

VAS
08.11.2014
Groot-Bijgaarden

Evolutie financiering gezondheidszorgsector Standpunt van de beroepsverenigingen

Dr. Marc MOENS
Ondervoorzitter BVAS
Secretaris-generaal VBS



1) Inleiding

2) Enkele cijfers

3) Plaats van de arts in het ziekenhuis

4) Vaststellingen

5) Besluit

Inleiding (1)

Wat wil “men”?

- Kwaliteit behouden? Verbeteren?
- Toegankelijkheid behouden? Verbeteren?
- Besparen? Financiering mogelijk houden? Rationaliseren? Rantsoeneren?
- Alle macht aan ziekenhuisbeheerders (“Together?? We count”), inclusief over huisartsen?
- Artsen autonomie ontnemen?
- Artsen salariëren?

Inleiding (2)

Zijn er te veel ziekenhuisbedden?

Jean Hermesse (o.m.

- Ondervoorzitter raad van bestuur CHU Mont-Godinne
- Bestuurder UCL St. Luc
- Algemeen secretaris CM
- Voorzitter CEPESS)

stelt: **“10.000 ziekenhuisbedden te veel in België”**.

Ook universitaire?

Inleiding (3)

Reconversie actie ‘Dehaene bis’ (jaren ‘80) vandaag onmogelijk:

- geen geld voor reconversie van acute naar RVT-bedden vandaag
- schaalvergroting kent haar grenzen
- zorgcontinuïteit aan chronische patiënten sterk verhoogd
- patiënten zijn mondiger en veeleisender

Deconstructie van ziekenhuizen en vervangen door (goedkopere) ambulante structuren?

Inleiding (4)

“Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een “all-in” pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen”:

“ ‘All-in’ : naast populaire vakantieformule ook interessante aanpak voor financiering ziekenhuizen.” (KCE Reports 121A; 25.01.2010)

Voortschrijdend inzicht KCE: geen sprake meer van all-in
Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering
(KCE Reports 229A; 26.09.2014)

Inleiding (5)

“Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies” (KCE Reports 178A; 31.05.2012)

KOSTEN PER EENHEID:

Eén enkel punt kreeg aandacht:

kosten van de input van de artsen: tabel met het gemiddeld inkomen per specialisme per halve dag en per jaar op basis van een onderzoek door KCE + Deloitte in 13 ziekenhuizen.

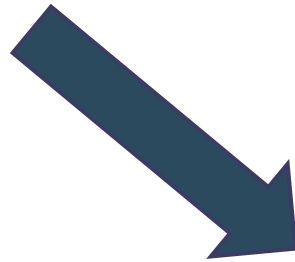
Herziening is gevraagd.

Inleiding (6)

Federaal regeerakkoord 09.10.2014:

Herziening van de ziekenhuisfinanciering is bedoeld als
“**Besparingsmaatregel**” bij Minister ONKELINX

(cf. Notificaties begrotingscontrole 28 maart 2013)



Minister DE BLOCK noemt dit “**Correcte prijszetting**”

(cf. Regeerakkoord 09.10.2014 punt 3.6.4.)

Inleiding (7)

Federaal regeerakkoord 09.10.2014 : 3.6.4. Correcte prijszetting ziekenhuisfinanciering

Het nieuwe financieringssysteem moet de werkingskosten van de ziekenhuizen dekken, en correct mee evolueren met de evoluerende behoeften.

Het moet **minder structuurgebonden en prestatiegedreven** zijn, en de instellingen en zorgverleners stimuleren tot **kwaliteitsvol en resultaatgericht handelen** op alle relevante domeinen (toegankelijkheid, tijdigheid, veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid ...), zonder de globale registratieplicht verder te verzwaren.

De binnen het KCE opgemaakte methodologie en planning om de ziekenhuisfinanciering te herzien via een **breed overleg** (“Roadmap voor een nieuwe ziekenhuisfinanciering in België”) wordt verder uitgevoerd.

Inleiding (8)

Federaal regeerakkoord 09.10.2014 : 3.6.4. Correcte prijszetting ziekenhuisfinanciering

De voorkeur van de regering gaat hierbij uit naar een **gemengd financieringssysteem** met zowel een prospectieve financiering voor standaardiseerbare zorg als het behoud van het principe van een honorarium per medische prestatie.

