



MEER WAARDE IN DE ZORG

Memorandum met het oog
op de verkiezingen van 26 mei 2019

April 2019

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
Inleiding.....	5
De uitdagingen, met onze antwoorden	7
I. Een rond de patiënt georganiseerde gezondheidszorg, een financiering gericht op kwaliteit en resultaten	8
II. Een vereenvoudigd reglementair kader.....	16
III. Human resources.....	20
Referenties.....	24
Bijlage: Lijst van gebruikte afkortingen.....	25

48
Instellingen

14.000⁺
Werknemers



50
Verspreid over meer
dan 50 locaties

6.500
Bedden
en plaatsen



19
In de 19 gemeenten van het
Brussels Hoofdstedelijk Gewest

14
Ziekenhuizen



4
Psychiatrische verzorgingstehuizen



10
Initiatieven van beschut wonen



5
RIZIV-overeenkomsten



13
Rusthuizen



2
Dienst voor geestelijke
gezondheidszorg en vereniging
voor thuiszorg



Voorwoord

Op 26 mei 2019 worden belangrijke verkiezingen gehouden: de kiezer wordt uitgenodigd om zijn vertegenwoordigers te kiezen in alle parlementen die deel uitmaken van onze federale staat. Het belang daarvan kan niet voldoende benadrukt worden, aangezien de bevoegdheden inzake gezondheid verspreid zijn over zowel het federale niveau als de gewesten en de gemeenschappen. Als actor of belanghebbende in de gezondheidszorg **hebt u ongetwijfeld oog voor de bescherming van een gezondheidszorg die de patiënt daadwerkelijk centraal stelt.**

Als vertegenwoordiger van de private social profit gezondheidsinstellingen in Brussel wil GIBBIS een constructieve bijdrage leveren aan de dialoog en de besluitvorming van de verschillende instanties van het land die bevoegd zijn voor gezondheidszorg.

De vraag naar zorgverlening blijft maar groeien en vormt een echte uitdaging. De kwaliteit van de zorgverstrekking in België is uitstekend en dat moet in de toekomst ook zo blijven. We willen dat alle patiënten kunnen blijven genieten van een kwalitatieve zorgverlening, ongeacht waar ze zich bevinden. We pleiten voor een organisatie van de zorgverstrekking die uitgaat van de patiënt en aangepast is aan zijn behoeften, ondersteund door een financiering die gericht is op kwaliteit en resultaten. Met, uiteraard, meer personeel ten dienste van de patiënt. Want kwaliteit begint voor alles bij het menselijke.

Om een hoogkwalitatieve gezondheidszorg aan te kunnen bieden is een echt maatschappelijk engagement nodig. Daar bent u zeker niet ongevoelig voor: de zorgverlening mag niet langer gezien worden als een kost, maar wel als een investering.

Om dat te kunnen bewerkstelligen vragen we een vereenvoudiging van de reglementering die vandaag de ontwikkeling belemmert van oplossingen die niet alleen innovatief zijn, maar ook de patiënt ten goede komen.

Omdat *de kwaliteit van de zorgverstrekking ten gunste van de patiënt* onze absolute prioriteit moet blijven, wil GIBBIS concrete voorstellen op tafel leggen. We nodigen u graag uit om deze in de hiernavolgende pagina's te ontdekken. En wij hopen u te kunnen overtuigen, er samen met ons voor te gaan.

Inleiding

Met dit memorandum wil GIBBIS op een constructieve manier bijdragen tot de dialoog met en de besluitvorming van de verschillende instanties die in ons land bevoegd zijn op het vlak van gezondheidszorg. Daarbij hebben wij bijzondere aandacht voor de specifieke aspecten van de Brusselse context, aangezien GIBBIS de werkgeverskoepel is van de private social profit gezondheidsinstellingen van het Brussels hoofdstedelijk gewest.

De gezondheidsinstellingen die lid zijn van GIBBIS zien het als hun maatschappelijke verantwoordelijkheid:

- om zich te bekommeren om de patiënt en zijn noden;
- om te zorgen voor een kwalitatieve zorgverlening op de lange termijn;
- om toe te zien op het behoud van een uitstekende toegankelijkheid van onze zorgverstrekking.

Ons land wordt erkend voor de kwaliteit van zijn gezondheidszorg. In de *'Euro Health Consumer Index'* (EHCI) van 2018 neemt België de 5^e plaats in op een totaal van 35 deelnemende landen. Deze goede positie hebben we voornamelijk te danken aan de toegankelijkheids- en beschikbaarheidsindicatoren van de verstrekkingen. Hoogstwaarschijnlijk verklaart dit de goede perceptie bij de bevolking van het Belgische ziekenhuissysteem¹.

Om ook morgen tot de beste leerlingen van de klas te kunnen blijven behoren, is het absoluut noodzakelijk dat de middelen die in een kwalitatieve gezondheidszorg geïnvesteerd worden niet als een kost beschouwd worden, maar als een doeltreffend maatschappelijk engagement.

➤ **Gezondheidszorg is geen kost, maar een investering voor de samenleving**

De sector van de gezondheidszorg is in volle verandering:

- sociodemografische tendensen: vergrijzing van de bevolking, toename van het aantal patiënten met meerdere ziektebeelden en chronische ziektes,...
- evolutie in de zorgverstrekking aan de patiënten: verkorting van de ziekenhuisverblijven, nieuwe vormen van zorgverstrekking,...
- komst van almaar performantere maar vaak dure nieuwe technologie;
- de toenemende informatisering.

Ook de behoeften en verwachtingen van de patiënt evolueren. Hij verwacht volwaardig actor te kunnen zijn van zijn gezondheid en te kunnen genieten van een geïndividualiseerde zorgverlening, op maat. Dat is wat bedoeld wordt met *'patient empowerment'* – waar nu al zo veel over gesproken wordt en dat naar de toekomst toe nog meer aan belang zal winnen.

In deze context, en rekening houdend met de beperkte menselijke en financiële middelen, pleit GIBBIS voor een vereenvoudigd en flexibel regelgevend kader. Het budget moet voorspelbaar zijn, ondersteund door een reële groeinorm, die de natuurlijke groei van de vraag naar zorgverstrekking volgt. Onze sector moet op een doelgerichte manier kunnen investeren in projecten met een hoge return on investment, zoals de digitalisering van de informatie.

☰ WIJ ORDENEN ONZE EISEN ROND DE VOLGENDE UITDAGINGEN

I. Een rond de patiënt georganiseerde gezondheidszorg, een financiering gericht op kwaliteit en resultaten

De uitdaging: opdat alle patiënten zouden kunnen genieten van een kwalitatieve zorgverlening, ongeacht de plaats waar ze zich bevinden, stellen we voor om een zorgverstrekking te organiseren die uitgaat van de patiënt en aangepast is aan zijn behoeften, alsook voor een financiering te zorgen die gericht is op kwaliteit en het behalen van resultaten, met name door een sterkere ondersteuning van de digitalisering en de verdere ontwikkeling van technologie.

II. Vereenvoudiging van het reglementair kader

De uitdaging: om deze transformatie van het organisatorische model te doen slagen, moet het reglementair kader vereenvoudigd en flexibeler gemaakt worden. Dat is nodig als we constructieve samenwerkingen willen uitbouwen en de middelen zo efficiënt mogelijk willen besteden in functie van kwaliteitsdoelstellingen. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de specifieke Brusselse context.

III. Meer menselijke middelen als onontbeerlijke voorwaarde voor de realisatie van een kwalitatieve zorgverlening

De uitdaging: we moeten over voldoende medewerkers kunnen beschikken en het personeelseffectief beter kunnen toewijzen om een kwalitatieve geïndividualiseerde zorgverlening te kunnen bieden die is aangepast aan de almaar zwaarder wordende pathologieën.

DE UITDAGINGEN, met onze antwoorden



I. Een rond de patiënt georganiseerde gezondheidszorg, een financiering gericht op kwaliteit en resultaten

DE UITDAGING

Opdat alle patiënten zouden kunnen genieten van een kwalitatieve zorgverlening, ongeacht de plaats waar ze zich bevinden, pleiten wij voor een organisatie van de zorgverstrekking die uitgaat van de patiënt en aangepast is aan zijn behoeften, alsook voor een financiering die gericht is op kwaliteit en het behalen van resultaten, met name door een sterkere ondersteuning van de digitalisering en de verdere ontwikkeling van technologie.

