

**IN WELKE MATE BEÏNVLOEDEN DE HOGE ENERGIE-
EN LOONKOSTEN DE HUIDIGE FINANCIËLE
UITDAGINGEN VAN HET AZ SINT-LUCAS, EN WELKE
IMPACT HEBBEN DEZE FACTOREN?**

**BACHELOR PROEF
AJ 2023-2024**

r0356740

Student: De Jonckheere Hélène
Promotor: Mevr. Danneels Véronique

INHOUDSOPGAVE

Inleiding.....	2
Oriëntatie.....	3
AZ Sint-Lucas	3
AZ Zeno.....	3
Financiële uitdagingen.....	4
Energiekosten.....	5
Loonkosten	7
Anderzijds: ziekenhuizen genereren minder inkomsten	7
Huidige aanpak	9
Energiekosten.....	9
AZ Sint-Lucas.....	9
AZ Zeno	10
Loonkosten	11
Conclusie	14
Discussie	15
Verwijzingen.....	17
Verklarende alfabetische woordenlijst	21
Bijlagen	23
Bijlage 1 - Interview 1.....	23
Bijlage 2 - Interview 2.....	33
Bijlage 3 - Interview 3.....	36
Bijlage 4 - Bezettingsgraden & erkende bedden	40
Bijlage 5 – Absenteïsme	41
Bijlage 6 – Kostenverhouding	42

INLEIDING

Het is een problematiek die zich voornamelijk afspeelt achter de schermen van de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen en hen de nodige kopzorgen en stress bezorgt: de ziekenhuizen krijgen zware financiële klappen zonder perspectief op beterschap.

Uit de jaarlijkse MAHA-analyse, die BELFIUS publiceert op basis van de jaarrekeningen van alle ziekenhuizen, blijkt dat in 2022 de algemene ziekenhuizen in België een gezamenlijk verlies van méér dan 180 miljoen euro leden.^{1 2} De omzet op zich steeg met 6,6%, maar de kosten stegen met 8%.³ Uit het persbericht van BELFIUS kan afgeleid worden dat de verantwoordelijke factoren de hoge energie- en loonkosten zijn. Uit verder onderzoek bleek dat pre-corona 3 op 10 ziekenhuizen een negatieve balans vertoonden. Er wordt door de zorginstellingen en Zorgnet-Icuro⁴ aangedrongen op investeringen en hervormingen zodat de financiële situatie van de ziekenhuizen terug stabiliseert.

Op basis van een interview met financieel directeur van AZ Sint-Lucas (Brugge) werd onderzocht waar de financiële uitdagingen zich precies situeren. Alsook wat de huidige en toekomstige aanpak van het ziekenhuis is. Er werd ook een vergelijkend onderzoek uitgevoerd met AZ Zeno (Knokke) met behulp van een interview en literatuuronderzoek. Daarnaast werd er contact opgenomen met het Kabinet van Minister Vandenbroucke.

Het eindwerk is een verwerkende tekst waardoor er geen concrete literatuurstudie is. Er is ook een verklarende woordenlijst toegevoegd.

Nota 1: Universitaire ziekenhuizen voelen deze factoren ook zwaar doorwegen. Maar een vergelijking met een universitair ziekenhuis heb ik niet opgenomen in dit eindwerk omdat de financiering vanuit de overheid niet kan vergeleken worden met de algemene ziekenhuizen. Een UZ heeft voornamelijk personeel (o.a. artsen) in loondienst zodat zij wetenschappelijk onderzoek kunnen doen, alsook omdat zij ook een onderwijsfunctie uitoefenen.⁵

Nota 2: AZ Sint-Jan te Brugge werd ook gecontacteerd maar ging liever niet in op een interview.

¹ <https://research.belfius.be/nl/social-profit/>.

² <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/11/15/dure-energie-en-hogere-loonkosten-belgische-ziekenhuizen-doken/>

³ https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/Persbericht-Belfius_MAHA-15-11-2023.pdf

⁴ Zorgnet-Icuro: de koepelorganisatie van de Vlaamse algemene ziekenhuizen, initiatieven uit de geestelijke gezondheidszorg en social profit voorzieningen uit de woonzorg - <https://www.zorgneticuro.be/over-ons>

⁵ <https://multimedia.tijd.be/ziekenhuizen2017/az-sint-lucas> + <https://www.tijd.be/dossiers/de-verdieping/vlaamse-ziekenhuizen-gaan-voor-het-eerst-kopje-onder/10493989.html>

ORIËNTATIE

AZ SINT-LUCAS

Het AZ Sint-Lucas is één van de twee ziekenhuizen gelegen te Brugge. In 1965 opende het zijn deuren met amper 175 bedden. Dit evolueerde al snel naar 404 bedden in 1980 toen zij datzelfde jaar een fusie aangingen met de Sint-Jozefskliniek. Het ziekenhuis telt op heden 422 erkende bedden, 136 plaatsen in dagziekenhuis en 102 dialyseplaatsen. De dialyse is verdeeld over 4 locaties (Brugge, Knokke, Oostende en Eeklo). In 2023 vonden er ruim 47.000 dialyses plaats (zie bijlage 3). Uit het laatste jaarverslag van 2022 telt het ziekenhuis 1.440 personeelsleden en 127 artsen.⁶

Sinds 2017 maken zij deel uit van het KOM-netwerk - d.i. het ziekenhuisnetwerk Kust-Ommeland-Meetjesland⁷ - samen met 7 andere ziekenhuizen. In 2019 waren er onderhandelingen gestart om te fusioneren met het AZ Sint-Jan (Brugge). Anno 2023 waren de voorwaarden voor het AZ Sint-Jan niet voldoende en werd de fusie niet uitgevoerd wegens politieke meningsverschillen (Dhr. Callewaert, 2024).⁸ Het wordt afwachten tot de volgende verkiezingen maar volgens beide financiële directeurs (Dhr. Callewaert en Dhr. Baetens) is dit in de toekomst nodig om de huidige middelen die aanwezig zijn correct te benutten. (Dhr. Baetens, 2024).

In 2022 behaalde het ziekenhuis een omzet van ruim 174 miljoen euro. Voor 2023 is het afwachten tot het boekjaar afgesloten wordt in juni 2024. Het eigen vermogen komt neer op een mooie 48% (exclusief investeringssubsidies in 2022). (Dhr. Callewaert, 2024)

Op investeringsvlak is al veel bereikt, waarvan 6,2 miljoen euro daadwerkelijk is in gebruik genomen. Eén van deze investeringen is het nieuwe KOALA-gebouw – d.i. Keuken-Onthaal-Apotheek-Logistiek-Aankoopdienst. De werken werden aangevat in 2021 en bevat ook een nieuwe ondergrondse parking. De opening van dit gebouw is voorzien in 2025.

AZ ZENO

AZ Zeno is sinds 1993 een fusieziekenhuis. Het ziekenhuis heeft zijn nieuwe hoofdvestiging te Knokke-Heist die in 2018 in gebruik genomen werd. Deze campus heeft een totale capaciteit van 270 bedden en een spoeddienst. Daarnaast heeft AZ Zeno nog twee andere campussen. De campus in Blankenberge met een capaciteit van 64 bedden en een spoeddienst (Dhr. Baetens, 2024). De campus in Maldegem wordt uitsluitend voor consultaties gebruikt. Op heden telt het ziekenhuis 900 medewerkers en 140 artsen. Er zijn ook 135 vrijwilligers. (Dhr. Baetens, 2024) Het ziekenhuis maakt deel uit van de zorggroep Oostkust⁹ en net als AZ Sint-Lucas maken zij ook deel uit van het KOM-netwerk.

In 2023 eindigde het ziekenhuis met een omzet van 130 miljoen euro en steeg hun eigen vermogen naar 57% (Dhr. Baetens, 2024).

⁶ https://www.stlucas.be/media/236977499/2022_jaaroverzicht.pdf

⁷ <https://komnetwerk.be/over-ons/> + <https://www.stlucas.be/media/103667358/dit-was-2017.pdf>

⁸ <https://www.stlucas.be/media/236923566/beleidsplan-2023.pdf>

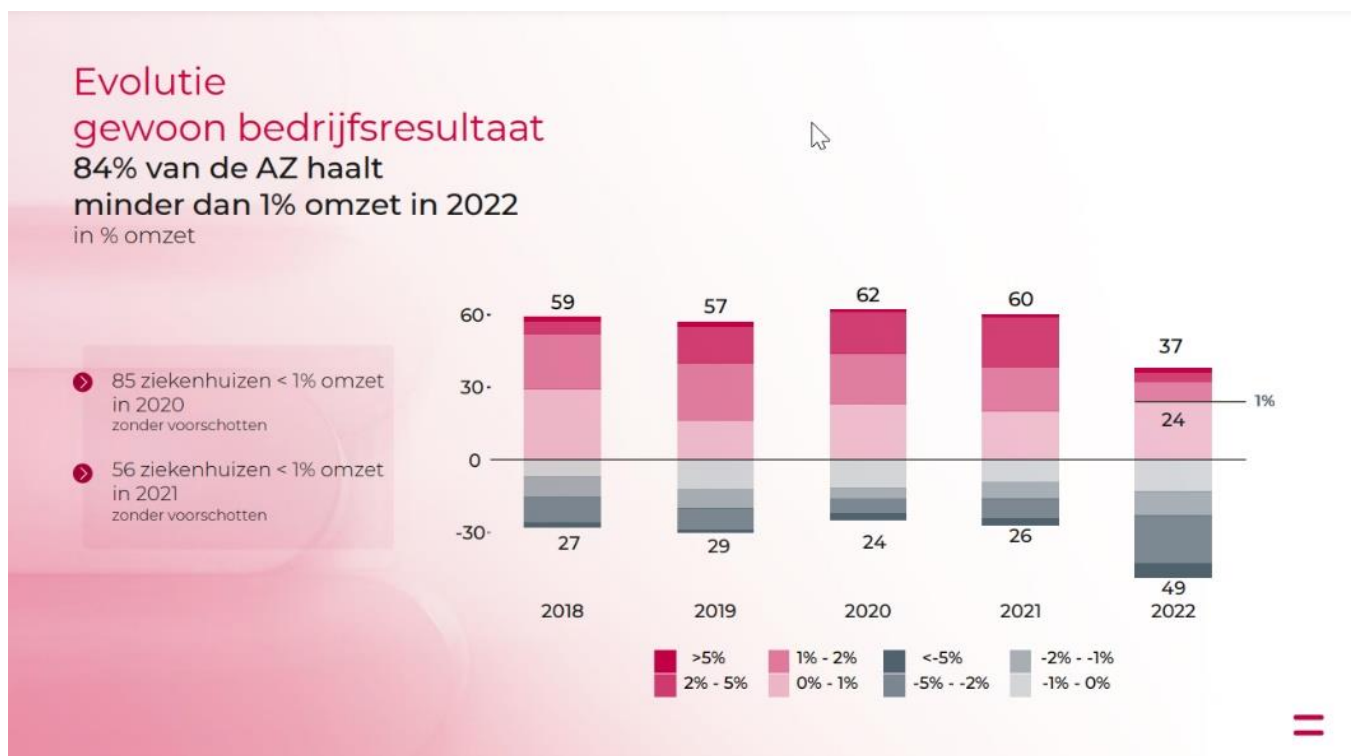
⁹ <https://azzeno.be/over-az-zeno/zorggroep-oostkust>

FINANCIËLE UITDAGINGEN

Voor COVID-19 (2019) werd al vastgesteld dat de ziekenhuizen rode cijfers haalden.¹⁰ COVID-19 was voor niemand een goede zaak. De ziekenhuizen kwamen zwaar onder druk te staan door toename zorgvraag en ongeziene organisatorische verschuivingen. Ook het zorgpersoneel leed enorm onder deze druk. Dit wereldwijd.

De overheid heeft de zorgsector in deze periode financieel zeer sterk gesteund. In totaliteit werd 2 miljard euro verdeeld. Dit om bijvoorbeeld een garantie te bieden voor de tijdige uitbetaling van lonen. (Dhr. Baetens, 2024) Hoger werd al gesteld dat de ziekenhuizen in 2022 een gezamenlijk verlies leden van 180 miljoen euro. Dit zou, zonder tegemoetkomingen van de overheid, in de COVID-19 periode opgelopen zijn tot ruim 737 miljoen euro.¹¹ We kunnen dus vaststellen dat – o.a. op basis van de MAHA-analyse – zonder deze tegemoetkoming van de overheid veel ziekenhuizen de COVID-periode niet zouden overleefd hebben.

COVID-19 heeft wel degelijk voor een negatieve impact gezorgd (Dhr. Baetens, 2024) maar dit gebeuren is niet de doorslaggevende factor geweest. Later volgden inflatie, loonkostenstijging en een hogere energiefactuur.¹² (Dhr. Callewaert, 2024) Van de 86 ziekenhuizen die BELFIUS opneemt in zijn jaarlijkse studie (MAHA-analyse), waren er 49 ziekenhuizen met een negatief resultaat geëindigd in 2022. (Figuur 1) Elke voorgenoemde factor is apart onderzocht om hun inhoud en impact op de ziekenhuisfinanciën te bepalen.



FIGUUR 1 -MAHA-ANALYSE BELFIUS: ENERGIEKOSTEN STIJGEN IN 2023 EXPONENTIEEL (SLIDE 23 - [HTTPS://RESEARCH.BELFIUS.BE/WP-CONTENT/UPLOADS/2023/11/MAHA-2023_PERS-NL.PDF](https://research.belgium.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023_PERS-NL.PDF))

¹⁰ <https://trends.knack.be/kanaal-z/z-nieuws/3-op-de-10-ziekenhuizen-draaien-verlies/>

¹¹ <https://www.demorgen.be/snelnieuws/stijgende-energieprijzen-brengen-ziekenhuizen-in-de-problemen-we-vragen-ons-af-hoe-we-dit-gaan-redden~b7434841/>

¹² <https://www.tijd.be/dossiers/de-verdieping/vlaamse-ziekenhuizen-gaan-voor-het-eerst-kopje-onder/10493989.html>

ENERGIEKOSTEN

Zorgnet-Icuro berekende de uitgaven voor energie van de zorginstellingen in 2022. Daaruit bleek dat in vergelijking met 2021 er een stijging van de kost was van 220 miljoen euro. In vergelijking met de pre-corona tijd was er zelfs een verschil van 300 miljoen euro.¹³

De energiekosten van de zorginstellingen zijn volledig voor eigen rekening. Ze krijgen hiervoor - in theorie - geen extra financiële steun van de overheid uit.¹⁴ De ziekenhuizen worden namelijk gefinancierd via het BFM (Budget Financiële Middelen) en deze financiering staat los van de reële kosten die ziekenhuizen maken.¹⁵

In de zorgsector worden doorgaans energiecontracten gehanteerd op basis van een klik-systeem. (Dhr. Callewaert, 2024) Dit betekent dat de energieprijs wordt verdeeld over verschillende, zelfgekozen momenten. Elke klik legt de prijs van energie vast voor een bepaald deel van het volume. Hiervoor worden specialisten ingezet die zich dagelijks bezighouden met deze markt en de nodige kennis hebben om op het correcte moment te 'klikken'.¹⁶ Een klik-systeem heeft als voordeel dat als de energieprijzen stijgen, de factuur niet automatisch meestijgt. Als nadeel zakt de prijs ook niet als de energieprijs op de markt daalt. (Dhr. Callewaert, 2024) Voor het AZ Sint-Lucas en AZ Zeno is dit bijvoorbeeld het VOF Energie en voor alle Limburgse ziekenhuizen Hospilim. Het is belangrijk om te benadrukken dat ziekenhuizen niet verplicht zijn om zich hierbij aan te sluiten en dat ze ook kunnen besluiten om eruit te stappen. Echter, als een ziekenhuis besluit om de samenwerking stop te zetten, dan heeft dit invloed op andere deelnemende ziekenhuizen en hun energierekening. In 2024 werd deze opdracht toegekend aan Luminus (Dhr. Baetens, 2024).

Energievretende activiteiten stilleggen, zoals dienst radiologie of een operatiekwartier, is geen optie. Evenals het doorrekenen van het verbruik en dus de kosten aan de patiënten is zowel wettelijk als praktisch niet haalbaar.¹⁷ Wat wel door de overheid toegelaten wordt is bijvoorbeeld een comfortkost die aangerekend wordt aan de patiënten bij het nemen van een tweepersoonskamer.¹⁸ Dit gebeurt in de vorm van een forfait van 5 euro/dag bij AZ Zeno (Dhr. Baetens, 2024). AZ Sint-Lucas rekent geen comfortkost aan. Zij hebben wel beslist om het kamersupplement voor een eenpersoonskamer op te trekken. Deze behoort namelijk tot de laagste van West-Vlaanderen (Dhr. Callewaert, 2024).

Anderzijds stak de overheid voor het jaar 2023 alleen 72 miljoen euro toe (voor zowel algemene als universitaire ziekenhuizen) om die energiekosten te dekken.¹⁹ Dit bedrag zou zowel in het eerste als tweede semester van 2023 verdeeld worden. AZ Sint-Lucas kreeg 580.000 euro en AZ Zeno 453.000 euro in het eerste semester. De tweede schijf werd niet

¹³ https://www.gva.be/cnt/dmf20220804_96097291#:~:text=Het%20Vlaams%20netwerk%20Zorgnet%2DIcuro,niet%20doorrekenen%20aan%20de%20pati%C3%ABnt.