De regering zal er bovendien over waken dat de **deelname van de zorgverleners in de medische aspecten van het beheer van het ziekenhuis**, inzonderheid wat de investeringen in medische diensten betreft , niet in het gedrang komt door dit nieuwe financieringssysteem. Hierbij moet bijzondere aandacht besteed worden aan de hervorming van het thans bestaande systeem van afhoudingen op de artsenhonoraria.

Inleiding (9)

Federaal regeerakkoord 09.10.2014 :

De regelgeving betreffende de **stages** wordt herzien. Dit hangt samen met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en nomenclatuur.

De invoering van een aangepast **sociaal statuut** voor huisartsen en specialisten in opleiding wordt onderzocht.

Het aantreden van een **dubbele cohorte** van artsen in 2018 zal benut worden om lacunes in de knelpuntdisciplines op te lossen.

Er worden maatregelen getroffen om specialisaties waarin **tekorten** worden vastgesteld aantrekkelijker te maken, onder andere in de ziekenhuisomgeving.

Inleiding (10)

Federaal regeerakkoord 09.10.2014:

In samenspraak met alle belanghebbenden worden de federale **gezondheidsdoelstellingen** vastgelegd. Aan de gezondheidsdoelstellingen wordt een stabiel budgettair meerjarenplan gekoppeld.

In samenwerking met de deelstaten worden gezondheidsdoelstellingen uitgewerkt rond preventie, toegankelijkheid, aanbod en organisatie van de zorg, waarbij het mogelijk moet blijven om asymmetrische akkoorden af te sluiten tussen de federale overheid en de deelstaten.

[...]

De gezondheidsdoelstellingen krijgen een prominente rol in de overeenkomsten en akkoorden.

Tegen het einde van de legislatuur wordt de **verplichting** om een elektronisch patiëntendossier bij te houden **op alle niveaus** van de zorgverlening ingevoerd;

