

Beleidsnota gezondheidszorg: perspectief 2030

De gezondheidszorg in België in 2030: *“Anders, of meer van hetzelfde?”*.

Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een
solidaire samenleving.



Prof. Dr. Jan De Maeseneer, MD, PhD

Emeritus gewoon Hoogleraar Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnszorg, Vakgroep
Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent

e-mail: jan.demaeseneer@ugent.be

url: www.jandemaeseneer.eu

Gent, 1 september 2019

Inhoud

Samenvatting.....	3
1. Inleiding en motivering.....	5
2. Uitdagingen voor de gezondheidszorg.....	8
3. Financiering van een Nationaal GezondheidsSysteem (NGS).....	14
4. Implementatie van het Gezonheidsbeleid: structuur en organisatie.....	22
5. Transitie.....	32
6. Tot slot.....	42
Literatuur.....	43

SAMENVATTING

In de (schaarse) maatschappelijke debatten over de vormgeving van de gezondheidszorg komen vandaag vooral twee visies naar voor: enerzijds het benadrukken van een **sterke solidariteit** om de financiering van de zorg te kunnen handhaven, anderzijds het beklemtonen van de nood aan **decentralisatie** van de organisatie om een goede zorgverstrekking te realiseren. Beide oriëntaties zijn waardevol en kunnen de hoeksteen vormen van een modern gezondheidssysteem, gekenmerkt door relevantie, toegankelijkheid, kwaliteit, gerichtheid op de persoon en de populatie, kosteneffectiviteit, duurzaamheid en innovatie.

We stellen een grondige hertekening van de gezondheidszorg voor, om de uitdagingen en kansen van de 21^{ste} eeuw tegemoet te treden met als perspectief 2030: vergrijzing met meer patiënten met meerdere (chronische) aandoeningen en problemen van geestelijke gezondheid, een belangrijke sociale gezondheidskloof, nieuwe en soms dure technologische ontwikkelingen en medicatie, een actieve mondige patiënt, toenemende diversiteit, globalisering. Bovendien is er een complex netwerk van beslissingsorganen en procedures, die stilaan hun houdbaarheidsdatum hebben overschreden.

We pleiten voor een **Nationaal GezondheidsSysteem** (NGS), gefinancierd via de federale fiscaliteit, dat verantwoordelijk is om de voorwaarden te scheppen om de, nationaal in het parlement vastgelegde globale gezondheidsdoelen, te realiseren. Het budget kan jaarlijks met 3 % groeien (boven inflatie), en wordt tussen de 3 gewesten verdeeld, op basis de objectieve zorgnoden en zorgprognoses in elk gewest, na een voorafname van 5% voor activiteiten van primaire en secundaire preventie en een voorafname voor Onderzoek en Ontwikkeling door de Gewesten.

De **Gewesten** kunnen bij de uitvoering opdrachten en middelen toevertrouwen aan (clusters van) steden en gemeenten (verdere decentralisatie). Gewesten zijn **bevoegd voor alle aspecten van organisatie, financiering, uitvoering, kwaliteitszorg, participatie, innovatie, behalve voor deze bevoegdheden die expliciet aan de nationale overheid zijn toevertrouwd.**

Deze nationale bevoegdheden zijn: de vastlegging van tarieven en betalingsmechanismen, de ligdagprijs voor de ziekenhuisbedden; eventuele 'globale en gebundelde financiering'; registratie, prijszetting en terugbetaling van geneesmiddelen en 'medical devices'. De *nationale interprofessionele commissies*, samengesteld uit vertegenwoordigers van de overheden, de zorgorganisaties, zorgverstrekkers, patiënten/burgers en samenleving zorgen voor de vastleggingen. Deze commissies worden ondersteund door het *Nationaal Instituut voor de Volksgezondheid*, waarbinnen de *Wetenschappelijke Raad* zorgt voor proactieve advisering. Volgende bevoegdheden zijn ook federaal: bestrijding van rampen, epidemieën, de voedselveiligheid, luchtkwaliteit, geluidshinder; de vastlegging van de lijst van de gezondheidsberoepen en de bijhorende algemene criteria (uitvoering Europese Richtlijnen); coördinatie van de relaties van de Gewesten met relevante internationale instanties; de opdrachten en financiering van de 7 universitaire ziekenhuizen, met een eigenstandige financiering. De conferentie van de 3 Ministers van Volksgezondheid van de Gewesten speelt een belangrijke rol. In de nota wordt een aanzet gegeven rond hoe b.v. het Vlaamse Gewest binnen zijn autonomie zorg voor gezondheid (en welzijn) zou kunnen organiseren.

Een **zorgvuldige transitie** is een basis-voorwaarde voor deze grondige hervormingen. Nieuwe rollen voor overheid en alle actoren zijn essentieel. Hierbij treden de mutualiteiten niet langer op als verzekerings- en terugbetalingsinstellingen of aanbieders van zorg in gezondheid en welzijn, maar worden kritische, pluralistische middenveldorganisaties ('civil society organisations') die burgers/patiënten informeren, mobiliseren, samen brengen, verbinden en versterken om individueel en als groep acties te ondernemen voor en te participeren in het creëren van "gezondheid" in een solidaire en zorgende samenleving ('health literacy', zelfzorg, mantelzorg, informele zorg,...).

We stellen voor dat een onafhankelijke **Commissie van Experts** dit voorstel verbetert en een plan voor realisatie uittekent met perspectief 2030. Deze Commissie moet tegen 2023 de te wijzigen grondwetsartikelen en uitgewerkte innovatie-voorstellen voorbereiden. Intussen stellen we voor om reeds nu een aantal "quick wins" te realiseren, via verbeter-voorstellen, waarvan de nota enkele voorbeelden beschrijft.

Tot slot: investeren in een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, zorgt voor **verbinding en sociale cohesie** in een diverse samenleving, en dat is wat de bevolking én de politiek vandaag nodig hebben.

1. Inleiding en motivering.

Wie enigszins met de gezondheidszorgsector te maken heeft (en dat zijn wij – vroeg of laat – allemaal), wordt geconfronteerd met functioneringsproblemen (wachtlijsten, onbeschikbaarheid van geneesmiddelen, problemen voor het recruterende van zorgverleners, vastlopende betaling-per-prestatie, sociale ongelijkheid, moeizame innovatie b.v. op het vlak van digitalisering,...). Een aantal van deze problemen zijn conjunctureel en op korte termijn oplosbaar, maar andere vragen een grondige structurele aanpak (b.v. de betaalbaarheid en financiering van de zorg). Niet alleen de gebruiker en de zorgverlener ervaren de problemen: ook de beleidsvoerders binnen de sector stellen vast dat ‘het huis van de gezondheidszorg’ grondig moet worden HER-bouwd en dat een simpele VER-bouwing niet zal volstaan. Hier doen zich opportuniteiten voor: de verhuis van RIZIV en FOD Volksgezondheid naar één site, creëert de kans om in een versneld tempo de historische inefficiënte scheiding tussen beide structuren te beëindigen. De implementatie van de zesde staatshervorming heeft in de gezondheidszorg duidelijk gemaakt dat de oefening niet echt goed was voorbereid en vooraleer ‘stap 7’ aan te vatten een grondige reflectie over welke bevoegdheid best op welk niveau wordt geïmplementeerd, zich opdringt. Sommigen geven hierbij ook aan dat het herpositioneren van bepaalde bevoegdheden op het federale niveau bespreekbaar moet zijn, terwijl anderzijds stemmen opgaan voor een decentralisatie die verder gaat dan de regio’s.

In het voorbije jaar was ik betrokken bij verschillende ‘Foresight’ oefeningen: in Copenhagen organiseerde de Wereldgezondheidsorganisatie een vergadering van de ‘Health Systems Foresight Group’, die naar de toekomst van de gezondheidszorg kijkt met 2070 als perspectief. In maart 2019 werd in Green Templeton College in Oxford de start gegeven voor ‘The Health and Care foresight Programme’¹ dat een 50 jaars-perspectief neemt, terwijl het RIZIV (samen met Tomorrow Lab) stakeholders samenbracht om een aantal gezondheidszorg-scenario’s te ontwikkelen met als perspectief 2040. Wat opvalt in deze oefeningen is dat – wil men de toekomst voorbereiden – er nood is aan ‘out-of-the-box’ denken en dat er – hoe dan ook – veel onzekerheden blijven zowel wat betreft de algemeen maatschappelijke ontwikkelingen, als de evoluties in vraag en aanbod in de zorg.

Bovendien lijkt het nuttig toch even over de eigen muurtjes te kijken. Hierbij komt naar voor dat:

-(Nationale en internationale) solidariteit m.b.t. zorg (voor gezondheid) onder druk komt te staan, terwijl deze essentieel is om een duurzaam gezondheidssysteem uit te bouwen;

-De tendens naar vermaatschappelijking van de zorg overal aanwezig is, met versterking van de eerstelijnszorg enerzijds en afbouw van ziekenhuis-zorg anderzijds. De ‘Astana Declaration on Primary Health Care’ (WHO, October 2018)² beklemtoont het belang van investeren in de eerstelijns om de doelstelling van “Universal Health Coverage” te realiseren;

-Decentralisatie van bevoegdheden rond gezondheidszorg overal bezig is, waarbij regio’s en lokale besturen steeds meer verantwoordelijkheid opnemen in de uitvoering van de zorg. Anderzijds wordt ook gevraagd naar meer Europees engagement rond gezondheidszorg: het Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) pleit ervoor dat de Europese Unie zorgt voor: *“Strengthen financial protection from health care spending. Provide protection through a (collective at EU-level) mechanism of re-insurance of resources for health care in Member States, in order to avoid that*

national economic or/and financial crises decrease access to health care for the citizens living in a certain Member State. “³;

- De idee dat de ‘vrije markt’ de problemen op het vlak van toegankelijkheid, kwaliteit, duurzaamheid van gezondheidszorg efficiënt kan oplossen, niet door wetenschappelijk onderzoek onderbouwd wordt⁴;
- De sociale ongelijkheid in gezondheid en de sociale determinanten vragen om een intersectorale aanpak: werk, milieu, wonen, opleiding, inkomen, ...dienen hierbij betrokken;
- De toekomst op het vlak van gezondheid van Europa samen hangt met de ontwikkelingen in Afrika: *“Migration (and refugee-crisis), climate change and capacity building (for healthcare, education, food production ...) in the global South, are strongly inter-related. EU policy could address these issues in an integrated more comprehensive way, looking at push- and pull-factors, socioeconomic and ecological drivers. This requires EU to take a leading role in a new dialogue with African countries. This should be operationalised both at research level and at the level of development aid and capacity building.”*³

Deze internationale ontwikkelingen worden meegenomen in deze beleidsvoorbereidende nota, die zich richt op het perspectief 2030. Dit tijdsvenster drukt meteen uit, dat het niet zinvol – en ook niet mogelijk- is om gezondheidsbeleid en de erbij horende gezondheidsdoelstellingen, op een termijn van 5 jaar te realiseren: 10 jaar is een minimum voor een gezondheidsbeleidsplan. Dit impliceert dat gezondheidsbeleid inhoudelijk een continuüm van minstens 2 legislaturen vereist.

Waarom schrijf ik deze nota?

In de voorbije 45 jaar ben ik een geprivilegieerde observator van en participant in de beleidsontwikkelingen op nano-, micro-, meso- en macro-niveau geweest. Als huisarts in het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt in Ledeberg kon ik de impact van beleidsmaatregelen op het concrete, lokale niveau van de zorg ervaren. Vanuit mijn academisch werk als onderzoeker aan de Universiteit Gent mocht ik de impact van zorg op meso- en macro-niveau bestuderen. Als opleider van generaties studenten geneeskunde, huisartsgeneeskunde, verpleegkunde, gezondheidspromotie, sociaal werk, ergotherapie,kreeg ik een goed zicht op de noodzakelijke hervormingen om gezondheidsprofessionals die klaar zijn voor de uitdagingen van de 21^{ste} eeuw te vormen. Als lid van talloze adviesraden, werkgroepen,... op niveau van de Stad Gent (Stedelijke Gezondheidsraad: 2009-heden), Vlaamse Gemeenschap (Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin: 2009-2018), het federaal niveau (Commissies in RIZIV en FOD Volksgezondheid: 1991-heden), het Europees niveau (Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health: 2013-2019) en in de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation Collaborating Centre on Primary Health Care: 2015-heden), heb ik geleerd hoe (moeizaam) beleid op het vlak van gezondheid (en welzijn) tot stand kan komen en heb ik al wie zich hiervoor inzet erg leren waarderen.

Met deze nota steek ik mijn nek uit, omdat ik ervan overtuigd ben dat de tijd voor fundamentele hervormingen is aangebroken. Het is tijd voor “Anders, niet meer van hetzelfde”.

De enige verantwoordelijke voor dit document is de auteur. Deze tekst bindt geen enkele van de vele instellingen en organisaties waarvoor ik in de voorbije decennia heb gewerkt.

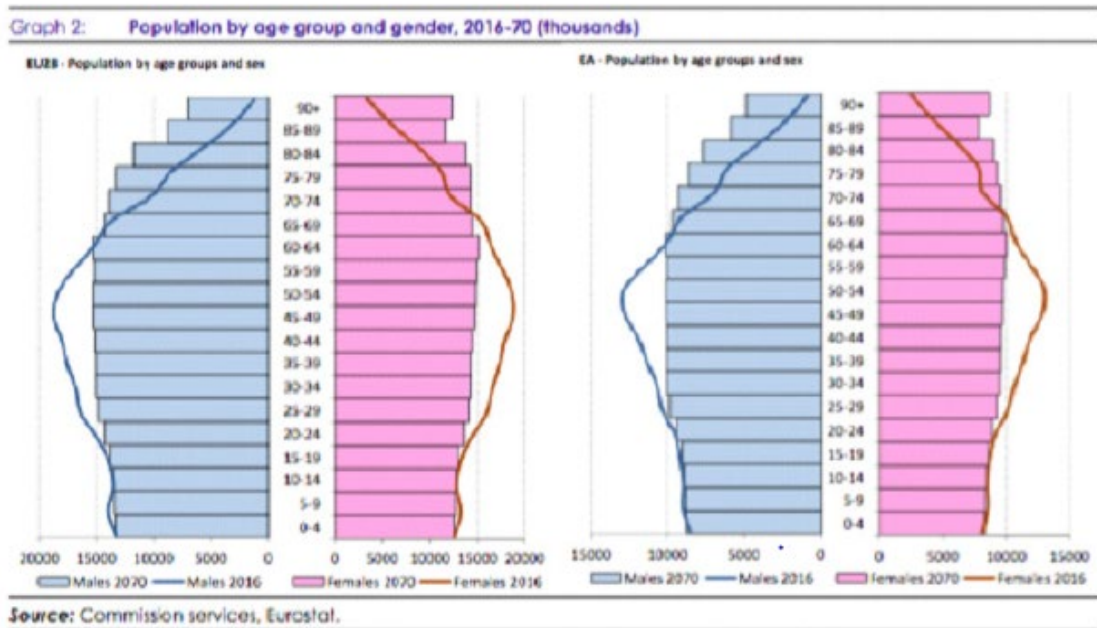
Ik kijk uit naar de reacties en hoop dat deze nota een bijdrage kan leveren tot een nieuw gezondheidsbeleid, en de doelstelling van art. 23,2° van de grondwet "*iedereen heeft recht op bescherming van de gezondheid ... en geneeskundige bijstand*" kan helpen realiseren.

2. Uitdagingen voor de gezondheidszorg.

Een nieuwe organisatie van de gezondheidszorg dient bij te dragen aan een antwoord op de **actuele uitdagingen**⁵. Deze kunnen als volgt worden samengevat:

- **Demografische en epidemiologische ontwikkelingen:** we worden alsmaar ouder (in 2016 is in de Europese Unie de gemiddelde levensverwachting voor mannen 84,6 jaren voor vrouwen 89,1 jaar). De prevalentie van kanker stijgt, als gevolg van de veroudering. Mede door de verbeterde therapie, wordt kanker een chronische ziekte. Er is een toename van chronische aandoeningen, met vooral een stijging van “multi-morbiditeit” (het hebben van meerdere chronische aandoeningen). Uit recent onderzoek⁶ blijkt dat de helft van de 75-plussers twee, of meer chronische aandoeningen hebben, terwijl twee op vijf 75-plussers vier of meer chronische aandoeningen hebben. Kingston et al.⁷ berekenden dat tussen 2015 en 2035 het voorkomen van multi-morbiditeit zal toenemen. Het aandeel van de mensen met met 4+ aandoeningen zal hierbij verdubbelen (van 9,8 % in 2015 tot 17 % in 2035), en tweederde van de groep met 4+ aandoeningen zal te maken hebben met problemen van geestelijke gezondheid dementie, depressie, ...). Multi-morbiditeit bij de nieuwe groep van 65 tot 74 jaar zal toenemen (in 2015 45,7 % in 2035 52,8 %). Het grootste deel van de verlengde levensverwachting (mannen: 3,6 jaar; vrouwen: 2,9 jaar) zal worden doorgebracht met meer dan 4 aandoeningen.⁸ Zorgtrajecten, met focus op één aandoening, volstaan niet voor de aanpak van multi-morbiditeit. Om deze patiënten goed te verzorgen is er nood aan een paradigmashift van een ziekte-georiënteerde zorg, naar een zorg die vertrekt vanuit de levensdoelen van de patiënt⁹. Dit betekent voor de gezondheidszorg een belangrijke rol in het vermijden van versnippering van de zorg (door een ziekte-gerichte aanpak). De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, staat centraal en treedt zelf op als zorgcoördinator van het zorgteam, of duidt hiertoe één van de hulpverleners aan. Eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg op de tweede lijn, werken samen en hanteren een gedeeld interprofessioneel elektronisch dossier.

