

# Helping people live the healthiest lives possible



# VOORWOORD

Wij, de auteurs van de nota “**Helping people live the healthiest lives possible**”, vonden mekaar in een aantal discussies rond de toekomst van ons zorgsysteem. De groep bestaat uitsluitend uit mannen, waarvoor onze excuses. Elkeen heeft met de eigen achtergrond en expertise mee nagedacht over de hervormingen die nodig zijn voor de transitie naar een nieuw zorgsysteem. Wij doen dat van uit een positieve houding en met respect voor de (belangrijke) verworvenheden van ons zorgsysteem. Het resultaat is deze nota, waarmee wij insteken willen geven voor de toekomst van de zorg. Dit is een ad hoc oefening; het laatste wat we willen is een zoveelste structuur of platform.

De nota is allerm minst volledig en heeft niet de pretentie om voor alle problemen (de juiste) oplossingen aan te reiken. Het is de verzameling van de ideeën van de auteurs, die als mensen van goede wil hun nek willen uitsteken. Wij doen dat ten persoonlijke titel, niet als belangenverdediger van een sector of vertegenwoordiger van een organisatie.

Wij willen jullie vragen om de nota onbevangen te lezen en wat jullie waardevol vinden mee te nemen in het debat of aan te geven waar jullie mening afwijkt en waarom. Dat zou al een mooi resultaat zijn en bijdragen aan het intellectuele debat.

Tot slot wensen we de diverse experten, organisaties en federaties te bedanken die vanuit een heel verscheiden achtergrond de nota doornamen en ons hun reflecties bezorgden. Hun input heeft het eindresultaat duidelijk verrijkt.

*Lieven Annemans, Stefaan Callens, Wouter De Ploey, Raf De Rycke, Erwin Devriendt, Niko Dierickx, Marc Noppen, Roel Van Giel, Luc Van Gorp, Pieter Van Herck, Piet Vanthemsche, Lieven Zwaenepoel*

# EXECUTIVE SUMMARY

Twaalf voortrekkers in de zorg, met een heel diverse achtergrond, **doen een oproep om via structurele hervormingen over te gaan naar een vernieuwd zorgsysteem.** Die oproep vertrekt vanuit een positieve visie en engagement, met erkenning van de belangrijke realisaties uit het verleden en appreciatie voor de lopende hervormingen. We blikken vooruit op waar we binnen 20 jaar willen staan met de gezondheidszorg in ons land. Om de ambities waar te maken kiezen we met overtuiging voor partnerschap tussen de zorgprofessionals.

Zorg moet anders en beter als we de kwaliteit, duurzaamheid, mensaardigheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van ons systeem willen behouden. Het huidige model is onvoldoende afgestemd op de zorgbehoeften die nu en nog meer in de komende decennia op de voorgrond treden: gezondheids promotie, preventie van ziekte, psychosociale & existentiële ondersteuning, geïntegreerde zorg en een permanente zorg voor de kwaliteit van leven. We doen dat vanuit een brede definitie op gezondheid waarbij we evolueren van een idealistische maar onwerkbare visie op gezondheid naar gezondheid als vermogen om zich aan te passen en de eigen regie

te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Gezondheid zien we als iets dynamisch waaraan elke persoon kan werken.

## 1. EÉN VISIONAIR STREEFDOEL ALS GPS

We moeten vertrekken vanuit één visie die als een GPS de richting aangeeft en alle inspanningen focust op één systeembrede einddoelstelling op de middellange termijn, met 2040 als referentiejaar. In die toekomst is de zorg doelgericht en resultaatgedreven, bio-psycho-sociaal, op maat en geïntegreerd. Kwaliteit, veiligheid, meerwaarde en levensdoelstellingen van elke burger worden dé determinerende beslissingsfactoren in zorg en zorgstrategie. In tijden van artificiële Intelligentie (AI), robotica en digitalisering behouden we en streven we naar menselijkheid. In 2040 houden we mensen veeleer gezond dan dat we moeten inzetten op genezing. We schakelen over op eenheid van visie, eenheid van aansturing in praktijk en beleid en eenheid van vermogen (middelen) als ruggraat van dat nieuwe zorgsysteem.

## **2. EÉN BETROUWBAAR DASHBOARD MET TARGETS**

De transitie moet plaats vinden op basis van één geïntegreerde boordtabel, met objectief becijferde targets doorheen de tijd. Targets die ertoe doen voor de burger. Dat moet de basis zijn van een meerjarenplan doorheen de beleidsniveaus. De doelstellingen en boordtabel moeten wettelijk verankerd worden. Het instrument is permanent en dynamisch als basis voor nieuw beleid, bijsturing, en biedt volledige transparantie.

## **3. EÉN TOEKOMSTGERICHT BETALINGSMODEL**

Vergoedingen in de zorg moeten de gewenste inspanningen prikkelen. Dat wil zeggen dat we evidence based overgaan naar vaste populatiefinanciering (gebundelde & episodische betalingen), kwaliteitsprijkkels (pay for quality) waarbij we een niet meer dominant aandeel betaling per prestatie (productiviteitsprikkel) behouden. We laten versnipperde deelbudgetten (accreditatiefinanciering, BFM subposten, 3de luik, enz.) opgaan in een globaal en geïntegreerd financieringsplan. We bepalen de optimale verhouding van die 3 componenten objectief en benutten daar waar zinvol vouchers (persoonsvolgende financiering en advies) om kwaliteitsvolle en

verantwoorde zorg op maat te stimuleren. In de financiering van nieuwe technologieën trekken we duidelijke lijnen i.v.m. de maatschappelijke betalingsbereidheid voor gezondheidswinst en sluiten we contracten met de industrie, kenniscentra of andere aanbieders waarbij betere resultaten beter beloond worden.

## **4. EEN CONSISTENT PACT VAN SOCIALE BESCHERMING, INVESTERINGEN EN BUDGET**

We verduurzamen sociale bescherming met geobjectiveerde groei en herinvestering van efficiëntiewinsten. Naar schatting worden 10 tot 30% van de middelen in het zorgsysteem vandaag verkeerd ingezet, met over- en ondergebruik van zorg. Met een doelmatiger gebruik komen middelen vrij, die moeten verschuiven doorheen sectoren en beleidsniveaus in functie van de zorgbehoeften. We versterken maximaal de solidariteit in de 1ste pijler (zorgafhankelijke besteding van zorgverzekering, MAF ouderenzorg en thuiszorg, remgeld volgens meerwaarde). Net zoals het betalingsmodel van de 1e pijler, moeten we het systeem van de 2e pijler herbalanceren op basis van criteria die de meerwaarde van zorg bevorderen. De focus ligt op het dekken van leemten die tijdelijk nog onvoldoende gedekt zijn in de 1ste pijler en op experimen-

tele, tijdelijke terugbetaling voor bijkomende innovatie. De verzekeringsinstellingen krijgen de ruimte binnen een gereguleerd kader om voor zulke trajecten te onderhandelen en afspraken te maken met zorgaanbieders (voorzieningen, verstrekkers) en leveranciers (farma, devices...). Voor wat betreft deze laatste functie moeten we zorg aan 2 snelheden voorkomen via sociale correcties. Alternatieve financiering, met wegwerken van BTW-obstakels, geeft bijkomende financiële zuurstof en bevordert samenwerking en eerlijke concurrentie. Deconventionering en ereloon-supplementen doven uit in een vernieuwd zorgsysteem (met een overgangperiode).

## **5. EEN GEZAMENLIJKE BEWEGING VAN KWALITEIT EN VEILIGHEID**

Kwaliteit, afstemmen op levensdoelen en veiligheid van zorg worden dé prioriteit, met een versnelling van de kwaliteitsbeweging in zorgsectoren en -beroepen die achteroplopen (indicatoren, intern kwaliteitsmanagement, accreditatie, gevalideerde zelfregulering, ... op maat van elke subsector) in goede afstemming met de zorgprofessionals en -gebruikers. De kwaliteit en veiligheid van coördinatie en continuïteit van zorg komt naar de voorgrond. De ambulante praktijken van zorgberoepen komen mee aan boord van het

geïntegreerde kwaliteitsverhaal. Erkenning is een basisvoorwaarde voor elk type gevestigd zorgaanbod, ongeacht de bronnen van financiering.

## **6. VOLLEDIG GEÏNTEGREERDE ZORG OP MAAT VAN BURGER EN POPULATIE**

Binnen 5 jaar moet het vanzelfsprekend zijn om over alle muren heen te werken zodat de zorg voor elke burger één traject is met de inzet van professionals, mantelzorgers, technologie en informatie. - Daarom aligneren we veel meer dan nu de programmatie, zorgstrategische planning, financiering en digitalisering. De doelstellingen, planning en rollen moeten binnen en tussen zones en netwerken op elkaar aansluiten, met bindende afspraken en Service Level Agreements (SLA's). We gaan naar één lijn, die de burger volgt, en we verschuiven de inzet in functie van de zorgbehoeften (populatiemanagement).

## **7. BURGERPARTICIPATIE EN STIMULEREN EN RESPONSABILISEREN OM ONDER- EN OVERGEBRUIK VAN ZORG TE REDUCEREN**

Eenzijds ondersteunen we de mondige, kritische burger in zijn keuzeproces voor zijn persoonlijke zorg, met transparantie en participatie, en extra aandacht voor wie daar

niet toe in staat is. Anderzijds moeten we keuzevrijheid, net als therapeutische vrijheid, koppelen aan meerwaarde voor de burger en de volksgezondheid. Overgebruik en zorg zonder meerwaarde wordt niet meer terugbetaald. De betrokken zorgprofessional wordt er financieel op aangesproken en geresponsabiliseerd. De bepaling van overduidelijk overgebruik gebeurt gezamenlijk, wetenschappelijk en breed gedragen. We voeren daarnaast remgeld volgens meerwaarde in. Voor zorg zonder meerwaarde (soms zelfs met bijkomende risico's) dient de burger meer zelf te betalen, voor waardevolle zorg betaalt hij minder (bv. preventieve maatregelen).

We voeren die responsabilisering van vraag en aanbod geleidelijk in, gepaard met uitgebreide informatie en ondersteuning van de burger. Aanvullende verzekeringen mogen evenmin overgebruik en remgeld volgens meerwaarde dekken.

## 8. STATE OF THE ART DIGITALISERING ALS HEFBOOM

We maken van zorgdigitalisering één van de prioritaire investeringsfocussen (mensen, middelen, prioriteit van vooruitgang) op basis van een behoefteanalyse en één globale visie i.p.v. ad hoc en versnipperd te werk te gaan. We zetten state of the art voorop, met een duidelijk en coherent pad naar een single

input systeem dat communicatie en beleid toelaat, met een eenduidige afbakening van rollen (burger, overheid, zorgorganisaties, verzekeringsinstellingen, industrie). Elke burger heeft één Elektronisch Gezondheidsdossier dat beheerd wordt door zijn of haar interdisciplinair zorgteam. We verankeren de digitalisering van de zorg in de financiering en verplichten het gebruik van digitale diensten en veilige elektronische gegevensdeling. Het eGezondheidsplan biedt daarvoor een goed kader. De burger wordt werkelijk medebeheerder van zijn of haar dossier(s) en gegevens.



## 9. GEÏNTEGREERDE WERKING VAN OVERHEDEN EN ADMINISTRATIES

Op korte termijn brengen we de obstakels bij de politieke besluitvorming in kaart doorheen de verschillende beleidsniveaus

(cure, care en preventie) om te komen tot één geïntegreerde aansturing. Een voldoende gezaghebbende autoriteit tekent spoedig een consistent samenwerkingsmodel uit zodat we de bestaande gemiste kansen, vertragingen en inefficiëntie overwinnen. We transformeren de overlegmechanismen binnen het RIZIV en FOD Volksgezondheid met een verschuiving naar een bredere, intersectorale focus vanuit een brede definitie op gezondheid en benutten systematisch de nieuwe Vlaamse raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vanaf 2019. We kantelen de werking van de overheidsadministraties van verticaal naar horizontaal in één gemeenschappelijk verhaal. Dat wil zeggen dat administraties voor elke doelstelling en elk thema integraal samenwerken en zo worden georganiseerd en aangestuurd, door beleidsniveaus heen. Op termijn brengen we het beleid en de administraties samen in één homogeen kader dat zorgt voor consistentie binnen een integrated policy.