1) Inleiding

2) Enkele cijfers

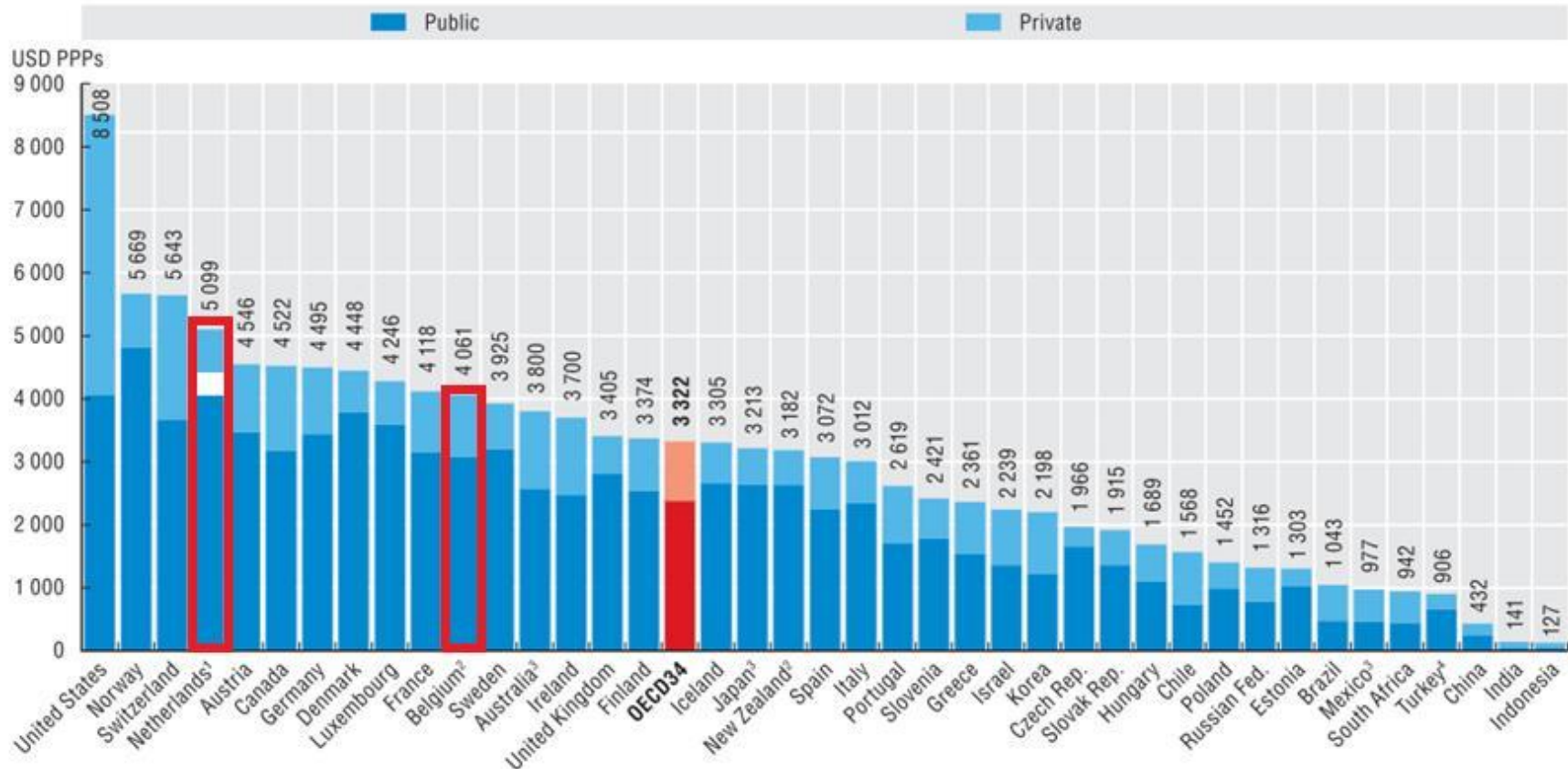
3) Plaats van de arts in het ziekenhuis

4) Vaststellingen

5) Besluit

Enkele cijfers (1)