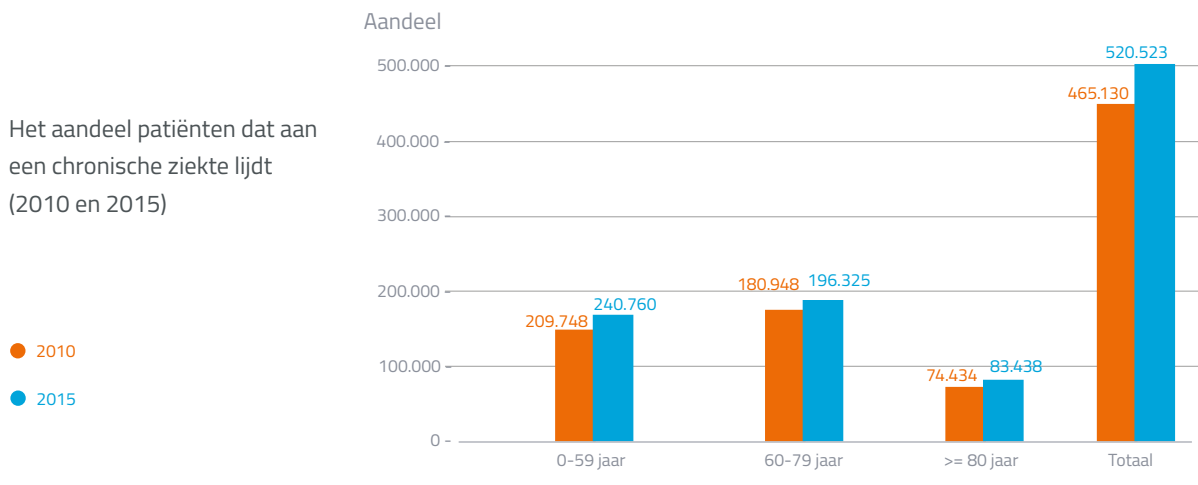
ORGANISATORISCHE UITDAGINGEN

Het staat buiten kijf dat de bevolking vergrijsd. De levensverwachting bedraagt vandaag 84 jaar voor vrouwen en 79 jaar voor mannen. Verwacht wordt dat deze nog zal stijgen tot 90 jaar in 2070, als gevolg van de verbetering van de hygiëne en de vooruitgang van de geneeskunde.

Personen die getroffen worden door ernstige ziektes, leven ook almaar langer. Het aandeel patiënten dat aan een chronische ziekte lijdt, vaak met meervoudige

ziektebeelden, blijft toenemen. Deze personen vertegenwoordigen vandaag 25% van de bevolking. De zorgbehoeften van deze patiënten verschillen echter van die van acute patiënten. Ze worden vaak gekenmerkt door een afwisseling van ambulante zorgverlening en acute verblijven in het ziekenhuis, al dan niet gevolgd door een revalidatiefase.

Het aandeel patiënten dat aan een chronische ziekte lijdt (2010 en 2015)



Hetzelfde doet zich ook voor in de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Steeds meer residenten met psychiatrische problemen kloppen aan bij een rusthuis, wanneer de mate waarin ze van derden afhankelijk zijn (als gevolg van hun leeftijd) toeneemt en de opvangstructuur waarin ze verblijven, niet langer in staat blijkt om op een gepaste manier aan hun behoeften tegemoet te komen. Volgens de *Wereldgezondheidsorganisatie* (WHO) lijdt ongeveer 15% van de volwassenen die ouder zijn dan 60 jaar, aan een psychische stoornis². De rusthuizen zijn niet bij machte om deze personen de dubbele zorgverlening te bieden die ze nodig hebben: de zorg die verband houdt met hun psychiatrische stoornissen en die welke te wijten is aan hun groeiende mate van afhankelijkheid die 'alleen' gerelateerd is aan hun leeftijd. Deze personen hebben in werkelijkheid behoefte aan een specifieke structuur die hun een professionele omkadering biedt, verzorgd door personeel dat daar specifiek voor is opgeleid.

≡ Een organisatie die niet aangepast is aan de nieuwe zorgnoden

De organisatie van de sector van de gezondheidszorg is niet aangepast aan deze ontwikkelingen. De vele scheids- wanden tussen 'silo's' zijn een echte rem op de continuïteit van de zorgverstrekking en staan een efficiënt gebruik van de ingezette middelen in de weg. De belangstelling voor en het belang van multidisciplinariteit wordt door iedereen erkend. Het is bijgevolg belangrijk om ook op het terrein op een transversale manier te werken.

Wegbereiders hebben alternatieven ontwikkeld voor de residentiële zorgverlening, met een reële meerwaarde voor de patiënten. Ze zijn kwalitatief hoogstaand, toegankelijk

en goedkoper voor de sociale zekerheid dan de 'klassieke' zorgverstrekking. Deze initiatieven worden in nauwe samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn³ georganiseerd. De actoren die deze projecten op het terrein hebben ontplooid moeten echter opboksen tegen te rigide wettelijke eisen en een gebrek aan publieke financiering waardoor de financiële toegankelijkheid in het gedrang komt.

≡ Een "bottom-up" benadering

De sector van de geestelijke gezondheidszorg geldt op dit vlak eveneens als voorloper. In 2007 werd het startschot gegeven voor een grondige hervorming ervan. De kerngedachte is om de zorgverlening zoveel mogelijk te de-institutionaliseren. Zodoende werden overal in het land zogenaamde 'Artikel 107-projecten' gelanceerd. Vandaag ontbreekt het echter aan de financiële middelen – in het bijzonder in Brussel – om die hervorming uit te voeren zonder middelen te ontnemen aan het bestaande aanbod, dat al ontoereikend is. Het aanbod aan psychiatrische ziekenhuisbedden in Brussel is immers, met slechts 8,4 % van de bedden van het land, al kleiner in vergelijking met dat van de andere gewesten.

Tot slot verlammen bepaalde regelgevende en financiële onzekerheden vaak de concrete vooruitgang op het terrein. Het systeem is dringend aan vernieuwing toe. Dat is intussen een vanzelfsprekendheid geworden, waarmee alle actoren van de gezondheidszorg het eens zijn. Maar GIBBIS heeft altijd gepleit voor een 'bottom-up' aanpak. Opdat de sector de verandering zou ondersteunen, moeten de hervormingen samen met diezelfde sector en de federaties die hem vertegenwoordigen, worden uitgetekend.

Het invoeren van een nieuw model zonder ‘silovorming’, dat aangepaste vormen van zorgverlening aanbiedt die nauw met elkaar samenwerken om de patiënt de beste kwalitatieve en toegankelijke zorgverstrekking aan te kunnen bieden.

In het nieuwe zorgverleningsaanbod waar wij voor pleiten, werken instellingen en actoren hand in hand samen met als doel een kwalitatieve en toegankelijke zorgverstrekking aan te bieden tegen een redelijke kostprijs. We hebben het dan zowel over horizontale samenwerkingen, tussen hetzelfde soort zorgverleningsactoren, als over verticale samenwerkingen, tussen de 1^{ste}, de 2^{de} en de 3^{de} lijn. De digitalisering van de medische informatie en van de zorgverlening is een belangrijke hefboom om zulke samenwerkingen mogelijk te maken.

Sommige vormen van zorgverstrekking moeten nog verder uitgewerkt worden om de leemtes op te vullen, die we in het huidige zorgverleningsaanbod waarnemen, om zo de kwaliteit en/of de efficiëntie van de zorgverstrekking te verbeteren.

Voor GIBBIS zijn de volgende acties primordiaal.

≡ De oprichting van ziekenhuisnetwerken vereist nauwe samenwerking tussen de bevoegde autoriteiten

De Brusselse ziekenhuizen trekken 35% niet-Brusselse patiënten aan. Ondanks de institutionele complexiteit moeten er ziekenhuisnetwerken gevormd worden, die deze realiteit weerspiegelen en die dus de gewest- en gemeenschapsgrenzen overstijgen. De bevoegde instanties dienen nauw samen te werken om de invoering van die netwerken te bevorderen.

