

**FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID  
VAN DE VOEDSELKETEN EN  
LEEFMILIEU**

**BRUSSEL, 08/06/2006**

---  
Directoraat-generaal Organisatie  
gezondheidszorgvoorzieningen

---  
**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

---  
**Afdeling "Programmatie en Erkenning"**

---  
**O/Ref. : NRZV/D/ 268-1 (\*)**

**ADVIES BETREFFENDE HET ZORGPROGRAMMAGERICHTE  
ORGANISATIE BINNEN EEN ZIEKENHUIS**

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,  
De Secretaris,

C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 8 juni 2006

## **Historiek**

Artsen zijn opgeleid in de kunst en kunde van diagnose en behandeling van ziekten en het lenigen van pijn van individuele patiënten voor wie deze zorg een absoluut karakter heeft dat de mobilisatie vraagt van alle mogelijke middelen en wars is van elke mogelijke economische redenering.

Bovendien is het artsenberoep gegroeid vanuit een zelfstandige traditie die zowel op medisch als op economisch vlak, de volledige autonomie en verantwoordelijkheid impliceerde voor deze praktijkvoering zelf.

Dit was lange tijd verzoenbaar met de omgeving waarin ze werd uitgeoefend, namelijk het ziekenhuisbedrijf waar openbare instanties, congregaties of privé-initiatieven de verantwoordelijkheid op zich namen voor infrastructuur, verplegend personeel en algemene administratief-logistieke omkadering en artsen relatief onafhankelijk hun medische praktijk lieten uitbouwen.

In die optiek werden het medisch en verpleegkundig departement als quasi onafhankelijke en autonome zuilen gedefinieerd waarbij in de eerste plaats werd gestreefd naar ordening en afstemming binnen de eigen professionele groep

Vooraf door evolutie in de medische technologie, werd echter diagnose en behandeling van ziekten meer en meer een multidisciplinair gegeven, enerzijds met verschillende medische specialismen hierin betrokken en ook de bijdrage hierin vervat van andere gezondheidszorgwerkers zoals verpleegkundigen en paramedici, maar anderzijds ook in sterke verwevenheid met de administratief-logistieke omgeving.

Met betrekking tot dit laatste moet worden opgemerkt dat informatica, ruimteplanning, beleidsinformatie, juridische regelgeving en ethische richtlijnen, meer en meer door het medisch handelen worden aangedreven en anderzijds ook dit handelen omkaderen en beïnvloeden.

Ook in de financiering is er een evolutie merkbaar van een kosten- of activiteitengerelateerde financiering naar een meer productgeoriënteerde financiering in termen van DRG's of "diagnose-behandel combinaties", zoals dit wordt toegepast in Nederland.

## **Vraagstelling**

Hoe kan men een belangrijke graad van autonomie voor het medisch handelen in deze context verzoenen met de noodzakelijke bedrijfssturing waarbij maatschappelijk wordt gevraagd dat de hoogste medische kwaliteit niet alleen wordt nagestreefd maar ook wordt zichtbaar gemaakt en dit tegen een aanvaardbare kostprijs?

Of wat zijn de randvoorwaarden voor een ziekenhuisorganisatie die aangepast is aan de actuele kwaliteits- en doelmatigheidsvoorwaarden voor de verstrekking van gezondheidszorg?

### **Concept zorgprogramma's**

Waar vroeger zowel in de programmatie, de erkenning als de financiering het accent werd gelegd op de organisatie en het efficiënt beheer van zogenaamde activiteitencentra (verpleegeenheid, operatiekwartier, labo ...), verschuift de aandacht meer en meer naar de conceptualisatie, de sturing en de financiering van het zorgproces zelf.

M.a.w. de notie doelmatigheid en kwaliteit wordt minder en minder afgemeten aan het activiteitencentrum waar de patiënt in zijn traject "passeert", dan wel in de design en realisatie van het traject zelf.

De utilisatie van infrastructuur (verblijfsduur) en medisch-technische onderzoeken (bv. labo en beeldvorming, farmaca cf. o.a. referentiebedragen) wordt een issue van kwaliteitsevaluatie en financiering.

Dit impliceert dat een goed beheer van ziekenhuizen verschuift van adequate kostenbeheersing in functie van medische activiteiten naar de uitwerking en implementatie van adequate zorgtrajecten.

Dit betekent dat het medisch handelen zelf het belangrijkste onderwerp wordt van goed ziekenhuisbeheer.

### **Implicaties voor de zorgorganisatie**

Het adequaat sturen van het medisch zorgproces tot op het niveau van de individuele patiënt vereist een perfecte samenwerking en afstemming tussen de artsen, de verpleegkundigen en anderen betrokken bij de zorg en dit met aanlevering van de juiste informatie betreffende het zorgproces vanuit de verantwoordelijken voor medische en verpleegkundige beleidsinformatie, apotheek, materiaalverbruik en financiële dienst.

Dit vindt zijn vertaling in een aangepast beheerscontrolesysteem ("technostructure" volgens Mintzberg) waarmee de organisatie poogt om de strategische en operationele doelstellingen naar de zorgprogramma's toe daadwerkelijk te implementeren.

Klinische paden kunnen een belangrijke hefboom zijn in de realisatie van een dergelijk concept.

In elk geval is het noodzakelijk om de zorg op het niveau van de individuele patiënt maximaal te sturen door het samengaan van medisch en verpleegkundig handelen binnen een bedrijfseconomisch en maatschappelijk aanvaardbaar kader.

De opsplitsing in departementen en de hiërarchische rapportering hierin vervat, staan soms een vlotte coördinatie en afstemming van het zorgproces in de weg.