7.1.1. Health expenditure per capita, 2011 (or nearest year)

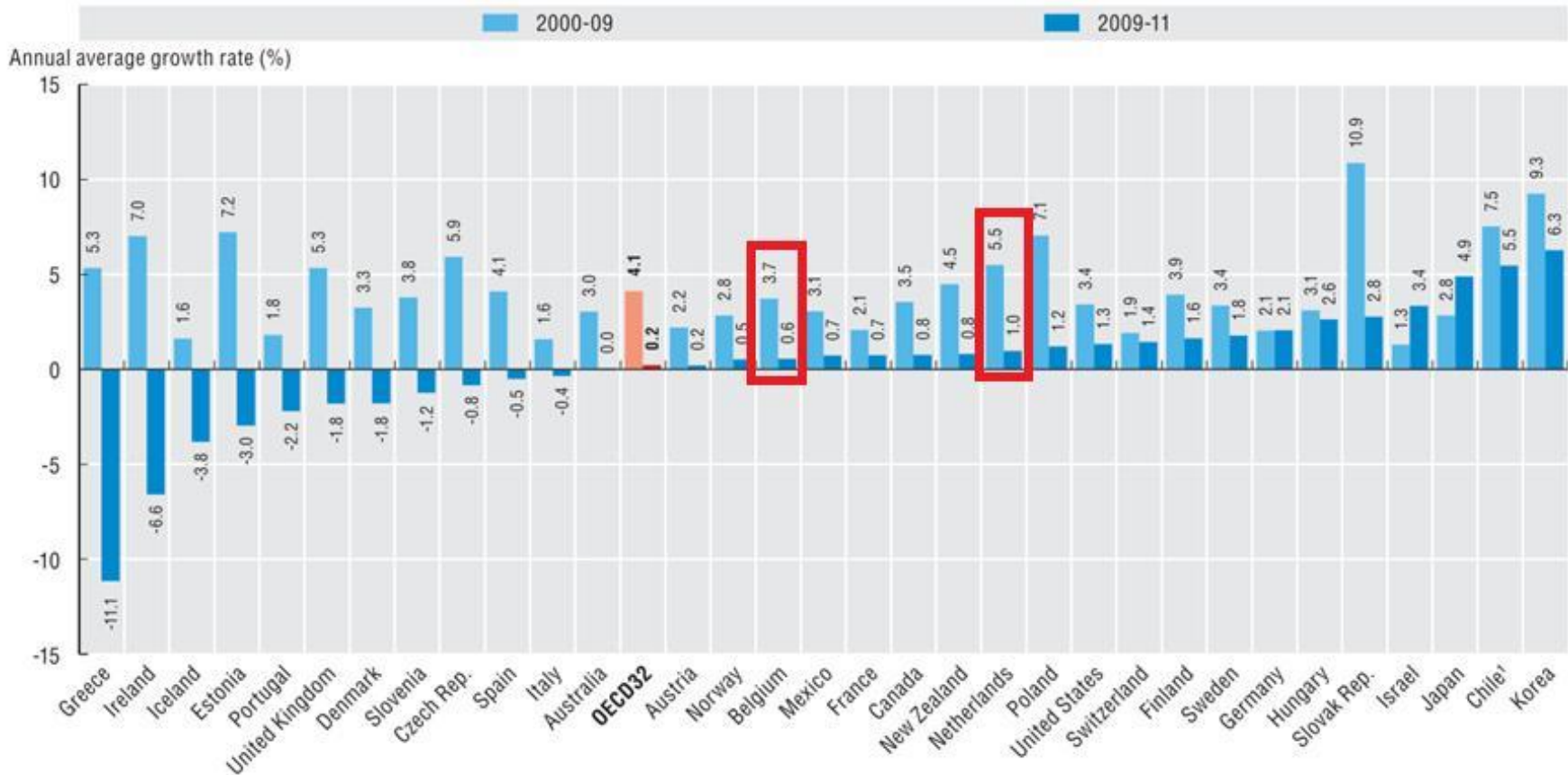


1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Current health expenditure.
3. Data refers to 2010.
4. Data refers to 2008.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

Enkele cijfers (2)

7.1.2. Annual average growth rate in per capita health expenditure, real terms, 2000 to 2011 (or nearest year)



1. CPI used as deflator.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Enkele cijfers (3)

Gezondheidsuitgaven OECD 2013

| Land | Uitgaven per capita/jaar | | t.o.v. BBP | |
|------------------|--------------------------|------------|--------------|------------|
| | € | B = 100,00 | % | B = 100,00 |
| VS (1) | 6.138 | 209,5 | 17,7 (1) | 168,6 |
| Nederland (4) | 3.678 | 125,5 | 11,9 (2) | 113,3 |
| Duitsland (7) | 3.243 | 110,7 | 11,3 (4) | 107,6 |
| Denemarken (8) | 3.209 | 109,5 | 10,9 (7) | 103,8 |
| Luxemburg (9) | 3.036 | 103,7 | 6,6 (33) | 62,9 |
| Frankrijk (10) | 2.971 | 101,4 | 11,6 (3) | 110,5 |
| België (11) | 2.930 | 100,0 | 10,5 (9) | 100,0 |
| Australië (13) | 2.741 | 93,5 | 8,9 (21) | 84,8 |
| U.K. (15) | 2.456 | 83,8 | 9,4 (13) | 89,5 |
| OECD 34 (17) | 2.396 | 81,8 | 9,3 (m = 14) | 88,6 |
| Spanje (21) | 2.216 | 75,6 | 9,3 (15) | 88,6 |
| Italië (22) | 2.173 | 74,2 | 9,2 (17) | 87,6 |
| Portugal (23) | 1.889 | 64,5 | 10,2 (11) | 97,1 |
| Griekenland (25) | 1.703 | 58,1 | 9,1 (18) | 86,7 |
| Israël (26) | 1.615 | 55,1 | 7,7 (28) | 73,3 |
| Polen (32) | 1.047 | 35,7 | 6,9 (32) | 65,7 |
| ... | ... | ... | ... | ... |
| Indonesië (40) | 91,5 | 3,1 | 2,7 (40) | 25,7 |

Bron: Health at a glance 2013: OECD Indicators (blz. 155 en 157) (USD omgezet in €)

Enkele cijfers (4)

Situatie 2013

| Land | Aantal inwoners (in miljoen) | Aantal ziekenhuis- bedden per 1.000 inwoners* | Aantal universitaire ziekenhuizen | |
|-----------|---------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------|
| | | | Totaal | t.o.v. aantal inwoners |
| Nederland | 16,81 | 4,5 | 8 | 1 UZ / 2,10 miljoen |
| België | 11,10 | 6,6 | 7 | 1 UZ / 1,59 miljoen |

*Bron: Health at a glance 2013: OECD Indicators

Enkele cijfers (5)

Aantal bedden per universitair ziekenhuis (samenvatting)

| Universitair ziekenhuis | bedden IN | bedden UIT | Totaal |
|---|-----------|------------|--------|
| UZ Gent | 1062 | 100 | 1162 |
| UZ Antwerpen | 524 | 357 | 881 |
| Universitair ziekenhuis VUB | 586 | 30 | 616 |
| Universitaire ziekenhuizen van de KULeuven | 1218 | 185 | 1403 |
| Centre Hospitalier Universitaire de Liège (Ulg) | 717 | 218 | 935 |
| Université Libre de Bruxelles (ULB) | 750 | 440 | 1190 |
| Université catholique de Louvain (UCL) | 979 | 211 | 1190 |