## 10. VERANDEREN LUKT ALLEEN SAMEN

Alles begint bij de opleiding - de “opvoeding” - van de gezondheidsverstrekkers. Tezamen met de nood aan continue educatie, aan hoogkwalitatief onderzoek en zoeken naar evidence, ligt daar het belang van een trans-

parante en volume-onafhankelijke financiering van opleiding en wetenschappelijk onderzoek.

In deze visietekst staan de kwaliteit van leven van zorgverleners, de inzet op autonomie en flexibiliteit, en een evenwichtige work/life balance steeds voorop. Er is nood aan



duidelijkheid, een new deal, vernieuwde opleidingen en een transitie met change management in de inzet en taakverdeling van zorgverleners. Dat kan alleen maar lukken als we dat samen doen, in goede interactie met alle zorgprofessionals, om het vooropgestelde streefdoel te realiseren: Helping people live the healthiest lives possible.

# Helping people live the healthiest lives possible



## INLEIDING

Onze huidige gezondheidszorg is meestal nabij, snel beschikbaar, betaalbaar en toegankelijk voor de meeste burgers. En ze kent een hoge graad van tevredenheid. Maar er blijft een aanzienlijke ruimte voor verbetering: er is niet alleen overgebruik van zorg, maar vaak ook ondergebruik en er is een grote gezondheidsongelijkheid. Door de vergrijzing maar vooral door (vaak dure) innovatie komen de duurzaamheid en betaalbaarheid van onze zorg ernstig in het gedrang. We worstelen met de prijszetting bij beslissingen rond terugbetaling van die nieuwe technologische mogelijkheden, en de processen van die beslissingen zijn onvoldoende transparant. We kennen een systeem van ziektezorg (bio-

medisch model, met financiering die dat beloont) en niet of nauwelijks van gezondheidszorg (preventie – biopsychosociaal model, met financiering die dat afremt). Zorgverleners staan ook onder druk en hun kwaliteit van leven is er de jongste jaren gemiddeld niet op verbeterd.

Al die uitdagingen moeten we gezamenlijk het hoofd bieden. Met de opstart van vele hervormingswerven zetten we vandaag al in op meer preventie, nieuwe zorgmodellen, andere rollen, digitalisering en financiële prikkels in functie van wat ertoe doet (value based). Die omslag van “Moet het anders?” naar “Ja, het moet anders!” is al een grote verdienste. Hetzelfde geldt voor de eerste



stappen in de hervorming.

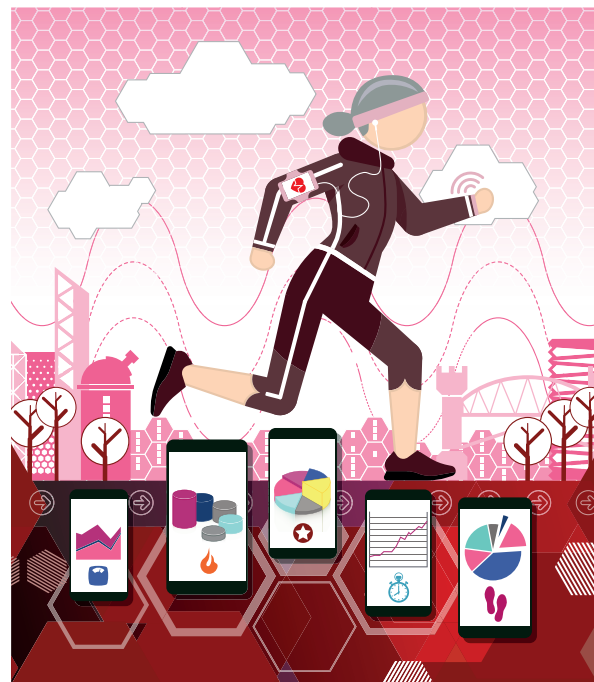
Als we willen slagen in de ambitie van een duurzame gezondheidszorg die goede kwaliteit levert voor iedereen en waarin het goed werken is, moeten we vanuit concrete, overkoepelende doelstellingen op basis van een lange termijnvisie de verdere coherentie en timing van hervormingen duidelijk stellen in een meerjarentransitieplan. We zetten de prioriteiten om in duidelijke plannen, massale actie en brede implementatie op korte en lange termijn (met rechtstreekse hervormingen en mobilisatie van het werkveld). Dat zijn de ingrediënten van een new deal met alle betrokken stakeholders, met vertaling in de korte en lange termijn beleidsprioriteiten. Indien we dat hervormingskader niet verder uitrollen, met 100% engagement, doorheen de zorgfinanciering, zorgreconversie, digitalisering en het institutioneel bestel, botsen we onvermijdelijk op financiële grenzen, pakken we ongelijkheid onvoldoende aan (gezondheidszorg met meerdere snelheden), boeten we in op kwaliteit en innovatie van de zorg, en maken we het zorgsysteem onvoldoende klaar voor de wijzigende vraag en behoeften van de burger en bevolking. Met deze nota beogen we een haalbare en tegelijk voldoende ambitieuze weg uit te tekenen. Elk element is daarvoor van belang. Zonder samenhang, en goed afgestemde onderlinge timing, stuikt het plan in elkaar.

Het is cruciaal dat we in de loop van dit proces steeds de integrale en door waarden gedreven dimensie van zorg blijven voorop stellen, met welzijn, kwaliteit van leven en een inspirerende mensvisie als uitgangspunt. Ook de relatie tussen zorg en de ruimere sociale cohesie binnen onze samenleving moeten we blijven bewaken en versterken.

Gezondheid en welzijn zijn nauw met elkaar verbonden. In deze nota leggen we de focus hoofdzakelijk op de gezondheidszorg, wat geenszins wil zeggen dat welzijnszorg minder belangrijk zou zijn. We streven finaal naar één geïntegreerd zorgsysteem voor gezondheid én welzijn, voor zover je die twee al onafhankelijk van elkaar zou kunnen organiseren. We benoemen in deze nota de visie, richting, prioriteiten en bouwstenen van hervorming. Daarbij is het van cruciaal belang dat een aantal heilige huizen in vraag gesteld kunnen worden en desgevallend afgeschaft: de verouderde nomenclatuur, de ereloonsupplementen, aanbodsturing, etc. We benoemen ook de randvoorwaarden van actie en implementatie op de korte en lange termijn. Als we in deze tekst over 'zorg' spreken, doen we dat steeds vanuit een breed concept, inclusief aspecten van preventie, gezondheidsbevordering, welzijn, gezinsondersteuning, genezing en verzorging.

# 1. NOOD AAN EEN GPS EN DASHBOARD

We vertrekken vanuit een visie als GPS, die alle inspanningen focust op één systeem-brede einddoelstelling op de middellange termijn. Die visie verduidelijkt waar we met preventie, welzijn en gezondheidszorg allen samen naartoe willen in België, van macro tot micro, doorheen alle relevante niveaus. Die visie geeft richting aan het beleid en de praktijk, incl. zorgondernemerschap. Eigen aan dat startpunt en de verdere strategische vertaling ervan is de cruciale eenheid van visie, eenheid van leiding en eenheid van vermogen (middelen, subsidies, investeringen...).



TABEL: ZORG IN TRANSITIE

	HUIDIG ZORGMODEL - AS IS	NIEUW ZORGMODEL - TO BE
<b>Doelgroep</b>	Zieken (ziektegericht)	Populatie (persoonsgericht)
	Enkelvoudig ziektebeeld	Meervoudige bio-psycho-sociale behoeften
<b>Burger</b>	Passieve ontvanger	Actieve partner (selfmanagement, shared decision making, empowerment)
<b>Zorgfocus</b>	Gezondheidszorg, curatief	Volksgesondheid, preventie, promotie, welzijn
	One size fits all	Personalised – voorkeuren en behoeften op maat
<b>Zorgorganisatie</b>	Aanbodgestuurd	Behoefte- en gebruikersgestuurd (patient centered)
	Silo, fragmentatie, episodes	Integratie, continuüm, coördinatie
<b>Zorgverstrekker</b>	Specialist / ziekenhuis centraal	Community care / nabije zorg
	Individueel / solo	Team
<b>Objectief</b>	Structuren en proces	Outcome, functionele doelstellingen
	Genezen	Max. levenskwaliteit, autonomie & verbondenheid
<b>Informatie</b>	Retrospectief	Real time, proactief, predictief
	Aparte (papieren) dossiers	Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (EPD)
<b>Financiering</b>	Volume, omzet	Waarde (value)
	Per prestatie	Bundled payment
<b>Focus beleid</b>	Subsidies, besparing	Value based health care

Aanbeveling 1: We bepalen één visionair streefdoel voor de gezondheidszorg in België. Die visie geeft de richting en contouren aan van alle inspanningen, hervormingen en investeringen.

Het visionaire streefdoel is de realisatie van één geïntegreerd welzijns- en gezondheidszorgsysteem, dat het behoud en de verbetering van de gezondheid van alle burgers van dit land, en het leveren van een hoogkwalitatieve, toegankelijke, betaalbare en menswaardige gezondheidszorg als opdracht heeft. Dat geïntegreerde systeem is gebaseerd op een evenwichtig programma van educatie, preventie, predictie, geestelijke en lichamelijke zorg, en beoogt een maximale en evenwichtige invulling van de “quadrupe aim”: optimale gezondheid op populatieniveau, optimale individuele patiëntenervaring en –zorg, betaalbaarheid en toegankelijkheid van efficiënte welzijn- en zorgvoorzieningen, en optimale levens- en professionele kwaliteit voor de zorgverstrekkers.

De baseline van dat systeem is: “Helping people live the healthiest lives possible”<sup>2</sup>

We engageren ons, vanuit alle betrokken stakeholders, om tegen 2040 naar een excellente invulling van dat streefdoel te evolueren.

Halverwege die 20 jaar, tussen 2018 en 2030, moeten we het verschil tussen de huidige stand van zaken en dat streefdoel dus al voor de helft bijbenen voor het geheel van uitdagingen. We verwijzen ook naar de aanknopingspunten bij ‘Vlaanderen 2030’ (SERV) en ‘Visie 2050’ van de Vlaamse regering; en het

interministeriële actieplan ‘Geïntegreerde zorg’ doorheen de beleidsniveaus.

**Het plan vertrekt vanuit objectief onderbouwde doelstellingen:**

- a. Kwaliteit in al haar dimensies (cf. Institute of Medicine):
  - Effectiviteit van zorg (incl. gepaste zorg en evidence based practice)
  - Veiligheid van zorg

---

<sup>1</sup> Zorg wordt evenwichtig behoefte- en gebruikersgestuurd. Dat impliceert dat de samenleving voorziet in een breed gedragen basispakket van zorg in lijn met de principes van de trechter van Dunning. Zorg moet noodzakelijk, werkzaam en doelmatig zijn. Zo niet, is het voor de eigen rekening en verantwoording van de gebruiker zelf.

<sup>2</sup> Deze baseline is geïnspireerd op het werk van Mark Harrison, CEO van Intermountain Healthcare in de Verenigde Staten.

- Patiëntgerichtheid (subjectieve kwaliteit, service, tevredenheid, ervaring, vraagsturing, participatie en responsabilisering)
- Toegankelijkheid (billijkheid, financiële, geografische en sociale toegankelijkheid, mate van gelijkheid in gebruik en uitkomsten)
- Tijdigheid, nabijheid en continuïteit van zorg (incl. ongeplande zorg en urgentie)
- Financiële duurzaamheid (kosteneffectiviteit, efficiëntie, investeringen, budgetbeheer)

b. Ethische afwegingen doorheen bovenstaande dimensies

Voor die doelstellingen vertrekken we vanuit de behoeften van de burger en de bevolking en trachten we ze zo innovatief mogelijk in te vullen – menselijk, organisatorisch, technologisch – daar waar dat extra meerwaarde creëert. Europa zet terecht meer in op health technology assessment (evaluatie van meerwaarde) van geneesmiddelen, hulpmiddelen... zoals blijkt uit de recente draft proposal voor een nieuwe EU-regulering. We captureren de gebruikerservaring van zorg en haar uitkomsten rechtstreeks via patient reported outcome measurements (PROMs) en experience measurements (PREMs). Een aanvullende doelstelling betreft het welzijn, de voldoening en de motivatie van zorgprofessionals en medewerkers op de werkvloer.