Als we inderdaad de zorgverlening op middellange termijn doeltreffender willen organiseren, moeten er op korte termijn middelen voorzien worden om de aanzienlijke kosten te dekken die gepaard gaan met de reorganisatie van het aanbod binnen de netwerken.

Gezien de doelstelling om sommige gespecialiseerde zorgverstrekkingen centraal te organiseren, zullen de transportkosten van de patiënten die een overbrenging vergen, gefinancierd moeten worden om te vermijden dat deze kosten door de patiënten moeten worden gedragen. Bovendien moet de sector ten volle een beroep kunnen doen op de nieuwste technologieën voor producttransport, zoals bijvoorbeeld het vervoer van bloedstalen per drone.

≡ Extra middelen om de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg af te ronden

Voor de sector van de geestelijke gezondheidszorg, die baanbrekend werk heeft verricht met betrekking tot de-institutionalisering en samenwerking, is het hoog tijd dat de energie die het voorbije decennium in de zogenaamde ‘Artikel 107-projecten’ geïnvesteerd werd, zijn vruchten begint af te werpen.

Vandaag ontbreekt het echter aan de middelen, in het bijzonder in Brussel, om die hervorming te doen slagen zonder middelen te ontnemen aan het bestaande aanbod dat al ontoereikend is. Naast de inspanningen die de actoren op het terrein al hebben geleverd, moeten er dringend middelen vrijgemaakt worden om de mobiele teams aan te vullen en het hele gewestelijke grondgebied te bestrijken.

Voorts moet het aanbod aan gespecialiseerde eenheden versterkt worden voor patiënten die aan een dubbele diagnose van een intellectuele handicap en een geestesziekte lijden. Het ontbreekt aan beter bemande structuren om de meest complexe patiënten te verzorgen, zowel in het ziekenhuis als in het psychiatrische verzorgingshuis (PVT), de mobiele interventiecel, het verblijfcentrum of het dagcentrum⁴.

Evenzo ontbreekt het in Brussel aan bedden in de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven voor beschut wonen. Slechts een derde⁵ van de geplande PVT-bedden is geopend. De wachtlijsten zijn lang voor de patiënten die in een PVT of een IBW opgenomen willen worden. Het aanbod moet versterkt worden.

De erkenningsnormen van de PVT's en de IBW's zijn dertig jaar oud! We vragen dan ook om deze te actualiseren. De afdeling geestelijke gezondheid van de GGC keurde in 2016 ontwerpen van nieuwe normen goed, die nog door het Verenigd College goedgekeurd moeten worden. Deze normen zullen de onontbeerlijke opening van extra bedden vergemakkelijken⁶.

Vervolgens is het wenselijk om een nieuw aanbod te creëren waarvan de modaliteiten nog bepaald moeten worden, om tegemoet te komen aan de behoeften van de ouderen die met psychiatrische stoornissen kampen. De gemeenschappelijke verklaring⁷ voor de realisatie van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor ouderen, die gepubliceerd werd in het Belgisch Staatsblad van 12 december 2018, vormt een eerste stap in die richting.

≡ De vertegenwoordiging van de 1^{ste} lijn structureren om efficiënt samen te kunnen werken

Opdat samenwerking tussen de 2^{de} en de 1^{ste} lijn kan worden georganiseerd in overleg met één unieke gesprekspartner, dient de vertegenwoordiging van de eerste lijn gestructureerd te worden. Deze structurering is begonnen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en moet op doeltreffende wijze voortgezet worden.

≡ De organisatie van alternatieve vormen van zorgverstrekking, als alternatief voor klassieke zorgstructuren

GIBBIS vraagt om de organisatie van alternatieve vormen van zorgverstrekking te vergemakkelijken door middel van een voldoende soepel wettelijk en financieel kader, dat toelaat om:

- het aanbod te diversifiëren en de opening van nieuwe zorginstellingen te vereenvoudigen;
- de zorgverstrekking beter te coördineren;
- de structuren te ontzuilen, ongeacht hun toebehoren aan een bepaalde gemeenschap of het federale niveau om een continuïteit in de zorgverstrekking te verzekeren daar waar de patiënt zich bevindt;
- en dit in nauwe samenwerking tussen de 1^{ste} en de 2^{de} lijn.

De volgende maatregelen kunnen dit mogelijk maken:

- een residentiële activiteit (ziekenhuis, rusthuis, serviceflat, ...) moet tot een alternatieve vorm van zorgverlening omgeschakeld kunnen worden;
- een zekere verschuiving toestaan van de infrastructuursubsidies tussen klassieke instellingen en nieuwe zorginstellingen bij eenzelfde beheerder, in het bijzonder in Brussel waar de aankoop van een terrein of een gebouw erg complex is geworden;
- een specifieke nomenclatuur ontwikkelen voor de vergoeding van de verstrekte zorgen in deze nieuwe zorginstellingen om de toegankelijkheid voor de patiënt te verbeteren en innovatieve technologieën te bevorderen (bv. domotica). Zo kan de patiënt makkelijker thuis kan blijven, met een vergoeding van de e-consultaties en de monitoring op afstand.

Voorbeelden van bestaande alternatieve en innovatieve vormen van zorgverlening

We denken daarbij aan zorghotels zoals Cité Sérine te Schaarbeek of de Koninklijke Villa te Oostende, thuishospitalisatie, woonzorgzones, samenhuizen, woningen voor senioren (Residentie Magnolia te Jette), ...

≡ BUDGETTAIRE UITDAGINGEN

De patiënten met meervoudige ziektebeelden en de chronische zieken vertegenwoordigen vandaag 25% van de bevolking. Aangezien de gemiddelde jaarlijkse uitgave aan gezondheidszorg ten laste van de sociale zekerheid van chronisch zieken zeven keer hoger is dan die van personen zonder chronische aandoening, is de impact hiervan op het budget van de gezondheidszorg bijzonder groot. De chronisch zieken zijn goed voor 70% van de totale gezondheidszorguitgaven. Het aanzienlijke en toeneemende gewicht van de chronische aandoeningen op de uitgaven van de gezondheidszorg wordt jaar na jaar zwaarder om dragen en vormt een echte budgettaire uitdaging.⁸

≡ Grote budgettaire uitdagingen, binnen een context van onderfinanciering

De zorgverlening berust steeds meer op geavanceerde technologieën. We staan bij de aanvang van een periode waarin nanotechnologieën, robotisering, mobiele gezondheidszorg, de komst van artificiële intelligentie en de verwerking van *big data* integraal deel zullen uitmaken van het dagelijkse leven van de patiënten en zorgverleners. Dit zal de manier waarop de zorgen verstrekt worden, ingrijpend veranderen. Al deze technologieën bieden grote mogelijkheden om de zorgverlening te verbeteren, maar zullen ons onvermijdelijk voor budgettaire uitdagingen stellen.

De nieuwe technologieën laten ook een quasi ogenblikkelijke elektronische uitwisseling toe van het medisch dossier van de patiënt, wat onontbeerlijk is voor de samenwerking tussen zorgverstrekkers.

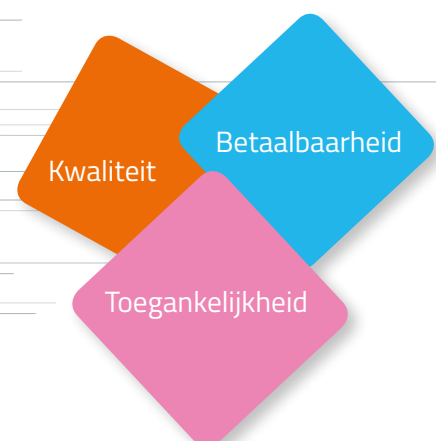
De gezondheidsinstellingen staan dus voor grote budgettaire uitdagingen, zonder evenwel over de financiële middelen te beschikken om eraan tegemoet te komen. De jaarlijkse groeinorm (bovenop de indexering) van het budget van de gezondheidszorg is van 4,5% in 2004 tot 2012 gezakt naar 1,5% vandaag. Toch geeft België minder uit aan gezondheidszorg dan zijn buurlanden⁹. Deze afname van het groeipercentage – een politieke en budgettaire beslissing – heeft geleid tot een reeks kostenbeperkende maatregelen.