¹⁴ <https://www.made-in.be/antwerpen/ziekenhuizen-zien-winst-verdwijnen-door-stijgende-prijzen-ook-zna-en-imelda-ziekenhuis-worstelen-met-energiecrisis/>

¹⁵ https://p.cygnus.cc.kuleuven.be/bbcswebdav/pid-37113841-dt-content-rid-352362295_2/courses/B-VIVZ-V5T486-2324/PPT_KB_002_Belgische%20ziekenhuisfinanciering%281%29.pdf/ Slide 26

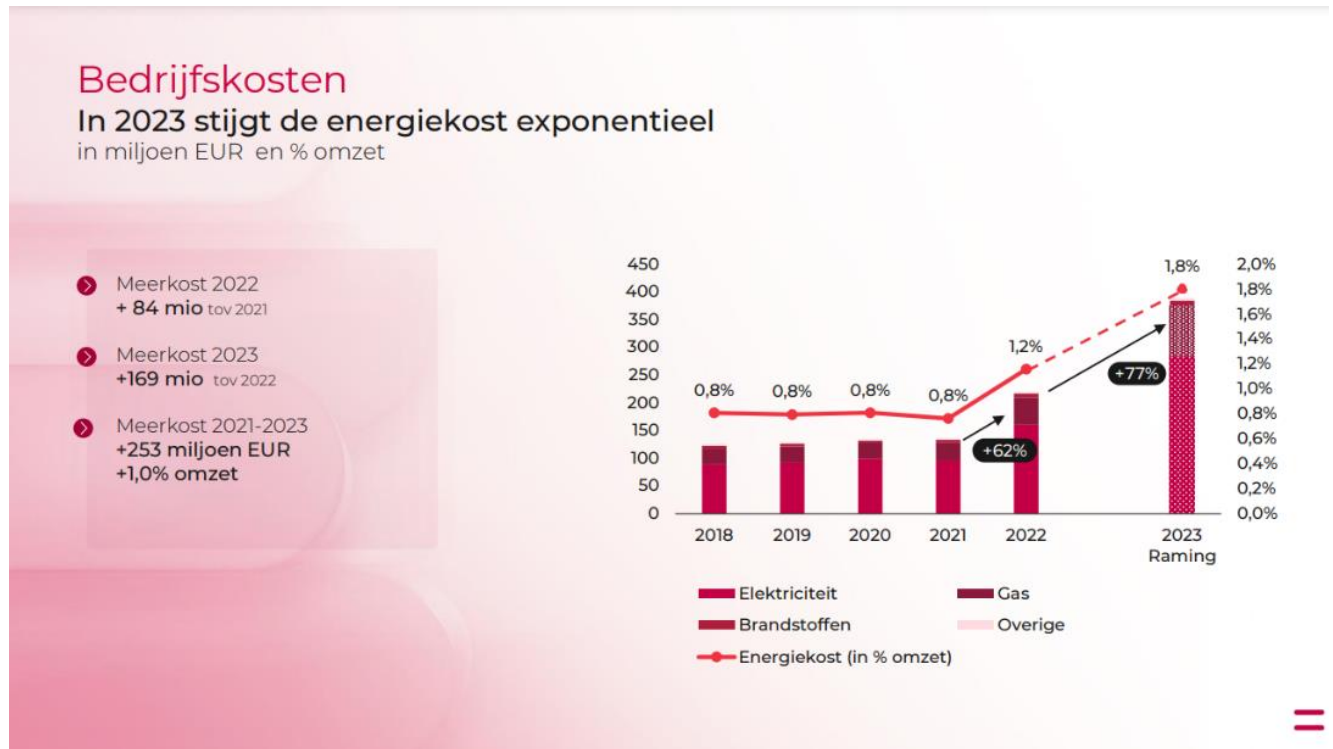
¹⁶ <https://business.engie.be/nl/blog/energy-market/3-fundamentals-om-uw-aankoopstrategie-voor-energie-te-optimaliseren/>

¹⁷ <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/exploderende-energieprijzen-onhoudbaar-voor-zorgorganisaties#:~:text=Ook%20de%20ziekenhuizen%2C%20woonzorgcentra%20en,leefbaarheid%20ernstig%20in%20het%20gedrang.>

¹⁸ <https://www.solidaris-vlaanderen.be/blog/waarom-betaal-ik-zoveel-accommodatiekosten-in-het-ziekenhuis>

¹⁹ <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/overleven-ziekenhuizen-kan-geen-jaren-duren-zonder-ernstige-gevolgen-zorgnet-icuro.html>

verdeeld omwille van de dalende energieprijzen (Kabinet Minister Vandenbroucke, 2024). Dit terwijl de energiefactuur voor beide ziekenhuizen verviervoudigd waren t.o.v. 2021 (cfr. figuur 3 – huidige aanpak). Samen met de berekende vooruitzichten van BELFIUS, die geschat zijn op een meerkost van 168 miljoen euro (Figuur 2), is het contrast met de magere tegemoetkoming een bittere pil om te slikken als ziekenhuis.²⁰



FIGUUR 2 - MAHA-ANALYSE BELFIUS: ENERGIEKOSTEN STIJGEN IN 2023 EXPONENTIEEL (SLIDE 17 - [HTTPS://RESEARCH.BELFIUS.BE/WP-CONTENT/UPLOADS/2023/11/MAHA-2023_PERS-NL.PDF](https://research.belgium.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023_PERS-NL.PDF))

Daarnaast worden ziekenhuizen ook onderworpen aan wettelijke normeringen zoals bijvoorbeeld de minimum temperatuur die gehanteerd moet worden in een zorginstelling. Voor woonzorgcentra is dit 22°C en voor een ziekenhuis 21°C.²¹ Een particulier kan wat besparen door de kamertemperatuur een paar graden te verlagen. In een zorginstelling is dit niet mogelijk.

In een poging om de stijgende energiekosten te beperken, doen al heel wat ziekenhuizen serieuze investeringen op vlak van hernieuwbare energie, bijvoorbeeld zonnepanelen en energiebesparende systemen (cfr. huidige aanpak). Zulke investeringen zijn echter zeer prijzig doordat ook o.a. de bouwkosten gestegen zijn.²² Daar wordt verder op ingegaan bij bespreking van de huidige en toekomstige aanpak.

²⁰ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/11/15/dure-energie-en-hogere-loonkosten-belgische-ziekenhuizen-doken/>

²¹ <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/exploderende-energieprijzen-onhoudbaar-voor-zorgorganisaties#:~:text=Ook%20de%20ziekenhuizen%2C%20woonzorgcentra%20en,leefbaarheid%20ernstig%20in%20het%20gedrang.>

²² https://www.belgium.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2022/persbericht%20belgium_maha%2016%2011%202022.pdf

LOONKOSTEN

Zoals eerder vermeld zijn de energiekosten niet de enige beïnvloedende factor voor de huidige rode cijfers van de ziekenhuizen. Daarnaast kwam de inflatie er nog eens bovenop.

De lonen omvatten een groot deel van de uitgaven, namelijk 41,5%²³. In 2022 stegen de loonkosten met 14,5% en met een indexatie van 8%.²⁴ Door de inflatieschok stegen deze kosten dus meer dan de omzet. Het artsenhonorarium daarentegen hangt niet vast aan de inflatie en komt met vertraging achter. Terwijl de lonen stegen, was dit voor het honoraria slechts 3%. Het honorarium is een belangrijke inkomst, omdat deze voor 40% van het budget van een algemeen ziekenhuis uitmaakt.²⁵ Dit budget wordt onder meer gebruikt om de werkingskosten te dekken. De prognose van BELFIUS wijst uit dat het honoraria in 2023 stijgt tot 7,9%. Dit loopt dus niet lineair met de overige lonen.²⁶ Dit is volgens de overheid te wijten aan de berekeningstechniek. Deze induceert namelijk de vertraging ten opzichte van het BFM (Budget Financiële Middelen). (Kabinet Minister Vandenbroucke, 2024)

Ook het personeelstekort blijft een aanslepend probleem binnen de gezondheidszorg. Ondanks de pogingen van de overheid (loonsverhoging, IFIC-classificatie²⁷ etc.) blijft het absentieïsme (ziekteverzuim) op 11,4%.²⁸ De absentieïsmegraad voor 2023 bij AZ Sint-Lucas komt neer op 4,46% voor minder dan 1 maand afwezigheid. Voor afwezigheid tot 1 jaar komt dit neer op 3,10%. Bij AZ Zeno komt het totale absentieïsmecijfer neer op ongeveer 10%.

Dit tekort moet opgevangen worden zodat zorginstellingen kwaliteitsvolle zorg kunnen blijven waarborgen en de werkdruk niet (nog meer) stijgt. Hier gaan we dieper op in bij bespreking van de huidige aanpak.

ANDERZIJD: ZIEKENHUIZEN GENEREREN MINDER INKOMSTEN

Er zijn ook andere factoren die een invloed uitoefenen op de rode cijfers. De onderlinge samenwerking door middel van ziekenhuisnetwerken werd aanvankelijk sterk aanbevolen en is ondertussen wettelijk verplicht.^{29 30 31}

²³ https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2022/11/Persbericht-Belfius_MAHA-16-11-2022.pdf

²⁴ <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/ziekenhuizen-voor-181-miljoen-in-het-rood-in-2022-maha-rapport.html#:~:text=De%20personeelskosten%20zijn%20de%20belangrijkste,de%20versterking%20van%20het%20zorgberoep>

²⁵ https://p.cygnus.cc.kuleuven.be/bbcswebdav/pid-37113841-dt-content-rid-352362295_2/courses/B-VIVZ-V5T486-2324/PPT_KB_002_Belgische%20ziekenhuisfinanciering%281%29.pdf

²⁶ <https://www.made-in.be/antwerpen/ziekenhuizen-zien-winst-verdwijnen-door-stijgende-prijzen-ook-zna-en-imelda-ziekenhuis-worstelen-met-energiecrisis/>

²⁷ IFIC-classificatie: zijn gericht op de uitgevoerde taken en de inhoud van de functie om de verloning te bepalen waarop werknemers recht hebben. Ze vormen een nieuw, duidelijk en innovatief sectoraal loonkader voor alle werknemers en werkgevers in de sectoren die ze implementeren - <https://www.ific.org/nl#:~:text=De%20IFIC%20classificaties%20zijn%20gericht,de%20sectoren%20die%20ze%20implementeren>.

²⁸ https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2022/Persbericht%20Belfius_MAHA%2016%2011%202022.pdf

²⁹ Wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, BS 28 maart 2019 - https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-28-februari-2019_n2019040712.html

³⁰ <https://trends.knack.be/kanaal-z/z-nieuws/3-op-de-10-ziekenhuizen-draaien-verlies/>

³¹ <https://www.azwest.be/nieuws/az-west-en-jan-yperman-gaan-voor-het-nieuwe-ziekenhuisnetwerk-westhoek>

De stijgende werkdruk bij het zorgpersoneel is ook een belangrijk aspect. Deze uit zich in twee gevolgen. Enerzijds worden tekorten opgevangen door de tewerkstelling van het beschikbaar personeel op minder afdelingen. Anderzijds doordat de bezettingsgraden op hun maximum liggen en er niet genoeg personeel is. Zoals de recente personeelsstaking op de spoedgevallendienst van het UZ Leuven (Dhr. Baetens, 2024).³² Dit wordt niet verder besproken omdat elk ziekenhuis deze bezettingsgraden op een andere manier berekend. (Dhr. Baetens, 2024)

De inflatie had ook een impact op de aankoop van voeding die steeg met maar liefst 17%.³³

Deze uitdagingen zijn noemenswaardig omdat bovengenoemde factoren ook een deel uitmaken van de financiering/subsidies die zorginstellingen ontvangen van de overheid.

³² <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/01/29/spoedverpleegkundigen-van-uz-leuven-voeren-actie-tegen-personeel/>

³³ https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2023/Persbericht-Belfius_MAHA-15112023.pdf

HUIDIGE AANPAK

In november 2023 liet Minister Vandenbroucke na publicatie van de MAHA-analyse van BELFIUS weten dat zorginstellingen zelf inspanningen moeten ondernemen om alles rond te krijgen (organisatorisch en budgettair).³⁴ Dit werd als een correcte uitspraak geacht daar de middelen wel degelijk aanwezig zijn. Indien de overheid deze op een correcte manier verdelen dan kunnen de ziekenhuizen, eventueel via samenwerking, deze optimaler benutten voor toekomstige projecten (Dhr. Callewaert, 2024) (Dhr. Baetens, 2024).

Zowel AZ Sint-Lucas als AZ Zeno hebben een sterk eigen vermogen (solvabiliteit) van respectievelijk 48% en 57%. Dit zorgt ervoor dat ze beiden een financieel gezond ziekenhuis zijn, volgens de MAHA-analyse, en zo veel zelf kunnen realiseren.

ENERGIEKOSTEN

Onderstaande tabel geeft de groei van de energiekosten weer van beide ziekenhuizen. Deze verviervoudigde voor beide in 2023 t.o.v. 2021. Hieruit kunnen we afleiden dat de energiecrisis één van de grootste invloeden geweest is voor de rode cijfers.³⁵

	2021	2022	2023	2024 (raming)
AZ Sint-Lucas	1 miljoen €	2 miljoen €	4 miljoen €	2,6 miljoen €
AZ Zeno	1,2 miljoen €	2,7 miljoen €	4,7 miljoen €	2,4 miljoen €

FIGUUR 3 - STIJGING VAN DE ENERGIEFACTUREN IN MILJOEN € - 2021 TOT 2024 O.B.V. DE AFGENOMEN INTERVIEWS

AZ SINT-LUCAS

Het AZ Sint-Lucas is een gebouw uit 1965 en was in die tijd een hypermodern ziekenhuis. Op heden is het ziekenhuis verouderd en worden in het huidige gebouw een reeks maatregelen genomen om de energiefactuur te drukken.

Ten eerste werden o.a. sensoren voor de verlichting geïnstalleerd. Zo werkt het licht enkel als er beweging gedetecteerd wordt. Alsook werden alle armaturen geruild voor LED.

Ten tweede probeert het ziekenhuis zoveel mogelijk groene stroom op te wekken. Met het huidig aantal zonnepanelen kan op jaarbasis 20% van de nood aan elektriciteit gedekt worden. Om dit percentage verder op te trekken, overweegt men te participeren in een windmolenpark. Dit herleidt zich naar duurzaamheid en het drukken van de energiefactuur. Op heden zijn zij deze piste nog aan het analyseren. (Dhr. Callewaert, 2024)

Ten derde doordat de zomermaanden steeds warmer worden (klimaatsverandering) kijkt het ziekenhuis ook naar de kost van koelen. Want een gebouw koelen kost uiteindelijk meer dan verwarmen. Ondanks de subsidie die voorzien wordt bij investeren in groene stroom, blijft deze energiekost een uitdaging en een investering (cfr. aankoop zonnepanelen). (Dhr. Callewaert, 2024)

Maar het is en blijft een oud gebouw dat gebreken vertoont en er zijn dus dringend investeringen vereist.³⁶ Sinds 2014 heeft het ziekenhuis een goedgekeurd zorg-strategisch plan (cfr. woordenlijst) voor het nieuwe I-blok en het KOALA-gebouw (Keuken-Onthaal-Apotheek-Logistiek-Aankoopdienst). Deze goedkeuring van de overheid zorgt ervoor dat het

³⁴ <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/financiele-zorgen-van-de-ziekenhuizen-en-personeelsschaarste-onderlijnen-nood-aan-investeren-n>

³⁵ <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/exploderende-energieprijzen-onhoudbaar-voor-zorgorganisatie>

³⁶ <https://www.hln.be/brugge/az-sint-lucas-wacht-fusie-niet-af-en-zet-nieuwbouw-van-22-miljoen-euro-om-ziekenhuis-barst-uit-zijn-voegen~a8567184/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

ziekenhuis via het VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor Particuliere Aangelegenheden) financiering kan bekomen. Beide projecten hebben op heden nog geen budget gekregen hiervoor. Dit komt doordat de projecten door de overheid op auto-financiering werden geplaatst. Dit wilt zeggen dat er goedkeuring is voor het bouwen van de projecten maar de overheid kan geen zekerheid geven over het financieringsbedrag en wanneer deze voorzien is. Het ziekenhuis hoopt om ooit een deel van de investering terug te krijgen.³⁷ Deze financieringsmethode, samen met de hoop op toekomstige subsidies, leidt tot onvoorspelbaarheid van de overheid (Dhr. Callewaert, 2024).

Omdat de overheid voorrang gaf aan projecten van de fusieziekenhuizen en het ziekenhuis niet kon wachten op de fusie met Sint-Jan (Brugge) werd er besloten om in 2021 van start te gaan met de bouwwerken van het KOALA-gebouw.³⁸ Het gebouw zal niet enkel technisch duurzaam zijn maar zal ook voldoen aan alle huidige opgelegde criteria.³⁹

Het I-blok zal een volledig nieuwe patiënten vleugel worden, met 172 bedden inclusief een nieuw dialysecentrum. De start van de bouwwerken is voorzien in 2025, na de opening van het KOALA-gebouw.⁴⁰

Daarnaast poogt het ziekenhuis via extra initiatieven om de energiekosten onder controle te houden en verder in te zetten op duurzaamheid (Dhr. Callewaert, 2024). Enkele voorbeelden:

- Opvangen van regenwater om bijvoorbeeld de toiletten te spoelen
- Meer inzetten op recycleerbaarheid en verpakkingen
- Bij toestellen met hoge consumptie gaan kijken naar de energiewaarde en verbruik ervan (zowel bij medische apparatuur als bij keukenapparatuur)

AZ ZENO

Tijdens de bouw van het nieuwe ziekenhuis in Knokke werd rekening gehouden met energiebesparende systemen.

Een eerste systeem is de biomassaketel (cfr. woordenlijst).⁴¹ Dit is een milieuvriendelijke kachel die als brandstof voornamelijk hout, houtsnippers, graan, pellets of stro gebruikt. Deze biologische brandstoffen zorgen ervoor dat de CO2-kringloop korter wordt en een gunstige invloed heeft op het broeikas-effect. Met dit systeem wordt het water verwarmd en zorgt voor 65% van de warmte.^{42 43}

Als tweede systeem is er onder de parking een boorgatenenergieopslag (cfr. woordenlijst) verwerkt. Er werden grondboringen (100m diep ongeveer) uitgevoerd waar de leidingen geplaatst werden. Tijdens de zomer nemen de leidingen koude uit de grond om het ziekenhuis te koelen. Dit leidt tot opwarming in de grond en die warmte wordt dan gebruikt in de wintermaanden. Het is energie die tijdelijk opgeslagen wordt. De koeling/opwarming gebeurt

³⁷ <https://www.hln.be/brugge/az-sint-lucas-wacht-fusie-niet-af-en-zet-nieuwbouw-van-22-miljoen-euro-ons-ziekenhuis-barst-uit-zijn-voegen~a8567184/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

³⁸ <https://www.hln.be/brugge/az-sint-lucas-wacht-fusie-niet-af-en-zet-nieuwbouw-van-22-miljoen-euro-ons-ziekenhuis-barst-uit-zijn-voegen~a8567184/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

³⁹ <https://www.detoo.com/projects/logistiek-gebouw-az-sint-lucas-brugge/>

⁴⁰ <https://focus-wtv.be/nieuws/az-sint-lucas-brugge-krijgt-vergunning-voor-uitbreiding>

⁴¹ https://nl.wikipedia.org/wiki/AZ_Zeno

⁴² https://nl.wikipedia.org/wiki/AZ_Zeno

⁴³ <https://www.duurzame-energiebronnen.nl/biomassa.php#:~:text=De%20biomassakachel%20is%20een%20milieu,invloed%20op%20het%20broeikas%20effect%20heeft.>

via een buizensysteem die gelijkaardig is aan vloerverwarming. Via het plafond worden de ruimtes verwarmd of gekoeld.

Het derde systeem is een warmtekrachtkoppeling (cfr. woordenlijst). Hierbij is er een simultane productie van warmte en elektriciteit. Dit met behulp van een motor op fossiele of hernieuwbare brandstof. Deze techniek is ontwikkeld voor gebouwen met een grote warmtenood, zoals ziekenhuizen.⁴⁴

AZ Zeno gaat nog verder dan de bovengenoemde energiebesparende systemen. De reeds bestaande zonnepanelen die zich op het dak bevinden zijn recentelijk gewijzigd van richting (van zuidwaarts naar oost- en westwaarts). In 2023 werden er 1.200 extra zonnepanelen geplaatst.

