

Regionale ziekenhuisnetwerken



Een concreet voorstel van Zorgnet-Icuro

zorg net
ICURO



Colofon: Redactie: Prof. Dr. Johan Kips

Eindredactie: Lieve Dhaene i.s.m. Zorgcommunicatie.be

Vormgeving: www.dotplus.be

D/2015/12607/3
ISBN 9789491323195

2015 ©Zorgnet-Icuro, Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitzonderd zijn korte fragmenten, die uitsluitend ten behoeve van recensies geciteerd mogen worden.

Citeren als: Kips, Johan. 2015. *Regionale ziekenhuisnetwerken*. Brussel: Zorgnet-Icuro.

Woord vooraf

Op het ziekenhuiscongres *Together we care* van mei 2013 zette Zorgnet-Icuro de bakens uit voor een toekomstig **zorgmodel** met een daaraan gekoppelde nieuwe financiering.¹ Het concept van de klinische netwerken (taakafspraken tussen ziekenhuizen onderling) en horizontale netwerken (lokale zorgnetwerken van verschillende zorgaanbieders die een geïntegreerde zorg bieden voor chronische patiënten), werd er geïntroduceerd. De publicatie *Together we count* borduurde hierop verder en presenteerde een concreet voorstel voor een hervorming van de ziekenhuisfinanciering die dit nieuwe zorgconcept moet ondersteunen.²

In de twee jaar sinds het congres zijn de geesten sterk geëvolueerd. De nood aan de uitbouw van netwerken, zowel tussen ziekenhuizen onderling als tussen ziekenhuizen en andere zorgverstrekkers wordt algemeen gevoeld. Er is hiervoor een breed draagvlak, zowel in de sector als bij de beleidsmakers. Het is nu stilaan tijd om die idee ook in de praktijk om te zetten. De invulling van het concept 'netwerk' kan allerlei vormen aannemen. In voorliggende publicatie presenteert Zorgnet-Icuro een concreet voorstel voor de organisatie van **regionale ziekenhuisnetwerken**. In essentie betekent het dat ziekenhuizen in zorggebieden doelmatig met elkaar samenwerken, zodat alle patiënten gelijke toegang hebben tot kwaliteitsvolle zorg.

Andere (reeds bestaande) vormen van netwerken waarin ziekenhuizen (kunnen) participeren (bijvoorbeeld een kwaliteitsnetwerk, opleidingsnetwerk...) sluiten nauw aan bij het concept van regionale ziekenhuisnetwerken, maar vallen buiten de scope van deze publicatie. Het concept van de horizontale netwerken (samenwerking tussen ziekenhuizen, woonzorgcentra, eerste lijn enz.)³ zal in een volgende nota verder uitgewerkt worden.

De Vlaamse ziekenhuizen en Zorgnet-Icuro willen hun schouders zetten onder de concrete realisatie van de ziekenhuisnetwerken en deze transitie helpen realiseren. Wij bieden aan de overheid een aanpak die ons gezondheidszorgsysteem structureel op het juiste spoor zet. Zoals al geformuleerd in ons voorstel voor de hervorming van de financiering zijn er echter enkele **voorwaarden** aan verbonden.

- 1 Pauwels, J., red. 2013. *Together we care. Ziekenhuizen als schakels in een keten van zorg*. Leuven: Acco.
- 2 Kips, J. & Verschoren, K. 2014. *Together we count. Voorstellen voor een nieuwe ziekenhuisfinanciering*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen
- 3 De Maeseneer, J., Aertgeerts, B., Remmen, R. & Devroey, D. 2014. *Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg nu meer dan ooit!*

1. Budgetbehoud

Om te komen tot de geleidelijke vorming van regionale ziekenhuisnetwerken is het nodig om de huidige middelen die globaal besteed worden gedurende minstens vijf jaar te behouden. Ook dient de overheid ervoor in te staan dat geen nieuwe meerkosten (bv. sociale akkoorden) dit budgettaire pad doorkruisen. We stellen tevens een groeionorm voor (bovenop inflatie) die voldoende is om endogene kostenstijgingen op te vangen en de hervorming van de gezondheidszorg met de bijhorende transitiekosten een kans te geven.

2. Meerjarenplan

Het is noodzakelijk dat de overheid in samenwerking met de ziekenhuizen en de ziekenhuisartsen een zorgstrategisch meerjarenplan uitwerkt voor minimum tien jaar, gekoppeld aan regelmatige herevaluatie en bijsturing. De overheid zal consequent zorgen voor juridische en financiële waarborgen in de overgangperiode.

