



PLEIDOOI TEGEN DE VERZIEKING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIER- ING

2011/50
06 | 07 | 2011



MENSEN



WELVAART



BESCHERMING



Brieuc Van Damme
Fellow

De grijsgedraaide plaat over de groeinnorm in de gezondheidszorg maakt ons al jaren doof voor wat de echte doelstellingen van het beleid moeten zijn. De norm is een fetisj geworden en het noodzakelijke debat over fundamentele beleidskeuzes meer dan ooit herleid tot een rondje politiek op- en aanbieden. Meer of minder groeien is niet de fundamentele uitdaging waar onze gezondheidszorg voor staat. Wel: zo veel mogelijk gezondheid voor zo veel mogelijk mensen produceren, gegeven de beschikbare middelen.

Dit noemt men effectiviteit en dat zal moeten worden gerealiseerd binnen een veranderende medische context. Een groot deel van de zorg krijgen we vandaag nog steeds in het ziekenhuis. Dat zal in de toekomst anders zijn. Ziekenhuizen zijn aan het evolueren van plaatsen waar patiënten verblijven en artsen consulteren naar gespecialiseerde zorgkruispunten waar u alleen nog voor complexe behandelingen zal worden verzorgd. Na een kort verblijf zal u doorverwezen worden naar re-

validatieklinieken, of de thuiszorg. Consultaties en de therapeutische opvolging zullen onder meer via het internet en videoconferentie verlopen. Een beetje zoals in de film Casino Royal wanneer James Bond vanuit zijn Aston Martin in Montenegro een digitale versie van een vergiftigd staal van zijn eigen bloed naar het hoofdkwartier in Londen stuurt ter analyse. Dat betekent dat ook de verstrekkers die buiten de ziekenhuismuren actief zijn bij het financieringsverhaal betrokken moeten worden. Om een zorgcontinuüm te creëren als het ware.

Ook binnen de muren van het ziekenhuis zijn mogelijkheden tot verbetering. Ziekenhuizen halen het grootste deel van hun inkomsten via twee kanalen. Er zijn de werkingskosten, goed voor ongeveer een vijfde van de gezondheidszorguitgaven, die ook het administratief personeel en de zorg- en verpleegkundigen dekken. Sinds de economisch en budgettair moeilijke jaren '80 worden zij in functie van het gemiddelde van de sector uitbetaald waardoor efficiëntie wordt gestimuleerd. Daarnaast dragen de artsen die in het ziekenhuis werken een belangrijk deel van hun honoraria af. U begrijpt dat deze duale financiering niet langer op de integrale ziekenhuiszorg van vandaag afgestemd is.

Een aantal hervormingswerven dringen zich dan ook op. Vooreerst zijn de huidige financieringsstromen weinig transparant waardoor een vergaande doorlichting geen overbodige luxe is. De onderzoekers moeten dan vooral wie en wat hoeveel financiering krijgt onder de loep nemen. Naast een correcte inschatting van de werkingkosten dringt een herziening van de medische nomenclatuur zich op. Er is sprake van een niet te verklaren inkomensongelijkheid tussen specialiteiten. Legio zijn de voorbeelden van technische specialisaties zoals de medische beeldvorming die omwille van historische redenen beter gefi-

nancierd worden dan specialisaties met meer intellectuele prestaties (bv. raadplegingen) zoals de geriatrie. Bovendien verschillen ook de financiële verhoudingen tussen de ziekenhuizen en de diverse specialisten, wat het inzicht verder bemoeilijkt. Een onafhankelijk onderzoekscentrum zoals het Federaal Kenniscentrum (KCE) kan met deze delicate opdracht worden belast.

Daarboven zou een groter deel van de financiering kunnen dienen om artsen te vergoeden die zich ook met het medische beleid van het ganse ziekenhuis bezig houden, en niet enkel met hun praktijk. Wettelijke en financiële prikkels om de samenwerking tussen ziekenhuizen aan te moedigen zouden kunnen worden ingevoerd, zoals dat eerder ook al in Frankrijk gebeurde. Aan een versnipperd zorglandschap met een veelvoud aan kleine, concurrerende ziekenhuizen heeft de patiënt geen boodschap. Zorgstrategische planning met regionale afstemming van het aanbod en de uitbouw van excellentiecentra voor specifieke aandoeningen zoals borstkanker moeten de referentie worden.

Daarnaast moeten de beleidsmakers met een paar aberraties komaf durven maken. Het doorschuiven van taken van verpleegkundigen naar zorgkundigen, een correct

gebruik van de spoedgevallen-zorg en het afschaffen van honorariumsupplementen zijn hiervan enkele voorbeelden.

Vandaag worden medische prestaties voornamelijk per stuk betaald. Wanneer u bij de dokter komt is het koffiedik kijken welke onderzoeken u wel en niet nodig heeft, tenzij u natuurlijk zelf arts bent. Dat is ook zo bij de garage-ist. Weet u veel of u wel echt die nieuwe remschijven nodig had? Sociale wetenschappers spreken van asymmetrische kennis. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat onnodige onderzoeken worden uitgevoerd. Universitaire onderzoekscentra zijn in samenwerking met een aantal grote ziekenhuizen proactief bezig een systeem uit te werken waarbij ziekenhuizen per patiënt met een welbepaalde aandoening een gemiddeld bedrag toegestopt krijgen.

Ziekenhuisdirecties zijn in het huidige systeem financieel verantwoordelijk voor de geleverde zorg. Die wordt in belangrijke mate door de zelfstandige arts bepaald. Hierdoor hebben de directies het gevoel door de overheid te worden gebruikt om de medische vrijheid van de arts te beperken. Uit een bevraging van

het medisch vakblad De Specialist vorig jaar blijkt dat vier op tien specialisten die aan een ziekenhuis verbonden zijn druk voelen van hun directies om meer onderzoeken uit te voeren, ook als die eigenlijk overbodig zijn. Zo komt het bijvoorbeeld dat Belgische patiënten aan onnodig hoge dosissen medische straling worden blootgesteld omdat ze drie keer vaker onder de scanner 'moeten' dan Nederlanders. Kortom, een betere ziekenhuisfinanciering is ook goed voor uw gezondheid, en daar is het tenslotte toch allemaal om te doen.

Jeroen Trybou (Universiteit Gent en Probis Consulting) en Briec Van Damme (Itinera Institute en Universiteit Antwerpen)

Verschenen als opiniestuk in De Standaard van 06-07-2011

Voor duurzame economische groei en sociale bescherming.



ONAFHANKELIJKE DENKTANK

KLARE IDEEËN, KLAAR VOOR ACTIE

Itinera Institute VZW

Leopold II Laan 184d B-1080 Brussel
T +32 2 412 02 62 - F +32 2 412 02 69

info@itinerainstitute.org
www.itinerainstitute.org

Verantwoordelijke uitgever: Marc De Vos, Directeur