



## Ga je mee op gezondheidsreis met de burger? Vanuit een ondernemingsperspectief meebouwen aan gezondheid.

Rapport | 28 maart 2018

In opdracht van

VOKA

Deze studie werd uitgevoerd door:

Katrien Thorré (Abolins)  
Wim Van der Beken

IDEA Consult NV  
Joseph II straat 40 bus 1  
B – 1000 Brussel

T: +32 2 282 17 10

[info@ideaconsult.be](mailto:info@ideaconsult.be)

[www.ideaconsult.be](http://www.ideaconsult.be)



**Abolins Consulting**





## INHOUD

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1/  | Situatie vandaag en verwachte evoluties  | 2  |
| 1.1 | Tendenzen  | 2  |
| 1.2 | Huidige fricties   | 6  |
| 2/  | Visie op de toekomst: Samen met de burger op gezondheidsreis                             | 8  |
| 2.1 | Toekomst 1: Gezondheidsdoelstellingen federaal en regionaal naadloos op elkaar afstemmen | 11 |
| 2.2 | Toekomst 2: Meer homogene bevoegdheidspakketten  | 14 |
| 2.3 | Toekomst 3: Prikkel voor responsabilisering en kostenbeheersing.                         | 17 |
| 2.4 | Toekomst 4: Pistes voor een efficiënte governance van het gezondheidszorgsysteem         | 21 |
| 2.5 | Toekomst 5: Mechanismen om zorgbudgetten te verschuiven van niveau                       | 25 |
| 2.6 | Toekomst 6: Ruimte voor privéspelers   | 25 |





*Dit document betreft een analyse vanuit het perspectief van de federale en Vlaamse bevoegdheden. De evoluties in Brussel en Wallonië werden hier niet in meegenomen. Het geeft wel inkijk in de mogelijkheden tot optimalisatie maar betreft geenszins een volledige analyse.*



## 1/ Situatie vandaag en verwachte evoluties

### 1.1 Tendenzen

**De vergrijzing is een globaal gekende tendens** in onze huidige en toekomstige samenleving. Ze zal de komende jaren versnellen omwille van de baby-boom generatie, en in 2020-2040 een piek bereiken. De vergrijzing was het afgelopen decennium nadrukkelijker aanwezig in Vlaanderen dan in andere gewesten, en deze tendens blijft nog een tijdje zo. Naast de vergrijzing is er ook een duidelijke **verzilvering** (85-plussers). Ook hier zijn er regionale verschillen. Er zullen dus steeds meer potentiële bewoners zijn van residentiële zorg met bijhorende kostprijs, meer patiënten die potentieel evolueren naar chronische zorg en tegelijk minder mensen die bijdragen tot de financiering van de gezondheidszorg, indien de systemen dezelfde blijven.

**Daarnaast wordt de zorg ook complexer.** Heel wat ouderen worden voor verschillende ziektes tegelijk behandeld: **multimorbiditeit** is sterk aanwezig. Door de vele innovaties en behandelingen kunnen patiënten met één of meerdere chronische ziektes nog lang een kwalitatief leven leiden. Meer dan de helft van de 75-plussers hebben minstens 2 chronische aandoeningen, en 2 op 5 personen hebben zelfs 4 of meer chronische aandoeningen (Barnett et al., 2012). Er is dus behoefte aan zorgtrajecten met meer dan 1 focus, en er is ook behoefte aan **EBM-richtlijnen met meer dan 1 focus**, wat nu meer en meer wetenschappelijk wordt bekeken. Complexiteit en multimorbiditeit vereisen ook meer samenwerking tussen experten-zorgverstrekkers. De huidige organisatie van onze gezondheidszorg is niet afgestemd op deze veranderende gezondheidssituaties van de burger.

**De kostprijs van onze gezondheidszorg** ligt boven het OESO-gemiddelde. Door deze tendenzen zal ze nog verder evolueren van 8.0% BBP in 2016 ( 6,4% BBP acute versus 1.6% langdurige zorg) naar 10.2% BBP in 2040 voor wat betreft publieke middelen (7.7% acute versus 2.5% langdurige zorg)(rapport vergrijzingscommissie 07/2017). Daarbovenop komt er 2% BBP die gefinancierd wordt door de burgers zelf (dat komt overeen met 3% van het huishoudbudget dat gespendeerd wordt) (Health at a glance 2017). De vergrijzing zorgt verder ook voor een analoog stijgende kost voor de pensioenen (in 2016 van 10.5% BBP naar 12.8% BBP in 2040). Daarbij is het ook belangrijk om de **afhankelijkheidsratio** te bekijken, in het kader van de financiering van de gezondheidszorg (en pensioenen) vandaag versus de toekomst (2040). Tabel 1 toont daarbij dat vooral in Vlaanderen en Wallonië een sterke stijging van deze afhankelijkheidsratio mag verwacht worden.

| Periode     | Vlaanderen | Wallonië | BrusselsHG |
|-------------|------------|----------|------------|
| <b>2020</b> | 29.1       | 26.2     | 17.6       |
| <b>2040</b> | 42.6       | 37.7     | 20.9       |

Tabel 1: Afhankelijkheidsratio (#67-plussers/ #18-66)(statbel.fgov.be/ bevolkingsvooruitzichten).

Tevens zijn er meer en meer **technologische innovaties**, nieuwe geneesmiddelen, innovatieve apparatuur, digitalisering in de geneeskunde. Dit zorgt ervoor dat men vroeger ziektes kan detecteren en dus preventiever kan ingrijpen. Technologie zorgt bovendien voor medisch advies op afstand (globalisering) en ook voor veel meer vergelijkingsmogelijkheden waardoor ook vanuit veel breder perspectief verbeteracties in de gezondheidszorg kunnen worden opgezet. Innovaties, en zeker digitale innovaties, zitten vandaag zeker nog niet in het standaard gezondheidszorgpakket in ons land.

De **regelgeving wordt alsmaar complexer**, o.a. ook door de fragmentering in de bevoegdheden en de regionale verschillende invullingen van overgedragen bevoegdheden. Daarnaast vraagt de technologische evolutie ook voor een aangepaste innovatieregelgeving, wat vaak veel te traag op gang komt. De privacywetgeving wordt ook steeds strikter waardoor efficiënte oplossingen moeilijker te bereiken zijn, en meer tijd in beslag kunnen nemen.

De gezondheidszorg wordt meer en meer **ook bekeken vanuit niet-gezondheidshoek**. De burger/ patiënt wordt ook **meer en meer consument**, wil meer inspraak, en is bereid om extra te betalen voor diensten die zijn levenskwaliteit verbeteren. Hij verwacht een deel van zijn gezondheidszorg zelf in handen te kunnen nemen op een efficiënte manier (bvb teleconsulting, snelle toegang tot nieuwe technologie, ...) zoals hij dat zelf ook doet in talrijke andere sectoren, bvb de banksector. Verder wil de burger efficiënt zijn onderzoeken kunnen regelen en zijn resultaten inzien, zowel van zichzelf als van degenen voor wie hij zorg draagt (nood aan digitaal medisch dossier, digitaal overleg). De gezondheidszorg is inderdaad een bijzonder belangrijke sector in onze economie, gezien de totale gezondheidsuitgaven vandaag iets meer dan 10% van het BBP vertegenwoordigen. Bovendien zijn er veel jobs in deze sector. Het interessante investeringsklimaat in ons land in klinische studies draagt hier verder toe bij. Er zijn dus heel wat opportuniteiten tot **bijkomende groei van de zorg als economische sector**.



Er is een verdere **globalisering** van de gezondheidszorg. Burgers zijn mobiel, zijn meer en meer geïnformeerd, en ook geëngageerd. Ze kijken soms ook naar het buitenland voor medicatie, technieken, ... die wel al beschikbaar zijn. Ook zorgverstrekkers bekijken de best practices in het buitenland en gaan ook hun eigen best practices meer en meer vermarkten in het buitenland. Bovendien laat de technologie toe dat zorgverstrekkers zich niet altijd meer moeten verplaatsen. Zo konden artsen in NY al op afstand met een robot een galblaas opereren van een vrouw in Straatsburg<sup>1</sup>.

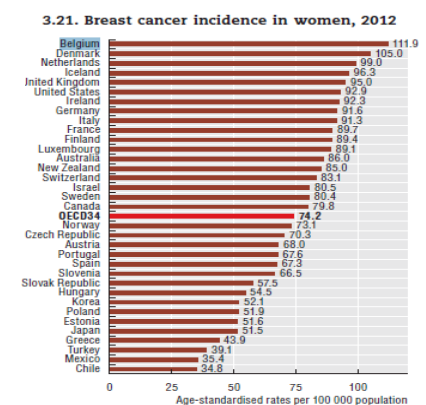
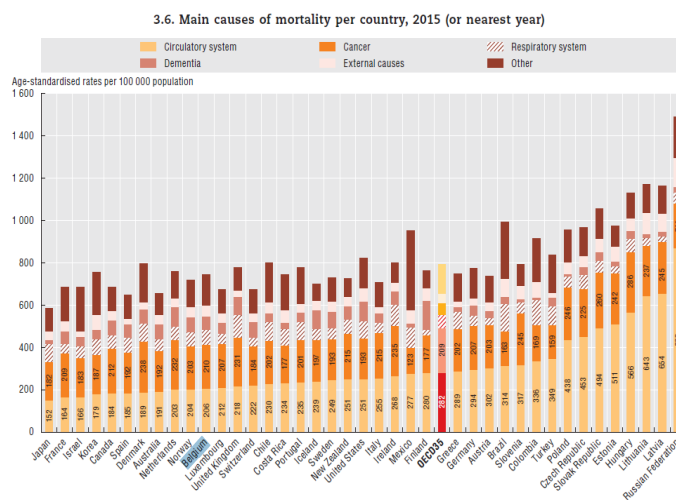
### Artsen terug naar hun kerntaken

Heel wat taken van artsen, kunnen bovendien door niet-artsen worden ingevuld, zoals verpleegkundigen of slimme apparaten, zeker in het kader van chronische ziektes (60 % van de taken). Bij de huisarts kunnen heel wat praktijkassistenten die taken overnemen (85 % van de taken), en hierdoor kunnen veel kosten bespaard worden. Hierdoor kunnen artsen zich veel meer toespitsen op hun kerntaken.

Bron: Miclethwait and Wooldridge, De vierde revolutie op zoek naar de overheid van morgen, De bezige bij, Antwerpen

Verskillende indicatoren meten de **efficiëntie van ons gezondheidszorgsysteem** ten opzichte van andere landen. De meest recente Euro Health Consumer Index (2017) klasseert ons land alvast als (over)toegankelijk maar ziet desondanks ons land niet als topklasse wat medische behandelingsuitkomsten betreft.

Uit de figuren hieronder blijkt dat België het beter doet dan het gemiddelde van de OESO voor wat betreft de incidentie van de belangrijkste ziektes (cardiovasculaire ziekte, kanker, respiratoire ziekte en dementie), ook al zien we een hoge borstkankerincidentie bij vrouwen. Anderzijds zijn er veel ziekenhuisbedden (België 6,2 ten opzichte van OESO gemiddelde 4,6/1000 personen).



Source: International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012.

<sup>1</sup> Miclethwait and Wooldridge, De vierde revolutie op zoek naar de overheid van morgen, De bezige bij, Antwerpen



Hieronder worden performantiedata vergeleken tussen België en het Europese gemiddelde en eveneens zijn een aantal regionale opsplitsingen voorzien. Hieruit blijkt dat:

- We doen minder aan preventie dan het gemiddelde van Europa.
- We hebben meer ziekenhuisbedden dan het gemiddelde van Europa (Data 2015). Het bezettingspercentage van de ziekenhuisbedden ligt ook boven het Europese gemiddelde. Er is dus veel duur ziekenhuisverbruik in ons land. De ligduur in ziekenhuizen is regionaal sterk verschillend, met Vlaanderen als beste leerling voor de kortste verblijfsduur. De regionale verschillen in bedden per 1000 is alleen merkbaar met het Brussels hoofdstedelijk gewest<sup>2</sup>.
- Het gepast voorschrijven van geneesmiddelen en dus verbruik van geneesmiddelen is hoger dan het Europees gemiddelde (in openbare apotheken).
- De registratie in het Globaal Medisch Dossier (GMD) is regionaal sterk verschillend, waarbij Vlaamse huisartsen het meest een GMD gebruiken. Hierdoor is een goede opvolging van de patiënt mogelijk.
- Het aantal patiënten met langdurige aandoeningen is regionaal sterk verschillend waarbij Vlaanderen minder langdurig zieken telt.

| %   | België | EU-28 | Vlaanderen      | Wallonië | Brussel |
|---|--------|-------|-----------------|----------|---------|
| Preventie <sup>3</sup>  | 1,7    | 2,8   | 2               |          |         |
| Ziekenhuizen – bedden per 1000  | 6,2    | 4,7   | *(zie voetnoot) | **       | ***     |
| Ziekenhuizen – bezetting<br>(en ligduur uitgedrukt in dagen)                        | 78,4   | 75,7  | 79,51<br>(6,64) | (7,27)   | (8,23)  |
| Geneesmiddelen<br>(uitgedrukt in USD/ per capita, officina-<br>apotheek)(data 2015) | 663    | 553   | *(zie voetnoot) | **       | ***     |
| GMD (rol huisarts)  | 58     |       | 67              | 47,5     | 40      |
| Langdurige aandoening (patiënten)   | 28,5   |       | 27,2            | 30,2     | 30,5    |

Tabel 2: Aantal gezondheidsindicatoren die Europa, België en de regio's vergelijken.

Belangrijk voor preventie is echter de definitie ervan: voorkomen van ziekte, voorkomen van herhal, vroegdetectie, ... Er zijn immers heel wat verschillende types van preventie. Op elk niveau kunnen we best zo preventief mogelijk handelen.

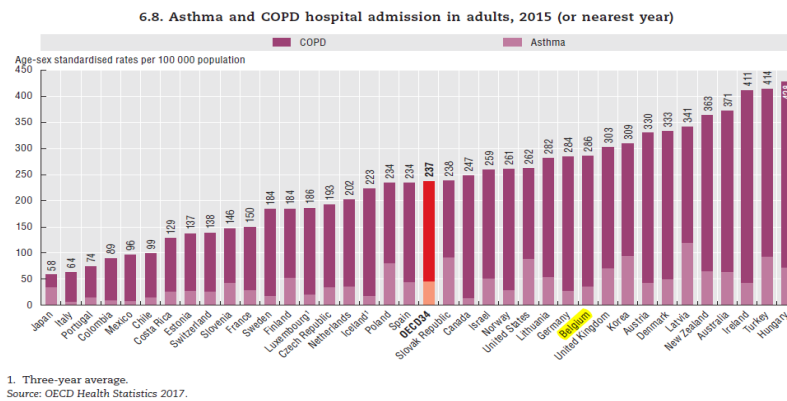
Te veel geneesmiddelen worden voorgeschreven als ze niet nodig zijn, bvb. nog te veel antibiotica: 29,2 ten opzichte van 20,6 (DDD per 1000 personen), wat toch belangrijk is in het kader van kwalitatieve gezondheidszorg.

Zo kan bijvoorbeeld astma en COPD al goed behandeld worden door de huisarts, en mits een goede opvolging, zou dit moeten leiden tot een pak minder exacerbaties en dus heel wat **vermijdbare dure en mentaal verzwarende hospitalisaties** (zie figuur 1). Eén vierde van de Belgen heeft een te hoge bloeddruk, die vroeg of laat kan leiden tot cardiovasculaire complicaties, terwijl dit perfect te managen is mits voldoende preventieve inspanning zowel op gezondheidsvlak, als op welzijnsvlak.