3. Technische en wetenschappelijke onderbouwing

Zorgnet- Icuuro vraagt dat een *evidence informed policy* gestalte krijgt, namelijk een beleid dat vorm krijgt op basis van stevig onderbouwde dossiers en dat rekening houdt met internationale inzichten en evoluties.

4. Kordaat ondernemerschap

Wij wensen de nodige beleidsruimte om deze grote en complexe hervorming tot een goed eind te brengen.

5. Samenwerkingsfederalisme

Net zoals de overheden mogen verwachten dat de zorgverstrekkers samenwerken, mogen wij als sector verwachten dat de verschillende bevoegde entiteiten met elkaar afstemmen en dezelfde lijn volgen. Nu chronische zorg, coördinatie van de eerste lijn en infrastructuurbeleid bevoegdheden van de gemeenschappen en gewesten zijn geworden, kan de hervorming niet zonder een door alle overheden gedragen meerjarenplan.

We hopen met deze concrete voorstellen een leidraad en een kader te bieden voor de vorming van ziekenhuisnetwerken, en op die manier bij te dragen aan het behoud van een toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle ziekenhuiszorg.

Prof. Dr. Johan Kips
Coördinator algemene ziekenhuizen

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

In wat volgt, bespreken we achtereenvolgens de doelstellingen, voordelen en meerwaarde van regionale netwerken voor de ziekenhuizen, het uittekenen van zorggebieden en de juridische onderbouwing van regionale ziekenhuisnetwerken.

Doelstellingen

De uitgangspunten voor een regionaal ziekenhuisnetwerk zijn dubbel:

- Vanuit het perspectief van **volksgezondheid** moet op het Vlaamse grondgebied elke burger op gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg kunnen rekenen. Hiervoor wordt Vlaanderen in zorggebieden opgedeeld. Per zorggebied moet binnen een bepaalde aanrijtijd voor elke patiënt een minimaal aantal – ook gespecialiseerde – diensten beschikbaar zijn. Die aanrijtijden zijn pathologie-afhankelijk.
- Vanuit het perspectief van **waardecreatie** en binnen de huidige budgettaire context moet optimale kwaliteit van zorg, die beantwoordt aan de verwachtingen van de patiënten, zo doelmatig mogelijk worden aangeboden.

Op basis van die doelstellingen, ligt de klemtoon voor de regionale ziekenhuisnetwerken dan ook op samenwerking tussen zowel klinische als de daaraan verbonden facilitaire diensten.

Regionale ziekenhuisnetwerken hebben dus als doel om op een zo doelmatig mogelijke manier de zorg aan te bieden die de bevolking nodig heeft. Dat betekent evenwel niet dat de patiënt verplicht wordt om zich binnen zijn of haar zorggebied te laten verzorgen. Patiënten behouden hun vrije keuzemogelijkheid.

Voordelen en meerwaarde voor de ziekenhuizen

Ziekenhuizen die hun krachten bundelen in regionale ziekenhuisnetwerken, halen verschillende voordelen op het vlak van hun zorgaanbod en de organisatie van hun ondersteunende diensten.

Een structurele samenwerking tussen ziekenhuizen in een zorggebied met een voldoende groot bevolkingsaantal, biedt de mogelijkheid om binnen dat gebied een **breed pakket aan hoogkwalitatieve zorgactiviteiten** uit te bouwen dat alle pathologieën omvat, met uitzondering van de zeer zeldzame aandoeningen (prevalentie 2/100.000). Dat betekent ook dat vanuit die samenwerking aanspraak gemaakt kan worden op erkenningen voor gespecialiseerde zorgprogramma's en bijhorende infrastructuur (bijvoorbeeld PET, radiotherapie, cardiaal zorgprogramma B2/B3, gespecialiseerde stroke unit S2...). Dat is meteen ook een stimulans voor zorgverstrekkers met een bijzondere expertise in hun domein om zich in een bepaald gebied te vestigen.

Ziekenhuizen kunnen binnen hun regionale netwerk daarenboven ook hun **ondersteunende diensten**, bijvoorbeeld IT-faciliteiten of aankoopbeleid, samen efficiënter organiseren. Op die manier is het voor hen gemakkelijker om op een (ook financieel) haalbare manier te beantwoorden aan de steeds toenemende kwaliteitseisen voor veel van die diensten (bijvoorbeeld CSA, *clean rooms*, uitbouw klinische farmacie ...).

