



KONINKLIJKE ACADEMIE VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering in België*

1. Symposium van 27 april 2024 over de “Hervorming van de ziekenhuisfinanciering in België: quo vadis?”

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) heeft op 27 april 2024 een symposium gehouden over de “Hervorming van de ziekenhuisfinanciering in België: quo vadis?”. Het symposium werd georganiseerd door de vaste commissie organisatie en structuur van de gezondheidszorg. Na een korte verwelkoming door prof. Dirk Van Raemdonck, voorzitter van de KAGB, schetste prof. Walter Sermeus, voorzitter van de vaste commissie, de context van een wijzigende gezondheidszorg waarbinnen deze hervorming van de ziekenhuisfinanciering plaatsvindt. Prof. Johan Kips, kabinetsadviseur van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, schetste uitgebreid de huidige status van de hervorming. Het symposium werd afgesloten met een panelgesprek, gemodereerd door prof. Bernard Himpens (KU Leuven). Panellleden waren prof. Stefaan Callens (KU Leuven), prof. Wim Ceelen (UGent), prof. Guy Hans (UAntwerpen) en prof. Brigitte Velkeniers (VUB). Allen zijn leden van de KAGB.

2. Aanbevelingen

De KAGB uit de bezorgdheid dat een hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet alleen mag staan. We merken immers steeds meer dat ons gezondheidssysteem kraakt en dat uitsluitend wat rommelen in de marge zonder het systeem zelf te veranderen, niet zal volstaan. We sommen een aantal uitdagingen op zoals de budgettaire krapte, personele tekorten in alle sectoren, de overgang van een volume-georiënteerde zorg naar een waardegedreven zorg, kwaliteit in al zijn dimensies, financiële toegankelijkheid voor socio-economisch zwakkere patiënten, de vergrijzing, patiëntenstops, integratie van zorg, verschuiving naar meer preventie, alignering van bevoegdheden van de federale overheid en de deelstaten, technologie en innovatie. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering staat hiervan niet los en zal pas effectief kunnen zijn als deze in lijn is hiermee of hefbomen creëert om het systeem van de gezondheidszorg ten goede te veranderen.

De KAGB formuleert zes aanbevelingen als randvoorwaarden voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering:

1. De gezondheidszorg maakt een verandering door waarbij de klassieke zorglijnen (eerste lijn, tweede lijn, derde lijn) meer en meer verdwijnen en plaats maken voor een geïntegreerde en persoonsgerichte zorg, in een nauwe samenwerking tussen de eerste lijn, ziekenhuizen, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Het leidend principe is dat de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt aangeboden: “thuis als het kan, in het ziekenhuis als het moet”. Verder gebeurt er een ontschotting tussen zorg en welzijn. Dit heeft een belangrijk impact op de rol van het ziekenhuis en een verdere verschuiving van zorg voor verblijvenden naar ambulante zorg. We verwachten dat het algemene ziekenhuis, waar alle zorg kan worden aangeboden (als het ware als kopieën van elkaar), zal plaatsmaken voor een netwerk van ziekenhuizen met elk een specifiek aanbod (locoregionaal/supraregionaal) in functie van de aanwezige capaciteit en competenties. Een reallocatie van de beschikbare capaciteit van de verschillende disciplines ten voordele van geïntegreerde zorg en “value-based healthcare”

* Het advies werd voorbereid door de vaste commissie organisatie en structuur van de gezondheidszorg, samengesteld uit Bert Aertgeerts, Stefaan Callens, Wim Ceelen (secretaris), Peter Bols (algemeen secretaris KAGB), Nadine Ectors, Guy Hans, Marie-Christine Herregods, Bernard Himpens, Greet Ieven, Johan Kips, Stan Politis, Walter Sermeus (voorzitter), Marie-José Tassignon (ondervoorzitter), Ben Van Camp, Dominique Van de Velde, Dirk Van Raemdonck (voorzitter KAGB), Paul Van Royen, Thierry Vanswevelt en Patrick Wouters, bijgestaan door Brigitte Velkeniers. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België keurde het advies goed op 22 februari 2025.

(waardegedreven zorg) is hierbij nodig. De evaluatie van een goed gezondheidsbeleid verruimt zich naar vijf na te streven doelstellingen (quintuple aim): betere gezondheid, lagere kosten, verbeterde ervaring van kwaliteit van zorg, meer aandacht voor het welzijn van de zorgmedewerkers en meer sociale rechtvaardigheid en inclusie. Daarnaast wordt de zorg meer populatiegericht met bijkomende accenten op preventie en welzijn. Het principe van “one health” zal meer centraal komen te staan, waarbij de onderlinge afhankelijkheid van mens en milieu zal leiden tot een benadering waar complexe gezondheidsproblemen efficiënter en duurzamer kunnen worden aangepakt. *Onze aanbeveling is dat dit wijzigende zorgmodel de toetssteen moet vormen voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.*