<sup>2</sup> Bij gebruik van de data van 2017 ([www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be) en [statbel.fgov.be](http://statbel.fgov.be)), zien we respectievelijk 3,76\* – 3,74\*\* – 5,31\*\*\* aantal erkende bedden per 1000 voor het Vlaams gewest, het Waals gewest en het Brussels Hoofdstedelijk gewest.

De WIV gezondheidsenquête van 2013 toont geen verschillen tussen de Gewesten in verbruik van voorgeschreven geneesmiddelen maar er is een lokaal/ regionaal verschil in voorschriftgedrag volgens culturele en opleidingsgebruiken.

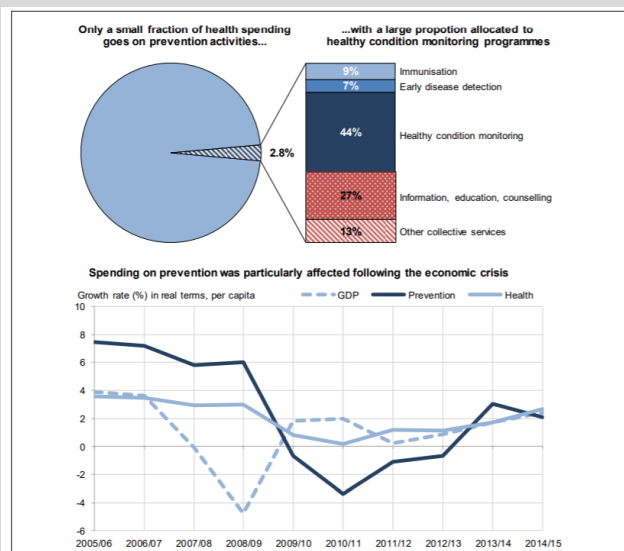
<sup>3</sup> Data OECD 31 - Gmeinder en Muller, OECD Health working papers, nr 101, 2017, OECD Publishing Paris



Figuur 1: Aantal hospitalisaties bij volwassenen voor astma en COPD.

Uit deze tendenzen concluderen we dat we best zoveel mogelijk dure complexe zorg proberen te vermijden/ uit te stellen door een **shift naar preventie** te stimuleren. Hierbij is het belangrijk dat de burger ook zelf actie onderneemt, en dat volgens zijn eigen vermogen van gezondheidsgeletterdheid, al dan niet met meer of minder begeleiding van bijvoorbeeld de huisarts. Elke andere gezondheidsactor zal ook mee zijn verantwoordelijkheid moeten nemen om de gezondheidszorg maatschappelijk betaalbaar te houden en dit over de ganse keten van welzijn en preventie tot behandeling van ziekte: welzijnsorganisaties, welzijnsdiensten bij gemeenten, zorgverstrekkersorganisaties, ziekenhuizen, ziekenfondsen, farma. Tendensen tot alternatieve financiering van de gezondheidszorg ten opzichte van deze van vandaag (met een financieringshistoriek uit werk), dient ook verder bekeken te worden. Responsabilisering van de burger is hierbij een belangrijke factor om de gezondheidszorg betaalbaar te houden.

### Evolutie preventie in OESO-landen



Bron: OESO health statistics 2017 (bovenste grafiek data 2015)



## 1.2 Huidige fricties

Uit een analyse van de huidige werking van de gezondheidszorgsector en talrijke interviews blijkt dat er vandaag 2 belangrijke fricties zijn die verdere (efficiënte) verandering tegenhouden: de governance en het gebrek aan efficiëntie binnen het systeem van gezondheidszorg.

### 1.2.1 Governance

Vooraleer veranderingen te implementeren worden ze **overlegd met talrijke gezondheidszorgstakeholders**. Dit overleg is dus heel belangrijk zowel om een draagvlak te creëren als om verandering te implementeren. Vaak zitten echter dezelfde stakeholders jarenlang in allerlei **commissies** waarin ook vaak even lang dezelfde overheidsvertegenwoordigers zetelen. De huidige silowerking van elke commissie zorgt ervoor dat de processen amper geharmoniseerd zijn (bvb verschil tussen commissies artsen en tandartsen) en dat de uitkomst van de verschillende commissies heel verschillend is. Er is geen bespreking mogelijk die budgetimpacten over de grenzen van de silo's heen bekijkt om efficiëntere gezondheidszorgsystemen of producten terug te betalen die zowel de burger (betere gezondheidszorg) als de overheid (lagere kosten) ten goede komen. De nood aan multidisciplinaire zorg en de gepersonaliseerde aanpak in de zorg, zijn bovendien niet weerspiegeld in deze overlegsettings (bvb RIZIV). De overheid wordt jarenlang door dezelfde professionals vertegenwoordigd waardoor "change" moeilijker geïmplementeerd wordt en ook moeilijker aanvaard wordt. De vertegenwoordigers van de artsen bijvoorbeeld hebben vaker een meer technisch profiel waardoor slechts een deel van de beroepsgroep vertegenwoordigd is en waardoor bijgevolg ook het honoreringssysteem (bvb via de nomenclatuur) beter is voor technische aktes. Echter, voor deze zorgverstrekkers is het wel mogelijk om overleg te plegen met minder inkomensverlies dan de artsen die eerder intellectuele aktes verrichten omdat hun werk beter te regelen valt. Ook is er weinig vernieuwing waardoor de jongere generaties minder vertegenwoordigd worden. Willen we een betere weerspiegeling van de multidisciplinaire zorgnoden, en willen we out of the box oplossingen bekomen? Dan is het noodzakelijk om deze "old boys school" vertegenwoordiging te herzien. Een externe gamechanger zal nodig zijn om hier verandering aan te brengen.

Bovendien wordt vaak het budget van het verleden gezien als een verworven recht. Systemen blijven daardoor vaak bestaan én terugbetaald, terwijl nochtans heel wat praktijken al veel efficiënter kunnen gebeuren, doch, die innovaties komen vaak terecht in een andere overleggroep, waardoor deze als meerkost aanzien worden. De discussies gebeuren dus veel te veel binnen dezelfde groep zorgverstrekkers/ producten (in plaats van bijvoorbeeld discussie met de groep voor terugbetaling medische hulpmiddelen). Met de huidige dynamiek van innovatie, en de verouderde systemen van bvb de nomenclatuur, is er dringend nood aan een out-of-the-box brainstorming waarin de eigenbelangen volledig aan de kant worden geschoven.

Overleg **tussen verschillende bevoegdheidsniveaus** gebeurt vandaag via interministeriële conferenties (IMCs). Vaak worden zij gecoördineerd vanuit federaal, en is het moeilijk om tot een overeenkomst te komen. Dit is a fortiori het geval wanneer de verschillende regio's andere zorgnoden, en dus een andere invulling van specifieke topics in de gezondheids- en welzijnszorg beogen. Er is veel ergernis rond dit overleg, o.a., de nood aan dit overleg, de nood aan interpretatie door de Raad van State over het niveau van bevoegdheid alvorens te kunnen beslissen, en de politieke diversiteit in het trekken van bevoegdheden van/ naar de regionale kant of terugtrekken naar de federale kant. Een goed voorbeeld betreft de tweestrijd tussen de deelstaten voor federale bevoegdheden rond het vormen van ziekenhuisnetwerken. Niettemin zullen de reeds gevormde officieuze samenwerkingen/ netwerken wellicht verder blijven bestaan door de intussen bereikte efficiëntie. Anderzijds kan hierdoor het verschil in aanpak/ cultuur tussen de deelstaten nog verder worden beklemtoond en een trigger zijn voor de toekomst.

### 1.2.2 Gebrek aan efficiëntie

Vandaag zijn er nog steeds **niet-homogene pakketten gezondheidszorg** op de verschillende bevoegdheidsniveaus aanwezig, ondanks de grotendeels geïmplementeerde 6<sup>de</sup> staatshervorming. De hefbomen tot efficiënt beleid ontbreken vaak. Bijvoorbeeld, thuisverpleegkunde is nog steeds federaal gehonoreerd, terwijl thuiszorg en gezinshulp regionaal worden geregeld. Nochtans betreft het allemaal dezelfde patiënt/ burger die nood heeft aan een homogene aanpak, en ontbreekt het aan duidelijkheid om efficiënt te kunnen doen aan preventie of aan genezing bij het zelf in handen nemen van zijn gezondheid thuis. Ook de ziekenhuizen kennen deze dubbele structuur: de erkenningen zijn Vlaams maar de normen en de hefboom van zorgbudgetten zijn federaal. Uit interviews blijkt dat het bijzonder moeilijk is om hier overleg en beleid rond te maken in Vlaanderen. Wat ben je met regionale gebouwen voor een fusieziekenhuis, als de financiering voor de werking van het ziekenhuis niet door dezelfde overheid kan worden ingevuld, en de klemtonen op de werkelijke noden telkens onderhandeld moeten worden?



**EBM** in de gezondheidszorg is essentieel, maar dan dienen de meest **up to date richtlijnen**, snel toegankelijk en beschikbaar te worden gesteld, in het bijzonder van de eerstelijnszorgverstrekkers (bvb cardiovasculaire aandoeningen: richtlijn van 10 jaar oud bij Domus Medica). Zij behandelen inderdaad vele verschillende pathologieën en kunnen dus onmogelijk van alles op de hoogte zijn. Er is ook nood aan een multidisciplinaire insteek van EBM-richtlijnen, en de insteek van de terugbetaalbaarheid voor de patiënt. Indien in de eerstelijnsgezondheidszorg EBM goed wordt toegepast zal dat leiden tot efficiëntere gezondheidszorg en minder complicaties. Tevens dient de vraag gesteld te worden of onderzoeken wel moeten gebeuren als ze geen/ weinig toegevoegde waarde bijbrengen.

Er is ook de moeilijkheid om verandering teweeg te brengen in het bestaande gezondheidszorgsysteem. De zorginstellingen en zorgverstrekkers werken **te veel apart**. Telkens is er **kwaliteitsverlies van informatie over de patiënt** en hierdoor worden onnodige onderzoeken en consultaties gedaan. De fee for service vergoeding stimuleert het silowerken en zorgt tevens dat er niet optimaal geregistreerd wordt omdat registratie, en dus kennis, verlies kan inhouden van toekomstige diensten. De nood aan meer en meer multidisciplinariteit en dus meer en meer overleg en samenwerking tussen de zorgverstrekkers, vereist ook systematisch ruimte voor dergelijke projecten. De blijvende silo-aanpak van aparte zorgverstrekkers zorgt er tevens voor dat de patiënt te veel de brug moet zijn voor zijn eigen data en onderzoeken. Concreet betekent dit dat de fee for service niet leidt tot efficiënte zorg. Dit geldt niet alleen in het ziekenhuis, maar ook in de ambulante setting en transmuraal. Patiënten willen een naadloze zorg voor en na hospitalisatie, en een zo kort mogelijke hospitalisatie. Er is dus nood aan **multidisciplinaire gebundelde terugbetalingssystemen over de grenzen van eerste- en tweedelijnszorg heen**.

## 2/ Visie op de toekomst: Samen met de burger op gezondheidsreis

Aangezien de burger degene is waarrond alles draait, wordt deze centraal gezet in de voorgestelde toekomstvisie. De burger zonder zorgnood/ de burger met zorgnood (patiënt) is niet opdeelbaar in niveaus en is op zoek naar een **optimale geïntegreerde zorg**, samen met familie, kennissen, vrienden én zorgverstrekkers op gezondheidsreis en levensreis. De burger is eigenlijk vanaf zijn geboorte op gezondheidsreis. We zien de gezondheidsingrepen niet langer als een manier om te verhelpen aan een ziekte, maar eerder vanuit een preventief perspectief om zo gezond mogelijk te blijven. In dat kader wordt meer gezondheidszorg ingepland, ook preventieve zorg. Er is dus een shift naar zo veel mogelijk planning zodat er ruimte is voor nodige acute zorg.

**Basisprincipe: het leven is een gezondheidsreis met verschillende types gebeurtenissen, met meer accent op preventie om zo de dure curatieve gezondheidszorg betaalbaar te houden**

- ▶ Preventieve gebeurtenissen
  - Gepland (bvb vaccinatie, ...)
  - Niet gepland (bvb bloedstaal, bloeddruk meten, ...)
- ▶ Curatieve gebeurtenissen
  - Gepland (bvb hospitalisatie, huisartsbezoek, ...)
  - Niet gepland (bvb hartinfarct, acute ziekte, ...)

**Belangrijke shifts in het gezondheidszorgsysteem zijn daartoe noodzakelijk:**

- ▶ Burger centraal: eigen gezondheid in handen
- ▶ Preventie met een belangrijke rol voor eerstelijnszorgverstrekkers
- ▶ Multidisciplinaire aanpak
- ▶ Registratie via opbouw van longitudinale data en met sluitende cyclus, van analyse naar preventie en behandeling

| DOORLOPEND OP GEPLANDE (EBM) TIJDSTIPPEN :<br>Meten van standaardparameters (bloeddruk, BMI, hartslag, bloedstaal voor cholesterol en suiker)<br>Screening op ziektes<br>Beweging, voeding, alcohol, ...<br>Genetisch profiel |                   |                               |  |                               |                            |                                   |                            |                              |                         |                      |                     |  |
|---|-------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|--|
| HOSPITALISATIE<br>Geboorte  |                   | CURATIEF<br>Acuut<br>ambulant |  | CURATIEF<br>Acuut<br>ambulant | CURATIEF<br>Kiné, tandarts |                                   | CURATIEF<br>hospitalisatie | HOSPITALISATIE<br>Bevalling  |                         | CURATIEF<br>ambulant | CURATIEF<br>daghosp | CURATIE<br>HOSPI                                 |
| PREVENTIEF<br>vaccinatie  | PREVENTIEF<br>K&G | PREVENTIEF<br>vaccinatie      | PREVENTIEF<br>Genetische<br>screening<br>Bloeddruk,<br>bloedstaal, ... |                               |                            | PREVENTIEF<br>Advies<br>apotheker |                            | Thuis-wel-en-<br>gezond zorg | PREVENTIEF<br>Screening |                      |                     | PREVENTIEF<br>Bloed-<br>parameters<br>vaccinatie |
| GEBOORTE  |                   |                               |  |                               |                            |                                   |                            |                              |                         |                      |                     |  |

*Figuur 2: Gezondheidsreis als aaneenschakeling van gezondheidsgebeurtenissen.*

Meer en meer wil en kan de burger zijn eigen gezondheid in handen nemen door allerlei gezondheidsmetingen, en idealiter kan hij deze data ook integreren in het unieke medische dossier dat van hem bestaat. Alnaargelang de zelfredzaamheidsgraad van de burger ontstaat er een geavanceerd partnership met zijn zorgverstrekkers. Zijn autonomie wordt gestimuleerd.

In de toekomst **wachten de burgers niet totdat een gezondheidsgebeurtenis** zich voordoet. Ze laten hun genetische gezondheidstoestand analyseren, brengen de familiale gezondheidszorgproblematieken in kaart zodat ze hun gezondheidsrisico kunnen inschatten. Samen met hun huisarts, apotheker en eventueel (thuis)verpleegkundige hebben ze zicht op hun basisparameters zoals bloeddruk, hartritme, BMI, bloedwaarden, en in het bijzonder hun suikerspiegel. Daarnaast wordt ook regelmatig gepeild naar de levensstijl, bvb beweging, roken, alcohol, gezond eten, ... én hun sociale integratie zodat ook duidelijk wordt welke hulpnoden ze hebben mochten ze ziek worden (cfr levenscirkels in kaart brengen).