Figuur 1: Demografische evolutie (Europa)



- Een tweede uitdaging vormen de **wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en hun implicaties voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg**. Wetenschappelijke vooruitgang biedt het perspectief van nieuwe preventieve en curatieve mogelijkheden op het vlak van genetica, hart- en vaatziekten, neurowetenschappen, zorg voor kanker en geestelijke gezondheidszorg. Informatie- en communicatietechnologie, digitalisering,... zijn niet meer weg te denken uit de dagelijkse praktijk in de gezondheidszorg¹⁰. De hospitalisatieduur verkort voortdurend en ziekenhuizen zien het aantal dag-hospitalisaties stijgen. Technologie doet ook zijn intrede in de thuiszorg. Al deze nieuwe inzichten moeten vertaald naar de aanpak van gezondheidsproblemen en dit met aandacht voor de “relevantie” van de zorg en het vermijden van medicalisering van het dagelijks leven. Veel van de nieuwe technologieën en geneesmiddelen hebben een belangrijke impact op het budget van de gezondheidszorg, wat noopt tot wetenschappelijk onderbouwde en maatschappelijk verantwoorde keuzen.
- **Sociaal-culturele ontwikkelingen** brengen met zich mee dat de diversiteit in de samenleving toeneemt. Dit betekent dat zorgverstrekkers een meer verscheiden pallet aan interactievormen nodig hebben om iedere persoon met een hulpvraag passend te kunnen benaderen. Door de hogere scholing en de toegenomen toegankelijkheid van de medische informatie via het internet evolueren "patiënten" meer en meer tot "kritische consumenten". Ze zijn goed geïnformeerd en verwachten in dialoog te gaan met de zorgverstrekkers, samen opties af te wegen en tot beslissingen te komen die best passen bij de realisatie van hun levensdoelen. Mensen die behoren tot etnisch-culturele minderheden, brengen een grote diversiteit aan visies en rolpatronen mee in de zorgsituaties. De wijzigende maatschappelijke context (meer mensen werken langer en zoeken een nieuwe balans werk-privé) heeft een belangrijke

impact op informele zorg (afname van de beschikbaarheid van vrijwilligers, mantelzorg,...). Ook is er een duidelijke wijziging in de opvattingen over kwaliteitsvolle zorg bij het levenseinde.

- De **existentiële component** van het mens-zijn wint aan belang. Naast de fysieke en psychosociale problemen waarmee mensen geconfronteerd worden, wil ieder van ons ook investeren in kwaliteit en zinvolheid van het leven en betekenis geven aan de activiteiten waarin men geëngageerd is¹¹. Mensen dienen zich (in de zorg) anders aan, zijn mondiger en zijn zich meer en meer bewust van de eigen rol die ze hierin mogen en moeten spelen – ook op existentieel niveau. De regie van het zorggebeuren vertrekt vanuit de eigen levenssituatie waarbinnen aspecten van zorg en welzijn een plaats krijgen.
- **Op sociaal-economisch vlak** zijn er grote gezondheidsverschillen tussen landen, maar ook tussen sociale groepen binnen één bepaald land: “arm maakt ziek en ziek maakt arm” blijft een realiteit. Er is een manifeste **sociale gezondheidskloof** in ons land. Enkele cijfers uit de recente gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid documenteren de ongelijkheid inzake gezondheid: 38,7% mannen met een lagere opleiding in Vlaanderen heeft een slechte gezondheidstoestand, tegenover 13,5% van de Vlaamse mannen met een hogere opleiding¹²; mannen met een lagere opleiding hebben twee keer zoveel chronische aandoeningen als mannen met een hogere opleiding en dubbel zoveel vrouwen met alleen lagere schoolopleiding hebben af te rekenen met pijnproblemen, in vergelijking met hoger opgeleide vrouwen¹³. In België leeft 14,9% van de bevolking onder de armoederempel, in Vlaanderen 10,3%, Wallonië 18,3%, en in Brussel 29,7%. Bovendien neemt de kinderarmoede toe. De financiële en economische crisis heeft de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid nog versterkt. Dit brengt nieuwe opdrachten mee voor de gezondheidszorg: de toegankelijkheid van de zorg moet worden geoptimaliseerd, gezondheidszorgverstrekkers moeten een sterkere signaalfunctie opnemen, om samen met andere sectoren de “sociale determinanten” van gezondheid (woon- en werksituatie, opleiding, sociale cohesie,...) te herkennen en – waar mogelijk - corrigerende maatregelen te nemen. Besparingsmaatregelen in de gezondheidszorg dreigen vooral de kwetsbare groepen te treffen en zetten de toegankelijkheid van zorg onder druk.
- Ten slotte leidt de **globalisering** ertoe dat zorg meer en meer multicultureel wordt en mensen ook internationaal op zoek gaan naar oplossingen voor hun gezondheidsproblemen. Zorg moet steeds meer beantwoorden aan internationale standaarden die nationaal/regionaal geïmplementeerd worden. Er is een concentratie van mensen met een verschillende culturele achtergrond, wat ertoe leidt dat “globale problemen” steeds meer zichtbaar worden op het lokale niveau en dit ook in toenemende mate buiten de stedelijke context. Gezondheidszorg in een multiculturele samenleving stelt nieuwe vragen over toegankelijkheid en zorgcoördinatie, over ethno-sensitief werken en over de afweging tussen universeel en selectief beleid¹⁴.

Bij het formuleren van antwoorden op de uitdagingen, worden we in ons land geconfronteerd met een aantal belangrijke knelpunten. We vatten ze kort samen:

- Hoewel België bekend staat voor een stevige en goed uitgebouwde ziekteverzekering, blijven er **ongelijkheden** op het vlak van **toegang** tot gezondheidszorg: een steeds toenemend percentage van de bevolking geeft aan medische zorg uit te stellen omwille van financiële redenen¹⁵. Uit cijfers van de Belgische gezondheidsenquête blijkt dat 11,7% van de Vlaamse bevolking uit het eerste inkomenskintiel (personen met het laagste inkomen) een doktersbezoek uitstelt om financiële of andere redenen⁷. Dit zou kunnen wijzen op een vorm van onder-gebruik.
- België heeft in vergelijking met buurlanden een relatief **hoog aantal erkende acute ziekenhuisbedden** per inwoner (4,8/1000 inwoners in 2014). Er is een weliswaar dalende, maar toch nog steeds vrij hoge gemiddelde verblijfsduur¹⁶¹⁷.
- Een belangrijk knelpunt blijft **over-gebruik**. Er is een belangrijk over-gebruik in de diagnostiek (labo, beeldvorming) en de Belg blijft een grootverbruiker van geneesmiddelen. De gezondheidsenquête 2008 meldt dat 0,3% van de Vlaamse plus-15-jarigen in de afgelopen 24 uur antidepressiva nam. In de oudste leeftijdsgroep gaat het om 12,4%⁸. Er is een over-gebruik van neuroleptica in de woonzorgcentra. Er is ook over-screening (b.v. bloedtest voor prostaatkanker) en voor sommige ingrepen scoort ons land hoog (bv. hoog percentage keizersneden). Hierrond is reflectie nodig: zowel hulpverleners als burgers/patiënten kunnen hieraan een bijdrage leveren. Er is enerzijds een overaanbod op het vlak van somatische zorg op de tweede lijn en anderzijds, een onder-aanbod van geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn met vaak problematische verwijsmogelijkheden naar de ambulante opvang in de tweede lijn.
- Uit het Performantie-rapport van de Belgische gezondheidszorg¹⁸ komen belangrijke **knelpunten op het vlak van de kwaliteit van de zorg** naar voor: een aantal indicatoren geven aan dat de zorg niet adequaat is: b.v. keuze van antibiotica, laag percentage van patiënten met diabetes die een correcte follow-up hebben, hoge dosis straling van medische oorsprong in het kader van beeldvormingsonderzoek ten opzichte van Europa, zwakke continuïteit van de zorg (ondanks een toename, heeft in Vlaanderen nog 30% van de bevolking geen Globaal Medisch Dossier, in Brussel en Wallonië liggen de percentages nog hoger), hospitalisatiegraad 15% hoger in vergelijking met het Europees gemiddelde. Op het vlak van geestelijke gezondheid blijft het hoog aantal zelfmoorden een opvallend gegeven, de diagnostiek en behandeling van depressie roept vragen op en het gehanteerde therapeutisch palet beperkt zich al te vaak tot medicatie. Rehabilitatie, re-integratie en participatie van chronisch zieken in de samenleving, blijft problematisch. Dit aspect is op heden niet of te weinig opgenomen in de indicatoren die de kwaliteit van de zorg meten.
- Op het vlak van **interprofessionele samenwerking** binnen de huisartsenpraktijken en de eerste lijn (met onthaalfunctie, verplegend personeel, labo-assistenten, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, apothekers, psychologen, sociale werkers, ergotherapeuten...) blijkt dat België het slechtst scoort van alle landen in Europa. De afwezigheid van vaste teams op de eerste lijn, die gedurende langere periodes in een vaste samenstelling samen werken,

bemoeilijkt de uitbouw van kwaliteitsvolle procedures en de taakverschuiving en competentie-deling tussen disciplines.

De samenhang van de uitdagingen (super-diversiteit, multi-morbiditeit, complexiteit van de problemen, sociale gradiënt en gezondheidsongelijkheid) vereist dat alle “verticale” en “categoriale” programma’s die zich op specifieke doelgroepen richten, best geïntegreerd worden op het niveau van de eerstelijnsgezondheidszorg om tot een globale, geïntegreerde en continue aanpak te komen¹⁹.

De oplossingen voor de hier geformuleerde knelpunten, vertrekken van een aantal fundamentele waarden: solidariteit, sociale rechtvaardigheid, kwaliteit, duurzaamheid, autonomie,... Dit betekent dat iedereen recht heeft op toegang tot gezondheidszorg van hoge kwaliteit in functie van de noden en behoeften en iedereen ook bijdraagt, volgens draagkracht, tot de financiering van het gezondheidszorgsysteem.

Er is in België in de laatste tien jaar een duidelijke vooruitgang geboekt op het vlak van de wetenschappelijke onderbouwing van beleidskeuzes. Naast de reeds lang bestaande adviezen van de Hoge Gezondheidsraad, zijn er de belangrijke rapporten van het Federaal Kenniscentrum in de Gezondheidszorg. Het vormt een uitdaging om de onafhankelijkheid van dit Centrum in de toekomst te versterken door de vertegenwoordiging van de uitvoerende macht in de Raad van Bestuur sterk te beperken.

De Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin (SARWGG) van de Vlaamse Gemeenschap formuleerde in het voorbije decennium 200 adviezen, onderbouwd door een aantal Visienota’s²⁰. In de Visienota “Maatschappelijk Verantwoorde Zorg”²¹ worden vijf belangrijke uitgangspunten voor de zorg geformuleerd: kwaliteit, performantie, rechtvaardigheid, relevantie en toegankelijkheid, die via een aantal componenten worden geoperationaliseerd. In de Visienota “Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen”²² wordt gepleit voor een nieuw paradigma, waarbij de behoeften, vragen en doelen van de persoon een zorg- en ondersteuningsnood (en de naaste omgeving) als uitgangspunt worden genomen en men een paradigma-shift realiseert van “probleem-georiënteerde” naar “doel-georiënteerde” zorg en ondersteuning. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger is de ultieme ambitie²³. De Visienota over “Nieuw professionalisme”²⁴ vraagt meer aandacht voor generalistische competenties in de vorming van zorgverstrekkers. De Strategische Adviesraad is intussen opgevolgd door de Vlaamse Raad voor Welzijn, Gezondheid en Gezin, die een zeer breed takenpakket heeft.

Geïntegreerde zorg en ondersteuning plaatst de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal binnen een globale dienstverlening²⁵. Bij deze aanpak wordt het perspectief van de patiënt het organiserend principe en dit vervangt de klassieke aanbod-gestuurde modellen van zorgverlening. Een geïntegreerde aanpak leidt tot een zorgverstrekking die flexibel, gericht op de persoon en naadloos is. De patiënt is de coördinator van de eigen zorg, en beheert mede de eigen gezondheidsinformatie. **“Patiënt centraal”** betekent dat de zorg zo goed als mogelijk past in de natuurlijke leefomgeving van de patiënt. De patiënt wordt zo nodig gegidst, ondersteund, gestuurd en versterkt door professionals (“patient empowerment”).

Voor personen met een chronische ziekte staat levenskwaliteit centraal. Voor hen is het belangrijk om hun leven zo goed mogelijk verder te zetten met de nodige ondersteuning. Dit betekent dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood de activiteiten van het dagelijkse leven zo goed als mogelijk kan blijven uitvoeren of herwinnen. Dit betekent ook dat de zorg uitgaat van de (levens)doelen van de patiënt en dat de behandeling, medicatie en zorg bijdraagt aan wat belangrijk is in het leven van de patiënt²⁶.

Het rapport van de inter-kabinettenwerkgroep Chronisch Zieken: "Oriëntatienota: Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België"²⁷ vormt een belangrijk document in het uittekenen van het kader voor nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Andere belangrijke nota's uit de voorbije jaren zijn, voor wat betreft de ziekenhuizen: "Together we care"²⁸, "Together we count"²⁹ en de nota "Regionale Ziekenhuisnetwerken"³⁰, en voor de eerste lijn "Together we change"³¹.

Performante gezondheidszorg moet vandaag bijdragen tot de realisatie van de "**Quadruple Aim**": dit concept formuleert 4 doelstellingen voor de gezondheidszorg:

- (1) verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren,
- (2) verbeteren van gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid,
- (3) het realiseren voor de patiënt van meer "waarde" op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen en
- (4) ervoor te zorgen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen³².

Recent wijst het Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH), dat de Europese Commissie adviseert, erop dat het uitbouwen van 'Value-based' health care bijdraagt tot de realisatie van deze doelstellingen. Daarbij dient men zich niet louter te beperken tot 'economische waarde' (kosten-effectiviteit), maar aandacht te besteden aan 4 dimensies: "*The EXPH proposes to define 'value-based healthcare (VBHC)' as a comprehensive concept built on four value-pillars: appropriate care to achieve patients' personal goals (personal value), achievement of best possible outcomes with available resources (technical value), equitable resource distribution across all patient groups (allocative value) and contribution of healthcare to social participation and connectedness (societal value)*".³³

In de volgende hoofdstukken zullen we ingaan op hoe deze inzichten kunnen vertaald worden in een innovatief operationeel plan voor België, met aandacht voor de financiering, het institutioneel kader, de organisatie, de zorgprocessen, het personeel in de gezondheidszorg en de "governance" van het gezondheidszorgsysteem. Ten slotte besteden we aandacht aan de noodzakelijke transitie-processen.

3. Financiering van een Nationaal GezondheidsSysteem (NGS).

a. Probleemstelling.

Het realiseren van een gedecentraliseerde gezondheidszorg binnen een systeem van brede nationale solidaire financiering vraagt om een solide financiële basis, die best zo breed mogelijk wordt samengesteld.

De huidige financiering van onze gezondheidszorg volgt de principes van het 'Bismarck-systeem', dit betekent dat het grootste deel van de middelen wordt verzameld via sociale bijdragen (werknemers- en werkgeversbijdragen, bijdragen van zelfstandigen). Dit systeem werkte goed, in een tijd waarin de meerderheid van de mensen het overgrote deel van hun levensloop werkten en dus bijdragen betaalden. In de voorbije decennia is de groep die bijdraagt een steeds dalend percentage van de totale bevolking geworden, en deze trend zal zich verder doorzetten: de groep van 15- tot 65- jarigen maakt momenteel 63,7 % van de bevolking uit, dit wordt 61,3 % in 2030 en 58 % in 2070. Daarentegen maakt de groep 65+ers momenteel 19,3 % uit van de bevolking, dit wordt 22,2 % in 2030 en 26,2 % in 2070.