Bovendien vindt elk ziekenhuis op zijn beurt in regionale netwerken op minstens vier vlakken een duidelijke meerwaarde. Regionale ziekenhuisnetwerken bieden kansen op **structurele samenwerking op langere termijn**. Elk ziekenhuis behoudt weliswaar zijn **eigen identiteit**. Een ander sleutelement in de regionale ziekenhuisnetwerken is **gelijkwaardig partnerschap**, ongeacht de grootte van de ziekenhuizen in hun regionaal netwerk. Ziekenhuizen halen ten slotte ook meerwaarde uit hun regionale netwerken door de **financiële return** uit de efficiëntieverhoging en de meeropbrengsten die voortvloeien uit de netwerkvorming. De huidige financiële modellen van samenwerking tussen ziekenhuizen slaan voornamelijk op ambulante activiteiten met afspraken over artsenhonoraria en directe kosten (bijvoorbeeld PET-associaties, radiotherapiediensten, cathlabs). Het lijkt evenwel aangewezen om ook effecten die invloed hebben op het BFM (bv. verschuivingen in case-mix) in rekening te kunnen brengen.

Uittekenen van logische zorggebieden

Door ziekenhuizen in regionale netwerken te laten samenwerken, bereiken we – zoals hierboven toegelicht – een aantal duidelijke doelstellingen en kunnen ziekenhuizen rekenen op verschillende voordelen en een belangrijke meerwaarde. In wat volgt staan we stil bij de implementatie van regionale ziekenhuisnetwerken op het terrein. Het kernelement daarbij is het concept 'zorggebied'. Zorggebieden bakenen immers het werkterrein voor regionale ziekenhuisnetwerken af. In vier stappen geven we hieronder toelichting bij die afbakening in logische zorggebieden.

»» **Stap 1**

De voorgestelde vertrekbasis voor de concrete invulling van het concept 'zorggebied' is het criterium "aanrijtijd van 30 minuten" voor tijdskritische aandoeningen (AMI, CVA, majeur trauma). Dat criterium werd geconcretiseerd aan de hand van het GIS-systeem, in samenwerking met UGent.

Een eerste analyse leert de volgende drie zaken.

- Op basis van zogenoemde normale aanrijtijden (een ambulance is in principe 30 % sneller), dekt de 30-minutengrens het volledige grondgebied van Vlaanderen, op uitzondering van een beperkte zone (3 % van de bevolking) rond Veurne/De Panne enerzijds en Overpelt anderzijds. Deze zone wordt wel gedekt binnen een normale aanrijtijd van 40 minuten.
- Als we vertrekken vanuit het bestaande ziekenhuislandschap met het middelpunt van de 30-minutenzones op bestaande goed uitgeruste ziekenhuizen, zien we heel wat overlap tussen deze zones. Dat betekent dat de aanrijtijd naar het dichtstbijgelegen, adequaat uitgeruste ziekenhuis vaak minder dan 30 minuten bedraagt en dat de bevolking in de overlapgebieden kan kiezen tussen meerdere ziekenhuizen qua toegankelijkheid binnen de 30 minuten.
- In Vlaanderen (inclusief het UZ Brussel) tekenen zich een 14-tal zorggebieden af.

Deze analyse verdient nog verdere verfijning. Zo moet rond elk betrokken ziekenhuis een cirkel van 30 minuten (met bevolkingsaantallen) getrokken worden om te zien in hoeverre diensten verschoven zouden kunnen worden om toch zo veel mogelijk inwoners nog sneller te bereiken. Een belangrijk gegeven daarbij is dat – opnieuw vanuit de visie van een gepast aanbod in functie van de noden van de bevolking – deze oefening over de grenzen van de regio's reikt (bijvoorbeeld Doornik/Moeskroen vanuit Zuid-West-Vlaanderen). Dat is overigens in overeenstemming met de bepalingen in het protocolakkoord tussen de federale overheid en de gewesten/gemeenschappen over de hertekening van het ziekenhuislandschap.

»» **Stap 2**

Aan de hand van de bovenstaande afbakening van een zorggebied kunnen de bevolkingsaantallen binnen elk gebied berekend worden. Op basis van een eerste oefening variëren die aantallen tussen 300.000 en 700.000 inwoners.