**Om de financiële duurzaamheid en toegankelijkheid op te volgen dienen we de evolutie systematisch te monitoren en te projecteren, op basis van een recurrente onafhankelijke audit:**

1. Begroting met inkomsten (algemene en geormerkte middelen) en uitgaven in het zorgbudget – op niveau van de overheden
2. Subsidies en eigen bijdragen als inkomsten; interne kosten als uitgaven – op niveau van de interne klant (doelgroepen), zorgaanbieder (organisatie) en sectoren
3. Tegemoetkomingen als inkomsten (terugbetaling, uitkering, sociale maatregelen) en zorgkosten als uitgaven – op niveau van de burger/patiënt, doelgroepen en (sub)populaties

Zonder die essentiële, objectieve informatie blijft het koffiedik kijken bij de financiële vertaling van de evolutie in zorgbehoeften en bovenstaande doelstellingen. Vlotte toegang tot die financiële gegevens vanwege de zorgaanbieders t.a.v. de overheid en andere financiers (punt 2) wordt een basisvereiste voor elke vorm van (deels) publieke financiering. Het gebruik van big data (grote hoeveelheid, snelheid en diversiteit van data) biedt ook in de zorg een nog grotendeels onverkend potentieel voor beleid, kwaliteit, innovatie, sociale ondersteuning, enzovoort. Ook moeten alle middelen worden ingezet om binnen fraudedetectie en handhaving krachten te bundelen om controle tegen overgebruik en verspilling op te voeren.

Aanbeveling 2: Voor een langetermijnstrategie die sectoren, administraties en bevoegdheden overstijgt, hebben we een betrouwbaar dashboard en GPS nodig. Pas dan kunnen we goed sturen.

We creëren een geïntegreerde boordtabel voor toegankelijkheid, kwaliteit en veiligheid van zorg, behoefte- en gebruikersgestuurde zorg, billijkheid, duurzaamheid, ethiek, innovatie en welzijn van zorgprofessionals. Die boordtabel doorkruist PREVENTIE, CARE en CURE, en CARE en PREVENTIE (incl. preventie, welzijn, gezinsondersteuning) en brengt in één overzicht samen waar we vandaag staan en welke de doelstellingen zijn (becijferde targets) voor de komende jaren en decennia. Gaten in objectieve kennis worden via recurrent onafhankelijk studiewerk opgevuld. Nieuw beleid start op basis van een update van die boordtabel met bijsturing van behoeftenprojecties en verrekening van verwezenlijkingen. We benutten die tool niet enkel als boordtabel voor het meerjarenplan, maar ook als instrument voor interne kwaliteitsverbetering, benchmarking en transparantie (public reporting). Tegelijk ontwikkelen en implementeren we big data opties voor verdere kennisontwikkeling.

Bij dat alles is het een must om voldoende vereenvoudiging en informatisering in te bouwen bij de onderliggende gegevensregistratie, zodat we tijd voor de zorg vrijmaken i.p.v. te reduceren. De data moeten ook een echte, objectieve weergave zijn.

Vandaag beschikken we reeds over indicator- en landenvergelijkingen vanuit diverse rapporten (KCE, OESO, EU...). We maken met het nieuwe dashboard echter de omslag naar een geïntegreerd, dynamisch en permanent instrument dat daadwerkelijk de richting aangeeft voor beleid en praktijk, met de nodige wettelijke verankering.

Targets worden bepaald op basis van evidence based standaarden, de evolutie doorheen de tijd, en vanuit de vergelijking met anderen (peers) en best practi-

ces in binnen- en buitenland. De targets moeten passen binnen de langetermijnvisie voor de komende decennia.

Targets vertalen zich doorheen alle beleidsniveaus. Ook op Europees niveau moeten we meer debat voeren bij het opstellen van doelstellingen, standaarden en indicatoren.

We houden rekening met het verschil in snelheid tussen subsectoren om de diverse onderdelen van de boordtabel tot stand te brengen. Geleidelijk aan worden nieuwe elementen toegevoegd. Het is

belangrijk dat we het wiel niet heruitvinden (zie VIP<sup>2</sup>, PSI, VIKZ, ICHOM, IMA,...). Voorbeelden op grote en kleine schaal in binnen- en buitenland inspireren ons. De boordtabel dient als valide, betrouwbaar en waardevol te worden ervaren door de betrokken actoren. Tegelijk doen we beroep op onafhankelijke nationale en internationale experts om de potentiële impact van conflicts of interest bij de uitwerking van de boordtabel en selectie van targets te neutraliseren. Bovendien evolueren we asap naar single input of 'once only' voor de registratie van data, maar dan wel systematisch en gestructureerd, met automatische extractie van de onderliggende gegevens vanuit de zorgpraktijk (cf. infra randvoorwaarden). Dat leidt tot meer efficiëntie, minder weerstand, minder risico op fouten of fraude (hoge datakwaliteit).

### **Wat wijzigt er met deze visie, richting en dashboard t.o.v. het huidige beleid?**

1. Prioriteiten en hervormingen zijn gebaseerd op een onderbouwd overzicht van de stand van zaken vandaag en in de toekomst (t.o.v. gefragmenteerde kennis vandaag)
2. De eerste stap in elke beleidscyclus vertrekt vanuit de integrale doelstellingen voor het geheel van cure, care en

preventie. Pas in een latere planningsfase wordt de opdeling gemaakt in beleidsniveaus en sectoren cf. infra (t.o.v. de directe verkokering van overheden en sectoren vandaag)

3. Ruimte voor verbetering wordt meer zichtbaar, zodat we veel meer opportuniteiten detecteren om vooruitgang te boeken (t.o.v. de snelle, beperkte, polariserende wenslijsten van elke stakeholder vandaag).

4. Onderhandeling met stakeholders concentreert zich op de prioritering van doelstellingen, de targetbepaling en de interventies om de targets te behalen (t.o.v. de wederzijdse korte termijn belangenverdediging en behoud van status quo vandaag).

5. We beschikken over betrouwbare gegevens en inzichten om tijdig te schakelen (t.o.v. de bias en vertraging vandaag).

6. We leggen publieke verantwoording af t.o.v. de burger, de patiënt, politiek en overheid (t.o.v. de 'zwarte doos' vandaag).

7. We kunnen op elk moment vaststellen of we wel degelijk vooruitgang boeken en op basis daarvan al dan niet moeten bijsturen, investeren of versnellen.

Tegelijk moeten we erkennen dat zeker in zorg niet alles wat telt gemeten kan worden en dat niet alles wat gemeten

kan worden telt. Belangrijke aspecten zijn niet altijd even goed kwantificeerbaar. We moeten dus oog hebben voor voldoende ruime doelstellingen en voorkomen dat we ons exclusief focussen op enkele targets. Grondhouding en beleving zijn belangrijke dimensies daarbij. Bijzondere aandacht voor Patient Reported Experience Measures is alleszins vereist.

## 2. VAN DASHBOARD NAAR PRIORITEITEN

Ons startpunt is vandaag uiteraard niet blanco. Op basis van de bestaande studies en opgebouwde kennis kunnen we al veel doen in afwachting van een geconsolideerd dashboard. We zien de ruimte voor verbetering en de voortdurend geboekte vooruitgang. Vooruitlopend op de onderbouwende boardtabel benoemen we de volgende prioritaire opportuniteiten. Het evenwicht tussen die prioriteiten is essentieel, met name:

- Schaarste en laattijdigheid in preventie, psychosociale ondersteuning, thuiszorg en gezinsondersteuning
- De geschatte behoeftenprojecties (preventie, care en cure) als gevolg van de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken
- Lacunes, adverse events en inconsistentie tussen zorgaanbieders in heel wat zorgtrajec-

ten in plaats van naadloze zorg

- De gekende reeks van kwaliteitsindicatoren en subjectieve kwaliteit waarop we beter kunnen scoren qua uitkomsten, overgebruik en ondergebruik van zorg
- De verbeteringsmarge bij participatie, medezeggenschap en inspraak van de zorggebruiker
- De impact van financiële en sociale drempels op zorggebruik en uitkomsten
- De verspilling van middelen gekoppeld aan overgebruik, ondergebruik (kost van complicaties, brede kost van gebrekkig welzijn en ziekte), verkeerd gebruik (idem) en overcompensatie
- De traagheid waarmee positief disruptieve innovatie in de dagelijkse zorg wordt verankerd en het gebrek aan continue screening op meerwaarde (HTA) van zodra operationeel binnen het zorgsysteem (met bijsturing, toevoegen of schrappen wanneer nodig)
- Uitdagingen i.v.m. welzijn op het werk, binnen en buiten de zorg, en de opkomende personeelsschaarste (gebrek aan instroom van zorgprofessionals en mismatch met de zorgbehoeften)
- De nood aan een gezondheidsbevorderende omgeving in wetgeving, health literacy en randvoorwaarden

### 3. HERVORMEN OM PRIORITEITEN TE REALISEREN

Met een visie, dashboard en prioriteiten verschuiven we van een statische naar een meer dynamische benadering, waarbij doelstellingen, functies en capaciteit fluctueren met behoefte, demografie en kwaliteit.

#### **Vijf fundamentele bouwstenen moeten daarom grondig hervormd worden:**

1. Hervormde betalingssystemen (basisfinanciering en prikkels) ten behoeve van de prioriteiten in kwaliteit, veiligheid, efficiëntie, innovatie en welzijn op het werk
2. Hervormde financieringsbronnen, budget en toewijzingscriteria gericht op zorgbeschikbaarheid (preventie, welzijn, zorg, gezin, vergrijzing, innovatie), participatie, betaalbaarheid en toegankelijkheid en financiële duurzaamheid
3. Hervormd zorglandschap (erkenning, programmatie, planning, coördinatie) ten voordele van het geheel van doelstellingen en prioriteiten
4. Hervormde data- en informatiestromen (digitalisering, interoperabiliteit en connectiviteit)
5. Hervormde instituties die bovenstaande bouwstenen beleidsmatig integreren en coördineren

#### 3.1. BOUWSTEEN BETALINGSSYSTEMEN

Nieuwe betalingssystemen zoals bundled payment en pay for quality (P4Q) ondersteunen een focus op doelstellingen en op het komen tot een onderling pact op de diverse zorgniveaus (macro, meso, micro, nano).

Binnen bundled maken we een onderscheid tussen enerzijds episodisch payment (zorgpanden, bijvoorbeeld laagvariabel) en anderzijds ruimere, intersectorale populatiefinanciering (global payment). Beide kennen hun meerwaarde. De overgang naar populatiefinanciering impliceert dat de sterk versnipperde sectorale financieringssystemen (lasagnemodell) merkbaar worden vereenvoudigd. Ook P4Q dient de totaalzorg meer geïntegreerd te benaderen bij de diverse betrokken zorgaanbieders en -professionals.

Zulke systemen voorzien vrijheidsgraden, waarbij ze vertaald worden op het werkveld in onderling afgesproken Service Level Agreements (SLA's). Tegelijk worden verdeelsleutels deels centraal bepaald om het juiste evenwicht te bewaken. Zo worden de contouren of vork van de onderhandelingsruimte afgebakend.



Aanbeveling 3: De vergoeding van zorgactoren moet hen prikkelen om te doen wat goed is voor de burger en de gemeenschap. Daarom moet prestatievergoeding evolueren naar een gemengd systeem.

We voeren geleidelijk aan een optimaal financieringsmodel in voor alle zorgorganisaties en zorgprofessionals. Het eindresultaat is een gemengd model met een deel vaste activiteitenvergoeding (populatiefinanciering in functie van profiel), een deel episodische betalingen, een deel per prestatie en een deel P4Q. De gangbare filosofie van “zoveel als mogelijk prestatiegebonden” wordt verlaten en vervangen door een betalingsmix gebaseerd op evidence.