Deze demografische ontwikkelingen hebben ook impact op de kinderbijslagen en de pensioenen, maar de sector gezondheidszorg heeft een aantal specifieke kenmerken:

- de uitgaven beperken zich niet tot een sub-segment van de bevolking (kinderen, 65+ers), maar betreffen de hele bevolking; daar waar men conceptueel het 'pensioen' nog logisch kan verbinden met de professionele loopbaan (hoewel ook deze band in vraag wordt gesteld cfr. de voorstellen mbt een 'minimum-pensioen'), is de band tussen professionele loopbaan en uitgaven voor gezondheid en ziektekosten nauwelijks aanwezig (met uitzondering eventueel voor arbeidsgeneeskunde en de regeling voor beroepsziekten, maar dit betreft financieel bescheiden sectoren);
- de uitgaven zijn zeer ongelijk verdeeld: 70 % van de uitgaven, gaat op jaarbasis naar 10 % van de bevolking; de bijdragen voor ziektekosten doen dus een beroep op een zeer grote vorm van solidariteit;
- de uitgaven zijn onderhevig aan een complexe groep van determinanten: leeftijd en geslacht (zie figuur 1; in 2030 wordt België geconfronteerd met de forse toename van de 80+ers, aangezien de na-oorlogse 'baby-boom' generatie dan deze leeftijd bereikt), sociale determinanten, ook het voorkomen van ziekten (waarbij vooral de toename van multi-morbiditeit een rol speelt, zoals hoger aangegeven), het (gezondheids-)gedrag van de bevolking, maar vooral de wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen (nieuwe medicijnen, nieuwe technische interventies,...) bepalen de groei van de uitgaven; een aantal van deze determinanten liggen buiten het beleidsdomein van de gezondheidszorg.

Bovenstaande factoren maken dat men zich kan afvragen of een financiering van gezondheidszorg via sociale bijdragen, een duurzaam toekomstperspectief biedt. Hier komt nog bij dat een eventuele toename van de sociale bijdragen de loonkost vermeerdert, wat een ongunstige invloed heeft op de concurrentiepositie van de lonen.

In het stelsel van de werknemers in de privé-sector wordt ongeveer 13 à 15 % van het bruto-loon als sociale zekerheidsbijdrage (werknemers- en werkgeversbijdrage) besteed aan uitgaven “ziekte en invaliditeit”.

In 2016 waren de sociale zekerheidsinkomsten als volgt verdeeld³⁴:

- Sociale zekerheidsbijdragen (62%),
- Overheidssubsidies (22%) : via de fiscaliteit;
- Alternatieve financiering (11%): dit betreft een eigen alternatieve financiering voor de gezondheidszorg met inkomsten uit BTW;
- Andere (5%)

b. Voorstel: de middelen voor gezondheidszorg worden verworven op nationaal niveau, via de fiscaliteit.

Wij stellen voor om de financiering van de kosten voor gezondheidszorg (volledig) te halen uit de fiscaliteit, via een transfer van het gedeelte van de sociale bijdragen bestemd voor de gezondheidszorg, naar de bedrijfsvoorheffing¹. Immers, hoe breder de financieringsbasis, hoe sterker de financiële draagkracht van het systeem. Dit idee is niet nieuw, en duikt zo wat elke 10 jaar eens op in de debatten rond de financiering van de gezondheidszorg.

Vandaag zijn er een aantal extra-redenen om voor dit model van financiering te kiezen:

- de demografische factor: meer mensen zullen gedurende langere perioden van hun leven nood hebben aan gezondheidszorg: dit maakt het psychologisch meer acceptabel om levenslang bij te dragen aan de financiering van het systeem (via de fiscaliteit);
- verplaatsing van het debat rond de grote beleidskeuzen in de gezondheidszorg en de gezondheidsdoelstellingen naar het federaal parlement, met kans op meer transparantie en meer publiek bewustzijn rond een sector die ongeveer 10 % van het BBP beslaat;
- een financiering via de fiscaliteit maakt interactie en samenwerking met andere sectoren (wonen, tewerkstelling, verkeer,...), die ook via de fiscaliteit gefinancierd worden gemakkelijker: het wordt eenvoudiger om ‘Health in all policies’ te realiseren;
- het ‘overheidsbeslag’ blijft ongewijzigd, maar wordt anders verdeeld;
- een gefiscaliseerd systeem is eenvoudiger om een correcte, transparante verdeling van de middelen over de drie (vier?) gewesten te realiseren (zie verder).

¹De bedrijfsvoorheffing is een voorschot op de definitieve inkomstenbelasting. Het bedrag wordt maandelijks 'aan de bron' ingehouden door de werkgever op het belastbare loon – dat is het brutoloon min de sociale bijdragen – van de werknemers. Die inhouding hangt vooral af van de hoogte van het belastbare brutoloon – dat is het brutoloon vermeld in de arbeidsovereenkomst min de sociale bijdragen – en de samenstelling van het gezin. Nadien wordt die bedrijfsvoorheffing verrekend in de belastingafrekening van de werknemers.

Zoals voor alle middelen, die via de fiscaliteit worden verworven, veronderstelt deze aanpak een correcte en rechtvaardige inning van de belastingen via een correcte fiscaliteit geïoriënteerd op duurzaamheid: de sterkste schouders moeten hierbij de zwaarste lasten dragen.

Een sterke financiële solidariteit voor de gezondheidszorg, veronderstelt een zo groot mogelijk draagvlak. Dit is het nationaal niveau. Deze sterke financiële basis moet een gedecentraliseerd invulling van de uitvoering van de zorg, binnen de democratisch overeengekomen gezondheidsdoelen, mogelijk maken.

c. Hoeveel middelen zijn nodig? Welke groeivoet voor de uitgaven in de periode 2020-2030?

Rekening houdend met de demografische, epidemiologische en technologische ontwikkelingen lijkt een **jaarlijkse groeivoet** (boven inflatie) van **3 %** noodzakelijk, realistisch en haalbaar. Dit betekent een jaarlijkse stijging van het budget met ongeveer 1 miljard euro. Uiteraard impliceert deze budgettaire ruimte dat de middelen optimaal worden gebruikt, zonder onder- en overgebruik en met zorg 'die ertoe doet', die relevant is.

Bijzondere aandacht vraagt de financiering van de transitie van ziekenhuis-geïoriënteerde zorg, naar zorg die hoofdzakelijk thuis en in het thuisvervangend milieu plaats vindt (de 'vermaatschappelijking van de zorg'). Voor België betekent dit dat men progressief in de periode 2020-2030 het aantal acute ziekenhuisbedden met 20 % afbouwt en het huidig aandeel van de eerstelijnsgezondheidszorg in de uitgaven voor gezondheidszorg (ongeveer 12-14 %) optrekt tot 30 %. Uit buitenlandse ervaringen weten we dat – in de overgangsfase – een dubbele financiering nodig is: de ziekenhuiszorg kan nog niet worden afgebouwd, terwijl nieuwe middelen in de thuiszorg noodzakelijk zijn. Het EXPH heeft in zijn 'brainstorming-nota' ervoor gepleit dat: *"helping Member States in adopting and adjusting to new models of care should go hand in hand with good decisions on the financial side. Special attention should be paid to support for transition-costs e.g. helping Member States to shift care from hospitals to community."*³

De voorgestelde groeivoet van 3 % is lager dan de groeivoet in het begin van deze eeuw, maar ligt hoger dan de groeivoet in de periode 2014-2019.

d. Waarom wordt het geld besteed?

Het geld wordt besteed aan de realisatie van de **gezondheidsdoelstellingen**. We stellen voor het gezondheidsbeleid te oriënteren op basis van globale gezondheidsdoelstellingen, die tegemoet komen aan de grote uitdagingen waar wij voor staan en die worden voorbereid en besproken in het federaal parlement, en daar – mede op basis van adviezen vanuit de parlementen van de gewesten (regio's) – worden bekrachtigd. Gezondheidsdoelstellingen nemen een tijdsperspectief van 10 jaar (twee legislaturen) en leggen de algemene oriëntaties vast.

Voorbeelden van gezondheidsdoelstellingen:

“Tegen 2030 verkleint België de sociale ongelijkheid in gezondheid substantieel. Dit gebeurt door de actuele verschillen in levensverwachting in goede gezondheid tussen personen al naargelang hun positie op de sociale ladder met 25 % te verminderen.”

“Tegen 2025 daalt het aantal rokers bij de 25-jarige mannen en vrouwen met 25 %.”

“Tegen 2030 optimaliseert België het voorschrijven van antibiotica voor infectieuze aandoeningen. Meer bepaald betekent dit een afname van het gebruik van antibiotica in de ambulante sector (buiten de ziekenhuizen) van meer dan 800 voorschriften per 1000 inwoners per jaar naar 400 voorschriften in 2025 en naar 300 voorschriften in 2030.”

“Tegen 2030 daalt het aantal CT-scans in België van 200 per 1000 inwoners naar 100 per 1000 inwoners”.

“Tegen 2025 heeft elke Belg een laagdrempelige toegang tot eerstelijnspsychologische hulp”.

“Tegen 2030 haalt België voor alle indicatoren (luchtkwaliteit, water, bodem, geluid, ...) de internationaal vastgelegde normen (EU, WHO,...) en levert de internationaal afgesproken bijdrage aan het terugdringen van klimaatverandering.”

Het parlementair debat over de doelstellingen, brengt het thema gezondheid op de politieke, democratische en publieke agenda (daar waar dit momenteel vooral een – vaak impliciete - zaak is van overleg binnen de structuren van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid). Zo een debat moet goed worden voorbereid, met wetenschappelijk onderbouwde rapporten en een participatie van een breed middenveld (via hoorzittingen, ...). Dit debat zet de grote lijnen uit voor het **Nationaal GezondheidsSysteem (NGS)**, dit is : *“...the ensemble of all public and private organisations, institutions and resources mandated to improve, maintain or restore health. A National Health System encompasses both personal and population services, as well as activities to influence the policies and actions of other sectors to address the social, environmental and economic determinants of health”*³⁵.

De nationale doelstellingen beschrijven WAT moet gebeuren, HOE dit moet gebeuren is een zaak van de gewesten/regio's, die de algemene gezondheidsbeleidsdoelstellingen concretiseren, specifieke accenten leggen en prioriteiten vastleggen, alsmede een timing.

e. Hoe worden de middelen verdeeld?

Het eerste niveau van decentralisering van de gezondheidszorg wordt gevormd door de deelstaten/regio's/gewesten: de zorg voor gezondheid wordt een territoriaal gegeven, niet langer een persoonsgebonden gegeven: technisch wordt gezondheid een Gewest-materie, niet langer een Gemeenschaps-materie. De drie of vier Gewesten (Vlaams Gewest, Waals Gewest, Brussels

Hoofdstedelijk Gewest en eventueel het Duits Gewest²) zijn volledig bevoegd voor de organisatie en uitvoering van de gezondheidszorg, voor de personen die zich op hun territorium bevinden, en realiseren deze bevoegdheid, in nauwe samenwerking met (clusters van) lokale besturen van de steden en gemeenten die het Gewest uitmaken. De belangrijkste reden voor deze keuze is, dat het bijzonder inefficiënt is, om mensen in hetzelfde Gewest te laten “kiezen” tussen en gebruik maken van 2 verschillende systemen (het Nederlandstalige en het Franstalige). Dit leidt tot grote ongelijkheid (en dus weinig verbinding), en tot fragmentatie van de dienstverlening. Het bemoeilijkt bovendien de ontwikkeling van buurtgerichte zorg (essentieel in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg). De implementatie van de zesde staatshervorming toont aan tot welke inefficiënte, dure en sociaal disruptieve effecten het werken met gezondheid als gemeenschapsbevoegdheid in Brussel aanleiding geeft. Het fundamenteel probleem hierbij is dat Brussel geen Nederlandstalige of Franstalige Gemeenschap is, maar in meerderheid een internationale multiculturele Gemeenschap. De keuze voor een specifiek Brussels gezondheidsbeleid voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt mede verantwoord door de specifieke problematiek, de populatie-samenstelling, en de internationale functie van het Gewest (als ‘hoofdstad’ van Europa). Een grote uitdaging vormt er het groot tekort aan huisarts- en eerstelijnspraktijken enerzijds en een groot teveel aan tweedelijnsziekenhuizen, terwijl de aanwezige universitaire ziekenhuizen slechts voor een zeer beperkt deel van hun activiteiten een universitaire derdelijnsfunctie opnemen.

Het grootste deel van de middelen wordt onder de Gewesten verdeeld, op basis van de ‘zorgbehoeften/zorgprognoses’: een (te ontwikkelen) verdelingsmodel gebaseerd op demografische en epidemiologische gegevens (leeftijd, geslacht, inkomen, opleidingsniveau, aanwezigheid van Etnisch Culturele Minderheden, armoede, ziekten – vanuit een ecobiopsychosociale benadering -, bevolkingsdichtheid, andere determinanten,...) vormt de basis voor de verdeling van de budgetten over de gewesten. Het basis-principe is: wie meer en zwaardere noden te verzorgen heeft, ontvangt meer middelen.

De Gewesten zijn bevoegd voor de volledige governance, indeling, planning organisatie, kwaliteitszorg, interprofessionele en intersectorale samenwerking in de gezondheidszorg. Bovendien zijn ze bevoegd voor de rekrutering, selectie, opleiding en retentie van gezondheidswerkers, Kortom, de Gewesten zijn verantwoordelijk voor het functioneren van de gezondheidszorg en de interactie met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. De welzijnssector wordt ook een bevoegdheid van het Gewest en gezondheids- en welzijnssector opereren optimaal geïntegreerd op niveau van het Gewest.

Op **federaal niveau** worden volgende **bevoegdheden** uitgeoefend:

- Er wordt geïnvesteerd in een sterke nationale wetenschappelijke onderbouwing van de gegevens die het beleid ondersteunen: een “**Nationaal Instituut voor de Volksgezondheid**” integreert wat nu gebeurt aan data-verzameling en wetenschappelijke beleidsonderbouwing in het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, het RIZIV, IMA (Inter Mutualistisch

² Over de zinvolheid van een Gewest met 70000 inwoners kan gediscussieerd worden. Zo een Gewest zal in elk geval voor heel wat domeinen moeten samenwerken met een ander Gewest, waar het territoriaal aan grenst. Persoonlijk denk ik dat zo een Gewest een dure constructie zal zijn, wegens de afwezigheid van de noodzakelijke kritische massa om schaalvoordelen te creëren.

Agentschap), de FOD Volksgezondheid, Sciensano³, FAGG⁴, Ebpracticenet (referentieplatform voor Evidence Based practice)³⁶...

- Teneinde onwenselijke 'push-' en 'pull-' mechanismen zowel van patiënten als van zorgverstrekkers of instellingen binnen het land te vermijden, wordt ervoor gezorgd dat de financieringsmechanismen (niet de organisatiemodellen) voor de zorg nationaal worden vastgelegd, inclusief de erbij horende tarieven (prestatie, capitatie – de zogenaamde forfaitaire betaling, ligdagprijs voor tweedelijnsziekenhuizen, 'global payment', 'bundled payment', ...). Deze vastlegging gebeurt in **interprofessionele nationale commissies**, die streven naar financieringsmechanismen, die maximaal bijdragen tot relevantie, toegankelijkheid, persoonsgerichtheid, kwaliteit, kosten-effectiviteit, duurzaamheid en innovatie. In deze commissies zetelen vertegenwoordigers van de overheid, de zorgorganisaties, de zorgverstrekkers, de patiënten en de samenleving. De Commissies baseren hun beslissingen op wetenschappelijke adviezen, met transparante motivatieplicht wanneer van de adviezen (van de Wetenschappelijke Raad in het Nationaal Instituut voor de Volksgezondheid) wordt afgeweken.
- Het percentage van het nationale budget dat besteed wordt aan primaire en secundaire preventie, stijgt tot 3% (2025) en 5% (2030). Deze middelen worden verdeeld via de 'geïntegreerde preventie-programma's' die door de Gewesten worden voorgesteld. Deze investering moet op termijn aanleiding geven tot een daling van de uitgaven, vooral voor chronische aandoeningen, die volgens sommige berekeningen (denktank Itinera) tot 7 miljard Euro kan bedragen.
- Er worden middelen voor R&D (Onderzoek & Ontwikkeling) geïnvesteerd in een Innovatiefonds, beheerd door de Gewesten, waarbij de Gewesten projecten kunnen indienen en waar voor de noodzakelijke afstemming tussen innovaties wordt gezorgd. Gewesten die beter de nationale gezondheidsdoelstellingen realiseren, krijgen toegang tot meer innovatiemiddelen.
- Een aantal bevoegdheden zijn Federaal: bestrijding van rampen, epidemieën, voedselveiligheid, luchtkwaliteit, geluidshinder,...; geïntegreerde registratie (rekening houdend met gegevens van Health Technology Assessment), prijszetting en terugbetaling van geneesmiddelen en 'medical devices'; vastlegging van de lijst van gezondheidszorgberoepen en van de bijhorende algemene erkenningscriteria (conform de Europese Richtlijnen).

³ Sciensano is een [federale wetenschappelijke instelling](#) en het federale [onderzoekscentrum](#) voor de [volksgezondheid](#), de [diergezondheid](#) en de [voedselveiligheid](#) van [België](#). De instelling heeft als motto "levenslang gezond" en telt anno 2018 meer dan 700 medewerkers.