»» **Stap 3**

In functie van deze bevolkingsaantallen en op basis van incidentie en prevalentie van verschillende aandoeningen, kan de aangewezen capaciteit voor minder tijdskritische, maar nodige diensten berekend worden die bovenop de tijdskritische diensten in het zorggebied voorzien moeten worden. We geven in onderstaande tabel enkele voorbeelden.



Voorbeeldberekening aangewezen capaciteit diensten per zorggebied

Aandoening	Incidentie per 100.000	Zorggebied 400.000	Erkenningscriteria
Bevallingen	1.027	4.108	
Coronaire hartziekten waarvan AMI	294 136	1176 544	B2 norm : 400 PCI
CVA	170 Trombectomie : 4-11	632 Trombectomie 16-44	Advies NRZV S2 > 60
Kanker waarvan kinderen	600 3	2400 12	PET onderzoeken 3360 Progr PET obv 3600/j

Deze eerste oefening vertrekt vanuit tijdskritische somatische zorg. Als we deze oefening verder willen uitwerken, moeten we ook het benodigde aanbod van **geestelijke gezondheidszorg** opnemen, in afstemming tussen de AZ, de PZ en het volledige netwerk waarvan zij ook deel uitmaken. Ook hier is het aangewezen om in eerste instantie te vertrekken vanuit de zorgnood, met een differentiatie tussen urgenties en minder tijdskritische aandoeningen. Vervolgens moet nagegaan worden wat het optimale organisatiemodel is voor de behandeling van deze aandoeningen. Hierbij moeten we rekening houden met de specificiteit van de geestelijke gezondheidszorg en de verschillen met de somatische zorg. Zo zijn urgenties in de psychiatrie in mindere mate pathologiespecifiek (bijvoorbeeld suicide, intoxicatie al dan niet met extreme agressie) dan in de somatische zorg. Dat heeft invloed op de benodigde infrastructuur en expertise voor de adequate opvang (monodisciplinaire pathologie-gecentreerde B2 voor AMI versus een polyvalente EPSI-unit of outreachteam voor urgenties in de psychiatrie). Daarenboven is het organisatiemodel in de geestelijke gezondheidszorg al sterker geëvolueerd naar zorgcircuits volgens drie assen (kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen), wordt de residentiële zorg afgebouwd en treedt ambulante zorgverstrekking meer op de voorgrond. Naast de PZ zijn daarbij meerdere partners zoals de residentiële psychosociale revalidatieconventies en de PAAZ betrokken, met verschillen in de regionale inplanting van deze voorzieningen.



Een bezorgdheid in die context is dat de evolutie niet overal in dezelfde mate plaatsvindt. Vooral de haperende afstemming tussen de PAAZ en de PZ verdient aandacht. Samenwerking tussen de GGZ-netwerken en de AZ binnen een zelfde zorggebied biedt nochtans tal van opportuniteiten, zowel op klinisch als facilitair vlak. Voorliggend voorstel voor de uitbouw van regionale ziekenhuisnetwerken biedt een ideale aanzet om dit vorm te geven per zorggebied. De vertrekbasis bij uitstek lijkt ons een reflectie over de opvang van urgenties in de psychiatrie binnen elk zorggebied en het spreidingsvraagstuk van het beschikbare aanbod, zowel voor kinderen & jongeren als voor volwassenen.

Het spreekt ten slotte voor zich dat ook het revalidatie-aanbod en de plaats van de **categorale ziekenhuizen** specifieke aandacht verdient, evenals de uitbouw van andere zorgvormen voor chronische zorg, in onderling akkoord met de woonzorgcentra.

» Stap 4

De laatste stap in het uittekenen van zorggebieden is de toekenning van erkenningen door de overheid voor de diensten binnen een zorggebied. Daarbij tekenen zich drie erkenningsniveaus af:

1. Erkenningen voor diensten (C, D, E, M, G ...) en apparatuur (CT, NMR ...) die in meerdere ziekenhuizen binnen een zorggebied moeten/kunnen worden aangeboden en op ziekenhuisniveau blijven;
2. Erkenningen voor diensten (EPSI, radiotherapie ...), zorgprogramma's (B2, S2, trauma-unit ...) en apparatuur (PET, ...) waarvan er één in het zorggebied beschikbaar moet zijn. Dit heeft vooral betrekking op het zorgaanbod voor meer complexe problemen, waarvoor – vanuit de doelstelling van meerwaardecreatie (zie supra) – een zekere concentratie binnen een gebied groter dan een individueel ziekenhuis, aangewezen is;
3. Supraregionale erkenningen voor diensten (PICU, NIC ...) en zorgprogramma's (bijvoorbeeld pediatrie oncologie) die in functie van de aard en de prevalentie van pathologie en dus ook de graad van benodigde expertise, twee of meer zorggebieden moeten dekken.