Het episodisch onderdeel is enkel van toepassing bij de laagvariabele, planbare zorg met een begin- en eindpunt. Het onderdeel per prestatie is enkel van toepassing binnen cure, niet binnen gezondheidspromotie, chronische zorg, welzijn en gezin (gezien het gebrek aan duidelijk aflijnbare aktes).

In die laatste domeinen (welzijn en gezin) versterken we de rol van de eindgebruiker via een systeem van vouchers voor specifieke doelgroepen en met blijvend toezicht op kwaliteit. De hefboom van persoonsvolgende financiering (PVF) wordt voldoende doordacht vormgegeven vanuit positieve en negatieve lessen, bv. vanuit de zorg voor mensen met een beperking. Met respect voor de regie van de gebruiker stellen we de aanbodgestuurde zorg in vraag om vanuit beide systemen (these, antithese) tot een nieuwe synthese te komen. Het risico op misbruik door externen en/of belangenvermenging moeten we voorkomen, zodat we PVF positief kunnen omarmen. Door de bewuste toepassing van kwaliteitssystemen zullen de hinderpalen voor PVF weggenomen worden. Bij de implementatie van PVF moet ook rekening gehouden worden met legitieme verwachtingen van de zorgaanbieders en is er nood aan een evenwichtig en rechtszeker kader waarbinnen goed sociaal ondernemerschap in de praktijk gebracht kan worden. PVF voorziet geen flexibel collectief herverdelingssysteem waardoor solidariteit dreigt te verdwijnen. Dat kan voorkomen worden door een voldoende collectief besteedbaar gedeelte.

Het is van fundamenteel belang dat de hervorming van de prestatiefinanciering naar een dynamisch, correct, up to date systeem snel wordt opgestart. Elke vorm van publieke financiering, dus ook het grootste deel van de honoraria, dient recurrent gebaseerd te worden op objectieve parameters, inclusief referentiekosten en een referentie-inkomen dat overeenstemt

met de onderliggende realiteit en marktwaarde (internationaal perspectief). Publieke overcompensatie die redelijke winst overstijgt, dient uit de betalingsystemen geweerd te worden (want in strijd met EU wetgeving) en is tegelijk een nuttige bron van verschuiving en herverdeling binnen de zorg.

In die zin moeten we ook werk maken van een meer transparant kader van uniforme contouren en spelregels in de gereguleerde zorgmarkt wat betreft de opbouw en inzet van winst, reserves en kapitaal (obligaties, aandelen, enz.).

Naast de correctie van overcompensatie dienen sommige zorgberoepen (disciplines) beter gewaardeerd te worden, met o.a. wegwerken van het verschil tussen de technische en niet-technische vergoedingsbasis. Tot slot moeten we ook binnen de nomenclatuur via de tarificatie verschuiven van een te zware nadruk op volume naar een meer evenwichtige balans met inhoud en kwaliteit van werk. Ook de nomenclatuur vereenvoudigen we tot een meer hanteerbaar, dynamisch geheel. Om dat te realiseren ontwikkelen we partnerschappen met de professionals via beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen.

De 310 miljoen euro accreditatiefinanciering in het kader van de permanente vorming van zorgverstrekkers wordt eveneens hervormd, met modernisering van die prikkel in functie van de gedeelde targets. Naast permanente vorming, vertaalt de positieve en negatieve profilering van zorginterventies in vergelijking met EB en/of peers zich in positieve en negatieve financiële gevolgen met voldoende impact om gedragsverandering te stimuleren, in tegenstelling met de huidige pay for non performance.

### **3.2. BOUWSTEEN ZORGFINANCIERING**

De zorgfinanciering dient de groeiende behoefte (vergrijzing, innovatie...) te dekken en een antwoord te bieden op de prioriteiten van zorgaanbod, participatie, sociale toegankelijkheid, betaalbaarheid voor de burger en financiële duurzaamheid. Dat vergt een verschuiving van kaasschaaf en korte termijnfo-

cus (eerst besparen, dan investeren) naar een financieel meerjarenplan, shared savings en een lange termijnfocus (investeren in hervorming en efficiëntie als vrucht plukken).

Als startpunt zal het dashboard ons informeren over de exacte middelenverdeling voor zorg en hoe die zich verhoudt t.o.v. de visie op zorg. Dat vereist vier financiële acties doorheen de tijd:

1. Herallocatie (verschuiving) van middelen vanuit minder prioritaire, overgecompenseerde en/of inefficiënte inzet naar de meest waardevolle inzet binnen de zorg. Naar schatting 10% van de 25 miljard euro voor Volksgezondheid en Sociale zaken en 8,5 miljard euro voor Welzijn, volksgezondheid en Gezin (excl. kinderbijslag) komt daarvoor in aanmerking, ofwel 3,35 miljard euro. Deze schatting is gebaseerd op tal van studies (KCE e.a.) en wordt bevestigd door de OESO en de EU. Er is dus ruimte voor rationalisering met de duidelijke doelstelling om te heralloceren binnen de zorg. De zorgaanbieders moeten weten waarvoor ze rationaliseren, zodat het een positief verhaal van impulsen wordt en we defensief gedrag kunnen vermijden. Het transitieplan moet verduidelijken hoe we die middelen heralloceren, met de absolute garantie van daadwerkelijke toewijzing. Dat is een proactieve benadering van shared savings met aandacht voor de vraag van wat we terugbetalen en wat niet.

2. Het respecteren van de groei van publieke middelen voor zorg in lijn met de toenemende zorgbehoeften. De projectie vanuit het planbureau, de OESO en EU moeten accuraat opgevolgd worden, zodat we de groei objectiveren. De huidige schatting van het planbureau, vertrekkend vanuit 8% van het BBP aan publieke zorgmiddelen op alle be-

leidsniveaus, gaat uit van een toename van 2,3%-punten van het BBP tegen 2040, mede afhankelijk van de onderliggende assumpties. Op federaal niveau vertaalt zich dat in een jaarlijkse groeinorm van de zorguitgaven. Op Vlaams niveau betreft het de groei van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) en het budget welzijn en gezinsondersteuning. De noodzakelijke groei concentreert zich vooral in langdurige zorg en welzijn (thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg) door de vergrijzing. In die zin moeten we een verschuiving van de groei overwegen, naast het behoud van voldoende innovatieve groei. We komen daarop terug bij de bouwsteen hervorming instituties.

3. Om de ongelijkheid in de zorg verder weg te werken pakken we de financiële barrières gericht aan. We doen dat via een maximale versterking van de solidariteit binnen de eerste pijler van de sociale zekerheid (en VSB) en waar nodig een aanvullende verplichte 2de pijler. Het systeem van eigen bijdragen en supplementen wordt hervormd binnen datzelfde kader.

a. Binnen de grenzen van financiële duurzaamheid behouden we de nadruk op progressief universalisme, en zorgen we ervoor dat hogere inkomens relatief meer bijdragen en lagere inkomens relatief

minder bijdragen zodat we solidariteit meer laten spelen. Concreet bouwen we zorgafhankelijkheid in bij de bepaling van het uitkeringsbedrag van de zorgverzekering, naast de introductie van een maximumfactuur op Vlaams niveau. Op federaal niveau hervormen we het remgeld door het te koppelen aan meerwaarde van zorg (value based insurance design<sup>3</sup>), zonder het solidaire basissysteem uit te hollen.

b. Net zoals het betalingsmodel van de 1e pijler, moeten we het systeem van de 2e pijler herbalanceren op basis van criteria die de meerwaarde van zorg bevorderen. De focus ligt op het dekken van leemten die tijdelijk nog onvoldoende gedekt zijn in de 1ste pijler en op experimentele, tijdelijke terugbetaling voor bijkomende innovatie. De verzekeringsinstellingen krijgen de ruimte binnen een gereguleerd kader om voor zulke trajecten te onderhandelen en afspraken te maken met zorgaanbieders (voorzieningen, verstrekkers) en leveranciers (farma, devices...). Samen met experts van de overheid kunnen verzekeringsinstellingen de meerwaarde via HTA beoordelen. **Binnen deze pijler** moeten we zorg aan 2 snelheden voorkomen via sociale correcties.

c. Vanuit de voorbeelden van aanvullende terugbetaling van psychotherapie en

het vaccin tegen baarmoederhalskanker leren we dat er duidelijke, systematische regelgeving moet komen over de snelheid van opname in de 1e pijler van zodra de meerwaarde is aangetoond. De 2e pijler dekt geen ereloonsupplementen (uitdovend) en remgeld (evolutie naar value based insurance design). Deze verschuiving maakt ruimte vrij om nieuwe zorgmodellen, preventie, gezondheidspromotie, health literacy en welzijnsinterventies te bevorderen als nieuwe, prioritaire focus. Ereloonsupplementen dienen geleidelijk in te kantelen in de standaardvergoedingssystemen als een onderdeel van de globale herijking van de honoraria. De opwaartse druk op de supplementen kan ook afnemen als gevolg van de andere hervormingen (zorgfinanciering, ziekenhuisfinanciering, implementatiegolf digitalisering, cf. infra). Kamersupplementen evolueren naar ruimere dienst- en comfortsupplementen met gemoderniseerde criteria. Excessen in supplementen doven spoedig uit. Op termijn schaffen we het principe van ereloonsupplementen volledig af omwille van de risico's op tariefonzekerheid, meerdere snelheden, concurrentie en personeelsretentie op basis van supplementhoogte i.p.v. werkelijke meerwaarde. Dat soort ongefundeerde vergoeding wordt maatschappelijk niet

meer aanvaard. En dat is terecht! We hanteren een overgangsfase gekoppeld aan de hervorming van de honoraria en een geobjectiveerde, meer billijke inkomensherverdeling bij de betrokken zorgprofessionals.

d. We introduceren nieuwe financieringsmethoden die BTW-obstakels wegwerken, met minstens BTW-recuperatie (geen BTW op BTW). Belastingen mogen de samenwerking en concurrentie binnen de zorg en tussen zorg en toeleveranciers niet verstoren.

4. De financiering van nieuwe technologieën waarvoor een meerwaarde wordt geclaimd gaat systematisch gepaard met Health Technology Assessment. Daarbij bakenen we als maatschappij de grenzen af van onze betalingsbereidheid voor gezondheidswinst, en communiceren we die grenzen duidelijk naar de innoverende industrie en andere actoren in dit veld. In het bepalen van die grenzen spelen medische nood en budgettaire impact een expliciete rol. We gaan contracten aan met de industrie waarbij meerwaarde beloond wordt en een gebrek aan meerwaarde zich vertaalt in een lagere vergoeding.

**Aanbeveling 4: Gecontroleerde groei en efficiëntiewinsten worden gehereinvesteerd om de sociale bescherming te verduurzamen en de kwaliteit van zorg verder te doen toenemen.**

We werken de verspilling binnen de zorg weg, met duidelijke doelstellingen doorheen de tijd, als shared savings (meerjarentraject). We voorzien voldoende groei van de financiering in lijn met de geobjectiveerde, stijgende zorgbehoeften. De verhouding tussen het federale niveau en de deelstaten in die groei wordt volledig gekoppeld aan diezelfde zorgbehoeften.

We versterken de solidariteit binnen de 1e pijler (hervorming zorgverzekering, MAF, remgeld volgens meerwaarde). We verbreden en verdiepen de 2e pijler. De supplementen op erelonen worden hervormd en geleidelijk afgeschaft. Sociale correcties ondersteunen de innovatieve functie van de 2e pijler. Alternatieve financieringsmethoden geven bijkomende financiële zuurstof en bevorderen samenwerking en eerlijke concurrentie. We voeren systematisch HTA in voor innoverende technologieën en bepalen de grenzen van de maatschappelijke betalingsbereidheid voor gezondheidswinst.

### 3.3. BOUWSTEEN ZORGLANDSCHAP

De elementen erkenning, programmatie, zorgstrategische planning en coördinatie zijn van cruciaal belang voor het geheel van doelstellingen en prioriteiten.