De gezondheidsinformatie die de burger ontvangt, is geënt op zijn situatie op dat moment, en wordt volgens de gezondheidsgeletterdheid van de burger, al dan niet begeleid door de eerstelijnszorgverstrekkers. Tevens is er een



globaal beeld rond de vaccinatienoden, zowel voor de burger als voor zijn eerstelijnszorgverstrekkers. De pro-actieve betrokkenheid vanuit de burger kan positief beloond worden via de integratie van een bonus in het Vlaamse systeem van persoonsvolgende financiering (PVF). Op dezelfde manier wordt pro-actieve invulling van preventie door de eerstelijnszorgverstrekkers positief gestimuleerd.

De ganse organisatie van de gezondheidszorg dient geënt te worden op het **principe van de "burger centraal"**, zodat er inderdaad een globaal en geïntegreerde aanpak van zijn gezondheid gegarandeerd kan worden, zowel preventief als curatief. Er is een gepersonaliseerde aanpak, net zoals we diezelfde burger ook in andere situaties, centraal zetten en zien als een klant met bepaalde gezondheidsbehoeftes. De multidisciplinaire aanpak wordt op het terrein geïmplementeerd zodra dit nodig is: zorgverstrekkers werken samen aan een betere gezondheid van de burger en zorgorganisaties worden zodanig gestructureerd dat de burger/ patiënt centraal staat. Deze multidisciplinariteit wordt ook weerspiegeld in de verschillende overlegmodellen. De silo's van overleg en budget worden opgebroken. Er wordt gekeken of innovatie in de ene sector, een kwalitatieve vooruitgang voor de gezondheidszorg én/ of kostenbesparing op globaal vlak kan betekenen. Deze benadering biedt meteen ook een voordeel voor de bedrijven die innovatief werken rond gezondheidszorg omdat goede, efficiënte zorginnovaties meer garantie krijgen voor implementatie.

De **balans preventief – curatief** dient te worden aangepast in de richting van meer preventie. Hierbij dient de definitie van "preventie" ook vroegdetectie te bevatten, zodat de gezondheidsbarometer tijdig kan worden opgemeten en mentaal belastende en dure complicaties zoveel mogelijk vermeden kunnen worden. Wanneer de burger centraal wordt gezet in zijn gezondheidsreis, is de nood aan geïntegreerde zorg ook belangrijk. De rol van de zorgverstrekkers, ziekenhuizen, ziekenfondsen, overheid, ... dient steeds zodanig te worden ingevuld dat de realiteit van "de burger centraal" zichtbaar is.

In die zin is de burger inderdaad ook een klant op zoek naar gezondheidszorg tijdens zijn levensreis, zij het dan binnen een beperkt budgetair en reglementair kader, en tegelijk verbonden met het welzijnsaspect. Niettemin, een klant zetten we altijd centraal, en we onderzoeken of datgene wat wij aanbieden als diensten/ producten, écht een toegevoegde waarde is voor hem, en beantwoordt aan de gepersonaliseerde noden op een zo efficiënt mogelijke manier. De burger zal het ganse aanbod bekijken, het aanbod van vzw's, de commerciële sector, de overheid, alsook van individuele zorgverstrekkers, zolang ze maar een oplossing bieden voor zijn reële noden, en een goede prijs/ kwaliteit weerspiegelen. Dat impliceert ook een volledig gelijk speelveld doorheen alle statuten van aanbieders. De voordelen van diensten/ producten gecontroleerd of aangeboden door de overheid, zijn dat de kwaliteit gegarandeerd wordt.

In dit document stellen we vijf pijlers voor die kunnen zorgen voor een betere governance en een efficiëntere gezondheidszorg.

| Hoofdtopic   | Voorstellen  |
|--|--|
| Gezondheidsdoelstellingen                            | <p>Duidelijke gezondheidsstrategie en -visie waarin de gezondheidsdoelstellingen passen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ regionaal bepaald en federaal ondersteund/ gestroomlijnd.</li> <li>▪ fungeert als strategisch kader voor overlegcommissies.</li> <li>▪ met een financiële incentive bij impact op ander bevoegdheidsniveau.</li> </ul>  |
| Meer homogene bevoegdheidspakketten                  | <p>Ruimere interpretatie van preventie (grotere pakketten).</p> <p>Meer focus op eerstelijns, met preventief HA-honorarium.</p> <p>Samenvoegen van gelijkaardige bevoegdheden en efficiënt reorganiseren op Vlaams niveau zodat meer gezondheidsimpact gecreëerd wordt, zoals op volgende terreinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>thuisverpleegkunde toevoegen aan thuiszorg en gezinszorg.</i></li> <li>▪ <i>geriaters toevoegen aan ouderenzorg.</i></li> <li>▪ <i>erkenning van specifieke nood aan regionale gezondheidszorgberoepen (KB 78)</i></li> </ul> <p>Uniek geharmoniseerd welzijns- en gezondheidsdossier.</p> <p>Financiële incentive voor goed beleid met impact op ander bevoegdheidsniveau (nl. meer preventie, dus minder ziekte).</p> |
| Prikkels voor responsabilisering en kostenbeheersing | <p>Positieve bonus bij opnemen verantwoordelijkheid zowel financieel als betere zorg, via een mentaliteitsswitch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ naar preventief denken en stimuleren gezondheidsgeletterdheid,</li> </ul>   |



|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ naar juiste EBM, registratie van data</li><li>▪ naar data-analyses voor aanpassing zorg (micro) en beleid (macro)</li><li>▪ bij overlegorganen, opleidingen</li><li>▪ bij burger, zorgverstrekkers, zorginstellingen: multidisciplinaire &amp; naadloze samenwerkingen</li></ul>   |
| Efficiëntere governance van het gezondheidszorgsysteem | <p>In het toekomstige gezondheidszorgmodel zijn er <b>maximaal 2 beleidsvoerende en 2 uitvoerende niveaus</b>. Het regionale en het federale niveau beslissen over het gezondheidsbeleid, waarbij het regionale niveau de regie van de gezondheidsdoelstellingen heeft en de federale doelstellingen hier naadloos op aansluiten. De lagere niveaus van bovenlokale eerstelijnszorgzones en lokale gemeenten vormen de uitvoerende niveaus.</p> <p>Volgende principes zijn leidend:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Overlegplatform voor uniforme dataregistratie tussen regio's en het federale niveau</li><li>▪ uitbreiding van de zorgnetwerken ter stimulering van samenwerking tussen eerstelijns, tweedelijns en ziekenhuizen</li><li>▪ snellere aanpassing van wetgeving aan innovatiemogelijkheden</li><li>▪ Samenbrengen van thuisverpleging en thuiszorg tot een Vlaams 'thuis-wel-en-gezond' netwerk</li><li>▪ Evaluatie van werking en optimalisering van IMC's als overlegfora tussen federale en regionale niveau, rekening houdende met bovenstaande aanbevelingen ivm burger centraal, accent op preventie en Vlaamse regie</li><li>▪ integratie van federale overheidsinstanties, zoals RIZIV, FOD Volksgezondheid en FAGG.</li></ul> |
| Mechanismen om zorgbudgetten te verschuiven van niveau | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ gebundelde financiering voorzien voor proefprojecten die in een residentiële verplegingsinrichting plaatsvinden, en waarin ook federale bevoegdheden verweven zitten</li><li>▪ gebundelde financiering voorzien voor proefprojecten in de ambulante setting/ ziekenhuissetting waarin ook regionale bevoegdheden vervat zitten</li><li>▪ in het overleg goed werkbare innovaties van kleine groepen zorgverstrekkers van het terrein overnemen, en ze gieten in het beleidskader van het regionale beleid/ federale beleid</li><li>▪ zorgnetwerken die focussen op de zorg rond de burger, en een naadloos verhaal bouwen van eerste naar tweede naar derdelijns, en nulde lijn (welzijn/ zorg).</li></ul>   |
| Ruimte voor privé-spelers                              | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gelijke toegang tot data voor privéspelers en ziekenfondsen</li><li>▪ Ruimere inschakeling van zorgkassen, die reeds hun rol spelen in de VSB</li><li>▪ Inschakelen van privé spelers ter versnelling van de efficiëntie in de zorg: analyse van big data, security van gezondheidsinformatie, blockchain om terugbetalingsmechanismen te versnellen en te vereenvoudigen met een lagere administratieve last</li></ul>  |



## 2.1 Toekomst 1: Gezondheidsdoelstellingen federaal en regionaal naadloos op elkaar afstemmen

### Duidelijke gezondheidsstrategie en -visie waarin de gezondheidsdoelstellingen passen

- Regionaal bepaald en federaal ondersteund/ gestroomlijnd
- Strategisch kader voor overlegcommissies
- Financiële incentive bij impact op ander bevoegdheidsniveau (nulmeting nodig).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) raadt alle landen aan om gezondheidsdoelstellingen te formuleren. Gezondheidsdoelstellingen zijn inderdaad goede beleidsinstrumenten en vormen **een duidelijk kader** van waar men naartoe wil met de gezondheidszorg en welzijnszorg: ze leggen duidelijke accenten in de gezondheidsstrategie/ gezondheidsvisie. Ze hangen niet alleen af van **medische determinanten** (zoals preventieve zorg, chronische zorg, acute zorg, ...) maar ook van **niet-medische determinanten** (gedrag ivm gezondheid, genetische belasting, omgeving en sociale status, ...). Daarom is het belangrijk dat er een goede afstemming is van preventieve en curatieve gezondheidsdoelstellingen. Naast gezondheidsdoelstellingen dient ook een duidelijke **gezondheidsstrategie en -visie** te worden opgesteld, zodat de ganse waaier aan gezondheidszorg een duidelijke invulling krijgt.

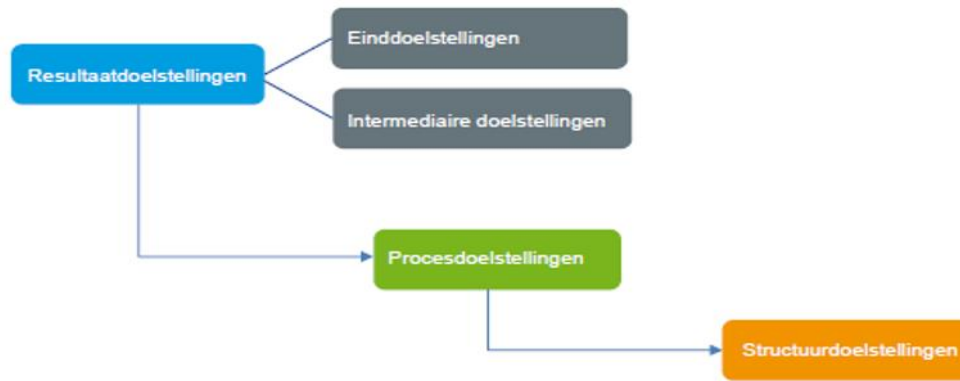
Vanuit de preventieve en klantgerichte aanpak wordt het beleidskader met **resultaatsdoelstellingen regionaal opgesteld**, zo dicht mogelijk bij de burger en zijn noden. Er worden prioriteiten vastgelegd binnen de beschikbare financiële middelen. **Federaal worden ze ondersteund** volgens overeenkomstige bevoegdheden. Vlaanderen werkt inderdaad al een hele tijd met gezondheidszorgdoelstellingen<sup>4</sup>, overlegt tijdens gezondheidsconferenties, vooral om preventie te stimuleren. Deze doelstellingen dienen dus aangevuld te worden met **gezondheidszorgdoelstellingen die gezondheidswinst** beogen, door het effect van preventie te meten en door doelstellingen op de complexe curatieve zorg in te stellen. Bijkomende expertise op vlak van curatieve gezondheidszorg zal hiervoor noodzakelijk zijn in Vlaanderen.

In principe dient in eerste instantie gestreefd te worden naar **strategische resultaatsdoelstellingen**. In ons land werkt men momenteel van onder uit door **proces- en structuurdoelstellingen** te implementeren bij zorgorganisaties. Dit wordt vooral Vlaams gestuurd met een positieve incentive (ie, geen zorginspectie meer). Zo zijn er de verschillende kwaliteitsindicatoren (VIP<sup>2</sup> bij ziekenhuizen) die zeker zorgen voor een verdere professionalisering van de zorgsector en zelfs een harmonieuzere aanpak kennen door de verdere toepassing in WZC (VIP) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ - QIP). Kwaliteit slaat vandaag de brug tussen beleid en organisatie van de gezondheidszorg, maar een globaal plan blijft noodzakelijk. Daarnaast dienen de kwaliteitsindicatoren getoetst te worden op doelmatigheid.

De Vlaamse doelstellingen zoals die vandaag bestaan zijn qua concept zeker goed maar hier is nog heel wat ruimte voor verbetering qua aanpak. De brug tussen welzijn en preventieve zorg bvb. dient ook in gezondheids- of welzijnsdoelstellingen ingepast te worden.

---

<sup>4</sup> vaccinaties, bevolkingsonderzoeken naar kanker, zelfdoding, ongevallen voorkomen, gezond leven, sociale gezondheidsgelijkheid



*Figuur 3: Onderscheid tussen strategische (resultaat) en operationele doelstellingen (proces, structuur)(KCE 292A, 2017).*

Een beheersovereenkomst met Vlaamse organisaties is dus nodig voor de uitvoering. Er is ook nood aan een federaal akkoord om een gestroomlijnde communicatie op te nemen **dat altijd als eerste stap naar preventie verwijst**. Hierin wordt ook de responsabiliserende rol van de burger, al naargelang zijn gezondheidsgeletterdheid, in opgenomen. Zowel overeenkomsten met federale organisaties, als met lokale organisaties (gemeenten) zijn essentieel, zodat een geïntegreerd multidisciplinair gezondheidsbeleid ook via de doelstellingen gestimuleerd wordt. In die zin, is het ook belangrijk om een **nulmeting** te doen (vóór overdracht van bevoegdheden) en de impact van het realiseren van de preventiedoelstellingen op te meten bij een eventuele shift naar minder complexe zorg, en minder onnodige zorg. Een **financiële incentive** bij impact op het andere bevoegdheidsniveau wordt voorzien. De stimulering van health in all policies (HiAP) kan ook bijdragen tot een betere afstemming tussen beide bevoegdheidsniveaus. Het blijven stimuleren van de interdisciplinaire samenwerking met de volledige eerstelijns, én met de ziekenhuizen om deze preventiedoelstellingen geïntegreerd in de zorg te blijven aanpakken, blijft ook essentieel. Een regio kan zijn eigen zorgsysteem organiseren binnen zijn eigen budget en/ of via HiAP (bvb onderwijs, huisvesting, industrie, leefmilieu, tewerkstelling, ...) de mogelijke gezondheidswinsten pro-actief invullen via een **positieve "health" incentive**. Zo heeft het Zweedse voorbeeld van "Vision Zero", als doelstelling nul verkeersdoden of -gewonden te hebben (hierdoor hebben ze de laagste sterftcijfers in het verkeer).

In het complexe zorgkader, is het belangrijk dat we kijken naar een duidelijk resultaat: het **boeken van gezondheidswinst**. Dit betreft bvb. het aantal vermijdbare sterftes, het aantal vermijdbare ziektes, het aantal vermijdbare handicaps. Daarbij kunnen we een beperkt aantal keuzes maken zodat ze duidelijk zijn, en haalbaar worden. Er is behoefte aan een **sterke leiding met een duidelijke visie** op de globale curatieve en preventieve zorg, én met lef om verandering door te voeren via een duidelijk kader. Deze visie en doelstellingen, dienen ook duidelijk en frequent **gecommuniceerd te worden**, zodat een samenwerking tussen de verschillende niveaus vlotter verloopt. Deze gezondheidsdoelstellingen dienen verder gebruikt te worden **als kader in de verschillende overlegcommissies** zodat ze geïntegreerd meewerken aan duidelijke operationele doelstellingen. Zo zouden de regionale preventiedoelstellingen nog veel meer een kapstok moeten zijn voor welzijnsorganisaties, eerstelijnszorgverstrekkers, de ziekenhuizen en de ziekenfondsen zodat ze hier een rol kunnen spelen ten opzichte van de burgers, hun patiënten en hun leden.