Juridische onderbouwing

Om regionale ziekenhuisnetwerken op het terrein te realiseren, stellen we voor om te vertrekken vanuit het bestaande sjabloon van de ziekenhuisgroepering (KB van 30 januari 1989). De bepalingen die in dat document essentieel zijn en aansluiten bij ons voorstel zijn:

1. Een duurzaam samenwerkingsverband met behoud van het eigen erkenningsnummer;
2. Afspraken in verband met de taakverdeling en complementariteit van diensten;
3. Het beter beantwoorden aan de behoeften van de bevolking;
4. Regionale samenwerking: meer nog dan een kilometergrens (in het actueel KB is die bepaald op 25 km, eventueel te herzien qua exacte afstand) lijken aanrijtijden daarbij een determinerende factor;
5. De mogelijkheid om financiële afspraken te maken.

Aanpassingen aan dit KB en het invullen van enkele randvoorwaarden zijn evenwel noodzakelijk. We verwijzen hierbij onder meer naar het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) van 14 juni 2012 over "Maatregelen om samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen". Dit heeft weliswaar vooralsnog niet tot aanpassingen van het KB geleid. Wij geven daarvoor de volgende, concrete aanzetten.

- » **Artikel 9 1°**
Het opnemen van aanrijtijden en/of een kilometergrens (25 kilometer of een beperkte uitbreiding hiervan om het regionale karakter te behouden, en dit - in tegenstelling tot het advies van de NRZV - niet te schrappen).
- » **Artikel 9 2°**
Een aanpassing van deze bepaling die zegt dat de ziekenhuizen van een groepering elk afzonderlijk moeten voldoen aan de basisvoorwaarden voor erkenning (verplichting om minstens een C- en D- + G/A/M- of E- dienst te hebben), zodat de concentratie van diensten binnen één van de deelnemende ziekenhuizen mogelijk wordt. Dit gaat meteen ook in op het voorstel van de NRZV om artikel 3 (over de verplichte minimale bedcapaciteit van de basisdiensten) op te heffen. In eenzelfde context dienen ook de erkenningsnormen en de bijhorende cascade (bijvoorbeeld vereiste om te beschikken over een gespecialiseerde functie spoedgevallen om voor bepaalde erkenningen in aanmerking te komen) te worden herzien.
- » **Artikel 9 4°**
Een verduidelijking van de bevoegdheden en de taak van het gemeenschappelijk medisch comité dat moet worden opgericht. Die uitklaring moet meer bepaald gemaakt worden in relatie tot de bepalingen van titel IV in de ziekenhuiswet (cf. de bevoegdheden MR en het statuut van de ziekenhuisgeneesheer).
- » **Artikel 9 5°**
In tegenstelling tot het advies van de NRZV lijkt het ons opportuun om dit artikel te behouden. Het artikel stelt meer bepaald dat de groepering een uitgewerkt plan ter goedkeuring aan de minister moet voorleggen. Dit moet vervolgens getoetst worden aan de minimale dienstverlening waaraan een netwerk dient te voldoen. Dat houdt in dat er een definitie wordt uitgewerkt van een zorggebied (met mogelijks 300.000 tot 500.000 inwoners). Bovendien wordt er vastgelegd welke gespecialiseerde diensten in elk van deze gebieden zeker moeten worden aangeboden. De verplichte tijdskritische diensten omvatten daarbij een gespecialiseerde spoedopname met – op somatisch vlak – aansluitend B2 (en B3?), S2 en traumatologie.