4.062 (55%)
 3.315 (45%)

*Bron: KCE-rapport 229As: Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering

Enkele cijfers (6)

Aantal bedden per universitair ziekenhuis (detail)

| University | Hospital | Maximum number of university beds (1980) | Maximum number of university beds (2014) | Number of university beds per hospital |
|--|--|--|--|--|
| Ghent University (UGent) | Universitair Ziekenhuis Gent | 1165 | 1162 | 1062 |
| | Ziekenhuis Sint-Jan, Brugge | | | 100 |
| University of Antwerp (UAntwerpen) | Universitair Ziekenhuis Antwerpen | 881 | 881 | 524 |
| | Fusieziekenhuis Middelheim, Antwerpen | | | 104 |
| | Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg, Antwerpen | | | 88 |
| | Alg Ziekenhuis Sint-Augustinus - Sint-Camillus, Antwerpen | | | 70 |
| Vrije Universiteit Brussel (VUB) | Academisch Ziekenhuis | 616 | 616 | 586 |
| | CHU Brugmann | | | 30 |
| University of Leuven (KU Leuven) | Universitaire Ziekenhuizen van de KU Leuven | 1428 | 1403 | 1218 |
| | Virga Jesse Ziekenhuis, Hasselt | | | 50 |
| | Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk | | | 75 |
| University of Liège (ULg) | Centre Hospitalier Universitaire de Liège | 935 | 935 | 717 |
| | Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Liège | | | 192 |
| | Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, Seraing | | | 16 |
| | Centre Hospitalier Régional de Huy, Huy | | | 10 |
| Université Libre de Bruxelles (ULB) | Cliniques universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme | 1190 | 1190 | 750* |
| | Hôpital civil de Charleroi | | | 45 |
| | Hôpital André Vésale, Montigny-le-Tilleul | | | 55 |
| | Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli, La Louvière | | | 50 |
| | Hôpital Ambroise Paré, Mons | | | 20 |
| | Institut médico-chirurgical, Tournai | | | 15 |
| | Hôpital de la Madeleine, Ath | | | 15 |
| | Hôpital Saint-Pierre, Bruxelles | | | 110 |
| | Hôpital Brugmann, Bruxelles | | | 50 |
| Institut Jules Bordet, Bruxelles | 80 | | | |
| Université catholique de Louvain (UCL) | Cliniques universitaires Saint-Luc | 1190 | 1190 | 979 |
| | CHU Dinant Godinne | | | 211 |
| Total | | 7405 | 7377 | |

Source: Royal Decree of 24 December 1980¹⁷⁸; *In 2014, there has been a conversion of university beds to rehabilitation beds.

*Bron: KCE-rapport 229As: Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering

Enkele cijfers (7)

Vergelijking met Regio Hoofdstad Kopenhagen (Denemarken)

± 2,0 miljoen inwoners:

- vandaag 2 academische ziekenhuizen
- tegen 2020: concentratie in 1 academisch ziekenhuis
= 1 academisch ziekenhuis / 1 miljoen inwoners