De beperkte federale doelstellingen - meer gezonde levensjaren en een kleinere gezondheidskloof – zijn alvast een theoretisch begin samen met een aantal concrete doelstellingen<sup>5</sup> De nieuwe Vlaamse horizontale gezondheidsdoelstelling rond sociale gezondheids- en welzijns gelijkheid dient nog beter ondersteund te worden door de federale gezondheidsdoelstellingen.

Een goed voorbeeld waarbij federaal en Vlaanderen een gemeenschappelijke doelstelling nastreven, is **de volledige digitalisering tegen 2020** van respectievelijk, het federaal globaal medisch dossier (GMD), het Vlaams zorg- en ondersteuningsplan & het multidisciplinair dossier. Belangrijk hierbij zijn de **uitwisselmogelijkheden van verschillende types software zodat data homogeen kunnen geanalyseerd worden** om het beleid bij te sturen. Inderdaad, recente onderzoeken van IBM's Watson, toonden deze problematiek aan. Dergelijke digitale aanpak zal ook de burger centraal zetten zodat zijn vrije keuze van zorgverstrekker gerespecteerd kan blijven, en zorg toch efficiënt en naadloos kan worden verder gezet. Data van verschillende ziekenhuisnetwerken gecreëerd

<sup>5</sup> o.a. 5% minder calorieën in de voeding en 17% minder rokers, die toch afgestemd lijken op de recente Vlaamse doelstelling van "gezond leven"





met overheidsgeld dienen uitwisselbaar te zijn, zodat de burger zijn “uniek” dossier kan delen en de data efficiënt gebruikt kunnen worden, zonder dat dubbele onderzoeken gebeuren.

Het overleg met de deelstaten rond gezondheidsdoelstellingen - zoals nochtans voorzien in het federale regeerakkoord - verloopt zelfs moeilijk voor Vlaamse doelstellingen, zo blijkt uit interviews. Rond het opstellen van federale **gezondheidsdoelstellingen rond aanbod en organisatie van de zorg** en het overleg ervan met de deelstaten – zoals beide voorzien in het federale regeerakkoord - blijft het stil, zelfs na seminars rond gezondheidsdoelstellingen<sup>6</sup> met alle aanwezige bevoegde stakeholders. De studie van het KCE rond gezondheidsdoelstellingen vormt nochtans een goed basiskader. Wellicht vormen de op te richten 25 ziekenhuisnetwerken hier een gezondheidsdoelstelling van aanbod en organisatie met als doel het aantal ziekenhuisbedden af te bouwen. De van onderuit gevoerde discussies leiden wel tot netwerken maar het verschil in visie tussen de regio's, en wellicht het verschil in types ziekenhuizen (privaat/ publiek) spelen hier een sterk belemmerende rol. Bij de shift naar meer preventie in elk stadium van de gezondheidsreis van de burger zal er uiteindelijk een belangrijke impact zijn op niveau van de complexe zorg: een shift van complexe zorg op latere leeftijd, en tegelijk de aanwezigheid van meer pro-actieve opvolging gedurende de ganse gezondheidsreis.

De gewone burger en de gewone patiënt kennen het onderscheid tussen de federale of regionale bevoegdheid niet. Daarom moet het een naadloos verhaal worden. Verder zijn gezondheidsdoelstellingen, ook in preventie, niet alleen een taak van de eerstelijns maar ook ziekenhuizen kunnen hier goed aan meewerken, bvb via het meten van allerlei gezondheidsparameters in een gezondheidskiosk en patiënten screenen op obesitas bvb. Ook tussen de zorgverstrekkers en de transmurale setting is er 1 verhaal nodig. Het is belangrijk dat patiënten goed preventief worden opgevolgd, want het curatieve moment voor één ziekte kan een preventiemoment betekenen voor een andere ziekte, en dus een ideale opportuniteit om complexere zorg te voorkomen.

In Nieuw-Zeeland bijvoorbeeld, wordt een duidelijke globale strategie opgesteld voor de gezondheidszorg op lange termijn. Net zoals het geval is in bedrijven, kijken ze waar ze naartoe willen, wat belangrijk is voor de burgers. Ze stellen een **10-jaar strategische gezondheidsvisie** op. Met dergelijke lange termijn visies, kunnen de kortere termijn politieke gezondheidsvisies in ons land overstegen worden.

Bron: [www.health.govt.nz](http://www.health.govt.nz) (<https://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-health-strategy-2016>) (online toegang op 03/2018)

In Frankrijk en Engeland hebben ze naast nationale doelstellingen, ook doelstellingen voor ziekenhuizen, bijvoorbeeld een bepaald percentage dagopnames, korte wachttijden voor spoeddiensten. De VS en Frankrijk voorzien **specifieke streefwaarden**, terwijl bijvoorbeeld Duitsland dat niet doet voor doelstellingen. Specifieke cijfers vergen wel een specifieke analyse en zijn dus niet altijd vergelijkbaar.

Er is veel diversiteit in het aantal gekozen doelstellingen, en ook in de duur van de meetperiode. De meeste landen werken met een **combinatie van resultaats- en procesdoelstellingen** om **duidelijke actieplannen** voorop te kunnen stellen, maar een **ruimer overzichtelijke strategie** blijft noodzakelijk. Tenslotte is de **communicatie** hierrond ook heel belangrijk, maar wordt ze heel verschillend ingevuld in de verschillende landen.

Bron: KCE 292A, 2017

<sup>6</sup> Seminarie rond gezondheidszorgdoelstellingen van MLOZ op 4 december 2017







## 2.2 Toekomst 2: Meer homogene bevoegdheidspakketten

Ruimere interpretatie van preventie (grotere pakketten).

Meer focus op eerstelijns, met preventief HA-honorarium.

Samenvoegen van gelijkaardige bevoegdheden en efficiënt organiseren op Vlaams niveau zodat meer gezondheidsimpact gecreëerd wordt, zoals op volgende terreinen:

- *thuisverpleegkunde toevoegen aan thuiszorg en gezinszorg.*
- *geriaters toevoegen aan ouderenzorg.*
- *erkenning van specifieke nood aan regionale gezondheidszorgberoepen (KB 78)*

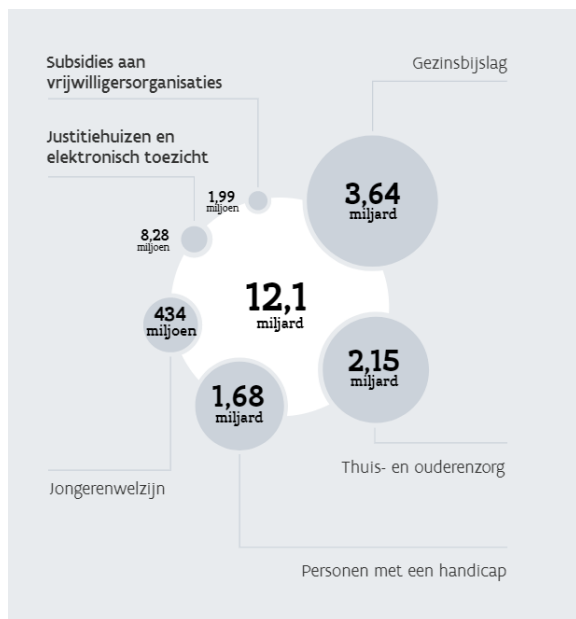
Uniek geharmoniseerd welzijns- en gezondheidsdossier.

Financiële incentive voor goed beleid met impact op ander bevoegdheidsniveau (nl. meer preventie, dus minder ziekte).

### Huidige situatie

De implementatie van de 6<sup>de</sup> staatshervorming is moeilijk verlopen. Er zijn bovendien bevoegdheden die nog niet zijn overgedragen, zoals bijvoorbeeld revalidatie-“ziekenhuizen”, mobiliteitshulpmiddelen, ... en uitgesteld zijn tot 2019.

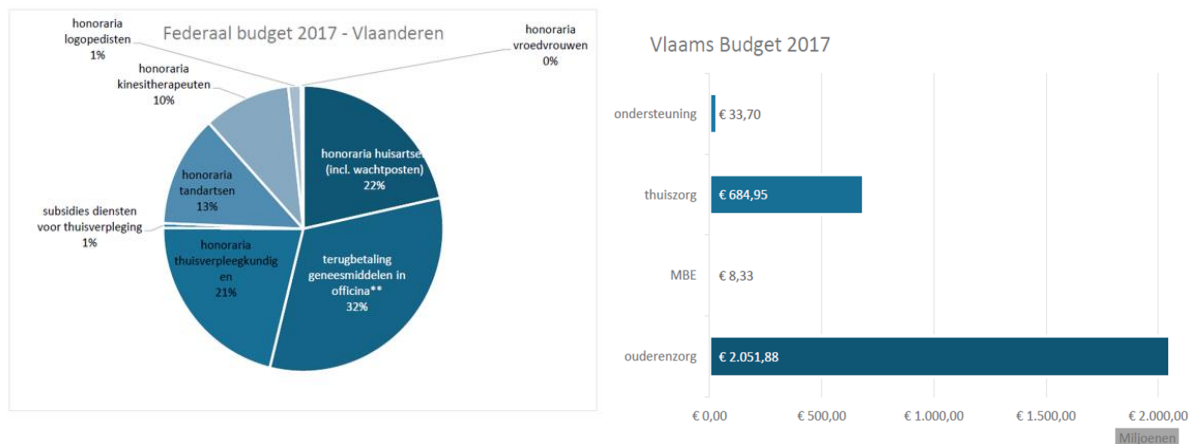
Het budget van de Vlaamse “gezondheidszorg” (Welzijn en Volksgezondheid; WV) voorziet voor 2018 in 8,46 miljard Euro. Daarbovenop is er nog de 3,64 miljard Euro voor gezinsbijslag (G), waardoor het ganse budget voor het Vlaamse WVG neerkomt op 12,1 miljard Euro (zie figuur), dit is meer dan 27 % van het Vlaamse overheidsbudget voor 2018<sup>7</sup>. De persoonsgebonden WVG is dus - relatief gezien - reeds een heel belangrijke bevoegdheid in het budget van de Vlaamse overheid.



*Figuur: WVG-budget van de Vlaamse overheid, 2018.*

Momenteel is er 2.77 miljard Euro voorzien voor “verzorging”, waarbij het overgrote deel vooral ouderenzorg betreft (2.1 miljard Euro; data 2017)(zie figuur 4). Daarnaast is ook thuiszorg een belangrijke factor, wat toelaat ouderen en zieken thuis te blijven of thuis te revalideren. Diezelfde eerstelijnszorg in Vlaanderen wordt ook voor een deel gefinancierd door de federale overheid, voor een bedrag van 4.13 miljard Euro.

<sup>7</sup> <https://www.vlaanderen.be/nl/vlaamse-overheid/werking-van-de-vlaamse-overheid/de-vlaamse-begroting-cijfers-2018>



Figuur 4: Budget eerste lijnszorg: federaal 4.3 miljard Euro voor Vlaamse eerste lijnszorg en Vlaams 2.77 miljard Euro

### Pistes voor een meer homogeen gezondheidsbeleid

In eerste instantie is het belangrijk om een **geavanceerde definitie van preventie** te gebruiken in lijn met de shift naar een preventievere aanpak die we voorzien. Bij **vroegdetectie** van een ziekte dankzij de diverse screenings, zal de burger naast veel welzijnsleed ook veel complicaties bespaard worden. In de toekomst zou elke interventie om erger te voorkomen als preventie gezien kunnen worden, bvb totdat de burger gehospitaliseerd wordt of in dagkliniek behandeld wordt voor complexere zorg (huidige "hospitalisatie" settings). Deze benadering zorgt voor grotere pakketten homogeen gezondheidsbeleid. In die zin kan je de definitie van preventie steeds verder doen opschuiven, mee met de technologische tendenzen en mogelijkheden: dagkliniek kan in de toekomst immers ook opschuiven naar een niet-hospitalisatie setting.

Een **jaarlijks terugbetaald preventieconsult van de huisarts** zal hierbij verder de preventieve aanpak ondersteunen.

Bovenstaande financiële info geeft ineens weer waar de **pakketten eerste lijnszorg** verder gehomogeniseerd kunnen worden op basis van huidige indelingen. Begeleiding van de patiënt thuis via thuisverpleegkundigen maakt inderdaad één vijfde uit van het budget eerste lijn. Thuiszorg en gezinsondersteuning worden Vlaams geregeld. Om een geharmoniseerd beleid te kunnen opstellen, dienen deze budgetten te worden samengevoegd te worden met thuisverpleegkunde. Welke taken kunnen ze van elkaar overnemen, kan ook hier **multidisciplinaire samenwerking** gestimuleerd worden? Is er wel een financiering nodig per akte bij de thuisverpleegkundige, stimuleert dit niet te veel "fee for unnecessary service"? Of kan het in een multidisciplinaire setting, ook gestimuleerd worden om een duidelijk **"gepersonaliseerd behandel- en verzorgingsplan"** op te stellen voor de burger met zorgnood, in samenspraak met de huisarts die een duidelijke visie heeft van de medische, en vaak ook sociale kant van de burger? De recent opgestarte geïntegreerde chronische zorg proefprojecten, zijn in elk geval voorbeelden van dergelijke multidisciplinaire aanpak, zij het op meer medisch niveau. Pay for Quality is ook in deze thuissetting een heel belangrijke factor.

Verder zullen de **eerstelijnszones** die nog in ontwikkeling zijn, de welzijnssector nauwer in verband brengen met de gezondheidssector. De betrokkenheid van de **huisarts** is hier heel belangrijk, ook al gebeurt dit overleg bvb in WZC al redelijk goed. Een extra niveau van zorgzones is op zich een schaalvergroting vanuit de lokale overlegorganisaties die al bestonden (SEL, GDT, LMN (o.a. multidisciplinair overleg)), maar het kan niet de bedoeling zijn om extra administratie, overleg en budget<sup>8</sup> te creëren, zeker als de gemeenten zelf ook meer zullen worden ingeschakeld in de preventieve gezondheidszorg.

Op het eerste zicht lijkt **ouderenzorg** vooral een Vlaamse bevoegdheid geworden te zijn, en zo wordt het ook als een homogene bevoegdheid gepercipieerd door bepaalde Vlaamse overheidsmanagers. Vanuit welzijnsperspectief (verloning verpleging en animatie ouderen) kan deze conclusie inderdaad getrokken worden, zolang evenwel de

<sup>8</sup> Huidig budget: 11,6 miljoen Euro



oudere binnen de 4 muren van het woonzorgcentrum (WZC) blijft. De ouderenzorg zou perfect anders kunnen worden georganiseerd, in nog meer verschillende gradaties van zorgnoden als vandaag het geval is, en nog meer afgestemd op werkende mantelzorgers. Dat zou het welzijnsaspect van zowel de burger als van zijn zorgcirkels ten goede komen. Zodra de WZC-bewoner echter ziek wordt, komt de huisarts langs, betaald met federaal overheidsgeld, en zo ook voor de kiné, althans als de bejaarde verblijft in een rust- en bejaardentehuis (ROB). Als hij in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) vertoeft dan wordt zijn kiné vergoed met Vlaams geld. Bij nood aan een hospitalisatie, worden de verzorgingskosten van het ziekenhuis én de geriater betaald door de federale overheid ook al bevindt hij zich tussen Vlaamse muren. Bij terugkeer naar het WZC, kan hij alleen maar hopen dat alle gezondheidsinformatie terecht komt in zijn **"uniek" geharmoniseerd welzijns- en gezondheidszorgdossier**. Kortom, de bejaarde burger op gezondheidsreis, kan maar beter alert zijn. De overdracht van **honoraria van geriateren en het preventieconsult van de huisarts** naar de ouderenzorg, zou een meer harmonieus pakket opleveren. Hierdoor zou het mogelijk zijn om een beter behandelplan voor de oudere burger uit te werken dat ook veel preventiever gericht is.