Op basis van de bovenstaande energiebesparende investeringen heeft het ziekenhuis 25% eigen groene stroom.⁴⁵ In 2024 worden er nog zonnepanelen geplaatst om de eigen groene stroom op te trekken naar 60%. (Dhr. Baetens, 2024) Hiermee zou het mogelijk zijn dat de energiefactuur daalt naar ongeveer 2,5 miljoen euro (schatting). De kosten van de nieuwe zonnepanelen bedragen 4,5 miljoen. Met een terugverdientermin van 7 à 9 jaar. Maar het ziekenhuis is rustig optimistisch dat dit binnen een termijn van 4 à 5 jaar mogelijk is (Dhr. Baetens, 2024). Deze kost wordt volledig uit eigen budget gefinancierd, zonder subsidies van de overheid uit.

Uiteraard is het ook belangrijk om te besparen waar men kan. Dit is voor een zorginstelling niet zo evident (cfr. wettelijke normering rondom minimum temperatuur). Bij AZ Zeno probeert men te besparen door onder andere het ventilatiesysteem. Doorheen het ziekenhuis is er een ventilatiesysteem dat om de minuut de lucht ververst. In het operatiekwartier is dit niet noodzakelijk omdat deze niet continu draait. De ventilatie werkt enkel wanneer iemand de kamer binnenkomt en op een knop duwt. Na één minuut is die ene operatiezaal opnieuw gevuld met verse en steriele lucht. In de rest van het ziekenhuis werkt de ventilatie zoals anders. Ze besparen ook door bewust de verlichting op de parking lichtjes te dimmen (Dhr. Baetens, 2024).⁴⁶

AZ Zeno heeft een sterk eigen vermogen (solvabiliteit – cfr. woordenlijst) waarmee ze een goede matras hebben (Dhr. Baetens, 2024). Hiermee konden ze de renovatie van de campus te Blankenberge zelf financieren (40 miljoen euro) en verder investeren in andere projecten. Zo heeft het ziekenhuis rondom het gebouw nog 5ha grond. Die oppervlakte zal in de toekomst benut worden voor dergelijke projecten (Dhr. Baetens, 2024). Met deze energiebesparende en milieubewuste systemen zet het ziekenhuis zich in om energie op een duurzame manier op te wekken.⁴⁷ Toch blijven ze waakzaam omtrent de zware kosten en proberen ze beperkt te houden.

LOONKOSTEN

De aanpak rondom de loonkosten kent verschillende aspecten. Enerzijds bestaat er een aanzienlijke vraag naar extra personeel, terwijl de loonkosten op hun beurt zeer sterk gestegen zijn. Bij het AZ Sint-Lucas vormen de personeelskosten 43,33% van de totale kosten, met een

⁴⁴ <https://www.energids.be/nl/vraag-antwoord/wat-is-een-wkk-of-warmtekrachtkoppeling/615/>

⁴⁵ https://azzeno.be/volumes/general/Infokranten/AZZeno-Pulse_Knokke-Heist_NR2_September_lowres_spread.pdf?v=1695201212

⁴⁶ https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20230614_94140973

⁴⁷ <https://azzeno.be/az-zeno-campus-knokke-heist>

personeelsbestand van 1.440 medewerkers. Bij het AZ Zeno bedraagt dit ongeveer 40%, met 900 medewerkers. (Zie bijlage 5)

Bijkomende factoren zijn de huidige arbeidstekorten en de aanzienlijke uitstroom van verpleegkundigen in de voorbije jaren. Deze tekorten en de uitstroom hangen meer samen met de variabele werkuren dan met het salaris, dat aantrekkelijker is geworden door het IFIC-systeem. Sommigen kiezen er ook voor om het onderwijs in te gaan. (Dhr. Callewaert, 2024)

Met arbeidstekorten wordt verwezen naar de structurele tekorten, zoals openstaande vacatures, en de afwezigheid van personeel wegens absenteïsme.⁴⁸

De structurele tekorten betreffen openstaande vacatures die niet ingevuld kunnen worden. Momenteel heeft AZ Sint-Lucas 8 openstaande vacatures voor verpleegkundigen, terwijl AZ Zeno er ongeveer vijf heeft. Met slechts 0,2 verpleegkundigen per openstaande vacature, begint de 'war on talent' (cfr. woordenlijst). Dit betekent dat elk ziekenhuis er alles aan doet om die ene vacature in te vullen. Dit kan inhouden dat personeelsleden in een hogere functiecategorie worden ingeschreven dan standaard aanbevolen is. De extra kosten die hiermee gepaard gaan worden niet gefinancierd door de overheid. Op lange termijn wordt dit onbetaalbaar en veroorzaakt het een aanzienlijke concurrentie tussen ziekenhuizen. (Dhr. Callewaert, 2024)

Bovendien hebben we te maken met absenteïsme. Er zijn verschillende vormen van absenteïsme, maar hier beperk ik me enkel tot kort ziekteverzuim (minder dan 1 maand met gewaarborgd inkomen) en langdurig ziekteverzuim (tot 1 jaar met gewaarborgd inkomen of niet-gewaarborgd inkomen). Langdurige of frequente afwezigheid (behalve bijvoorbeeld bij griep) kan de dagelijkse bezetting en werking verstoren. Dit kan op termijn een negatieve invloed hebben op de werkdruk van collega's.⁴⁹ Sinds 2022 is er wel een 'responsabiliseringsbijdrage'. Deze bijdrage moet ervoor zorgen dat het aantal langdurige zieken (langer dan 1 jaar) daalt. De bijdrage is enkel bestemd voor de werkgever, niet voor de werknemer.⁵⁰

Bij AZ Zeno bedraagt het totale absenteïsme ongeveer 10%. Bij AZ Sint-Lucas is het kort ziekteverzuim 4,46% en het verzuim tot 1 jaar 3,10% (Zie bijlage 4 – absenteïsme).

Om arbeidstekorten aan te pakken, worden vaak externe diensten ingeschakeld. Bij AZ Zeno zal men beroep doen op organisaties zoals ZorgConnect en/of Zorg met Zorg (cfr. woordenlijst). Dit soort organisatie biedt de mogelijkheid om extra zorgpersoneel in te zetten tijdens piekmomenten. Aan de andere kant maakt dit het zorgberoep aantrekkelijker door de variatie en leermogelijkheden binnen diverse disciplines en andere zorginstellingen (Dhr. Baetens, 2024). AZ Sint-Lucas werkt op dezelfde manier, maar maakt gebruik van interimkantoren of een interne flex-pool (cfr. woordenlijst). Een interim kost een ziekenhuis 2 tot 2,3 keer meer dan een reguliere werknemer (Dhr. Callewaert, 2024). AZ Sint-Lucas heeft hiervoor een aanzienlijk budget gereserveerd, maar besloot in 2023 slechts een derde van dit budget te besteden. AZ Zeno heeft ook plannen om in de toekomst minder afhankelijk te zijn van interims.

Een alternatief is het sluiten van bedden en/of afdelingen wegens personeelstekorten. Soms worden bedden bewust gesloten, met name tijdens vakantieperiodes wanneer veel personeel

⁴⁸ <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/personeelstekort-dwingt-vlaamse-ziekenhuizen-en-woonzorgcentra-om-zorgaanbod-af-te-bouwen>

⁴⁹ <https://www.liantis.be/nl/welzijn-op-het-werk/gezondheid/absenteïsme>

⁵⁰ <https://www.liantis.be/nl/nieuws/responsabiliseringsbijdrage-voor-werkgevers-bij-langdurig-zieke-werknemers>

en artsen afwezig zijn. Op deze manier kan het overige personeel worden ingezet op andere diensten waar extra hulp nodig zou zijn. (Dhr. Callewaert, 2024)

Ziekenhuizen zetten zich sterk in op dagziekenhuis. Dit heeft een aantal voordelen. Enerzijds hoeft het personeel alleen dagdiensten te doen, en anderzijds zijn er geen extra loonkosten voor nacht- en weekendwerk voor het ziekenhuis. Het nadeel is dat patiënten bijvoorbeeld voor revalidatie dichterbij huis zullen kijken. (Dhr. Callewaert, 2024)

Het honorarium is cruciaal voor het budgetteren van de werkingskosten, inclusief de loonkosten. Op heden stijgt dit niet lineair mee met de lonen. Artsen merken een toename in kosten, bijvoorbeeld voor medisch secretaresses, zonder dat hun inkomsten evenredig stijgen. Daarnaast wordt ook verwacht dat ze meer financiële solidariteit tonen met het ziekenhuis. (Dhr. Baetens, 2024)

Hierdoor stellen ziekenhuizen zoals AZ Sint-Lucas kritische vragen over hoe dit in de toekomst kunnen aanpakken. Met andere woorden, ze overwegen een herstructurering van het organisatiemodel. Bijvoorbeeld, zou het mogelijk zijn om met kleinere teams te werken? Een herstructurering is een complex proces, omdat er voldoende personeel nodig is van elk beroep om kwaliteitsvolle zorg te kunnen blijven garanderen. (Dhr. Callewaert, 2024)

CONCLUSIE

Het doel van dit eindwerk is om te achterhalen hoe algemene ziekenhuizen omgaan met de financiële uitdagingen ten gevolge van de stijgende energie- en loonkosten en wat de impact hiervan is.

Uit de interviews blijkt dat beide ziekenhuizen een gunstige financiële positie hebben met een zeer goede solvabiliteit, wat hen de nodige financiële flexibiliteit biedt voor investeringen. Bovendien implementeren ze de nodige strategieën om operationele kosten te verlagen. Dit toont de inspanningen van ziekenhuizen om zowel hun financiële situatie te verbeteren als hun activiteiten te verduurzamen.

Voorts blijkt uit de interviews dat er nog tal van andere uitdagingen zijn in de toekomst. Deze zorgen ervoor dat de financiële impact nog meer gevoeld wordt door de zorginstellingen. De onderstaande tabel toont de belangrijkste en zijn vermoedelijk vergelijkbaar met andere algemene ziekenhuizen.

AZ Sint-Lucas	AZ Zeno
Personeel	Personeel
Kwaliteitsvolle zorg	Aanbieden kwaliteitsvolle zorg
ICT/ Cybersecurity	Innovatie & renovatie
Onvoorspelbaarheid van de overheid	Onbetrouwbaarheid van de overheid
I-blok	Vervolgtraject campus Blankenberge
	Geld investeren – zo rendabel mogelijk

TABEL 1 - OPGEMAAKT A.D.H.V. DE AFGENOMEN INTERVIEWS MET DHR. CALLEWAERT EN DHR. BAETENS

Ondanks hun gunstige financiële positie ervaren beide ziekenhuizen financiële druk ten gevolge van diverse factoren. Samengevat gaat het over:

- 1. Stijgende energiekosten:**
 - De verviervoudiging van de energiefactuur in 2023 is een zorgwekkende ontwikkeling.
 - Strikte wettelijke vereisten compliceren deze problematiek verder.
 - De overheid kwam met een energiecompensatie over de boeg, maar blijkt dat deze slechts gedeeltelijk is uitgevoerd.
- 2. Stijgende loonkosten:**
 - Loonkosten maken ongeveer 40% uit van de uitgaven van een ziekenhuis.
 - Indexatie van de lonen en artsenhonorarium zijn niet evenredig.
- 3. Arbeidsdruk en personeelstekort:**
 - Het personeelstekort blijft een hardnekkige uitdaging, ondanks overheidsmaatregelen. Dit tekort kent verschillende oorzaken, waaronder een grote uitstroom van personeel, het afnemend aantal studenten en het absentieïsme.
 - Dit leidt tot hogere kosten voor het werven van personeel en een groeiende werkdruk voor het bestaand personeel.
 - Om deze tekorten te compenseren, wordt vaak gebruik gemaakt van interim krachten en/of externe organisaties. Het doel hiervan is om de werkdruk te verminderen en de kwaliteit van de zorg te blijven garanderen.

4. Beperkte overheidssteun en ontoereikende financiering:

- a. Tijdens COVID-19 heeft de overheid de gezondheidszorg aanzienlijk gesteund. Ondanks deze hulp en aanhoudende financiële druk ontvangen ziekenhuizen beperkte steun. Vooral met betrekking tot beloofde/toegekende compensaties zoals die voor de energiekosten.
- b. Daarnaast is er ook veel onzekerheid op te merken bij de ziekenhuizen. Hoewel de overheid financiering voor deze projecten toekent, blijft het onduidelijk hoeveel en wanneer deze steun beschikbaar zal zijn.

DISCUSSIE

Als buitenstaander is het geven van suggesties delicaat, omdat deze onderwerpen zeer complex zijn en nauw met elkaar verbonden zijn. Maar desondanks kunnen onderstaande suggesties eventueel nieuwe inzichten opleveren voor belanghebbenden.

1. De energiekosten:

Betreffende de energiekosten, zou het verdelen van de beloofde tweede schijf van de energiecompensatie een belangrijke stap zijn om het vertrouwen van ziekenhuizen terug te winnen. Ondanks de voorspelde daling van de energiefactuur in 2024.

2. De loonkosten:

In deze context is de situatie echter ingewikkelder. De stijgende vraag naar personeel, samen met een stijging van de loonkosten, legt een duidelijke druk op de budgetten van ziekenhuizen. Het honorarium van artsen stijgt niet evenredig, wat een delicate situatie creëert omdat van artsen wordt verwacht dat ze meer financiële solidariteit tonen, terwijl hun eigen kosten ook toenemen. Een wettelijk kader voor de indexatie van het honorarium zou hier waardevol kunnen zijn.

3. Arbeidsdruk & personeelstekort:

- a. Om de uitstroom van studenten te beperken, zou het eventueel aangewezen zijn om de verpleegkundige opleiding als geheel te evalueren en te onderzoeken waar deze aantrekkelijker kan worden gemaakt. Hieronder staan methoden die de leerervaring van studenten zou kunnen verbeteren en de motivatie zou kunnen verhogen, waardoor de kans op uitstroom daalt en de retentie van verpleegkundigen wordt verbeterd.
 - i. Implementatie van mentoren tijdens opleiding en eerste jaren op de werkvloer: Hiermee bedoel ik dat er ervaren verpleegkundigen ingezet worden om studenten te ondersteunen en te begeleiden. Deze verpleegkundigen staan los van de onderwijsinstelling.
 - ii. Stimulering van studentenparticipatie in de opleiding en buitenschoolse activiteiten. Dit met als doel de betrokkenheid te vergroten en/of studenten meer verantwoordelijkheidsgevoel te geven door hen te betrekken in de besluitvorming van de opleiding.
- b. Daarnaast moet er nog meer aandacht worden besteed aan het aanpakken van ziekteverzuim. Er kan bijvoorbeeld worden gekeken naar voorbeelden uit andere landen, zoals Nederland (Wet van verbetering Poortwachter⁵¹).

Het wordt van belang om de problematiek rondom de loonkosten aan te pakken om de duurzame werking van zorginstellingen en de continuïteit van kwaliteitsvolle zorg te garanderen. Ziekenhuizen zullen op termijn hun organisatie-model moeten heroverwegen en

⁵¹ <https://www.arboned.nl/wat-u-moet-weten/voldoen-aan-de-wet/wet-verbetering-poortwachter>

alternatieve opties moeten onderzoeken, zoals een grotere nadruk op dagziekenhuizen en de herstructurering binnen de teams.

4. Overheidssteun en ontoereikende financiering:

Het belang van overheidssteun is aanzienlijk groot en dit kan niet genoeg benadrukt worden. In eerste instantie toont het onderzoek aan dat er nog veel tekortkomingen zijn. Die op hun beurt resulteren in onbetrouwbaarheid, onzekerheid en onvoorspelbaarheid. Een diepgaande herziening van het financieringsmodel, waar meerdere instanties reeds voor gepleit hebben, is noodzakelijk. Sinds enkele jaren kan een ziekenhuis failliet gaan. Dit kan ernstige gevolgen hebben voor patiënten, personeel en andere belanghebbenden.

Ten tweede is het cruciaal dat er terug meer vertrouwen gecreëerd wordt door de overheid. Dit wordt niet bereikt met beloften die niet worden nagekomen of lang op zich laten wachten. De volgende suggesties kunnen wellicht een stap in de goede richting zijn.

- a. **Transparantie:** besluitvorming dient transparant te zijn en beslissingen zouden duidelijk gecommuniceerd moeten worden naar de zorgsector. Dit zowel voor budgettaire krapte als voor zaken die als een hogere prioriteit worden beschouwd. Op deze manier kan er meer begrip ontstaan voor genomen beslissingen van de overheid.
- b. **Dialogen aangaan met belanghebbenden:** personen die werkzaam zijn in alle sectoren van de zorg zijn van onschatbare waarde. Het is essentieel om naar hen te luisteren. Hun ervaring en expertise bieden een uniek perspectief dat cruciaal kan zijn bij het ontwikkelen van een beleid dat echt aansluit bij de behoeften van de belanghebbenden.
- c. **De herziening van het financieringsbeleid als topprioriteit beschouwen:** het is noodzakelijk om het beleid grondig te herzien, bijvoorbeeld door meer middelen toe te wijzen waar nodig in de gezondheidszorg, of door meer flexibiliteit te bieden in de besteding van middelen door ziekenhuizen.

In het persbericht van Minister Vandenbroucke, na publicatie van de MAHA-analyse in november 2023, worden inderdaad dezelfde suggesties genoemd. Echter, tot op heden is er nog geen duidelijke aanpak of plan gecommuniceerd.⁵²

Het onderzoek en de cursus over financiering van de ziekenhuizen hebben mijn inzicht in de werking van ziekenhuisfinanciering aanzienlijk verbeterd. De complexiteit van dit onderwerp wordt vaak onderschat door mensen die een ziekenhuis betreden. Het is een meerjarenproject waar voortdurend aan moet worden gewerkt. Ik hoop dat dit eindwerk buitenstaanders een beter zicht kan geven over dit onderwerp en dat er met de juiste en adequate maatregelen voldoende mogelijkheden zijn om onze gezondheidszorg naar een hoger niveau te tillen.

