

Vrije Universiteit Brussel

Faculteit van de Economische, Sociale en Politieke Wetenschappen en Management-
school Solvay



'De uitbouw van een openbaar ziekenhuisnetwerk in Brussel - Strategische en operationele doelstellingen.'
Op weg naar een financiële gezondmaking?

Door : Pascal Wiliquet

Promotor : Prof. Herman Matthijs

Academiejaar 1999-2000

Paper tot het behalen van het diploma GAS Overheidsmanagement en Bestuurskunde

INLEIDING.....	2
HOOFDSTUK 1: IRIS.....	5
1.1. HET HERSTRUCTURERINGSPLAN.....	5
1.2. EEN NET VAN NEGEN OPENBARE ZIEKENHUIZEN	7
1.3. STRUCTUUR.....	8
1.3.1. De ziekenhuizen	8
1.3.2. Iris	9
1.3.3. De werking.....	9
1.4. EEN LANGE TERMIJNVISIE	10
1.5. HET STRATEGISCH PLAN.....	11
1.6. FINANCIËLE ASPECTEN	12
1.7. FUSIES BINNEN HET ZIEKENHUISNETWERK.....	14
1.7.1. Waarom deze nieuwe reorganisatie?.....	15
1.7.2. Een overzicht van de nieuwe entiteiten op 1 januari 2000.....	17
HOOFDSTUK 2: DE FINANCIËLE TOESTAND EN EVOLUTIE VAN DE IRISZIEKENHUIZEN.....	19
2.1. DE SCHULDEN	20
2.2. RESULTAAT VAN 1994 EN 1995.....	20
2.3. RESULTAAT VAN 1996	20
2.3.1. De medische activiteit in 1996	22
2.3.2. Tot besluit.....	22
2.4. RESULTAAT VAN 1997	23
2.4.1. De medische activiteit in 1997	25
2.4.2. Tot Besluit.....	26
2.4.3 Sociale aspecten	27
2.5. RESULTAAT VAN 1998	28
2.5.1. De medische activiteit in 1998.....	30
2.5.2. Tot besluit.....	32
2.6. RESULTAAT VAN 1999 EN 2000.....	32
HOOFDSTUK 3: TUSSEN THEORIE EN PRAKTIJK?.....	33
3.1. PERSOONLIJKE OPVATTINGEN OVER ASPECTEN DIE DE FINANCIËLE SITUATIE MOGELIJK GUNSTIG KUNNEN BEÏNVLOEDEN	34
A. De arts-manager	34
B. Interne communicatie.....	35
C. Een centraal beheer.....	36
CONCLUSIE.....	37
BIBLIOGRAFIE.....	41
BIJLAGEN.....	44

Inleiding

Volgens de Financieel Economische Tijd, van 25 juni 1998, werkt bijna een derde van alle Belgische ziekenhuizen nog met verlies. Toch is dit resultaat beter dan begin jaren negentig. De herstructureringen van de ziekenhuizen en vooral de schaalvergroting, voornamelijk gedurende de tweede helft van de jaren negentig, zijn geen maat voor niets gebleken.

Schaalvergroting van ziekenhuizen heeft ertoe geleid dat enerzijds de financiële middelen efficiënter (zuiniger) werden aangewend; ziekenhuizen van een grotere omvang kunnen tegen lagere kosten werken omwille van schaalvoordelen, minder duplicatie van diensten met belangrijke vaste kosten (b.v. kortingen bij aankoop van geneesmiddelen, materiaal, enz.). Anderzijds verhoogde de kwaliteit van de zorg; een grotere omvang laat toe om een kwalitatief betere zorg te verstrekken o.a. via meer complementaire medische diensten, meer mogelijkheden voor specialisatie en grotere patiëntenaantallen. Grotere ziekenhuisstructuren zijn tenslotte het gevolg van de toenemende reglementering en concurrentie.

Ook in België zijn de verschillende overheidsinstanties zich bewust geworden van deze voordelen van schaalvergroting. In Vlaanderen werden reeds verscheidene initiatieven genomen om samenwerking aan te moedigen. Uitgangspunten zijn hierbij dat ziekenhuizen hun verschillende zorgvormen dienen af te stemmen op de noden van de diverse patiëntengroepen, ziekenhuizen maken onderlinge afspraken over het ziekenhuisaanbod en werken samen in de vorm van *netwerken*. Het gevolg hiervan is dat ziekenhuizen in de toekomst minder geïsoleerd zullen functioneren.

1996 was een jaar vol vernieuwing voor de *Brusselse openbare ziekenhuizen* (negen in totaal)¹. Op 1 januari zag *Iris* (Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele Samenwerking) het levenslicht. Het starten van dit ingrijpende herstructureringsproject bracht de Brusselse openbare ziekenhuizen in een stroomversnelling. Daar waar deze ziekenhuizen vroeger door hun respectieve OCMW's werden beheerd, ontstonden er nu nieuwe beheersmethoden met de nadruk op meer autonomie en meer verantwoordelijkheid, en dit voor een nieuwe werkgever.

In 1996 werd dus de basis gelegd voor een netwerk van de Brusselse openbare ziekenhuizen. Ieder ziekenhuis ontdekte stap voor stap de *coördinerende* en *controlerende* activiteit die uit-

¹ Baron Lambert, J. Bordetinstituut, J. Bracops, Brugmann, Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF), Etterbeek-Elsene, Molière-Longchamp, New Paul Brien en Sint-Pieter.

gaat van de koepelvereniging Iris. Maar ook de samenwerking (uitwisselen van informatie en personeel) tussen de negen ziekenhuizen was nieuw.

Tweehonderd medewerkers uit deze ziekenhuizen en personen van de meest uiteenlopende vakgebieden werkten samen aan een beleidsplan voor Iris. Zo kwam het Strategische Plan, dat de medische en organisatorische krachtlijnen voor vijf jaar vastlegt, tot stand. Het plan is een uiting van de wil om de kwaliteit van de geneeskunde en de opvang in de Brusselse openbare ziekenhuizen te verbeteren. Het is precies om die reden dat een *financiële gezondmaking* prioritair was en is.

Bij samenwerking tussen ziekenhuizen stellen zich vaak juridische problemen en uitdagingen. Bijvoorbeeld de verschillende vormen van samenwerking (fusie, groeperingen, associaties, zorgcircuits en netwerken), de relatie arts en ziekenhuisbeheer, personeelsproblematiek bij fusies, enz. Deze punten zullen slechts weinig of niet in deze paper als dusdanig worden behandeld maar bieden zeker stof voor verder onderzoek.

Het gebruik van financiële informatie omtrent de ziekenhuissector in België voor statistische doeleinden, om op die manier te komen tot een aantal financiële sectorgegevens zoals die reeds door de Balanscentrale van de Nationale Bank van België worden opgesteld voor andere sectoren, kwam slechts recent tot stand.

Nochtans is kennis over de financiële toestand van de ziekenhuissector van zeer groot belang voor de beheerders van de ziekenhuizen alsook voor de overheid. De beheerders moeten in staat zijn hun instellingen te plaatsen binnen een kader van vergelijkbare ziekenhuizen (benchmarking). Een beter inzicht kan hen toelaten hun eigen financiële structuur te analyseren en het beheer te evalueren. Ook voor de overheid zijn deze gegevens nuttig. Ten einde de financiering op een billijke wijze vast te stellen is het noodzakelijk dat een inzicht wordt verkregen in de financiële structuur van de ziekenhuizen en dat vergelijkingen mogelijk worden.

De reorganisatie van de Brusselse openbare ziekenhuizen in een netwerk was volgens hun toenmalige beheerders en de overheid o.a. een oplossing voor de slechte en soms dramatische financiële toestand van deze ziekenhuizen.

In dit werk zal dus vooral aandacht worden besteed aan de financiële aspecten van de Iris-ziekenhuizen en als dusdanig worden onderzocht op welke manier en in welke mate het beleid van Iris (o.a. het oprichten van het Iris-netwerk) aldanniet heeft bijgedragen tot een structureel financieel evenwicht van de Brusselse openbare ziekenhuizen, dat noodzakelijk is om de medische en sociale doelstellingen te realiseren.

Hoofdstuk 1: Iris

1.1. Het herstructureringsplan

Een ziekenhuis is een heel specifieke instelling, dat om een eigen beleid vraagt. Zeer uiteenlopende beroepscategorieën werken er samen en gebruiken er een zeer snel evoluerende technologie. Ook het financieringssysteem is bijzonder complex. Maar in de eerste plaats is er natuurlijk de menselijke factor.

De herstructurerings- en saneringsoperatie voor de Brusselse openbare ziekenhuizen kreeg de vorm van een samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. De Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie legde op 22 december 1995 de herstructurering van de Brusselse openbare ziekenhuizen bij ordonnantie vast. De wetgever wou zo het voortbestaan van de negen ziekenhuizen verzekeren.

De zes gemeenten die samen de negen openbare ziekenhuizen op hun grondgebied herbergen kwamen voor herstructurering in aanmerking.

Het Brussels Gewest zorgde voor de nodige financiën door een gewestelijke tussenkomst van 4 miljard BEF via het Herfinancieringsfonds voor de Gemeentelijke Thesaurieën. Die tussenkomst zou de gemeenten in staat moeten stellen het financieel passief uit het verleden vrijwel volledig aan te zuiveren. Dit is wat men als het ware 'de rekeningen op nul zetten' noemt.

De 4 miljard BEF werd als volgt over de 6 gemeenten verdeeld²:

- Brussel-Stad: 2,160 miljard;
- Sint Gillis: 280 miljoen;
- Schaarbeek: 600 miljoen;
- Anderlecht: 160 miljoen;
- Etterbeek: 320 miljoen;
- Elsene 480 miljoen.

Aan de hele operatie waren natuurlijk voorwaarden verbonden. Zo moest ieder openbaar ziekenhuis dat aan de operatie deelnam een eigen juridische structuur oprichten onder het beheer van hun OCMW's en de gemeenten. Deze juridische structuur zou in de toekomst garant staan

² De Standaard, 24 november 1995

voor het autonoom beheer van de instelling, wat zou leiden tot duidelijke verantwoordelijkheden en een transparanter financieel beheer (in 1996 werden 'eigen' ziekenhuisrekeningen geopend). Ook moesten de ziekenhuizen plannen opstellen om tegen 2000 hun begrotingen in evenwicht te hebben. De invoering van een nieuwe managementmethode en samenwerking op medisch en logistiek vlak zou hiertoe leiden³.

Bovendien moesten de betrokken ziekenhuizen participeren in een nieuw op te richten, overkoepelend coördinatieorgaan. Behalve de specifieke coördinatietoek en het financieel toezicht op het openbaar ziekenhuisnet, moest deze koepelstructuur leiden tot een geoptimaliseerd en kostenbesparend gebruik van de beschikbare middelen.

Op 1 januari 1996 zag Iris (Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele Samenwerking) het levenslicht. De Iris-koepel is opgericht overeenkomstig de wetgeving betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, in de vorm van een vereniging van publiek recht, vereniging hoofdstuk XIIbis genaamd. De ordonnantie die de Brusselse 'bicommunautaire wetgever' op 22 december 1995 heeft aangenomen, voegt hierdoor een nieuw begrip toe aan de wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's. Naast de gewone vereniging van publiek recht (bekend als "vereniging hoofdstuk XII", omdat ze geregeld wordt in hoofdstuk XII van bovengenoemde wet) die een OCMW kan vormen met één of meerdere openbare of private rechtspersonen, voor het vervullen van een opdracht zoals het beheer van een ziekenhuis, is de koepelvereniging Iris een vereniging van publiek recht overeenkomstig hoofdstuk XIIbis van de wet van 8 juli 1976.

Iris kreeg een dubbele opdracht⁴:

- als toezichhoudend orgaan draagt ze er zorg voor dat de negen ziekenhuizen een strak begrotingsbeleid voeren en ziet ze toe op de beslissingen van de ziekenhuizen op het vlak van personeel en investeringen;
- als coördinatieorgaan is ze verantwoordelijk voor de strategie van het Iris-net.

Opdat Iris de activiteit van de verschillende openbare ziekenhuizen kan controleren maken deze laatste om de drie maanden een overzicht op met de boekhoudkundige en activiteitsgegevens. De koepel vergelijkt deze gegevens met de begrotingen en met het ziekenhuisplan. Bij sterke afwijkingen kan de koepel een commissaris sturen die de plaats inneemt van de bestuursorganen van het ziekenhuis.