**De ziekenhuizen** betreffen vooral complexere zorg. Enkel de (nieuw- en renovatie-) gebouwen en zware apparatuur zijn Vlaams. De zorg wordt federaal geregeld en kan nadien wel Vlaams erkend worden, en dus voor een gedeelte ook beperkt/gestuurd worden via het Vlaamse zorgstrategisch plan. Ziekenhuizen worden op een grotere en globaal inkrimpende schaal getild in de huidige netwerkvorming, met als doel afgestemd te zijn op dezelfde ordeschaal eerstelijnszones (400 000 à 500 000 burgers). Dit zou een betere werking moeten kunnen garanderen, op voorwaarde dat de samenwerking tussen ziekenhuizen en bvb WZC en revalidatiecentra veel optimaler verloopt zodat kan doorgeschoven worden naar goedkopere "bedden"/ thuissetting, welke de echte zorgnood op dat moment weerspiegelt. De globaal meer preventieve aanpak zal zorgen voor minder hospitalisaties en een beter welzijn bij de burger.

#### **Schaalvergroting en specialisatie bij ziekenhuizen: technieken vanuit de bedrijfswereld**

In India nam Davy Shetty een keten van ziekenhuizen over en paste er de managementtechnieken van Henry Ford op toe: specialisatie en schaalvergroting (400 à 600 operaties/ chirurg) brengen kostenbesparing (veel goedkoper per ingreep) en kwaliteitsverbetering met zich mee. Dit gebeurt o.a. bij het Narayana Hrudayalaya ziekenhuis in Bangalore dat 1000 bedden telt voor cardiologie, veel groter dan elders. Er is bovendien een heel goede administratieve ondersteuning zodat artsen zich kunnen bezighouden met de core business. Uitbreiding van dit systeem gebeurt via mobiele klinieken, en via lokale zelfhulpgroepen die preventief gaan testen obv een kleine verzekeringspremie. Verdere uitbreiding gebeurde naar een kankerziekenhuis, oogziekenhuis en traumacentrum en dit met gedeelde diensten voor labo en bloedbanken. Nog meer massaproductie wil hij bekomen door in het buitenland te opereren aan een lagere kostprijs dan gebruikelijk daar. Ook andere Indiase ondernemers doen dit, bvb bij Lifespring Hospitals waar de kostprijs voor een bevalling nog amper 50 Euro is (1/5 van de kostprijs elders), en bvb Aravind Eye Care System dat voor 1 % van de kostprijs werkt tov NHS UK (met n = 350 000 per jaar). Bij Aravind zijn er voor elke oogchirurg 6 technici die allerlei taken in het proces op zich nemen.

Bron: Miclethwait and Wooldridge, De vierde revolutie op zoek naar de overheid van morgen, De bezige bij, Antwerpen

Hoe zit het met de zorgverstrekkers zelf? De **vergoeding van de gezondheidszorgberoepen (honoraria) en de erkenningsnormen van de gezondheidszorgberoepen** (KB nr 78) zijn federale materie. De noden van de regio's – die ook nog onderling verschillend kunnen zijn in de subregio's/ zorgzones – kunnen dus moeilijk worden ingevuld door nieuwe gezondheidszorgberoepen die ook nog eens terugbetaald worden. Denk maar aan de oefening van de klinisch psychologen die meer dan 10 jaar heeft geduurd. En wat met de nood aan praktijkassistenten die heel wat nuttige preventie-opvolging zouden kunnen doen? Nochtans zijn er **heel wat openingen, zeker met betrekking tot de Vlaamse honoraria van gezondheidszorgberoepen**: de kinés in de RVT's en in revalidatieziekenhuizen, de verpleging in de WZC, de psychiaters via de forfaitaire financiering van de psychiatrische verzorgingsinstellingen (PVT) en initiatieven beschut wonen (IBW). Een forfait blijkt dus een goede basis te zijn voor homogenisering en overdracht van bevoegdheden. Hiermee wordt a fortiori het multidisciplinair samenwerken volgens een gepersonaliseerd behandelplan gestimuleerd. Een meer interdisciplinaire aanpak met forfaitaire vergoeding kan dus de aanzet zijn om stilletjes de honoraria van zorgverstrekkers verder regionaal te vergoeden.

De inspanning voor meer preventie dient wel gevolgd te worden door een **financiële bonus** voorzien vanuit de besparende overheid. Dergelijke hefboomen zijn fundamenteel, zowel voor de burger op gezondheidsreis als voor de overheid die efficiënte systemen wil ontwikkelen.



Beschouwen we echter de **evolutie van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB)**<sup>9</sup>, en het systematisch verder uitbreiden vanaf 2019 met nieuwe onderdelen<sup>10</sup>, dan zal men in totaal beschikken over een budget van bijna **4 miljard Euro**. Hiermee kunnen heel wat efficiënte reorganisaties in de zorg worden georganiseerd. Het principe van de persoonsvolgende financiering (PVF) beantwoordt voor een groot stuk aan een gepersonaliseerde aanpak van de burger met regie in eigen handen (of die van zijn levenscirkels). De uitbreiding van de VSB, gebeurt ook door een verbreding van de financieringsbasis, nl. de eigen bijdrages dienen door alle Vlamingen betaald te worden, of ze nu werken of niet werken (vandaag ~ 4,5 miljoen betalende à een bijna verdubbelde bijdrage van 51 Euro (of 26 Euro)) in tegenstelling tot een groot deel van de gelden die - door de overdracht van bevoegdheden - afkomstig zijn van de federale sociale zekerheid via de werkenden (~ 43% van het totale federale gezondheidsbudget). De VSB dient in elk geval verder afgestemd te worden op de zwaardere federale curatieve zorgsystemen, en kan een hefboom betekenen om een eigen invulling aan sociale zekerheid/ gezondheidszorg te voorzien.

## 2.3 Toekomst 3: Prikkel voor responsabilisering en kostenbeheersing.

Positieve bonus bij opnemen verantwoordelijkheid zowel financieel als een betere zorg, via een mentaliteitsswitch:

- naar preventief denken en stimuleren gezondheidsgeletterdheid,
- naar juiste EBM, registratie van data
- naar data-analyses voor aanpassing zorg (micro) en beleid (macro)
- bij overlegorganen, opleidingen
- bij burgers, zorgverstrekkers, zorginstellingen: multidisciplinaire en naadloze samenwerkingen

Een **mentaliteitsswitch** op het terrein is voor alle betrokken partijen een noodzaak als we de gezondheidszorg betaalbaar willen houden, zowel naar inhoud (meer zorgtijd en de juiste zorg gebaseerd op data), als naar administratie (minder niet-zorg door zorgverstrekkers).

Vlaanderen blijft de **gezondheidsdoelstellingen** uitschrijven en de regie behouden. De organisatie in **eerstelijnszones en regionale zorgzones** kan een goede schaalvergroting vormen voor een efficiëntere uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen en het beleid in het algemeen. Zorgzones zijn functionele werkkzones waarbinnen monitoring gebeurt. De operationele aansturing van eerstelijnsgezondheidszorg via deze eerstelijnszones en zorgzones zal de concurrentie bevorderen en zo de zorgverstrekking naar de burgers toe ten goede komen. Ook vormen deze zorgzones een evenwichtige partner in het operationeel overleg met de ziekenhuisnetwerken. Gezien ze kaderen binnen een herstructurering van bestaande structuren, is er geen meerkost.

Het **overleg dient transversaal en multidisciplinair georganiseerd** te worden, zodat men de reële klinische en preventieve situaties waarin de burger zich bevindt beter kan simuleren. De burger dient centraal te staan, en deze logica dient in alle systemen en in alle overlegmodellen doorgetrokken te worden. Een externe gamechanger zoals de privé verzekeringen, kan het overlegsysteem challengen met innovatieve ideeën.

De beschikbaarheid van al deze data leiden ook tot een veel betere mogelijkheid om het **gezondheidsbeleid bij te sturen**, en de echte knelpunten eruit te halen. De centralisatie van deze data dient echter de openheid van het gebruik van data voor innovatie niet in de weg te staan. Responsabilisering kan aanleiding geven tot heel wat innovatieve invullingen, die de burger ten goede komen.

**Opleidingen** van zorgverstrekkers worden ook helemaal ingebed in de multidisciplinaire aanpak, net zoals postuniversitaire seminars voor accreditering de multidisciplinaire aanpak behartigen.

<sup>9</sup> VSB betreft dus zorgbudgetten, vanaf 2019 mobiliteitshulpmiddelen, en op termijn ook zorgticketten (toegang tot zorg die gepersonaliseerd kan worden ingevuld)

<sup>10</sup> zoals de mobiliteitshulpmiddelen en de residentiële ouderenzorg, en in een latere fase gezinszorg, kortverblijf, dagverzorgingscentra, geestelijke gezondheidszorg en revalidatie





Bij het volgen van de burger op zijn levensreis, is het duidelijk dat we meer zullen moeten inzetten op **preventie**, willen we zowel een gezondheidswinst alsook een kostenbeheersing bekomen. Een preventieshift kan in eerste instantie meer kosten, in het geval er nieuwe diensten gefinancierd moeten worden. Maar na verloop van tijd zal deze aanpak logischerwijze kostenbesparend zijn op langere termijn. Preventie begint in eerste instantie bij de **burger zelf**: een goede levensstijl (fysiek en voeding), frequent meten van de basisparameters (bloeddruk, BMI, bloedsuiker,...) en minstens 1 keer per jaar een preventieconsult bij de huisarts waarbij een vragenlijst digitaal wordt ingevuld door de burger al dan niet samen met een familielid bvb, ... Responsabilisering van de burger kan worden ingekaderd als een **positieve bonus**. Wie naar de huisarts gaat op **preventieconsult**, krijgt een hogere terugbetaling het ganse jaar, naar analogie met het preventieconsult van de tandarts. Dit preventieconsult gebeurt in het kader van een gewone consultatie, tenzij er zich tegen het einde van het jaar (bvb eind november) nog geen voordeel.

Deze data worden volgens een welbepaalde vooraf vastgelegde methode geregistreerd, en ook een vragenlijst wordt zoveel als mogelijk digitaal ingevuld. Dit initiatief responsabiliseert meteen ook de **huisarts**<sup>11</sup>, die op basis van deze data, betere conclusies zal kunnen trekken voor een data gebaseerde diagnose. Dit zou moeten deel uitmaken van "de goede praktijken", en kan dus geen meerkost zijn: **een ingevuld GMD dient voor 100% bereikt** te worden. De **data van de kinderen op de preventieconsultaties** van Kind en Gezin (K&G), dienen ook mee in "het uniek patiëntendossier" opgenomen te worden: de K&G-arts dient hier dus toegang te hebben en te registreren. Zowel de huisarts als de apotheker, en de thuisverpleegkundige bij ouderen, vormen als eerstelijns ook de link met de welzijnssector waar ze kunnen doorverwijzen naar een uniek loket, dat verder toegang geeft tot CAW, OCMW, buurtwerk, diensten maatschappelijk werk ziekenfondsen. Zo geraken meer burgers tot bij de welzijnsorganisaties.

Het GMD bevat ook een onderdeel om de **gezondheidsgeletterdheid** van de burger simpel in te schalen. Het engagement van de burger om tot een hoger niveau te komen van gezondheidsgeletterdheid, en de stimulans van de eerstelijnszorgverstrekkers hierin, bijvoorbeeld door hen contact te laten nemen met health call centers (HCC; gezondheidstelefoon), of andere welzijnsactoren, kunnen ook met een positieve bonus worden beloond vanuit de ziekenfondsen, overheid, privé-verzekeraars en eventueel van zorgaanbieders zelf. In principe, zal een betere gezondheidsgeletterdheid ook minder complexe en minder dringende zorgen met zich meebrengen, en dus de burger efficiënter en kostenbesparend behandelen. Een burger die een hogere gezondheidsgeletterdheid heeft, heeft een minder subjectief gezondheidsgevoel.

**Gezondheidsinfo aan de burger zorgt voor preventievere acties en uitgestelde multimorbiditeit wat kostenbesparend is.**

In Nieuw-Zeeland bestaan deze health call centers (HCC) al 20 jaar. Ze worden 24/24 bemand door verpleegkundigen die specifiek opgeleid zijn om gezondheidsinfo aan de burgers te geven. Tevens doen ze triage met behulp van digitaal beschikbare beslissingsbomen om vervolgens te verwijzen naar de juiste zorg.

De installatie van HCC zou een nieuwe rol kunnen betekenen voor tal van welzijns- en zorgactoren, zoals bijvoorbeeld de ziekenfondsen maar ook voor privéspelers die innovatieve oplossingen bedenken.

Bron: [www.health.govt.nz](http://www.health.govt.nz)

Ook de eerstelijnsapotheker, thuisverpleegkundige, psycholoog en kinesist **brenghen hun data in** in het uniek patiëntendossier. Hierbij bespreekt elke eerstelijnsverstrekker ook de **therapietrouw** met hun patiënten, zij het nu medicatie betreft, bewegingsoefeningen of gezonde voeding, ... Ook hier kan de responsabilisering van de burger via een **positieve bonus** gestimuleerd worden. De centralisatie van deze data dient ervoor te zorgen dat er geen dubbele verbruiken zijn, en er transversaal wordt samengewerkt rond 1 klant/ burger met een zorgnood. Deze aanpak leidt tot efficiëntiewinsten.

Vooraleer een specialist/ spoed te raadplegen, dient de burger zijn huisarts te raadplegen die hem verder doorverwijst. Het volgen van de **echelonnering** leidt tot een positieve bonus voor de burger in zorgnood, bijvoorbeeld door een betere terugbetaling op spoed en bij de specialist bij het voorleggen van een verwijsbrief van een huisarts. Er is een persoonsvolgende financiering (PVF).

De **nomenclatuur dient dringend herzien** te worden en vooral eenvoudiger gemaakt te worden. En klinisch werk dient volgens de meeste **EBM** up-to-date richtlijnen verricht te worden.

<sup>11</sup> niet langer beperkt dus tot chronisch zieken  $\geq 45$  jaar en  $< 75$  jaar mét GMD





Het **verblijf in het ziekenhuis dient zo kort mogelijk** gehouden te worden, met de nodige thuiszorg indien nodig. Tevens is er veel aandacht voor pre-operatief (voor hospitalisatie) en post-operatief consult (tijdens hospitalisatie) waarbij ook digitale vragenlijsten worden ingevuld om ieders tijd zo nuttig mogelijk te besteden. Een zorgcoördinator wordt aangesteld voor complexe situaties (bvb een internist). De (dag)gehospitaliseerde patiënt dient ook post-operatief effectief onderzocht en bevraagd te worden zodat mogelijke complicaties snel kunnen worden bijgestuurd. Een verslag met de evolutie van de uitkomstparameters post-operatief dient in het uniek patiëntendossier aanwezig te zijn. Voor de ouderen is er een snelle oplossing om naar één of andere vorm van woonzorg te gaan indien zelfredzaamheid geen optie meer is. Patiënten die moeten revalideren komen via een aanpak van geïntegreerde zorg snel in revalidatie in organisaties die hier expertise in hebben. Er wordt ook snel verwezen naar de nodige expertise/ huisarts voor verdere opvolging als deel van de totaalaanpak in zorg. Dure ziekenhuisbedden worden hierdoor enkel gebruikt voor complexe zorg.