Deze maatregelen hebben de historische **onderfinanciering van de gezondheidsinstellingen** nog verergerd. Hun financiële situatie is dan ook kritiek. Ter illustratie: het bedrijfsresultaat van de acute ziekenhuizen vertegenwoordigt nog maar 0,2% van de omzet, tegenover 1% in 2014. Meer dan 40% van de acute ziekenhuizen is vandaag verlieslatend¹⁰.

≡ Het doel : de patiënt zo goed mogelijke zorg verlenen die bovendien zo efficiënt mogelijk georganiseerd is

Ons land staat bekend¹¹ om de kwaliteit van zijn gezondheidszorg. De grote toegankelijkheid en de vrijheid van therapie en vereniging spelen hierin een sleutelrol. De uitdaging bestaat erin om een goede toegankelijkheid te behouden, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit geobjectiveerd en de begroting onder controle gehouden wordt, binnen een context van chronische historische onderfinanciering en nieuwe behoeften waaraan moet worden tegemoetgekomen.

Tot nog toe was de belangrijkste doelstelling van de beoogde hervormingen overduidelijk: meer doen met dezelfde of zelfs minder middelen. Wij gaan uit van een andere visie, met name **na te denken over de noodzakelijke hervormingen, gestoeld op een prioritaire doelstelling: de patiënt de beste zorgen te verstrekken en dat op de meest efficiënt mogelijke manier te organiseren.**



Een maatschappelijk engagement om doelgericht te blijven investeren in de gezondheidsinstellingen. Gezondheidszorg is geen kost maar een investering in de samenleving en in onze toekomst.

Elke maatschappij moet keuzes maken met betrekking tot de domeinen waarin ze haar beperkte middelen wil investeren. Ondanks de moeilijke budgettaire context is GIBBIS ervan overtuigd dat er geïnvesteerd moet blijven worden in de gezondheidszorginstellingen. De gezondheidszorg is immers geen kost, maar een investering in de samenleving en in onze toekomst. De landen die meer investeren in gezondheid winnen enkele jaren later het dubbele van hun investering terug, zowel inzake gezondheid en welzijn als op het economische vlak¹².

Een budgettaire voorspelbaarheid en stabiliteit voor alle gezondheidsinstellingen

Een hervorming van het model van het zorgaanbod kan alleen slagen in een stabiele omgeving en wanneer er tussen alle belanghebbende partijen een vertrouwensrelatie is. Onzekerheden verlammen verandering. Het is dan ook onontbeerlijk dat alle gezondheidsinstellingen van een op middellange termijn voorspelbare financiering kunnen genieten.

Wij zijn vragende partij voor deze budgettaire voorspelbaarheid op globaal niveau:

- er is nood aan een reële groeinorm die volstaat om de natuurlijke groei van de vraag naar zorgverlening te kunnen volgen en om doelgericht te kunnen investeren in projecten met een hoge return on investment;

- de begroting voor de gezondheidsinstellingen kan niet langer gebruikt worden om de verbintenissen van het verleden na te komen. Vandaag worden in de ziekenhuissector immers met de middelen van 2019 verbintenissen uit sociale akkoorden aangezuiverd ten belope van 200 miljoen €, die betrekking hebben op de jaren 2011 en 2012, en die de ziekenhuizen hebben moeten voorfinancieren. GIBBIS vraagt om het proces van de herziening van deze bedragen te versnellen en deze verbintenissen na te komen met budgetten die **van buiten de begroting** van de gezondheidszorg komen;
- GIBBIS vraagt de toepassing van het principe van de *'shared savings'*: de bezuinigingen die door een grotere efficiëntie of een vermindering van de consumptie gerealiseerd worden, worden opnieuw geïnvesteerd in de sector.

Voorts vragen we ook om een budgettaire continuïteit op niveau van de instelling, gekoppeld aan de netwerken voor de ziekenhuissector en de uitvoering van de 6^{de} Staatshervorming voor de initiatieven voor beschut wonen (IBW), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de rusthuizen. In het bijzonder voor de geregionaliseerde sectoren is budgettaire continuïteit (op dit moment alleen gewaarborgd door Iriscare¹³ voor een periode van 3 jaar) onontbeerlijk voor de patiënten waarvan het gewest waar ze wonen (of van hun ziekenfonds) verschilt van het gewest waar de instelling is gevestigd.

Voorbeelden van behoeften in de ziekenhuissector

Jaarlijkse stijging van de opnames	+ 1,02 %
Het aantal behandelde patiënten per verpleegkundige doen dalen van 11 naar 8	975 miljoen €
Niet gefinancierde informaticakost	500 miljoen €

Huidige groeinorm voor de ganse federale gezondheidszorgsector

1,5 % van de globale begrotingsdoelstelling
= 383,3 miljoen €

≡ Voldoende middelen om doelgericht te blijven investeren

Het is van essentieel belang dat de overheid doelgericht blijft investeren, niet alleen in het **personeel** dat rond de patiënt¹⁴ aanwezig is, maar ook in de **digitalisering** van de medische gegevens van de patiënt. Dit vergt aanzienlijke investeringen.

Vandaag is de ontwikkeling van de e-gezondheid en in het bijzonder van het Geïnformateerde patiëntendossier (EPD) sterk ondergefinancierd. Het EPD geldt in de ziekenhuizen echter als een *conditio sine qua non* om een efficiënte samenwerking te kunnen opzetten, niet alleen tussen de zorgverleners maar ook tussen de toekomstige ziekenhuisnetwerken. In het verleden zijn daarvoor middelen vrijgemaakt, zij het op erg ontoereikende wijze. Amper 10% van de kostprijs van de informatisering, die op € 560 miljoen geraamd wordt, is gedekt¹⁵. We vragen om te investeren in deze hefboom, die een goede samenwerking tussen de zorgactoren mogelijk maakt.

Bovendien blijven de verschillende overheden – gewestelijke, federale, Europese – nieuwe normen opleggen. We denken daarbij bijvoorbeeld aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de implementatie van de richtlijn voor de tracering van vervalste geneesmiddelen,... Als sommige nieuwe normen onontbeerlijk blijken, moeten ze ook gefinancierd worden, wat tegenwoordig maar al te zelden het geval is.

≡ Een financiering die is aangepast aan de nieuwe organisatie van de zorgverlening, minder afhankelijk van de locatie waar de zorgen verstrekt worden en gericht op kwaliteit en het behalen van resultaten

Opdat alle patiënten zouden kunnen genieten van een kwaliteitsvolle zorgverlening is het van essentieel belang dat de zorgen gefinancierd worden op een manier die losstaat van de plaats waar ze verstrekt worden of de daarbij gebruikte techniek. *In fine* pleiten we ervoor om te streven naar een financiering op basis van een gemeten resultaat en niet van een structuur of een manier van werken. Dit moet het bovendien mogelijk maken om onthaalstructuren te ontwikkelen met een gediversifieerd aanbod dat op een meer geïntegreerde manier georganiseerd en gefinancierd wordt.

Deze hervorming van de financiering mag in geen geval leiden tot een globale vermindering van de middelen die in de sector geïnvesteerd worden. Desgevallend moeten de middelen die vrijkomen door een eventuele daling van de consumptie, in de sector geherinvesteerd worden.

Een voorbeeld. Elke dag komen er meer geavanceerde, meer doeltreffende nieuwe technologieën op de markt die een tijds- en verblijfsduurbesparing opleveren, alsook een verbetering van de levenskwaliteit (dankzij de vermindering van de bijwerkingen van de behandelingen). Vandaag heeft de overheid de neiging om het gebruik van deze nieuwe technologieën te beperken om budgettaire overschrijdingen te vermijden. Wij vragen om alle gezondheidsinstellingen en zo ook alle patiënten toegang te verlenen tot deze technologieën, terwijl de financiering wordt



losgekoppeld van de gekozen techniek. De gezondheidszorg-professional zal zo voor de meest geschikte technologie kunnen kiezen, vrij van enige financiële stimulans voor de een of andere technologie. Meer in het bijzonder vragen wij dat de nucleaire magnetische resonantieapparaten prioritair gede-programmeerd worden en hun financiering hervormd.