Nota: Naar aanleiding van de bijkomende vragen over deze kwesties, heb ik contact opgenomen met het kabinet van Minister Vandenbroucke. Ik stuurde een aantal vragen per e-mail, na akkoord van het kabinet, om meer inzicht te krijgen in deze problematiek. Aangezien ik antwoorden heb ontvangen, ben ik van mening dat deze niet voldoende waren om op te nemen in dit eindwerk, omdat ze slechts werden genoemd zonder verdere uitwerking. (Zie bijlage – interview 3)

⁵² <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/financiele-zorgen-van-de-ziekenhuizen-en-personeelsschaarste-onderlijnen-nood-aan-investeren-n-1>

VERWIJZINGEN

(sd). Opgehaald van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/11/15/dure-energie-en-hogere-loonkosten-belgische-ziekenhuizen-doken/>

Absenteïsme. (sd). Opgehaald van Liantis: <https://www.liantis.be/nl/welzijn-op-het-werk/gezondheid/absenteïsme>

Arbdoned. (2019, augustus 6). *Wet verbetering Poortwachter*. Opgehaald van Arbdoned: <https://www.arbdoned.nl/wat-u-moet-weten/voldoen-aan-de-wet/wet-verbetering-poortwachter>

Arboportaal. (sd). *De Wet verbetering poortwachter*. Opgehaald van Arboportaal: <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/re-integratie-en-wet-verbetering-poortwachter/wat-staat-in-de-wet-verbetering-poortwachter#:~:text=De%20Wet%20verbetering%20poortwachter%20is,integratie%20van%20de%20betreffende%20werknemer.>

Az West en Jan Yperman gaan voor het nieuwe ziekenhuisnetwerk Westhoek. (2023, April 7). Opgehaald van AZ West: <https://www.azwest.be/nieuws/az-west-en-jan-yperman-gaan-voor-het-nieuwe-ziekenhuisnetwerk-westhoek>

AZ Zeno. (sd). Opgehaald van Wikipedia: https://nl.wikipedia.org/wiki/AZ_Zeno

Baetens, K. (sd). *Belgische ziekenhuisfinanciering*. Opgehaald van Toledo: https://p.cygnus.cc.kuleuven.be/bbcswebdav/pid-37113841-dt-content-rid-352362295_2/courses/B-VIVZ-V5T486-2324/PPT_KB_002_Belgische%20ziekenhuisfinanciering%281%29.pdf

Beleidsplan 2023. (2022). Opgehaald van AZ Sint-Lucas: <https://www.stlucas.be/media/236923566/beleidsplan-2023.pdf>

BEO-veld: energie ondergronds opslaan. (sd). Opgehaald van Geotherma: <https://www.geotherma.be/beo-veld/>

Biomassa energie en biomassakachel. (sd). Opgehaald van Duurzame Energiebronnen: <https://www.duurzame-energiebronnen.nl/biomassa.php#:~:text=De%20biomassakachel%20is%20een%20milieu,invloed%20op%20het%20broeikaseffect%20heeft.>

Ceci n'est pas un hôpital. (sd). Opgehaald van AZ Zeno: <https://azzeno.be/az-zeno-campus-knokke-heist>

Dhr. Baetens, K. (2024, februari 12). Financieel directeur AZ Zeno. (H. De Jonckheere, Interviewer)

Dhr. Callewaert, G. (2024, Maart 11). Financieel directeur AZ Sint-Lucas. (H. De Jonckheere, Interviewer)

Dit was 2017. (2018). Opgehaald van AZ Sint-Lucas: <https://www.stlucas.be/media/103667358/dit-was-2017.pdf>

Exploderende energieprijzen onhoudbaar voor zorgorganisaties. (2022, September 13). Opgehaald van Zorgnet-Icuro: <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/exploderende-energieprijzen-onhoudbaar-voor-zorgorganisaties#:~:text=Ook%20de%20ziekenhuizen%2C%20woonzorgcentra%20en,leefbaarheid%20ernstig%20in%20het%20gedrang.>

Grommen, S. (2023, November 15). *Dure energie en hogere loonkosten: Belgische ziekenhuizen doken vorig jaar samen diep in het rood*. Opgehaald van VRT Nieuws: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/11/15/dure-energie-en-hogere-loonkosten-belgische-ziekenhuizen-doken/>

Haeck, B. (2023, september 21). *De Tijd - Vlaamse ziekenhuizen gaan voor het eerst kopje onder*. Opgehaald van De Tijd: <https://www.tijd.be/dossiers/de-verdieping/vlaamse-ziekenhuizen-gaan-voor-het-eerst-kopje-onder/10493989.html>

Haeck, B., Cockx, R., & Roelens, T. (2017). *Hoe financieel gezond is uw ziekenhuis?* Opgehaald van De Tijd: <https://multimedia.tijd.be/ziekenhuizen2017/az-sint-lucas>

Hendrickx, D. (2022, Augustus 5). *Ziekenhuizen zien winst verdwijnen door stijgende prijzen: ook ZNA en Imelda-ziekenhuis worstelen met energiecrisis.* Opgehaald van Made-In: <https://www.made-in.be/antwerpen/ziekenhuizen-zien-winst-verdwijnen-door-stijgende-prijzen-ook-zna-en-imelda-ziekenhuis-worstelen-met-energiecrisis/>

Het instituut voor Functieclassificatie . (sd). Opgehaald van IFIC: <https://www.ific.org/nl#:~:text=De%20IFIC%2Dclassificaties%20zijn%20gericht,de%20sectoren%20die%20ze%20implémenteren.>

Hoofdpagina. (sd). Opgehaald van KOM-Netwerk: <https://komnetwerk.be/>

Huysentruyt, B. (2021, Juni 28). *AZ Sint-Lucas wacht fusie niet af en zet nieuwbouw van 22 miljoen euro: “Ons ziekenhuis barst uit zijn voegen”.* Opgehaald van Het Laatste Nieuws: <https://www.hln.be/brugge/az-sint-lucas-wacht-fusie-niet-af-en-zet-nieuwbouw-van-22-miljoen-euro-ons-ziekenhuis-barst-uit-zijn-voegen~a8567184/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

Infokrant Pulse - pagina 8. (2023, September). Opgehaald van AZ Zeno : https://azzeno.be/volumes/general/Infokranten/AZZeno-Pulse_Knokke-Heist_NR2_September_lowres_spread.pdf?v=1695201212

Jaaroverzicht 2022. (2022). Opgehaald van AZ Sint-Lucas: https://www.stlucas.be/media/236977499/2022_jaaroverzicht.pdf

Kabinet Minister Vandenbroucke. (2024). (H. De Jonckheere, Interviewer)

Lelong, J. (2022, September 7). *Stijgende energieprijzen brengen ziekenhuizen in de problemen: ‘We vragen ons af hoe we dit gaan redden’.* Opgehaald van De Morgen: <https://www.demorgen.be/snelnieuws/stijgende-energieprijzen-brengen-ziekenhuizen-in-de-problemen-we-vragen-ons-af-hoe-we-dit-gaan-redden~b7434841/>

Liantis. (2023). *Responsabiliseringsbijdrage voor werkgevers bij langdurig zieke werknemers.* Opgehaald van Liantis: <https://www.liantis.be/nl/nieuws/responsabiliseringsbijdrage-voor-werkgevers-bij-langdurig-zieke-werknemers>

Logistiek gebouw AZ Sint-Lucas Brugge. (sd). Opgehaald van Detoo: <https://www.detoo.com/projects/logistiek-gebouw-az-sint-lucas-brugge/>

Over AZ Zeno. (sd). Opgehaald van AZ Zeno: <https://azzeno.be/over-az-zeno/zorggroep-oostkust>

Over ons. (sd). Opgehaald van Zorgnet-Icuro: <https://www.zorgneticuro.be/over-ons>

Over ons. (sd). Opgehaald van KOM-netwerk: <https://komnetwerk.be/over-ons/>

Persbericht Belfius MAHA-analyse . (2023, November 15). Opgehaald van Research Belfius: https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/Persbericht-Belfius_MAHA-15-11-2023.pdf

Persbericht Belfius MAHA-analyse. (2022, November 16). Opgehaald van Belfius: https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2022/Persbericht%20Belfius_MAHA%2016%2011%202022.pdf

Personeelstekort dwingt Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra om zorgaanbod af te bouwen. (2022, Juli 4). Opgehaald van Zorgnet-Icuro: <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/personeelstekort-dwingt-vlaamse-ziekenhuizen-en-woonzorgcentra-om-zorgaanbod-af-te-bouwen>

Research Belfius . (sd). Opgehaald van <https://research.belfius.be/nl/social-profit/>

- Securex. (2022, januari 3). *Nieuwe responsabiliseringsbijdrage voor de werkgevers inzake invaliditeit van de werknemers*. Opgehaald van Securex: <https://www.securex.be/nl/lex4you/werkgever/nieuws/nieuwe-responsabiliseringsbijdrage-voor-de-werkgevers-inzake-invaliditeit-van-de-werknemers>
- Securex. (sd). *Win de war for talent: op een slimme manier personeel vinden*. Opgehaald van Securex: <https://www.securex.be/nl/personeelsbeleid/talent-management/war-for-talent#:~:text=Wat%20is%20de%20'war%20for,jaren%20knap%20lastig%20mee%20hebben>.
- Selleslagh, P. (2023, November 15). *Ziekenhuizen voor 181 miljoen in het rood in 2022 (MAHA-rapport)*. Opgehaald van De Specialist: <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/ziekenhuizen-voor-181-miljoen-in-het-rood-in-2022-maha-rapport.html#:~:text=De%20personeelskosten%20zijn%20de%20belangrijkste,de%20versterking%20van%20het%20zorgberoep>
- Selleslagh, P. (2023, November 15). *Zorgnet-Icuro: "Overleven ziekenhuizen kan niet duren zonder ernstige gevolgen" (MAHA-rapport)*. Opgehaald van De Specialist: <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/overleven-ziekenhuizen-kan-geen-jaren-duren-zonder-ernstige-gevolgen-zorgnet-icuro.html>
- Storme, B. (sd). *AZ Sint-Lucas Brugge krijgt vergunning voor uitbreiding*. Opgehaald van Focus WTV: <https://focus-wtv.be/nieuws/az-sint-lucas-brugge-krijgt-vergunning-voor-uitbreiding>
- Terryn, L. (2024, Januari 29). *Spoedverpleegkundigen van UZ Leuven voeren actie tegen personeelstekort*. Opgehaald van VRT Nieuws: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/01/29/spoedverpleegkundigen-van-uz-leuven-voeren-actie-tegen-personeel/>
- Vandenbroucke, F. (2023, 11 15). *Persbericht Minister Vandebrouck*. Opgehaald van Vandenbroucke.Belgium: <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/financiele-zorgen-van-de-ziekenhuizen-en-personeelsschaarste-onderlijnen-nood-aan-investeren-n>
- Vandenbroucke, M. (2023, november 14). *Toespraak: Financiële zorgen van de ziekenhuizen en personeelsschaarste onderlijnen nood aan investeren en hervormen*. Opgehaald van <https://vandenbroucke.belgium.be/>: <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/financiele-zorgen-van-de-ziekenhuizen-en-personeelsschaarste-onderlijnen-nood-aan-investeren-n>
- Verbeeke, J. (2023, Juni 14). *"Drieduizend zonnepanelen als carport": hoe bijna helft van ziekenhuis op groene stroom gaat draaien dankzij grote 'zonneparking'*. Opgehaald van Het Nieuwsblad: https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20230614_94140973
- VIPA *Algemene en Universitaire ziekenhuizen subsidies*. (sd). Opgehaald van Departement WVG: <https://www.departementwvg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies>
- Waarom betaal ik zoveel accommodatiekosten in het ziekenhuis?* (sd). Opgehaald van Solidaris Vlaanderen: <https://www.solidaris-vlaanderen.be/blog/waarom-betaal-ik-zoveel-accommodatiekosten-in-het-ziekenhuis>
- Wat is warmtekrachtkoppeling?* (sd). Opgehaald van Energids: <https://www.energids.be/nl/vraag-antwoord/wat-is-een-wkk-of-warmtekrachtkoppeling/615/>
- Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft*. (2019, Februari 28). Opgehaald van Open Justice : https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-28-februari-2019_n2019040712.html
- Wuyts, S. (2022, Maart 18). *3 op 10 ziekenhuizen draaien verlies*. Opgehaald van Trends - Knack: <https://trends.knack.be/kanaal-z/z-nieuws/3-op-de-10-ziekenhuizen-draaien-verlies/>
- WVG, D. (sd). *VIPA - Visie en Missie*. Opgehaald van VIPA: <https://www.departementwvg.be/vipa/missie-visie>

Ziekenhuizen zien winst verdwijnen door stijgende prijzen: ook ZNA en Imelda-ziekenhuis worstelen met energiecrisis. (sd). Opgehaald van Made-In: <https://www.made-in.be/antwerpen/ziekenhuizen-zien-winst-verdwijnen-door-stijgende-prijzen-ook-zna-en-imelda-ziekenhuis-worstelen-met-energiecrisis/>

zorgstrategisch plan Vlaanderen voor de algemene ziekenhuizen. (2016). Opgehaald van Zorg en gezondheid: [https://zorg-en-gezondheid.be/zorgstrategisch-plan-vlaanderen-voor-de-algemene-ziekenhuizen#:~:text=De%20doelstellingen%20van%20zorgstrategische%20planning%20zijn%3A&text=Uitgaven%20afstemmen%20op%20de%20huidige,het%20hoogtechnologisch%20zorgaanbod%20te%](https://zorg-en-gezondheid.be/zorgstrategisch-plan-vlaanderen-voor-de-algemene-ziekenhuizen#:~:text=De%20doelstellingen%20van%20zorgstrategische%20planning%20zijn%3A&text=Uitgaven%20afstemmen%20op%20de%20huidige,het%20hoogtechnologisch%20zorgaanbod%20te%20)

2

VERKLARENDE ALFABETISCHE WOORDENLIJST

BFM: Budget Financiële Middelen – financiële steun vanuit de Federale Overheid

Biomassaketel: De biomassakachel is een milieu vriendelijke en geld besparende kachel die als brandstof hout, houtsnippers, graan, pellets, stro etc. gebruikt. Doordat dit biologische brandstoffen zijn heb je een korte co2 kringloop die weer een gunstige invloed op het broeikas effect heeft. Hierdoor wordt er water verwarmd. Het warme water loopt vervolgens via leidingen naar de radiatoren die zich in het ziekenhuis bevinden.⁵³

Boorgatenenergieopslag (BEO): Hierbij worden verschillende grondboringen gedaan tot 150m diep waar de leidingen komen met een water-glycol mengsel. In de zomer nemen deze leidingen koude uit de grond om een gebouw te koelen waardoor de grond opwarmt. In combinatie met een geothermische warmtepomp wordt deze warmte tijdens de winter maanden hergebruikt. Het is een tijdelijk opgeslagen energie.⁵⁴

Comfortkost: In een twee- of meerpersoonskamer zijn kamersupplementen nochtans verboden. Alleen in een eenpersoonskamer mag het ziekenhuis die extra kosten aanrekenen. Door de comfortkosten te verpakken als een forfait en ze aan elke patiënt aan te rekenen, rekent het ziekenhuis dus eigenlijk een verborgen kamersupplement aan.

Fusie(ziekenhuis): een fusie is het samengaan/samenkomen van twee onderneming tot één nieuwe onderneming. Door een fusie kunnen ziekenhuizen een hogere kwaliteit van zorg leveren tegen lagere kosten. Uitgangspunt is dus om effectievere en efficiëntere zorg te (kunnen) verlenen.

IFIC-loonbarena's: Instituut voor Functieclassificatie - De IFIC-classificaties zijn gericht op de uitgevoerde taken en de inhoud van de functie om de verloning te bepalen waarop werknemers recht hebben. Ze vormen een nieuw, duidelijk en innovatief sectoraal loonkader voor alle werknemers en werkgevers in de sectoren die ze implementeren.

Investeringsubsidies: of strategisch forfait; deze is gelinkt aan een investering voor infrastructuur en hangt samen met het zorg-strategisch plan. Dit plan vormt de basis voor de toekenning van dergelijke forfait. De betaling gebeurt bij moment van ingebruikname na realisatie en dit door onbepaalde duur. Voor de berekening wordt rekening gehouden met verschillende punten.⁵⁵

KOM-netwerk: ziekenhuisnetwerk Kust-Ommeland-Meetjesland - is een actief netwerk van ziekenhuizen dat een regionaal en supra regionaal zorgaanbod brengt. Het omvat de algemene ziekenhuizen AZ Alma Eeklo, AZ Damiaan Oostende, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ West Veurne, AZ Zeno Knokke-Blankenberge en de categorale ziekenhuizen BZIO Oostende en KEI Oostduinkerke.⁵⁶

MAHA-analyse: een stresstest voor ziekenhuizen uitgevoerd door Belfius-bank.

Responsabiliseringsbijdrage: Het doel van de bijdrage is om de werkgevers te responsabiliseren die te maken krijgen met een bovenmaatse instroom van werknemers in de invaliditeit. Ze zal verschuldigd zijn door de werkgevers wier aantal werknemers in de invaliditeit hoger ligt dan het gemiddelde voor hun activiteitssector en de private sector.⁵⁷

Solvabiliteit: een term die aanduidt of een bedrijf zijn rekeningen kan betalen en dit ook daadwerkelijk doet. Solvabiliteit komt veelal terug bij leningen en biedt kredietwaardigheid.

⁵³ <https://www.duurzame-energiebronnen.nl/biomassa.php#:~:text=De%20biomassakachel%20is%20een%20milieu,invloed%20op%20het%20broeikas%20effect%20heeft.>

⁵⁴ <https://www.geotherma.be/beo-veld/>

⁵⁵ <https://www.departementwvg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies>

⁵⁶ <https://komnetwerk.be/>

⁵⁷ <https://www.securex.be/nl/lex4you/werkgever/nieuws/nieuwe-responsabiliseringsbijdrage-voor-de-werkgevers-inzake-invaliditeit-van-de-werknemers>

VIPA: Vlaamse Infrastructuur voor Particuliere Aangelegenheden; ondersteunt de realisatie van betaalbare, kwaliteitsvolle en duurzame welzijns- en zorginfrastructuur.⁵⁸

Warmtekrachtkoppeling (WKK): hierbij wordt warmte en elektriciteit tegelijkertijd geproduceerd m.b.v. een motor op één brandstof (fossiele of hernieuwbare brandstof). Deze techniek is ontwikkeld voor gebouwen met een grote warmtenood, zoals ziekenhuizen.⁵⁹

War on talent: slaat op de schaarste op de arbeidsmarkt en de strijd om de openstaande vacatures in te vullen.⁶⁰

Wet verbetering Poortwachter: deze wet is in Nederland ingevoerd met als doel door ziekte afwezige werknemers zo snel mogelijk terug te laten keren naar het werk. De wet houdt in dat zowel werkgever als werknemer verplicht worden om samen voldoende inspanningen te doen om de re-integratie tot stand te brengen. Werkgever als werknemer hebben dus enkele verplichtingen vanaf het moment dat werknemer zich ziek meldt (1^{ste} week dus). Het uitgangspunt: snel en effectief ingrijpen om het verzuim korter te maken.⁶¹

Zorg-strategisch plan: omvat onder andere de investeringen in infrastructuur. Focus is verschuift naar een regionale zorgstrategie. Het doel van dit plan is: zorgaanbod beter afstemmen, stimulatie van samenwerkingen en netwerken tussen ziekenhuizen, concentratie van expertise en de uitgaven beter afstemmen op financiële context.⁶²

⁵⁸ <https://www.departementwvg.be/vipa/missie-visie>

⁵⁹ <https://www.energids.be/nl/vraag-antwoord/wat-is-een-wkk-of-warmtekrachtkoppeling/615/>

⁶⁰ <https://www.securex.be/nl/personneelsbeleid/talent-management/war-for-talent#:~:text=Wat%20is%20de%20'war%20for,jaren%20knap%20lastig%20mee%20hebben.>

⁶¹ <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/re-integratie-en-wet-verbetering-poortwachter/wat-staat-in-de-wet-verbetering-poortwachter#:~:text=De%20Wet%20verbetering%20poortwachter%20is,integratie%20van%20de%20betreffende%20werknemer.>

⁶² <https://zorg-en-gezondheid.be/zorgstrategisch-plan-vlaanderen-voor-de-algemene-ziekenhuizen#:~:text=De%20doelstellingen%20van%20zorgstrategische%20planning%20zijn%3A&text=Uitgaven%20afstemmen%20op%20de%20huidige,hets%20hoogtechnologisch%20zorgaanbod%20te%20beperken>

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 - INTERVIEW 1

Het interview duurde 2u en vond plaats op maandag 11 maart 2024 te AZ Sint-Lucas. Ik heb, om efficiënt te werk te kunnen gaan, het interview hieronder beknopt uitgewerkt.