Integendeel, op elk niveau moeten beslissingen de resultante zijn van het samengaan van medische, verpleegkundige en bedrijfskundige expertise.

Opgemerkt moet worden dat een dergelijke organisatie, gevoed door adequate zorg- en financiële informatie, geëigende structuren en expertises vraagt waarvoor in de vigerende financiering geen enkel aanknopingspunt is voorzien.

### **Implicaties voor de ziekenhuisorganisatie**

Het departementeel systeem zoals voorzien in de ziekenhuiswet impliceert dat een geïntegreerde besluitvorming m.b.t. medisch, verpleegkundig en administratief handelen, zich formeel situeert op het niveau van het directiecomité.

Waar dit haalbaar kan zijn voor een klein tot middelgroot ziekenhuis, stelt dit voor grote ziekenhuizen een probleem van delegatie en geïntegreerde besluitvorming op een decentraal niveau.

Het doorbreken van de departementele hiërarchie naar een meer multidisciplinaire besluitvorming op het niveau van clusters van diensten of grote zorgprogramma's (bv. oncologie) noemt men kanteling omdat de sturing meer geënt wordt op de horizontale zorgprocessen dan wel op de verticale functioneel-professionele lijn.

Het doel is enerzijds een kwaliteitsverhoging te realiseren door zorgprocessen beter aan te sturen en de samenwerking tussen zorgverleners te optimaliseren en anderzijds een betere bedrijfseconomische sturing te bekomen zeker in het licht van de pathologiefinanciering zoals ze in de meeste Westerse landen wordt ingevoerd.

Deze kanteling kan verschillende vormen aannemen maar concreetiseert zich steeds in de creatie van decentrale managementteams bestaande uit een arts, een verpleegkundige en soms een administratief manager.

In sommige gevallen zijn het eerder (adviserende) projectteams en gemeenschappelijke overlegfora (bv. "binoom") zonder executieve beslissingsautonomie.

Vaak hebben ze een aantal operationele bevoegdheden zoals bv. beddenbeleid of operatiezaalplanning.

In andere gevallen hebben ze ook een budgettaire verantwoordelijkheid bv. personeelskader verpleging of targetverantwoordelijkheid in het medisch honorariumbilan.

In hoever de hiërarchische rapporteringslijn verticaal blijft lopen binnen de departementen of bv. verpleegkundige afdelingshoofden rapporteren aan de voorzitter van de decentrale managementcomités, is eveneens verschillend van ziekenhuis tot ziekenhuis.

In elk geval blijft het zogenaamde competentiebeleid gesitueerd binnen de respectievelijke departementen bv. voor verpleging impliceert dit rekrutering, evaluatie, vorming, verloning, ontslagbeleid, zorgontwikkeling en –kwaliteit, zorgorganisatie op de verpleegeenheden, beleid m.b.t. beroepskwalificaties e.a.

In vele grote ziekenhuizen ziet men de creatie van een tussenniveau met arts-coördinatoren of klinisch directeurs in team met verpleegkundige middenkaders en soms een administratief manager.

Probleem hierbij is dat zelfstandige artsen binnen een ziekenhuisorganisatie moeilijk als een organiek ankerpunt kunnen worden gepositioneerd (eventueel wel mogelijk met partieel bediendecontract maar met vaak probleem van mogelijke belangenvermenging).

Dit probleem wortelt in de duale ziekenhuisorganisatie zoals ze momenteel in de meeste ziekenhuizen zowel qua organisatie als financiering is opgevat.

### **Voorstel voor regelgeving**

In de optiek van het voorgaande wordt ervoor gepleit om de zorggerichte organisatie zo veel als mogelijk, in de regelgeving te faciliteren zonder een bepaald model op te leggen of te expliciteren in de ziekenhuiswet.

De huidige verscheidenheid in de wijze waarop kanteling wordt geconcretiseerd in de verschillende ziekenhuizen, hangt samen met de lokale situatie, de historiek en de cultuur en blijft het prerogatief van de beheerder die de verantwoordelijkheid draagt voor de ziekenhuisactiviteit in zijn geheel.

Het faciliteren van de kanteling hoeft geen wijziging van de ziekenhuiswet te impliceren in die mate dat zowel het medisch als verpleegkundig departement worden opgevat als professionele competentiecentra die aangestuurd worden door respectievelijk de hoofdgeneesheer en de verpleegkundig directeur.

Het domein van aansturing situeert zich in het bevorderen van de professionele competentie gaande van aanwerving, evaluatie, ontslag tot functieomschrijving en beleid m.b.t. beroepskwalificaties, verloning, vorming, zorgontwikkeling en innovatie, onderzoek, externe representatie e.a.

Het vastleggen van gedelegeerde bevoegdheden en het bepalen van de hiërarchische lijn blijven het prerogatief van de beheerder en kunnen sterk verschillend zijn in functie van de historiek en de aard (bv. grootte) van het ziekenhuis.

Daarentegen wordt aangegeven dat dit vernieuwde beheerscontrolesysteem o.b.v. zorgprogramma's en multidisciplinaire sturing, aanzienlijke kosten met zich meebrengt. Doch eerder dan een financiering te voorzien op basis van bv. generieke organisatievormen, wordt gepleit voor een verhoging binnen de verpleegdagprijs van volgende elementen: hoofdgeneesheer, verpleegkundig kader, administratief middenkader, cel MKG-MVG-MPG, medisch farmaceutisch comité (bv. stafmedewerker)

Daarnaast wordt een nieuwe en aangepaste financiering voorgesteld voor volgende items: elektronisch geïntegreerd patiëntendossier (inclusief elektronisch medisch voorschrift), beleidsinformatie-ontwikkeling (o.b.v. datawarehouse), klinische paden en guidelines.