In 2015 is begonnen met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Die is zo complex dat verschillende fundamentele aspecten ervan vandaag nog altijd nader worden bestudeerd. Het gaat onder meer om de analyse van het Budget van de Financiële Middelen (BFM) en het verband met de reële kosten, maar ook om het identificeren van de werkingskosten en het valoriseren van de intensiteit van medische prestaties.

Deze hervorming is een (unieke) gelegenheid om – stapsgewijs – te evolueren naar een financiering die minder afhangt van de plaats waar de zorgen verstrekt worden en die losstaat van de gehanteerde techniek. In afwachting van de voltooiing van de aan de gang zijnde studies vraagt GIBBIS dat op korte termijn, te midden van de talrijke behoeften die er op tafel liggen, voorrang verleend zou worden aan het aanmoedigen van het gebruik van het dagziekenhuis, dat een doeltreffend alternatief vormt voor

de klassieke ziekenhuisopname, door het opwaarderen van zijn activiteit en het schrappen van de belemmeringen voor de ontwikkeling ervan. Dit zou duidelijk een *'quick win'* zijn, die snel kan worden gerealiseerd.

≡ De financiering van bouwwerkzaamheden moet gebruikt worden als katalysator voor een aangepaste organisatie van de zorgverlening

GIBBIS vraagt dat er een 'GGC 2021-2026' bouwkalender wordt opgemaakt voor de ziekenhuisinstellingen, de PVT's, de IBW's en de psychosociale revalidatie-overeenkomsten die onder de bevoegdheid van de GGC vallen. Deze moet focussen op bouwwerken in het kader van de ziekenhuisnetwerken, alsook op een vernieuwing van de infrastructuur in de geestelijke gezondheidszorg – want die zijn vaak sterk verouderd. We moeten namelijk vermijden dat de kosten van de werken zouden worden doorgerekend aan de patiënten, van wie de meesten maar over weinig middelen beschikken.

Voorts is het essentieel dat de reconversie van ongebruikte oppervlakten ten gunste van alternatieve vormen van zorgverstrekking toegestaan wordt, zonder de subsidies te verliezen die er betrekking op hebben.

"Dagchirurgie is veilig en meer kosteneffectief dan het klassieke ziekenhuisverblijf, maar de huidige financiering moedigt dagchirurgie niet aan, wel in tegendeel. Het KCE beveelt aan om het huidige systeem te vervangen door een systeem dat dagchirurgie financieel aanmoedigt."

[Studie KCE 282B, 2017 Hoe kan dagchirurgie in België verder worden uitgebreid?](#)



II. Een vereenvoudigd reglementair kader

DE UITDAGING

Om deze transformatie van de organisatie van de gezondheidszorg te doen slagen, moet het reglementair kader vereenvoudigd en flexibeler gemaakt worden. Alleen zo kunnen we gemakkelijker vruchtbare samenwerkingen ontwikkelen. De middelen moeten op de meest efficiënt mogelijke manier toegewezen kunnen worden in functie van kwaliteitsdoelstellingen. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de specifieke Brusselse context.

≡ UITDAGINGEN

De reglementaire beperkingen bemoeilijken het invoeren van het nieuwe zorgmodel en de ontwikkeling van de samenwerkingen die we voorstellen.

Hoewel onze voorstellen van toepassing zijn op alle Belgische gezondheidsinstellingen, zullen ze in hun concrete uitwerking rekening moeten houden met de lokale context. Bevolkingsdichtheid, mobiliteit, een multiculturele bevolking, de sociaaleconomische realiteit: het zijn stuk voor stuk factoren die vragen om bepaalde accenten in de operationalisering van het nieuwe zorgmodel.

≡ Specifieke aspecten van de Brusselse context

Er moet rekening gehouden worden met verschillende specifieke aspecten bij de uitwerking van het gezondheidsbeleid voor de hoofdstad.

1. De **demografische groei** in Brussel gaat bijzonder snel. Terwijl het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2017 nog maar 1.200.000 inwoners telde, voorziet het Planbureau dat dit tegen 2040 gestegen zal zijn tot 1.400.000.

Ook de Brusselse leeftijdspiramide is bijzonder. De Brusselse bevolking is over het algemeen jonger dan de bevolking in de andere gewesten van het land. Anderzijds is er ook een grotere concentratie van personen ouder dan 80 jaar. Dat heeft zijn gevolgen voor alle gezondheidsinstellingen en in het bijzonder voor de rusthuizen. We tellen vandaag meer dan 2.000 bejaarden die verzorgd zouden moeten worden in een RVT, maar die in ROB-bed verblijven.

De Brusselse bevolking wordt ook gekenmerkt door haar **multiculturaliteit**. Er wonen immers 182 nationaliteiten die meer dan 100 verschillende talen spreken¹⁶. Hun verwachtingen op het vlak van zorgverlening kunnen sterk verschillen.

2. **Mobiliteit** speelt een belangrijke rol in de organisatie van de zorgverstrekking en de samenwerkingsverbanden. In Brussel vormt dit een reëel probleem, zowel voor de patiënten als voor de zorgverleners. Tijdens de spitsuren ziet het Brussels Hoofdstedelijk gewest zich namelijk geconfronteerd met aanzienlijke fileproblemen, die zowel privévoertuigen als het openbaar vervoer treffen. Dat heeft een grote invloed op de aankomsttijden voor dringende medische hulpverlening.

3. Het Brussels Hoofdstedelijk gewest lijdt aan een tekort aan terreinen en gebouwen. De situatie op de Brusselse huisvestingsmarkt is vandaag werkelijk onrustwekkend te noemen, door de stijging van de **vastgoedprijzen** en het tekort aan financieel toegankelijke woningen. Voor de bouw en verbouwing van gezondheidsinstellingen is niet alleen de plotse stijging van de prijzen voor onroerend goed een groot probleem, maar vooral ook het gebrek aan beschikbare terreinen, gelegen in een "blauwe zone".

4. De **populatie** die de Brusselse ziekenhuizen **aantrekken**, is ook van ver buiten het Brussels Hoofdstedelijk gewest afkomstig. Zo is meer dan 35% van de patiënten die door de Brusselse ziekenhuizen verzorgd worden, gedomicilieerd buiten het gewest. De Brusselse ziekenhuizen bedienen meer dan 1,6 miljoen inwoners uit Brussel en het Brusselse hinterland. Deze tendens is nog meer uitgesproken in de 3 universitaire ziekenhuizen die actief zijn op het grondgebied van het gewest, die meer dan 50 % patiënten verzorgen die gedomicilieerd zijn buiten het gewest.

5. Wat groeperingen en fusies betreft, heeft de Brusselse ziekenhuissector een grote voorsprong op de andere gewesten. Meerdere ziekenhuizen zijn al structureel nauwer gaan samenwerking of gefuseerd. Gevolg: het kleinste acute ziekenhuis in Brussel telt meer dan 550 bedden.

Andere ziekenhuizen hebben dan weer **samenwerkingsovereenkomsten** gesloten met ziekenhuizen die buiten het Brussels Hoofdstedelijk gewest gelegen zijn. Velen hebben ook referentieactiviteiten ontwikkeld die met een trapsgewijze zorgverstrekking werken, zowel binnen het gewest als met instellingen in Wallonië en in Vlaanderen.

De afgelopen tien jaar hebben de acute Brusselse ziekenhuizen, zowel de openbare als de private, zich bovendien heropgebouwd, hun activiteiten aangepast en het aantal acute bedden al sterk afgebouwd.

6. Als gevolg van de **sociaaleconomische situatie** in Brussel leven er meer mensen in kansarmoede. 30% van de Brusselaars leeft onder de armoedegrens, wat het dubbele is van het Belgische gemiddelde. Ook het werkloosheidspercentage is in Brussel veel hoger (15,7%¹⁷ tegenover 9,8% in Wallonië en 4,4% in Vlaanderen). Bijna één huishouden op twee bestaat maar uit één persoon, terwijl dat gemiddeld voor heel België 34% is. En 11,6% van de huishoudens zijn eenoudergezinnen¹⁸. De duur van de verblijven bij een acute opname worden vaak verlengd voor alleenstaande of sociaal zwakkere personen.