³ Ibidem

⁴ IRIS, een net van 5 openbare ziekenhuizen, p. 10

De koepel houdt toezicht op uitgaven (van meer dan 10 miljoen Bef.), op de personeelsformaties en op de begrotingen. Ze bestaat uit een team van specialisten uit de openbare, de privé- en ziekenhuissector.

1.2. Een net van negen openbare ziekenhuizen

Iris is als groep in de hele Brusselse regio aanwezig en biedt zowel de basisbehandeling als specialisaties aan. In totaal 2396 bedden. Dit betekent 30% van het totaal aantal Brusselse ziekenhuisbedden. Deel uitmaken van de groep is voortaan een kwaliteitslabel daar het gemeenschappelijk gebruik van medische uitrustingen en gespecialiseerd materiaal voor een grotere efficiëntie zorgt. Coördinatie van de ondersteunende diensten zoals de hotelfunctie, de logistiek, de administratieve en financiële diensten, de apotheek en de sterilisatie zal aanzienlijke besparingen met zich meebrengen (samen medische producten aankopen, gemeenschappelijke prijsonderhandelingen, lagere intresten, hergroeperen van verzekeringen, vereenvoudigen van de administratieve procedures, ...)⁵.

De ULB en VUB hebben de ziekenhuizen die deel uitmaken van Iris erkend als stagecentra voor hun studenten geneeskunde. De aanwezigheid van universiteitsprofessoren in de ziekenhuizen staat eveneens borg voor de kwaliteit van de geneeskundige verstrekking.

Er wordt ook naar gestreefd om van een dienstencultuur over te gaan naar een cultuur die zich toespitst op de invulling van de noden van de patiënt. De Iris-ziekenhuizen zijn openbare ziekenhuizen en openbare diensten staan ten dienste van de bevolking, ook wanneer deze hun behandeling moeilijk kunnen betalen. Daarom werd er een overeenkomst gesloten met de zes OCMW's die de ziekenhuisverenigingen mede hebben opgericht. Door deze solidariteit tussen ziekenhuizen en OCMW's, blijft de gezondheidszorg voor iedereen (in theorie) toegankelijk.

De harmonisatie van het personeelsstatuut doorheen de structuur moet iedereen de garantie bieden op een motiverende werkomgeving in het kader van een modern human resources management. Geharmoniseerde aanwervingregels, promotieregels en weddenscalen vormen de basis van de mobiliteit tussen de verschillende ziekenhuizen⁶.

⁵ Informatieblad van de Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele samenwerking, nr. 1, januari 1997, p. 2-3

⁶ Ibidem

1.3. Structuur

1.3.1. De ziekenhuizen

Sinds 1 januari 1996 hangen de negen openbare ziekenhuizen dus niet langer af van de OCMW's maar bezitten ze een eigen rechtspersoonlijkheid. De ziekenhuisverenigingen hebben elk een Algemene Vergadering en een Raad van Bestuur die het beleid bepalen en de uitvoering ervan controleren. Beide bestaan uit vertegenwoordigers van de betrokken overheden (de gemeente waar het ziekenhuis is gevestigd en haar OCMW), alsook uit afgevaardigden van de artsenverenigingen en van de ULB en/of de VUB voor de vier universitaire ziekenhuizen van het Iris-net (n.l. Bordet, Brugmann, Sint-Pieter en UKZKF). Een Leidend Ambtenaar (met eigen bevoegdheden inzake het personeel, het goedkeuren van uitgaven tot 2,5 miljoen, enz.) staat in voor het dagelijks beheer van het ziekenhuis.

Het beheer binnen de negen onafhankelijke sites, wordt in opdracht van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, door de Iris-koepel gecontroleerd. Dit maakte o.a. deel uit van de voorwaarden om 4 miljard BEF schulden van de ziekenhuizen 'kwijt te schelden'.

1.3.2. Iris

De Structuur van **Iris** ziet er als volgt uit:

- ◆ Algemene Vergadering;
- ◆ Raad van Bestuur;
- ◆ Bureau;
- ◆ Technische cel;
- ◆ Commissarissen:
 - De Commissarissen van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie;
 - De Commissaris van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest;
 - De bedrijfsrevisor;
 - De registratie van de rekening;
 - De Commissarissen van Iris.
- ◆ Het Operationeel Coördinatiecomité;
- ◆ Het College van Voorzitters van de Medische Raden (CVMR).

1.3.3. De werking

Het strategisch plan 1997 - 2001, door Iris goedgekeurd op 20 november 1996, geldt als leidraad voor het toezicht van de Iris-koepel op de ziekenhuizen. Het plan behelst een ruim scala van onderwerpen, waaronder besparingen inzake logistiek, nieuwe werkmethoden, een gemeenschappelijk medisch beleid en hogere aantrekkingskracht van het Iris-net.

Eén van de belangrijkste doelen blijft natuurlijk het financiële evenwicht van de ziekenhuizen. Elke beslissing (bv. jaarlijkse begroting, rekeningen, overheidsopdrachten voor meer dan 10 miljoen BEF, personeelsformatie en -statuut) van een Iris-ziekenhuis die een mogelijke weerslag heeft op de financiële toestand, dient daarom aan de Raad van Bestuur van Iris te worden voorgelegd. Slechts na goedkeuring door de Raad kan een beslissing worden uitgevoerd. Zowel de ziekenhuizen als de bij Iris aangestelde Commissarissen van het Verenigd College kunnen bij de bevoegde uitvoerende macht (Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) hoger beroep aantekenen tegen een beslissing van Iris⁷.

Het Operationele Coördinatiecomité onderzoekt de dossiers die op het beheer van de ziekenhuizen (personeelsbeleid, logistiek, facturering...) betrekking hebben. Het is samengesteld uit vertegenwoordigers van Iris, de negen Leidend Ambtenaren, een vertegenwoordiger van de geneesheren, van de hoofdgeneesheren en een vertegenwoordiger van het nursingpersoneel.

Het Overlegcomité met vertegenwoordigers van Iris en de negen Voorzitters van de Medische Raden bespreken de te volgen strategie. In de medische colleges per specialiteit, het college voor kinesithérapie en het college van de verpleegkundigen, wisselen de deelnemers van gedachten. Ten slotte komen Iris en de negen hoofdgeneesheren geregeld bijeen om de medische activiteit binnen het net te bespreken en er de gepaste lessen uit te trekken.

1.4. Een lange termijnvisie

Om de eerste openbare ziekenhuisstructuur uit te denken, was en is er een behoefte aan strategische en operationele doelstellingen. Maar welke beslissingen moeten worden genomen om al de activiteiten te coördineren? Welke middelen moeten gemeenschappelijk ter beschikking worden gesteld om efficiënt te kunnen samenwerken zonder het financieel evenwicht uit het oog te verliezen? Dit is precies het project waarop Iris zich toelegt.

⁷ Het strategisch plan 1997 - 2001

Per specialisatie werden werkgroepen opgericht, verslaggevers aangesteld en een werkschema opgesteld. Ruim tweehonderd personen werkten samen aan een beleidsplan voor Iris onder het toezicht van een 'raad der wijzen': het Strategiecomité. Na een seminarie in juni '96, is iedereen informatie blijven verzamelen die vervolgens werd samengebracht en gebruikt om concrete voorstellen op tafel te leggen. Het resultaat, het strategische plan, werd in september '96 voorgelegd aan de voorzitters van de Medische Raden, de voorzitters van de Raden van Bestuur, de Leidende ambtenaren en de leden van het Strategiecomité. Na een debat was het ontwerp van het eerste strategische plan, dat de medische en organisatorische krachtlijnen voor vijf jaar vastlegde, van Iris af. Voor de definitieve goedkeuring van dit plan door de Raad van Bestuur van Iris, werd het ontwerp naar alle ziekenhuizen toegestuurd zodat de Raad van Bestuur en de Medische Raad er advies over konden uitbrengen. Tegelijk kregen ook de vakbonden het document toegestuurd⁸.

1.5. Het strategisch plan

Een jaar nadat in het Brusselse stadhuis de Iris-structuur werd opgericht ontstond een visie die aan de basis ligt van het strategische plan dat opgebouwd is rond drie strategische doelstellingen⁹:

De *eerste* doelstelling is de opbouw van een Brussels openbaar ziekenhuisnetwerk. Dit geeft de garantie dat iedere patiënt die zich in één van de negen ziekenhuizen aanbiedt, aanspraak kan maken op kwalitatief hoogstaande zorgen.

De noodzaak van een structureel financieel evenwicht tegen 2000 is de *tweede* doelstelling. Deze is een voorwaarde om de medische en sociale doelstellingen te verwezenlijken. Een structureel evenwicht blijkt immers onontbeerlijk voor een efficiënte en goed uitgeruste organisatie. Het beleid dat wordt beoogd spitst zich dan ook vooral toe op het beheer van de geneeskundige infrastructuur, op een verbeterde aantrekkingskracht, op een ergonomische inrichting van de gebouwen en op een versterking van de sociale teams.

De *derde* strategische doelstelling is het waarborgen van een constant en hoog kwaliteitspeil van de openbare geneeskunde.

De inspanningen die nodig zijn om deze doelen te bereiken kunnen onder vier noemers worden gebracht¹⁰:

- Een groepscultuur uitbouwen;

⁸ Informatieblad van IRIS, nr. 1, januari 1997, p. 1-4

⁹ IRIS, een net van 5 openbare ziekenhuizen, p. 8-9

¹⁰ Ibidem

- De noden van de patiënt onderkennen;
- De kwaliteit en het aanbod ontwikkelen;
- Een algemeen gezondheidsbeleid voor de Brusselse bevolking.

De Iris-structuur is een samenwerkingsverband van ziekenhuizen. Concreet betekent dit, dat de ziekenhuizen individueel blijven bestaan en hun specifieke deskundigheid verder kunnen uitbouwen, maar dat ziekenhuisbeleid, complementariteit en synergie zullen worden uitgebouwd op het niveau van de groep. Er moet eveneens worden verwezen naar de noodzaak om de deskundigheid te combineren en te coördineren in het streven naar een goede geneeskundige dienstverlening.

Een ziekenhuis heeft op zich al een zeer complexe structuur. Het heeft als dienstverlenende organisatie een groot aantal medewerkers die bovendien onderling zijn opgedeeld in een aantal functionele groepen (artsen, administratief personeel,...). Om tot een efficiënte samenwerking te komen tussen deze betrokkenen in al de ziekenhuizen moeten deze beroepscategorieën met elkaar in contact worden gebracht op het niveau van de groep. Dit is de meest voor de hand liggende manier om iedereen bewust te maken van de bijdragen die een ander levert in de ziekenhuizen en voor het slagen van het project.

Elke patiënt moet zich kunnen laten verzorgen in zijn eigen buurt of in ieder geval in een omgeving die hem vertrouwd is. Daarom voorziet Iris dat ieder van de negen ziekenhuizen een volledig en volwaardig zorgaanbod heeft en dat slechts voor specifieke zorgen zal worden doorverwezen naar de instelling van de structuur die voor deze specifieke zorg als referentie geldt of naar een ziekenhuis buiten Iris¹¹.

Met een optimale coördinatie binnen de beroepsgroepen voor ogen werd in het strategisch plan voorzien in de oprichting van interziekenhuiscolleges per medische specialiteit. Deze zullen nauwkeurig omschrijven welke geneeskundige activiteiten in elk ziekenhuis moeten aanwezig zijn om de bevolking ter plaatse een complete opvang te bieden¹². Verder bepalen deze colleges welke activiteiten in de zogenaamde referentiecentra moeten worden geconcentreerd.

¹¹ IRIS, een net van 5 openbare ziekenhuizen, p. 2-6

¹² Ibidem

De gemiddelde opname van patiënten duurt steeds minder lang, maar dit is geen reden om de verzorging van de patiënten te beperken tot de geneeskundige prestatie alleen. Preventie, nazorg en maatschappelijke begeleiding zijn eveneens van groot belang. Deze aspecten verbreden de opname in het ziekenhuis tot een globaal gezondheidsbeleid dat zijn vruchten zal afwerpen voor heel het Gewest¹³.

1.6. Financiële aspecten

In de loop van 1996 groeide de Iris-cel aan tot een volwaardig team van 19 personeelsleden. De cel ontwikkelt de volgende activiteiten¹⁴:

- coördinatie;
- externe betrekkingen (strategie);
- operationeel beleid (investeringen, begrotingscontrole, financieel beheer, enz.);
- coördinatie van de ondersteunende functies (human resources opleiding, interne communicatie, enz);

Iris heeft instrumenten ontwikkeld om de begrotingen en de activiteiten van de ziekenhuizen te beoordelen en te vergelijken. De cel stelde in samenwerking met de ziekenhuizen uniforme driemaandelijke overzichten samen. Zo krijgt men betrouwbare gegevens die voor de verschillende ziekenhuizen vergeleken kunnen worden en die ook dienen ter controle van het financieel plan en de begroting van de plaatselijke verenigingen.