De opdrachten van Sciensano omvatten onder andere het onderzoeken van de [impact van het milieu op de gezondheid](#), het monitoren van de Belgische [voedselconsumptie](#) en de voedselveiligheid, het verzamelen van gegevens over de gezondheid van de bevolking en het opvolgen van [infectieziekten](#), het meten van de kwaliteit van de [gezondheidszorg](#), de [kwaliteitscontrole](#) van [geneesmiddelen](#), [vaccins](#) en medische [laboratoria](#), het beoordelen van de [bioveiligheid](#) en het opvolgen van de diergezondheid

⁴ Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) (in het [Frans](#): *Agence fédérale des médicaments et des produits de santé* oftewel *AFMPS*) is in [België](#) de bevoegde overheid voor het verzekeren van de kwaliteit, de veiligheid en de doeltreffendheid van [geneesmiddelen](#) en gezondheidsproducten (medische hulpmiddelen en hulpstukken, grondstoffen, bloed en zijn bestanddelen van menselijke oorsprong, menselijk lichaamsmateriaal), voor zowel menselijk als diergeneeskundig gebruik, in klinische ontwikkeling en op de markt.

- De Federale overheid staat in voor de coördinatie van de relaties van de Gewesten met relevante internationale instanties (Wereld GezondheidsOrganisatie, EU,...)
- Er komt **een aparte nationale eigenstandige financiering voor de 7 universitaire ziekenhuizen**, die met elkaar een taakverdeling afspreken m.b.t wetenschappelijk onderzoek en zorgverlening ('wie doet wat i.v.m. de complexe zorg en de zorg voor zeldzame aandoeningen, waarvoor expertisebundeling noodzakelijk is'). Het aantal universitaire ziekenhuisbedden in België wordt gehalveerd. De expertisebundeling moet ervoor zorgen dat elke Belg (ook met een zeldzame aandoening) de beste zorg kan krijgen, die vandaag realiseerbaar is. Voor zeer complexe en zeer zeldzame aandoeningen, worden internationale afspraken gemaakt en wordt samengewerkt met de relevante ERN (European Reference Networks).

Een belangrijke rol wordt gespeeld door de *Conferentie van de Ministers van Volksgezondheid van de Gewesten* (1 Minister per Gewest). Zij komen regelmatig samen (maandelijks) en hebben initiatiefrecht t.a.v de vastlegging van de materies die eventueel door het Nationaal GezondheidsSysteem moeten worden behartigd (b.v. voorstellen voor nieuwe gezondheidszorgberoepen, nieuwe vormen van terugbetaling van geneesmiddelen, nieuwe vormen van financiering van zorgverstrekking, creëren van asymmetrische regelgeving voor de financiering van bepaalde aspecten van de gezondheidszorg in de Gewesten...). Deze Conferentie capteert ook de signalen m.b.t. zorgverlening vanuit de gedecentraliseerde entiteiten (steden, gemeenten,...) en gaat hiermee aan de slag.

Ter informatie voegen we hieronder een kort overzicht toe van de organisatie van de gezondheidszorg in Zwitserland³⁷, het land met de meest gedecentraliseerde gezondheidszorg³⁸.

Zwitserland als inspiratie? Wat kunnen we leren uit de Zwitserse ervaring?

Op het vlak van gezondheidsbeleid heeft Zwitserland een zeer complex systeem, met het sterkst gedecentraliseerd kader in Europa (veel bevoegdheden bij de 26 Kantons), functionerend in het kader van een sterke rechtstreekse democratie (systeem van publieke referenda).

Zwitserland besteed 12,3 % van zijn BBP aan gezondheidszorg (EU-gemiddelde 9,9 %). De jaarlijks uitgaven per patiënt bedroegen in 2013, 8009 US\$ (PPP: in 'purchasing power parities'), dat is meer dan het dubbele van de uitgaven in de EU. Er is – sinds 2000 – een verplicht systeem van (private non-profit) verzekering voor ziekte, waar alle burgers toe bijdragen door premies te betalen aan de verzekeringsinstellingen. Deze verzekeringsinstellingen hebben een acceptatieplicht (zij kunnen geen mensen weigeren), en het Kanton draagt bij in de betaling van de premies voor mensen met een laag inkomen. Van alle uitgaven wordt 26 % 'out-of-pocket' betaald door de patiënten, op het moment dat ze zorg ontvangen (Europees gemiddelde 16 %). Het grootste deel van de totale uitgaven komt vandaag van de verzekeringsinstellingen (35,8 %), dan volgen de 'out-of-pocket' payments (eigen bijdragen van de patiënt op het ogenblik van de zorg) met 26 % en 20,3 % komt via de (Kantonale) belastingen. Slechts 66 % van de uitgaven wordt met publieke middelen gefinancierd, in Europa is dat gemiddeld 76 %. De patiënten kiezen de jaarlijkse 'franchise' binnen wat de verzekeringsinstellingen aanbieden (de bedragen die de verzekerden zelf moeten betalen vooraleer er tussenkomst is). In 2017 konden volwassenen kiezen tussen 500 Euro en 2500 Euro: wie kiest voor een hogere franchise, betaalt een lagere premie.

Opvallend: in de voorbije jaren kent Zwitserland een (traag) proces waarbij meer bevoegdheden m.b.t. gezondheidsbeleid naar het nationaal niveau worden overgeheveld. Toch blijft het systeem “zeer gefragmenteerd”.

Volgende bevoegdheden zijn federaal:

- het vastleggen van het mechanisme voor de financiering van het systeem (via de verplichte verzekering): de zogenaamde Federal Health Insurance Law (KVG/LAMal);

- de kwaliteit, veiligheid en kostprijs van geneesmiddelen en ‘medical devices’; -specifieke domeinen van volksgezondheid (controle van besmettelijke ziekten, voedselveiligheid, sommige aspecten van gezondheids promotie);

- wetenschappelijk onderzoek, normering en kwaliteitsbeoordeling van opleiding van gezondheidsprofessionals;

- de inhoud en betaling (hoofdzakelijk betaling per prestatie) van het zorgpakket van huisartsen en specialisten (ongeveer 4600 ‘nomenclatuurnummers’ waaraan telkens een aantal ‘punten’ worden toegekend, maar het bedrag per punt is een Kantonale bevoegdheid), betaling van de intramurale zorgverstrekking en de zorg geleverd door andere zorgverstrekkers op voorschrift van de arts.

De lonen van de werknemers in de gezondheidszorg, verschillen van kanton tot kanton. Dit geldt ook voor de artsen in loondienst met een duidelijke west-oost gradiënt (artsen in Genève worden behoorlijk beter betaald dan in Ticino).

De planning van het aantal zorgverstrekkers, is een gezamenlijke bevoegdheid van de federale overheid en de Kantons.

Het beleidsprincipe voor gezondheidszorg lijkt eenvoudig: *“Alle bevoegdheden liggen bij de Kantons, behalve die bevoegdheden die de grondwet aan de federale overheid heeft toegewezen”*. De praktijk is echter iets complexer.

Zwitserland kent *drie beleidsniveau’s*: het federaal niveau (de ‘Confederatie’), de 26 kantons en 2352 gemeenten. Bovendien is er een sterke invloed van belangenorganisaties: organisaties van gezondheidszorgverstrekkers en van verzekeraars hebben veel invloed, en het volk heeft een veto-recht (referenda).

De Kantons zijn verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van de zorgverstrekking voor hun inwoners, waarbij ze soms akkoorden afsluiten met naburige kantons, zodat hun inwoners ook daar verzorging kunnen krijgen. De Kantons leggen de regelgeving voor de uitvoering van de zorg vast, en zijn bevoegd voor preventie en een deel van de gezondheids promotie. Een zeer belangrijke rol wordt gespeeld door de ‘Conferentie van de Kantonale Ministers van Volksgezondheid’.

Steden en gemeenten zijn bevoegd voor aspecten van ouderenzorg, thuiszorg en ondersteunende diensten aan huis en de uitvoering van een aantal opdrachten in de gezondheids promotie en preventie.

Samengevat: in Zwitserland is er een sterke decentralisatie, maar veel essentiële bevoegdheden worden federaal uitgeoefend. Er is een tendens tot versterking van het federaal niveau.

4. Implementatie van het gezondheidsbeleid: structuur en organisatie.

a. Structuur van het gezondheidsbeleid.

We stellen voor dat het Nationaal GezondheidsSysteem onder de verantwoordelijkheid van één federale Minister van Volksgezondheid valt, geïnspireerd en gecontroleerd door de parlementaire Commissie Volksgezondheid.

Een **Nationale Beleidsraad** (opererend in nauwe samenwerking met het Nationaal Instituut voor Volksgezondheid) zorgt voor de beleidsvoorbereidende adviezen, o.a. voorbereiding van de gezondheidsdoelstellingen en besluitvorming rond de residuele nationale bevoegdheden. De Beleidsraad is – bij wijze van voorbeeld - samengesteld uit 6 vertegenwoordigers van de Gewesten, 6 vertegenwoordigers van zorginstellingen, 8 vertegenwoordigers van de verschillende groepen zorgverstrekkers en 6 vertegenwoordigers van gebruikers (patiënten, mantelzorgers,..).

De Beleidsraad wint voor zijn beleidsvoorbereidende documenten steeds het advies in van de **Wetenschappelijke Raad voor het Gezondheidsbeleid**, die – op basis van de data van het Nationaal Instituut - als opdracht heeft de wetenschappelijke stand van zaken te vertalen in een “evidence-based” en ‘maatschappelijk verantwoord’, wetenschappelijk onderbouwd advies.

Een aantal **interprofessionele nationale commissies** rond de financieringsregelen, de globale criteria voor erkenning van gezondheidszorgverstrekkers, registratie, prijszetting, terugbetaling van geneesmiddelen en ‘medical devices’ ...waarin telkens ook vertegenwoordigers van patiënten en van de samenleving zetelen, bereiden de dossiers voor.

Het beleid volgt een **transparante beleidscyclus**: het algemeen kader vormen de beleidsdoelstellingen met een perspectief van 10 jaar, voorbereid door de Beleidsraad op basis van adviezen van de Wetenschappelijke Raad (geïntegreerd in het Nationaal Instituut voor Volksgezondheid), breed besproken in de parlementaire Commissie Volksgezondheid, en plenair in het parlement bekrachtigd. Deze doelstellingen geven algemene oriëntaties aan, en worden verfijnd en aangevuld op het niveau van de Gewesten.

Het **subsidiariteitsbeginsel** staat centraal: alles wordt geregeld en georganiseerd door de Gewesten (met mogelijkheid tot verdere delegatie naar de steden en gemeenten), met uitzondering van wat specifiek aan het nationale niveau is toegewezen (zie hoger).

De goede werking van een onafhankelijke Wetenschappelijke Raad voor de Volksgezondheid is essentieel: pas wanneer goede, wetenschappelijk onderbouwde informatie aanwezig is, zowel over de aard en de omvang van een probleem, als van de determinanten van een probleem en het effect van mogelijke interventies (ook op langere termijn),...is het uitwerken van kwaliteitsvolle, duurzame beleidsvoorstellen mogelijk. De Wetenschappelijke Raad adviseert ook de Beleidsraad m.b.t. het noodzakelijk wetenschappelijk onderzoek om onderbouwde adviezen te kunnen voorbereiden. Dit leidt tot een toename van beleidsmatig onderzoek (health services research, health economics, health policy research,...) door de Universiteiten en wetenschappelijke instellingen en stimuleert de participatie van Belgische onderzoeksgroepen in internationaal onderzoek terzake (b.v. Horizon Europe, ...).

Ook in de Gewesten wordt de zorg uitgebouwd op basis van het subsidiariteitsbeginsel. Op populatie-niveau wordt sterk ingezet op primaire preventie en versterken van 'health literacy'. De basis van het zorgsysteem en de interface met de bevolking vormt een sterke eerstelijnsgezondheids- en welzijnszorg, in Vlaanderen gecoördineerd op het niveau van de "eerstelijnszones" (een samenwerking van gemeenten met gezamenlijk 75000 tot 125000 inwoners).

Wanneer noodzakelijk verwijzen de hulpverleners op de eerste lijn naar de gespecialiseerde tweedelijnsvoorzieningen. Hierbij wordt het principe van de echelonnering gehanteerd: patiënten kunnen enkel via een "verwijzing" door de eerste lijn naar de gespecialiseerde zorg. Dit kan (voor acute problemen en diagnostische uitwerking) via een 'korte verwijzing' (maximum 2 maand), bij chronische aandoening via een 'lange verwijzing' (maximum 6 maand). De gespecialiseerde tweedelijnsvoorzieningen worden afgestemd op het niveau van ziekenhuisnetwerken in de Regionale Zorgzones.

Door de echelonnering wordt het actuele probleem van de lang wachtlijsten voor sommige vormen van gespecialiseerde zorg, (deels) opgelost (o.a. in de geneeskundige verzorging).

Wanneer het gaat om zeer zeldzame en/of complexe problemen wordt verwezen naar topreferentie- en topklinische zorg op de derde lijn, waarbinnen de Universitaire ziekenhuizen (met een specifieke federale financiering) een aparte plaats innemen (voor geconcentreerde aanpak van zeer zeldzame en complexe problemen).

b. Financieringsstromen.

De middelen worden via de federale fiscaliteit verzameld, en omgezet in een 'begroting gezondheidszorg' die jaarlijks met ongeveer 1 miljard Euro toeneemt in de periode 2020-2030 (zie 3.c.). Het grootste deel van deze middelen wordt vervolgens verdeeld onder de drie Gewesten, op basis van een verdeelsleutel die bepaald wordt door de "zorgprognoses/zorgbehoefte" van het Gewest (demografie, epidemiologie, functionele toestand, socio-economische indicatoren, bevolkingsdichtheid,...). Met deze middelen kan het Gewest zelf de zorg organiseren, met dien verstande dat de financieringsmechanismen die tot de federale bevoegdheid behoren moeten worden gerespecteerd. Het Gewest kan wel binnen de beschikbare middelen b.v. nieuwe zorgdisciplines financieren, mechanismen van kwaliteitsbevordering financieren, subsidiariteit en task-shifting ontwikkelen, ziekenhuisbedden afbouwen en/of heroriënteren, zorgprogramma's vastleggen,...in afstemming met steden en gemeenten, waaraan het Gewest opdrachten m.b.t. uitvoering van gezondheidszorg kan toevertrouwen en deze ook financieren.

Een toenemend deel van de financiering (tegen 2025: 3 %; tegen 2030: 5%) wordt besteed aan de financiering van door de Gewesten voorgestelde geïntegreerde preventieprogramma's (zie 3.e.).

De performantie van het Gewest wordt geëvalueerd door de vooruitgang m.b.t. de realisatie van de federale gezondheidsdoelstellingen te meten. Performante Gewesten krijgen extra-middelen voor innovatie.

Steden en gemeenten nemen in toenemende mate verantwoordelijkheid voor de concrete invulling van de zorgopdrachten. Dit veronderstelt dat zij een voldoende grote kritische massa hebben (minimaal 40000 inwoners). Uit buitenlandse ervaringen (Finland, Denemarken, Canada,..) komt naar voor dat heel wat zorg op het lokale niveau kan worden geleverd, en op die manier optimaal kan aansluiten bij zorgnoden en gebruik kan maken van opportuniteiten (burgerinitiatieven, participatie, informele zorg, buurtgerichte samenwerking,...). Lokale besturen kunnen dit enkel waar maken wanneer de noodzakelijke deskundigheid en de noodzakelijke financiering door de Gewesten wordt ter beschikking gesteld.

c. Ter illustratie: mogelijke invulling in Vlaanderen (ter discussie).