1. Kunt u mij enkele huidige financiële cijfers geven van het ziekenhuis?

Eigen vermogen volgens Belfius voor een gezond ziekenhuis is 20%, hoeveel is het eigen vermogen van Sint-Lucas? Bij ons is dat veel hoger, wij zitten rond de 50%. Hoe komt het dat wij z'n sterk eigen vermogen hebben? Dat heeft met verschillende zaken te maken. Wij hebben 1) de voorbije jaren hebben wij niet geleend voor de courante investeringen (bv. Medische apparatuur). We hebben dat nu al 5-6 jaar niet gedaan. Dit wil zeggen dat je weinig vreemd vermogen hebt en dus weinig schulden hebt op lange termijn die elk jaar komen te vervallen.

2) Dat wij natuurlijk in vergelijking met veel andere ziekenhuizen (als je bv kijkt naar een AZ Zeno, AZ Oostende, AZ alma), nog geen groot nieuw infrastructuurproject gedaan hebben. We zijn nu met één bezig, het KOALA-gebouw. Dat doen we een stuk met eigen middelen maar daar lenen we ook een stuk voor. De eerste lening is opgenomen in 2023 en het tweede wordt opgenomen in 2024. Dit wil zeggen dat ons eigen vermogen wat gaat afnemen en ons vreemd vermogen op lange termijn gaat toenemen. Maar wij hebben een typische balansstructuur van een ziekenhuis dat staat voor grote projecten. Want naast het KOALA-gebouw zijn wij ook bezig met een nieuwe I-blok, een volledig nieuwe patiënten vleugel. En natuurlijk als we dat gaan doen, gaan we ook weer een stukje eigen middelen voor gebruiken maar ook voor lenen. Dan ga je zien dat door die leningslast dat daardoor het vreemd vermogen weer gaat toenemen en eigen vermogen weer een stukje zal dalen. Dit zijn communicerende vaten. Dat is een typisch fenomeen bij ziekenhuizen die voor grote infrastructuurprojecten staan dat wij een heel stevig eigen vermogen hebben.

Omzet 2023 (cfr. Omzet 2022 = 174 miljoen €): Voor 2023 zijn wij nog altijd bezig de afsluiting van het boekjaar. Dus definitieve cijfers hebben wij nog niet. Deze zullen pas klaar zijn einde maart. In april komt de revisor langs om voor de controle. Het resultaat wordt dan pas besproken in de algemene vergadering van juni. We weten wel al dat we net als in 2022 verlies zullen lijden. Nu voor 2023 gaan wij ook een verlies geleden hebben.

We beschouwen 2019 het laatste normale jaar voor corona. 2020-2021 waren twee volledige coronajaren. 2022 was het eerste kwartaal nog coronaperiode. 2023 mogen we zeggen dat we coronavrij zijn, met uitzondering van enkele coronapatiënten. Maar we stellen dus vast dat de activiteit in 2022 eigenlijk opnieuw aangetrokken is en ook in 2023 groeit die verder. Er zijn 3 factoren: indexering BFM, indexering honoraria, stijging van activiteiten zorgt ervoor dat onze omzet verder stijgt.

Prognose omzet 2024: We gaan uit van positief resultaat van 378.000 euro. Dat is vergelijkbaar met een break-even op z'n bedrag maar het is licht positief.

Verslag 2022 investeerde Sint-Lucas 6,2 miljoen euro. Er staat bij 'in gebruik' genomen. Wat bedoelt men hier precies mee? Je hebt 2 dingen. Enerzijds heb je (typisch voor ziekenhuissector) de investeringen (uitgaven) die je gaat doen. Je koopt nieuwe dingen aan maar die worden pas de eerste keer afgeschreven in het boekjaar nadien. Dit is nog altijd zo in de ziekenhuissector en ze zijn al vele jaren bezig om deze wetgeving aan te passen. Wat zou betekenen dat wij vanaf een bepaald ogenblik de investeringen die wij doen, dat we die al in het jaar van investering moeten afschrijven. Nu is dat nog niet zo en het zijn pas de dingen die effectief in gebruik genomen zijn die dan ook in de afschrijvingen terecht komen. Maar we investeren dus wel meer dan 6,2 miljoen. Het KOALA-gebouw bijvoorbeeld



Gerd Callewaert

Financieel & administratief
directeur

AZ Sint-Lucas Brugge

daar hebben we al ongeveer 20 miljoen euro aan uitgegeven. Dat staat als vaste activa in aanbouw bij ons in de boekhouding. Maar de eerste afschrijving zal maar gebeuren het jaar na ingebruikname.

Aantal bedden (hospi + DZH) op heden: 422 erkende bedden, 136 plaatsen dagziekenhuis en 102 plaatsen voor dialyse

2. Kunt u enkele voorbeelden geven van de huidige financiële uitdagingen die het ziekenhuis voor staat? *Onbetrouwbaarheid van de overheid?*

Ik kan er een aantal geven. Een eerste verhaal blijft natuurlijk het verhaal rond energie. De energiefacturen zijn verviervoudigd op paar jaar tijd. In 2021 was dit 1 miljoen euro. In 2022 steeg de factuur naar 2 miljoen euro, mede door de oorlog in Oekraïne, de problematiek van toelevering en de inflatie. In 2023 bedroeg de factuur 4 miljoen euro. Voor 2024, door kalmte die opgetreden is op de energiemarkten, gaan wij uit van een energiefactuur van 2,6 miljoen euro. Dit neemt weer af doordat de prijsevolutie op de internationale markt gunstiger is. Maar als je 2024 vergelijkt met 2021 is dat nog steeds 2,6 keer zoveel. Dit is op zich al een uitdaging.

Wij hebben in 2023 was er gezegd dat de overheid een energiecompensatie doen. De overheid ging dat twee keer doen, voor zowel eerste als tweede semester. Finaal heeft men dat enkel gedaan voor het eerste semester. Achteraf moet je wel bewijzen dat je een reële meerkost hebt maar als je dus gaat kijken dat je in twee jaar tijd maal 2 maal 2 hebt gedaan. Wij hebben een tussenkomst gehad van 580.000 als energiecompensatie voor 1 semester. En je ziet dat maar een deel is van de meerkost is. Totaal is er 80 miljoen euro verdeeld (72 miljoen voor algemene en 8 miljoen psychiatrisch ziekenhuizen). Dit is voor ons een uitdaging want er liggen hier dagelijks patiënten en wij moeten op een bepaald niveau de warmte behouden. Wij kunnen geen dikke truien dag organiseren enzovoort.

Wij zijn aangesloten bij een collectief dat samen energie aankoopt. Dat heet VOF. Dit is altijd voor een stukje een berekende gok. Dus men kijkt eigenlijk hoe de prijzen zullen evolueren in de volgende jaren en er zit daar een klik-systeem in. Op een bepaald moment klikt men dat vast en dan weet je wat je zult betalen voor een bepaalde periode. Dat heeft voor- en nadelen. Het voordeel is dat je je ergens kunt klikken dat je denkt dat de prijs het gunstigste is en je hebt de zekerheid dat je een vaste prijs zult betalen. Nadeel is dat als de energieprijzen dalen, je niet mee kan dalen met deze prijzen. Het is niet variabel maar als het stijgt weet je waar je aan toe bent.

Een tweede belangrijke financiële uitdaging is dus inderdaad ook de loonkost. Wij hebben vastgesteld door de inflatie dat de loonkost sterk gestegen is. Ik denk dat we 6 indexeringen hebben gehad in 2022. Dat is wel de moeite, en je moet rekenen de indexeringen van bijvoorbeeld oktober-november 2022 die werken natuurlijk ook nog volledig door in 2023 en alle volgende jaren die komen. De overheid zegt dat ons BFM (ons werkingsbudget) zal mee indexeringen. Dit klopt maar wat is onze realiteit? De overheid gaat eigenlijk een stuk financiering op basis van normen (je moet een hoofdverpleegkundige hebben, zoveel verpleegkundigen, etc.). De overheid doet dus een bepaalde financiering van bijvoorbeeld 80 miljoen euro. Als dit dus geïndexeerd wordt, dan gaat de overheid inderdaad die meerkost mee gaan dekken en dan krijgen we 88 miljoen. Maar de realiteit is dat elk ziekenhuis meer personeel inzet dan dat er gefinancierd is. Als de reële kost van de reële mensen die je inzet, stijgt alles. De overheid vangt dit inderdaad op in het werkingsbudget door mee te gaan indexering maar doordat we in realiteit meer personeel inzetten dan dat er gefinancierd worden ontstaat de spagaat tussen wat gefinancierd is en wat reëel ingezet wordt alleen maar groter. En dat is natuurlijk een zeer grote uitdaging om de eenvoudige reden, zorg is mensenwerk. De helft van onze kosten zijn de personeelskosten.

Derde uitdaging daarbij is natuurlijk dat corona de mensen in de zorg toch wel grondig door elkaar geschud. Ik heb de indruk dat niet iedereen daar al volledig van hersteld is en dat de draagkracht van mensen eigenlijk lager is geworden. Vandaar dat men sneller werkdruk ervaart en de roep naar meer medewerkers alsmaar luider klinkt. Elk jaar bij ons, als je kijkt naar ons personeelsaantal, groeit elk jaar bij. Maar in deze context zullen wij de groei toch wel wat afremmen omdat je finaal het anders niet meer kan betalen.

ICT is ook een uitdaging. ICT maakt heel veel mogelijk en kan zorg ondersteunend werken. In de toekomst zal dit nog meer zijn door AI. Maar natuurlijk als je daar goede dingen mee wilt doen zit je weer met hoge investeringskosten. ICT'ers in de zorg zijn een schaars goed en dus per definitie duur.

Daarnaast zit je met niet zo verschrikkelijk veel spelers op de markt van ICT in de zorg die dus ook wel relatief duur zijn. Alles hangt aan elkaar en je kan niet zomaar de ene buiten gooien en in zee gaan met een andere. Het belangrijkste onderdeel van ICT in de zorg is de cybersecurity. Hackers worden steeds inventiever. Medische gegevens zijn vertrouwelijk maar niet enkel dat is belangrijkste. Wij moeten ook constant op onze systemen kunnen vertrouwen, wij kunnen wel op onze back-ups terugvallen of op papieren versies. Maar je hebt het nodig voor de continuïteit van de zorg. Dit is een zeer grote uitdaging voor de investeringen die wij in de toekomst zullen moeten doen op vlak van IT en beveiliging. Maar ook om de mogelijkheden die er zijn en er nog zullen komen te benutten om eventueel medewerkers te ondersteunen omdat ze ook al moeilijk te vinden zijn op de markt.

Wij zitten in dezelfde economische logica als een privé bedrijf waarbij dezelfde markt speelt. Als wij bloemkool kopen is de prijs hetzelfde als die voor een restaurant. Misschien nog iets goedkoper voor ons omdat we met grotere hoeveelheden zitten. Wij zien de kosten en de jaarlijkse indexeringen en inflatie ook doorgerekend worden want zij werken ook met medewerkers etc. komt er bij dat we aan de inkomstzijde niet zoveel mogelijkheden hebben. Ik weet niet of Dhr. Baetens dit ook verteld heeft. Als financieel directeur kan ik eigenlijk niet veel zelf over de prijzen beslissen. Ik kan beslissen over de prijs van de parking, over de maaltijden in de cafetaria en automaten, de hoogte van een kamersupplement, en dan zijn we er ongeveer. We zitten in een sterk gereguleerde sector met ons BFM, onze honoraria en we zitten met een minister die zeer actief is op vlak van patiënten financiële zekerheid te geven en die alle mogelijkheden om dingen aan te rekenen vakkundig aan het dicht te timmeren. Zelfs met informed constant documenten. Dus te rade gaan bij de patiënt gaat niet. De overheidsfinanciën zijn ook niet op orde dus heel veel heil verwachten of hoge compensatie voor energie en andere dingen vallen niet te verwachten. We zitten ook op een internationale context waar er vandaag gezegd wordt dat er meer geld naar defensie moet gaan. Lees: meer geld naar defensie is in beste geval geen geld voor de gezondheidszorg en in slechtste geval een verschuiving van gezondheidszorg naar defensie. Van de overheid zal het niet komen, aan patiënten kunnen niet extra's vragen. De enige partij die nog overblijft zijn de artsen en de medische raad om met hen te onderhandelen in welke mate zij meer opdrachten willen geven ten gunste van het ziekenhuis. Maar elke arts is een kleine zelfstandige met zijn eigen vennootschap die hun kosten ook zien stijgen. Bijvoorbeeld personeel op het secretariaat worden doorgerekend aan de artsen. Jouw loon werd ook betaald door de artsen en zij zien dat jij plots 10% meer kost terwijl hun honoraria eigenlijk achter komt. Zij zeggen dan ook dat hun kosten stijgen en hun inkomsten stijgen niet navenant. Zij willen ook graag hun inkomsten positief zien evolueren. En dus zijn er in elk ziekenhuis onderhandelingen bezig om te zien in welke mate zij dus inderdaad wat meer financiële solidariteit met ziekenhuizen kunnen geven en dat zijn geen eenvoudige gesprekken en ik kan dat heel goed begrijpen.

3. Hoe beïnvloeden de hoge energiekosten momenteel de financiële situatie van het ziekenhuis en welke strategieën worden hiervoor genomen?

Dit is een bepaalde uitdaging en wat wij dus ook doen (vroeger was dat niet) is zoveel mogelijk zelf groene stroom op te wekken. Om je maar een idee te geven, kunnen wij met onze zonnepanelen enkel het verbruik van een zondag dekken. Als je dat op jaarbasis bekijkt dekken wij met onze eigen productie van de zonnepanelen eigenlijk 20% van onze nood aan elektriciteit. Dat is niet zoveel en wij zijn dus ook aan het kijken, samen met andere ziekenhuizen, om te participeren in bepaalde windmolenparken zodat je van daaruit een stuk stroom kan afnemen. Enerzijds duurzaam anderzijds door daar in te investeren je dus verder op de prijs kan gaan drukken. Dit zijn pistes die we aan het verkennen zijn. We spreken nogal veel over verwarmen van het ziekenhuis maar een van de uitdagingen voor de toekomst wordt het koelen. Door de klimaatverandering merken we toch dat de zomers warmer zijn en dat je dus voor een bepaalde vorm van patiënten comfort moet zorgen en patiënten dat ook verwachten. Vroeger werd er voornamelijk gekeken naar de kost van het verwarmen (de 6 koudere maanden) moeten we nu ook gaan kijken naar energieverbruik van de andere 6 maanden waar het warmer wordt om te koelen. Koelen kost meer aan energie dan verwarmen. Dat is op energievak een grote uitdaging. We krijgen wel een stukje subsidiëring als we inzetten op groene energie maar het blijft een bepaalde energiekost die je hebt. Je moet de zonnepanelen aankopen en hebben een termijn van verschillende terugverdien tijden. Maar op termijn moet dit zich wel terugverdienen.

Tegelijkertijd doen we andere investeringen. Het ziekenhuis heeft een bepaalde leeftijd dus zetten we heel erg in op heel wat zaken waar er met sensoren gewerkt wordt. Het licht gaat pas aan als er beweging gedetecteerd wordt. Vervangen van armaturen en lampen naar LED, dit zorgt ook voor een daling van de kost. En natuurlijk bij alle toestellen die een hoge consumptie hebben van energie gaan wij ook bij het uitschrijven van een tender kijken naar een de energiewaarde en verbruik ervan. Dit gaat zowel over medisch apparatuur (grootste verbruiker zit op de radiologie, CT, MRI, RX ...) maar het gaat ook over keukenapparatuur. Op alle mogelijke niveaus zetten we ons daarop in. Dit is een stuk investeren maar altijd met een stukje subsidiëring en terugverdiendtijd in. Je moet uitgeven om daar op termijn rendement uit te halen.

Een andere, niet onbelangrijke uitdaging financieel voor de ziekenhuizen, is duurzaamheid in zijn totaliteit. Wij nemen heel wat initiatieven op. Bijvoorbeeld wij vangen het regenwater op om dit te gebruiken voor het spoelen van toiletten bijvoorbeeld. Maar wij gaan ook nog meer moeten inzetten op alles wat te maken heeft met verpakkingen en met recycleerbaarheid van dingen. Dit zal ook een bepaalde investering vergen. Er is iets, het heeft CSRD (corporate sustainability reporting directive). Dit is een Europese wetgeving, waarbij wij dus ook heel erg moeten inzetten op dus inderdaad duurzaamheid en daar ook wel wat investeringen in doen en daarover rapporteren naar de hogere overheden. Dit is dus ook een uitdaging financieel omdat je altijd eerst een stuk moet gaan investeren om daar een zekere return van te hebben.