Via uitkomstparameters (die mee de financieringsgraad van de geleverde zorg bepalen in een **P4P-setting**), is er een responsabilisering van zowel het ziekenhuis als de zorgverstrekkers zelf. De invulling van de **gebundelde zorg gebeurt volgens EBM en wordt gepersonaliseerd** op maat van de situatie én volgens de keuze van de burger met nood, dus eigenlijk ook een soort PVF, zoals in de welzijnssector. Ook in deze welzijnsorganisaties wordt een P4P ingevoerd. De gezondheids- of welzijnsstap vóór en na de échte gezondheidszorg, zou kunnen mee gefinancierd worden zodat overleg absoluut gebeurt. Dr "Watson" of één van zijn collega's helpen mee aan een informatie gestuurde diagnose. Voor super specialistische zorg voorziet men financiering volgens EBM noden en worden de data verder gebruikt voor onderzoek, met benchmark in andere Europese landen. De shift van de dure federale ziekenhuisbedden naar goedkopere regionale langetermijn WZ-bedden zal een kostenbesparing met zich meebrengen.

Verschillende bezoeken aan verschillende specialisten worden optimaal op elkaar afgestemd, zodat de zorg rond de burger efficiënt georganiseerd wordt, en niet, zoals vandaag rond de zorgverstrekker of de zorgorganisatie. Vooral de werkende burger dient efficiënt zijn afwezige tijd op het werk omwille van zorgonderzoeken te kunnen inplannen. Wachttijden kunnen met de nieuwste technieken al sterk worden vermeden zowel in het ziekenhuis als in de ambulante setting.

#### **Responsabilisering door P4P programma's zorgt voor kostenbesparingen in ziekenhuizen**

In de Marylandziekenhuizen in de US, werden P4P programma's geïnstalleerd waarbij belangrijke incentives te verdienen waren bij het boeken van kwaliteitswinst. Dit betrof Potentieel te Voorkomen Complicaties (PVC), gemeten in 2009 en in 2011 na de installatie van een P4P programma. Hieruit bleek dat er 15,26 % daling was complicaties, wat zowel voor de patiënt een betere levenskwaliteit betekende als voor het budget een kostenbesparing van 0,6 % (= 110,9 miljoen \$) van het totale hospitalisatiebudget. Vooral het aantal infecties bleek duidelijk goed voorkomen te kunnen worden, gezien een verschil van 27,8 % werd waargenomen door het P4P programma.

Het loont dus zeker de moeite om een positieve incentive te voorzien wanneer aan de kwaliteitsvereisten voldaan wordt.

Bron: Calicoglu et al, 2012, Health Affairs, 12: 2649

#### **Systeem van positieve incentives ten opzichte van kostenbesparingen best dynamisch maken bij behaalde performanties**

Bij vroegtijdige performantie-analyse van ACO in Medicare wordt het duidelijk dat dit systeem voor een kostenbesparing zorgt. Dee geaggregeerde kostenreductie bedroeg 238 miljoen \$. Echter, deze werd volledig teniet gedaan door de iets hogere (244 miljoen \$) positieve boni die werden uitgekeerd. Het is dus belangrijk om het systeem te monitoren en op tijd bij te sturen.

Bron: McWilliams 2016, NEJM: 374: 2357-66

De **ziekenfondsen worden ingezet daar waar ze een meerwaarde** kunnen bieden en worden hiervoor geresponsabiliseerd. Naast een sociale rol (gezondheidsgeletterdheid, begeleiding reïntegratie naar werk) wenden ze ook hun expertise aan in analyses van gezondheidsdata, in het overleg met werkgevers en zorgverstrekkers en geven ze meer vorm aan échte zorgverzekeringen/ -beschermingen. Hier is dus evenzeer een rol weggelegd voor de **privé verzekeringen**, die onder dezelfde voorwaarden producten moeten kunnen aanbieden (toegang tot geanonymiseerde data) en ook mee aan tafel moeten kunnen zitten bij het gezondheidsoverleg (zie 2.7). Er is dus 1 gedeeld data-niveau met alle actoren samen. Tenslotte moet het mogelijk zijn dat **de burger zelf de keuze maakt** in welk bijkomend systeem hij zich verzekert voor de complementaire verzekering (dient terug niet-verplicht te worden). Een belangrijke rol is weggelegd voor de ziekenfondsen, privéverzekeraars, samen met andere welzijnsactoren, om de gezondheidsgeletterdheid te stimuleren aangezien zij de nood van hun leden goed kennen. Kwaliteit/ prijs wordt kritisch onderzocht.



De digitalisering van de administratieve rol bij de ziekenfondsen, zorgt ervoor dat de zorgverstrekkers sneller hun geld krijgen. Hierdoor kan er ook **bespaard worden op de sociale bijdragen** die ze normaal van het RIZIV ontvangen ter compensatie voor deze financiële wachttijd. Deze besparingen kunnen gespendeerd worden aan positieve boni in het kader van responsabilisering, en komen des te meer de échte zorg ten goede.





## 2.4 Toekomst 4: Pistes voor een efficiënte governance van het gezondheidszorgsysteem

In het toekomstige gezondheidszorgmodel zijn er **maximaal 2 beleidsvoerende en 2 uitvoerende niveaus**. Het regionale en het federale niveau beslissen over het gezondheidsbeleid, waarbij het regionale niveau de regie van de gezondheidsdoelstellingen heeft en de federale doelstellingen hier naadloos op aansluiten. De lagere niveaus van bovenlokale eerstelijnszorgzones en lokale gemeenten vormen de uitvoerende niveaus.

Volgende principes zijn leidend:

- Overlegplatform voor uniforme dataregistratie tussen regio's en het federale niveau
- Uitbreiding van de zorgnetwerken ter stimulering van samenwerking tussen eerstelijns, tweedelijns en ziekenhuizen
- Snellere aanpassing van wetgeving aan innovatiemogelijkheden
- Samenbrengen van thuisverpleging, thuiszorg en gezinszorg tot een Vlaams 'thuis-wel-en-gezond' netwerk
- Evaluatie van werking en optimalisering van IMC's als overlegfora tussen federale en regionale niveau, rekening houdende met bovenstaande aanbevelingen ivm burger centraal, accent op preventie en Vlaamse regie
- Integratie van federale overheidsinstanties, zoals RIZIV, FOD Volksgezondheid en FAGG.

In het toekomstige gezondheidszorgmodel zijn er **2 beleidsvoerende niveaus en 2 uitvoerende niveaus**. Het regionale en het federale niveau beslissen over het gezondheidsbeleid, waarbij het regionale niveau de regie van de gezondheidsdoelstellingen heeft en de federale doelstellingen hier naadloos op aansluiten. De lagere niveaus van bovenlokale eerstelijnszorgzones en lokale gemeenten vormen de uitvoerende niveaus zodat de monitoring van behoeften op een lager decentraal niveau kan worden ingeschat en op basis hiervan kan worden bijgestuurd.

De doelstelling is te komen tot een efficiënte zorg en vooral dubbel werk te vermijden. Dit kan alleen door een goede afstemming van de verschillende structuren op elkaar met als focus de burger centraal.

### BELEIDSVOERENDE NIVEAUS (REGIONAAL/ FEDERAAL)

Er is een **overlegplatform** waar de regio('s) en federaal overleggen tot een gemeenschappelijke structuur voor de registratie van gezondheidszorg- en welzijnszorgdata. De gezondheidsdata die voortvloeien uit door de overheid (gedeeltelijk) betaalde gezondheidszorg/ welzijnszorg dienen **anoniem centraal toegankelijk** te zijn voor zowel gesubsidieerde spelers als privéspelers die hier willen meebouwen aan oplossingen voor bestaande problemen. **Gezondheidsdata** dienen **maximaal geregistreerd** te worden. Dit vormt een basistaak bij alle zorg- en welzijnsverstrekkers. Er komt een single input en zoveel mogelijk automatische data-extractie zodat de registratie-last afneemt (cfr Apps compatibel stellen met EPD als voorwaarde). Zowel ambulante als hospitalisatie diagnoses worden geregistreerd en worden gedeeld met alle relevante zorgverstrekkers die de burger met of zonder zorgnood begeleiden. De nieuwste innovatietechnieken kunnen gebruikt worden om ook op macroniveau optimaal beleid te destilleren en om actieplannen te formuleren. Deze data vormen de basis voor allerlei analyses en nieuwe oplossingen/ systemen. De conclusies die eruit voortvloeien kunnen ook samenwerking tussen nieuwe zorgorganisaties en -verstrekkers verder stimuleren. Bovendien komen deze longitudinale patiënten data de zorg voor de burger ten goede, aangezien zowel zorgverstrekkers als welzijnsactoren hierdoor veel beter nieuwe symptomen kunnen linken met mogelijke diagnoses. Tegelijk is hierdoor een meer gepersonaliseerde pro-actieve aanpak mogelijk.

**De overlegstructuren** over de verschillende niveaus heen bevatten ook **burgers** met zorgnood, en waar nodig burgers (zonder zorgnood) zodat de centrale persoon waarrond zorg georganiseerd wordt, ook een stem heeft. Hierdoor verschuift de focus van zorgverstrekker en zorginstelling naar de burger met of zonder zorgnood en kunnen zorgstructuren beter worden afgestemd op de echte noden, weliswaar binnen een gelimiteerd budgettair kader. Hiermee dient ook een shift naar meer preventie meegenomen te worden.

Er dient een wettelijk **kader gecreëerd te worden waarbinnen innovatie veel sneller** kan worden geïmplementeerd. De wetgeving dient veel sneller de technologische mogelijkheden op te nemen bvb in een gesloten innovatiebudget. Bvb telemonitoring, teleconsult, digitale anamnese, gebruik van drones als transportmiddel voor dringende leveringen, ... zijn perfect mogelijk. Verder dienen ook de wetgevende kaders te worden aangepast zoals bvb bij centralisatie, bvb bij het creëren van één ziekenhuisapotheek binnen een ziekenhuisnetwerk, ... .





### Efficiëntie door toepassing van innovatie binnen een belonend ziekenhuiskader

Telemonitoring van oudere patiënten heeft ervoor gezorgd dat in het Montefiore medical center in New York er meer dan 30 % daling was van ziekenhuisopnames.

In ons huidige Belgisch systeem leidt een efficiënte telemonitoring echter tot minder ziekenhuisomzet en -inkomsten. Kwaliteitsvolle en kostenreducerende initiatieven dienen veel sneller beloond te worden.

Bron: Micklethwait and Wooldridge, De vierde revolutie op zoek naar de overheid van morgen, De bezige bij, Antwerpen

Een goede manier om patiënten langer uit het ziekenhuis te houden, is de **uitbreiding van de zorgnetwerken**, zoals vandaag reeds het geval is voor de **chronisch geïntegreerde zorgnetwerken** en de mobiele GGZ-netwerken maar dan wel via een systematische financiering en organisatie. Hierbij wordt de samenwerking gestimuleerd tussen eerstelijns, tweedelijns en ziekenhuizen. Dergelijke netwerken zorgen voor een meer naadloze overgang tussen de verschillende niveaus van zorgactoren, en gaan risicopatiënten gestructureerder opvolgen. De zorg wordt veel meer geïntegreerd rond de burger georganiseerd en kan ambulanter worden opgevangen. Ondanks de interessante netwerkinitiatieven is het te verkiezen om **resoluut voor verandering te gaan in plaats van jaren met proefprojecten** te werken. Een dubbele setting creëren is immers heel kostelijk.

Meer organisatie van **geïntegreerde zorg** is belangrijk, zeker voor chronisch<sup>12</sup> zieke patiënten. Ze worden multidisciplinair opgevolgd, zowel door zorgverstrekkers als door welzijnsverstrekkers en mantelzorgers. Dit gebeurt al dan niet in samenspraak met een zorgcoördinator.

### VLAAMS NIVEAU

We refereren hier naar de knelpunten in het gezondheidsbeleid en het gebrek aan homogene pakketten (zie punt 2.3). Homogene pakketten zijn een absolute noodzaak om de financiële en kwalitatieve vruchten te kunnen plukken van een efficiënte reorganisatie. Hierbij bekijken we vooral de toekomstige trends: **meer ouderenzorg en complexere gezondheidszorg**.

**Thuisverpleegkunde**<sup>13</sup> en **thuiszorg**<sup>14</sup> worden samengevoegd tot een **thuis-wel-en-gezond netwerkstructuur** zodat de burger efficiënter thuis kan verzorgd en geholpen worden en er een beter overzicht is van de verschillende diensten aan huis. Thuisverpleegkunde is inderdaad een belangrijke schakel naar en terug van het ziekenhuis. Een mobiele ploeg thuisverpleegkundigen kan meewerken aan vernieuwingsprojecten, zoals bvb telemonitoring waardoor minder ziekenhuisbedden nodig zijn. Het overleg met de andere eerstelijnszorgverstrekkers en welzijnszorg is goed georganiseerd, o.a. ook op zorgzone niveau (zie verder). Het financieringssysteem wordt aangepast naar een multidisciplinaire thuissetting, die kan ingevuld worden in samenspraak met de eerstelijnscoördinator, al naar de gezondheidsgelletterdheid van de burger. De burger geniet van een PVF, opgesteld volgens zijn zorgzwaarte, en bepaalt dus mee – binnen zijn budget – welk type thuiszorg hij nodig heeft. Het budget is niet langer oneindig, wat zowel efficiëntie als kostenbesparing ten goede komt.

Revalidatie en huisvesting in een WZC, zijn vaak stappen na een ziekenhuisopname. Het doorschuiven naar deze **andere zorgstructuren dient veel sneller** te gebeuren. Daarbij kunnen nieuwe **alternatieve zorgvormen** ook een optie zijn, bvb tijdelijk zorghotel, hersteloord, multi-leeftijdswonen, ... en revalidatie thuis, al dan niet met monitoring. Financieel betekent dit dat de gelden die nu aan ziekenhuisbedden met te lang verblijf worden besteed, gedeeltelijk terecht komen bij de goedkopere zorgvormen. Hierdoor stijgt de zorgzwaarte wel in residentiële WZC-setting en is er behoefte aan meer dergelijke expertise. De vorming van geïntegreerde ziekenhuisnetwerken kan ook een optie zijn om sneller de schakeling naar goedkopere herstelbedden te maken. De financiering van de overdracht van bedden, dient dan ook mede te gebeuren.

De **erkenningssnormen van nieuwe zorgberoepen** met betrekking tot preventie gebeurt regionaal zodat specifieke zorgnoden snel en efficiënt kunnen worden ingevuld, denk maar aan de klinisch psychologen die er 10 jaar over deden. Er kan beslist worden om dit via regionale honoraria te laten betalen, naar het voorbeeld van de kinesisten in RVT, psychiaters in PVT in de forfaitaire setting en verpleegkundigen in de residentiële setting. Meer

<sup>12</sup> Ongeveer 10%

<sup>13</sup> 903 miljoen Euro honoraria (2017; federaal budget)

<sup>14</sup> 685 miljoen Euro (2017; Vlaams budget)



preventie betekent besparing op complexere zorg, en dus ook de nood aan de overheveling van de boni, geld dat niet besteed werd door het voorkomen van complicaties. Concreet betekent dat er **nulmetingen** nodig zijn.