Brussels Hoofdstedelijk Gewest + provincies Waals- + Vlaams-Brabant

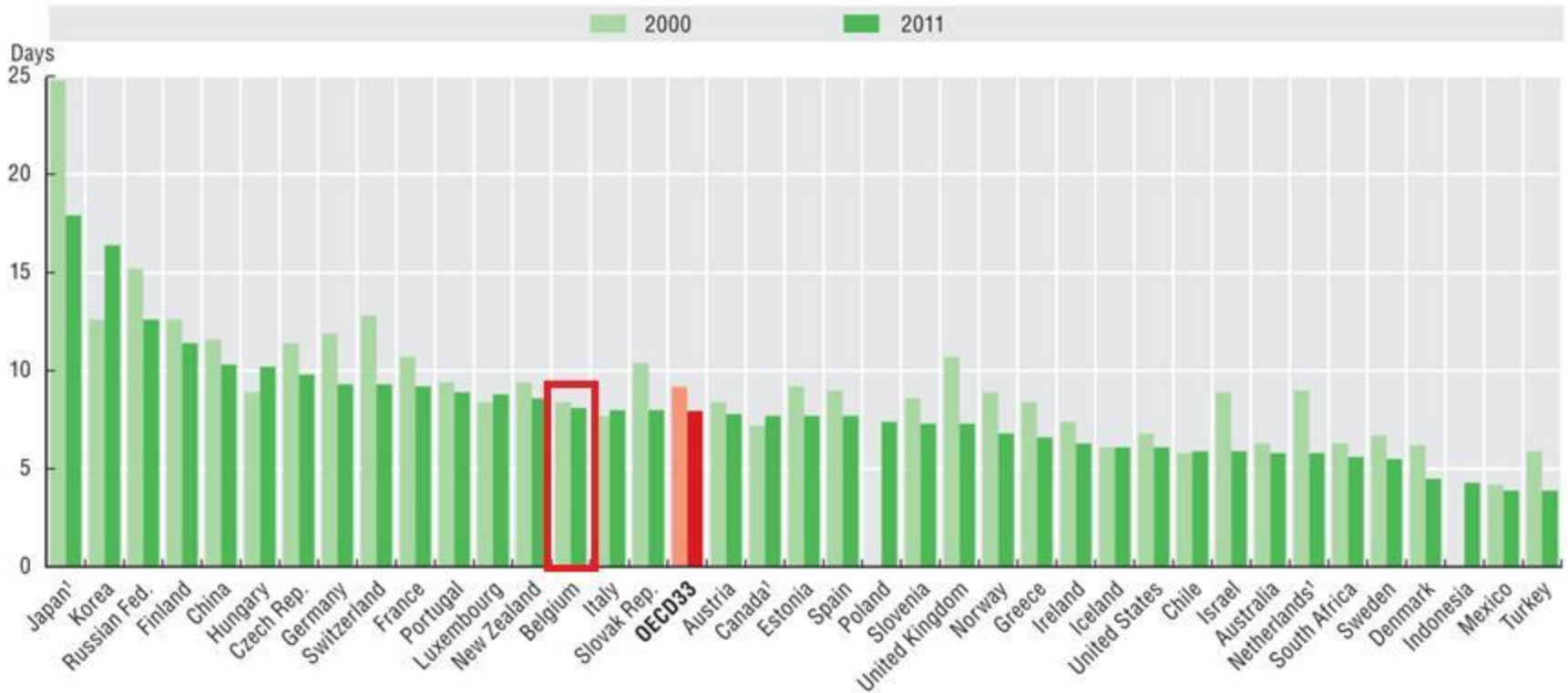
± 2,6 miljoen inwoners:

- Brussel: UCL + ULB + VUB (+ Sint-Pieter + Bordet + Brugmann + Fabiola kinderziekenhuis) + KU Leuven Gasthuisberg
= 1 academisch ziekenhuis / 0,65 miljoen inwoners

Enkele cijfers (8)

Gemiddelde ligduur

4.5.1. Average length of stay in hospital, 2000 and 2011 (or nearest year)



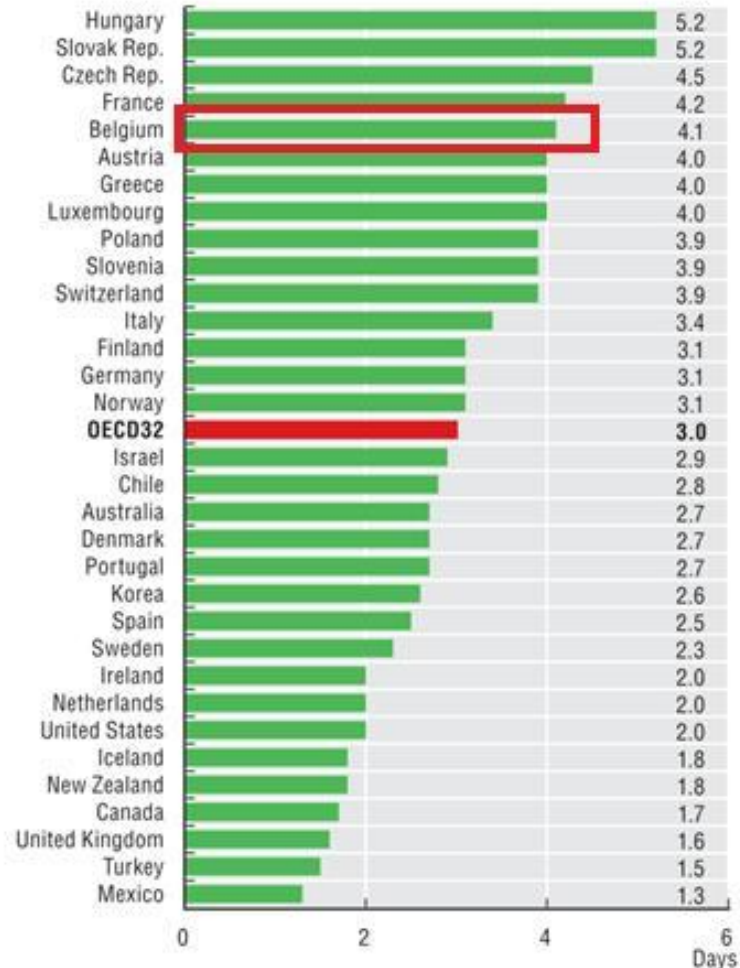
1. Data refer to average length of stay for curative (acute) care (resulting in an under-estimation).