Vlaanderen dient de nationale gezondheidsdoelstellingen te realiseren en kan deze aanvullen met een aantal Vlaamse doelstellingen b.v. in het kader van de verbetering van de toegankelijkheid, integratie van informatie door het ontwikkelen en uitrollen van een "Geïntegreerd Elektronisch Gezondheids- en Welzijnsdossier" voor elke burger, inzetten op de versterking van de eerstelijns (in het kader van de opvolging van de Eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017), ontwikkelen van performante ziekenhuisnetwerken op de tweede lijn. Vlaanderen kan zich bij de implementatie van de besluiten van deze eerstelijnsconferentie aansluiten bij de Europese definitie van eerstelijnszorg zoals in juli 2014, door het "Expert Panel on EXPH" werd gedefinieerd: *"Eerstelijnszorg is het verstrekken van universeel toegankelijke, geïntegreerde, persoonsgerichte, integrale zorg voor gezondheid in de gemeenschap door een team van professionelen die verantwoordelijk zijn om de overgrote meerderheid van de gezondheidsproblemen aan te pakken. Deze dienstverlening komt tot stand in een duurzaam "partnership" met patiënten en mantelzorgers, in de context van het gezin en de lokale gemeenschap, en speelt een centrale rol in de algemene coördinatie en de continuïteit van de verzorging van een bevolking. De professionelen, actief in de eerste lijn zijn o.a.: tandartsen, diëtisten, huisartsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, apothekers, kinesitherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers"*³⁹. De eerste lijn is internationaal volop in beweging: het Europees bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) publiceerde, in opvolging van het World Health Rapport "Primary Health Care: now more than ever!" (2008), het rapport: "Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st century", waarin de eerstelijnszorg als hoeksteen van een modern gezondheidszorgbeleid naar voor wordt geschoven: "Health 2020 remains committed to a primary health care approach as a cornerstone of health systems in the 21st century. Primary Health Care can respond to today's needs by fostering and enabling environment for partnerships to thrive and encouraging people to participate in new ways in their treatment and take better care of their own health. Making full use of 21st-century tools and innovations such as communication technology-digital records, telemedicine and e-health – and social media, can contribute to better and more cost-effective care. Recognizing patients as a resource and as partners and being accountable for patient outcome are important principles". De eerstelijnsgezondheidszorg kan niet los gezien worden van een bredere definitie van "eerste lijn". Gezondheid is onafscheidelijk verbonden met welzijn, werk, woonomgeving, educatie,... en daarom is intersectorale samenwerking zeer belangrijk, en dit op alle niveaus van het zorgproces: de preventie en promotie, de instroom, het diagnostisch en therapeutisch proces, de doorstroom, de re-integratie en rehabilitatie en de palliatie, en dit zowel horizontaal (met sectoren als welzijn, wonen, educatie,...) als verticaal (vanuit de eerste lijn naar gespecialiseerde sectoren, b.v. ziekenhuizen en

terug). Vlaanderen kan hierbij de uitgangspunten van het "Geïntegreerd Breed Onthaal" en de nieuwe impulsen rond "Lokaal Sociaal Beleid" integreren.

Internationaal zijn er steeds meer rapporten die het belang van een sterke eerstelijnszorg documenteren. De QUALICOPC-studie⁴⁰, gefinancierd in het kader van het EU-FP7 programma, onderzocht de eerstelijnszorg in 34 landen. De studie toont aan dat landen met een sterke eerste lijn en continuïteit in de huisarts-patiëntrelatie, minder gebruik maakten van de Spoedopname. De ervaringen van patiënten met de eerstelijnszorg waren positiever in landen met een capitatiefinanciering (systeem van 'forfait'-betaling per patiënt). Waar de eerstelijnszorg goed toegankelijk was en geïntegreerd, was er minder uitstel van zorggebruik. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) publiceerde een 'Policy brief' in 2019: "Realising the full potential of Primary Health Care"⁴¹. Hierin wordt aangetoond dat een sterke eerstelijnszorg ongelijkheid in gezondheid terugdringt door de grote toegankelijkheid, de aandacht voor preventie en aanpak van chronische aandoeningen. Maar, er is ruimte voor verbetering: 6,1 % van de hospitalisatiedagen in de OESO-landen, wordt gebruikt voor patiënten met chronische aandoeningen die perfect in de eerste lijn kunnen behandeld worden. Momenteel wordt ongeveer 14 % van het gezondheidszorgbudget besteed aan eerstelijnszorg, dit zou moeten verdubbelen om de eerste lijn beter te organiseren met interprofessionele teams. Het rapport "Investing in Primary Care"⁴² van het Robert Graham Center (USA) toonde aan dat in die staten in de USA waar meer werd geïnvesteerd in eerstelijnszorg en in huisartsgeneeskunde in het bijzonder, er minder mensen de Spoedopname bezochten, minder mensen gehospitaliseerd werden en er minder 'vermijdbare' hospitalisaties plaats vonden.

Het **uitgangspunt van de zorg** is de hulpvraag van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Soms zal de hulpverlening via de strategieën van vroeg-detectie, screening, aanklappende zorg,... grote en dringende zorgnoden op het spoor komen bij mensen die geen expliciete zorgvraag formuleren. Dit dient steeds omzichtig te gebeuren en met respect voor ethische dimensies, niet in het minst de autonomie van de persoon. In het kader van een integrale benadering hanteren we een eco-bio-psycho-sociaal model.

In de eerste ontmoeting tussen een persoon met een zorgnood en een professionele hulpverlener, vormt de vraag: "*Waarom komt deze persoon nu met deze klacht, met deze vraag... bij deze hulpverlener?*" het uitgangspunt. Een grondige exploratie van de hulpvraag vermijdt dat de patiënt op "het verkeerde spoor" terecht komt.

Er is wetenschappelijke evidentie dat mensen met een betere "**health literacy**" sneller op de juiste plek met de juiste hulpvraag in de zorg terecht komen. Investeren in "health literacy" is een maatschappelijke opdracht en een proces dat best zo vroeg mogelijk begint. Dit vormt een belangrijke opdracht in kleuter-, basis-, secundair onderwijs. Via "health literacy"-vorming worden de noodzakelijke kennis, vaardigheden en attitudes aangebracht, om als burger voldoende "empowered" de zorg te benaderen.

In het EXPH-rapport: "Access to health care"⁴³ wordt duidelijk aangegeven dat naast kennis-barrières, ook financiële barrières, geografische barrières, fysieke barrières, psychosociale barrières, culturele barrières,... de toegang tot zorg kunnen belemmeren. In het kader van een kwaliteitsbeleid, is het

belangrijk om de mogelijke barrières in kaart te brengen en hierrond remediërende interventies op te zetten.

In principe kan men stellen dat de eerste lijn voor de burger zonder "eigen financiële bijdrage" toegankelijk moet zijn. Immers, wanneer de burger om financiële redenen gebruik van zorg op de eerste lijn uitstelt, kan dit leiden tot meer gecompliceerde zorgvragen die eventueel in een meer complexe en duurdere interventie (op de tweede lijn) verder in het proces zullen resulteren. Zorgwekkend is dat in de voorbije 5 jaar, het percentage mensen dat zorggebruik uitstelt om financiële redenen, vooral bij de meest kwetsbare groepen in de bevolking (werklozen, mensen in armoede,...) opnieuw is toegenomen.

De ontwikkeling van **buurtgerichte** zorg is extreem belangrijk bij het realiseren van een toegankelijk aanbod⁴⁴. Buurtgerichte zorg wordt daarbij gezien als een toekomstmodel voor de organisatie van het ondersteunings-, hulp-, en zorgaanbod in Vlaanderen, om zo de hulp en zorg voor iedereen bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar te houden. Het beoogt een samenhang met een buurtgerichte aanpak van wonen, zorg en welzijn. Het model is gebaseerd op het versterken van sociale cohesie, de aanpassing van de woon- en leefvoorwaarden en de openbare ruimte, en de krachtenbundeling op lokaal vlak tussen professionele actoren, informele zorgverleners, burens, vrijwilligers en mantelzorgers. De eerstelijnszorg richt zich hierbij op alle burgers die thuis wonen of in een thuis-vervangend milieu (WZC, MPI,...) en op wie geen vaste woonst heeft. In sommige buurten zijn reeds lokale buurtzorgregisseurs actief, die een belangrijke rol spelen in de ondersteuning van detectie, informele zorgverlening, informatie en communicatie,...

Illustratie : buurtgerichte zorg in Gent.

In Gent worden de buurtzorgregisseurs "sociale regisseurs" genoemd, die ook verantwoordelijkheid opnemen om op buurtniveau het lokaal overleg "Samenleving, Gezondheid en Welzijn" te organiseren. Aan dit overleg participeren alle actoren actief op de eerste lijn (verpleegkundigen, huisartsen, maatschappelijk werk, apothekers, tandartsen, buurtwerkers, brugfiguren uit scholen, Kind en Gezin, politie, straathoekwerk, thuiszorgdiensten,...) vertegenwoordigers van bewonersgroepen, patiënten-vertegenwoordigers,... Dit overleg zorgt voor informatiedoorstroming en voor analyse van de belangrijke problemen in de buurt (het opstellen van een "Community Diagnosis"), het ontwikkelen van acties om zorg en welzijn in de buurt te versterken. Tevens worden op dit niveau ook knelpunten geïnventariseerd (de "signalen" vanuit de hulpverlening), die ofwel ter plaatse worden opgelost, of via een "Signalenbundel"¹ terechtkomen bij de stedelijke overheid. Het lijkt belangrijk om na te gaan hoe een dergelijk model ook in meer landelijke gebieden kan worden geïmplementeerd (hier zal de "buurt" wellicht één of twee gemeenten zijn).

Elke persoon die in Vlaanderen woont moet toegang hebben tot een interprofessioneel **eerstelijnsnetwerk** en dit gebeurt doordat hij/zij zich inschrijft in een huisartspraktijk binnen dit netwerk. De keuze voor de inschrijving in een huisartspraktijk als instap in het zorgsysteem, wordt verantwoord doordat meer dan 95% van de Vlaamse bevolking aangeeft een huisarts te hebben, en

doordat op dit moment 70,1% van de Vlaamse bevolking⁴⁵ een Globaal Medisch Dossier in een huisartspraktijk heeft onderschreven. Om complexe administratieve procedures te vermijden kan het onderschrijven van een Globaal Medisch Dossier in een huisartspraktijk, voor het Vlaams Gewest gelden als inschrijving binnen het eerstelijnsnetwerk, waartoe deze huisartspraktijk behoort. Het eerstelijnsnetwerk bestaat uit meerdere huisartspraktijken, wijkgezondheidscentra, diensten voor thuisverpleging, thuiszorgdiensten, kinesitherapiepraktijken, apothekers, Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), OCMW, ergotherapieën, tandartsen,.... Het eerstelijnsnetwerk vormt op deze wijze een uitgebreid interprofessioneel vast samenwerkingsverband, waarbinnen de persoon met een zorgnood, in overleg met de actoren in het netwerk een "zorgteam" kan samenstellen. Binnen een eerstelijnsnetwerk kunnen initiatieven worden ontwikkeld om de samenwerking te optimaliseren b.v. afspraken rond het gedeeld geïntegreerd Elektronisch Patiënten Dossier. **Een eerstelijnsnetwerk heeft in landelijke gebieden minstens 5000 ingeschreven burgers, in stedelijke gebieden minstens 10.000.** De burger kan van eerstelijnsnetwerk veranderen, door zich in te schrijven in een huisartspraktijk die tot een ander eerstelijnsnetwerk behoort. Binnen het eerstelijnsnetwerk waar de burger is ingeschreven, kan hij/zij kiezen tussen verschillende diensten voor thuisverpleging, kinesitherapeuten, apothekers, thuiszorgdiensten,... Het eerstelijnsnetwerk garandeert aan de ingeschreven burger dat hij/zij, wanneer nodig, steeds op een samenwerkend interprofessioneel zorgteam een beroep zal kunnen doen (zorggarantie). In principe behoren praktijken op de eerste lijn tot slechts één eerstelijnsnetwerk: in een startfase is het echter mogelijk dat sommige praktijken die hiervoor kiezen (b.v. kinesitherapiepraktijken, logopediepraktijken, apothekers,...), zich met meer dan één eerstelijnsnetwerk binnen een eerstelijnszone kunnen verbinden (b.v. omwille van specialisatie, perifere ligging in het netwerk,...).

Het is niet toevallig dat België achteraan hinkt in het Europees peloton, wat de interprofessionele samenwerking op de eerste lijn betreft. Uit de internationale literatuur^{46 47} blijkt dat aanwezige "evidentie" sterke argumenten biedt ten gunste van "vaste teams" op het vlak van kwaliteit, toegankelijkheid en efficiëntie. De "Cochrane-review" leert dat interprofessionele teams in de praktijk de gezondheids-zorgprocessen en –resultaten kunnen verbeteren. We citeren één van de conclusies: "*Teams are more effective than single practitioners in providing a range of important outcomes for the organization, team members and patients*"⁴⁶. Wat hierbij opvalt is dat vaste teams die meer divers zijn samengesteld en reeds langer samenwerken leiden tot meer effectiviteit en patiënt-georiënteerde zorg. Bij een onderzoek naar de impact van vaste teams bij de begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen, wordt vastgesteld dat er in de interventiegroep meer patiënten nog thuis leefden, dan in de controlegroep met "usual care" en "losse teams". Ook op het vlak van toegankelijkheid blijken vaste teams performanter te zijn. Een onderzoek in Zweden leerde dat vaste teams gepaard gingen met minder bezoek aan spoedopname omwille van de betere toegankelijkheid en coördinatie op de eerste lijn. Een andere vaststelling was dat in vaste teams er meer reflectie is over de kwaliteit van de zorg, waarbij verschillende meningen aanleiding geven tot verbetering van de aanpak. Ook op het vlak van de evaluatie door de teamleden blijkt het werken in vaste teams, positief te worden beoordeeld.

Rekening houdend met de wetenschappelijke evidentie, zijn er veel argumenten om te werken met "eerstelijnsnetwerken", **waarbinnen de persoon met een hulp- en ondersteuningsvraag zijn/haar "zorgteam" kan vormgeven.** Hierbij wordt gekozen binnen een groep van eerstelijnsactoren, die gewoon zijn met elkaar samen te werken en samenwerkingsafspraken hebben b.v. op het vlak van informatiedeling, gebruik van protocollen, ... Op die manier wordt een model ontwikkeld dat de kiemen naar meer gestructureerd samenwerken in zich draagt. Op deze wijze krijgen de keuzevrijheid en de toegankelijkheid maximale aandacht.

Binnen een eerstelijnsnetwerk blijft de patiënt "vrije keuze" behouden: hij/zij kan b.v. binnen de huisartspraktijk een "preferred provider" (voorkeur-huisarts) kiezen, kan kiezen tussen meerdere diensten voor thuisverpleging die met deze huisartspraktijk binnen het eerstelijnsnetwerk samenwerken,... ook dient het eerstelijnsnetwerk ervoor te zorgen dat, wanneer een deskundigheid niet binnen het netwerk aanwezig is, en de patiënt hier nood aan heeft, dit vanuit een ander eerstelijnsnetwerk wordt ter beschikking gesteld.

De samenwerking binnen een eerstelijnsnetwerk is een groeiproces, waarbij het Vlaams Gewest maatregelen kan treffen om deze samenwerking te bevorderen. Dit kan b.v. gebeuren via het ondersteunen van meer geïntegreerde financieringssystemen, via ontwikkeling van geïntegreerde interprofessionele elektronische patiëntendossiers, die vanuit meerdere praktijken kunnen worden gebruikt, door Impulsfonds-financiering die de vorming van eerstelijnsnetwerken stimuleert,... Belangrijk is dat deze eerstelijnszone rechtstreeks verantwoordelijk is en verantwoording verschuldigd is aan het Vlaams Gewest. Het Gewest zal nagaan op welke wijze de eerstelijnszone bijdraagt tot de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen en zal informatie verzamelen over de performantie van de eerstelijnszone.

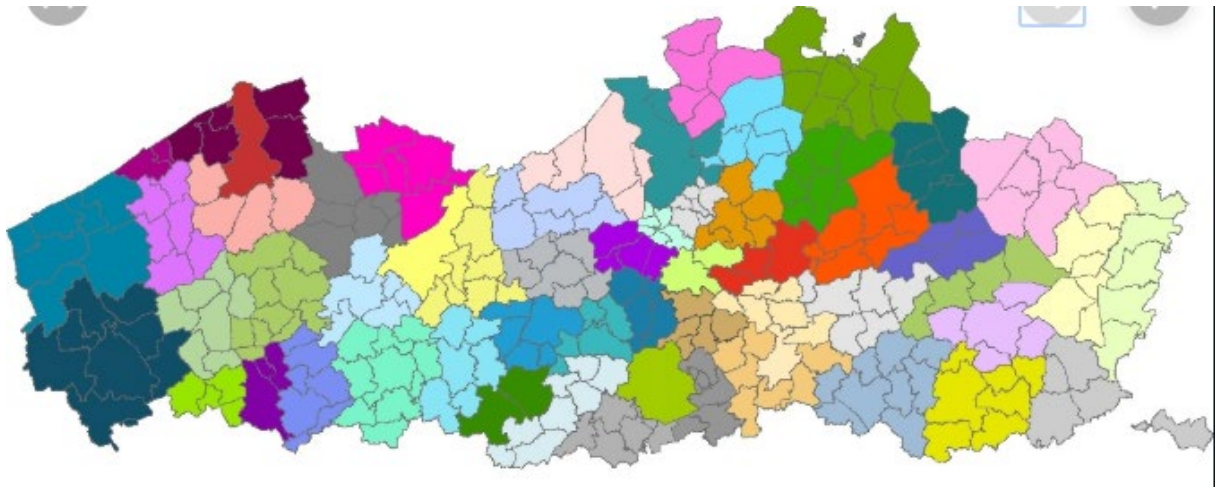
Op het mesoniveau zou op die manier in de toekomst een soort "**vertical competition**" tot stand kunnen komen, waarbij de verschillende **eerstelijnszones beloond worden al naargelang ze performanter zijn** in het realiseren van de doelstellingen. Deze worden beoordeeld op basis van kwaliteitsindicatoren die breed gedragen zijn door de bevolking en de gezondheidswerkers (bottom-up proces). Het mesoniveau is ook het niveau waarop experimenten op het vlak van innovatie in de eerste lijn plaats grijpen.