**Wachtposten** worden regionaal zodat de eerstelijnszorg overdag en 's nachts gestroomlijnd wordt. Dat belet niet dat de locatie vlak naast of in ziekenhuizen een heel goede optie is in het kader van efficiënte triage en snelle toegang tot gespecialiseerde spoedzorg indien nodig.

De regionalisering van ziekenfondsen zou een verantwoorde optie zijn voor meer efficiëntie. Door de talrijke overdrachten van bevoegdheden naar de regio's, zijn zowel de overlegfunctie als de operationele systemen bij **ziekenfondsen** gemultipliseerd. De vraag of verzuilde ziekenfondsen nodig zijn, wordt daardoor nog terechter. In geval van "**niet-verzuilde**" **ziekenfondsen** zou het aantal inderdaad drastisch kunnen verminderen, wat een enorme kostenbesparing zou betekenen. Tegelijk zou dit een oplossing betekenen voor de talrijke "conflicts of interest" inherent aan het ziekenfondssysteem met eigen zorgwinkels: enerzijds keuren adviserend geneesheren zorgaanvragen goed, en anderzijds betekent elk akkoord een extra verkoop van bvb. medische hulpmiddelen in de gepolitiseerde thuiszorgwinkels. Om nog niet te spreken van de verzuilde ziekenhuizen die ook hun omzet stimuleren, terwijl bestuurders ook zetelen in de overlegcommissies en ze controles op de compliance met de gezondheidszorgwetgeving moeten uitvoeren. Zet daarnaast ook een **aantal privéverzekeraars die onder dezelfde toegangsvoorwaarden werken**, zodat de competitie aangewakkerd blijft, en laat de keuze aan de burger om prijs/ kwaliteit in te schatten naar zijn noden, naar analogie met Nederland.

Verdere kostenbesparing bij ziekenfondsen kan door de terugbetaling van ambulante consultaties en hospitalisaties aan de burger in de toekomst volledig digitaal te laten verlopen, **zonder administratieve tussenschakel**. Door de kennis van het gezondheidszorgsysteem blijven ziekenfondsen op **regelmatige basis controles** doen bij de zorgverstrekkers/ zorginstellingen waarbij een **variabele bonus** zoals vandaag behouden wordt, doch een belangrijker percentage van het geheel betreft. Een deel van de bonus wordt niet uitgekeerd als de doelstellingen niet bereikt worden. Dit zal toelaten om efficiënte innovatieve systemen te implementeren. Een deel van het personeel dat deze administratie behartigde, kan zich omscholen in het kader van nieuwe initiatieven rond gezondheidsgeletterdheid en/ of ze kunnen naar de groeiende welzijnssector/ ouderensector overstappen.

De **financiering van de gebouwen** van de ziekenhuizen dient ook dringend herbekeken te worden. Afschrijvingen op 40 jaar kunnen onmogelijk een dynamiek in visie ondersteunen. Tegelijk zijn er in 20 jaar al heel wat veranderingen waardoor wellicht andere noden aanwezig zullen zijn. De ziekenhuisopstelling is flexibel genoeg om een omvorming tot andere zorgstructuren toe te laten.

De uitbreiding van de Vlaamse Sociale bescherming door de overdrachten, kan een opportuniteit zijn op weg naar een **ander type financiering** naar de toekomst toe, bvb een bijdrage door alle burgers, al dan niet via verschillende schijven. Op deze manier is er meer responsabilisering van elke burger ten opzichte van een financiering zoals de federale (resterende) sociale zekerheid/ deel gezondheidszorg, die historisch is opgebouwd met sociale bijdragen van de werkenden.

## EERSTELIJNSZORGZONES

Dit niveau werd/ wordt extra gecreëerd door de Vlaamse overheid, met als doelstelling de burger dichter en beter te begeleiden in de eerstelijnszorg die zowel het welzijns- als het gezondheidsaspect betreft. Het positioneert de huisarts als eerste aanspreekpunt en coach voor de zorg. Verder zorgt het ervoor dat de organisatie in de eerstelijns (bvb uitwisseling tussen welzijn- en zorgsectoren) vlot en in overleg kan gebeuren.

Een sterke eerstelijns is belangrijk om de burger op zijn gezondheidsreis zo vroeg mogelijk te helpen zijn gezondheidsstatus zo goed mogelijk te houden. Anderzijds is er een nauwgezette opvolging van chronisch zieken heel belangrijk om hen uit de spoeddiensten te houden en complicaties zoveel mogelijk te voorkomen. Het feit dat men deze eerstelijnszorg verder kadert in Vlaamse zorgzones zorgt ervoor dat de **welzijns- en gezondheidszorgsector meer met elkaar verbonden** geraken, en de huisarts een meer preventieve rol kan krijgen naar de toekomst toe. Tegelijk laten deze nieuwe structuren toe om meer gezondheidszorg regionaal te trekken zodat verdere harmonisatie voor het aanbod voor de burger mogelijk is, vanuit een preventief perspectief voor de burger die thuis woont of "thuis" is in een WZC. Alle structuren gefinancierd voor de organisatie van deze eerstelijns die nu federaal zitten, dienen overgedragen te worden.

Er is nood aan organisatie voor overleg van de nieuwe zorg in Vlaanderen, doch er dient verhinderd te worden dat er een kopie van het gezondheidsoverleg van federaal ontstaat, dat bureaucratisch is ingevuld en efficiëntiewinsten afremt.

## FEDERAAL

De **governance wordt gemoderniseerd** door de personen die de opname van de vertegenwoordiging in het gezondheidsoverleg doen, te laten roteren, zowel op vlak van de stakeholders als op vlak van de betrokken overheidsorganisaties. Hierdoor wordt het vastroesten van het systeem verhinderd, en kan de outcome van concrete gezondheidszorgprojecten veel meer afgestemd worden op de reële noden. Hierbij respecteert de overheid het diversiteitsprincipe. Er zijn multidisciplinaire commissies, die de geïntegreerde zorg rond de burger



weerspiegelen. Tegelijk is er overleg over zorgsystemen tussen verschillende zorginstellingen mogelijk. De **organisatie van virtueel overleg** vanuit het kabinet van een zorgverstrekker/ zorginstelling is in een nieuw overlegmodel van commissies ook mogelijk. Dat bespaart tijd en tegelijk laat het toe veel meer zorgverstrekkers de kans te geven deel te nemen aan het gezondheidsbeleid.

**Integratie van verschillende overheidsinstanties**, zoals RIZIV, FOD Volksgezondheid, FAGG is noodzakelijk. Het volstaat niet om geïntegreerde zorg rond de burger op te richten als zijn data overal verspreid zijn in verschillende diensten en producten waar hij op zijn levensreis gebruik van maakt. Een goed beleid is ook een geïntegreerd beleid. Tegelijk dienen de verschillende **overlegorganen aangepast te worden aan zorgvernieuwingen**. Er zijn zoveel verschillende overlegorganen, zij het nu over de organisatie van de zorg, de registratie van zorg, de terugbetaling van zorg, ... en er komen er nog bij, telkens men de klemtoon legt op andere types zorgnetwerken, zoals bijvoorbeeld de zorgnetwerken rond chronisch zieken. Er treedt geen integratie op van de vernieuwde aanpak, wat extra kosten met zich meebrengt. Een **geïntegreerde methodische aanpak** is ook hier noodzakelijk.

Multidisciplinair brainstormen over de aanpak van de monodisciplinaire **nomenclatuur** en de talrijke regeltjes, zou een initiatief kunnen zijn dat van het terrein vertrekt. Dit gebeurt nu apart federaal en bij elke regio. Hier worden we geïnspireerd door de recent opgestarte schrapconferenties in Nederland die vereenvoudiging willen bekomen op het terrein door te durven kritisch nadenken over wat niet meer nodig is.

In de ziekenhuizen is een evolutie van "fee for service" naar een **business model van geïntegreerde zorg**, zoals bvb Kaiser Permanente (US). Hierbij wordt een vastgelegd budget voorzien voor het geheel van de zorgverstrekkers die zich organiseren in een multidisciplinaire setting, en wordt de uitkomst van de zorg via uitkomstindicatoren ook gevaloriseerd. Multidisciplinaire samenwerkingen zullen uit noodzaak geoptimaliseerd worden zodat de beste zorg prijs/ kwaliteit geleverd kan worden aan de burger. Dat kan gebeuren zowel in een **commerciële setting als in een privé (vzw)/ publieke setting** en contracten met verzekeraars kunnen zowel via ziekenfondsen gebeuren als via commerciële verzekeraars.

Het **profiel van de ziekenhuizen vershuift** naar meer hoog gespecialiseerde diagnostische en therapeutische diensten met afbouw van ziekenhuisbedden. Hieraan gekoppeld komt er parallel **meer alternatieve opvang** (zie Vlaams), **meer daghospitalisatie en meer ambulante zorg**. Bij de transmurale zorgcoördinatie is een digitale overdracht essentieel. Verder zouden de gebouwen en de apparatuur van de ziekenhuizen ook veel meer kunnen renderen, als er ook operaties en onderzoeken op avond- en ochtendtijdstippen zouden gebeuren, wat in sommige ziekenhuizen reeds het geval is. Vooral operatiekwartieren zijn echte bottlenecks. Dit veronderstelt natuurlijk een aanpassing van de arbeidswetgeving en het blijven respecteren van zorg die volgens de EBM noden wordt toegediend.

De **multidisciplinaire zorgnetwerken** zijn vernieuwend en passen goed in de huidige zorgnoden van het 'burger centraal'-principe. Dergelijke projecten zorgen er in elk geval voor dat zowel de invulling van de zorg als het type financiering volledig gemoderniseerd wordt, en geharmoniseerd wordt over de eerste en tweede lijn heen. De aanpak van dergelijke ambulante zorg voor risicogroepen of groepen met hoge zorg- of preventienood is dan zeker ook aangewezen.

#### **Privé-ziekenhuizen zorgen voor nog meer efficiëntie door toepassing van "lean"**

In Zweden zorgt "lean" optimalisatie voor meer efficiëntie in het St Göran hospitaal in Stockholm dat in handen is van privé-investeerdere. Artsen en verpleegkundigen werken er samen via het "lean" Toyota model waarin telkens verder geoptimaliseerd wordt en hier in team over wordt nagedacht. De omgeving in het ziekenhuis is bovendien vooral ingevuld vanuit een efficiëntie-hoek, zoals 4 à 6 bedden in een kamer, ontslag op verschillende tijdstippen zodra het kan, zodat bvb ook het aantal infecties sterk daalt en de wachttijden dalen. Deze globale lean aanpak leidt tot minder nood aan ziekenhuizen (2.4/1000 in Zweden versus 6.2/ 1000 in België)(Health at a Glance, 2017).

#### **Transparantie zorgt voor meer efficiëntie en een betere kwaliteit**

Ziekenhuizen zijn geprikkeld om beter hun best te doen, gezien veel zorgparameters publiek zijn. Het aanleggen van Zweedse nationale registers (bvb cataract) zorgt ervoor dat de ziekenhuiszorg sterk verbetert en het verschil in kwaliteit tussen de ziekenhuizen kleiner wordt.

Bron: Miclethwait and Wooldridge, De vierde revolutie op zoek naar de overheid van morgen, De bezige bij, Antwerpen



## 2.5 Toekomst 5: Mechanismen om zorgbudgetten te verschuiven van niveau

Vanuit een optimalisatie van de Vlaamse zorg pleit men voor een **7<sup>de</sup> staatshervorming**. Vanuit de federale gezondheidszorg pleiten sommigen voor een refederatie van bevoegdheden door de talrijke moeilijke overleggen die plaatsvonden. Het gebrek aan een snelle ziekenhuisnetwerkvorming heeft er in elk geval voor gezorgd dat iedereen fragmentatie een slecht idee vindt. Het is noodzakelijk om in detail te beschrijven wie bevoegd is waarvoor, zodat de problemen van de 6<sup>de</sup> staatshervorming (telkens advies vragen aan de Raad van State/ Grondwettelijk Hof) vermeden worden.

Er zijn een paar “**zachtere**” mogelijkheden, die vroeg of laat een overdracht zullen faciliteren, of alternatief, alvast het beleid kunnen meesturen zoals de regio dat zou verkiezen:

- ▶ gebundelde financiering voorzien voor proefprojecten die in een residentiële verplegingsinrichting plaatsvinden, en waarin ook federale bevoegdheden verweven zitten (regionale overdracht naar toekomst)
- ▶ gebundelde financiering voorzien voor proefprojecten in de ambulante setting/ ziekenhuissetting waarin ook regionale bevoegdheden vervat zitten (refederale overdracht naar de toekomst)
- ▶ in het overleg heel goed werkbare innovaties van kleine groepen zorgverstrekkers van het terrein overnemen, en ze gieten in het beleidskader van het regionale beleid/ federale beleid, alnaargelang de doelstelling
- ▶ de zorgorganisatie zodanig veranderen dat “een” niveau gekozen moet worden om het beleid in te verankeren omdat het anders moeilijk werkbaar is.
- ▶ zorgnetwerken die focussen op de zorg rond de burger, en een naadloos verhaal bouwen van eerste naar tweede naar derdelijn, en nulde lijn (welzijn/ zorg).

Een andere vraag die werd gesteld, is of het **overleg tussen de niveaus** niet anders kan verlopen dan via een IMC. In het IMC komen 9 ministers van Volksgezondheid samen. In de schoot van de IMC zijn er 10 IKWs of permanente werkgroepen, voor alle bevoegdheden waar er fragmentatie is en dus coördinatie nodig is. Uit interviews bleek dat **IMCs** vooral federaal getrokken worden. Er dient een implementatie te gebeuren van de overgedragen bevoegdheden maar er is nood aan een coördinerende rol. Aangezien federaal degene is vanwaar de bevoegdheden komen en die ook goed kent, wordt voor verschillende meningen vaak federaal opnieuw aangeklopt. Het is blijkbaar moeilijk om een welbepaalde regio een coördinerende rol te laten opnemen. Een **onafhankelijke externe moderator** kan hier een oplossing bieden.

Tijdens IMCs kan men protocolakkoorden, samenwerkingsakkoorden en gemeenschappelijke verklaringen opstellen, als er een legistieke basis nodig is<sup>15</sup>. Overleg met de federale overheid blijft nodig, o.a. voor de bevoegdheden die federaal zijn gebleven, zoals bvb de terugbetaling van honoraria van zorgverstrekkers.

Tijdens één van de interviews werd gesteld dat de IMCs Volksgezondheid het beste werken van alle IMCs: er is tenminste overleg, en er zijn ook resultaten. Het chronische zieken zorgnetwerk dat recent werd opgericht, is een goed voorbeeld van een IMC-overleg binnen Volksgezondheid dat wel goed werkt. Het blijft natuurlijk heel omslachtig, zodat verder onderzocht dient te worden of via wetgevende initiatieven hier verandering in kan komen.

## 2.6 Toekomst 6: Ruimte voor privéspelers

- Gelijke toegang tot data voor privéspelers en ziekenfondsen
- Ruimere inschakeling van zorgkassen, die reeds hun rol spelen in de VSB
- Inschakelen van privé spelers ter versnelling van de efficiëntie in de zorg: analyse van big data, security van gezondheidsinformatie, blockchain om terugbetalingsmechanismen te versnellen en te vereenvoudigen met een lagere administratieve last

<sup>15</sup> Gemeenschappelijke actieplannen zoals het plan eGezondheid, het plan chronisch zieken, het protocolakkoord preventie en de gids rond de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, BelRAI, ziekenhuishervorming, ziekenhuisnoodplanning, ... werden recent door interministeriële conferenties goedgekeurd.