In AZ Zeno rekenen zij wel een comfortkost aan de patiënt: Dit is bij wet verboden. Wij hebben dat ook overwogen. Er is altijd een belangrijk gegeven die je in gedachten moet houden is dat wij een gesubsidieerde sector zijn en dat wij werken met overheidsmiddelen, dat is een eerste punt. Ten tweede is er een zeer uitgebreid wetgevend kader. Ten derde er moet een soort 'willingness to pay' zijn en een 'ability to pay' zijn. Ik leg het even uit. Patiënten die in een eenpersoonskamer liggen, daarvan raken de facturen doorgaans vlot en volledig betaald. Omdat deze mensen beschikken over een goed dekkende hospitalisatieverzekering. Zij betalen voor een bepaalde polis dat een bepaald risico dekt. Daarbij moet wel opgemerkt worden om die polissen betaalbaar te houden er plafonds worden ingesteld. Heel wat ziekenhuizen zitten daar boven dus is er altijd een stuk dat je zelf moet betalen. Facturen van patiënten die in een tweepersoonskamer ligt merken wij meer en meer op dat ten eerste er veel meer dubieuze debiteuren hebben dan vroeger en ten tweede veel meer vraag naar afbetalingsplannen. We hebben nu op heden meer dan 3000 afbetalingsplannen lopen. We stellen dus ook vast dat jonge tweeverdieners met allebei een mooie job, een huis gekocht, twee auto's, twee kindjes, af en toe een reisje dat eigenlijk op het einde van de maand de lonen op zijn en er geen buffers meer zijn voor onvoorziene kosten. We komen steeds vaker tegen dat deze mensen moeite hebben met het betalen van een ziekenhuisfactuur van 300 euro te betalen. Dit moeten we altijd goed beseffen. Ons kamersupplement is bij een van de laagste van West-Vlaanderen en wij gaan dit optrekken bij een eenpersoonskamer. Wij gaan volgend jaar als de nieuwe parking in gebruik genomen wordt gaan de tarieven ook lichtjes opgetrokken worden. Het comfortsupplement in een twee of gemeenschappelijke kamer dat is iets waar je je vragen bij kunt stellen. Vroeger kon je daar ook een kamersupplement aanrekenen. Dit is op een bepaald moment afgeschaffd. Je kan wel nog voor bepaalde extra dienstverlening een bedrag aanrekenen. Sommige ziekenhuizen zoals Zeno en Sint-Jan rekenen voor een twee- of gemeenschappelijke kamer een comfortsupplement aan. Als je dat aanrekent moet je ook duidelijk aan de patiënt te laten wat dit inhoudt en de patiënt moet ook de kans krijgen om dit weigeren. Bij het AZ Zeno is dit omdat je in de zomer airco krijgt, dit staat ook op hun site. Er zijn daar heel wat discussies over met de mutualiteiten. Het is een zeer grijze zone die volgens mij eigenlijk niet kan. Ik kan begrijpen dat ziekenhuizen dit doen als je kijkt naar de ligdagen en dat dit voor extra inkomsten. Maar het zorgt voor heel wat discussie met patiënten en mutualiteiten.

Maar de overheid ziet het wel door de vingers: Wij hebben het bekeken en zullen het niet doen. Enkel het supplement van de eenpersoonskamer optrekken om de eenvoudige reden dat blijkt uit de benchmark dat hij bij een van de laagste is van West-Vlaanderen.

4. In de zorgsector wordt er gewerkt met energiecontracten met vaste tarieven. Deze kunnen niet herzien worden. Over welke soort energiecontracten gaat dit? Zijn jullie verplicht om hierbij aan te sluiten?

Neen, dat is een vrije keuze. Maar je moet rekenen dat de energiemarkt een volatiel gegeven is en dat je dat bijna dagelijks zou moeten volgen en je moet ook wel specialist ter zake zijn. Het VOF werkt dus samen met een aantal mensen die uitsluitend dat doen. Het is een vrije keuze om je daarbij aan te sluiten omdat je één specialisten hebt die die zaken permanent heel goed op dagelijkse basis opvolgen. En twee door gezamenlijk aan te kopen met heel wat ziekenhuizen en WZC zijn wij een heel interessante partij voor die aanbieder. Dit is een keuze die wij gemaakt hebben in de tijd. Bijvoorbeeld alle Limburgse ziekenhuizen (waar ik gewerkt heb) hebben ook samen een aankoopcentrale voorzien, genaamd Hospilim. Maar je hebt ook ziekenhuizen die dit nog steeds op hun eentje te doen. Wij hebben ervoor gekozen omdat je een interessante contracterende partij bent voor de aanbieder.

Mogen jullie veranderen van contract? Wij kunnen uit het VOF treden maar uiteindelijk werkt z'n systeem pas als er lange termijn engagement bij zijn. VOF is opgericht door ons en die namens ons (de ziekenhuizen die aangesloten zijn) aankoopt. Als je dan inderdaad via het klik-systeem je engageert, dan is dat ook voor een bepaalde periode. Dus daar zomaar uitstappen gaat niet want dat heeft impact op de anderen die aangesloten zijn. Je bent eigenlijk lid van deze vereniging en zijn lange termijn engagementen. We hebben gewoon een vehikel opgericht en wij kopen via dit aan.

In het OK (het meest verlieslatende) wordt in AZ Zeno met een speciaal ventilatiesysteem (uitgelegd). Is dit hier ook het geval? Het kan zijn dat dit ook zo is. Wij voldoen aan alle OK-normen maar hoe het werkt zou ik moeten vragen aan de dienst in kwestie (Dhr. Masquelier). Ik volg dit niet van dichtbij op.

5. Ik heb dan ook nog een stukje gelezen uit het laatste beleidsplan van AZ Sint-Lucas. Daarin stond 'Het gebrek aan ventilatie is nefast'. Dit ging inderdaad over de nieuwe I-blok.

Ja, inderdaad. Wij hebben een bepaald gebouw dat in de tijd gebouwd is volgens de normen van die tijd. Ventilatie is zeker na corona heel belangrijk. Aan die nieuwe normen kunnen wij niet voldoen met ons oud gebouw om de eenvoudige reden je kan dit er niet in krijgen. Dit is ook één van de argumenten om ons nieuwbouw te laten zetten. Het is hier niet ongezond maar het ziekenhuis is opgegaan in 1965 (volgend jaar 60 jaar bestaan) en toen voor die tijd was het een ultramodern ziekenhuis. Het was het enige ziekenhuis in Europa die volledig op elektriciteit verwarmd werd. Later met energiecrisis bleek dat dit te kostelijk was en werd overgeschakeld naar stookolie, aardgas, etc.! Nu in de toekomst zie ik het nog gebeuren dat we weer elektrisch moeten gaan verwarmen (cfr. elektrische wagens). De nieuwe normeringen kunnen wij niet toepassen in het oud gebouw. De bouwplannen liggen er al van 2014 en hebben echt nood aan het nieuwe gebouw.

6. Er was ook iets met de nomenclatuur van de klinische labo's, waarbij een stuk verdeeld zou worden onder de ziekenhuizen?

Het ziekenhuis is eigenlijk een verzameling van 3 soorten diensten:

- Winstgevende diensten
- Break-even diensten
- Verlieslatende diensten

Die drie samen moeten ervoor zorgen dat uw ziekenhuis in evenwichtig blijft of dat je ergens wel marges kunt halen. Veel zeggen dat een vzw geen winst mogen maken, maar een vzw moet winst maken. Want een vzw is onderworpen aan dezelfde economische wetmatigheden onderworpen. Maar een vzw mag zijn winsten niet uitdelen aan de aandeelhouders of anderen maar moet in de organisatie blijven zodat de winst kan gebruikt worden. De meeste winst zit bij een ziekenhuis bij de apotheek, alle medisch-technische diensten (radiologie, klinische biologie, nierdialyse, nucleaire geneeskunde). Deze zorgen ervoor dat de putten gevuld worden. Een OK is iets dat typisch zeer verlieslatend is. Minister VDB is bezig met ie nomenclatuurhervorming waarbij men zegt dit is het stuk dat het ziekenhuis krijgt en dit is wat de arts krijgt. Zo gaan we naar een zuiver/intellectueel honorarium waarbij de arts vergoed wordt voor hetgeen van meerwaarde hij brengt. Maar eigenlijk het gedeelte dat het ziekenhuis nodig heeft om kosten te dekken, we gaan dat proberen te kwantificeren. Dit gebeurt op basis van historische data en verschillende projecten. Dit geeft natuurlijk voor een groot stuk nervositeit bij de artsen omdat ze niet weten wat dit zal geven in de toekomst. De overheid gaat dus gaan bepalen dat voor dergelijke prestatie mag een arts maar zoveel verdienen. Ze zijn er bijna loontrekkenden van aan het maken. Nu wat de

labo's betreft. De marges die wij halen op de labo's die gaan in ons geval, want wij zitten met een procentuele verhouding, gebruiken wij om putjes te vullen. Minister VDB heeft een voorafname gedaan hierop en zegt er worden hier al putjes mee gevuld dus eigenlijk de prestatie labo's zijn te veel vergoed en heeft de B-waarde met 15% doen dalen. Maar in de plaats zou de minister hetgeen de overheid uitspaart terug injecteren in de ziekenhuissector vermindert met al hetgeen in de privélabo's gebeurt. Hij gaat dus ongeveer 320 miljoen besparen en gaat daarvan een stuk terug te injecteren in de sector. De privésector zal dit voelen en de ziekenhuizen zouden in principe moeten gecompenseerd worden. Deze regeling is ingegaan op 1 januari 2024 en ze zijn nog steeds bezig met de verdeling... De klinisch biologen lopen hier heel nerveus rond want dat mag geen effect hebben op het inkomen van de artsen. Dat zijn zo van die dingen waarbij de minister enkele voorafnames neemt op zijn groot plan van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering waarbij we zien dat er altijd genomen wordt, maar het geven duurt langer of komt niet. Dat maakt het voor ons een heel moeilijk verhaal om ook financiële forecast te maken op lange termijn.

Maar zijn idee was wel om te zeggen dat privélabo's vaak in buitenlandse handen zijn en dat zijn net middelen uit de ziekteverzekering waarbij winsten gedraaid worden die dan naar buitenlandse holdings gaan. Hij wil dit voor een stuk tegenhouden en anderzijds is het overgefinancierd waardoor hij het stuk van de privélabo's eruit haalt en een stuk terug injecteren in de ziekenhuizen. Maar wat en hoe is altijd de vraag wat het soms moeilijk maakt. Bij de begroting wilden ze ook besparen op dialyse. Maar waar en hoe, heeft ook heel lang geduurd tegen dat we daar een zicht op hadden. In alles is altijd een stukje arts en ziekenhuis en welke impact zou dit hebben?

7. Hoe beïnvloeden de hoge loonkosten momenteel de financiële situatie van het ziekenhuis en welke strategieën worden hiervoor genomen?

Je zit dus enerzijds de vraag naar meer medewerkers (werkdruk) en anderzijds is er het gegeven dat de kosten zodanig oplopen dat dit een moeilijk verhaal wordt. Je zit dan ook nog met het fenomeen dat je tegenwoordig met een soort arbeidskrapte zit. Als wij dit voor ons bekijken dan weten wij dat er in de eerste 10 jaar er een behoorlijke uitstroom is van verpleegkundigen. Ten tweede zie je dat er niet echt een gelijkaardige stijging is van studenten die kiezen voor een job in de zorg. De voorbije jaren is er een opstoot geweest door corona, omdat men ook een held van de zorg wou zijn. Dit is ondertussen niet meer het geval. De laatste cijfers tonen ook aan dat nu heel wat mensen in de bachelors kiezen voor een job in het onderwijs dan voor de zorg zelf. Heeft ook te maken met de oncomfortabele uren in de zorg en dit voelt voor jongen mensen vaak niet aantrekkelijk. De hervorming van het verpleegkundig beroep, dat ze bijna allemaal master gaan worden. Er zal dan een jaar geen instroom zijn en heel wat van die studenten zijn niet meer geïnteresseerd in de eigenlijk in de directe zorg van de patiënten aan bed. Maar eerder op managementniveau of een leidinggevende functie. Je zit met een hoge loonkost, met een arbeidskrapte (meer uitstromen dan instromen), studenten kiezen vaak meer voor een zorgberoep dat niet voor patiëntencontact zorgt. In die context zijn we allemaal concurrenten van elkaar. Een paar jaar geleden is er daar het verhaal geweest van het IFIC-systeem, dankzij corona versneld ingevoerd. De mensen in de zorg verdienen nu echt wel veel beter dan in het verleden. Maar doordat iedereen in dezelfde vijver vist zit je met het verhaal dat ziekenhuizen als verleidingsmiddel een verpleegkundige in cat. 15 inschrijft terwijl een verpleegkundige eigenlijk cat. 14 is. Dit wordt niet gefinancierd dus we echt aan het concurreren met elkaar. We merken dat ook met de vacatures. Elke kandidaat kan kiezen uit 5 jobs, omgekeerd wilt zeggen dat voor elke vacature die wij uitschrijven er maar 0,2 verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. Dat is wel een uitdaging en men gaat links en rechts luisteren. Vroeger was het de voorkeur van dienst die als eerste kwam, nu is die vraag geworden wat het ziekenhuis te bieden heeft (extralegale voordelen, vakantiedagen...). Veel vragen die niet meer te maken hebben met inhoudelijke te maken hebben maar alles errond. Dus we blijven concurreren met elkaar. Niet enkel in de ziekenhuizen maar ook WZC, thuisverpleging, etc. ze noemen dat 'the war on talent' en dit is ook effectief zo. Je kunt daar eindeloos in meegaan maar dit blijft niet betaalbaar. Maar aan de andere kant heb je die mensen wel nodig om de zorg aan bed te houden. Elk ziekenhuis is de oefening aan het maken om naar aanleiding van de hervorming van het verpleegkundig beroep, gaan wij onszelf moeten heruitvinden en zullen we het met minder personeel moeten doen. Werken met kleinere teams waarin je een verpleegkundige hebt die een aantal andere mensen gaat aansturen. De verpleegkundige doet zuiver de verpleegkundige activiteiten. Voor het wassen etc. zullen die bijgestaan worden door zorgkundigen, logistieke medewerkers, Misschien in de toekomst de

apothekassistinten inzetten om de medicatie rond te delen. We zullen dus dat organisatiemodel moeten reorganiseren. Dit is ook vrij complex want je moet ervoor zorgen dat je van elk soort beroep voldoende hebt zodat alle zorg die nodig is verleend wordt. Zo kan je zorgkundigen gaan zoeken, die traditioneel meer hun weg vinden naar WZC. Dat is een heel moeilijk verhaal waarbij men probeert als werkgever zo aantrekkelijk mogelijk te maken maar finaal kun je blijven bijgeven tot je het niet meer kan betalen.

Tweede uitdaging daarbij is natuurlijk dat corona de mensen in de zorg toch wel grondig door elkaar geschud. Ik heb de indruk dat niet iedereen daar al volledig van hersteld is en dat de draagkracht van mensen eigenlijk lager is geworden. Vandaar dat men sneller werkdruk ervaart en de roep naar meer medewerkers alsmaar luider klinkt. Elk jaar bij ons, als je kijkt naar ons personeelsaantal, groeit elk jaar bij. Maar in deze context zullen wij de groei toch wel wat afremmen omdat je finaal het anders niet meer kan betalen. Dus dat is eigenlijk een heel moeilijk verhaal. Je zoekt mensen want er komt een pensioneringsgolf, er is een enorme financiële verwachting van de kandidaten die er niet altijd zijn en aan de andere kant moet je ook de financiële evenwichten bewaren. We gaan de groei van personeel in 24 afremmen, dat is zeker een feit. Er komt dan nog een ander gegeven bij, en dat is dat jongere mensen anders kijken naar hun loopbaan dan dat wij dit deden. Als jobstudenten was dit in de zomer, nu zitten we meer in een situatie waarbij studenten heel het jaar door kunnen werken en zelf kunnen beslissen wanneer ze werken. In de zomer willen ze vakantiejob doen maar dan komen ze met dagen dat ze niet kunnen door bv festivals of andere zaken. Jongere mensen willen graag wat afwisseling. Veel studenten kiezen dan ook voor 4/5 te werken en de overige uren elders werken (pastabar of zelfs in een andere zorginstelling). Wij hebben ook z'n jobstudenten.

Wij hebben ook dat door de krapte op de arbeidsmarkt beroep gedaan op interim-verpleegkundigen. Je hebt daar enkele verschillen: bijvoorbeeld project-verpleegkundigen. Dit zijn mensen die voor een langere periode ingezet worden. Wij hebben hier iemand als interim ingezet die 6 maand hoofdverpleegkundige is geweest van IZ omdat wij niemand anders vonden. Daarnaast heb je de klassieke interim verpleegkundigen, die ingezet worden bij ziekte van een huidig personeelslid en er intern niemand gevonden hebt (sociaal recht op maximum uren). Een interim kost ons 2 tot 2,3 keer zoveel dan een gewone medewerker. Wij hadden daar vorig jaar een enorm budget voor en daarom hebben wij ook beslist om in 23 maar 1/3 van dat budget uit te geven.

Met welke kanalen werken jullie voor deze interims? Wij werken meestal met de normale interimkantoren.

Jullie werken niet met zorgconnect/zorg met zorg?

Dat weet ik niet, dit is iets voor HR-departement. Maar wat wij wel gedaan hebben is een interne flex-pool gemaakt van mensen die zicht kunnen opgeven om een extra shift te doen. Dit werkt ook zeer goed en is een pak minder duur dan de klassieke interimkantoren. We zitten daar met de spagaat enerzijds dat we veel mensen nodig hebben en dat we weten dat er veel uitstroom zal zijn. Veel volk kost ook veel geld. Als je geen mensen vindt moet je de duurdere mensen nemen via interim. Dit is financieel een hele uitdaging want het alternatief is natuurlijk dat je bedden en afdelingen moet sluiten. Het sluiten van bedden en afdelingen weet je natuurlijk ook dat je bepaalde inkomsten ga missen (ligdagen, honoraria).

En wat met het ziekteverzuim hier in het ziekenhuis? Vaak door burn-out, werkdruk, ... en daardoor langdurig thuis zitten: We zitten boven de 3% kort ziekteverzuim. Dit is inderdaad groter dan vroeger maar het is nu wel wat aan het dalen. Als mensen uitvallen door burn-out moeten de collega's meer inspanning doen waardoor ook zij op termijn kunnen uitvallen. Zo blijven we natuurlijk in een vicieuze cirkel.

Sluiten jullie ook diensten door personeelstekort en is dit al effectief gebeurd? Bezettingsgraad?

Zoals velen hebben wij dit al meegemaakt. Wij proberen wij dit gericht te doen. Zoals bijvoorbeeld tijdens vakantieperiodes, verlof van artsen, etc. Tijdens de paasvakantie zullen wij dit ook doen omdat het overbodig is om bestaande te voorzien voor een volledig OK als je vaststelt dat er heel wat minder ingrepen zullen plaatsvinden en minder nood aan bedden. Je kan dan ook personeel verlof laten nemen of ze elders inzetten bij krapte op een dienst. Volledige diensten nog niet gesloten maar wel van

bijvoorbeeld van 30 bedden naar 20 bedden. Maar het heeft er nog niet toe geleid dat we patiënten moeten weigeren. Wij zetten heel hard in op dagziekenhuis. Na corona stijgen de dagziekenhuizen spectaculair en de klassieke opnames zijn nog niet terug op niveau van voor corona. Dit komt doordat er een shift is naar dagziekenhuis. In het DZH wordt het alsmaar drukker. Door het KOALA-gebouw komt er plaats vrij in het ander gebouw waardoor we deze dienst kunnen vergroten. Het DZH is ook aantrekkelijker voor zowel personeel als ziekenhuis. Voor het personeel is het enkel dagdiensten (geen nacht, weekend, vroegen/laten) en voor het ziekenhuis vallen de extra kosten voor weekend- en nachtwerk weg. Het nadeel aan dagziekenhuis is dat in de thuisomgeving moet er een mantelzorger zin, thuishulp, thuisverpleging, revalidatie, etc. aanwezig moet zijn. Dus we zien hier ook doordat er meer orthopedische ingrepen plaatsvinden in dagziekenhuis en dus niet meer terugkomen naar het ziekenhuis en hun revalidatie bij de kiné om de hoek laten doen. We zullen dan ook moeten zien of we in onze ambulante revalidatie of we er nog zoveel moeten op inzetten? Zullen wij die kiné nog doen? Maar dan rijst de vraag over de kwaliteit van de zorg of is er voldoende capaciteit in de thuisomgeving?