Reeds in het begin werd een Thesauriecomité opgericht met alle financieel directeuren en verantwoordelijken van de ziekenhuizen.

Dit comité coördineert het algemeen financieel beleid. In een eerste fase stelde het een thesaurie- en valutadatumbeheer in om onmiddellijk de financiële kosten van de ziekenhuizen te beperken. Dankzij deze coördinerende activiteit kon tijdens de eerste negen maanden van 1996 ruim 30 miljoen BEF worden bespaard. Daarnaast legt het Thesauriecomité zich toe op een thesaurieplanning en de opvolging ervan.

Ook waren er onderhandelingen over een herziening van de financiële voorwaarden voor de schuld op lange termijn. Deze schuld bedroeg meer dan 6 miljard BEF. De gemiddelde schuldrente werd met meer dan 1,5% teruggebracht.

¹³

Informatieblad van IRIS, nr. 1, januari 1997, p. 3-4

¹⁴ Ibidem, p. 4

Elk ziekenhuis werkte een nieuwe personeelsformatie uit die past binnen het financieel plan van de instelling. Het surplus aan personeel dat hierdoor ontstond, werd via een opgerichte reconversiecel naar nieuwe functies binnen de groep begeleid. Het doel van het nieuwe personeelstatuut is een harmonisering van de statuten in de negen ziekenhuizen.

De door Iris uitgewerkte overeenkomst, met als doel de ondersteuning, de hulp en de betalingsmodaliteiten voor behoeftige patiënten te harmoniseren (de zgn. 'onderstandsdommiciëlie') werd door de negen ziekenhuizen en de zes betrokken OCMW's ondertekend¹⁵.

Iris heeft drie universitaire researchteams verzocht een welbepaald aspect van het ziekenhuisbeleid te onderzoeken:

- analyse van de financiële organisatie van de structuur (ULB);
- evaluatie van de informatiesystemen in de structuur (VUB);
- typologie van de medische prestaties (ULB).

Op basis van deze onderzoeken werden voorstellen naar voren geschoven inzake het opzetten van synergieën binnen de structuur en over hoe de aanwezige deskundigheid in dienst van de hele groep kan worden gesteld.

In de onderhandelingen over de verzekeringen werden eenvormige tarieven voor de hele structuur verkregen.

Wat de boekhouding betreft werd er een boekhoudkundig normalisatiebeleid gevoerd zodat het op termijn mogelijk wordt om een gemeenschappelijk boekhoudplan op te stellen. Op basis van een analytische boekhouding kan de kostprijs per pathologie worden berekend en een interne controle van het geheel worden opgezet¹⁶.

1.7. Fusies binnen het ziekenhuisnetwerk

Iris bestaat vandaag uit 9 onafhankelijke ziekenhuizen. Dit betekent dat elk ziekenhuis een eigen Algemene Vergadering, een Raad van Bestuur, een aparte begroting, boekhouding, jaarverslag en een apart financieringssysteem bij de overheid heeft. Elk ziekenhuis heeft een eigen personeelsdienst, een afdeling boekhouden, facturering, enz.

¹⁵ Informatieblad van IRIS, nr. 1, januari 1997, p. 2-4

¹⁶ Ibidem

Indien binnen Iris afspraken worden gemaakt tussen de verschillende ziekenhuizen, moet het dossier iedere keer naar de verschillende Raden van Bestuur voor goedkeuring na advies van de Medische Raden. Als één van de Raden van Bestuur een wijziging wenst, moeten weer alle Raden van Bestuur hiermee akkoord gaan. Op deze wijze gaat de besluitvorming zeer traag. Elk ziekenhuis moet het financieel evenwicht bereiken. Een beslissing voor een aantal ziekenhuizen heeft niet altijd dezelfde gevolgen voor de verschillende partners. Wegens een verschil in financiering kan een voordeel voor de ene uitdraaien in een nadeel voor de andere. Het ziekenhuis staat dan voor een keuze: kiezen voor de globale (hoge) winst voor de hele groep of kiezen voor de eigen winst en het eigen financieel evenwicht¹⁷.

Als enkele ziekenhuizen fuseren, gelden zij als één groot ziekenhuis. Wel kan het ziekenhuis de verschillende vestigingen behouden. Dit is inderdaad het geval met de fusies bij Iris: de negen sites blijven behouden.

Het nieuwe, gefuseerde ziekenhuis krijgt echter één erkenningsnummer, een eigen dagprijs, één begroting, één geïntegreerde boekhouding.

De gefuseerde entiteit heeft één enkele beheerder. Dit heeft zijn weerslag op heel wat organen: Algemene Vergadering, Raad van Bestuur, Leidende ambtenaar, Medische Raad, Hoofdgeneesheer, Hoofd van het verpleegkundig departement, plaatselijk Comité van ethiek, Medisch-farmaceutisch Comité, enz. Eén diensthoofd wordt verantwoordelijk voor de hele entiteit¹⁸. De besluitvorming zal normaliter vlotter verlopen.

Binnen het Iris-netwerk ontstonden, via de fusie van een aantal sites, vijf juridische entiteiten:

1. Een fusie Verplegingscentrum J. Bracops / Etterbeek-Elsene / Molière Longchamp - Baron Lambert (= Iris-zuid);
2. Een fusie Brugmann - New Paul Brien;
3. Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter;
4. Bordet-instituut;
5. Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF).

Deze vrijwillige fusies, gerealiseerd op 1 januari 2000, zijn het laatste hoofdstuk van een serie van hervormingen die werden gestart begin 1996.

¹⁷ Informatieblad van IRIS, mei 1999, p. 3

¹⁸ Ibidem

1.7.1. Waarom deze nieuwe reorganisatie?

De reorganisatie was noodzakelijk omdat¹⁹:

- Ziekenhuizen een minimale activiteit moeten ontplooiën willen zij voor financiering in aanmerking komen, bv. de bezettingsgraad, het aantal bevallingen, het aantal onderzoeken, enz. Voor bepaalde ziekenhuisfuncties of zorgprogramma's bestaan er hogere financiële tussenkomsten iedere keer een bepaalde activiteitsdrempel wordt overschreden.
- Ziekenhuizen verplicht zijn een minimum aantal diensten aan te bieden.
- Algemene (niet gespecialiseerde) ziekenhuizen met minder dan 150 bedden moeten sluiten. In de toekomst zijn strengere normen mogelijk; de facto (bedrijfseconomisch) zijn ze reeds geïnstalleerd want de huidige financieringswijze bevoordeelt de grote ziekenhuizen zodat het voor de kleinere ziekenhuizen bijna onmogelijk wordt om hun rekeningen in evenwicht te houden en hun vaste kosten te dekken.
- De klassieke ziekenhuisopname aan belang inboet; dagopname en alternatieve vormen van verzorging kennen een groeiend succes.

De resultaten van deze schaalvergroting zijn:

1. Een vlottere medische samenwerking

- Wettelijk-administratieve besloemingen staan het uitwisselen van specialisten tussen de vestigingen niet langer in de weg.
- Er kan gezamenlijk worden geïnvesteerd in nieuwe technologieën.
- Gemeenschappelijk wetenschappelijk onderzoek en uitwisseling van kennis zijn gemakkelijker te organiseren.

2. Financiële voordelen op termijn

- De groep zal recht hebben op een interessante dagprijs en hogere forfaits.
- De groepering van de administratieve en logistieke diensten zal leiden tot een vermindering van de werkingskosten.
- De personeelsleden kunnen hun beroepservaring beter gebruiken of zich meer specialiseren en dit zal het beleid ten goede komen.

Deze nieuwe organisatie sluit duidelijk aan bij de drie oorspronkelijke, strategische doelstellingen van Iris:

¹⁹ Informatieblad van IRIS, mei 1999, p. 3-4

- Het behoud van een sterk Brussels openbaar ziekenhuizennet.
- De financiële toestand van de openbare ziekenhuizen in evenwicht brengen (en houden) om zo het voortbestaan van de Brusselse 'buurtgeneeskunde' te verzekeren.
- De kwaliteit van de medische zorg en het onthaal verhogen om aan de behoeften van de Brusselse bevolking te voldoen.

De reorganisatie van de Iris-ziekenhuizen is (momenteel) voltooid. Het Iris-net bestaat nu uit drie pluridisciplinaire ziekenhuizen: Sint-Pieter, Brugmann - New Paul Brien en Iris-zuid²⁰, en twee gespecialiseerde ziekenhuizen, Bordet en het Kinderziekenhuis.

De schaalvergroting maakt de twee nieuwe ziekenhuizen, Iris-zuid en Brugmann, meer slagvaardig. Het ziekenhuis kan gericht investeren en op die manier nieuwe activiteiten ontplooiën. De medische samenwerking moet leiden tot een ruim basisaanbod op de verschillende sites en tot een sterke specialisatie van bepaalde afdelingen.

Het aantal bedden per specialiteit zal bepaald worden naargelang de plaatselijke behoeften. Op korte termijn zullen artsen en beheerders per specialiteit bepalen op welke site raadplegingen en ook waar hospitalisatie zal worden aangeboden. De kwaliteit, de snelheid, de betrouwbaarheid en de veiligheid van de zorgverlening, de beschikbaarheid van het personeel, de uitrusting en de verwantschap tussen de verschillende diensten zullen deze keuze bepalen²¹.

De veranderingen zullen geleidelijk worden doorgevoerd.

Hoewel alle ziekenhuizen in Brussel zijn gevestigd, zijn er zeer grote verschillen in hun patiënteel hetgeen bepaald wordt door hun geografische ligging (bv. Sint Pieter en New Paul Brien zijn gelegen in de armste Brusselse wijken). Effectieve samenwerking, regelmatig overleg en beslissingsstructuren die rekening houden met deze lokale identiteit zullen op termijn tot een gemeenschappelijke cultuur leiden.

Ook andere specifieke doelstellingen van het strategisch plan van Iris vindt men op een meer concrete wijze in de fusieplannen terug: versterking van de daghospitalisatie, betere relaties met de huisartsen en organisaties buiten het ziekenhuis, ruimte voor privé-geneeskunde.

De bestaande relaties tussen de verschillende Iris-ziekenhuizen blijven behouden of krijgen een nieuw elan.

²⁰ J. Bracops en Molière Longchamp/Baron Lambert

²¹ Informatieblad van IRIS, september 1999, nr. 10, p. 1-2

1.7.2. Een overzicht van de nieuwe entiteiten op 1 januari 2000

- J. Bracops (1070 Anderlecht);
Etterbeek-Elsene (1050 Elsene);
Molière Longchamp (1190 Vorst);
Baron Lambert (1040 Etterbeek);
Samen:
 - 863 bedden;
 - 30.000 opnamen;
 - 4.600 one day;
 - 330.000 consultaties;
 - hoofdzakelijk toegespitst op buurtgeneeskunde (heelkunde en interne geneeskunde);
 - belangrijk segment moeder-kind, hartpathologie, dialyse.

- Brugmann (1020 Brussel II);
New Paul Brien (1030 Schaarbeek);
Samen:
 - 795 bedden;
 - 16.500 opnamen;
 - 2.400 one day;
 - 200.000 consultaties;
 - universitaire eenheden;
 - belangrijke sector geriatrie, revalidatie, psychiatrie;
 - referentiecentrum voor palliatieve zorg.

- Sint-Pieter (1000 Brussel)
 - 434 bedden;
 - 16.500 opnamen;
 - 3.500 one day;
 - 200.000 consultaties;

- universitaire eenheden;
 - belangrijk segment moeder-kind.
- J. Bordet-Instituut (1000 Brussel)
- 154 bedden;
 - 5.600 opnamen;
 - 9.800 one day;
 - 62.000 consultaties;
 - universitaire eenheden;
 - hoogtechnische activiteit: gespecialiseerd in oncologische genees- en heelkunde.
- Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF) (1020 Brussel II)
- 150 bedden;
 - 8.600 opnamen;
 - 2.400 one day;
 - 65.000 consultaties;
 - universitaire eenheden;
 - hoogtechnische activiteit: pediatrie.