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Enkele cijfers (9)

Gemiddelde
ligduur

4.5.2. Average length of stay for normal delivery, 2011
(or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

1) Inleiding

2) Enkele cijfers

3) Plaats van de arts in het ziekenhuis

4) Vaststellingen

5) Besluit

Plaats van de arts in het ziekenhuis (1)

Artsen willen:

- **kwaliteitszorg** (kunnen) bieden vb. met, behalve up to-date infrastructuur en voldoende en performante medewerkers, gebruik van adequate informatica- en registratie-ondersteuning
- **medebestuur**, o.m. zeggenschap over aanwending van HUN honoraria
- **autonomie** in hun medisch handelen

Plaats van de arts in het ziekenhuis (2)

Artsen willen veranderingen aanvaarden als:

- voldoende evidentie voor betere zorg en verhoogde efficiëntie (quid ziekenhuisaccreditering?)
- wordt tegemoetgekomen aan objectieve zorgbehoeften, dus niet aan vb.
 - overtallige hartcentra
 - 2 hadrontherapiecentra in België
 - politiek gecreëerde (pseudo-) behoeften
 - in stand houden van medisch overbodige ligdagen (vb. normale bevallingen)
- betere aanwending van de bestaande financiële middelen, met vb. afbouw van niet-productieve administratie geïnduceerd door Overheid en V.I.'s

Plaats van de arts in het ziekenhuis (3)

Artsen willen:

No taxation without representation*

en dus, bij uitbreiding, o.m.

- Zeggenschap bij benoeming bestuurders +
- Aanpassing en uitbreiding van artikel 137 ziekenhuiswet

** Engelse kolonisten bij aanvang van de Amerikaanse onafhankelijkheidsstrijd 1775-1776*

Plaats van de arts in het ziekenhuis (4)

De ziekenhuisactiviteit gaat niet in de eerste plaats over het beheer van de structuur “ziekenhuis”, maar over het verstrekken van medische zorg.

Herziening van de ziekenhuisfinanciering gaat in se NIET over artsenhonoraria.

Het is onbegrijpelijk dat er zo weinig praktiserende artsen in raden van bestuur van ziekenhuizen zetelen.

Plaats van de arts in het ziekenhuis (5)

- **Meerdere EU-landen baten al jarenlang ziekenhuizen uit op commerciële basis (Duitsland ook UZ's)**
- **Winstprikkel brengen risico's mee :**
 - efficiëntie ten koste van kwaliteit
 - ongewenste patiëntenselectie
 - onnodige behandelingen
 - fraude zoals “upcoding”
 - misbruik van Diagnose Behandel Combinaties (DBC) (Nederland)
 - DOT (DBC op weg naar transparantie) als oplossing?

Plaats van de arts in het ziekenhuis (6)

Wordt de zelfstandige specialist een uitstervend ras t.g.v. de EU-regelgeving op openbare aanbesteding van overheidsopdrachten?

Controverse onder juristen

Alle artsen-specialisten als werknemers volgens in voege zijnde barema's, aantallen werkuren, compensaties voor abnormale prestaties en vakantieregelingen → **kostprijs + 80 %***

*berekningen BVAS 2002 t.a.v. de ministers Frank Vandenbroucke (Sociale Zaken) en Laurette Onkelinx (Werkgelegenheid, in haar strijd tegen de schijnzelfstandigen)

Plaats van de arts in het ziekenhuis (7)

Terwijl kwaliteit en patiënttevredenheid voor een belangrijk deel door dit zelfstandigenstatuut worden bepaald.