Gelet op al het voorgaande valt makkelijk te begrijpen dat er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest meer patiënten met psychische problemen zijn dan in de andere gewesten¹⁹ en dat het aantal onbetaalde facturen er hoger ligt dan in de andere gewesten van het land.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Het reglementair kader vereenvoudigen en flexibeler maken om de middelen zo efficiënt mogelijk te kunnen besteden in functie van kwaliteitsdoelstellingen.

≡ Het wegnemen van de belemmeringen van regelgevende aard voor samenwerking, nieuwe organisatievormen en innovatieve oplossingen, die vaak op het terrein zelf ontstaan

Het welslagen van samenwerking vergt een zekere flexibiliteit in de regelgeving, om uitwisselingen tussen de samenwerkende entiteiten mogelijk te maken. De huidige wetgeving en reglementering beperken de ontwikkeling van samenwerkingen tussen gezondheidsinstellingen op vele manieren, door het delen van activiteiten en het poolen van personeel, diensten, enz. af te remmen.

Het gaat daarbij bijvoorbeeld om regels op het vlak van de btw. Die zouden moeten worden aangepast om de uitwisselingen tussen samenwerkende gezondheidsinstellingen²⁰ te vergemakkelijken. Maar het gaat ook om regels betreffende de mobiliteit van het personeel. De huidige regelgeving m.b.t. de mobiliteit van de werknemers is zowel zwaar als beperkt en zou versoepeld moeten worden om de ontwikkeling van samenwerkingen te stimuleren.

Daarnaast zijn er nog andere belemmeringen die een bijzondere aandacht verdienen, zoals de reglementering van het vervoer van patiënten tussen samenwerkende gezondheidsinstellingen of de mogelijkheid om bepaalde functies samen te voegen (bv. de apotheek of de laboratoria).²¹

≡ Een programmering²² opstellen die is aangepast aan de behoeften van de gehele Belgische bevolking, die evolueert in de tijd – en een programmering die rekening houdt met de specifieke Brusselse context.

GIBBIS dringt aan op een meerjarenprogrammering die transparant en evolutief is. De programmering is een van de werkterreinen waarop er in de loop van de jongste legislaturen haast niets veranderd is. De programmering moet grondig bijgewerkt worden om voor alle in Brussel behandelde patiënten aan de huidige en toekomstige zorgbehoeften tegemoet te komen. Ze zal ook regelmatig geactualiseerd moeten worden op basis van 'Evidence Based Medicine'-criteria (EBM).

De Brusselse ziekenhuizen trekken 35% niet-Brusselse patiënten aan. De programmering van het zorgverleningsaanbod dient absoluut rekening te houden met deze reële **patiëntenstromen die de gewestgrenzen overschrijden**, met de bestaande expertise van onze ziekenhuizen en de demografische tendensen. De sociodemografische en epidemiologische gegevens voor de potentiële patiënten van ons netwerk moeten in aanmerking genomen worden, net als de mobiliteit en de effectieve toegankelijkheid van de infrastructuur op verschillende momenten van de dag – een echte uitdaging voor Brussel.

≡ De erkenningsnormen versoepelen en moderniseren, wat tot een grotere beheersautonomie leidt

De kwantitatieve erkenningsnormen omvormen tot kwalitatieve erkenningsnormen.

Veel erkenningsnormen zijn erg oud en sommige ervan werden al tal van jaren niet meer herzien. GIBBIS pleit er bijgevolg voor om bepaalde erkenningsnormen te actualiseren en de kwantitatieve erkenningsnormen om te vormen tot kwalitatieve erkenningsnormen, die zich toespitsen op het bereiken van gemeten kwaliteit.

De normen worden zo relevanter, door de nadruk te leggen op de erkenning van de procedures en de resultaten in plaats van op de structuur. Daardoor kunnen we de veiligheid en de kwaliteit van de aan de patiënten aangeboden zorgen op een hoog niveau houden. De huidige normen moeten eenvoudiger en coherenter worden en de implementatie van een (echt) zorgtraject voor de patiënt bevorderen.

De accreditatie door een erkend ISQua-instituut - instantie die op haar beurt de erkennende organen accrediteert - blijft facultatief, maar zou het voor de instelling mogelijk maken om vrijgesteld te worden van bepaalde door de erkenningsautoriteiten uitgevoerde controles.

≡ Een wettelijk kader opstellen om de gespecialiseerde ziekenhuiscentra te erkennen

Een nieuw zorgaanbod vertrekt niet van een wit blad. Er zijn al Belgische ziekenhuizen die vandaag specialisaties aanbieden voor de doelgroepen waartoe ze zich richten. Deze gespecialiseerde ziekenhuiscentra zijn algemene ziekenhuizen die zich in het verlengde van de acute diensten situeren. Ze bieden referentiezorg aan en werken nauw samen, niet alleen met acute ziekenhuizen maar ook met andere actoren van de gezondheidszorg.

We vragen om het statuut van deze gespecialiseerde ziekenhuiscentra te erkennen als algemeen ziekenhuis dat zich specialiseert in de diagnose, de behandeling of de revalidatie van specifieke doelgroepen en dat bijgevolg niet over chirurgie/geneeskunde- en pediatrie- of materniteitsbedden beschikt. Deze ziekenhuizen zullen zich ofwel kunnen integreren in een ziekenhuisnetwerk, ofwel gaan samenwerken met een of meerdere ziekenhuisnetwerken – om zo een schakel te vormen in een doorlopende keten van zorgverlening.

Het Brussels
Hoofdstedelijk
gewest



III. Human resources

DE UITDAGING

We moeten over voldoende medewerkers kunnen beschikken en het personeelseffectief beter kunnen toewijzen om een kwalitatieve geïndividualiseerde zorgverlening te kunnen bieden die is aangepast aan de almaar zwaarder wordende pathologieën.

UITDAGINGEN

De verwachtingen van de patiënten veranderen. Ze verwachten dat men zich op een geïndividualiseerde manier, op maat, over hen ontfermt – en zo kort en comfortabel mogelijk. Tegelijkertijd kan de verblijfsduur in de ziekenhuizen dankzij de krachtigere medische technieken steeds inkorten. Het plaatsen van een heupimplantaat bijvoorbeeld kan vandaag voor sommige patiënten in het dagziekenhuis.

Algemene verhoging van de zorgzwaarte

Zo zakte de gemiddelde verblijfsduur tussen 2003 en 2014 sterk van 8,26 naar 6,99 dagen, wat neerkomt op een gemiddelde daling van 15%. Deze gemiddelde daling is sterker uitgesproken bij de chronische dan bij de acute zorgverlening.²³ Verder zijn er ook meer specifieke verkortingen van de verblijfsduur – zoals die in de kraamkliniek.

Anderzijds wordt voorspeld dat het aantal klassieke ziekenhuisopnames in België tussen 2014 en 2025 zou moeten toenemen met ca. 215.000 eenheden, goed voor een totale stijging van 11,8% en een gemiddelde stijging van 1,02% per jaar²⁴.

Uit het voorgaande vloeit voort dat het aantal opnames toeneemt, terwijl de duur van de ziekenhuisverblijven afneemt: de zorgverstrekking wordt dus steeds acuter, zowel in het ziekenhuis als na het ontslag uit het ziekenhuis.

Ook in de geestelijke gezondheidszorg worden de patiënten steeds meer thuis of in een thuisvervangende omgeving behandeld. Zozeer zelfs, dat enkel nog de meest acute ziektebeelden in het ziekenhuis behandeld worden.

Dezelfde vaststelling geldt bij de rusthuizen. De bejaarden blijven langer thuis wonen, daarbij ondersteund door de eerste lijn, en belanden later veel afhankelijker in de instelling.

We stellen dus een algemene toename vast van de zwaarte van de zorgen die in de gezondheidsinstellingen verstrekt worden.