Hoofdstuk 2: De financiële toestand en evolutie van de Irisziekenhuizen

Het zijn vooral de Brusselse ziekenhuizen die steeds in enorme financiële ademnood hebben verkeerd. Zeker in 1995 zijn ze er fel op achteruit gegaan. Toen was de helft van de instellingen in het hoofdstedelijk gewest verlieslatend, 15 procentpunt meer dan in 1994. In Vlaanderen en Wallonië, waar er al verschillende samenwerkingsvormen tot stand kwamen eind jaren tachtig, begin jaren negentig, deed zich een tegenovergestelde beweging voor, daar daalde het aantal deficitaire ziekenhuizen²².

De Brusselse instellingen verklaren een groot deel van de tekorten bij de openbare ziekenhuizen. Eind 1995 werd het Iris-project gestart, dat grondige herstructureringen beoogt in de Brusselse openbare ziekenhuizen:

1. het saneren van de financiën;
2. de openbare ziekenhuizen autonoom maken binnen een gestructureerd geheel (maar onafhankelijk van hun OCMW);
3. het professionalisme van het management verhogen (door responsabilisering van de verschillende actoren en modernisering van de beheersinstrumenten).

2.1. De schulden

Openbare ziekenhuizen kampten in het verleden met gigantische schulden. Deze schulden zijn gedeeltelijk afgenomen en intussen zetten de meeste openbare ziekenhuizen een even goed bedrijfsresultaat neer als de private²³. De enorme schulden van de meeste ziekenhuizen zijn een erfenis uit het verleden. Men kan de vergelijking maken met de federale overheid. Ook die gaat gebukt onder een schuld die is opgebouwd in de jaren zeventig.

Tussen private ziekenhuizen en openbare ziekenhuizen bestaat er een discrepantie inzake schulden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de meeste openbare ziekenhuizen geen startkapitaal kregen en dus moesten gaan lenen van in de aanvangfase. Op de ontleende sommen dienen de ziekenhuizen een hoge rentelast te betalen. Dat veroorzaakte jaar na jaar een deficit in de sector en dit ondanks de daling van de rentelasten in de jaren '90.

²² De Financieel-Economische Tijd, 25 juni 1998

²³ Ibidem

2.2. Resultaat van 1994 en 1995

De resultaten in onderstaande tabel zijn de enige, algemene, resultaten van voor het opstarten van het Iris-project die ter beschikking waren. Uit een rondvraag bij Iris zelf maar ook bij het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken blijkt dat er, voor deze en de voorafgaande jaren, natuurlijk analytische resultaten voorhanden zijn maar dat deze ofwel onvolledig zijn en/of deze her en der verspreid liggen en dat: 'het zoeken en verzamelen ervan te veel tijd in beslag zou nemen'. Het ministerie was trouwens niet bereid om mij deze informatie, indien ze aanwezig zou zijn, ter beschikking te stellen (idem voor 1999; zie e-mail in bijlagen).

	Boekjaar 1994	Boekjaar 1995	Vershil
UVC Sint-Pieter	-238,10	-775,40	-537,30
J. Bordet Instituut	15,10	-70,50	-85,60
UVC Brugmann	3,00	-268,70	-271,70
UKZKF	-96,10	-269,60	-173,50
VC Baron Lambert	-5,20	-55,70	-50,50
VC J. Bracops	-95,20	-93,80	1,40
VC Molière Longchamp	-72,50	-67,60	4,90
Zc Etterbeek-Elsene	-257,80	-181,00	76,80
VC New Paul Brien	-143,40	-316,20	-172,80
Iris	-890,20	-2098,50	-1208,30

(Grafische voorstelling in bijlagen)

2.3. Resultaat van 1996

Na consolidatie bedroeg het resultaat van 1996 voor de negen ziekenhuizen -383,5 miljoen BEF. Dit is een verbetering met 507 miljoen BEF tegenover 1994 en met 1,7 miljard BEF tegenover 1995: met andere woorden een gecumuleerde besparing van 2,2 miljard BEF.

	Begroting 1996	Rekening 1996	Vershil
UVC Sint-Pieter	-54,20	-143,90	-89,70
J. Bordet Instituut	9,60	30,60	21,00
UVC Brugmann	2,30	4,50	2,20
UKZKF	-85,30	-64,10	21,20
VC. Baron Lambert	12,50	3,30	-9,20
VC J. Bracops	-11,10	-8,20	2,90
VC Molière Longchamp	-3,50	1,20	4,70
Zc Etterbeek-Elsene	-59,90	-49,20	10,70
VC New Paul Brien	-79,80	-157,70	-77,90
Iris	-269,4	-383,5	-114,1

(Grafische voorstelling in bijlagen)

Uit de vergelijking van de som van de vooropgestelde begrotingsresultaten met de consolidatie van de gerealiseerde begrotingen blijkt een globaal verschil van -114 miljoen BEF. De

grootste tekorten komen voor in de administratieve kosten, de medische apparatuur en het onderhoud (totale kosten zonder personeel: -4,2 %). De moeilijkst te beheersen posten zijn onder controle: de personeelskost (+0,2%) en de inkomsten (1,1%)²⁴.

Bordet, Brugmann, Baron Lambert, Molière-Longchamp, Etterbeek-Elsene, Bracops en het UKZKF verwezenlijken hun begroting en hun oorspronkelijk financieel plan of doen beter. De eerste vier zijn in evenwicht²⁵. Alleen het UVC Sint-Pieter en het VC New Paul Brien leggen een zwaar negatief resultaat voor. Hun rekeningen wijken eveneens zeer sterk af van het begroot (negatief) resultaat. Voor beide instellingen werden er dan ook extra maatregelen genomen om de tekorten onder controle te krijgen.

Van bij de oprichting van Iris werd een Thesauriecomité ingesteld (zie blz. 11) waarin de financieel verantwoordelijke en de thesauriebeheerder van ieder ziekenhuis zitting heeft.

Het thesauriecomité coördineert op Iris-niveau de activiteiten van de thesauriebeheerders in hun algemeen financieel beheer.

De financiële activiteit van Iris richtte zich in 1996 voornamelijk op de invoering van een thesauriebeheer op waardedatum in elk van de negen ziekenhuizen. Dit was prioritair omdat hiermee de financiële kosten onmiddellijk konden worden verminderd.

De invoering van het thesauriebeheer en de herberekening van de financiële voorwaarden op de schuld op lange termijn leverde voor 1996 een besparing op van ruim 62,5 miljoen BEF (voor de eerste negen maanden van 1997 64 miljoen BEF).

De invoering van het thesauriebeheer op waardedatum heeft geleid tot een maandelijks projectie- en opvolgingssysteem voor de thesaurie, waarmee Iris snel eventuele ontsporingen in de financiële toestand van de ziekenhuizen kan lokaliseren. Dit was o.a. één van de eerste financiële indicatoren voor ieder ziekenhuis²⁶.

De schulden op lange termijn bedroegen op 1 januari 1996 ruim 6,2 miljard BEF voor alle Iris-ziekenhuizen samen. Na nieuwe onderhandelingen werd het intrestpercentage verlaagd met 1,5% wat jaarlijks een winst oplevert van 94 miljoen BEF.

Eind 1996 werd een werkgroep, de Boekhoudkundige Commissie van de Iris-ziekenhuizen, opgericht waarin de negen ziekenhuizen vertegenwoordigd zijn. Haar eerste taken waren:

- het uitwerken van een boekhoudkundig normaliseringsbeleid, dat op termijn leidt tot een vormigheid in de boekhoudingen, en een gemeenschappelijk boekhoudplan;

²⁴ Informatieblad van IRIS, januari 1998, nr. 5, p. 4

²⁵ Zie tabel vorige bladzijde

²⁶ De Brusselse openbare ziekenhuizen, conferentie 3 november 1997.

- een analytische boekhouding instellen van waaruit per pathologie in detail de kostprijs kan worden berekend voor ieder ziekenhuis en met behulp waarvan de Structuur een interne controle kan opzetten via o.a. vergelijkingsmechanismen²⁷.

Het doel van al deze initiatieven is te beschikken over precieze en volledige gegevens om de controles efficiënt te kunnen doorvoeren.

2.3.1. De medische activiteit in 1996

In 1996 stelt men een vermindering van de activiteiten vast. Volgens een aantal onderzoeken van de verscheidene ziekenfondsen was dit een algemene tendens. De toenmalige regeringsmaatregelen, die ervoor zorgden dat consultaties duurder werden, kunnen voor een deel deze terugval verklaren: de patiënten stellen de raadpleging en de hospitalisatie uit. Tegelijkertijd is er een toename van het aantal raadplegingen in de wachtdienst. De patiënten wachten dus langer om zich te laten verzorgen en komen hierdoor vaker op de spoedgevallen terecht. Veel patiënten gaan ook rechtstreeks naar de spoedgevallen om onmiddellijk geholpen te worden (zonder onmiddellijke betaling).

2.3.2. Tot besluit

Aldus kan men concluderen dat de begroting van een meerderheid van de ziekenhuizen, voor het boekjaar 1996, in evenwicht of positief is. Alleen bij New Paul Brien en bij Sint-Pieter was dit niet het geval waardoor voor deze twee instellingen specifieke maatregelen werden genomen: er werden plannen doorgevoerd om de tekorten onder controle te krijgen en te anticiperen op eventuele besparingsmaatregelen van de Federale Regering²⁸.

De ziekenhuisactiviteit hield stand bij een algemene achteruitgang.

De responsabilisering van de personeelsleden, de opleiding in moderne beheers-, onthaal- en verzorgingstechnieken zijn de prioritaire doelstellingen die de Raad van Bestuur zich voor 1997 stelde.

²⁷ De Brusselse openbare ziekenhuizen, conferentie 3 november 1997.

²⁸ Le Soir, 27 december 1996

2.4. Resultaat van 1997

Het boekjaar 1997 werd gekenmerkt door de voortzetting van de saneringen en herstructureeringen die bij de oprichting van Iris tot doel waren gesteld. Dat de geleverde inspanningen resultaat hebben opgeleverd, blijkt uit de cijfers (door een beheersing van de uitgaven) en uit de feiten (door een aanzienlijke verbetering van de beheersinstrumenten).

De uitgaven zijn stabiel ten opzichte van 1996. Alleen voor wat de afschrijvingen en de financiële kosten betreft is er geen evenwicht, hoofdzakelijk is dit te wijten aan de voltooiing van de verbouwingswerken van het Sint-Pieter ziekenhuis²⁹.

De personeelsuitgaven zijn in deze periode slechts toegenomen met 1,9%. Dit is belangrijk omdat 'personeelsuitgaven' de grootste uitgavenpost vormt van een ziekenhuis. De herstructureeringen en de uitvoering van de financiële plannen van de verschillende ziekenhuizen hebben ook hun effect op de tewerkstelling: tussen 1 januari 1996 en eind 1997 is de personeelsformatie van de ziekenhuizen met 4,3% afgenomen³⁰. Het aanzuiveren van de 'sociale balans' gebeurde hoofdzakelijk via natuurlijke afvloeiingen³¹.

Maar ondanks de stabiliteit van de kosten, nemen de resultaten af. De totale groei van de ontvangsten van het ziekenhuis belooft 1,5%, dit is minder dan de groeinorm van de begroting van Volksgezondheid. Eén en ander heeft te maken met de weerslag van het financieringssysteem en de besparingsmaatregelen die de Federale Regering heeft opgelegd³²:

- Begin 1997 heeft de Regering een lineaire vermindering van de medische honoraria met 3% ingevoerd. De gevolgen van deze maatregelen werden geraamd op minstens 100 miljoen BEF. Dit weerspiegelt zich ook in de rekeningen: het totaal bedrag van de gefactureerde honoraria is afgenomen met 2%.
- De Regering heeft de Iris-structuur in 1997 voor meer dan 140 miljoen BEF gepenaliseerd. Voor de financiering van de verpleegdag geldt een systeem van bonificatie/penalisatie, naargelang de 'prestatie' van elk ziekenhuis. Om deze prestatie te berekenen wordt de duur van de verblijven in het ziekenhuizen vergeleken met de gemiddelde duur van de verblijven in alle Belgische ziekenhuizen. Algemeen, scoren de Irisziekenhuizen hier vrij slecht, met een zware penalisaatie als gevolg³³.

²⁹ Informatieblad van IRIS, februari 1999, nr. 9, p. 1-4

³⁰ Voorstelling van de rekeningen 1997 van de Iris-ziekenhuizen.

³¹ De Standaard, 16 oktober 1995

³² Informatieblad van IRIS, ibidem.