Erkenning heeft uiteraard een één op één verband met de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Kwaliteitsverbetering is ook een essentiële stap in de vermindering van ongelijkheden in uitkomsten. Zonder focus op verbeteren blijven ook die ongelijkheden onder de radar. Binnen betere, geïntegreerde zorgmodellen zijn kwaliteitsaspecten zoals indicatoren, levenskwaliteit en pay for outcome heel belangrijk. Elke sector (huisartsengeneeskunde, farmaceutische zorg, gezinszorg, thuisverpleging, specialismen, ziekenhuiszorg, sociaal welzijn, ...) moet zijn huiswerk maken rekening houdend met internationale voorstellen om op relatief korte termijn een gevalideerde set te bekomen. Tegelijk kunnen we indicatoren ontwikkelen die de coördinatie en continuïteit doorheen zorgpaden meetbaar maken. Ook accreditatie verschuift in die richting. Erkenning is een must.

We stimuleren externe accreditering doorheen alle welzijn- en zorgvoorzieningen, met aandacht voor de aard van elk domein (bv. grotere betrokkenheid van de zorggebruikers zelf). Eenzelfde beweging zetten we in bij de zorgberoepen, bottom-up, vanuit een kwaliteitscultuur. We houden rekening met de

eigenheid van de te accrediteren organisatievormen, van groot tot klein. Accreditering van zorgorganisaties en -professionals moet hand in hand gaan, met lessen uit de eerdere aanpak bij NIAZ, JCI, Planetree,... en oog voor de accrediteringskost.

Accreditering besteedt ook meer aandacht aan samenwerking en coördinatie doorheen voorzieningen en netwerken (geïntegreerde accreditering). Daarnaast ondersteunen we de verdere evolutie naar intern kwaliteitsmanagement en gevalideerde zelfregulering.

Een segment dat we niet over het hoofd mogen zien betreft de specialisten buiten het ziekenhuis. We bezetten vandaag de voorlaatste positie qua aantal specialisten binnen een ziekenhuiscontext in vergelijking met andere westerse landen. Hun grote aanwezigheid buiten het ziekenhuis ligt aan de grond van dat verschil. Die "vlucht" van specialisten is een trend die zich verder doorzet, en die past binnen een evolutie naar meer zorg buiten het ziekenhuis. De vraag die zich vooral aandient is of dat die groep geïsoleerd werkt, of toch geïntegreerd. De discussie over kwaliteit, bijdrage van de patiënt, etc. dient in dat verband dringend gevoerd te worden. Kwaliteitsverbetering betreft ook bij hen een veel ruimer kader dan enkel profielchecks van de individuele praktijkvoering. We verwijzen daarvoor naar het voorbereidende werk, met criteria voor ambulante praktijken, dat op federaal niveau werd opgestart.

Aanbeveling 5: Kwaliteit en veiligheid worden dé prioriteit, met een versnelling van de kwaliteitsbeweging in zorgsectoren en -beroepen die achteroplopen (indicatoren, accreditatie).

Initiatieven voor kwaliteitszorg worden versterkt en uitgebreid naar sectoren waar ze nog minder ontwikkeld zijn. Coördinatie en coherentie van die kwaliteitszorg over sectoren heen is een doel op zich, zodat integrale kwaliteitszorg haalbaar wordt. Erkenning is een basisvoorwaarde voor elk type gevestigd zorgaanbod, ongeacht de bronnen van financiering.

Programmatie, met toekomstgerichte criteria, blijft een krachtig beheerinstrument voor financiële duurzaamheid, gekoppeld aan de publieke financiering van aanbieders, voor wat betreft dure infrastructuur en zware investeringen. Daarbij wordt terecht nadruk gelegd op lokale en regionale strategische zorgplanning. Niet iedereen moet alles doen en krijgen in termen van investeringen. Nochtans mag dat gezonde concurrentie (bv. tussen interdisciplinaire eerstelijnspraktijken) en de individuele zorgrelatie niet schaden. Programmatie is ook essentieel voor kwaliteitsbevordering bij zeldzame en hoog-complexe zorg (volume-uitkomst relatie). Zorg moet meer geïntegreerd en naadloos zijn en doordrongen door de sleutelbegrippen kwaliteit, veiligheid, continuïteit, sociale toegankelijkheid, dienstverlening, menswaardigheid, transparantie en efficiëntie. De burger wil meer regie over het totale pakket van zijn zorg. Om over werkelijk transmurale zorg te spreken, moeten we nog enorme

stappen zetten. Het segment laagvariabele zorg kan een opportuniteit bieden, naast de internationaal erkende focus op chronische zorg. Ook de verschuiving van de aandacht naar de voordeur van de zorg (preventie) moeten we voorop stellen bij de creatie van geïntegreerde ketens.

De netwerking, zowel verticaal als horizontaal, in de gezondheidszorg heeft een aanvang genomen, maar kent nog vele hindernissen. Het einddoel en de contouren, de structuren én de processen, moeten duidelijk zijn om geïntegreerde zorg te laten slagen en op relatief korte termijn een boost te geven. Er bestaat vandaag een ongezonde concurrentie tussen de “lijnen”. De belangen zijn verschillend, andere doelstellingen worden nagestreefd en tegenstrijdige incentives hebben hun invloed (zie bv. hervormingen spoedgevallen). De afstemming tussen eerste en tweede lijn is tot op heden nauwelijks aangeraakt. Met behulp van de instrumenten van financiering, digitalisering en flexibiliteit

moet de indeling in lijnen vervagen, waarbij alles vertrekt vanuit de patiënt in zijn of haar eigen context. We gaan naar één lijn, namelijk degene die de burger volgt.

Vier dynamieken dienen in de toekomst goed onderling afgestemd te zijn om tot werkelijk geïntegreerde zorg te komen: eerstelijnszones, ziekenhuisnetwerken, netwerken geestelijke gezondheidszorg en regionale zorgstrategische planning. Ook de medisch specialisten moeten in die afstemming en coördinatie een plaats te krijgen. Voorts moet in het kader van een geïntegreerd gezondheids- en welzijnssysteem ook de nodige afstemming gebeuren met de sector welzijn. Intersectorale samenwerking kan ongetwijfeld op diverse domeinen een meerwaarde opleveren.

Idealiter zouden die dynamieken virtueel in doelstellingen, planning en afspraken één op één op mekaar moeten aansluiten. Geografisch is er daarnaast aandacht nodig voor de reële overlap in sommige grootsteden of aan de rand van zorgregio's. Pas dan kan je een goed samenspel organiseren dat leidt tot echte interdisciplinaire samenwerking en afspraken, transmurale zorgpaden en vermaatschappelijking van de zorg. We voorzien een model waarin het ziekenhuisnetwerk (met eigen rechtspersoon) wordt ingebed in een intersectoraal platform waar alle spelers van de regio aan deelnemen en waarin bindende afspraken gemaakt worden, met behulp van een zorgstrategisch plan. We moeten de aparte structuren onderling integreren.





## NIEUWE WETGEVING BIEDT PERSPECTIEF VOOR REGIONALE ZORG-STRATEGISCHE PLANNING

Het wetsontwerp tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische ziekenhuisnetwerken betreft, zit in een finaal stadium. Die wetgeving zal het functioneren van ziekenhuizen de komende jaren stevig veranderen. De focus zal verschuiven van het ziekenhuis naar het netwerk dat een optimaal en complementair aanbod uitwerkt voor de regio van het netwerk. De hervorming moet leiden tot een verdeling van zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen, met een onderscheid tussen locoregionale zorgopdrachten (algemene en gespecialiseerde) en supraregionale zorgopdrachten. Dat nieuwe, federale kader zal hand in hand moeten gaan met de visie die in Vlaanderen ontwikkeld wordt, zowel t.a.v. de ziekenhuiszorg (cf. de logische zorggebieden) als de belangrijke aansluiting met de nieuwe constellatie van de eerste lijn (cf. de Eerstelijnsconferentie van februari 2017). De inhoudelijke visies dienen geconcretiseerd in een regionaal zorgstrategisch plan waarbij, vertrekkend van de zorgbehoeften, een passend aanbod ontwikkeld wordt door de ziekenhuizen van het netwerk, in afstemming met de eerstelijnszones. Een goede aansluiting

tussen de eerstelijnszones, verenigd in een regionale zorgzone, met de zone van het ziekenhuisnetwerk is meer dan aangewezen. Goede afstemming over de verschillende aspecten van kwaliteitsvolle zorg, waartoe evident ook de geestelijke gezondheidszorg en de revalidatie behoren, wordt daardoor sterk bevorderd. Er wordt op die manier een historisch momentum aangeboden aan het werkveld, met een groot potentieel voor de organisatie van de zorg in de toekomst. De Vlaamse overheid werkt faciliterend, maar heeft ook een belangrijke sleutel in handen om de cruciale aansluiting en samenwerking tussen de actoren op het terrein daadwerkelijk te realiseren. Het is immers de Vlaamse overheid die de goedkeuring moet verlenen voor de belangrijke, regionale zorgstrategische plannen.

Bij de invoering van de zorgstrategische planning per regio en netwerk is het vooralsnog onduidelijk hoe men dit zal aanpakken in grootstedelijke gebieden. Die kennen soms overlappende netwerken en minder goed gealigneerde eerstelijnszones. De vraag stelt zich dus hoe men concurrentie tussen netwerken zal laten sporen met de coördinatie en taakafstemming op populatieniveau binnen zulke overlappende context. Dat debat moet dringend gevoerd worden, met duidelijke keuzes.

Het denkkader moet grondig verder evolueren om werkelijk transversaal te werken, inclusief welzijn en gezinsondersteuning. Daarnaast is er vooral nood aan good governance en ondersteuning daarvoor (sturende rechtsvorm, etc.). Aansturing binnen een beleidskader kan maar slagen indien er eenheid van visie is, eenheid van leiding en eenheid van vermogen (geld). Het 'netwerk' is geen doel op zich, maar een middel.

Binnen de zone kunnen dan de nodige

taakafspraken, verwijzingspatronen alsook middelenverschuivingen plaats vinden. In die zin is het ook noodzakelijk dat de opdrachten binnen de zone, alsook de budgetten voor de zone duidelijk gesteld worden. Dat mag niet alleen op basis van historische elementen gebeuren. Correctieve maatregelen op langere termijn (over- en onderaanbod binnen regio's, verschillen in zorgnood) moeten ingebouwd kunnen worden per regio.

**Aanbeveling 6:** Binnen 10 jaar moet het vanzelfsprekend zijn om over alle muren heen te werken, met zorg voor elke burger als één geheel met de inzet van professionals, mantelzorgers, technologie en informatie.

We vragen om de instrumenten van programmatie, zorgstrategische planning, financiering en digitalisering heel gericht in te zetten. Na uitklaring van consistentie in regio's en het opzet van good governance moeten we snel de overgang maken naar data, processen (paden, trajecten,...) en geïntegreerde kwaliteitszorg.

We evolueren naar een responsabiliserend, gezamenlijk populatiemanagement met aaneensluitende doelstellingen, verantwoordelijkheden en financiële gevolgen (onderlinge SLA's). Die toekomstige aanbodzijde moet goed aansluiten op de vraag- en behoeftezijde, i.e. de kritische burger die aan het roer staat van het totaalpakket van zijn zorg, en daarbij ondersteund door de eerstelijnspraktijk waarin hij/zij is ingeschreven. Op dat niveau vult het naadloze aanbod de behoeften dynamisch en op maat in.

Als de eindgebruiker beweegt, moet de zorg ook mee bewegen, met keuze doorheen zorgzones. Monopolies beslissen niet in de plaats van de eindgebruiker. We waken erover dat onderlinge afspraken doorheen de zorgketen rekening houden met een gezonde keuzevrijheid van de burger en een gezonde mededinging binnen elke schakel. Er zijn grote verschillen tussen deelsectoren wat de mededinging betreft. Gezonde keuzevrijheid betekent dat die niet ongelimiteerd is.

De oprichting van locoregionale zorgnetwerken zal het bestaande concurrentiemodel wijzigen, met minder concurrentie tussen de ziekenhuizen binnen één netwerk en meer concurrentie tussen netwerken onderling. Tegelijk blijft de eerstelijnspraktijk een pivotale rol behouden bij de medische aansturing doorheen de zorgketen.