De bezettingsgraad is zeer variabel zoals bijvoorbeeld in de pediatrie in de winterperiode zit het overvol en in de zomer heb je dan meer personeel dan patiëntjes. Dus de winterperiodes is het vaker huisje vol dan in de zomer. Ook worden in de zomerperiode vaker vakantie genomen en is het zinvol om wat bedden of OK-zalen te sluiten. Dit heeft impact op de bezettingsgraad maar dit zal ik via mail doorsturen.

8. Fusie met Sint-Jan is niet doorgestaan. Wat is uw mening hierover? Vind u dat dit noodzakelijk is voor de toekomst van beide ziekenhuizen?

Neen, inderdaad. In de politiek wordt er daar veel over gesproken. Het is eigenlijk zo dat Sint-Lucas en Sint-Jan hebben een decennialange (20-30 jaar) samenwerking. Er zijn ook al arts-overschrijdende samenwerkingen (SFX palliatieve zorg baten we samen uit, de IPSI, dialyse,). Op bepaald niveau werd er besloten om eventueel op bestuursniveau misschien ook de krachten te bundelen. Er waren dan heel wat intentieverklaringen enzovoort geweest. Dan is er links en rechts vanuit politieke hoek een kink in de kabel gekomen. Er is ook een andere visie van verschillende politieke partijen gekomen. Ondertussen werden de artsen wel gestimuleerd om samen te werken en te praten met de collega's en dit is al gegroeid. Door politiek andere visies zal er tot de nieuwe verkiezingen niets nieuws gebeuren. Dan zal er opnieuw nagedacht worden. Het lijkt de logica zelf dat de ziekenhuizen samen gaan komen. Nu ligt het politiek vrij gevoelig gezien de verschillende politieke standpunten.

Toekomstig gericht zou het een goede zaak zijn omdat eigenlijk als je eenheid van visie, vermogen, strategie en leiding hebt, je veel meer kunt bereiken. Je kan ook op dat moment meer doen met minder middelen of minstens hetzelfde mochten de middelen dalen. Omdat je taakverdeling kunt doen. Sommige zaken zijn zeer kostelijk en verlieslatend is. Als je overal een operatierobot zet die verlieslatend is of je gaat die samen delen dan is dat natuurlijk financieel veel rendabeler. Veel meer gaan naar specialisatie en subspecialisatie. Ik denk dat er veel meer opportuniteiten zijn vooral voor de patiënten en de Brugse bevolking omdat je de krachten kunt bundelen. Dit is een economische werkmatigheid en je zit nog steeds met het culturele verhaal en vergt werk om dit op elkaar af te stemmen.

9. Er waren voor corona al 3 op 10 ziekenhuizen die in het rood gingen, denkt u dat de coronaperiode de situatie verder geduwd heeft?

Persoonlijk denk ik dat niet. We mogen nu veel klagen over de overheid maar de overheid heeft in alle sectoren meer dan een miljard geïnvesteerd om te zorgen dat geen enkel ziekenhuis kopje onder ging. De ziekenhuizen hebben tijdens corona een relatief goed resultaat neergezet. Natuurlijk verminderden de kosten wel maar we kochten mondkapjes aan gigantisch dure prijzen. Het was niet allemaal fenomenaal maar de overheid heeft ons toen wel sterk gesteund.

Wij hebben met het labo hier enorm geïnvesteerd in de coronatesten. Die testen waren op zich winstgevend en wij deden er gigantisch veel. Deze winsten vallen nu weg.

Ik durf voor ons ziekenhuis niet zeggen dat corona het erger heeft gemaakt. Ik denk dat de inflatie en loon- en energiekosten de belangrijkste drivers zijn vandaag. Onze inkomsten zijn niet in diezelfde mate geëvolueerd (BFM-honoraria). De overheid heeft de sectoren voldoende ondersteund.

10. Zorgnet-Icuro pleit sterk voor verandering binnen de ziekenhuisfinanciering waaronder 6% BTW, renteloze leningen, etc. Zijn dit dingen die iets teweeg zouden kunnen brengen voor de rode cijfers?

Absoluut! Ik zal een verhaal vertellen. Als wij een patiënt dialyseren dan worden er tal van middelen ingezet. Wij gebruiken ook het dialyseconcentraat (product dat in het water gedaan wordt en bloed mee gezuiverd wordt). Dit was voor corona 21%. Wij hebben dit bij FOD financiën aangekaart dat wij dit absoluut nodig hebben. Strikt genomen is het geen geneesmiddel maar je hebt het nodig om het geneesmiddel te vervoeren. Van FOD mocht dit aan 6% maar dan moesten wij dit door het federaal agentschap geneesmiddelen en gezondheidsproducten laten notificeren. Tijdens corona is er daar niemand echt mee bezig geweest. Nu is het weer 21%. Maar op jaarbasis (voor ons alleen) hebben wij 48.000 dialyses op onze vier sites. Is dit alleen 24.000 euro aan btw per jaar. Waarvan je moet rekenen dat wij een gemengd btw-plichtige zijn en trekken de btw af aan 2% (+/- 190 euro). Als je aantal van die zaken hebt en je telt die kleintjes op dan worden het er heel veel. Dus het is een feit dat het verhaal rond btw belangrijk is (beperkte aftrekbaarheid).

Ook de RSZ-maatregel was ook een heel interessant vorig jaar. Wat ook belangrijk is, is dat de overheid nieuwe normeringen oplegt maar als je die oplegt als overheid dan moet je die ook op een correcte manier kunnen financieren. Wij krijgen via het BFM een klein budgetje voor cybersecurity, maar daarmee kunnen we een oude spelcomputer kopen. Daarmee gaan we het niet doen.

Dit is voor mij de basis: als je van een ziekenhuissector iets verwacht en normen oplegt dienen deze ook correct gefinancierd te worden. Als je dat gaat doen dan kan je ook naar dat zuiver honoraria gaan ten aanzien van de arts voor zijn inzet en gaan veel van die discussies over geld verdwijnen en kunnen we ons weer bezighouden met de inhoud.

11. In het persbericht van 14-11-2023 van minister Vandenbroucke wordt vermeld dat ziekenhuizen zelf grote(re) inspanningen moeten leveren om alles rond te krijgen, zowel budgettair als organisatorisch. Bent u het eens met deze stelling?

Ik ben ervan overtuigd dat er veel geld in onze sector omgaat. Ik ben er ook van overtuigd dat door een adequate financiering, van inderdaad te gaan financieren wat de overheid van ons verwacht en een correcte verloning naar de artsen voor hun inspanning dat dat een goede zaak is. Dit wil zeggen dat er in dergelijk verhaal winnaars en verliezers zullen zijn bij de artsen. Dit is een feit. Ik heb geen probleem dat artsen zeer goed verdienen. Alleen denk ik dat dan een stukje binnen het beschikbare BFM een aantal scheeftrekkingen zijn. Binnen ons ziekenhuis de verhouding tussen de meest verdienende arts en minst verdienende arts. Dat is via ons model van financiering vrij goed onder controle, wat de samenwerking tussen artsen bevordert.

Ik denk dat er door meer te gaan samenwerken, er een stuk rationalisatie kan teweeg gebracht worden en middelen efficiënter kunnen ingezet worden. Toen ik in het Jessa-ziekenhuis werkte was men ook bezig met een nieuwbouw waarbij we nieuwe OK-zalen gingen plaatsen. Uiteindelijk besloten we dat dit niet haalbaar was. Aangezien er 20 minuten verder in Tongeren permanent 3 splinternieuwe OK-zalen leegstaan. Artsen en patiënten moeten uit hun comfortzone komen. We zijn allemaal veel gewoon in onze maatschappij en ik denk dat als enkele zaken samenbrengen dat je dus inderdaad kunt komen tot rationalisatie winsten.

Het idee van Zorgnet-Icuro van shared-savings dat ook geopperd werd. Als men daardoor middelen kan besparen dan mag dit een stuk bij de overheid blijven voor nieuwe dingen betaalbaar te houden maar dat de werking van diegene die samen middelen brengen, er een deel blijft hangen zodat alles verder kan evolueren. Het heeft ook veel voordelen voor de artsen bij samenwerkingen. De pool aan artsen wordt groter waardoor de wachttijden meer verdeeld kunnen worden. Als artsen elkaar kunnen vinden om samen projecten te doen dan kan er met de middelen veel meer gerealiseerd worden. Dus ik geloof daar echt in. Ik ga akkoord met de stelling maar natuurlijk wat de overheid vraagt aan normen moeten ze wel financieren. Het is eigenlijk een 'en-en' verhaal. Ze moeten dan ook de infrastructuurprojecten correct financieren.

Met de middelen kunnen we veel meer doen als we samenwerken. Zoals in het OK met de orthopedisten. De ene werkt graag met Johnson en Johnson heupprothese en de andere liever met dat

een ander merk enzovoort. Maar dat is niet de bedoeling. Men moet samen afspreken welk merk er gebruikt zal worden en zo kunnen er kosten bespaard worden.

Tijdens mijn onderzoek voor de bachelor proef, kwam de onbetrouwbaarheid van de overheid vaak terug. Vindt u ook dat de overheid onbetrouwbaar is? Er is vooral een grote mate van onvoorspelbaarheid. Er was in het regeerakkoord ingeschreven dat men ging kijken om tweemaal een energiecompensatie te doen. Finaal was dit maar eenmalig. Dit is een dikke tegenvaller. Ook hadden wij al in 2014 een goedgekeurd zorg-strategisch plan; dit wil zeggen dat je als ziekenhuis gaat gaan kijken naar de omgeving, de evolutie van de demografie en welk ziekenhuis wij denken in de toekomst te moeten zijn en welke infrastructuur moeten wij daarvoor bouwen. Dat wordt door de Vlaamse overheid goedgekeurd en dan pas kan je inderdaad centen krijgen voor de bouw via het VIPA. Wij hadden dus een goedgekeurd zorg-strategisch plan en om allerlei redenen is men pas later met die bouw kunnen beginnen. Ondertussen zit je met de netwerken waarbij nog eens een regionaal zorg-strategisch plan moet goedgekeurd worden (wat gaan jullie als ziekenhuizen samen doen?). Wij hebben een toezegging gekregen van de overheid om het KOALA-gebouw en het toekomstig I-blok te bouwen en ook een toestemming via auto-financiering. Dit wil zeggen dat we mogen bouwen (men kijkt ook of je het kan betalen met uw eigen middelen) maar dat je pas een bedrag krijgt wanneer de overheid dat budget vrij heeft. Met andere woorden op heden hebben wij geen geld om uw project te financieren en de financiering kan volgen. Dit hebben wij ook gedaan met het KAS-gebouw (kinder- en jeugdpsychiatrie) en daar hebben wij wel sneller financiering gekregen. Doordat er crisis was in de kinder- en jeugdzorg heeft minister Vandeursen op dat moment meer bedden beginnen erkennen. Doordat die bedden ergens moeten staan werd het budget sneller toegekend. Via die auto-financiering hebben wij zekerheid dat we mogen bouwen maar wanneer het bedrag ervoor vrijkomt (alles is ook duurder geworden) en hoeveel dit zal zijn, is voor ons momenteel nog onduidelijk. Dit maakt het moeilijk om op lange termijn iets uit te werken. Er zijn zo 1001 dingen waarbij het heel moeilijk is om een beleid op lange termijn financieel uit te bouwen omdat je niet goed weet welke richting het uitgaat.

12. Wenst u zelf nog iets toe te voegen hieromtrent?

Ik ben vooral benieuwd wat je ervan zal maken. Ik bezorg je via mail nog percentage ziekteverzuim, bezettingsgraad, eigen vermogen, personeelskost t.o.v. totaal.

Het zijn zeer uitdagende tijden, dat is het minste wat we ervan kunnen zeggen. Sinds het nieuwe wetboek van Koen Geens kunnen ook vzw's failliet gaan. In Nederland zijn er al een paar bijna kopje onder gegaan. Zover komt het nog niet in België maar ik weet wel dat voor bepaalde dossiers van bepaalde ziekenhuizen liever niet meer participeren omdat ze minder vertrouwen hebben op de terugbetalingscapaciteit op lange termijn. Ik denk dat er op verschillende fronten moet gewerkt worden. De overheid moet echt correct zijn op vlak van financiering. De ziekenhuizen ook zelf in samenwerkingsmodellen moeten zorgen dat maximale efficiëntie en organisatie zodat er zoveel mogelijk kan gedaan worden met de beschikbare middelen. En denk ook dat zolang dat heel die hervorming van de nomenclatuur niet tot stand komt dat we ook intern met de artsen wat afspraken moeten maken en dan gaan we er wel geraken. Sommige denken dat de MAHA-analyse een wake-up call is voor de overheid en we zullen overal wel bijpassen en dat dan eigenlijk de drive en/of goesting ontnemt om zelf dingen te doen. Daar geloof ik niet in. Ons budget zal ook niet groeien. Met hetgeen wat we hebben zullen we het beste van moeten maken. De illusie van een ziekenhuis die te lang in het rood staat, zal de overheid wel bijpassen. Die vlieger ga niet opgaan. Als we niet oppassen kunnen we het nieuwe Griekenland worden Europa. Men mag dat niet vergeten. Onze overheidsfinanciën zijn niet in orde hé. Daarmee wil ik afronden.

BIJLAGE 2 - INTERVIEW 2

Het interview duurde 1,5u en er werd uitgebreid geantwoord op de vragen maar om efficiënt te werk te gaan kunt u hieronder een beknopte versie terugvinden die plaatsvond op maandag 12 februari 2024 te AZ Zeno Knokke.

1. In uw cursus staat er een artikel dat AZ Zeno een eigen vermogen heeft van 20% en dat is goed volgens Belfius experts. Maar dit was in 2018. Hoe staat het ziekenhuis er financieel voor op heden?

Aan de hand van een recente PowerPoint over de financiële situatie toont dhr. Baetens hoe de situatie op heden is in het AZ Zeno. De PowerPoint toont aan dat het ziekenhuis een eigen vermogen heeft van maar liefst 56% en dat ze in 2023 een omzet hebben gerealiseerd van 130 miljoen euro. Het AZ Zeno is een financieel sterk én gezond ziekenhuis.

2. Kunt u enkele voorbeelden geven van de huidige financiële uitdagingen die het ziekenhuis voor staat?

- Personeel: kwaliteitsvolle zorg proberen stand te houden
 - Hebben het qualicor-kwaliteitslabel maar er dient nog gewerkt te worden om betere kwaliteitsvolle zorg aan te bieden.
- Innovatie: robotchirurgie is daar een voorbeeld van (kostprijs: 1,2 miljoen)
 - Het toestel die gebruik wordt om prostatectomie uit te voeren kost het ziekenhuis bij elk gebruik z'n 16.000 à 18.000 euro. Er wordt hiervoor geen compensatie of financiering voor gegeven en moet dus uit hun eigen middelen komen.
- Onbetrouwbaarheid van de overheid: er is geen gesprekspartner meer binnen de overheid. Vroeger was er een dossierbeheerder, nu is dit weggefallen waardoor men niet meer weet bij wie ze terecht moeten. Dit maakt samenwerking niet eenvoudig.
- Energiekosten

3. Hoe beïnvloeden de hoge energiekosten momenteel de financiële situatie van het ziekenhuis en welk strategieën worden hiervoor genomen?

De energiekosten zijn inderdaad een grote kost geweest. Even in cijfers:

- In 2021: 1,2 miljoen euro
- In 2022: 2,7 miljoen euro
- In 2023: 4,7 miljoen euro

Voor 2024 ramen we de kosten op ongeveer de helft van 2023. Dit dankzij de investeringen die we doen met de zonnepanelen. We hebben de huidige zonnepanelen anders gepositioneerd zodoende we meer energie kunnen opwekken (eerst lagen ze zuidwaarts gericht en nu oost- en westwaarts). Vorig jaar hebben we dan ook nieuwe zonnepanelen bijgeplaatst en in combinatie met de huidige biomassaketel en warmtekrachtkoppeling zitten we nu op 25% herbruikbare energie. Dit jaar worden er nog zonnepanelen bijgeplaatst waarmee we naar 60% willen gaan. Dit zal zorgen dat onze energiefactuur lager wordt maar zal er nooit voor zorgen dat we onder de 1 miljoen euro zullen zitten. De investering van de nieuwe zonnepanelen kost ons 4,5 miljoen, zonder subsidies. De biomassaketel is een systeem waarbij onder de parking buizen geplaatst zijn tot 100 meter diepte. Deze houden lucht (warmte/koude) vast en kunnen we dan ook hergebruiken in het ziekenhuis. In de plafonds zit namelijk een soort systeem zoals vloerverwarming verwerkt. De biomassaketel pompt vanuit de buizen de lucht naar het ziekenhuis.

Er is ook een ventilatiesysteem doorheen het ziekenhuis dat om de minuut de lucht ververs. In het operatiekwartier worden de operatiezalen niet continu gebruikt dus was het niet nodig dat in deze ruimtes om de minuut lucht ververs wordt. Het systeem is dan ook ontwikkeld dat als er geen beweging meer wordt waargenomen het systeem stilvalt en van zodra de er iemand de kamer binnenkomt en op de rode knop duwt dan is de operatiezaal binnen de 1 minuut terug geventileerd met steriele lucht. Door



Kristof Baetens

Financieel & administratief
directeur

AZ Zeno Knokke

Docent VIVES

dit systeem te hanteren besparen wij ook. We proberen ook op andere manieren te besparen zoals bijvoorbeeld de verlichting op de parking wat meer te dimmen zonder dat de veiligheid in gedrang komt uiteraard.

- **Jullie werken ook met energiecontracten. Is dit net als AZ Sint-Lucas dat jullie werken met VOF?**

We werken inderdaad samen met VOF Energie, een samen-aankoopcentrale van ziekenhuizen en woonzorgcentra (100-tal instellingen). VOF wees deze opdracht voor 2024 toe aan Luminus.