Daling van het aantal weinig afhankelijke bewoners (met een forfait O ou A) in rustoorden te Brussel

2009	2010	2011	2012	2013
43,9%	42,7%	42,3%	39,7%	38,2%

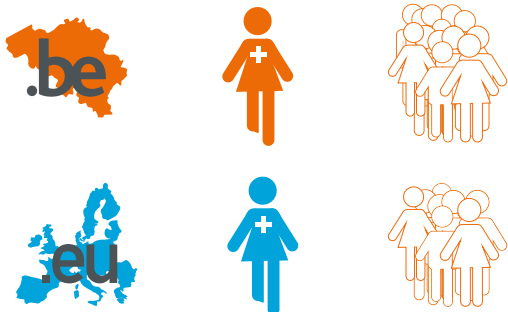
Bron: Intermutualistisch Agentschap AIM-IMA, 2016

≡ Voldoende personeel

Ondanks de toenemende behoeften kunnen we niet anders dan vaststellen dat de personeelsnormen ongewijzigd blijven. Een verkorting van de ziekenhuisverblijven brengt een hogere *turnover* van de patiënten met zich mee en dus ook acutere patiënten. Het aantal dagen dat ze al autonoom waren en dat hun symptomen (bv. postoperatieve pijn) al gecontroleerd werden, neemt immers steeds meer af. **Het gefinancierde personeelskader is niet langer aangepast aan deze werkbelasting, die voor het personeel almaar zwaarder om dragen wordt.**

Sterker nog: we dienen er ons van bewust te zijn dat **het tekort aan verpleegkundigen in 2019 nog gevoelig zal stijgen**, met name door de verlenging van de studie naar 4 jaar. De sector van de gezondheidszorg zal de komende jaren duizenden extra gezondheidszorgprofessionals in dienst moeten nemen. Om aan deze vraag tegemoet te komen, zal het opleiden van studenten niet volstaan. De sector vraagt zich dan ook af waar hij de benodigde arbeidskrachten zal vinden.

Het aantal verpleegkundigen per patiënt ligt in België onder het Europese gemiddelde. Volgens de cijfers die in 2014 in The Lancet gepubliceerd werden, ontfermt elke verpleegkundige zich in **België namelijk over 11 patiënten**, terwijl **het Europese gemiddelde 8,3 is**²⁶.



≡ Risico's, zowel voor de patiënten als voor het personeel

Een gebrek aan personeel brengt onvermijdelijk het risico met zich mee, dat de kwaliteit van de zorgverstrekking daalt. Dat werd ook aangetoond in de Europese RN4CAST studie, de grootste tot nog toe. Een verhoging van de werkbelasting van de verpleegkundigen verhoogt de kans op overlijden. Omgekeerd toont een toename van het verplegend personeel een afname van het sterfterisico.

Voor het personeel zelf heeft deze situatie een aanzienlijke impact. Het zorgverlenende personeel komt hierdoor immers steeds meer onder druk te staan. Het ontsnapt bijgevolg niet aan het risico op een *burn-out*, dat over het algemeen erg hoog is in de gezondheidszorgsector.

In april 2018 publiceerde de Ordre national français des infirmiers de resultaten van een peiling waaruit bij de zorgverleners een algemeen gevoel van onbehagen bleek. 63% van hen antwoordde bovendien "erg vaak" minstens één symptoom van professionele vermoeidheid te ervaren. Een dergelijke peiling in België zou waarschijnlijk vergelijkbare resultaten opleveren.

≡ Meer personeel rond de patiënt

De overheid moet prioritair extra middelen vrijmaken om het personeel rond de **gehospitaliseerde** patiënt te doen toenemen. Een aanzienlijke verhoging van de verpleegkundige omkadering zou het mogelijk maken de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren en het sterftecijfer naar omlaag te halen. De versterking van de omkadering moet echter het ziekbed van de patiënt overstijgen en ook betrekking hebben op onontbeerlijke functies die momenteel sterk ondergefinancierd zijn, zoals de sociale dienst – een belangrijke actor om het ontslag van de patiënt voor te bereiden, de informaticadiensten, enz. De toepassing van het principe van de « shared savings », waarbij door efficiëntiewinsten bespaarde budgetten geherinvesteerd worden in de sector, kan bijdragen tot deze herfinanciering.

In de sector van de **geestelijke gezondheidszorg** moeten de erkenningsnormen voor het personeel van de IBW's geactualiseerd worden. Die normen zullen binnenkort 30 jaar oud zijn. De afdeling geestelijke gezondheid van de GGC keurde in 2016 ontwerpen van nieuwe normen goed, die nog door het Verenigd College goedgekeurd moeten worden. Hun financiering dekt niet alle behoeften. Eerst moet gefinancierd worden wat er door de erkenningsnormen opgelegd wordt, namelijk

- een coördinatiefunctie van de IBW
- de wachtdienstvergoedingen van het personeel dat de klok rond beschikbaar is.

Daarnaast dient men administratief en logistiek personeel te financieren, wat niet voorzien is in de normen, maar niettemin absoluut noodzakelijk is²⁵.

De financiering van het personeel van de psychosociale revalidatie-overeenkomsten voor volwassenen en van de psychiater in de PVT's moet ook worden geactualiseerd om de reële kost te dekken.

In de **bejaardensector** pleiten we voor de toekenning van eenzelfde financiering voor de zorgverlening aan de residenten met eenzelfde afhankelijkheidsgraad, ongeacht of ze een

ROB- of een RVT-bed bezetten. De norm voor zorgverlenend personeel ligt hoger bij RVT's dan in rusthuizen; de overheid heeft het aantal RVT-bedden tot nu toe beperkt omwille van budgettaire redenen. In Brussel zijn er 1.500 RVT-bedden te kort, dat is immers het aantal residenten met een RVT-profiel dat zich in rusthuisbedden bevindt. Daarom zou de financiering moeten gebeuren in functie van het afhankelijkheidsprofiel van de resident en niet langer in functie van het ROB- of RVT-statuuat van het bed dat de bewoner bezet.

≡ Een verstandige delegering van de taken tussen gezondheidszorgberoepen

Een verstandige delegering van de taken tussen gezondheidszorgberoepen kan leiden tot een optimale benutting van de competenties van de professionals. Dit zou een begin van antwoord kunnen vormen op het tekort aan verpleegkundigen en sommige specialisten. Wij pleiten bijvoorbeeld voor een meer efficiënte taakverdeling tussen de verpleegkundige en de zorgkundige waar dat kan en wenselijk is, en zonder te raken aan de doelstelling van een kwalitatieve zorgverstrekking. In diezelfde gedachtegang vragen we ook dat het medisch personeel op zijn beurt meer taken zou kunnen delegeren aan het verpleegkundig personeel en de technici. Deze flexibiliteit in de taakverdeling zou het niet alleen mogelijk maken om gemakkelijker tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënten, het zou ook personeel motiveren dat ten volle gevaloriseerd zou worden voor zijn competenties.

≡ Flexibiliteit in de toewijzing van het personeel tussen de verschillende activiteiten die door de gezondheidsinstellingen en hun netwerk ontwikkeld worden

Wanneer er meerdere soorten activiteiten op eenzelfde site ontwikkeld worden, moet men de middelen rationeler kunnen gebruiken. Denk bijvoorbeeld aan het verdelen van het personeel over de verschillende activiteiten, in functie van de behoeften van de patiënten en niet in functie van de strikte normen van elke dienst. Daarbij blijft men uiteraard toezien op de kwaliteit van de verstrekte zorgen.

≡ Een zekere flexibiliteit in de individuele voordelen die aan de medewerkers toegekend worden

De individuele vergoedingen zijn meestal vastgelegd in bruto loonbarema's. De individuele voordelen alle aard, zoals de maaltijdcheques, kunnen alleen toegekend worden bovenop deze vergoeding, maar worden nooit gefinancierd. We vragen een zekere flexibiliteit in de individuele voordelen die aan de medewerkers toegekend worden. De werkgever zou de werknemers kunnen toestaan om zelf een deel van hun loonpakket binnen dezelfde regeling samen te stellen (bv. cafetariaplannen). Op die manier blijft de kost voor de werkgever ongewijzigd, terwijl de werknemers kunnen kiezen voor een pakket dat aan hun behoeften tegemoetkomt.

≡ Een drastische vereenvoudiging van de registraties om de administratieve belasting te verlichten

De gezondheidsinstellingen moeten enorm veel gegevens registreren, vaak ten koste van de tijd die hun personeelsleden aan de zorgverlening kunnen besteden. Sommige registraties vinden meermaals plaats onder een licht andere vorm. Andere registraties blijken geen enkel ander doel te hebben dan om op parlementaire vragen te antwoorden.