De mondige, kritische burger die bewust zorg kiest en zo op positieve wijze van een concurrentieel aanbod gebruik maakt, laat steeds meer van zich horen. Dat kan kwaliteit, innovatie, service en efficiëntie versterken, zo blijkt ook uit studies. Die evolutie dwingt het aanbod om verwachtingen, ervaren uitkomsten (PROM/PREM), inspraak en participatie centraal te stellen. We evolueren naar de gezamenlijke realisatie van de levensdoelstellingen van de burger. Zijn stem moet de katalysator zijn van dagelijkse zorg én van visievorming (bv. de langdurige zorg van de toekomst).

Naast transparantie en keuzemogelijkheden heeft elkeen ook nood aan ondersteuning. De keuzevorming, de wil en capaciteit daarvoor is verschillend van persoon tot persoon. Men wil niet in de ene of andere rol geforceerd worden. Een belangrijke rol in het vinden van de weg naar de juiste ondersteuning is weggelegd voor de lokale besturen.

Naast de positieve zijde, moeten we ook kijken naar de negatieve zijde. Waar stopt de vrijheid van keuze van de burger, m.a.w. waarvoor betaalt de overheid en waarvoor niet? Niet alles moet kunnen voor iedereen. We kennen teveel overconsumptie en overbehandeling (bv. 3x hetzelfde onderzoek), waardoor we onvoldoende ruimte hebben om ondergebruik van zorg te corrigeren. Dat gaat ten koste van kwaliteit en efficiëntie.

We dienen vrije keuze en nabijheid van zorg

te vrijwaren als sterkte van ons zorgsysteem, en versterken effectieve meerwaarde voor de volksgezondheid via transparantie en correcte doorverwijzing. Ook therapeutische vrijheid voor zorgprofessionals is cruciaal, in lijn met de meerwaarde voor de burger en de bevolking. Echter, therapeutische vrijheid die duidelijk schaadt, zonder (potentieel) positieve trade-off, is niet therapeutisch, gepast en veilig. Evidence based practice moet de regel zijn, afwijking daarvan op basis van persoonlijke ervaring en inschatting de uitzondering. Het correctiemechanisme vindt bij voorkeur niet plaats via verbieden of verplichten, maar wel via ondersteuning en het terugbetalingsmechanisme (value based reimbursement). Voor zorg zonder meerwaarde (soms zelfs met bijkomende risico's) dient de burger meer zelf te betalen, voor waardevolle zorg betaalt hij minder (bv. preventieve maatregelen). Ook de zorgprofessional moet daar financieel op aangesproken worden.

Overgebruik en remgeld volgens meerwaarde kan niet gedekt worden in aanvullende verzekeringen.

We bepalen geleidelijk aan, samen met onafhankelijke experts en wetenschappelijke verenigingen, welke de guidelines zijn over optimale zorg en vormen van schadelijk overgebruik van zorg (type, tijdsduur, frequentie, setting van zorg). Dat proces moet sterk bottom-up gedragen zijn en aansluiten op sensibilisering, opleiding en deontologie. We

vragen op dat punt een open debat, rekening houdend met alle mogelijke nuances, zodat we de grens zorgvuldig kunnen bewaken en niet omgekeerd schadelijke effecten veroorzaken. We verwijzen hier naar internationale best practice voorbeelden zoals 'Choosing Wisely' en 'Tweede convenant gepast gebruik van zorg'. Choosing Wisely wordt momenteel

benut in Australië, Canada, Duitsland, Japan, Nederland, het VK, de VS en Zwitserland.

In deze evolutie is het cruciaal de burger te informeren en te betrekken, om te vermijden dat een dergelijke maatregel tot meer sociale ongelijkheid in de zorg zou leiden.

**Aanbeveling 7:** We ondersteunen de mondige, kritische burger in zijn keuzeproces in de zorg, met aandacht voor wie daar niet de capaciteit voor heeft. We koppelen de keuzevrijheid en therapeutische vrijheid aan meerwaarde voor de burger en de volksgezondheid.

Overgebruik van zorg wordt niet meer terugbetaald en is grotendeels ten laste van de zorgprofessional zelf, niet van de samenleving. Alle publieke middelen die daardoor vrijkomen, worden rechtstreeks geherinjecteerd in de zorg (met gezondheids promotie, de reductie van laattijdige zorg en ondergebruik als eerste prioriteiten). De bepaling van overduidelijk overgebruik gebeurt gezamenlijk, wetenschappelijk onderbouwd en breed gedragen, en gaat samen met informatie en het betrekken van de burgers.

We voeren daarnaast remgeld volgens meerwaarde in. Zorg zonder meerwaarde (soms zelfs met bijkomende risico's) wordt niet terugbetaald. Zo kan waardevolle zorg beter vergoed worden (bv. preventieve maatregelen).

Overgebruik en remgeld volgens meerwaarde kan niet gedekt worden in aanvullende verzekeringen.

### 3.4. BOUWSTEEN DIGITALISERING VAN DE ZORG

Indien we de prioriteiten van kwaliteit, veiligheid, continuïteit, wegwerken van ongelijkheden, financiële duurzaamheid, ... willen realiseren, kan dat enkel mits een transformatie van de digitale onderbouw van de zorg. We gaan immers aan de slag met vernieuwde bouwstenen in betalingssystemen, zorgfinanciering en de organisatie van het zorglandschap. En we doen dat met een dashboard van targets en prioriteiten doorheen de macro-, meso- en microniveaus.

Om die onderdelen te verbinden in de dagelijkse praktijk en in het ruimer beleid, is er nood aan een performant zenuwstelsel dat direct en automatisch alle relevante informatie uitwisselt en up to date houdt bij alle deelorganen (betrokken actoren).

Daar wordt stap voor stap aan gewerkt via e-gezondheid (EPDs, PHR, gestructureerde “once only” registratie, gemeenschappelijke standaarden, interoperabiliteit, mobile health, health data, enz.). Buiten de gezondheidszorg zijn de succesverhalen legio. Ook binnen de gezondheidszorg zien we vooruitgang: gegevensdeling, mobiele toepassingen en connected devices, robot-geassisteerde chirurgie, beeldvormingstechnieken, sensoren alom.

Maar ondanks ambitieuze doelstellingen is het succes op heden zeker niet eenduidig en de opgewekte frustraties vaak hoog: het

vergt veel tijd, energie, middelen en men ziet bijkomende werklust en administratie. Kijk bijvoorbeeld naar de basis-ICT en het elektronisch patiëntdossier in al zijn varianten. Van de wildgroei aan systemen die niet met elkaar communiceren tot de logge, brede systemen die niemand echt gebruiksvriendelijk vindt. Achterhaalde log-in procedures, talloze vereiste papieren afschriften en registraties waar veel te weinig mee gebeurt. In de interactie met de burger zelf lijkt het alsof de ICT-ontwikkeling in de zorg decennia lang heeft stilgestaan in vergelijking met quasi alle andere levensdomeinen. We halen de opgelegde deadlines van hervorming niet, terwijl internationale best practice voorbeelden al jaren de vruchten plukken van state of the art digitalisering. De noodzakelijke overgang naar geïntegreerde zorg maakt die uitdaging des te groter in de toename en complexiteit van flows.

#### **We hebben daarom nood aan:**

- Een veel groter aandeel van de investeringen die richting digitalisering gaat, zowel op het niveau van overheid en tussenactoren, als op het niveau van zorgaanbieders. We hebben nood aan een significant hogere inspanning bij de overheidsadministraties die zich engageren op dat thema, op basis van een behoefteanalyse en vanuit één globale visie. We moeten afstappen van de versnipperde aanpak, met soms ad hoc uitvinden

van ICT- oplossingen en overstappen naar een geïntegreerde benadering. Daartoe hebben we de beste mensen nodig en nieuwe samenwerkingsverbanden, samen met state of the art oplossing in industrie en kenniscentra. Die investeringsvereiste geldt des te meer voor welzijnssectoren, waar de achterstand vaak nog veel groter is, en voor paramedische zorgberoepen. Na onderzoek en ontwikkeling moet de focus vooral naar implementatie verschuiven.

- Sterke vereenvoudiging i.p.v. historische, versnipperde “lasagnapolitiek” (registraties, regels, forfaits, conventies...), zodat de ICT-markt ook internationaal aantrekkelijker wordt.
- Een overheid die aanstuurt op coherent doelstellingen en state of the art standaarden. De hoe-vraag moet het werkveld kunnen beantwoorden met de hulp van de meest competente digitale voortrekkers. Wanneer het een veelheid aan diensten, pakketten of producten betreft, moeten we verplichtend sturen op standaarden, interoperabiliteit en kwaliteit.
- Concrete resultaten door duidelijke eisen en realistische deadlines die ook gehaald worden. We verankeren zorgdigitalisering veel sterker in de financiering (vergoeding zorg op afstand, krachtige opwaartse meaningful use acceleratorprogramma’s doorheen de diverse zorgsectoren, waar nodig uitsluiting van bedrijven, zorgorganisaties, zorgprofessi-

onals en financiers die niet aan standaarden voldoen).

- Interconnectiviteit. Alle informatie moet automatisch doorstromen bij opname, ontslag, doorverwijzing, enz. De zorg dient over alle relevante informatie te kunnen beschikken voor elke zorggebruiker op elk moment. Daarbij moet er ingezet worden op de administratieve datastromen en systematische gestructureerde registratie. Dat houdt single input in: van zodra gegevens i.v.m. diagnose, behandeling, ... éénmaal worden ingegeven in het zorgdossier, sociale gegevens in een welzijnsdossier, enz. volgt al de rest automatisch (onderlinge updates, administratie, data-extractie, rechtentoekenning,...). De burger wordt geleidelijk aan zelf een actor in de toegang, het beheer en het overzicht van alle up-to-date informatie en communicatie.
- Last but not least, een gecoördineerde timing en projectmatige coherentie op basis van een meerjarenplan. Alle ontwikkelingen worden gepositioneerd in een logische volgorde. Dat zorgt voor duidelijkheid en zekerheid om de zorg met digitalisering werkelijk stap voor stap te transformeren.

Technologie als dusdanig is geen garantie voor meer kwaliteit van leven. Digitalisering is een grote uitdaging, maar mag niet ten koste gaan van de kwaliteit of het warmmenselijk karakter van de zorg. Beide moeten steeds hand in hand gaan.

Aanbeveling 8: We maken van zorgdigitalisering één van de meest prioritaire investeringsdomeinen (mensen, middelen, prioriteit van vooruitgang). We zetten state-of-the-art voorop, met een duidelijk en coherent pad ernaar toe en een eenduidige afbakening van rollen (burger, overheid, zorgorganisaties en -verstrekkers, verzekeringsinstellingen, industrie).

We verankeren zorgdigitalisering in de financiering (incentives) en we zijn resoluut in de vooruitgang. We streven naar een “single input” systeem. Wie haalbare ambities binnen afzienbare tijd niet opneemt, niet gebruikt of afremt, valt uit de boot. De verdere uitbouw van elektronische gegevensdeling, doorheen transmurale zorgtrajecten en met de burger als medebeheerder van zijn dossier, staat voorop.

### 3.5. BOUWSTEEN OVERHEIDS- WERKING

Alle relevante stakeholders uit de zorg beseffen dat er nood is aan structurele hervormingen. Zowel op federaal niveau als op niveau van de deelstaten werden er belangrijke werven opgestart: hervorming van de financiering van zorg, van de organisatiemodellen en technologische en digitale ondersteuning. We gingen over van ambitieuze regeerakkoorden naar tal van visieteksten en principiële plannen. Mét een positief gedeeld engagement van de betrokken beleidsniveaus (zie bv. het Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken en het Actieplan eGezondheid). Echter, om werkelijk te kunnen hervormen moeten middelen kunnen verschuiven doorheen beleidsniveaus in functie van eerder geïdentificeerde prioriteiten, acties en resultaten. En daar wringt het schoentje. We stellen dat vast bij de uitwerking van preventiemaat-

gelen, bij de organisatie van geïntegreerde zorg, bij de koppeling van financiering aan kwaliteit van zorg, enz. De gescheiden korven van bevoegdheden bemoeilijken ook de digitalisering van de zorg.