2. België geeft ongeveer 11% van zijn bruto binnenlands product uit aan gezondheidszorg (wat in lijn ligt met het Europese gemiddelde). Het feit dat de uitgaven in lijn liggen met onze buurlanden, zou wat rust moeten brengen. Het overheersende gevoel in de sector is echter een gevoel van budgettaire krapte. De MAHA-analyse van de financiële situatie van de algemene ziekenhuizen in 2023 wijst op een erg precaire situatie waar het gewoon bedrijfsresultaat van de ziekenhuizen voor het tweede jaar op rij negatief is en de financiële leefbaarheid van 40% van de ziekenhuizen op de helling staat. Er is bij de artsen een groeiende trend om te deconventioneren, omdat het terugbetalingstarief geen tred zou houden met de groeiende kost. Al te vaak merken we momenteel dat de zoektocht naar financiële middelen leidt tot onwenselijke competitiviteit, verschuiving van lasten naar de patiënt met gevolgen voor de financiële toegankelijkheid, en onnodige zorg. Dit vraagt een grondige herziening van de ziekenhuisfinanciering waarin momenteel goed bestuur in functie van goede zorg, financiële toegankelijkheid, toepassen van de evidentie, verdere integratie met de eerste lijn onvoldoende wordt beloond en vaak zelfs financieel wordt benadeeld. De huidige initiatieven tot de herziening en herijking van de nomenclatuur en de afsplitsing van het praktijkgedeelte in de nomenclatuur voor de werkingskosten van de ziekenhuizen zullen rust brengen in de relatie tussen het ziekenhuisbestuur en de artsen en zijn daarom een noodzakelijke stap. Een grondige analyse van de financiële incentives en prikkels en hun impact op keuzes in de zorg dringt zich op. Dit vraagt transparantie van gegevens (zowel op vlak van inkomsten als uitgaven), internationale benchmarks en voldoende sereniteit voor een reflectie over de toekomst van onze gezondheidszorg. *Onze aanbeveling is dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering goed bestuur van ziekenhuizen in functie van duurzame quintuple aim doelstellingen moet bevorderen en belonen.*
3. Ziekenhuizen zijn ecosystemen die medisch-specialistische zorg in een samenhangend en multidisciplinair verband aanbieden. Zij kunnen niet zonder ziekenhuisartsen en ziekenhuisartsen hebben een goed ziekenhuis nodig. Co-governance impliceert medebeslissing, medeverantwoordelijkheid, collegiale debatacultuur, besluitvorming bij consensus, transparantie en vertrouwen¹. Of de co-governance nu betrekking heeft op een deelname van artsen binnen een bestuursorgaan en/of een algemene vergadering dan wel op de oprichting van een paritaire commissie of een strategische beleidscommissie, het is steeds belangrijk dat én ziekenhuisbeheerders én ziekenhuisartsen werken aan de vooraf samen vastgelegde duidelijke doelstellingen van het ziekenhuis. *Onze aanbeveling is dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering het vertrouwen en de samenwerking tussen artsen en ziekenhuisbestuur, tussen artsen onderling en tussen artsen en andere zorgverleners moet faciliteren en bevorderen.*
4. Een van de grootste uitdagingen van de gezondheidszorg in de nabije toekomst is het tekort aan zorgpersoneel. Er wordt de volgende jaren een tekort aan verpleegkundigen en ander zorgpersoneel van 10 tot 15% verwacht. Dit is voornamelijk het gevolg van de demografische verschuivingen waarbij de instroom van nieuwe afgestudeerden niet zal volstaan om de uitstroom van de babyboom cohortes die op pensioen gaan te vervangen. We verwachten dat in 2060 een verdubbeling van de werklust zal plaatsvinden. Dit zal de arbeidsmarkt zwaar onder druk zetten. Dit vergt een reeks van maatregelen op vlak van instroom, uitstroom en reorganisatie van het werk. In de war-for-talent zullen lonen voor het zorgpersoneel voldoende competitief moeten zijn met andere sectoren en kwalificaties. Ter voorkoming van vroegtijdige uitstroom zal moeten worden ingezet op een aantrekkelijk HR-beleid en een positieve werkomgeving. Het zorgpersoneel zal gedifferentieerd moeten worden ingezet in functie van hun competenties, wat initiatieven voor taakverschuiving en -differentiatie noodzakelijk zal maken. *Onze aanbeveling is dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering een attractief en effectief personeelsbeleid moet mogelijk maken en ondersteunen.*