GIBBIS pleit voor een schrapping van alle registraties die niet gebruikt worden voor kwaliteits- of financieringsdoel-einden. Zo zouden bijvoorbeeld de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) geschrapt kunnen worden.

Wat de andere registraties betreft, zijn we gewonnen voor het volgende

- het 'only once'-principe: het ziekenhuis registreert het gegeven maar één keer en het zijn de instanties die het onderling uitwisselen;
- zoveel mogelijk elektronische registratie. In dat kader dient men bijvoorbeeld voorrang te geven aan de ontwikkeling van Snomed CT (een medische standaard voor de documentatie en codering van medische gegevens);
- het zoveel mogelijk verzamelen van informatie via een representatief staal van instellingen, in plaats van een systematische verzameling. Op die manier kunnen de beschikbare middelen voor de registratie geconcentreerd worden om tot een correcte financiering van de registratie te komen.

≡ Harmonisering van de financiering van de vergoedingen tussen de verschillende sectoren

Door de communautarisering van de bevoegdheden stellen we een scheeftrekking vast bij de financiering van de vergoedingen en arbeidsvoorwaarden tussen de verschillende sectoren van de gezondheidszorg (openbaar/privé, ziekenhuis/geestelijke gezondheidszorg/bejaarden). Zo werd bijvoorbeeld de nieuwe classificatie van de functies IF-IC niet ingevoerd in de rusthuizen, de initiatieven voor beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen die onder de GGC ressorteren. **Bij een gelijke functie zou een werknemer in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg op een gelijkwaardige manier gefinancierd moeten worden.**



≡ REFERENTIES

- Health ProspectING 2018, Efficiënt beheer van ziekenhuisverblijven, maart 2018.
- Bron: Gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor ouderen - Belgisch Staatsblad van 12.12.2018.
- De grens tussen de lijnen is niet altijd duidelijk. Wij definiëren als 1^{ste} lijn de zorgverstrekkers waar de patiënt zich rechtstreeks toe richt zonder te worden doorverwezen, terwijl de 2^{de} lijn betrekking heeft op de verstrekkers waarnaar de patiënt is doorverwezen door een verstrekker van de 1^{ste} lijn.
- Om het aanbod te versterken aan gespecialiseerde eenheden voor patiënten die aan een dubbele diagnose van een intellectuele handicap en een geestesziekte lijden moet
 - Ziekenhuis: het personeel van 180 T-bedden upgraden om 6 eenheden van 20 bedden te creëren waarvan 1 in Brussel, teneinde aan intensieve zorgverlening te kunnen doen en de duur van de ziekenhuisopname van dit publiek te kunnen beperken. Geraamd budget: € 8.862.000, waarvan € 1.477.000 in Brussel;
 - PVT: het personeel van 20 PVT-bedden in Brussel upgraden. Geraamd budget: € 338.000;
 - Mobiele interventiecel 'Maya' in Brussel: de zorgverlenings-, opleidings- en onderdompelingsopdrachten van de partners van het netwerk versterken. Geraamd budget: € 369.000;
 - Verblijfcentrum en dagcentrum: voor elk 20 plaatsen toevoegen, indien nodig de werken financieren en de begeleiding versterken.
- 500 PVT-bedden ontbreken in Brussel om de programmatie uit te putten.
- De financiering van een PVT-bed ten laste van Iriscare bedraagt ongeveer € 50.000 per jaar, de financiering van een IBW-bed +/- € 17.000 per jaar.
- Federale Staat, Vlaamse Gemeenschap en Vlaams gewest, Waals gewest, Federatie Wallonië-Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad, Franse Gemeenschapscommissie, Duitstalige Gemeenschap.
- Studie van de Onafhankelijke ziekenfondsen, Kosten chronische ziektes blijven stijgen, maart 2018.
- OCDE, Health expenditure as a share of GDP, 2017 (or nearest year).

France	11,5	Denmark	10,2
Germany	11,3	Netherlands	10,1
Sweden	10,9	Belgium	10,0
Austria	10,3	United Kingdom	9,6
- MAHA-Studie 2018.
- Cf. inleiding.
- Het multiplicatoreffect is gelijk aan 2 - Lieven Annemans, professor in de gezondheidseconomie van de UGent.
- Iriscare is een Brusselse bicommunautaire instelling van openbaar nut (ION) die sinds eind 2017 instaat voor het beheer van de bevoegdheden die zijn overgekomen in het kader van de 6^{de} Staatshervorming. Iriscare is bevoegd voor bijstand aan oudere personen en personen met een handicap, rusthuizen en verzorgingstehuizen, opvangcentra, hulp en zorg aan huis, rolstoelen, eerstelijnszorg, gezinsbijslagen,...
- Zie hoofdstuk III.
- Advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) van 14 juni 2018 betreffende de prioritaire behoeften van 2019.
- Volgens het World Migration Report 2015 is Brussel de meest kosmopolitische stad van Europa en wereldwijd staat het zelfs op de tweede plaats na Dubai. Op 1 januari 2016 waren er onder de bewoners van Brussel 182 nationaliteiten vertegenwoordigd (Bron: BISA, FOD Economie – Statistics Belgium). Volgens de derde taalbarometer die in 2013 door BRIO georganiseerd werd, worden er in het Brussels Hoofdstedelijk gewest 104 talen gesproken.
- Cijfer van Actiris van december 2018: <https://press.actiris.be/decembre-2018--50e-baisse-succesive-du-chomage-a-bruxelles#>.
- Cijfers van 2015 van het Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse
- Uit de studies van Prof. Dr. Bruffaerts in het kader van de implementatie van de geestelijke gezondheidsnetwerken voor kinderen blijkt dat personen die een laag of een gemiddeld inkomen hebben 1,41 keer meer kans hebben om te kampen te krijgen met een psychiatrisch probleem.
- De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Eeckloo K. Governance models for hospital collaborations. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 277. D/2016/10.273/92.
- Dit werd trouwens hernomen in een advies van de plenaire vergadering van de FRZV over de belemmeringen en stimuli voor de samenwerking tussen ziekenhuizen in het BFM van 23 maart 2017, CFEH/D/SF/136-3, p. 5
- De programmering is het instrument waarmee de overheid de evolutie van het zorgaanbod omkadert in functie van de behoeften van de betrokken populatie.
- Rapport van het KCE 289b, Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit, juni 2017.
- Rapport van het KCE 289b, Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit, juni 2017.
- Goed voor een totaal van € 1.880.000 dat bij het budget van 2019 van de IBW's gevoegd moet worden, dat € 7.509.000 bedraagt, waarvan € 675.000 bestemd is voor de coördinatiefunctie, € 655.000 voor de wachtdienstmedewerkers en € 545.000 voor het administratieve en logistieke personeel.

Bijlage: Lijst van gebruikte afkortingen

BBFM:	Budget van de Financiële Middelen
FRVZ:	Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen
GGC:	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
EPD:	Geïnfomatiseerd Patiëntendossier
EBM:	Evidence Based Medicine
VTE:	Voltijds Equivalent
IBW:	Initiatief voor Beschut Wonen
RIZIV:	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
KCE:	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
RH:	Rusthuis
ROB:	Rustoord voor Bejaarden
RVT:	Rust- en Verzorgingstehuis
PVT:	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
OESO:	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
WHO:	Wereldgezondheidsorganisatie
BBP:	Bruto Binnenlands Product
AVG:	Algemene Verordening Gegevensbescherming
MPG:	Minimale Psychiatrische Gegevens
GGZ:	Geestelijke Gezondheidszorg
BTW:	Belasting over de Toegevoegde Waarde

The logo for GIBBIS features the word "GIBBIS" in a bold, sans-serif font. The letter "B" is highlighted in orange, while the other letters are in dark grey. The logo is flanked by two thin, light grey diagonal lines that intersect at the top and bottom.

Gezondheidsinstellingen Brussel
Bruxelles Institutions de Santé

Herrmann-Debrouxlaan 40-42
1160 Brussel
T +32 2 669 41 00
gibbis@gibbis.be
www.gibbis.be

April 2019

Verantwoordelijke uitgever : Dieter Goemaere - GIBBIS
Herrmann-Debrouxlaan 40-42 - 1160 Brussel