We moeten ook kunnen schuiven in de zorgmodellen zelf (wie, waar, wat, wanneer). Een patiënt met chronische aandoeningen kan langdurig in een ziekenhuis verblijven zonder dat het haar/hem veel geld kost, terwijl diezelfde patiënt in de thuiszorg met hoog oplopende facturen wordt geconfronteerd. Hygiënische zorg, toegediend door een thuisverpleegkundige, kost de burger doorgaans niets, terwijl datzelfde toilet, toegediend door een (lager opgeleide) verzorgende, hem (gemiddeld) € 6 per uur zal kosten (hoe hoger de professional is opgeleid, hoe minder de burger betaalt?). Dit is in tegenstelling met de logica om toiletten te verschuiven van thuisverpleging naar gezinszorg.

Thuiszorgmedewerkers mogen bijvoorbeeld geen prestaties leveren in ziekenhuizen en rusthuizen en omgekeerd. Gelijkaardige voorbeelden met obstakels doorheen de federale en Gemeenschapsniveaus kunnen we geven voor een inconsistent preventiebeleid, de uitbouw van kraamzorg, reconversies tussen zorgvormen, revalidatie, sociale akkoorden (bv. IFIC) en de verdere uitbouw van sociale zekerheid en bescherming.

De verschillende bevoegdheidsniveaus met elk hun eigen reglementering en procedures, beletten vaak een vlotte overgang in functie van de optimale invulling van zorgbehoeften. Enerzijds spoort de overheid zorgondernemers aan om nieuwe zorgmodellen te lanceren (patiëntentrajecten, gedeelde uitbating van zorgfuncties, ...). Anderzijds, wanneer voortrekkers initiatief nemen, blokkeert het ene of andere niveau hen omdat het niet past binnen de bestaande wetgeving of criteria voor terugbetaling.

De zesde staatshervorming maakt duidelijk dat het niet eenvoudig is om te functioneren binnen het domein van gezondheid en welzijn als de verschillende beleidsniveaus niet op dezelfde lijn zitten. De anomalieën zijn een reële hinderpaal voor consistent beleid. We moeten daarom werk maken van remediëring en de correctie van constructiefouten. Dat moet op korte termijn hoog op de politieke agenda staan. We moeten niet wachten op een volgende grootschalige staatshervor-

ming. De babyboom en andere uitdagingen kennen immers hun eigen tempo.

We dienen de complexe besluitvorming na de 6de staatshervorming grondig te analyseren om dan waar mogelijk te repareren en tegelijk de moeilijkheden op het terrein als gevolg van onze staatsstructuur stap voor stap op te lossen. We werken aan een inventaris om de problemen concreet in kaart te brengen. We pleiten voor een sequentiële aanpak, met eerst een haalbare, pragmatische middenweg (focus op reparatie). We moeten kunnen overstappen naar verschuivingen van middelen doorheen beleidsniveaus zonder telkens een hoogmis van staatshervorming. Hoe dan ook dient gestreefd te worden naar een maximale integratie van het gezondheidszorgbeleid. Het is aan de beleidsmakers om – na een maatschappelijk debat en binnen een gedragen visie – te beslissen over het beleidsniveau waarop een optimale consistentie binnen zulk geïntegreerd beleid kan worden bereikt.

Tegelijk is hervorming van de overheidswerking binnen elk beleidsniveau nodig – federaal het meest prioritair omdat het huidig systeem de stilstand teveel in de hand werkt. Het is bijvoorbeeld wenselijk dat met de inzet op redesign het FAGG, de FOD Volksgezondheid, het KCE, het RIZIV, het WIV... beter samenwerken in strategie, data en back office. Echter, de grote uitdaging zit hem bij de hervorming van het overlegmodel binnen het RI-



ZIV zelf. We moeten de zuiver subsectorale logica met corporatistische insteek overstijgen met een nieuw model. De vorige bouwstenen zullen daar reeds sterk toe bijdragen (wat de weerstand in de coulissen verklaart). Het intersectorale niveau (met redesign van onder meer de Algemene raad en het Verzekeringcomité) moet een grotere rol opnemen in de aansturing van het RIZIV en de krijtlijnen uitzetten van de globale visie. Vlaanderen geeft hierbij het voorbeeld met de opstart van de Vlaamse raad voor welzijn, volksgezondheid en gezin vanaf 2019. Dit advies- en overlegorgaan, dat strategische akkoorden kan sluiten met de Vlaamse regering, is qua opzet een goed voorbeeld van een modern partnerschap tussen alle stakeholders en het beleid.

We vragen om hier systematisch gebruik van te maken bij toekomstige beleidsvorming. Ook elders in de administratie zijn hervormingen noodzakelijk, zodat men ook daar leert horizontaal/transversaal doorheen de verticale silo's van overheden samen te werken, per thema, per doelgroep... (matrixbenadering).

Tot slot, hebben we vandaag vanuit België en Vlaanderen onvoldoende oog voor en impact op het Europese beleid met betrekking tot welzijn en gezondheidszorg (Europees semester, cross border care, HTA regularisatie, digital health, GDPR, ...). Ook daar is er nood aan een meer geïntegreerd beleid met meer continue wisselwerking tussen de beleidsniveaus.



## Aanbeveling 9: Ook de bevoegde overheden en administraties moeten geïntegreerd gaan werken!

We zitten overduidelijk met een fundamenteel probleem en daar moeten we iets aan doen. We brengen de obstakels in kaart voor wat betreft de politieke besluitvorming over gezondheid en welzijn doorheen de beleidsniveaus. We analyseren de barrières die het werkveld in de zorg ervaart en gaan spoedig van start met een pragmatische reparatie (evaluatie en verfijning). De mogelijkheid en stimulans tot gewenste verschuivingen in mensen, middelen, settings, ... is een must. Immers, de governance van nieuwe zorgmodellen op lokaal, kleinstedelijk en grootstedelijk niveau is in positie. Eén geïntegreerde aansturing vanuit de bovenlaag ontbreekt.

Op termijn brengen we het geheel samen binnen één homogeen kader dat zorgt voor optimale consistentie en een integrated policy. We verwijzen o.a. naar het succesvolle governance-model van aansturing in de Scandinavische landen. Daarnaast vragen we een grondige hervorming van de overlegmechanismen van het RIZIV, met een verschuiving naar een intersectorale focus en benutten we systematisch de nieuwe Vlaamse raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vanaf 2019. De betrokken administraties werken efficiënter samen in een coherente en gecoördineerde structuur. Er is nood aan een voldoende gezaghebbende autoriteit om het meerjarenplan dat we in deze nota bepleiten op de rails te zetten. Die autoriteit moet op korte termijn een consistent samenwerkingsmodel tussen de bevoegdheidsniveaus in de zorg uittekenen, zodat we gemiste kansen, vertragingen en inefficiëntie overwinnen.

Samen hervormen, met de professionals  
De reconversie, met planning en realisatie van de aanbevelingen, kan enkel slagen als we voldoende aandacht hebben voor de motivatie, de werkvoldoening en de kwaliteit van leven van de zorgprofessionals en hun medewerkers.

De toenemende krapte op de arbeidsmarkt kan het zorgsysteem ontwrichten. Dat risico neemt sterk toe als we niet ingrijpen en zor-

gen voor een mix van autonomie en flexibiliteit en een aanvaardbare work-life balance. We moeten focussen op ieders core business in combinatie met onderlinge afstemming (hervorming van de Wet betreffende de Uitoefening van Gezondheidsberoepen, beter gekend als KB78) waarbij ook gekeken wordt naar de plaats van zelfmanagement door de burger, de rol van de mantelzorgers, praktijkassistenten, etc. De kwaliteitsvolle inzet van

zorgverleners van buitenlandse herkomst is onvermijdelijk een deel van de oplossing en moet daarom verder op punt gezet worden. Het uitgangspunt is en blijft het competentieniveau en de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals.

We garanderen de zekerheid van tewerkstelling in de zorg, echter niet noodzakelijk in één job of op één plaats. Opleiding, bijscholing, inzet op vaardigheden en competenties... dat worden allee meer flexibele en dynamische elementen, met meer nadruk op intersectorale inzetbaarheid en arbeidsvoorwaarden doorheen de ontschotte zorgsectoren. Er is nood aan een sterker positief signaal in de richting van werknemers en zelfstandigen in de zorg. Dat vereist voldoende inzet op change management.

Gezien de cruciale rol van de professionals in de transitie is een zorgvuldige en professionele aanpak van het meerjarenplan noodzakelijk. Volgende elementen vervullen daarbij een rol, in interactie met elkaar:

1. Duidelijkheid omtrent het kader van de gezondheidszorg op korte en langere termijn. De onduidelijkheid van vandaag schaadt de geloofwaardigheid van de steeds opschuivende veranderingskalender en ondermijnt het momentum. Duidelijkheid dient uni sono gegeven te worden door de federale, de Vlaamse en de lokale overheid, met een concrete

agenda (cf. de brief ondertekend door minister De Block en minister Vandeurzen, met de agenda voor de ziekenhuisnetwerken in 2018 als voorbeeld). De beloftevolle kapstokken van de regeerakkoorden moeten concreet gemaakt worden. Dat is urgent. Het zal maar lukken als de verschillende institutionele spelers hun eigen visies en perspectieven kunnen overstijgen en samen tot akkoorden kunnen komen.

2. Uitbouwen van een new deal met de vertegenwoordigers van professionals en medewerkers, gekaderd in de hervormingsagenda en met voldoende zekerheid, ook op financieel vlak. De verschillende thema's die men wil uitwerken (de change die men beoogt) moeten consistent zijn en vertaald worden in een haalbare kalender. Het kunnen geven van minimale werkzekerheden (meestal in relatie met een bepaald statuut en inkomen) in de veranderende context, is een belangrijke facilitator voor verandering. Het is een kritische succesfactor van succesvol change management en derhalve van het transitieplan.

3. Duidelijkheid omtrent de diverse verwachtingen t.a.v. de verschillende welzijns- en gezondheidsberoepen en van ondersteuning daarvoor: van de hervorming van de WUG of KB78 (bevoegdheid, bekwaamheid, subsidiariteit...) en mondialisering van de arbeidsmarkt tot opleiding, permanente vorming

en financiering. Daarbij zullen opleidingsinstellingen en werkveld nog veel meer met elkaar in interactie moeten treden: in functie van de veranderende noden, maar ook door het potentieel van nieuwe opleidingsvormen te benutten (e-learning, serious gaming, simulatie, ...). Het professionaliseren van die permanente voeding en ondersteuning van de professionals, in de beste afstemming met

de verschillende kennis- en opleidingsinstellingen, is wezenlijk voor het lukken van het transitieplan op termijn.

Veranderen lukt maar samen met de zorgprofessionals. Verandering om het vooropgestelde streefdoel te realiseren: **Helping people live the healthiest lives possible.**



# Stakeholderfeedback

De visienota werd breed afgetoetst bij de betrokken stakeholders op persoonlijke, informele basis (geen officiële standpunten van organisaties) en zonder hen op enige wijze te binden aan bepaalde standpunten. In deze bijlage geven we hun reflecties weer zoals verworven tijdens een multistakeholder-ronde tafel, gericht overleg per stakeholdergroep en individuele feedback. Bij deze 360-graden bevraging kwamen de volgende invalshoeken aan bod: patiëntengroepen, Vlaamse en federale overheid, welzijn- en zorgvoorzieningen, zorgverstrekkers en – beroepen, ziekenfondsen, werkgevers, werknemers, industrie en onafhankelijke experts.

We bedanken de volgende personen voor hun input: Bart Vandermeiren, Bruno Matelaer, Caroline Deiteren, David De Vaal, Dirk De Wolf, Ellen De Vleeschouwer, Erik De Bom, Fien Adriaens, Gerrit Rauws, Gianni Duvillier, Greet Van Kersschaever, Guy Tegenbos, Hedwig Verhaegen, Hendrik Delaruelle, Hendrik Van Gansbeke, Herman Van Eeckhout, Hilde Deneyer, Ilse Weeghmans, James Van Casteren, Jan Van Speybroeck, Jean-Noël Godin, Jo De Cock, John Vanacker, Karine Moykens, Katrien Bervoets, Katrien Kesteloot, Katrien Verhegge, Koen Lowet, Koen Oosterlinck, Linda De Boeck, Luc Adriaenssens, Luc Jaminé, Marc Decraemer, Marc Moens, Margot Cloet, Michiel Callens, Niko Demeester, Paul Van Royen, Pedro Facon, Peter Bruggen, Peter Wouters, Piet Calcoen, Philippe Diepvents, Pol Debrock, Reinier Hueting, Rika Verpoorten, Stefaan Van Mulders, Willy Vertongen, Wim Robberecht, Wim Van Beeck, Wouter Vander Steene, Xavier Brenez.