Prof. Stefaan Callens (KU Leuven):

*“Die zelfstandigheid en het inkomen volgens prestatie dat daarmee gepaard gaat zorgt mede voor de goede reputatie die onze artsen hebben.”**

* *Ziekenhuis- en Zorgkrant, mei 2014*

- 1) Inleiding
- 2) Enkele cijfers
- 3) Plaats van de arts in het ziekenhuis
- 4) Vaststellingen**
- 5) Besluit

Vaststellingen (1)

- All-in wordt nergens ter wereld as such toegepast, wel gemengde financieringssystemen
- KCE volgt daarin (Report 229 A)
- Forfaitarisering (ook partieel) brengt altijd financiële inlevering mee, vb.:
 - klinische biologie 01.08.1988: min 5 miljard BEF
 - farmaceutische specialiteiten in ziekenhuis: -34 % sinds 01.07.2006
- Bijkomende besparingen vormden het uitgangspunt vorige regering (conclaf maart 2013). Quid huidige regering?

Vaststellingen (2)

- Artsen vragen geen fundamentele wijzigingen
- Burgers willen :
 - zorgkwaliteit
 - toegankelijke en nabije zorg
 - geïndividualiseerde zorg
- voor een zo laag mogelijke prijs.

- 1) Inleiding
- 2) Enkele cijfers
- 3) Plaats van de arts in het ziekenhuis
- 4) Vaststellingen
- 5) Besluit**

Besluit (1)

De regering wil de ziekenhuisfinanciering wijzigen.

Artsen willen meewerken als:

- Dit geleidelijk en in beperkt aantal deelgebieden gebeurt
- met minstens het behoud van de bestaande financiële middelen
- met beslissende inbreng van de artsen
- met behoud van de eigendomsrecht van de honoraria
- er gewied wordt in politico-mutualistische achtertuinen

Besluit (2)

- Together we ~~count~~ raid (Zorgnet Vlaanderen, 29.08.2014)
 - Geen aanslag op 40 % van de artsenhonoraria want
 - Artsen geloven niet in zuiver honorarium (cf. anesthesisten)
 - De term is trouwens niet in de regeerverklaring opgenomen

Patiënten, artsen en andere zorgverstrekkers willen stabiele wetgeving

Hoewel Medicare er al dertig jaar naar zoekt, is de “bundled payment” per levensloop nog niet voor morgen.

Gelukkig maar.

Besluit (3)

Minister De Block (De Standaard 03.11.2014):

Wortel...

“En ik vind dat de kwaliteit van de zorg meegenomen moet worden in de nieuwe ziekenhuisfinanciering. Als zullen we wel voorzichtig moeten blijven. In sommige diensten is het bijvoorbeeld moeilijker dan in andere om ziekenhuisinfecties te voorkomen.

... en stok:

Als je ziekenhuizen voor goede zorgen beloont, moet je ze bovendien ook bestraffen als ze het niet goed doen. De patiënt mag daar niet de dupe van worden. Het ziekenhuis moet ook bereid zijn om nog fouten toe te geven. Denk maar aan een kompres dat na een operatie achterblijft in het lichaam. Het gevaar is dat ziekenhuizen dat gaan maskeren om toch goed te staan in de rankings”

Besluit (4)

Aanvaardbare denkpistes

1. *Aanmoedigen om kwaliteit te bevorderen binnen het budget van financiële middelen met een maximum van 2 %*

Minister De Block (De Standaard 03.11.2014):

“Kwaliteit is meetbaar en ik zal ze meten. Er is al een schat van gegevens.”

Objectiviteit moet gegarandeerd zijn !

Besluit (5)

Aanvaardbare denkpistes

2. *Een experiment met, i.p.v. de bestaande referentiebedragen, op voorstel van de medico-mut, prospectieve financiering voor een zeer beperkt aantal makkelijk standaardiseerbare chirurgische ingrepen met*
 - *medische honoraria*
 - *overige kosten*

ARTSENHONORARIA ZIJN IETS ANDERS DAN ZIEKENHUISFINANCIERING

Met dank voor uw aandacht.

Dr. Marc MOENS

Ondervoorzitter BVAS

Secretaris-generaal VBS