³³ Zie tabel in bijlagen 'Verschillen 1997/1996'

Verscheidene onderzoeken hebben reeds aangetoond dat, voor een zelfde aandoening, ar-
mere en oudere patiënten langer in het ziekenhuis verblijven. Dit geldt in hoge mate voor
de Iris-ziekenhuizen, waar ruim een derde van de patiënten in een situatie van bestaanson-
zekerheid verkeren (zie 2.4.3. Sociale aspecten)

Het boekjaar 1997 werd afgesloten met een verlies van 483,1 miljoen BEF, dit is bijna 100
miljoen meer (verlies) dan in 1996. Dit tekort vertegenwoordigt 2,8% van de totale uitgaven
van de ziekenhuizen³⁴.

De hierna volgende tabel toont aan dat de toestand van de ziekenhuizen onderling sterk kan
verschillen en dat de maatregelen van de Federale Regering in 1997 een erg ongunstige weer-
slag hebben gehad. Als de weerslag van deze maatregelen buiten beschouwing wordt gelaten
zijn de resultaten gunstiger dan in 1996 en zijn zeven van de negen ziekenhuizen in evenwicht
of bijna in evenwicht. Zowel het UVC Sint-Pieter als het VC New Paul Brien (beide kenden
een negatieve financiële evolutie) zijn in het boekjaar 1997 het voorwerp geweest van uitzon-
derlijke voorgedijmaatregelen. In New Paul Brien werd een (Iris-)commissaris aangesteld en in
Sint-Pieter werd een opvolgingscomité in het leven geroepen³⁵. In beide instellingen werden
drastische saneringsplannen uitgevoerd met als gevolg vergaande hervormingen en een aan-
zienlijke personeelsinkrimping. Doch deze herstructurerings- en saneringsmaatregelen hebben
slechts een gering effect gehad. Toch wou New Paul Brien van haar negatief imago af. De
partners waren dan ook vastbesloten om gezamenlijk het financieel evenwicht tot stand te
brengen d.m.v. een nieuwe financiële overeenkomst (zie resultaten 1998).

	Rekening 1996	Rekening 1997	Rekening 1997 zonder maatrege- len 97	Oorspron- kelijk streefdoel	Omzetcijfer 1997
UVC Sint-Pieter	-143,9	-272,5	-221,8	-229	3.529
J. Bordet Instituut	30,6	6,9	20,4	24,4	1.511
UVC Brugmann	4,5	-35,9	19,9	0	3.608
UKZKF	-64,1	-41,4	-20,5	-43,6	1.306
VC Baron Lambert	3,3	3,9	4,9	0	655
VC J. Bracops	-8,2	-15,5	1,9	-1,1	1.264
VC Molière Longchamp	1,2	-8,1	7,9	-16,9	1.327
Zc Etterbeek-Elsene	-49,2	0,7	9,4	-21,2	1.591
VC New Paul Brien	-157,7	-121,2	-111,9	-120,7	670
Iris	-383,5	-483,1	-289,8	-408,1	15461

(Grafische voorstelling in bijlagen)

³⁴ Rekeningen 1997 van de Iris-ziekenhuizen

³⁵ Informatieblad van IRIS, april 1997, nr. 2, p. 3

2.4.1. De medische activiteit in 1997

Tijdens deze periode werden 'activiteitsindicatoren' ingevoerd. Deze hebben hoofdzakelijk betrekking op het aantal opnamen en ligdagen in de klassieke hospitalisatie, het aantal opnamen in het daghospitaal, de raadplegingen en de activiteit van de medisch-technische sector, van het operatieblok en de wachtdienst, de bevallingen en de dialyse. De invoering van de indicatoren nam veel tijd in beslag omdat definities en interne gebruiken op elkaar moesten worden afgestemd. Eens ingevoerd zag men dat dit een goede methode was om tot betrouwbare gegevens van de ziekenhuizen te komen. Van dan af werd het mogelijk om de activiteit van een ziekenhuis maandelijks te volgen via de productievolumes van de grote sectoren en deze te vergelijken met de andere instellingen³⁶.

Controles tijdens de eerste maanden van 1997 schenen een vermindering van de activiteit aan te tonen. Die tendens werd echter snel omgebogen en uiteindelijk was het resultaat beter dan in 1996. En dit zowel wat het aantal opnamen, het aantal verpleegdagen en het aantal bevallingen betreft. Doch deze vaststelling gaat niet op voor alle ziekenhuizen, maar globaal genomen kan de structuur bevredigende resultaten voorleggen. Het valt op dat meer dan één op vijf opnamen in het dagziekenhuis gebeuren. De neerwaartse tendens (-2,4 %) van het aantal raadplegingen blijkt verband te houden met de snelle stijging (+5,5 %) van het aantal spoedopnames. Dit heeft, zoals reeds werd vermeld, vermoedelijk te maken met de houding van sommige patiënten in financiële en sociale moeilijkheden. Mede omdat de toegang tot de ziekenhuizen almaar duurder wordt, stellen steeds meer patiënten hun ziekenhuisbezoek uit en/of opteren ze voor spoedopname, waar ze niet meteen moeten betalen, in tegenstellingen tot wat bij de raadplegingen het geval is. Deze laatste tendens heeft als gevolg dat de wachtdiensten goed dienen uitgebouwd te zijn, en dus duur zijn, en dat er een toename is van de werklust³⁷.

2.4.2. Tot Besluit

Het boekjaar 1997 werd duidelijk gekenmerkt door de voortzetting van de sanerings- en herstructureringsmaatregelen die bij de oprichting van Iris waren vooropgesteld.

In 1997 was er een belangrijke evolutie te merken in de werkwijze van de Iris-ziekenhuizen en in de gewoonten van de patiënten. Zo steeg de activiteit van het dagziekenhuis sterk en werd er steeds meer een beroep gedaan op de wachtdiensten, hetgeen een gedragswijziging aangeeft. Deze wijzigingen maken dat de ziekenhuizen en hun medisch en verplegend personeel verplicht waren (en zijn) hun werkmethoden ingrijpend te veranderen.

³⁶ De Brusselse openbare ziekenhuizen, conferentie 3 november 1997.

³⁷ Rekeningen 1997 van de Iris-ziekenhuizen.

De prioriteiten die voor 1998 werden gesteld³⁸:

- een grotere samenwerking tussen de ziekenhuizen, die kan uitmonden in nieuwe fusies of samensmeltingen van diensten, met een nog betere kwaliteit van het zorgaanbod als doel;
- een grotere betrokkenheid van het medisch korps bij de strategie en het beheer van de ziekenhuizen (Dit aspect werd reeds meerdere malen aangehaald door Iris, maar pas nu zijn er concrete plannen die waarschijnlijk nog in de loop van 2000 zullen worden gerealiseerd. Hierover meer in hoofdstuk 3);
- een intensivering van de schaafeffecten op het vlak van logistiek;
- de verdere gezondmaking van UVC Sint-Pieter;
- de voltooiing van de verbouwingswerken aan Sint-Pieter en de aanvang van de bouw van de nieuwe gebouwen van het UVC Brugmann, het VC Molière en Baron Lambert.

Ook werden er een aantal voorstellen geformuleerd ten aanzien van de Federale Regering. Er werd namelijk gevraagd om:

- de invloed van het sociaal profiel van de patiënten in de financieringsmechanismen ongedaan te maken;
- een voldoende financiering van de sociale werkers te verzekeren;
- uitgaan van recente en betrouwbare gegevens bij de beoordeling van de in het ziekenhuis behandelde ziekten. Bij ambulante patiënten (consultaties en technische acten) en hospitalisaties worden codes gebruikt die elk een aantal gegevens bevatten. Doch momenteel wordt het 'academisch' aspect in deze codes niet vertaald. Bijv. een eenvoudige orthodontische interventie (code x) kan zowel worden gedaan door een licentiaat tandheelkunde als door een specialist in stomatologie. Een tweede voorbeeld: de behandeling van een doorligwonde kan herleid worden tot een eenvoudige technische act (ontsmetting en verband) tot en met een effectieve behandeling op een dynamische en bestuurd antidecubitusmatras (eenheidsprijs: ongeveer een half miljoen BEF);
- zorgen voor een grotere doorzichtigheid en stabiliteit van het systeem van financiering.

³⁸ Ibidem.

2.4.3 Sociale aspecten

Tijdens de eerste maanden van 1997 voerde de Iris-cel een eerste studie uit naar de kost van de sociale taken in de Brusselse openbare ziekenhuizen. Men stelde vast dat gemiddeld 250 miljoen BEF nodig is voor de uitvoering van deze taken. Dit bedrag kan als volgt worden verklaard³⁹:

- De sociale eigenschappen van de patiënten die de Brusselse openbare ziekenhuizen 'bezoeken' tonen aan dat een belangrijke groep van patiënten zich in een zwakke economische positie bevindt. Vrijwel een derde leeft onder de armoedegrens, terwijl de armoede in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest volgens de Europese Commissie op 11,4% moet worden geraamd (14,9 volgens het IRES van de UCL).
- De financieringsregels voor ziekenhuizen houden geen rekening met het sociaal aspect van de patiënten. Alleen patiënten waarvan de verzorging door de ziekteverzekering wordt gedekt, worden in rekening gebracht. Los van de steuntrekkers bij het OCMW is 5% van de patiënten in de Brusselse openbare ziekenhuizen niet verzekerd en dus niet in staat om voor de verleende verzorging te betalen. Andere regels penalisieren dan weer de ziekenhuizen waar de gemiddelde verblijfsduur te lang is, daar waar een recente studie, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, heeft aangetoond dat sociale factoren een impact hebben van om en bij de 10% op de duur van het verblijf in het ziekenhuis.
- Er ontbreekt een goede financiering voor de maatschappelijke werkers die noodzakelijk zijn binnen een kwaliteitsgeneeskunde. Er moet rekening worden gehouden met de sociale voorgeschiedenis van de patiënten om ze te kunnen verzorgen. En deze moeten ook worden begeleid bij de regularisering van hun sociale rechten, er moeten contacten worden onderhouden met de OCMW's en bij ontslag uit het ziekenhuis moet worden toegezien op de levensomstandigheden met het oog op het herstel van de patiënt. Gemiddeld vereist 35% van de patiënten de tussenkomst van een maatschappelijk werker, dit is 24% meer dan het nationaal gemiddelde. De loonkost van maatschappelijk werkers wordt geraamd op 68 miljoen BEF.
- De betalingsachterstallen van de patiënten en van de instanties die de betaling van insolvent geachte patiënten op zich nemen zorgen voor thesaurietekorten. De inkomstenderiving voor de betrokken ziekenhuizen bedraagt al snel enkele miljoenen BEF per jaar.

³⁹

De Brusselse openbare ziekenhuizen, conferentie 3 november 1997.

Opdat in de Brusselse ziekenhuizen geen geneeskunde met twee snelheden zou ontstaan bleken betere betrekkingen tussen Iris en de Brusselse OCMW's noodzakelijk. De OCMW's hebben ingestemd met de versoepeling van de verscheidene procedures, een vlottere uitsluiting van gegevens voor sociale onderzoeken, enz. Tevens hebben de OCMW's in beginsel aanvaard om te betalen voor de verzorging die niet door het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeit (RIZIV) wordt terugbetaald maar die toch noodzakelijk is voor de behandeling van 'insolvabele' patiënten.

2.5. Resultaat van 1998

De afgesloten rekeningen van het boekjaar 1998 van de Brusselse openbare ziekenhuizen vertonen het beste financieel resultaat in meer dan tien jaar en bevestigen de terugkeer naar het evenwicht.

Het bedrijfsresultaat van 1998 is -166,9 miljoen BEF, d.i. een verbetering met meer dan 300 miljoen BEF ten opzichte van 1997. Het tekort komt overeen met minder dan 1% van de totale uitgaven van de Iris-ziekenhuizen.

Vergeleken met de vorige boekjaren en zeker in vergelijking met de periode voordat de Iris-structuur bestond, is dit resultaat een duidelijke verbetering. Bovendien bewijzen de ziekenhuizen dat ze hun ramingen perfect onder controle hebben: het verschil tussen de begrotingen en de rekeningen bedraagt niet meer dan zo'n tien miljoen BEF.

Uit de volgende tabel blijkt dat de situatie van alle ziekenhuizen verbetert of zich stabiliseert.