Bij het evalueren van de performantie wordt gekeken naar de gerealiseerde progressie (de "Delta") eerder dan naar de actuele situatie (die vaak door heel veel historische factoren is gedetermineerd).

Een dergelijk systeem van "vertical competition", op basis van decentrale "units" heeft, in het buitenland tot uitstekende resultaten geleid. Een bekend voorbeeld is de realisatie van de Jönköping County Council in Zweden. Gedurende een periode van 20 jaar werd op permanente wijze gewerkt aan "a good life in an attractive county". Een belangrijke strategie hierbij was het inzetten op opleiding en training van de zorgverleners in kwaliteitsverbetering: duizenden zorgverleners namen deel aan de programma's die werden georganiseerd. Dit

leidde er uiteindelijk toe dat Jönköping in nationale vergelijkingen de beste resultaten liet zien op het vlak van de kwaliteit van de zorg⁴⁸.

Figuur: de zestig eerstelijnszones in Vlaanderen (2019)



Wat de tweede lijn betreft (de Regionale en supra-regionale ziekenhuizen): deze krijgen een ondersteunende opdracht t.a.v. de eerste lijn. Regionale ziekenhuizen organiseren zich in “ziekenhuisnetwerken”, die elk meerdere eerstelijnszones ondersteunen. Supra-regionale ziekenhuizen leveren de specifieke expertise voor laag frequente ingrepen. In algemene zin wordt de tendens naar globale betalingen (b.v. ‘laagvariabele zorg’), verder ontwikkeld en ge-optimaliseerd.

d. Mogelijke invulling in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, is er nog een grotere nood aan versterking van de eerstelijnszorg dan in Vlaanderen. Binnen dit Hoofdstedelijk Gewest zouden b.v. een achttal eerstelijnszones kunnen worden uitgetekend, die samen het volledige grondgebied omvatten en door de verantwoordelijke Gewestminister worden aangestuurd. Het Brussels Hoofdstedelijk Parlement bekrachtigt – na voorbereidende bespreking in de Commissie Gezondheid (en Welzijn?) – de aanvullende gezondheidsdoelstellingen (die de nationale gezondheidsdoelstellingen preciseren en vervolledigen). In de Commissie wordt de regelgeving voor de concrete organisatie van de gezondheidszorg voorbereidt.

Een mogelijke indeling van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 8 Eerstelijnszones (ter discussie)

Zone 1	Brussel –stad
Zone 2	Schaarbeek, St-Joost-Ten-Node, Evere
Zone 3	Oudergem, St-Lambrechts-Woluwe, St-Pieters-Woluwe, Watermaal Bosvoorde,
Zone 4	Etterbeek, Elsene
Zone 5	Ukkel, St-Gillis, Vorst
Zone 6	Anderlecht
Zone 7	Koekelberg, Molenbeek
Zone 8	<u>Jette</u> , <u>Ganshoren</u> , <u>St-Agatha-Berchem</u>



Een belangrijke uitdaging voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, vormt de uitbouw van de capaciteit (vooral de toename van het aantal huisartsen) ter verbetering van de toegankelijkheid in de eerstelijnszorg. Momenteel gaan burgers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (1.093.687 sociaal verzekerden volgens de gegevens van het RIZIV in 2018), vaak rechtstreeks naar de specialist, die ambulante werkt: in een privé-praktijk, of in een polikliniek of in een ziekenhuis; of ze gaan naar een huisarts in een solo-praktijk of een groepspraktijk met betaling per prestatie, of ze gaan naar één van de 72 multidisciplinaire 'Medische Huizen', die het systeem van forfaitaire betaling gebruiken (dit geldt voor 13,4 % of 146.114 sociaal verzekerden). Een deel van de moeilijk bereikbare groepen wordt bovendien verzorgd bovendien door 'Dokters van de Wereld'.

Zoals hoger aangegeven, zal de invoering van een echelonnering de burgers helpen om eerst naar de huisarts te gaan, waarbij het aantal personen die een Globaal Medisch Dossier onderschrijven bij een huisartspraktijk zal toenemen. Deze strategie zal echter pas lukken, wanneer terzelfdertijd minstens 20 % van de acute ziekenhuisbedden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zal worden afgebouwd tegen 2025.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kent in België de grootste sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid. Samenwerking van gezondheidszorg met de sociale sector zal hier zeer belangrijk zijn, bij het aanpakken van de sociale determinanten van gezondheid.

e. Ontwikkelingen in het Waals Gewest.

Momenteel kunnen de SISD (Service Intégré de Soins à Domicile) beschouwd worden als een eerste aanzet tot decentralisering van de zorg, en vertonen enige aansluiting bij het Vlaams concept van de eerstelijnszones op meso-niveau. Er is in het Waals Gewest ook belangstelling voor een analoge ontwikkeling als de Franse CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé). De CPTS groepeerde alle actoren in de gezondheidszorg (zelfstandigen; in loondienst; gezondheidszorgvoorzieningen, actoren in de preventie en de gezondheidspromotie, medisch-sociale voorzieningen, sociale diensten...) die willen samenwerken aan een project, binnen een bepaald gebied, om aan de vastgestelde zorgnoden een antwoord te bieden. Zo een samenwerkingsproject is een voorwaarde bij het afsluiten van een contract met de ziekteverzekering.

5. Transitie.

a. Inleiding.

Fundamentele wijzigingen in het gezondheidszorgsysteem vragen om een zorgvuldig transitieproces. Wat in deze nota wordt voorgesteld, kan worden beschouwd als een “disruptive innovation”⁴⁹, dit betekent dat het niet zal volstaan de bestaande structuren te verbouwen, maar dat er her-bouwd zal moeten worden. Het tijdstip hiervoor is gunstig omdat er divergente ontwikkelingen zijn: de vermaatschappelijking van de zorg vraagt om decentralisatie (langer en beter thuis, in de lokale buurt verzorgen), de stijgende kost vraagt om een breed solidair en duurzaam draagvlak, en iedereen wil ‘patiënt-gerichte zorg’ met aandacht voor het kwaliteitsvol realiseren van de levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Bovendien zijn heel wat actoren ervan overtuigd dat de houdbaarheidsdatum van de huidige structuren en procedures (het overleg in beroeps-gebonden Commissies van zorgverstrekkers en ziekenfondsen: artsen-ziekenfondsen; tandartsen-ziekenfondsen; verpleegkundigen-ziekenfondsen;...) intussen ruimschoots is overschreden, vermits ze geen antwoord bieden aan de noodzakelijke integratie die de evolutie naar multi-morbiditeit en de nood aan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken met zich meebrengen.

Deze transitie nodigt alle betrokkenen uit om hun actuele rol kritisch te bevragen en nieuwe scenario's te overwegen. Bovendien dienen de hefbomen van het beleid en in het bijzonder de financieringsmechanismen, kritisch tegen het licht gehouden. Tenslotte kunnen een aantal dossiers, die strategisch tot ‘quick-wins’ aanleiding kunnen geven, het transitieproces faciliteren.

b. Nieuwe rollen voor overheid, actoren en ziekenfondsen.

Het **Nationaal GezondheidsSysteem** (NGS) wordt aangestuurd door het Nationaal Instituut voor de Volksgezondheid (zie 3.e.). De huidige Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en het huidig Rijks Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) worden geïntegreerd in dit Nationaal Instituut. Dit betekent dat de huidige raden en overlegfora binnen FOD en RIZIV ophouden te bestaan en de nieuwe (sterk gereduceerde) interprofessionele overlegorganen, alsmede een sterke Wetenschappelijk Raad voor de Volksgezondheid, worden geïnstalleerd (zie 4.a.). Het zal belangrijk zijn om ervoor te zorgen dat de nieuwe vorm van financiering (via de fiscaliteit) technisch zeer goed wordt voorbereid om problemen met de tijdige beschikbaarheid van de geldstromen te vermijden. In het bijzonder zal de performantie van de Gewesten om de ontvangen middelen optimaal in te zetten, moeten toenemen. Terzelfder tijd zullen de lokale besturen de noodzakelijke deskundigheid op het terrein van de gezondheidszorg moeten verwerven om hun rol ten volle te kunnen spelen.

Het voorgestelde veranderingsproces zal alle **actoren** verplichten om zich te herpositioneren, niet alleen strategisch, maar ook inhoudelijk. Ieders participatie is noodzakelijk bij de voorbereiding en realisatie van de Nationale en Gewestelijke gezondheidsdoelen.

Bijzondere aandacht zal gaan naar de **rol van de ziekenfondsen**. Ziekenfondsen hebben historisch een cruciale rol gespeeld in de ontwikkeling van de Belgische gezondheidszorg, maar zullen in hun huidige vorm niet kunnen blijven bestaan. De opdrachten bij de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering worden nu reeds grotendeels overgenomen door de informatica, en het papierverkeer neemt steeds verder af. Men kan zich voorstellen dat in de nabije toekomst één pluralistisch (inter)gemeentelijk (“intermutualistisch”) kantoor per (gemiddeld) 25000 inwoners zal volstaan om de burger te helpen met zijn vragen m.b.t. betalingen in de gezondheidszorg. Wel zal in toenemende mate de rol van het huidig Inter-Mutualistisch Agentschap op het vlak van performante data-verzameling en –analyse in het kader van het Nationaal Instituut voor de Volksgezondheid, moeten worden versterkt. Daar is de huidige expertise van het IMA absoluut noodzakelijk.

Ook op het vlak van het overleg zal de participatie van patiënten, burgers en samenleving niet langer via ziekenfondsen verlopen (het NGS heeft immers geen linken meer met de sociale zekerheid). Dit biedt een opportuniteit tot vernieuwing en transparantie. De “link” (althans in de huidige naamgeving) met traditionele partijen (‘christelijk’, ‘socialistisch’, ‘liberaal’), wordt vandaag als minder relevant/representatief ervaren, en ziekenfondsen kunnen evolueren naar sterke onafhankelijke, pluralistische middenveld-organisaties die burgers samen brengt rond verschillende aspecten van gezondheid en welzijn (solidariteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid van geneesmiddelen, zelfzorg, een geestelijk-gezonde samenleving, mensenrechten, kwaliteit, diversiteit, ethische aspecten, ...), en die de kritische participatie van de burger in het gezondheidsbeleid versterken. Hierbij kan een verbinding tussen dit nieuwe middenveld en kritische wetenschappers, een positieve maatschappelijke dynamiek tot stand brengen. De focus wordt sterker gericht op gezondheid en sociale cohesie, via initiatieven rond gezondheidsvoorlichting, versterken mantelzorg, versterken van informele buurtzorg,....De aanwezige deskundigheid kan worden ingezet om op decentraal niveau (eerstelijnszones, steden en gemeenten,..) de afstemming van vraag en zinvol aanbod te faciliteren en oriënteren (b.v. geëchelonneerd gebruik van zorg). Dit nieuwe middenveld kan duidelijk ook een participatieve rol krijgen in de beleidsadvisering, en wordt een ‘bottom-up’ sturende kracht in het gezondheidsbeleid.

Deze ontwikkeling past in het actuele debat rond positionering en versterking van het middenveld. Lisa John (secretaris-generaal van Civicus, de grootste alliantie van middenveld-organisaties) zegt hierover: *“Het middenveld is nodig om regeringen ter verantwoording te roepen. Om die essentiële waakhondfunctie te bewaren, mag het middenveld ook niet deel worden van wat de overheid doet...Je kan geen levendig, stabiele en democratische staat hebben zonder de ruimte om kritiek, bezorgdheden en voorstellen te uiten.”*⁵⁰

De huidige zorg-gerelateerde taken van de ziekenfondsen worden ge-heroriënteerd: de artsen-adviseurs worden geïntegreerd in het Nationaal Instituut, de ingebouwde diensten maatschappelijk werk, brengen hun expertise in, in de Centra Algemeen Welzijnswerk, die op die manier een geïntegreerde benadering van welzijns- en gezondheidsproblemen realiseren (in Vlaanderen in het kader van de eerstelijnszones). Het bestaand residentieel aanbod voor opvang (kortverblijf) wordt geïntegreerd in het beleid rond Woon- en Zorgcentra, waar ook reeds kortverblijf wordt aangeboden.....

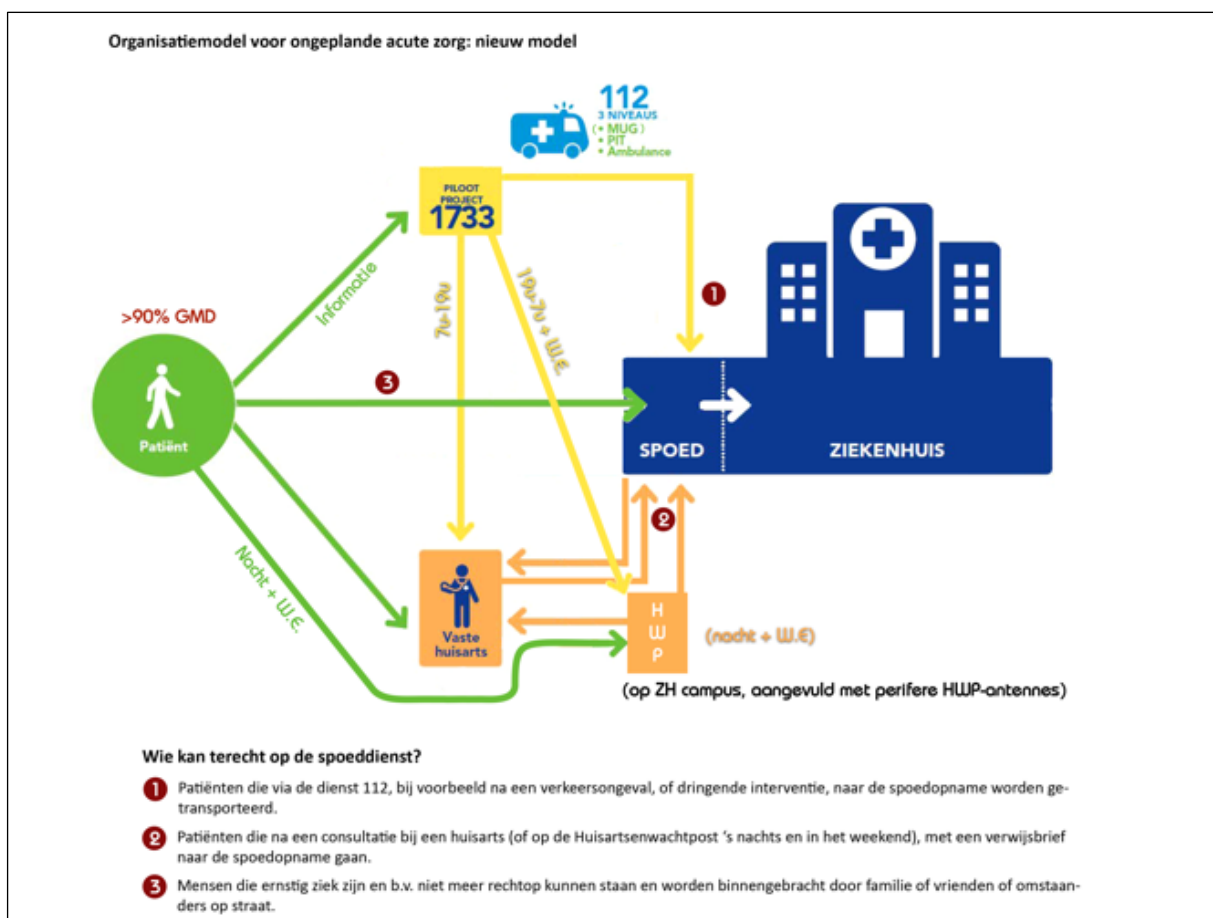
c. Mogelijkheden voor 'Quick-wins' en voorbereiding van veranderingen op langere termijn.

In veranderingsprocessen zijn een aantal 'quick-wins' belangrijk, om de betrokkenen te laten ervaren, dat men op weg is naar een 'betere situatie dan voorheen'. Daarnaast moeten de ontwikkelingen die reeds voorbereid werden in de voorbije jaren (b.v. rond het terugdringen van inkomensverschillen van artsen), worden verder gezet.

We geven enkele voorbeelden: de Huisartsenwachtposten, het Geïntegreerd Interprofessioneel Elektronisch Dossier, Interprofessionele Samenwerking en Task-shifting.

