

16 dec 2016 -06:31

Ziekenhuizen: van concurrentie naar structurele samenwerking en taakverdeling

In het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap bepaalde minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid De Block onlangs dat ziekenhuizen meer structureel moeten samenwerken, om hun taken beter te verdelen en de zorg te coördineren. De huidige wettelijke samenwerkingsvormen en bestuursstructuren volstaan echter niet meer om deze doelstellingen te ondersteunen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelt voor om drie nieuwe samenwerkingsvormen in de wetgeving op te nemen: het geïntegreerd zorgsysteem, het gecoördineerd netwerk en het autonoom samenwerkingsinitiatief. In elk van deze drie modellen worden de samenwerkende ziekenhuizen aangestuurd door een overkoepelend beslissingsorgaan, dat, afhankelijk van het gekozen model, een strategische of een meer beperkte beslissingsbevoegdheid heeft. Om een te bruuske breuk met de huidige situatie te vermijden, en om voldoende draagkracht voor de hervorming te genereren, stelt het KCE voor om de ziekenhuissector voldoende flexibiliteit te geven om zelf de meest geschikte samenwerkingsvorm en bestuursstructuren te kiezen. Zo kunnen ze op hun eigen tempo tot een betere samenwerking en integratie komen.

Huidige samenwerkingen ontoereikend

Al een aantal decennia zijn de Belgische ziekenhuizen aan het evolueren van op zichzelf staande, individuele entiteiten naar bredere zorgorganisaties die met elkaar samenwerken. Hiervoor zijn er verschillende redenen: soms verplicht de overheid hen ertoe voor het aanbieden van gespecialiseerde zorg (bv. cardiologische zorgprogramma's). Of door een toenemende financiële druk zijn ze verplicht om kosten te besparen, bv. door ondersteunende diensten te delen (zoals ICT). Deze samenwerkingen kwamen tot nu toe echter vaak ad hoc tot stand en dragen onvoldoende bij tot taakverdeling en coördinatie.

Voorlopige visienota: 25 locoregionale ziekenhuisnetwerken

In het kader van de hervormingen van het ziekenhuislandschap bepaalde minister De Block onlangs dat ziekenhuizen meer structureel moeten samenwerken, om hun taken beter te verdelen en de zorg te coördineren. Op die manier kan zeer complexe zorg enkel in hierin gespecialiseerde ziekenhuizen worden aangeboden (bv. voor zeldzame kankers) of kan bepaalde zorg worden gerationaliseerd (bv. door materniteiten met een lage activiteit samen te voegen).

In haar voorlopige visienota van oktober 2016 wordt de minister meer concreet: ze voorziet een 25-tal locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken in België, die elk ongeveer 400 000 tot 500 000 inwoners (of potentiële patiënten) dekken. Elk locoregionaal netwerk (maar niet noodzakelijk elk ziekenhuis) biedt algemene en gespecialiseerde zorg aan. Voor zeer gespecialiseerde zorg die niet in elk locoregionaal netwerk wordt aangeboden, wordt een samenwerking over de grenzen van deze netwerken heen voorzien, in de vorm van referentienetwerken.

Drie modellen: geïntegreerd zorgsysteem, gecoördineerd netwerk en autonoom

samenwerkingsinitiatief

Vandaag bestaan er drie wettelijke samenwerkingsvormen en bestuursstructuren: ziekenhuisassociatie, ziekenhuisgroepering en fusie. Deze volstaan echter niet meer om tot de beoogde efficiënte taakverdeling te komen. Het KCE analyseerde, in samenwerking met UGent en UZ Gent, de wetenschappelijke literatuur en wetgeving, bestudeerde ervaringen in binnen- en buitenland en raadpleegde experts van het terrein. Het KCE stelt voor om drie nieuwe samenwerkingsvormen in de wetgeving op te nemen: het gecoördineerd netwerk, het geïntegreerd zorgsysteem en het autonoom samenwerkingsinitiatief.

In elk van deze drie modellen worden de samenwerkende ziekenhuizen aangestuurd door een overkoepelend bestuursorgaan. De rol van dit centrale orgaan varieert afhankelijk van de samenwerkingsvorm.

In een gecoördineerd netwerk heeft het centrale bestuursorgaan (netwerkcomité) een afgebakende beslissingsbevoegdheid die wordt bepaald door de ziekenhuizen die lid zijn van het netwerk. De mate van samenwerken hangt af van wat de netwerkleden hebben beslist: de samenwerking kan zeer ruim zijn of zich beperken tot een welbepaald zorgprogramma.

Bij het geïntegreerd zorgsysteem en het autonoom samenwerkingsinitiatief daarentegen is dit centrale bestuursorgaan verantwoordelijk voor alle strategische beslissingen, maar is de scope van de samenwerking verschillend: bij een geïntegreerd zorgsysteem is de samenwerking zeer ruim (bv. volledig zorgaanbod van verschillende ziekenhuizen), terwijl een autonoom samenwerkingsinitiatief zich toespitst op bv. welbepaalde zorgprogramma's of medisch-technische diensten (zie ook infografieken hieronder 'overzicht van de aanbevolen modellen').

Voldoende flexibiliteit voor voldoende draagkracht

Om een te bruuske breuk met de huidige situatie te vermijden en om voldoende draagkracht voor de hervorming te genereren, stelt het KCE voor om de sector voldoende flexibiliteit te geven om zelf de meest geschikte samenwerkingsvorm en bestuursstructuren te kiezen. Ziekenhuizen moeten kunnen kiezen voor het model dat het best aansluit bij hun doelstellingen inzake taakverdeling en samenwerking en bij de reeds bestaande toenaderingen naar andere ziekenhuizen. De bedoeling is wel dat, wanneer het vertrouwen is gegroeid, men op termijn evolueert naar een meer intense samenwerkingsvorm, met een graduele versterking van de taakverdeling en zorgcoördinatie.

Zo kan een gecoördineerd netwerk de opstap vormen naar een geïntegreerd zorgsysteem voor locoregionale samenwerking rond algemene en gespecialiseerde ziekenhuisfuncties. Gedurende een bepaalde overgangperiode kan een gecoördineerd netwerk worden gecombineerd met autonome samenwerkingsinitiatieven voor goed omschreven (klinisch, wettelijk, budgettair) zorgprogramma's of diensten.

Omwille van de rechtszekerheid moeten de bestaande samenwerkingsvormen (ziekenhuisassociatie, ziekenhuisgroepering en fusie) voorlopig alleszins behouden blijven, maar nieuwe associaties of groeperingen zouden niet meer mogen worden toegelaten.

Te vervullen randvoorwaarden

Een loutere aanpassing van de ziekenhuiswet volstaat niet. Er moeten ook de nodige randvoorwaarden worden vervuld, zoals een aangepaste financiering, een bewaking van de zorgkwaliteit en het bepalen van

de verantwoordelijkheden m.b.t. gegevensbeheer en privacy. Een 'mededingingsautoriteit voor de gezondheidszorg' moet er daarnaast op toezien dat de keuzevrijheid van de patiënt of de arts niet te sterk wordt ingeperkt bij het oprichten van de nieuwe samenwerkingsvormen.

Overzicht van de aanbevolen modellen

Geïntegreerd zorgsysteem (submodel 1)

Geïntegreerd zorgsysteem (Submodel 2)

Gecoördineerd netwerk

Autonoom samenwerkingsinitiatief

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e
verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be