¹ GUBERNA, Hospital governance forum, #3, 2022, p. 2

5. De kwaliteit van zorg in ziekenhuizen is een complex samenspel van verschillende factoren, van de deskundigheid van zorgverleners tot de inzet van technologie en infrastructuur. Continue aandacht voor kwaliteit blijft primordiaal want kwaliteit van zorg komt niet vanzelf. Dit vereist dat patiëntveiligheid te allen tijde in alle ziekenhuizen wordt gegarandeerd en dit zowel binnen de electieve zorg als bij de niet-geplande urgente zorg. Ook dient eenzelfde kwaliteit van zorg gegarandeerd te zijn voor zowel ambulante zorg als residentiële zorg. Deze structurele borging van kwaliteit gebeurt door het vastleggen van een normenkader op ziekenhuisniveau, waarbinnen veilige zorg kan worden geboden aan iedereen en in alle omstandigheden. Elke zorginstelling dient hiertoe een cultuur van voortdurend verbeteren uit te bouwen met aandacht voor de noodzakelijke opvolging, controle en voortdurende verbeteracties. Controles zijn noodzakelijk maar dienen volgens een motiverende en opbouwende methodiek uitgevoerd te worden. Controles dienen om blinde vlekken in de organisatie zichtbaar te maken, voortdurend uitgedaagd te worden om weer net een beetje verder te gaan, maar ook te meten waar een organisatie staat ten opzichte van het uiteindelijke doel om die innovatieve, kwaliteitsvolle en veilige zorg voor elke patiënt te garanderen. Op individueel niveau dienen deskundige zorgverleners opgeleid te worden die veilige zorg hoog in het vaandel dragen. Het implementeren van modellen die de patiënt centraal stellen, zoals gedeelde besluitvorming en zorg op maat, kan bijdragen tot betere resultaten. Het betrekken van de patiënt in het zorgproces bevordert niet alleen de tevredenheid, maar zorgt ook voor een hogere mate van therapietrouw en herstel. De communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten is ook essentieel voor de kwaliteit van zorg. Het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking en het verbeteren van communicatiekanalen kan de patiëntveiligheid verhogen en de zorgresultaten verbeteren. Kwaliteit van zorg wordt overigens ook bepaald door de toegankelijkheid, waarbij men ervoor moet waken om snel en efficiënt de noodzakelijke zorg aan iedereen te kunnen aanbieden. Dit alles vraagt benchmarking tussen instellingen op nationaal niveau, waarbij ook patiënt-gerelateerde uitkomst- en ervaringsparameters geïntegreerd en tussen instellingen te dienen worden vergeleken. Door prestaties en uitkomsten te vergelijken en te benchmarken, kunnen ziekenhuizen gebieden identificeren die verbetering behoeven. Dergelijke uitkomstparameters moeten ook worden toegepast op integrale zorgketenprocessen, en niet beperkt worden tot verblijven in zorginstellingen. Het gebruik van digitale tools en data-analyse moet hierbij gestimuleerd en door de overheid gefaciliteerd worden, zodat zorginstellingen geholpen worden bij het identificeren van trends, verbeteren van de patiëntenzorg en optimaliseren van processen. *Onze aanbeveling is dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering de verbetering van de kwaliteit moet stimuleren door een deel van de financiering voor zorginstellingen afhankelijk te maken van het behalen van bepaalde kwaliteitsstandaarden/parameters (pay-for-quality) of het niet langer betalen voor niet-kwaliteit (bv. vermijdbare complicaties tijdens het ziekenhuisverblijf).*
6. De digitale transitie is volop aan de gang in de gezondheidszorg (e-health). Toepassing van informatietechnologie in combinatie met machine learning algoritmen is in staat de gezondheidszorg toegankelijker te maken en de kwaliteit en efficiëntie van de zorg te verhogen. Gebruik van sensoren, wearables, en apps die bijvoorbeeld de hartfunctie bewaken of zelfdiagnose van huidkanker toelaten, kan een belangrijke rol spelen in de primaire en secundaire ziektepreventie, en in de opvolging na ontslag uit het ziekenhuis. Er wordt ook veel verwacht van de inzet van digitalisatie en AI in administratieve processen, automatiseren van workflows, coderen en het vervangen van menselijke input in repetitieve processen, niet alleen binnen het ziekenhuis maar tegelijkertijd ook in de communicatie met andere zorgactoren. Meerdere uitdagingen verhinderen nog de maximale benutting van digitalisatie in de zorgomgeving. Vaak worden gedigitaliseerde data niet gebruikt, en is er een kloof tussen het vergaren van data en de implementatie van digitale technologieën. Interoperabiliteit van data, platformen, en systemen waaronder elektronische medische dossiers is vaak beperkt. Daarnaast is er de permanente bekommernis rond veiligheid en privacy van gevoelige persoonlijke data, en is er een gekende “digitale kloof” met betrekking tot IT literacy van de zorggebruikers volgens inkomen en opleidingsniveau. *Onze aanbeveling is dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering in een substantiële bijdrage moet voorzien voor de ondersteuning van digitalisatie in de zorg.*