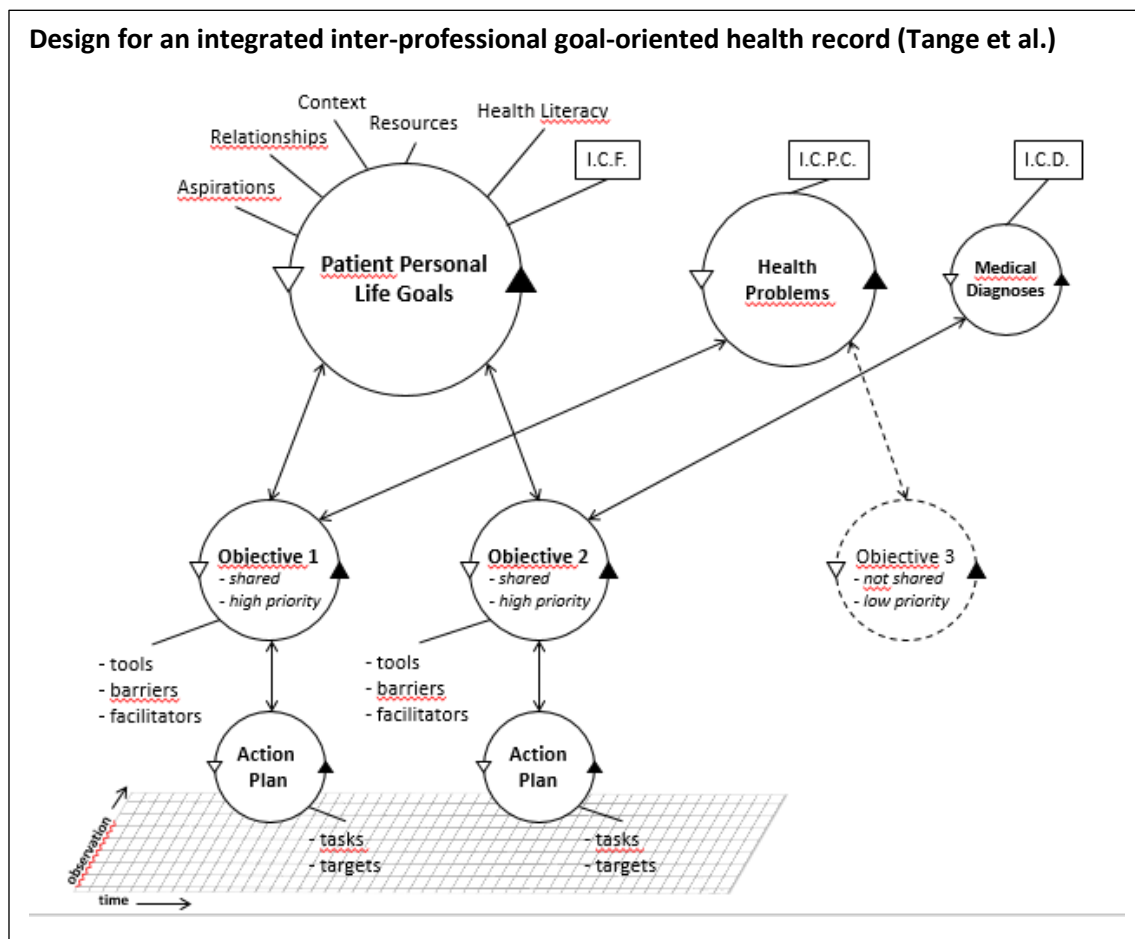
i. De huisartsenwachtposten.

In het organisatiemodel hieronder wordt een model uitgetekend om op een meer kwaliteitsvolle en efficiënte manier om te gaan met de aanpak van door de burger als 'dringend ervaren problemen'. Van 8 u tot 19 u is de huisartspraktijk waar het Globaal Medisch Dossier wordt bijgehouden het eerste aanspreekpunt. Van 19 u tot 8u en in het W.E. is dit de Huisartsenwachtpost (die in de toenemende mate op de ziekenhuiscampus kan gelocaliseerd zijn). Het nummer 1733 fungeert als informatiepunt voor wie niet weet welke actie te ondernemen. De drie situaties waarin een patiënt naar de Spoedopname kan gaan, worden onderaan de figuur gepreciseerd. Dit model vraagt investering in Huisartsenwachtposten en de sluiting van één vierde van de Spoedopnames. Bovendien vraagt dit ook om een globale financiering van de Spoedopname (niet louter per prestatie).



ii. Het Geïntegreerd Interprofessioneel Elektronisch Dossier.

België heeft voor zijn informatiesysteem gekozen voor geïsoleerde elektronische dossiers per voorziening of per professional (medisch, tandheekkundig, farmaceutisch, kinesiotherapeutisch, verpleegkundig dossier,...), die met elkaar informatie uitwisselen via beveiligde ‘snelwegen’, met een aantal (ziekenhuis-verbonden) ‘hubs’. Dit systeem leidt vandaag niet tot geïntegreerde informatie, essentieel voor een goede geïntegreerde zorg. Naar analogie van het Finse systeem⁵¹, pleiten wij voor één centraal elektronisch dossier, waar alle professionals én de patiënt én e-tools, de informatie op een gestructureerde manier inbrengen en dat voor elke hulpverlener met een zorgrelatie met de patiënt, na ‘informed’ consent, toegankelijk is. Bovendien pleiten wij ervoor om het design van dit dossier te laten aansluiten bij de principes van ‘goal-oriented care’⁵². De investering in de ontwikkeling van zo een dossier door het Vlaams Gewest is een dringende noodzaak, vermits de “markt” hier blijkbaar niet in slaagt.



iii. Inter-professionele samenwerking en ‘Task-shifting’.

De complexiteit van de zorgvragen, het feit dat meer en meer mensen meerdere aandoeningen hebben (‘multi-morbiditeit’) en het belang van context en sociale determinanten i.v.m. ziekte, gezondheid en welzijn, maken duidelijk dat inter-professioneel teamwerk vandaag de kwaliteit van de zorg in hoge mate bepaald, en dit geldt zowel voor de eerste, als voor de tweede en derde lijn. Eerder (4.3.) hebben we reeds aangegeven hoe belangrijk interprofessionele eerstelijnsnetwerken

zijn. Het zal echter een aanpassing van de hulpverleners, en van hun opleidingen vragen, om iedereen daar goed op voor te bereiden. Hierbij moet ook de patiënt betrokken worden want hij/zij zal ook een deel van dit netwerk zijn.

Bovendien worden we in de zorg geconfronteerd met de vaststelling dat heel wat professionals tot 30 % van hun tijd bezig zijn met zaken waarvoor ze overgekwalificeerd zijn (gynaecoloog doet uitstrijkjes in het kader van de baarmoederhalskankeropsporing: kan even goed door verpleegkundige of vroedvrouw; kinderarts vaccineert kinderen: kan even goed door verpleegkundige; tandarts verwijdert tandsteen: kan even goed door mondhygiënist;.....). Dit zijn slechts enkele voorbeelden waar taakverschuiving een deel van de oplossing kan zijn om beter en efficiënter te werken⁵³.

Bij team-samenwerking dient ook aandacht besteed aan nieuwe vormen van leiderschap. In de zorg zijn traditionele vormen van 'command-and-control leadership', minder aangewezen en moet men – in de complexe context – evolueren naar "Complex Adaptive Leadership"⁵⁴.

d. Het inkomen van artsen.

Het inkomen van artsen blijft een actueel onderwerp, zeker omdat wij in België tussen de verschillende disciplines in de geneeskunde een inkomensspanning van ongeveer 1 tot 8 kennen. Reeds meer dan 10 jaar wordt aan voorstellen gewerkt om 'de nomenclatuur te her-ijken', maar daar is vooralsnog weinig van terecht gekomen. Overigens groeit het inzicht dat prestatie-gebonden betalingsmechanismen onvoldoende de noodzaak tot samenwerking en integratie ondersteunen. Mechanismen van geïntegreerde vormen van betaling zoals ontwikkeld voor de 'laag-variabele zorg', proberen een andere weg in te slaan. Maar daarbij wordt ook duidelijk dat men financiering van de zorg niet los kan zien van andere aspecten van zorgorganisatie. Als aanzet tot een bredere discussie, formuleerden we in 2018 een 10-puntenplan rond de betaling van artsen.

Tienpuntenplan om te komen tot een correct inkomen voor artsen (De Morgen, 5.12.2018)

Deze krant heeft, met de reeks over het inkomen van artsenspecialisten, een belangrijk maatschappelijk probleem aan de orde gesteld. Wat uit de vele cijfers (en de moeilijkheid om die cijfers te vinden) en de interviews met artsen op het terrein blijkt, is dat het om een complex probleem gaat. 'Eenvoudige' oplossingen zullen nooit tot het gewenste resultaat aanleiding geven. Door dat alles met alles samenhangt, is actie op meerdere terreinen noodzakelijk. In deze tien punten geven we een aanzet - uiteraard 'onaf' en voor verbetering vatbaar - van wat allemaal dient te gebeuren.

1. Het begint in de opleiding

Artsen dienen, reeds tijdens de basisopleiding, beter voorbereid te worden om de financiële en economische aspecten van de zorgverstrekking in het Belgisch systeem kritisch te analyseren. Bovendien moeten - zoals in de regelgeving voorzien - de leer- en werkvoorwaarden tijdens de vervolgopleiding tot huisarts of specialist (3 tot 6 jaar), zo georganiseerd worden dat op het einde het gevoel overheerst dat men kwaliteitsvol werd opgeleid, correct betaald en 'goed verzorgd', met een volledige sociale bescherming (inclusief bijdragen voor pensioen en werkloosheid).

2. Wie doet wat?

De discussie over een correct inkomen veronderstelt dat duidelijk is wie wat doet in de zorg. Specialisten zijn opgeleid om te werken met patiënten met complexe problemen, die na contact met de huisarts verwezen zijn en gespecialiseerde begeleiding vragen. Heel wat specialisten geven aan dat zij tot een derde van hun tijd bezig zijn met zaken waarvoor zij overgekwalificeerd zijn (zoals gynaecologen die uitstrijkjes doen in het kader van baarmoederhalskankeropsporing, wat perfect door een verpleegkundige/vroedvrouw kan worden gedaan). Dit leidt er ook toe dat wanneer een specialist op raadpleging een patiënt met een complex probleem verzorgt, de prijs van die raadpleging in feite te laag is. Ook moet het onderscheid duidelijk worden tussen specialistische zorg op de tweede lijn, en de topreferentie en topklinische zorg op de derde lijn, gericht op zeldzame en zeer complexe problemen, waarbij voor elk van deze problemen in België maar één of twee centra moeten worden ingezet.

3. Zet CEO's van universitaire ziekenhuizen samen

Zet de CEO's van de universitaire ziekenhuizen (UZ) samen om een taakverdeling met passend budget af te spreken op korte termijn, zodat patiënten met complexe en zeldzame problemen de beste zorg krijgen, door de bestaande expertise te bundelen. Specialisten werken in de UZ best in loondienst, en de financiering van het UZ gebeurt los van de huidige nomenclatuur.

4. Regel financiering anders

Zorg voor een globale financiering van de zorg voor opgenomen patiënten (inclusief de dagopname), en herijk de nomenclatuur naar een 'zuiver bedrag' voor medische interventies van de arts in de ambulante zorgverstrekking, met een verschuiving van middelen van 'technische prestaties' naar consultatie-activiteit zoals aangegeven in het hervormingsvoorstel van professor Lieven Annemans (UGent). Veralgemeen de centrale inning van de medische inkomsten, zowel voor opgenomen als ambulante patiënten.

5. Integreer de kosten

Integreer de directe kosten (gebruik van lokalen, apparatuur, materiaal, personeel), de indirecte kosten (management, middenkader...) en de investeringen voor nieuwe projecten in een aangepaste vorm van het budget financiële middelen (BFM) dat daartoe wordt verhoogd en tot stand komt met inspraak van de artsen, zodat er geen afdrachten vanuit de artsen meer nodig zijn, en de vicieuze cirkel tussen de inkomsten van de artsen en de financiële leefbaarheid van het ziekenhuis stopt. Dit betekent dat supplementen stelselmatig kunnen worden afgeschaft.

6. Laat arts kiezen tussen loondienst of zelfstandig statuut

Elk ziekenhuis op de tweede lijn biedt de specialisten die in dienst komen de keuze aan om te werken in loondienst of als zelfstandige in het kader van een 'associatie' of 'maatschap'. De afspraken binnen de associaties dienen volledig transparant te zijn en op een participatieve wijze tot stand te komen.

7. Netto besteedbaar inkomen tussen 5.000 euro en 10.000 euro

Het netto besteedbaar inkomen (na onkosten en belasting) van een specialist, ongeacht het specialisme (inclusief huisartsgeneeskunde), bij een voltijdse activiteit (48 uur per week - inclusief wachtdienst) bedraagt minimum 5.000 en maximum 10.000 euro per maand. Dit is het resultaat van de maatregelen in punten 4, 5 en 6 beschreven. De ingebouwde variatie wordt transparant geobjectiveerd op basis van discipline- en functie-specifieke kenmerken, zoals beschikbaarheid, psychische en fysieke belasting, beschikbaarheid, complexiteit, en aangepast aan de veranderingen in de zorgorganisatie en aan technologische ontwikkelingen.

8. Toegankelijkheid gegarandeerd

De toegankelijkheid van de specialistische zorg wordt gegarandeerd. Hiertoe worden op het niveau van de regionale zorg- en gezondheidszones in Vlaanderen, na afstemming met de eerstelijnszones, zorgprognoses gemaakt die de basis vormen voor de planning van het aantal en de specialisatie van de artsen in een bepaalde regio.

9. Duidelijkheid voor patiënt

Voor de patiënt dient steeds duidelijk te zijn waar hij/zij terecht kan voor welk probleem en onder welke financiële voorwaarden. Het verdient aanbeveling dat alle artsen zich houden aan de afgesproken tarieven (einde van de deconventionering).

10. Minister van Volksgezondheid rapporteert

De minister rapporteert jaarlijks de stand van zaken met betrekking tot de inkomens van artsen en de genomen maatregelen.

Wat de wijze van financiering betreft, werd in een rapport van EXPH⁵⁵, een checklist samengesteld om effectieve manieren van betalen van zorgverstrekkers te realiseren: zie tabel hieronder.

Checklist: criteria voor effectieve betalingssystemen voor zorgverstrekkers:

- zij moedigen zorgverstrekkers aan en stellen hen in staat om procedures in de patiëntenzorg te gebruiken met een hoge kwaliteit, op een efficiënte en persoons-gerichte manier;
- zij ondersteunen zorgverstrekkers en moedigen hen aan om acties te ondernemen die leiden naar een verbetering van de efficiëntie, van de kwaliteit en van de resultaten op niveau van de patiënt, en dit aan gereduceerde kostprijs;
- zij ontmoedigen overbehandeling ; evenmin stimuleren zij het gebruik van onnodige dure interventies; zij moedigen geen onnodige hospitalisatie aan, ook niet re-hospitalisatie; zij vermijden de verstrekking van zorgverlening die leidt tot slechte resultaten voor de patiënt; zij vermijden inefficiënte zorgverstrekking; zij vermijden dat keuzes gemaakt worden op het vlak van dienstverlening die niet compatibel zijn met de wensen van de patiënt;
- zij moedigen onder-behandeling van patiënten niet aan; zij bevorderen niet de exclusie van patiënten met ernstige aandoeningen of multipale risicofactoren; zij belonen fouten van zorgverstrekkers niet; zij vermijden slechte uitkomsten van zorg;
- zij responsabiliseren zorgverstrekkers voor de kwaliteit en de kost voor zover deze binnen hun controle liggen, maar niet voor de kwaliteit en de kost waarop ze geen impact hebben;
- ze ondersteunen de coördinatie van zorg en moedigen deze aan, waarbij meerdere zorgverstrekkers worden betrokken en ontmoedigen zorgverstrekkers om kosten af te wentelen op andere zorgverstrekkers zonder voorafgaandelijk afspraken;
- zij moedigen keuzes van patiënten aan die bijdragen tot therapietrouw ten aanzien aanbevolen zorgprocessen, verbetering van de resultaten en reduceren de kost van de verzorging;
- zij herleiden de administratieve kost tot het minimum voor de zorgverstrekkers bij het toepassen van de regelgeving op het vlak van de betaling.

De belangrijkste problemen met het huidige financieringsmechanisme van betaling per prestatie zijn:

- in sommige disciplines zijn er vrij hoge persoonlijke bijdragen (b.v. kinesitherapie), wat tot ondergebruik kan aanleiding geven; ook voor sommige tandheekkundige zorgen is de persoonlijke bijdrage groot en er is een hoge mate van de-conventionering (b.v. algemene tandheekkunde, orthodontie, ..);
- de middelen zijn vooral georiënteerd op reactieve zorg, niet op chronische zorg, interdisciplinair zorgoverleg, preventieve zorg,....;
- de betaling gebeurt in overgrote mate via het "out-of-pocket" systeem, wat op zichzelf een drempel creëert voor maatschappelijk kwetsbare groepen;
- het financieringssysteem per prestatie moedigt samenwerken of taakdelegatie niet aan: wie als huisarts bv. taken delegeert naar een verpleegkundige, ziet zijn inkomen afnemen;
- de betaling per prestatie bevat op zich geen aanmoediging om de zelfzorg en autonomie van de patiënt te verhogen;
- de betaling per prestatie in een systeem zonder inschrijving, maakt het "rondshoppen" van patiënten eenvoudig, wat de continuïteit van de zorg niet bevordert;

- een betaling per prestatie in afwezigheid van een systeem van inschrijving, maakt het onmogelijk om een "noemer" te definiëren voor een bepaalde praktijk, wat de evaluatie van de kwaliteit van de zorgverstrekking bemoeilijkt.