- **Hoeveel bedroeg de energiecompensatie van de overheid voor het eerste semester van 2023?**

De overheid voorzag een bedrag van ongeveer 80 miljoen euro.
AZ Zeno kreeg 453.000 euro.

4. Hoe beïnvloeden de hoge loonkosten momenteel de financiële situatie van het ziekenhuis en welke strategieën worden hiervoor genomen?

Op vlak van personeelskosten hebben wij geen problemen. We zetten wel enorm in op de cultuur hier in het ziekenhuis want dit speelt een belangrijke rol bij aanwerving en behoud van personeel. Doordat wij een gezonde cultuur hebben, hebben wij dan ook weinig vertrekkers. Diegene die toch vertrekken keren later terug naar AZ Zeno. Personeelstekort is er niet en als er toch tekorten komen dan werken wij via ZorgConnect of Zorg met Zorg.

- ZorgConnect is een netwerkorganisatie gericht op thuisverpleging. AZ Zeno heeft daar aandelen in en betaald ook die voor de werknemers. Zo kan het zorgpersoneel dat extra wilt werken, tewerkgesteld worden bij WZC of in de thuisverpleging.

- Zorg met zorg is een neutrale, onafhankelijke organisatie, zonder winstoogmerk, heel familiaal en toegankelijk, bestaande uit toetredende verpleegkundigen, zorgkundigen en zorginstellingen. Met andere woorden, je kan je als verpleegkundige inschrijven en laten weten wanneer u tijd hebt om ergens extra te gaan werken of kijken waar men iemand nodig heeft. Zo krijgen verpleegkundigen ook de kans om ervaring op te doen in verschillende zorginstellingen, disciplines, en genieten ze van veel variatie in het werkveld. Geïnspireerd door corona (toen sprong ook iedereen bij waar nodig).

Wij werken ook met 10-tal interims (zwaardere loonkost) en maar deze proberen wij inderdaad weg te werken.

Vorige week was het ook in het nieuws dat de dienst spoedgevallen van het UZ Leuven gestaakt hebben om het feit dat er 200 à 300 bedden niet beschikbaar waren wegens personeelstekort (dus diensten die sloten). Hierdoor konden de patiënten niet doorgestuurd worden naar bedden en bleef de spoeddienst overstroomd. Hier in AZ Zeno hebben wij nog niet meegemaakt dat wij diensten moeten sluiten omwille van personeelstekort. Maar het absentisme is er wel uiteraard waardoor andere dan meer moeten werken, wat nadelig is.

- **Wat is het aantal tewerkgesteld personeel in het ziekenhuis?**

900 medewerkers (674,37 VTE)
140 artsen
135 vrijwilligers

5. Zorgnet-icuro pleit sterk voor verandering binnen de ziekenhuisfinanciering waaronder 6% btw, renteloze leningen, etc. Zijn dit dingen die iets teweeg zouden kunnen brengen voor de rode cijfers?

Er is een tijd maar 6% BTW geweest. Deze is nu terug opgetrokken naar 21% BTW. Zelf vind ik dit niet nodig om terug naar 6% te brengen want ziekenhuizen zijn Vzw's en wij betalen dan ook geen belastingen. Enkel patrimoniumkosten maar deze zijn verwaarloosbaar.

- **De hoge energiekosten kan je wel niet doorrekenen aan de klant ...**

Neen dat kunnen we inderdaad niet maar wat de overheid wel stilzwijgend toestaat is wat wij noemen 'een comfortkost' waarbij iemand die op een tweepersoonskamer ligt 5 euro/dag extra betaald. Dit zijn maar kleine bedragen en maken de rekening natuurlijk niet.

Ik ben wel voorstander om de spreidstand van het RIZIV aan te pakken en vanuit de overheid wat meer klaarheid en transparantie. Als voorbeeld: ze hebben 15% bespaart op de nomenclatuur voor biologische labo's en die 15% zou naar de ziekenhuizen gaan. Tot op heden hebben wij dit nog niet gezien en hebben wij geen zicht op wanneer dit zal gebeuren.

6. In het persbericht van 14-11-2023 van minister Vandenbroucke wordt vermeld dat ziekenhuizen zelf grote(re) inspanningen moeten leveren om alles rond te krijgen, zowel budgettair als organisatorisch. Bent u het eens met deze stelling?

Ja, ik ben het daar wel mee eens want er zijn genoeg middelen om dit te doen als ziekenhuis maar anderzijds worden deze middelen niet gelijk verdeeld.

7. Vindt u dat FOD Volksgezondheid voldoende onderneemt om de situatie onder controle te houden?

De agenda van de minister wordt bepaald door de grotere spelers (ziekenhuizen) en minder door de kleinere/regionale ziekenhuizen.

8. Er waren voor corona al 3 op 10 ziekenhuizen die in het rood gingen, denkt u dat de coronaperiode de situatie verder geduwd heeft?

Ongetwijfeld. Let wel de overheid is in 2020 relatief snel met 2 miljard euro op de proppen gekomen om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen i.t.v. liquiditeit niet in de problemen zouden komen. Bijvoorbeeld garantie op uitbetaling van de lonen. Concreet voor AZ Zeno kregen we toen een bedrag van 8,3 miljoen euro. De MAHA-analyse boekjaar 2020 toonde aan dat deze COVID-tegemoetkoming wezenlijk en noodzakelijk was. Had deze er niet geweest, waren heel wat ziekenhuizen in 2020 kopje onder gegaan.

9. Kan een ziekenhuis effectief failliet gaan?

Ja, tot enkele jaren geleden was dit bij wet niet mogelijk. Door een wijziging in de wetgeving is het op heden wel mogelijk om als ziekenhuis failliet te gaan.

10. Is er zelf nog iets dat u nog wou bijvoegen hieromtrent?

De overheid moet toestaan of openstaan om ziekenhuizen nog meer te laten ondernemen. AZ Zeno zet zich al in op medisch toerisme. Hierbij komen om de twee weken patiënten, voornamelijk uit Scandinavische landen, naar het ziekenhuis voor bepaalde ingrepen. Ze komen de donderdag toe en worden de vrijdag geopereerd en verblijven dan in hotel De Reserve. Ze combineren dit met vakantie en/of hun gezin. De stad Knokke staat hier wel erg open voor maar de overheid nog niet en dat proberen we er wel door te krijgen. We bonken echt op de deur.

BIJLAGE 3 - INTERVIEW 3

Na contact via mail met het Kabinet van Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid mocht ik mijn vragen doorsturen t.a.v. Minister Vandenbroucke. Ik kreeg onderstaand antwoord terug.

1. Waarom vond er geen uitkering van energiecompensatie plaats aan ziekenhuizen tijdens het tweede semester van 2023, ondanks dat dit oorspronkelijk was voorzien in twee schijven, zoals aangekondigd in het voorgaande jaar voor algemene en psychiatrische ziekenhuizen? (Cfr. Voorziene verdeling: 72 miljoen euro voor algemene ziekenhuizen en 8 miljoen euro voor psychiatrische ziekenhuizen⁶³)

De uitkering van energiecompensatie aan ziekenhuizen tijdens het tweede semester van 2023 werd door de regering niet uitgevoerd omwille van de dalende energieprijzen.



Frank Vandenbroucke

Vice-eersteminister

&

Minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid

2a. Wat is uw standpunt met betrekking tot de perceptie van ziekenhuizen over de onbetrouwbaarheden/of onvoorspelbaarheid van de overheid, welke zij ervaren als een uitdaging bij het opstellen van financiële budgetten en plannen?

2b. Op welke wijze neemt u maatregelen om deze kwestie aan te pakken, met als doel meer transparantie en betrouwbaarheid van de overheid richting de zorgsector te bewerkstelligen?

Dit is materie voor de deelstaten.

3. Is er binnen uw beleid een specifiek budget gereserveerd voor investeringen in duurzame en innovatieve initiatieven, zoals energiebesparende maatregelen en de bouw van nieuwe gebouwen die voldoen aan alle wettelijke normen?

Geen antwoord.

3.A Indien ja, is dit budget onderhevig aan een vastgestelde allocatie, waarbij wachttijden ontstaan wanneer het budget is uitgeput? (Cfr. Auto-financiering) of wordt de beschikbaarheid van financiering voor dergelijke projecten op een meer ad-hoc basis bepaald?

Geen antwoord.

4a. Welk effect zal de verlaging van de B-waarde van klinische labo's met 15%, resulterend in een besparing van 30 miljoen euro voor de overheid en een voorgenomen injectie van groot deel terug in de zorgsector, hebben op de salarissen van klinisch biologen?

Geen antwoord.

⁶³

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/omzendbrief_energiecompensatie_80_mio.pdf

4b. Hoe verklaart u het gevoel binnen de zorgsector dat er voorafgaande beslissingen worden genomen over grote plannen, terwijl de uitvoering of de terugkoppeling ervan lang op zich laat wachten of soms zelfs uitblijft?

Geen antwoord.

5. Is het mogelijk om een wettelijk kader te implementeren dat ervoor zorgt dat het honorarium van artsen in lijn loopt met de indexeringen van de lonen? (Lonen gestegen met 10% en het honorarium vertraagd met 3% - cfr. Artsen zien lonen van hun medisch secretariaat stijgen maar hun lonen amper)

- ➔ **Indien positief, kunt u dit voorgestelde wettelijk kader toelichten?**
- ➔ **Indien negatief, wat zijn de redenen hiervoor?**

Beiden worden geïndexeerd, maar de techniek voor de berekening van de artsenhonoraria (juni tot juni) induceert een vertraging ten opzichte van BMF.

6a. Hoe reageert u op het feit dat ondanks inflatie en uw inspanningen, er momenteel meer dan 3000 afbetalingsplannen lopen in het AZ Sint-Lucas (Brugge), waarbij voornamelijk jonge tweeverdieners met een stabiele financiële situatie moeite hebben om zelfs relatief kleine ziekenhuisrekeningen van bijvoorbeeld 300 euro te betalen?

Geen antwoord.

6B. Wat is uw strategie om de gezondheidszorg nog betaalbaarder te maken voor alle burgers, inclusief de middenklasse, in België, waar de gezondheidszorg over het algemeen als zeer toegankelijk wordt beschouwd?

Geen antwoord.

Mailverkeer:

Op Wo, 27 Mrt om 11:07 AM , H el ene De Jonckheere <helene.dejonckheere@student.vives.be> schreef:
Beste

Ik ben een studente Medical Office Management (via afstandsonderwijs) aan hogeschool VIVES te Kortrijk. Dit jaar studeer ik af en dien ik hiervoor ook een bachelorproef te schrijven. Deze gaat omtrent de invloed/impact van de energie- en loonkosten op de rode cijfers van de algemene ziekenhuizen en wat de ziekenhuizen doen om deze onder controle te houden.

Ik heb reeds twee interviews mogen afnemen bij financieel directeurs. Mijn paper is bijna afgewerkt maar ik heb toch een 5-tal bijkomende vragen waar ik via literatuuronderzoek niet direct een antwoord op kan vinden/geven. Zou er een mogelijkheid bestaan dat Minister Vandenbroucke tijd zou kunnen vinden om deze kort te beantwoorden. Dit mag via mail of eventueel (heel hoopvol) een videogesprek?

Indien er een positief antwoord komt, kan ik de vragen doorsturen.
Alvast bedankt voor uw antwoord.

Met vriendelijke groeten
De Jonckheere H el ene
r0356740
(Studente AO Medical Office Management - VIVES Kortrijk)

Van: Kabinet Vice-eersteminister Vandenbroucke <info@vandenbroucke.fed.be>
Verzonden: Friday, April 5, 2024 10:43:07 AM
Aan: Hélène De Jonckheere <helene.dejonckheere@student.vives.be>
Onderwerp: Re: RE: T.a.v. Minister Vandenbroucke - enkele vragen in kader van bachelorproef (VIVES)

Beste Hélène,

Bedankt om ons je vragen te bezorgen. We hebben gemerkt dat deze erg omvangrijk zijn en we de antwoorden erop niet meteen liggen hebben. Gelet op de deadline die je aanhaalt en de drukke agenda van de minister, zien we helaas geen mogelijkheid om deze vragen uitgebreid en tijdig te beantwoorden. We hopen op je begrip daarvoor en wensen je alsnog veel succes toe met het afwerken van je bachelorproef.

Met vriendelijke groet,
Team minister Frank Vandenbroucke

Kabinet Frank VANDENBROUCKE
Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid



Wetstraat 23 -1040 Brussel

vandenbroucke.belgium.be



Hélène De Jonckheere



Beantwoorden



Allen beantwoorden



Doorsturen



Aan: Kabinet Vice-eersteminister Vandenbroucke <info@vandenbroucke.fed.be>

Vr 5/04/2024 10:57

Beste

Alvast bedankt voor het bekijken van de vragen. Ik begrijp dat deze zeer specifiek zijn en de antwoorden niet klaarliggen bij het Kabinet of de Minister. Alsook begrip voor de agenda van de Minister.

Normaal ging ik aanwezig zijn op het symposium Medische Wereld (20 april) in Brussel waar Minister Vandenbroucke zal deelnemen aan een debat. Waar ik hoopte daar antwoorden te vinden op mijn vragen maar wegens eigen drukke agenda (werk/school/gezin) is dit niet mogelijk.

Om deze reden zou ik u toch vriendelijk willen verzoeken om eventueel de 3 belangrijkste vragen te beantwoorden.

- Vraag 1 omtrent de energiecompensatie
- Vraag 2 omtrent de perceptie van de ziekenhuizen t.o.v. de overheid
- Vraag 5 omtrent het honorarium

Het antwoord op deze vragen maken cruciaal deel uit van het eindwerk.

Alvast bedankt voor uw antwoord en uw medewerking.

Met vriendelijke groeten
De Jonckheere Hélène



Kabinet Vice-eersteminister Vandenbroucke <info@vandenbroucke.fed.be>

Aan: Hélène De Jonckheere



Vr 19/04/2024 11:11

Beste Hélène,

We hebben op dit moment nog geen concreet antwoord op je vragen, maar willen je alvast laten weten dat we bekijken welke informatie we ter beschikking hebben die nuttig is voor je onderzoek.

Met vriendelijke groet,
Team minister Frank Vandenbroucke

Kabinet Frank VANDENBROUCKE
Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid



Wetstraat 23 -1040 Brussel

vandenbroucke.belgium.be



Kabinet Vice-eersteminister
Vandenbroucke
Aan u

6 mei

...



Beste H el ene,

Als antwoord op je vragen verwijzen we je in eerste instantie naar het persbericht en de toespraak op onze website, waar je vrij naar kan verwijzen ([Financiële zorgen van de ziekenhuizen en personeelsschaarste onderlijnen nood aan investeren  n hervormen | Frank Vandenbroucke \(belgium.be\)](#)).

Verder, wat je concrete vragen betreft vullen we dit nog aan met volgende informatie:

Vraag 1: de uitkering van energiecompensatie aan ziekenhuizen tijdens het tweede semester van 2023 werd door de regering niet uitgevoerd omwille van de dalende energieprijzen.

Vraag 3: dit is materie voor de deelstaten.

Vraag 5: beiden worden geïndexeerd, maar de techniek voor de berekening van de artsenhonoraria (juni tot juni) induceert een vertraging tov BMF.

We hopen je zo voldoende geïnformeerd te hebben en wensen je veel succes toe bij het afronden van je studies.

Met vriendelijke groet,
Team minister Frank Vandenbroucke

BIJLAGE 4 - BEZETTINGSGRADEN & ERKENDE BEDDEN

Onderstaande gegevens en percentages zijn doorgegeven door Dhr. Callewaerd (AZ Sint-Lucas) en Dhr. Baetens (AZ Zeno) via mail.

AZ Sint-Lucas

Erkende bedden	Bedindex	Aantal	Bezettingsgraad 2023
Heelkunde	C	98	55%
Inwendige geneeskunde	D	93	58,10%
Pediatric	E	24	50%
Materniteit	M	22	42,30%
Geriatric	G	72	100,60%
Kinder-en jeugdpsychiatrie (dag en nacht)	K	25	74,40%
Kinder-en jeugdpsychiatrie (enkel dagverpleging)	K1	7	53,50%
Volwassenenpsychiatrie (dag en nacht)	A	30	83,90%
Volwassenenpsychiatrie (enkel dagverpleging)	A1	8	65,90%
Intensieve Zorgen functie (reeds in C/D)	I	10	64,40%
Sp Locomotorische revalidatie	S2	20	82,60%
Sp Neurologische revalidatie	S3	20	58,50%
Sp Palliatieve zorgen *	S4	3	cijfers bij AZ Sint-Jan
TOTAAL		422	

* in associatie met AZ Sint-Jan in palliatieve zorgzaamheid "De Vlinder" op campus SFX (9 bedden in totaal)

Dagziekenhuisplaatsen	
Heelkunde	41
Inwendige geneeskunde	30
Kinder-en jeugdpsychiatrie	7
Volwassenenpsychiatrie	8
Pediatric	11
Geriatric	6
Verloskunde	4
Oncologie	24
Pijnkliniek	5
TOTAAL	136

sterk stijgende dagziekenhuisactiviteit (compenseert een lagere bezetting van het aantal hospitalisatiebedden want er is een duidelijke shift aan de gang)

Dialyseplaatsen	gewone plaatsen	isolatie plaatsen
High Care Brugge	28	7
Low Care Oostende	28	4
Low Care Knokke	12	2
Low Care Eeklo	19	2
Totaal per soort	87	15
TOTAAL		102

Ongeveer 47.000 dialyses in 2023

AZ Zeno

Bezettingsgraad is 75%.

Opgelet met deze bezettingsgraad wanneer je deze met andere ziekenhuizen wenst te vergelijken. De bezettingsgraad wordt sterk bepaald door de samenstelling van bedden. Wanneer meer subacute bedden (SP, G), dan zal deze – gelet op de langere ligduur van patiënten – hoger zijn. Hier wordt de bezettingsgraad berekend t.o.v. het aantal operationele bedden. Er zijn ziekenhuizen die dit uitdrukken t.o.v. het aantal gefinancierde of het aantal erkende bedden.

BIJLAGE 5 – ABSENTEÏSME

Onderstaande gegevens en percentages zijn doorgegeven door Dhr. Callewaerd (AZ Sint-Lucas) en Dhr. Baetens (AZ Zeno) via mail.

AZ Sint-Lucas

Het absentiecijfer op basis van gewaarborgd loon (< 1 maand) is:			
2022	4,86%	Benchmark van Zorgnet-Icuro voor alle Vlaamse ziekenhuizen	4,40%
2023	4,46%	nog geen benchmark beschikbaar	
Het ziektecijfer van gewaarborgd loon en niet-gewaarborgd loon tot 1 jaar afwezigheid is:			
2022:	3,27%	Benchmark van Zorgnet-Icuro voor alle Vlaamse ziekenhuizen	3,10%
2023:	3,10%	nog geen benchmark beschikbaar	

AZ Zeno

Absenteïsmegraad: ongeveer 10%