	Rekeningen 1997	Begrotingen 1998	Rekeningen 1998	Vershil 1998
UVC Sint-Pieter	-272,5	-142,7	-149,1	-6,4
J. Bordetinstituut	6,9	14,8	1,7	-13,1
UVC Brugmann	-35,9	0	-9,8	-9,8
UKZKF	-41,4	-1,0	-9,9	-8,9
VC Baron Lambert	3,9	0	-3,5	-3,5
VC J. Bracops	-15,5	-1,1	-6,8	-5,7
VC Molière Longchamp	-8,1	10,0	7,0	-3,0
Zc Etterbeek-Elsene	0,7	-10,3	5,4	15,7
VC New Paul Brien	-121,2	-33,2	-1,9	31,3
Iris	-483,1	-163,5	-166,9	-3,4

(Grafische voorstelling in bijlagen)

Opvallend zijn vooral het opmerkelijk herstel van het Sint-Pieter ziekenhuis, waarvan het tekort, dankzij een strikte naleving van het saneringsplan, met de helft werd teruggebracht, en van New Paul Brien, dat door de herstructureringsmaatregelen op een financieel evenwicht

afstevent. New Paul Brien wou definitief van haar negatief imago af en de partners waren dan ook vastbesloten om het financieel evenwicht tot stand te brengen. Op 10 oktober 1997 kwam er een nieuwe financiële overeenkomst tot stand in samenwerking met de gemeente en het OCMW van Schaarbeek. Naast de onontkoombare financiële doelstelling stelt de overeenkomst ook medische verwezenlijkingen voorop⁴⁰. New Paul Brien streeft in zijn nieuw beleid, naast het financieel evenwicht, naar een nieuwe aantrekkingskracht zonder daarvoor zijn functie van buurtziekenhuis op te offeren. De vernieuwing van de spoedgevallen en de verdere uitbreiding van de poliklinische activiteit bleken twee troeven te zijn voor dit ziekenhuis.

De verklaring voor de (algemeen) betere resultaten ligt aan volgende factoren⁴¹:

- *Een matige stijging van de ontvangsten met 4% ten opzichte van 1997.*

De stijging van de ontvangsten is hoofdzakelijk het gevolg van de toename van de medische honoraria en van de stabilisering van de ontvangsten uit de dagprijs. Deze ontwikkeling is te danken aan de positieve evolutie van de reële activiteit van de ziekenhuizen, enerzijds, en aan het feit dat een aantal besparingsmaatregelen die de federale Regering in 1997 heeft genomen, niet langer van toepassing zijn, anderzijds.

- *Een goede uitgavenbeheersing.*

De bruto uitgaven stegen met 2,1%. Deze beheersing is vooral opmerkelijk voor de personeelsuitgaven, die goed zijn voor 60% van de bedrijfskosten van het ziekenhuis. De netto bedrijfskosten stegen immers met 0,8% ten opzichte van 1997, d.i. aanzienlijk minder dan de nominale groei van de lonen. De werkingskosten namen slechts toe met 0,7% (dit was minder dan de stijging van de consumptieprijzen).

Voor de medische producten valt een netto groei op van 4,4%. Deze trend was overigens in het hele land merkbaar.

De gunstige financiële ontwikkeling van de Iris-ziekenhuizen toont aan dat de herstructureeringsplannen, die sinds januari 1996 van kracht zijn, hun effect hebben, en dat de oprichting van Iris een langdurig gezondmakingsproces heeft ingeluid. Dit moet Iris in staat stellen één van haar hoofddoelstellingen, namelijk het financieel evenwicht voor het jaar 2000, te bereiken.

⁴⁰ Informatieblad van IRIS, januari 1998, nr 5, p. 3

⁴¹ Rekeningen 1998 van de Iris-ziekenhuizen

2.5.1. De medische activiteit in 1998

Het Iris-net is in 1998 op medisch vlak zeer bedrijvig geweest. Het aantal ziekenhuisopnamen bleef stabiel, als Baron Lambert, waarvan het operatiekwartier in mei 1998 door een brand werd verwoest, buiten beschouwing wordt gelaten.

De klassieke opnamen werden sneller vervangen door dagopnamen. Op basis van de beschikbare gegevens over de activiteiten van 1996, 1997 en 1998 kan men o.a. vaststellen dat het aantal dagopnamen stijgt met 45%. In 1996 waren de dagopnamen goed voor 16,9% van het totale aantal opnamen, in 1998 was dit bijna 25 %.

De activiteit van de poliklinieken nam verder af (-4,8%), terwijl de opvang van patiënten door de spoeddiensten en de wacht toenam (+13%)⁴².

In 1998 bedraagt de gemiddelde duur van een ziekenhuisverblijf 9,03 dagen per opname, tegenover 9,19 in 1997 en 9,34 in 1996. Dit heeft een daling van het aantal verpleegdagen tot gevolg van ongeveer 3 % (Baron Lambert buiten beschouwing gelaten), alsook een daling van de bezettingsgraad⁴³.

Als reactie hierop werd er een aantal ziekenhuisbedden 'gesloten' of een nieuwe functie gegeven en werd er verder geïnvesteerd in de infrastructuur voor het onthaal en voor de behandeling van patiënten in het dagziekenhuis.

Ondanks de gunstige toestand in 1998 werd de subsidiërende overheid toch op een aantal tekortkomingen gewezen⁴⁴:

- De tenlasteneming door de federale overheid van de kosten voor de sociale taken (zie 2.4.3) die de openbare ziekenhuizen op zich nemen, bleef (en blijft) volstrekt ontoereikend.

Vergeleken met de lasten (die op meer dan 150 miljoen BEF per jaar worden geraamd) bedroeg de financiering die de Iris-ziekenhuizen krijgen, in het kader van hun dagprijs, in 1998 minder dan 50 miljoen BEF. De openbare ziekenhuizen en de gemeenten waar de ziekenhuizen zijn gelegen, moeten dus een bijkomende last van meer dan 100 miljoen BEF dragen, zonder over speciale financiële middelen te beschikken. Deze situatie vormt een zware handicap. Het verzwaart de taak van de beheerders van de openbare ziekenhuizen ten opzichte van de andere Brusselse ziekenhuizen.

⁴² Rekeningen 1998, conferentie 26 mei 1999

⁴³ Rekeningen 1998 van de Iris-ziekenhuizen

⁴⁴ Rekeningen 1998, conferentie 26 mei 1999

- Het systeem voor de beoordeling van de ziekenhuizen dat de Federale Regering heeft vastgesteld, blijft een nadelig effect hebben op de openbare ziekenhuizen. Hoewel wetenschappelijk ten overvloede is aangetoond dat het sociale profiel van de patiënten een factor is die een langere verblijfsduur, dan de nationale gemiddelden, helpt verklaren, wordt toch voor de beoordeling van de prestatie de vergelijking gemaakt met die nationale gemiddelden. Vergeleken met de andere Belgische ziekenhuizen werkt het feit dat geen rekening wordt gehouden met het bijzonder profiel van de 'Brusselse' patiënten (vrijwel een derde van de patiënten leeft onder de armoedegrens) in het nadeel van de Iris-ziekenhuizen met als gevolg dat het Ministerie van Volksgezondheid ook in 1998 een financiële penaliserende maatregel oplegde (1998: 205 miljoen BEF, 1997: 142 miljoen BEF).
- De financiële inhaalbedragen ten laste van de federale begroting voor de ziekenhuizen van het Iris-net verhogen. Op 31 december 1998 bedragen ze 1,2 miljard BEF. Deze inhaalbedragen vormen het geraamde bedrag dat zou moeten voortvloeien uit een verbetering van de prijzen van het Iris-net, overeenkomstig de geldende financieringsnormen. Rekening houdende met de mechanismen voor de controle en de herziening van de prijzen, ontvangen de ziekenhuizen deze inhaalbedragen pas in latere boekjaren. Dit bedrag van 1,2 miljard BEF, dat regelmatig in de rekeningen is ingeschreven, vormt een financiële last van meer dan 50 miljoen per jaar die de ziekenhuizen met eigen middelen moeten dragen.

2.5.2. *Tot besluit*

Het boekjaar 1998 werd gekenmerkt door een aanzienlijk beter resultaat en de perfecte begrotingscontrole van het Iris-net. Dit herstel is het antwoord op de verschillende inspanningen die Iris en de Iris-ziekenhuizen de vorige jaren hebben geleverd.

In 1998 werd nogmaals aangetoond dat het Iris-net een grote aantrekkingskracht uitoefent op de Brusselse bevolking. De wijzigingen van de medische activiteit die in 1997 tot uiting kwamen, werden herbevestigd.

Het streefdoel - de terugkeer naar het financieel evenwicht- en de ontwikkeling van de medische activiteit geven voor de toekomst de volgende prioriteiten⁴⁵:

1. De inspanningen om de prestatie van de ziekenhuizen van het Iris-net te verbeteren, moeten worden voortgezet, om in 2000 het financieel evenwicht te bekomen. Dit kan worden bereikt door een blijvende samenwerking en het tot stand brengen van schaaffecten voor administratie, logistiek, enz.

⁴⁵

Rekeningen 1998, conferentie van 26 mei 1999

2. De reorganisatie van het net moet concrete vorm krijgen. Deze reorganisatie kreeg reeds vorm via fusies binnen het netwerk.
3. De programma's voor de wederopbouw en voor de modernisering van de medische uitrusting moeten worden volgehouden en versneld.
4. Het dagziekenhuis dient verder te worden uitgebouwd.

Net als de vorige jaren werd ook in 1998 de aandacht gevestigd van de Federale Regering op een aantal aspecten inzake het financieringsstelsel voor ziekenhuizen.

2.6. Resultaat van 1999 en 2000

Over de resultaten van 1999 wenste Iris alsook het Ministerie van Volksgezondheid (zie e-mail in bijlagen) zich niet uit te spreken mede omdat de rekeningen pas in april 2000 worden afgesloten. In het algemeen wordt wel een 'evenwichtssituatie' verwacht. Voor 1999 zeer weinig uitleg dus maar voor het jaar 2000 kon men al informatie vinden in de media. Zo zou de entiteit Brugmann - New Paul Brien in haar budget 2000, 150 miljoen BEF tekort hebben waardoor er een aantal bedden in het gedrang komt. De kans is miniem dat het tekort zal worden aangevuld met de hulp van de twee gemeenten waar de nieuwe entiteit is gevestigd (Brussel en Schaarbeek) aangezien het budget van deze laatste hier niet in voorziet. Voor 1999 heeft Brugmann kunnen genieten van extra inkomsten (40 miljoen) door de sluiting van 25 bedden. Het is dan ook niet ondenkbaar dat het ziekenhuis zich meer zal toespitsen op die diensten die het meest winstgevend zijn (chirurgie, psychiatrie, ...) en daarnaast een aantal bedden zal sluiten. Er zijn ongeveer 50 bedden bedreigd met sluiting, op een totaal van 795 bedden. Door deze operatie maakt het ziekenhuis aanspraak op sluitingpremies waarmee het tekort zal worden aangezuiverd.

Hoofdstuk 3: Tussen theorie en praktijk?

3.1. Persoonlijke opvattingen over aspecten die de financiële situatie mogelijk gunstig kunnen beïnvloeden

A. *De arts-manager*

De huidige minister van Sociale Zaken, Frank Vandenbroucke (SP), wil weg van de gesplitste financiering van ziekenhuizen (verpleegdagbudget en geneesherenhonoraria). Gekoppeld aan zorgprogramma's moet er tussen de geldstromen voor verpleegdagen, medische activiteiten en geneesmiddelenverbruik meer samenhang komen. In dat geval moeten de artsen meer inspraak krijgen in het beleid van hun ziekenhuis⁴⁶.

Managementparticipatie van artsen wordt meer en meer noodzakelijk. Doch zulks tot stand brengen is niet eenvoudig. Managementparticipatie wordt gedefinieerd (Versluis en Hesselink: 1993) als 'daadwerkelijke betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de medische professie voor de organisatie van de zorgverlening en de beleidsvorming en bedrijfsvoering met betrekking tot de zorgverlening'. De bedrijfsvoering houdt in:

- dagelijkse patiëntenzorg;
- medisch-specialistische patiëntenzorg;
- ziekenhuisorganisatie als geheel.

Managementparticipatie kan niet worden gelijkgesteld aan management, maar beide zijn wel verwant. Management gaat veel verder dan managementparticipatie. Dit laatste betekent zeer letterlijk deelnemen aan het management.

Participatief management is geen doel op zich. Het wordt wel beschouwd als een bijdrage tot het beter realiseren van ziekenhuisdoelstellingen en het beter functioneren van de ziekenhuisorganisatie. Managementparticipatie kan men beschouwen als een instrument om de als onproductief ervaren structuur om te vormen tot een meer effectieve, geïntegreerde structuur⁴⁷.