De verplichte minder tijdskritische diensten omvatten oncologische zorg (met PET, radiotherapie en oncologische chirurgie), hospitalisatiedienst pediatrie en dialyse. Binnen het netwerk dient ook een wachtpermanentie verzekerd te worden, inclusief voor “meer ambulante” disciplines zoals oftalmologie, NKO en dermatologie. Ten slotte moet binnen het netwerk ook de gepaste opvang van acute psychiatrische pathologie worden voorzien (EPSI en acute K). Voor zeer zeldzame aandoeningen dient een bijkomend supraregionaal niveau te worden voorzien, dat de universitaire ziekenhuizen betreft. (Sub)specialisatie is daarbij belangrijker dan het afstandscriterium.

» **Artikel 9 6 °**

In tegenstelling tot het advies van de NRZV stellen wij voor dit artikel aan te passen. Het lijkt immers logisch dat niet elke beslissing om te investeren in één van de ziekenhuizen van de groepering door het coördinatiecomité moet worden goedgekeurd. De oprichting van nieuwe diensten of van medisch-technische diensten vragen daarentegen wel een dergelijke goedkeuring.

» **Artikel 13 § 1**

Zeer belangrijk is de **governancestructuur van het netwerk**. Daartoe kan verder gebouwd worden op het benoemde coördinatiecomité dat in artikel 13 § 1 aangehaald wordt. Daarbij wordt gesteld dat dit comité bestaat uit vertegenwoordigers van de beheerders van de onderscheiden ziekenhuizen. Dit moet verder geëxpliciteerd worden, op basis van de volgende leidraden:

- > Een paritaire samenstelling, los van de grootte van het ziekenhuis (volgens het “One man, one vote”-principe) en met een zogenoemde alarmbelprocedure;
- > Een vertegenwoordiging van elk ziekenhuis, AD en VZ, waarbij vermeden wordt dat het comité aan slagkracht verliest door een te brede samenstelling;
- > Een roterend voorzitterschap;
- > De deelname in eerste instantie van alle algemene ziekenhuizen in een zorggebied. De samenwerking met de PZ en de categorale ziekenhuizen in het zorggebied moet in functie van het te garanderen zorgaanbod uitgewerkt worden. Meerdere samenwerkingsmodaliteiten, waaronder toetreden tot de groepering of associatie tussen diensten, zijn mogelijk;
- > Geen echelonnering tussen ziekenhuizen en geen verplichte inclusie van een UZ in een regionaal netwerk.
- > Het coördinatiecomité dient het juridische statuut van netwerkbeheerder te krijgen (zie artikel 15 van de ziekenhuiswet), zodat erkenningen ook aan het netwerk in plaats van aan individuele ziekenhuizen kunnen worden toegekend (en het netwerk hiervoor de financiële verantwoordelijkheid draagt).

» **Artikel 12 § 12**

Dit artikel gaat in op de financiële afspraken binnen een groepering. Concreet houdt dit in dat het coördinatiecomité ook als een vorm van rekenkamer kan fungeren, die de gecumuleerde exploitatieresultaten van de deelnemende ziekenhuizen overziet om afspraken te kunnen maken over de “return on investment” naar elke deelnemer in het netwerkverband. Zo kan ook het positieve effect van de samenwerking op de samenstellende BFM’s (hetzij door een toename van de verantwoorde bedden en case-mix, hetzij door een besparing op de kostenplaatsen binnen de BFM-diensten) verdisconteerd worden.

Een essentiële randvoorwaarde die met de beleidsmakers dient vastgelegd te worden, is dat deze *shared savings* binnen het netwerk kunnen blijven.

De twee onderstaande voorbeelden verduidelijken het potentieel hiervan:

1. Het samenbrengen van twee materniteiten van elk 400 bevallingen op één site laat toe om met behoud van gelijke inkomsten (over beide materniteiten samen), een inzet van 6 VTE te besparen.
2. Het doorverwijzen van 200 ingrepen cardiochirurgie naar één site in het netwerk brengt voor dat ziekenhuis een extra financiering in het BFM die mee die minstens voldoende is om de benodigde uitbreiding van C-bedden te bemannen (en afhankelijk van de individuele situatie, financiering voor een bijkomende permanentie in de OK-zaal).

Behalve aanpassingen aan het KB over de groepering zijn ook de volgende bijkomende wijzigingen in de wetgeving noodzakelijk.

