericht besteden van middelen in de gezondheidszorg is alleen mogelijk wanneer men uitgaat van een aangepast budget dat rekening houdt met specificiteit en opdracht(en) van elke actor.

5. Gesalarieerde artsen: compensatie voor de meerkost

Artsen in universitaire ziekenhuizen besteden naast hun factureerbare klinische activiteit, ongeveer 25% van hun arbeidstijd aan onderzoek, opleiding en beleidsadvisering voortkomend uit hun specifieke expertise. Indien zij werden tewerkgesteld als zelfstandig arts, zoals dat in de meeste niet-universitaire ziekenhuizen het geval is, zouden universitaire artsen logischerwijze aangemoedigd worden om de “niet-factureerbare” activiteit terug te schroeven ten voordele van hun (winstgevende) klinische activiteit. Onderzoek en opleiding omvatten echter 2 van de 3 kernopdrachten van de universitaire ziekenhuizen. Het is daarom vanzelfsprekend dat de universitaire arts voldoende kwalitatieve en kwantitatieve

aandacht besteed aan deze opdrachten. Vanuit deze logica moeten universitaire ziekenhuizen hun artsen in een statuut met vast salaris vergoeden. De huidige wetgeving gaat zelfs zo ver om deze voorwaarde vast te leggen voor minimaal 70% van het universitair artsenkorps. Indien het ziekenhuis hieraan niet tegemoet komt, kan het geen aanspraak maken op de zogenaamde B7-financiering. Een klein deel van het artsenkorps wordt toegelaten in een zelfstandig statuut te werken. Het gaat hierbij dikwijls om externe consultants die actief zijn in functie van specifieke activiteiten of projecten. Het voordeel van dit bediendestatuut voor de arts bestaat erin dat hij inkomensgarantie heeft wanneer

hij bezig is met 'niet-winstgevende' activiteiten (opleiding en onderzoek). Daartegenover staat een financieel nadeel voor het ziekenhuis aangezien haar artsen voor 25% van hun activiteit bezig zijn met "niet-winstgevende activiteiten". Bovendien moeten er patronale lasten betaald worden op het loon van de "arts-bediende" (in tegenstelling tot een zelfstandig arts) wat een effectieve meerkost betekent van ongeveer 34,5% bovenop het brutoloon. Ondanks de belofte van de overheid om tegemoet te komen aan deze effectief aantoonbare meerkost voor

de universitaire ziekenhuizen, werd tot op vandaag slechts 1/3 van deze meerkost effectief gefinancierd. Bovendien is er geen andere vorm van compensatie mogelijk aangezien de nomenclatuur voor zelfstandige en niet-zelfstandige artsen identiek is. Gezien het belang van onderzoek en ontwikkeling voor de maatschappij in haar geheel en de patiënt in het bijzonder, dringen de universitaire ziekenhuizen erop aan dat de overheid haar eerder gemaakte beloftes nakomt en aldus een volwaardige compensatie terzake voorziet.

6. De Belgische universitaire ruimte voor geneeskunde – functioneren in een Europese context

De komende decennia zal de Europese ziekenhuismarkt hertekend worden. De ambitie van de Belgische Universitaire Ziekenhuizen bestaat er daarbij in om qua zorgaanbod zowel kwalitatief als kwantitatief de confrontatie aan te gaan met het Europa van de 21^{ste} eeuw waarin "globaliserende" en "snel-evoluerende" ontwikkelingen niet tegen te houden zijn. Tegelijk willen de universitaire ziekenhuizen de toegankelijkheid van hun instellingen garanderen.

Streven naar excellentie leidt bij het openbreken van de geografische en geestelijke grenzen onvermijdelijk naar een internationale concurrentie waarin kwaliteit de maat aller dingen wordt. Weg dus van het zeer relatieve begrip "nabijheid". Een beleid waarbij een universitair ziekenhuis "op wandelafstand" aanwezig is, heeft in het verleden een uitbouw in de diepte soms gehinderd.

De universitaire ziekenhuizen pleiten niet voor een beperking tot 2 of 3 "super universitaire

ziekenhuizen". Schaalgrootte mag (in tegenstelling tot kwaliteit) geen doel op zich zijn. Men moet anderzijds wel beseffen dat het nastreven van een volledig aanbod van complexe en topreferente zorg per universitaire locatie, een voorbijgestreefd concept is.

Er is behoefte aan gerichte programmatie van dure of relatief weinig toegepaste programma's en behandelingen. Echter mag er geen monopoliepositie gecreëerd worden aangezien gezonde concurrentie noodzakelijk is. Die concurrentie mag anderzijds niet levensbeschouwelijk worden gedefinieerd.

Tenslotte mag bovenstaande rationaliseringsoefening géén besparingsoperatie inhouden. De financiering van de Belgische universitaire ziekenhuizen is reeds aan de krappe kant en moet bijgevolg in de toekomst kunnen groeien. Een Belgische Universitaire Ruimte voor Geneeskunde moet bij een gelijklopend budget, nieuwe middelen vrijmaken voor nieuwe noden.



Redactie-comité: Katrien Kesteloot, Christian Bouffioux, Francis Colardyn,
Guy Durant, Jan Beeckmans, Jan Schots, Jean-Claude Praet, Johnny Van der Straeten,
Pol Louis & Jan Flament

Met medewerking van: Céline Faidherbe, Xavière Lucas, Edgard Eeckman, Jan Van Pelt

Lay-out/productie: Christian Galoux Advertising

Drukwerk: Drukkerij Vandeput

Deze brochure is een publicatie van de RUZB-CHAB

2007

www.univ-hospitals.be



ruzb · chab

Raad van de Universitaire Ziekenhuizen van België
Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique

info@univ-hospitals.be