### 2.6.1 Knelpunten en opportuniteiten

Het grootste knelpunt bij de rol van de privéspelers is de wetgeving rond de privacy van de gebruikte gegevens. De invoering van de **GDPR-wetgeving** in mei 2018 verdient hierbij de nodige aandacht. De data die gecreëerd worden door zorgverstrekkers en zorginstellingen met betrekking tot de patiënt zijn immers data van de patiënt en de zorginstellingen dragen hierbij een belangrijke verantwoordelijkheid. Elke organisatie die deze data gebruikt/ bewerkt dient te voldoen aan de GDPR-regels. De burger dient zijn akkoord te geven voor elke (andere) doelstelling waarvoor zijn data worden gebruikt.

Een grote opportuniteit daarentegen is de overheid mee te helpen sturen door efficiëntere systemen aan te reiken op kleinere schaal en innovatieve technieken te introduceren. Wanneer beide doelstellingen, kwaliteitswinst en kostenbesparingen bereikt zijn, is er veel kans dat de oplossing door de overheid en/ of burger opgepikt wordt. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat de privéspelers **gelijke toegang hebben tot de data** als de ziekenfondsen. Daarnaast zijn heel wat mogelijkheden om ook in partnership te treden met andere industrieën en nieuwe spelers om zo het innovatiepotentieel van private actoren in de gezondheidszorg te valoriseren. Denk maar aan Amazon (US) die het ganse logistieke proces van de gezondheidszorg, betaald door werkgevers in de US, vanuit hun expertise onder handen neemt.

De enorme evolutie in de gezondheidszorg biedt talrijke perspectieven om bepaalde systemen disruptief te verbeteren als een echte game changer. De financiële sector en de farmaceutische sector (vooral logistieke deel) hebben al veel sneller de stap gemaakt om technologie meer te integreren in hun businessmodellen vergeleken met de gezondheidszorgsector.

### 2.6.2 Voorbeelden

#### ► Zorgkassen

De VSB evolueert geleidelijk naar een Vlaamse gezondheidszorg, in eerste instantie met focus op welzijn en preventie. Hierbij zijn de zorgkassen vandaag ziekenfondsen die werken via een "geprivatiseerd" (en gedecentraliseerd) statuut van Maatschappij voor Onderlinge Bijstand (MOB). Zo wordt de zorgverzekering bijvoorbeeld door deze MOB's uitbetaald. Privéspelers kunnen hier ook op intekenen, wat vroeger het geval was met DKV en Ethias.

Door de verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar ambulante structuren (of dagziekenhuis), zal er meer en meer nood zijn aan dergelijke verzekeringen en zal er een verschuiving optreden van deze kosten/ zorg naar de minder complexe zorg, en zal preventie meer en meer beloond worden. Het meest efficiënte prijs/ kwaliteitssysteem zal de keuze uitmaken van de burger.

#### ► Aanbieders van gezondheidszorgverzekeringen

Via het statuut van VMOB (verzekering), bieden ziekenfondsen vandaag bijkomende verzekeringen aan, zoals bijvoorbeeld de hospitalisatieverzekering. Dit is ook mogelijk voor privéspelers. Bijkomend zou men kunnen denken aan audiologie, optometrie, ... Om kwaliteit te garanderen, zou het interessant kunnen zijn om met ziekenhuizen contracten af te sluiten, zodat bepaalde processen gerespecteerd worden en overbodige onderzoeken niet gebeuren. Hierbij kan er inspiratie worden opgedaan buiten de sector, zoals bvb. een lease-contract van een wagen, waar ook efficiëntie en kwaliteit hand in hand gaan. Tevens kan de patiënt begeleid worden in de keuze van zijn ziekenhuizen en zorgverstrekkers zodat zijn uniek medisch dossier uitwisselbaar is tussen de verschillende zorgverstrekkers.

#### ► Gezondheidsproducten en -diensten

Zijn alle labo's nog wel noodzakelijk, of kunnen innovatieve technieken ons toelaten meteen het resultaat van bloedanalyses in het dokterskabinet te registreren en mede te delen? Heel wat gezondheidsproducten/ medische hulpmiddelen kunnen helpen om de gezondheid van de burger te meten.

Ambulante consultaties kunnen in de toekomst wellicht zonder tussenschakel terugbetaald worden aan de patiënt. Verdere automatisatie van allerlei administratieve diensten zijn oplossingen waar nog zeker een markt openligt als deze kwalitatief en kostenbesparend is.

Burgers kopen allerlei diensten en producten aan via digitale weg om hun tijd efficiënter te kunnen gebruiken overdag, en hun keuzetijd te verschuiven naar hun vrije tijd. De fintech is daar een goed voorbeeld van. Deze trend volgend, verwachten ze ook gezondheidsdiensten en -producten te kunnen aankopen via digitale weg. Bijvoorbeeld ook telemonitoring. In die zin zijn de mogelijkheden voor gezondheidsproducten open, a fortiori, wanneer de burger meer en meer geresponsabiliseerd zal worden voor zijn levensstijl en opvolging van zijn voorgeschreven zorg.





## ► Informaticatools

In de toekomst is het denkbeeldig dat de arts niet alleen/ of niet altijd een geneesmiddel voorschrijft om de patiënt te helpen naar een betere gezondheid. Het voorschrijven van een **App** (monitoren van bepaalde parameters) of het doorverwijzen naar een **website met gezondheidsinformatie** waar je ook gezondheidsvragenlijsten kan invullen, kan een even goede optie zijn om efficiënte en financieel bewuste zorg aan te bieden. De data kunnen nadien worden besproken bij een volgend consult en bijdragen tot een gerichte diagnosestelling.

De verdere implementatie van multidisciplinariteit en de geïntegreerde chronische zorgaanpak, zullen meer en meer technologievereisten met zich meebrengen. Denk maar aan **virtual reality** apparatuur en opleidingen bijvoorbeeld. Informaticatools kunnen ontwikkeld worden om de ervaring van de patiënt te verbeteren, om efficiëntie in ziekenhuistaken te verhogen, ... Start-ups die aan gezondheidstechnologie werken, hebben dus veel toekomstperspectieven.

De veel sterkere digitalisering van de patiëntendossiers zal de behoefte aan extra **veiligheidsdiensten** nog versterken, aangezien gezondheidsdata heel gevoelige data zijn.

Innovaties vanuit de IT-wereld kunnen de zorg efficiënter maken. Zo kan in de toekomst zorgverstrekking mee gestuurd worden met **artificiële intelligentie** (AI) (bvb suggesties van diagnoses doen aan de arts) en analyses. Ook het **onderwijs** zal op deze manier de zorgverstrekkers voorbereiden, wat de noodzaak van nieuwe leerprojecten en interactieve tools met zich meebrengt. Hetzelfde geldt voor **big data, IoT, datamonitoring**. Verder is **blockchain** een ideale manier om allerlei data van verschillende bronnen op een veilige manier aan elkaar te linken. Bijvoorbeeld, data van een fitbit, data van medische hulpmiddelen (bvb bloeddruk en diabetes van patiënten), ... kunnen aan elkaar worden gelinkt. Dezelfde techniek zou kunnen worden toegepast bij de terugbetaalbaarheid van allerlei zorg, en zo de administratieve rol van de ziekenfondsen grotendeels overnemen.

## ► Diensten omtrent regelgeving

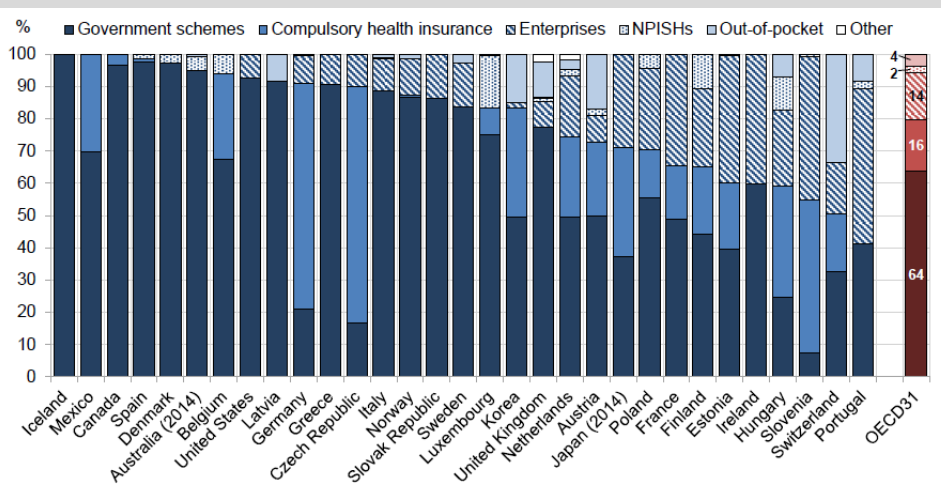
Diensten die **GDPR-regelgeving** analyseren zullen veel gevraagd zijn. Te meer daar meer en meer data van patiënten gecentraliseerd zullen worden, en analyses mogelijk zullen zijn.

## ► Creatieve "thuis"-feeling in WZC, ziekenhuizen, revalidatiecentra, ...

Ouderenzorg wordt meer en meer belangrijk, alsook alternatieve woonvormen. De saaie ziekenhuis-uitzichten van WZC kunnen ongetwijfeld ruimte maken voor heel wat meer creativiteit: buitenruimte naar binnen brengen, meer gezellige kleine gemeenschappelijke ruimtes voorzien, ... zodat het leven van ouderen niet alleen in een klein kamertje dient te gebeuren. De burger is ook in een WZC nog steeds op levensreis, en wil er zich vooral thuis voelen.

## Kunnen onze bedrijven mee helpen inzetten op preventie?

Bij een vergelijking binnen OESO zien we dat de financiering van preventie vanuit verschillende hoeken kan gebeuren, en globaal nog voor een groot deel afkomstig is van overheidsmiddelen (zie figuur). Bij een goede sensibilisering van het belang aan preventie is er ruimte om zowel bedrijven als individuen te stimuleren om hierin te investeren, bovenop de overheidsinitiatieven.



Bron: Gmeinder en Muller, OECD Health working papers, nr 101, 2017, OECD Publishing Paris





## Bijlage: bijkomende buitenlandse inspiratie

Buitenlandse voorbeelden werden overal in de tekst aangehaald ter inspiratie en wordt hier nog wat verder aangevuld.

België heeft niet de grootste voortrekkersrol in Europa op het vlak van gezondheidszorg. De **toegang tot gezondheidszorg daarentegen, scoort wel heel goed**. Uiteraard zitten we met een heel complexe communautaire structuur, die de zaken extra moeilijk maakt als het op overleg aankomt. Daarom is het ook niet mogelijk om zomaar systemen van het buitenland over te nemen. Er zijn veel culturele verschillen tussen de regio's, en mede daardoor ook verschillen in noden van de bevolking.

- ▶ **Nederland en de Scandinavische landen** hebben bijvoorbeeld weinig acute bedden en een korte verblijfsduur maar medisch-sociale dienstverlening en thuisopvang zijn er goed ontwikkeld. Het ganse plaatje dient dus bekeken te worden.

Landen met een sterke gedecentraliseerde gezondheidszorg leveren ook inspiratie op.

- ▶ **Zwitserland** (26 kantons die een confederatie vormen)

In Zwitserland zijn er 3 niveau's: federaal, kantonaal en gemeentelijk. Kantonaal wordt er een verplichte basisverzekering aangeboden door privéverzekeraars (geen winst) en optionele complementaire verzekeringen (wel winst). De burger betaalt zelf een deel van de verzekering, zij het gegradeerd. De gezondheidszorgverzekering is duurder (11% BBP) dan de Belgische maar is gekend als een zeer goede. Ze wordt gefinancierd via belastingen. Er zijn veel verpleegkundigen werkzaam in het gezondheidszorgsysteem. Op gemeentelijk vlak regelt men de lange termijnzorg. Kantons en gemeentes financieren de 289 hospitalen (~37 000 bedden) waarvan de artsen een salaris ontvangen. Er is een wettelijke verplichting om met coördinatie plannen met naburige kantons te overleggen. Elk kanton heeft een eigen Minister van volksgezondheid die overleggen via conferenties. Dit systeem sluit het nauwst aan bij het systeem van de ziekenhuisnetwerken en de geassocieerde Vlaamse eerstelijnszorgzones, zorg georganiseerd dicht bij de burger.

- ▶ **Canada** (federatie met 10 provincies en 3 territories)

Ook de Canadese gezondheidszorg is duur (11% BBP). In Canada is er een basisverzekering voor medisch noodzakelijke zorg. 75% van de Canadezen is dan ook bijkomend verzekerd. Er is veel verschil tussen de verschillende provincies mbt organisatie van de huisartsen bijvoorbeeld, maar ook al dan niet echelonnering. Ook elke provincie en territorie heeft zijn Minister van Volksgezondheid. Meer en meer overwegen provincies om hospitalen anders te gaan financieren gebaseerd op activiteit ipv een globaal budget. 44% van de WZC zijn privé for-profit. Elke provincie voorziet zijn eigen coördinatiestructuur voor gezondheidszorg en langetermijn zorg.

Het is ook belangrijk dat we up-to-date systemen van het buitenland gaan implementeren en niet wanneer ze daar al weer aan de volgende verbetering toe zijn.

- ▶ Zo komt het **accreditatiesysteem voor ziekenhuizen**, overgewaaid uit Denemarken, en werd het vooral geïmplementeerd vanaf 2015, mede omdat de periode om aan overleg te doen en alle stakeholders mee te krijgen, bijzonder lang duurt in België. Niettemin, heeft de accreditatie voor heel wat professionalisering van processen gezorgd, wat de burger met zorgnood heel erg ten goede komt. In Denemarken had men al de resultaten van heel goede proefprojecten rond "instant" data opgemerkt (DSHP; 2010-2015), en heeft men alle JCI-accreditaties stopgezet in 2015, vooral ook omdat dit heel veel controlelast gaf waardoor er minder tijd is voor echte zorg. Er is dus een shift van een opgelegd normenkader van buitenaf naar het opleggen van een normenkader van binnenuit. Leiderschap is in de aanpak is hierbij een belangrijke factor. Daarentegen behoudt Denemarken wel de accreditatie voor **huisartsenpraktijken**. Daarom kunnen we een recent initiatief van een afdeling van het **WG Kruis thuiszorg** voor accreditatie alleen maar toejuichen.

Een mooi voorbeeld van een integratieve aanpak tussen zorgverstrekker en zorgontvanger is er ook in Zweden.

- ▶ In Zweden is er o.a. het **Tubbemodel**, een 'relatiegericht zorgverleningsmodel'. Zo zijn het idealiter de noden en verwachtingen van de burger die het beleid sturen en de organisatie richting geven. Ze worden actief betrokken in beheersorganen en stuurgroepen, ze nemen samen met personeelsleden actief deel aan thematische werkgroepen. Het atypische personeelsbeleid legt de focus veel sterker op de relatie tussen cliënten en medewerkers. Ook het ten volle benutten van de troeven en de energie van de bewoners, om hun gevoel van zelfwaarde te behouden of te bevorderen, vormt één van de zwaartepunten. In Zweden werken enkel **zorgkundigen** in de WZC, en doen ze ook verpleegkundige zorg die ze aangeleerd zijn. Ze krijgen de toewijzing van patiënten volgens hun eigen kunnen. De erkenning en wetgeving van een andere invulling van zorgberoepen is ongetwijfeld wel een uitdaging voor implementatie in België.