- De deprogrammatie van de NMR-toestellen, zodat elk ziekenhuis voor zichzelf kan uitmaken welk park aan medische beeldvorming noodzakelijk is. Het innovatieve karakter en de kostprijs van de huidige NMR-toestellen sluiten niet langer aan bij het initiële programmatie- en financieringsbesluit.
- Een herziening van de huidige programmatie van meer gespecialiseerde zorgprogramma's zoals het zorgprogramma gespecialiseerde oncologie of cardiochirurgie is op zijn plaats, in het licht van medische evoluties. (Zo is oncologie nu een veel chronischere aandoening dan vroeger en is cardiochirurgie geëvolueerd van CABG naar EFO.)
- De huidige gescheiden programmatieregels in verband met de PAAZ en de PZ zijn aan herziening toe.
- Het uitgangspunt van een regionaal ziekenhuisnetwerk bestaat erin om in een zorggebied zo goed mogelijke zorg op een zo efficiënt mogelijke manier aan te bieden. Het lijkt dus evident dat deze samenwerkingsvorm tussen zorgverleners vanuit het "bijzaak volgt hoofdzaak"-principe vrijgesteld blijft van BTW.
- Ten slotte vragen wij de nodige aandacht voor de reconversie van ziekenhuisbedden die door de optimalisatie dankzij de samenwerking in netwerkverband kunnen gesloten worden (herinvoering reconversiepremie). We vragen behoud van het vrijgekomen budget om alternatieve vormen van zorg te organiseren in samenspraak met de betrokken organisaties binnen het zorggebied.



Conclusie

De bedoeling van dit voorstel is om op een eenvoudige manier een aangepast kader te creëren dat de vorming van regionale ziekenhuisnetwerken faciliteert en het sociaal ondernemerschap in de sector stimuleert. Op voorwaarde dat ziekenhuizen de zorg blijven aanbieden die nodig is voor hun zorggebied, kunnen ze daarbij bepalen hoe snel ze willen en kunnen gaan in het samenbrengen van diensten en/of zorgpakketten. In eerste instantie kan zich dat beperken tot het gezamenlijk exploiteren van bepaalde zware apparatuur of infrastructuur. In een latere fase kan die samenwerking uitgebreid worden tot hospitalisatie-afdelingen (mede in functie van eventueel vereiste infrastructuurwerken). Het is evident dat de volledige concretisering van regionale ziekenhuisnetwerken op langere termijn gezien moet worden. Sommige facetten botsen op de bestaande situatie of de inplanting van ziekenhuizen zoals die de voorbije decennia gegroeid is. Dat geldt zeker in grootstedelijke gebieden zoals Gent en Antwerpen. Aan die specificiteit kunnen we niet zomaar voorbijgaan.

Een vaak gehoorde opmerking is dat wegens onder meer de medische expertise, (artsen van) ziekenhuizen met meerdere ziekenhuizen willen samenwerken, wat een vast, structureel netwerk tussen enkele ziekenhuizen bemoeilijkt. Dit voorstel staat dat niet in de weg. Een vast netwerk dat het geheel van de diensten omvat, laat naar ons inzicht weliswaar meer financiële optimalisatie toe. De uitbouw van een regionaal ziekenhuisnetwerk moet overigens op de langere termijn worden gezien. Het invullen van eventuele hiaten op het vlak van medische expertise en/of infrastructurele aanpassingen moeten de nodige tijd krijgen.

In ditzelfde concept past ook de opportuniteit om artsengroepen te vormen (al dan niet onder de vorm van formele associaties) die actief zijn in meerdere ziekenhuizen binnen het netwerk. Dit biedt heel wat evidente voordelen zoals de groei van subspecialisaties binnen diensten (met een breder rekruteringsgebied met het behoud en de uitbouw van specifieke expertise als gevolg). Dat speelt in het voordeel van elk betrokken ziekenhuis (bijvoorbeeld door consultaties door gespecialiseerde stafleden op meerdere sites). We zien ook een positieve impact op de spreiding van de wachtpermanentie, wat kleinere ziekenhuizen kan helpen bij het aantrekken van talentvolle, beginnende artsen. Een belangrijke voorwaarde voor ziekenhuisoverschrijdende artsengroepen is immers het nakomen van verplichte dienstverlening in de betrokken ziekenhuizen.

Ten slotte mogen we niet blind zijn voor de verandering in de *mindset* van ziekenhuizen die nodig is om regionale ziekenhuisnetwerken te realiseren. Het spreekt voor zich dat de communicatie over het concept en de mogelijke voordelen van regionale ziekenhuisnetwerken daarbij een cruciaal aandachtspunt en een bepalende succesfactor zullen zijn.

Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be