De voordelen van participatief management zouden o.a. zijn:

- een hogere motivatie, het verminderen van weerstand tegen veranderingen en een verhoging van de kwaliteit van besluitvorming;
- de professionele autonomie van de artsen komt niet in het gedrang en er is geen vrees voor een mogelijke hiërarchische ondergeschiktheid binnen een bureaucratische organisatie;

⁴⁶ De Morgen, Ziekenhuizen kunnen in de spiegel kijken

⁴⁷ De Bakker, B., Een aanzet tot het realiseren van managementparticipatie door artsen, p. 129

- toenemende responsabilisering van artsen inzake het gebruik van middelen. M.a.w. de artsen moeten zich meer verantwoorden over de inzet van mensen en middelen.

Er wordt terecht opgemerkt dat er veel literatuur beschikbaar is over principes van managementparticipatie, maar slechts weinig teksten geven een omschrijving van wat die participatie dan wel inhoudt. In het Verenigd Koninkrijk is managementparticipatie in de ziekenhuissector volledig ingeburgerd. Ziekenhuizen zijn er opgedeeld in zgn. 'clinical directorates'. Aan het hoofd van zo een eenheid of dienst staat een 'clinical director' of met andere woorden een ziekenhuisarts (deeltijds vrijgesteld en gehonoreerd) die de taak heeft leiding te geven en managementverantwoordelijkheid op te nemen voor een welbepaald(e) klinisch(e) gebied of dienst. Deze directeur is er verantwoordelijk voor⁴⁸:

1. de beslissing van de acties die moeten worden ondernomen zodat de best mogelijke zorg wordt verstrekt;
2. het ontwikkelen en ondersteunen van een kwaliteitsbeleid;
3. het opstellen van het jaarlijks businessplan;
4. het zoeken naar kostenreducties en kwaliteitsverbeteringen;
5. het uitbouwen van een gemotiveerd team;
6. het begeleiden van de eenheid in haar werking zodat deze binnen de financiële beleidslijnen en budgetten blijft;
7. het ontwikkelen van een effectief en efficiënt systeem van interne communicatie.

Binnen het Iris-netwerk worden deze 7 bevoegdheden - momenteel - per eenheid toegekend aan meerdere personen:

- de geneesheer-beheerder; exclusief bevoegd voor punt 1. Hij deelt de bevoegdheid voor punten 2 en 5 met
- de hoofdverpleegster die exclusief bevoegd is voor de 'nursing'. Ook punt 4 valt onder haar bevoegdheid maar door tijdsgebrek wordt dit toevertrouwd aan een verpleegster-econoom!
- de administratieve beheerder van de eenheid is exclusief bevoegd voor punt 3 en in zover geen medico-technische prioriteit zich opdringt voor punt 6.

Iemand is belast met punt 7... maar wie?

⁴⁸ The Role of the Clinical Director, Council of International Hospitals

B. Interne communicatie

Het organigram van Iris is voor een belangrijk deel van het personeel, op alle niveaus, onduidelijk of onbekend. Het opzetten van een duidelijke interne communicatiestructuur wordt hierdoor sterk bemoeilijkt. Interne communicatie is van vitaal belang voor een organisatie. Een gebrekkige interne communicatie heeft rechtstreekse en onrechtstreekse gevolgen die de behoorlijke werking van een organisatie aantasten. De communicatie binnen de Iris-structuur en meer bepaald die tussen de koepel en de ziekenhuizen (top-down communicatie) is zeer beperkt. Het personeelsblad 'Iris-gazet' is het enige efficiënte, top-down, **informatiekanaal**. Het doorgeven van informatie is absoluut niet hetzelfde als communicatie⁴⁹.

Een organisatie waarbinnen weinig of niet gecommuniceerd wordt, wordt beheerst door minder zichtbare maar daarom niet minder reële communicatieve processen. Belangrijke berichten zoals deze over de verschillende fusies, financiële informatie, of informatie over verbouwingen, omvangrijke bestellingen van goederen, materiaal, e.d. werden door het personeel eerst via de media of via leveranciers vernomen en pas (veel) later door de Iris-koepel bekendgemaakt.

Er bestaat een *wil* om aan bottom-up communicatie te doen, maar vaak weet het personeel niet tot wie zich te richten binnen Iris (onduidelijk organigram) of wordt er, door Iris, geen feedback gegeven.

Inzake horizontale communicatie, bijvoorbeeld tussen de ziekenhuizen onderling, bestaat enkel communicatie op het niveau van collega's en ontbreekt elk initiatief van Iris. Vooral deze vorm van communicatie is van belang voor bijvoorbeeld de aankopen, de onderhoudscontracten, de informatie over de geneeskundige verstrekking, enz. want een centraal beheer is tot op heden onbestaand (zie verder: punt C). Hierdoor worden gegroepeerde aankopen en contracten onmogelijk, wat zeker niet leidt tot kostenvoordelen en dus besparingen.

In vele organisaties merkt men op dat de informatie op een bepaald hiërarchisch niveau vastzit. Binnen het Iris-net onderscheidt men, algemeen gezien, drie niveaus: een eerste groep bestaat uit de personeelsleden tot en met de administratieve beheerders van de eenheden, daarna komen de directies en ten slotte Iris. De communicatie blijft doorgaans vastzitten op het niveau van de directies. Deze verwijt men dan ook een gebrek aan openheid. Wanneer bijvoorbeeld een budget dat in de begroting werd ingeschreven het daaropvolgende jaar niet wordt gebruikt (en deze middelen echter essentieel zijn voor de goede werking van de dienst(en)) dan zullen noch de directies noch Iris, die aan de basis liggen van deze beslissingen, enige uitleg geven hierover. Gevolg: het voorziene budget gaat verloren; het daaropvolgende jaar wordt het budget wel aangewend en is er sprake van een 'dubbele uitgave'.

⁴⁹ Wiliquet, P., Vernieuwingen in de Vlaamse administratie. De interne communicatie in het MVG.

C. Een centraal beheer

Tot op heden was er een gebrek aan centralisatie binnen het Iris-netwerk. Bij de verschillende fusies bleven doorgaans identieke diensten bestaan in elk van de gefuseerde entiteiten bv. aankopen, studiebureaus, werken, enz. Het werk zou gemakkelijk door één grote, centraal beheerde dienst kunnen worden verricht (dus één aankoopdienst, één dienst der werken, enz). Momenteel is dit niet het geval en leidt het ongetwijfeld tot extra kosten. De samenwerking tussen de diensten verloopt niet altijd even vlot (mede omwille van de slechte interne, horizontale communicatie of uit onwil). Gegroepeerde aankopen worden hierdoor vaak onmogelijk waardoor belangrijke kortingen worden mislopen.

Maar centralisatie houdt ook nadelen in. De mensen die momenteel deel uitmaken van deze verschillende diensten, kennen de situatie in hun eigen ziekenhuis zeer goed. Bij een centralisatie zou een deel van die kennis verloren kunnen gaan.

Begin dit jaar werd er een concreet plan uitgewerkt door Iris rond dit thema. Want de 5 Iris-ziekenhuizen geven gezamenlijk 620 miljoen BEF uit aan onderhoud, 90 miljoen BEF aan verwarming, 90 miljoen BEF voor de wasserij, 228 miljoen BEF aan voeding en 2.684 miljoen BEF aan geneeskundige producten (1% besparen op het geheel levert 40 miljoen BEF op)⁵⁰. Daarom heeft Iris een procedure van gemeenschappelijke aankopen opgezet. Vanaf het tweede trimester zou er een gebruikerscomité worden aangewezen voor elke 'productgroep'. Deze groep bestaat uit personen die de producten gebruiken en ze dus voldoende kennen. Het gebruikerscomité definieert de nodige kwaliteit en de hoeveelheid, verzamelt de prijzen en maakt het algemeen en bijzonder bestek op. Een inkoper helpt het gebruikerscomité met de meer technische aspecten. Deze inkopers worden door de ziekenhuizen ter beschikking gesteld.

⁵⁰

Conclusie

Samenwerking tussen ziekenhuizen, via netwerken, fusies en/of andere samenwerkingsvormen, is een complex en vaak moeizaam proces. Maar schaalvergroting van ziekenhuizen is in de meeste gevallen de moeite waard, omwille van de aanzienlijke verwachte voordelen op het vlak van kostenbesparingen en kwaliteitsverbetering. Dankzij de fusies en de medische samenwerking verkrijgt men een gunstigere financiering van de activiteiten, kunnen er gesofistikeerde en kwalitatief hoogstaande medische technieken en diensten worden ontwikkeld. Deze reorganisatie vermijdt ook dat volledige diensten of ziekenhuizen dienen te worden gesloten.

Het is noodzakelijk dat zowel de ziekenhuizen als de betrokken overheden samenwerking stimuleren om zó voor de bevolking een aanbod van ziekenhuiszorg te realiseren dat aan de beste standaarden beantwoordt. Er moet worden vermeden dat de ziekenhuizen die geïnteresseerd zijn in een samenwerkingsverband worden afgeschrikt door de vele onzekerheden en de moeilijkheden die kunnen opduiken. Ziekenhuizen moeten er zich van bewust worden dat een 'samenwerkingsverhaal' niet ten einde is op het ogenblik dat de fusie (of groepering, associatie, ...) van kracht wordt. Integendeel, het is een proces dat steeds evolueert en geregeld moet worden bijgestuurd. De eerste realisaties werpen trouwens hun vruchten af.

Brussel is een speciaal geval. In de hoofdstad is er een grote versnippering die zonder twijfel is ontstaan door een gebrek aan bestuur in de Brusselse gezondheidssector. De Brusselse instellingen vallen al naargelang hun taalrol onder de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, De Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) of de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC). Deze zijn er niet echt in geslaagd een duidelijk beleid uit te tekenen voor het hoofdstedelijk gewest. Vijf jaar geleden was bijna niemand bekwaam om een schatting te maken, op enkele miljoenen na, van de rekeningen van de Brusselse openbare ziekenhuizen. En dit terwijl ziekenhuizen als Sint-Pieter en Paul Brien dreigden over kop te gaan. Er werd gesleuteld aan de regeling betreffende de mededeling van financiële gegevens aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en de negen onafhankelijk sites leggen driemaandelijks hun rekeningen voor alsook verbeteringen van hun beleidsplannen.

Het tussen 1989 en 1994 geaccumuleerd tekort bedroeg 4 miljard BEF, twijfelachtige schuldvorderingen meegerekend 6 miljard BEF. De zes gemeenten (Brussel-Stad, Anderlecht, Sint-Gillis, Elsene, Etterbeek en Schaerbeek) die deze zware last moesten torsen, dreigden eraan

ten onder te gaan. In ruil voor een indringende reorganisatie deed het Gewest een royaal cadeau van 4 miljard BEF aan de zes OCMW's van de desbetreffende gemeenten om het geaccumuleerde verlies gedeeltelijk te schrappen. De OCMW's hebben, als tegenprestatie, de autonomie van hun ziekenhuizen aanvaard.

Het Iris-plan voorziet voor het jaar 2000 een financieel evenwicht van de Brusselse openbare ziekenhuizen. Om dit evenwicht te bekomen werden reeds zware inspanningen geleverd, soms ten koste van het personeel. Dit financieel evenwicht zal moeilijk te behouden zijn indien er geen voortdurende economische inspanningen worden geleverd. Maar vakbonden wijzen op de sociale rol van de openbare instellingen. In tegenstelling tot de privé-sector, aanvaarden de negen ziekenhuizen elke patiënt. De financiële problemen zijn dan ook voor een deel toe te schrijven aan deze sociale rol van de ziekenhuizen die heel wat patiënten 'gratis' behandelen, maar er is ook sprake van wanbeheer.

Hoewel een Koninklijk Besluit van 1986 een minimumnorm oplegt van 150 bedden per ziekenhuis was, in de tweede helft van de jaren '90, nog altijd een kwart van de ziekenhuizen kleiner. Vooral Brussel had nog kleine ziekenhuizen maar hun aantal is nu verminderd.

De federale overheid heeft steeds de neiging gehad om de beddenafbouw te realiseren door alle ziekenhuizen wat bedden af te nemen. Dit is één mogelijk antwoord op de verschillende financiële doorlichtingen die aantonen dat ziekenhuizen met minder dan 200 bedden inderdaad niet rendabel zijn of er maar net in slagen het hoofd boven water te houden. Misschien zou het beter zijn geweest alle kleine ziekenhuizen te sluiten. Kleine ziekenhuizen kunnen ogenschijnlijk goedkoop zijn, maar missen de kracht om 'up to date' te blijven. Een fusie van bijvoorbeeld twee te kleine openbare ziekenhuizen die daarna gewoon apart blijven voortbestaan, lost vaak niets op.