Er is een brede consensus in Vlaanderen en Wallonië dat een diversificatie van de betalingsmechanismen noodzakelijk is.

De actuele wetenschappelijke evidentie leidt tot de conclusie die duidelijk in een editorial in de *Annals of Family Medicine* werd geformuleerd: " Time to Do the Right Thing: End Fee-for-Service for Primary Care "⁵⁶.

Wat de financiering van de eerstelijnspraktijk betreft, stellen we voor te vertrekken van de huidige twee modellen van financiering:

- **Model A: de betaling per prestatie** zoals we die nu kennen maar via een systeem van volledig elektronische derde betaler, zonder persoonlijke bijdrage van de ingeschreven patiënt. Het systeem evolueert van de huidige 80-20 verdeling (80% per prestatie; 20% niet-prestatiegebonden), in de komende 10 jaar naar een systeem van 60-30-10: (60% niet prestatiegebonden; 30% per prestatie en 10% andere vormen, b.v. pay-for-quality. Momenteel is de betaling per prestatie de meest gebruikte financieringsvorm in de eerstelijnsgezondheidszorg en zorgt voor 80% van het huisartsinkomen. Dit percentage neemt in dit voorstel progressief af, hoofdzakelijk via de toename van vergoeding voor het Globaal Medisch Dossier, dat op die manier een soort "capitatie" wordt.
- **Model B: het systeem van forfaitaire betaling ('capitatie')**, conform de wet van 14.07.1994, art; 52 §1, geconcretiseerd in het Koninklijk Besluit van 23.04.2013. In 2018 werden 3,7 % van de Belgische bevolking (416.493 personen) verzorgd in het kader van de zogenaamde "forfaitaire betaling", waarvan het mechanisme wordt gedefinieerd in het KB 23.04.2013. Het gaat over een "Needs Based Integrated Mixed Capitation", dit betekent dat praktijken die voor dit systeem kiezen, maandelijks een vast bedrag per patiënt ontvangen voor een zorgpakket van huisartsen, vaak aangevuld met verpleegkundigen en kinesitherapeuten. Het bedrag per patiënt is praktijk-specifiek en komt tot stand via een jaarlijkse "elektronisch foto" van de verzorgde populatie opgebouwd uit 42 variabelen, die rekening houden met de "noden": inkomen, geslacht, leeftijd, morbiditeit, sociale factoren,...

Uit onderzoek van de **effecten van de praktijken die in de forfaitaire betaling werken** (Kenniscentrum Rapport 85A)⁵⁷ blijkt dat deze praktijken :

- in totaal niet meer kosten genereren per patiënt dan in het systeem betaling per prestatie;
- een meer kwetsbare groep in de bevolking bereiken dan het systeem van betaling per prestatie en dus voor deze groep toegankelijker zijn;
- een breder zorgpakket aanbieden op de eerstelijns, waardoor de patiënten minder zorg verbruiken in de tweede lijn; tevens is er minder verbruik van labo en medische beeldvorming;
- betere resultaten bereiken op het vlak van preventie;
- in een aantal domeinen, beter presteren op het vlak van b.v. voorschrijven van antibiotica,...

Deze bevindingen werden in een nieuw en uitgebreider onderzoek in 2018 door IMA bevestigd.

Voor het breed invoeren van "**Pay-for-Performance**" is een grondige afweging noodzakelijk. We willen terzake toch voorbehoud maken: in het Verenigd Koninkrijk is duidelijk geworden dat dit soms ertoe leidt dat de arts minder bezig is met de concrete zorgvragen in een consult, maar meer gericht is op de checklist die verbonden is aan het financieringssysteem (een aantal risicofactoren evalueren). Er ontstaat een gevaar voor minder 'persoonsgerichte' zorg. Bovendien is recent twijfel gerezen over de impact van "Pay-for-Performance" op uitkomstmaten zoals mortaliteit⁵⁸. Hoewel dit betalingsmechanisme vandaag populair is bij beleidsmakers in heel wat landen, blijft grondige evaluatie noodzakelijk, teneinde de precieze plaats van deze financiering te kunnen bepalen.

e. Communicatie.

Taal speelt een belangrijke rol in gezondheidszorgverlening. Dit was trouwens één van de redenen, waarom gezondheidszorg in de vorige Staatshervormingen, bij de 'persoonsgebonden materies' werd ondergebracht. Wanneer gezondheidszorg een Gewest-bevoegdheid wordt, zal men een aantal afspraken moeten maken rond taal en communicatie. Een voorstel zou hier kunnen zijn dat ALLE gezondheidszorgvoorzieningen, hun communicatie naar het publiek aanbieden in het Frans-Nederlands-Engels (desgevallend aangevuld met Duits in het gebied waar Duits gesproken wordt). Het Engels wordt hierbij gemotiveerd door de belangrijke internationale functie van ons land (en dit gaat verder dan Brussel). Bovendien dienen ze over tolken te beschikken, wanneer de personeelsleden niet de drie talen machtig zijn. Wanneer er groepen patiënten zijn, die niet één van deze drie talen spreken, moet in een adequate vertaalstrategie worden geïnvesteerd (tolken ter plaatse, video- of webcam-tolken, telefoontolken, ...), met aandacht voor de GDPR-conforme privacyvoorzieningen. De Gewesten dienen de financiering hiervan op te nemen.

6. Tot slot.

Deze beleidsnota tekent, vertrekkend van een toekomstgericht kader, een model uit voor de gezondheidszorg, die twee waardevolle visies verbindt: de bezorgdheid om een solidaire financiering van een duurzame, toegankelijke gezondheidszorg enerzijds, en de nood aan decentralisering en initiatiefruimte om noden in de lokale context aan te pakken anderzijds. Hierbij wordt vertrokken van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en wordt een organisatiemodel uitgetekend dat relevante, toegankelijke, kwaliteitsvolle en kosteneffectieve integrale zorg aanbiedt. Dit model sluit aan bij internationale ontwikkelingen en bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek, en integreert een aantal innovaties die in de voorbije jaren zijn opgestart.

Onze conclusie is dat 'Meer van hetzelfde' geen oplossing biedt voor de problemen waar we voor staan, rekening houdend met de demografische, epidemiologische, sociale en technologische ontwikkelingen. Daarom pleiten we voor een goed voorbereide, veilige maar 'disruptieve' innovatie, waarbij we 'out-of-the-box' nieuwe wegen uittekenen.

De geformuleerde voorstellen vragen een grondige heroriëntatie, inclusief een intelligente Zevende Staatshervorming, die vertrekt vanuit een inhoudelijke benadering. De hier voorgestelde herschikkingen van de bevoegdheden gaan dan ook in twee richtingen (naar centraal en naar decentraal).

Hoe hiermee verder gaan? Een Commissie van Experts zou de opdracht kunnen krijgen om een aantal voorstellen uit te werken, met als perspectief 2030, maar met als taak de noodzakelijke institutionele voorstellen (o.a. te wijzigen grondwetsartikelen en uitgewerkte innovatie-voorstellen) tegen 2023 voor te bereiden, zodat het parlement het nodige kan doen bij het einde van deze legislatuur. Intussen kunnen een aantal initiatieven, die geen wijziging van de grondwet vragen, reeds nu worden uitgewerkt en geïmplementeerd. Wij hebben immers geen tijd meer om niet tot actie over te gaan.

Ten slotte nog dit: zoals ik mijn boek: 'Family Medicine and Primary Care at the Crossroads of Societal Change'⁵⁹ schreef: investeren in toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, zorgt voor **verbinding en sociale cohesie** in een diverse samenleving, en wellicht is dat wat de bevolking én de politiek vandaag vooral nodig hebben.

Gent, 1 september 2019

Prof.dr. Jan De Maeseneer, emeritus Gewoon Hoogleraar Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg Universiteit Gent.

Met dank aan alle mensen, waarmee ik in de voorbije 45 jaar mocht samenwerken, en van wie ik zeer veel heb geleerd.

jan.demaeseneer@ugent.be

url: www.jandemaeseneer.eu

Literatuur

- ¹ Green Templeton College Oxford. The health and care foresight Programme. Available at: <https://www.gtc.ox.ac.uk/academic/health-care/foresight-programme/launch-event/>
- ² WHO. Astana Declaration on Primary Health Care. Geneva, World Health Organisation, 2018. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- ³ Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). Expert Panel's reflection on priorities for the future of healthcare in the EU, April 2019. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/2019_brainstorming_healthcarefuture_en.pdf
- ⁴ Unger JP, De Paepe P. Commercial Health Care Financing: the cause of US, Dutch and Swiss Health Systems Inefficiency? International Journal of Health Services 2019. DOI: 10.1177/0020731419847113.
- ⁵ De Maeseneer J, Nuyens Y. De eerstelijnsgezondheidszorg: klaar voor de uitdaging? Tijdschrift voor Samenleving en Politiek 2014;1:95-102.
- ⁶ Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research, and medical education a cross-sectional study. The Lancet 2012;380:37-43. doi:10.1016/s0140-6736.
- ⁷ Kingston et al. Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. Age Ageing 2018 May 1;47(3):374-380. doi: 10.1093/ageing/afx201.
- ⁸ Edwards N. Health policy reading from 2018. Nuffield Trust, 2018. Available at: www.nuffieldtrust.org.uk
- ⁹ Boeckxstaens P. Multimorbidity: a quantitative and qualitative exploration in primary care. Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Universiteit Gent, 2014. ISBN: 9789491125089.
- ¹⁰ Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Assessing the impact of digital transformation of Health Services. Brussels, EC, 2019. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/022_digitaltransformation_en.pdf
- ¹¹ Thomas A et al (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. BMJ 319,478-483.
- ¹² Interfederaal Armoedebareometer. Beschikbaar via: <http://barometer.mi-is.be/nl/infopage/inleiding>
- ¹³ Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Gezondheidsenquête 2013. Beschikbaar via: <https://his.wiv-isp.be/NL/SitePages/Introductiepagina.aspx>
- ¹⁴ Verbeeren P, De Cock J. Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België: Brussel, RIZIV en Dokters van de Wereld, 2014. Beschikbaar via: <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study69/pdf/witboek.pdf>
- ¹⁵ RIZIV. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Brussel, Kluwer, 2014.
- ¹⁶ OECD. Health at a Glance 2013: OECD indicators. 2013. Beschikbaar via: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- ¹⁷ Vlaanderen In Cijfers. Beschikbaar via : <http://www.vlaanderen.be/sites/svr/publicaties/Publicaties/webpublicaties/vic2016.pdf>
- ¹⁸ Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian health care system. Brussels: Belgian Health Care Center (KCE);2010. KCE Report 128. Beschikbaar via: <https://kce.fgov.be/publication/report/a-first-step-towards-measuring-the-performance-of-the-belgian-healthcare-system>
- ¹⁹ World Health Organization. Primary health care, including health systems strengthening. Resolution WHA62.12. Geneva, WHO, 22.05.2009. Beschikbaar via: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf
- ²⁰ SARWGG. 9 jaar beleidsadvisering over welzijn, gezondheid en gezin. Het referentiekader van de SAAR WGG : uitgangspunten voor de toekomst. Beschikbaar via: https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SAR_20190424.pdf
- ²¹ Visienota : Maatschappelijk verantwoorde zorg. Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. Beschikbaar via: <http://www.sarwgg.be/sarwgg/document/visienota-maatschappelijk-verantwoorde-zorg>
- ²² Visienota : Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen. Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. Beschikbaar via: <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/visienota-integrale-zorg-en-ondersteuning-vlaanderen>

-
- ²³ Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. Visienota: Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen. Brussel, 7 december 2012. Beschikbaar via: <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/visienota-integrale-zorg-en-ondersteuning-vlaanderen>
- ²⁴ Visienota : Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst. Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. Beschikbaar via: http://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_Raad_NieuwProfessionalisme_20151217_A_DV_DEF.PDF
- ²⁵ Lloyd J, Wait S. Integrated Care: a Guide for Policymakers. 2005. Beschikbaar via: http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_7.pdf
- ²⁶ De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James MacKenzie Lecture 2011 : multimorbidity, goal-oriented care, and equity. Br J Gen Pract. 2012; (62) (600) : e522-4.
- ²⁷ Oriëntatienota: Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België. Beschikbaar via: http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochurecmc_nl.pdf
- ²⁸ Together we Care. <http://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2013%20Zorgwijzer%2035%20DEF.pdf>
- ²⁹ Together we Count. Beschikbaar via : <http://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2014%20Cahier%20Together%20we%20count.pdf>
- ³⁰ Zorgnet Icuro. Regionale Ziekenhuisnetwerken. Beschikbaar via: <http://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2015%20Cahier%20Ziekenhuisnetwerken%20def.pdf>
- ³¹ De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. <http://www.hapraktijkvoorbeelden.be/doc/together-we-change-ned.pdf>
- ³² Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med 2004 ;12:573-576.
- ³³ EXPH. Defining Value in 'Value-based health care'. Brussels, European Commission, 2019. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/024_defining-value-vbhc_en.pdf
- ³⁴ Cours des comptes. Cahier 2017 relatif à la sécurité sociale. Gestions globales et institutions publiques de sécurité sociale. Bruxelles: Cours des comptes; 2017.
- ³⁵ WHO Regional Office for Europe (2008). The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- ³⁶ Available at: <https://www.ebpnet.be/nl/Pages/default.aspx>
- ³⁷ De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(4):1–288.
- ³⁸ Miguel Perez-La Plante, Counsellor, Deputy Head of Global Affairs, Permanent Mission of Switzerland to the UN in Geneva, verstrekke de meest recente gegevens elektronisch op 11.09.2019
- ³⁹ EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health). Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 juli 2014. Beschikbaar via: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf
- ⁴⁰ Schäfer WLA, Boerma WGW, van den Berg MJ et al. Are people's health Care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results in the QUALICOPC study in 34 countries. *Primary Health Care Research and Development* 20(e104).doi: 10.1017/S1463423619000434
- ⁴¹ OECD. Realising the full Potential of Primary Health Care. Policy Brief May 2019 . Available at: <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>
- ⁴² Robert Graham Center. Investing in Primary Care: a state-level analysis. Washington, July 2019. Available at: <https://www.graham-center.org/content/dam/rgc/documents/publications-reports/reports/Investing-Primary-Care-State-Level-PCMH-Report.pdf>
- ⁴³ EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in Health). Access to health services in the European Union. Beschikbaar via: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf
- ⁴⁴ Bekaert A, Denys B, De Muynck J, De Vriendt T, Foriers L, Moons S, Peeters T, Plas G, Sablon W, Teugels H, Theys F, Tomsin W, Verhoeven I, Vervaet C, Verté D. Buurtgerichte zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel. Brussel, VVDC en Kenniscentrum Woonzorg, Brussel, 2016.
- ⁴⁵ IMA-Databank. Beschikbaar via: www.ima-aim.be
- ⁴⁶ Mickan S M. Evaluating the effectiveness of healthcare teams. *Aust Health Rev* 2005;29(2):211-217.

-
- ⁴⁷ Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional and healthcare outcomes (review). The Cochrane Library 2009, issue 4. Beschikbaar via: <http://www.thecochranelibrary.com>
- ⁴⁸ Ham C. Reforming the NHS from within: beyond hierarchy, inspection and markets. London, The King's Fund, 2014.
- ⁴⁹ Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Report on Disruptive Innovation, Brussels, 29 February 2016. Available at : https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/012_disruptive_innovation_en.pdf
- ⁵⁰ Goris G. Ruimte voor middenveld krimpt, geloof in eigen kracht niet. MO, herfst 2019, p. 34-37
- ⁵¹ Hyppönen H, Hämäläinen P, Reponen J (eds.). E-health and e-welfare of Finland: Checkpoint 2015. Helsinki, National Institute for Health and Welfare, 2015. Available at: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-563-9>
- ⁵² Huibert Tange, Zsolt Nagykalai & Jan De Maeseneer (2017). Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches. European Journal of General Practice, 23:1, 257-260, DOI: 10.1080/13814788.2017.1374367
- ⁵³ EXPH. Task-shifting and Health System Design. Brussels, European Commission, 26 June 2019. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/023_taskshifting_en.pdf
- ⁵⁴ Obolensky N. Complex Adaptive Leadership. Surrey, UK, Gower Publishing Limited, 2010.
- ⁵⁵ EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 juli 2014. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf
- ⁵⁶ Magill MK. Time to Do the Right Thing: End Fee-for-Service for Primary Care. Annals of Family Medicine 2016;14(1):400-401.
- ⁵⁷ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringsystemen voor de eerstelijnszorg in België. KCE Report 85A. (<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/vergelijking-van-kost-en-kwaliteit-van-twee-financieringssystemen-voor-de-eerstel>).
- ⁵⁸ Ryan A M, Krinsky S, et al. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. Lancet 2016;388:268-74.
- ⁵⁹ De Maeseneer J. Family Medicine and Primary Care at the Crossroads of Societal Change. Leuven, Lannoo Campus Publishers, 2017. ISBN 978 94 014 4446 0

