

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 verwachtingspatroon tegenover een nood aan toenemende investeringseisen

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.

Toenemende complexiteit tegenover ingewikkelde reglementering

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?) bureaucrativering 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.

Een verplicht portfolio van verlieslatende activiteiten

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 kent¹ 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.

¹ 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 beleidsadvies 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 besteedt 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 beloften 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 monopolie-positie 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.