Iris is goed voor bijna 40% van de ziekenhuisopnamen in Brussel. De ziekenhuizen voldoen aan de nieuwe behoeften, houden rekening met de wijzigende demografische en sociologische situatie en volgen de medische vooruitgang op de voet. De fusies en samenwerkingsakkoorden versterken de positie van alle ziekenhuizen van het net en waarborgen hun toekomst. De reorganisatie, die in 1996 werd aangevangen, is tot dusver succesvol. In de eerste helft van de jaren negentig was de financiële toestand van de (Brusselse) openbare ziekenhuizen dramatisch, vandaag ziet het financiële plaatje er aanzienlijk beter uit

De ziekenhuizen zijn tot begin jaren '90 zwaar aangepakt. Het beddenbestand is aanzienlijk afgebouwd, er is sterk ingegrepen in de ligdagprijs, in verschillende diensten is men overgestapt op forfaitaire betaling. Sindsdien hebben de ziekenhuizen grondige herstructureringen

doorgevoerd. Het management is veel professioneler geworden, het ziekenhuis wordt vandaag gerund als een bedrijf. En niet te vergeten: er is de schaalvergroting die een kostenbesparing genereert.

Er is wel een keerzijde aan de schaalvergroting. Grotere entiteiten willen een ruim aanbod kunnen leveren. De nieuwe ziekenhuisstructuren van een paar honderd bedden zullen hun technisch plateau willen uitbreiden, over zware medische apparatuur beschikken. En dat terwijl er in België al een overcapaciteit is.

Toch zullen er op lange termijn, zoals reeds werd vermeld, bijkomende besparingen moeten worden gerealiseerd. Want het structureel financieel evenwicht is vooral noodzakelijk om de medische en sociale doelstellingen te realiseren. De bestaansreden van Iris is trouwens de uitbouw van een net van openbare ziekenhuizen in Brussel, waar iedereen terecht kan voor een degelijke medische verzorging. Indien de Brusselse openbare ziekenhuizen performant willen zijn en over een moderne uitrusting willen beschikken, dan is het structureel evenwicht van cruciaal belang. Want een gezonde financiële situatie draagt inderdaad bij tot een betere medische infrastructuur, verhoogt de 'aantrekkelijkheid' van het ziekenhuis en maakt een betere inrichting van de gebouwen en betere sociale voorzieningen mogelijk.

De tendens tot schaalvergroting van ziekenhuizen moet in ieder geval door de federale overheid, bevoegd voor de ziekenhuiswetgeving, gestimuleerd worden. Het is dus van het grootste belang dat de openbare ziekenhuizen de nodige instrumenten aangereikt krijgen om deze evolutie te volgen. In het huidige rigide keurslijf van de OCMW-wetgeving is het voor deze ziekenhuizen meestal moeilijk om op deze tendensen in te spelen. Vooral het samengaan van openbare en privé-ziekenhuizen wordt door de huidige wetgeving bemoeilijkt.

Openbare ziekenhuizen kunnen zich onder bepaalde voorwaarden verenigen met private ziekenhuizen. De wet schrijft echter voor dat het OCMW in zo een vereniging altijd de meerderheid in de beheers- en bestuursorganen moet hebben. En dat maakt het voor een particulier ziekenhuis vaak niet interessant om met een openbaar ziekenhuis in een publieke vereniging te stappen. Besprekingen inzake VZW-formule, openbare ziekenhuizen, e.d. kwamen in het verleden dikwijls in het slop terecht wegens ideologisch gekleurde meningsverschillen tussen de politieke fracties. Daarnaast waren private ziekenhuizen tot nu toe weinig geneigd om met de (zwaar) verlieslatende openbare ziekenhuizen te fuseren.

De kloof tussen private en openbare instellingen is steeds aanzienlijk geweest, maar neemt geleidelijk aan af. Doch er blijft nog een divergentie bestaan tussen Brussel enerzijds, en Vlaanderen en Wallonië, anderzijds.

Een rechtvaardige financiering, die rekening houdt met de specifieke opdrachten en kenmerken van openbare ziekenhuizen, zou de ziekenhuizen van het Iris-net tot een algemeen financieel evenwicht moeten brengen. De inspanningen die nog moeten worden geleverd om dit hoofddoel te bereiken, zijn deels te wijten aan het feit dat de specificiteit van de openbare ziekenhuizen niet wordt erkend.

Wat vooral van belang is, is dat vandaag de nieuwe bouwstenen zijn gelegd om het Brusselse openbare 'ziekenhuislandschap' (verder) structureel te hertekenen.

Bibliografie

1. IRIS, een net van 5 openbare ziekenhuizen. Samen het eerste Brusselse openbare ziekenhuizennet opbouwen. Brussel, Iris, 19 p.
2. Versluis, J.W.M., en Hesselink, M.C., Managementparticipatie van medische specialisten in algemene ziekenhuizen. Op weg naar een andere organisatie. Utrecht, Nationaal ziekenhuisinstituut, 1993.
3. Wiliquet, Pascal, Vernieuwingen in de Vlaamse administratie. De interne communicatie in het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. VUB - Proefschrift, academiejaar 1998-1999, 98 p.

Verslagen

1. Aanhangsel bij het strategisch plan 1997-2000 betreffende de herstructurering van de Iris-structuur, Brussel, Iris, 37 p.
2. De Brusselse openbare ziekenhuizen. De financiële toestand verbetert naarmate het Iris-plan zich ontplooit. Conferentie 3 november 1997 (losse bladen)
3. Het strategisch plan 1997-2001, Brussel, Iris, 110 p.
4. Iris-structuur en resultaten 1998 (slides, losse bladen)
5. Rekeningen 1996 van de Iris-ziekenhuizen (losse bladen)
6. Rekeningen 1997 van de Iris-ziekenhuizen (losse bladen)
7. Rekeningen 1998. Conferentie 26 mei 1999
8. Rekeningen 1998 van de Iris-ziekenhuizen (losse bladen)
9. The Role of the Clinical Director, Council of International Hospitals, London, 1997 (losse bladen)

10. Voorstelling van de rekeningen 1997 van de Iris-ziekenhuizen (slides, losse bladen)

Nieuwsbrieven

1. Informatieblad van de Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele samenwerking, januari 1997, nr. 1, 8 p.
2. Informatieblad van de Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele samenwerking, april 1997, nr. 2, 8 p.
3. Informatieblad van de Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele samenwerking, januari 1998, nr. 5, 8 p.
4. Informatieblad van de Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele samenwerking, maart 1998, nr. 6, 8 p.
5. Informatieblad van de Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele samenwerking, februari 1999, nr. 9, 8 p.
6. Informatieblad van de Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele samenwerking, mei 1999, extra editie, 8 p.
7. Informatieblad van de Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele samenwerking, februari 2000, nr. 12, 12 p.

Artikels

1. De Bakker, Bert, Fusies: een aanzet tot het realiseren van managementparticipatie door artsen. In: Op maat gesneden. Samenwerking tussen ziekenhuizen in Vlaanderen voor de 21^{ste} eeuw. Brussel, 1999, pp. 123-135
2. De Financieel Economische Tijd, Doorlichting van ziekenhuizen toont een dubbele breuklijn. 25 juni 1998

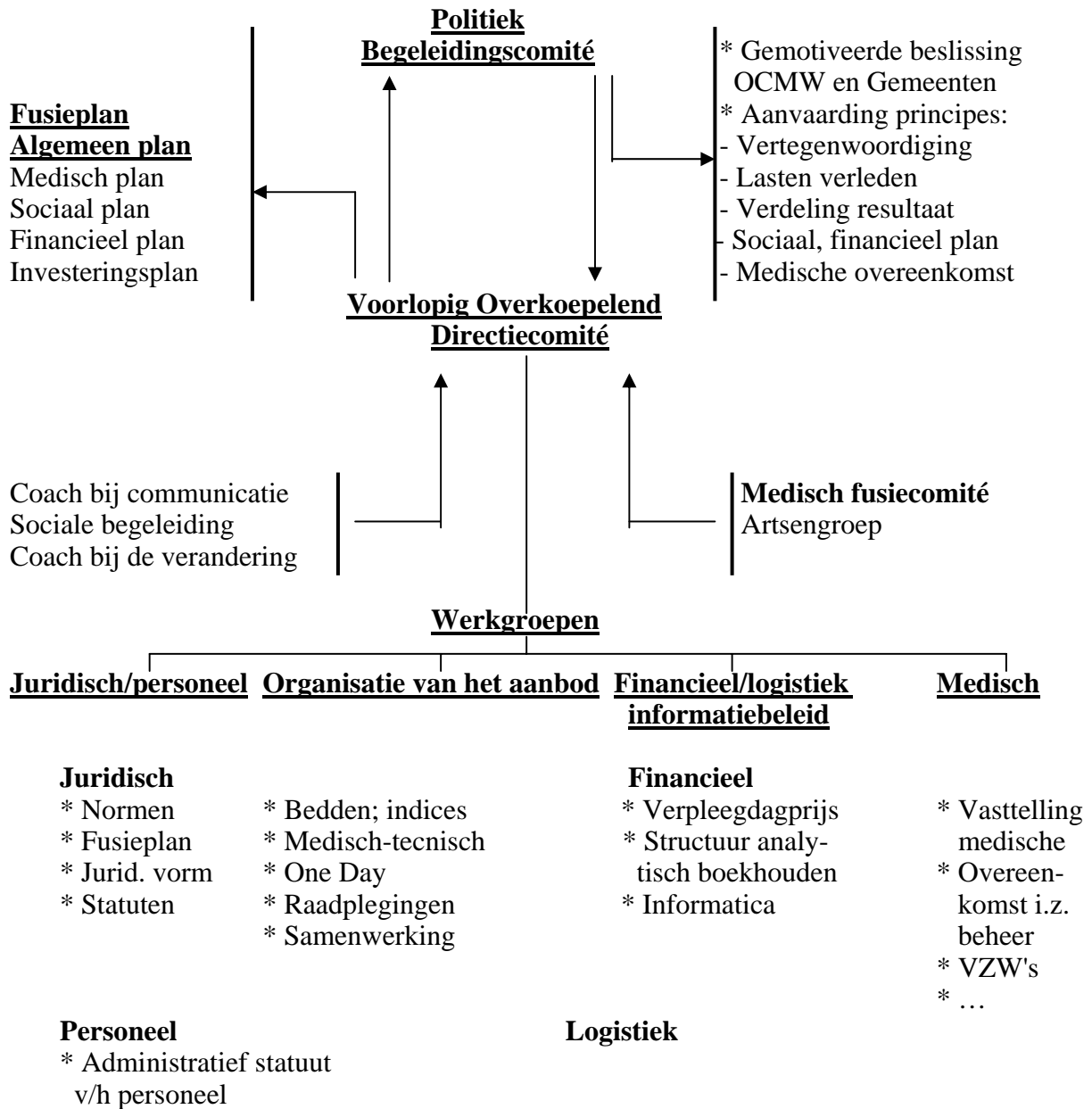
3. De Standaard, Brussels Gewest redt OCMW-ziekenhuizen. 8 april 1995
4. De Standaard, In Brusselse ziekenhuizen verdwijnen 212 betrekkingen. 16 oktober 1995
5. De Standaard, Brussel pompt 4 miljard in openbare ziekenhuizen. Zes 'arme' gemeenten konden enorme schuldenlast niet meer dragen. 24 november 1995
6. Le Soir, Le personnel des hôpitaux victime d'Iris. 12 september 1995
7. Le Soir, Paul Brien dans le coma financier. 27 december 1996
8. De Morgen, Ziekenhuizen kunnen in de spiegel kijken.

Geraadpleegde literatuur

1. Corens, d., Steens, I., en Beeckmans, J., Financiële toestand van de openbare ziekenhuizen: een analyse voor de periode 1989-1995. In: Tijdschrift Gemeentekrediet, jaargang 52,
2. De Financieel Economische Tijd, CVP en SP regelen samenwerking publieke en private ziekenhuizen. 4 juni 1998
3. De Standaard, Vooraf in Brussel nog te kleine ziekenhuizen. 3 januari 1998
4. Jegers, Marc en Houtman, Chris, Boekhouden en financiële analyse voor ziekenhuizen. Kortrijk-Heule, UGA, 1995, 210 p.
5. La Libre Belgique, Mariages hospitaliers publics sur ordonnance à Bruxelles. 26 januari 1999
6. Le Soir, Nouvelles fusions, fin juin, chez Iris. 6 februari 1999

Bijlagen

Vaststellen van een fusieplan ⁵¹



⁵¹ Informatieblad van Iris, mei 1999, p. 4