## INHOUDELIJKE BESPREKING

De visienota werd positief onthaald door de grote meerderheid van stakeholders, maar is zoals steeds bij alle visienota's een continu 'work in progress'. Zo is er bijvoorbeeld nood aan de verdere uitwerking van specifieke welzijnsaspecten, health in all policies, maatregelen voor toegankelijkheid en de visie op het gebruikersperspectief en participatie.

De nota draagt bij tot het momentum voor verandering, dat steeds groter wordt. Velen vinden de voorstellen 'common sense', met herhaling van wat we al wisten over waar we naartoe moeten en met nieuwe elementen (gemengd betalingsmodel met hervorming van ereloonsupplementen, vernieuwd overlegmodel...).

De analyse in termen van diagnose is gekend. Er zijn al veel nota's, maar men stelt zich de vraag wat er nodig is om hier effectief werk van maken. Wat houdt ons tegen? Waar zit de crux, de horde die niet kan genomen worden om zulke grote stappen vooruit te zetten? Uit de discussie blijkt dat een mix te zijn van de elementen die prioritair moeten hervormd worden, zoals de financiële prikkels en het institutioneel kader. De nota omvat zo ongeveer alles (alle elementen zijn

aanwezig), maar dat alles is niet realistisch om allemaal gelijktijdig in éénzelfde fase te realiseren.

De aanbevelingen moeten verder uitgediept worden in het beantwoorden van de HOE-vraag, met prioriteitstelling, operationele actiepunten, timing en volgorde. Dat klinkt evidentier dan het is. Immers, we weten wat, waar naartoe (in termen van 'kunnen'), maar bij de hoe-vraag is het ook een groot deel een kwestie van 'willen' binnen een complex geheel van stakeholders en hun gedrag, macro en micro. Het gaat hier immers om groot-schalige hervormingen, waarbij we afstapen van het lineaire 'delta' denken (hoofdzakelijk focus op nieuw budget) en dat zijn we niet gewend. Zo verwijzen beleidsmakers bv. naar studies die de weerstand concretiseren bij een deel van de zorgaanbieders, maar ook bij een deel van de zorgvragers (burgers, zorggebruikers).

## 1. EÉN VISIONAIR STREEFDOEL ALS GPS

We hebben nood aan een duurzame visie, want nu evolueren we met shocken en slabakken.

## 2. EÉN BETROUWBAAR DASHBOARD MET TARGETS

Het instrument van een gedeelde, sturende boordtabel kan een duidelijke meerwaarde hebben, maar men dient op te letten met de complexiteit van het systeem. Er zijn ook targets in andere domeinen (vb arbeidsmarkt) en geen enkele boordtabel mag aanleiding geven tot een te beperkend silobeleid. De meerwaarde zit vooral bij de 'accountability' en transparantie. De mate waarin acties inderdaad worden opgenomen blijft vooral gestuurd vanuit de politiek.

We hebben nood aan data, data, data. Een transparant evidence based beleid op basis van data is een must. Hierbij moeten we kennis opbouwen van voor de geboorte tot aan het levenseinde. Kijk bijvoorbeeld naar de real-time datastromen in Denemarken.

## 3. EÉN TOEKOMST-GERICHT BETALINGS-MODEL

Men moet de financiering (prikkel) hervormen, anders is al de rest hoofdzakelijk 'dead end'. Hoewel we niet mogen nalaten om tegelijk te focussen op al hetgeen wat wel al evident kan gedaan worden, los van de moeilijke hervormingen (preventie, evidence based...).

De prikkels tot kwaliteit en kostenbeheersing worden best zowel op micro als op macroniveau toegepast (t.a.v. zorgaanbieders en t.a.v. globaal beheer en verdeling van de middelen).

De hervorming van het remuneratiesysteem van de artsen is topprioriteit, met een drastische herziening van de nomenclatuur. De kosten en inkomsten van zorgverstrekkers, incl. extramuraal, moeten up-to-date gekend zijn door de overheid. Anders is de hervorming van de financiering gedoemd om te mislukken. Tegelijk moeten we ook bezorgdheden van verstrekkers ontkrachten: inkomens worden niet 'geëgaliseerd'.

Bij de hervorming van de honoraria stelt zich vooral de vraag hoe men de overgang ziet, zodat er heel wat ongerustheid kan worden weggenomen. Het is een vraag naar operationalisatie: wat is de doelstelling? Focus op het geheel of bepaalde onderdelen? Welke zijn

de bronnen en de targets in het verschuiven van middelen? Dezelfde concretiseringsvraag stelt zich bij PVF in welzijnsdomeinen.

Enerzijds gaan we over naar ganse traject-financiering. We kunnen resoluut inzetten op 'not paying for non quality' bij bundled payment door de complicaties uit de financiering te halen. Internationale ervaring leert ons dat we bewust moeten opletten voor data-manipulatie bij zulke systemen (zoals ook ev. manipulatie van de ernst van ziekte bij laagvariabele zorgfinanciering).

Anderzijds moeten we de financiering aligneren, met een focus op zorguitkomsten en KPI's, naast het benutten van positieve preventieprikkels. P4Q roept per definitie vragen op over de meetbaarheid van kwaliteit en de correctheid van de gegevens. Daar moeten we bewust, stapsgewijs mee omgaan, inclusief evaluatie.

P4Q moet steeds dynamisch en corrigeerbaar blijven doorheen de netwerken en praktijken. Een voorwaarde is ook dat we leren uit internationale lessen. Bijvoorbeeld om selectie-effecten te voorkomen, neemt de overheid de psychosociale achtergrond mee op bij de toepassing van uitkomst-indicatoren. Ook passen we P4Q niet toe tot op het individuele niveau van de zorggebruiker.





## 4. EEN CONSISTENT PACT VAN SOCIALE BESCHERMING, IN-VESTERINGEN EN BUDGET

Om verspilling te reduceren en zulke middelen anders en beter in te zetten moeten we uitgaan van de zeer concrete stelling ‘show me the money’. Dit wil zeggen een systematische bundeling, aanpak en opvolging van zulke opportuniteiten op een tastbaar niveau. Dan pas kunnen hier ook cijfers op gekleefd worden. De vraag ‘waar gaan we de efficiëntiewinsten halen?’ is in die zin een constructieve uitdaging die we op korte en lange termijn samen moeten aangaan. Tegelijk brengen we het ondergebruik van zorg ook in kaart, zodat we de middelen adequaat kunnen verschuiven.

Innovatie moet steeds voorop staan als een cruciale opportuniteit, en niet als een bedreiging. Het zwaartepunt van innovatie blijft uiteraard gesitueerd binnen de eerste, solidaire pijler van de zorgfinanciering. De innovatiemogelijkheden binnen de, bij voorkeur sociaal gecorrigeerde, tweede pijler kennen enkel een aanvullende functie.

Voor zover diensten uit de tweede pijler worden omgezet in een (aanvullende) ‘verzekering’, moeten deze compatibel blijven met de ruimere wetgeving i.v.m. aanvullende

verzekeringen. In die zin moeten we gericht onderzoeken wat tot het verplicht en facultatief onderdeel behoort na herbalanceren. Het achterliggende financieringssysteem in Vlaanderen moet meer consistent worden volgens sommige beleidsmakers. Zie bijvoorbeeld de leeftijdsgrens van 65 jaar voor al dan niet erkenning van een handicap. Dat krijg je niet meer uitgelegd. Willen we bijvoorbeeld dat handicaps ook in een verzekeringsmodel terecht komen (i.p.v. financiering uit algemene middelen)? Dan impliceert dat ook een systeem van eigen bijdragen etc. Ook sommige werkgevers zien vandaag een weinig consistent financieringssysteem in Vlaanderen dat zich nog onvoldoende heeft uitgekristalliseerd: men moet een keuze maken, via algemene middelen of via een verzekeringsstelsel. Want wat we nu kennen als ‘zorgverzekering’ is hoofdzakelijk een verdoken belasting met oormerking (toewijzing) van middelen voor de zorg.

De werkgevers vinden het geen goed idee om op federaal niveau de financieringsbronnen van zorg te verschuiven tussen sociale bijdragen en algemene middelen, vermits dat hoofdzakelijk een theoretische discussie is en de evenwichten hier wel bereikt zijn. Men verandert er immers niets mee, terwijl er heel wat andere hervormingsprioriteiten zijn. Bij de hervorming van ereloonsupplementen stelt zich de vraag naar de budgettaire

impact. De werkgevers vragen dat de evenwichtige verhouding collectief vs. privé (eigen bijdrage) behouden blijft. De hervorming mag tegelijk geen inkomsten bij de zorg reduceren. Sommige werkgevers zien modellen van overgang die een antwoord bieden op deze set van vereisten. Verzekeringsinstellingen wijzen erop dat de toename van supplementen ook op korte termijn moet ingedamd worden. Er zijn voor- en tegenstanders van een verbod op aanvullende verzekeringsdekking van remgeld dat in de toekomst meer gekoppeld is aan de meerwaarde van zorg. Maar de grote meerderheid staat achter het principe, indien de link met meerwaarde zich werkelijk manifesteert. Gunstige gedragseffecten mogen niet selectief ongedaan gemaakt worden in een systeem van 2 snelheden. Het spreekt voor zich dat bij de uitbouw van zulk systeem volgens meerwaarde de achterliggende administratieve stromen ook praktisch haalbaar en beheersbaar moeten blijven. Verzekeringsinstellingen moeten doorheen alle pijlers volop gebruik kunnen maken van digitale oplossingen en gegevensdeling om hun kerntaken te vervullen. We moeten zulke systemen op poten zetten, die tegelijk oog hebben voor de privacy. Sommige stakeholders wensen de aanvullende bescherming vanuit een hospitalisatieverzekering verder te veralgemenen tot de ganse bevolking.

## 5. EEN GEZAMENLIJKE BEWEGING VAN KWALITEIT EN VEILIGHEID

We moeten verder inzetten op de instrumenten zoals indicatoren en accreditatie. Beide met specifieke aandachtspunten. Zo definiëren we indicatoren zoveel als mogelijk als zorguitkomsten, met daaraan gekoppelde procedurele analyseerbaarheid (processen). En met eenvoud in wat we voorop zetten. Zo stelt Prof. Jha (Harvard school of public health) dat we vier zaken moeten meten bij alle subgroepen: overleving, complicaties, functioneren en hoe men zich behandeld voelt (prom's, prem's, portalen...). Externe accreditering mogen we ook niet teveel bejubelen. De vraag naar meerwaarde dringt zich op na een 3e of 4e accreditatieronde, met een hoog prijskaartje. Studies wijzen op heel beperkte verschillen in uitkomsten tussen zorgorganisaties met en zonder accreditatie doorheen de tijd. Tegelijk verbreden we de kwaliteit van de gezondheid tot de kwaliteit van het leven. Daarom is een holistische benadering nodig en moeten er ook linken worden gelegd naar huisvesting, mobiliteit, jeugdhulp, etc. ... Een vervolgpiste op deze visienota is het verder uitwerken van de visie hoe we levenskwaliteit structureel inbouwen in het zorgsysteem en

daarbuiten.

Voor zorgverstrekkers is het publiek rapporteren van gevalideerde data één van de belangrijkste triggers tot verandering. Niet zozeer omdat gebruikers de data (beperkt) benutten in hun zorgkeuze, maar vooral omdat zulke rapportage confronteert en appelleert om het beter te doen. Men start best vrijwillig met de piste van een volledige transparantie van kwaliteit (binnen een systeem van eenvoud, cf. supra), met brede en gerichte actieve, digitale rapportage via smartphones, tablets etc. Binnen 5 jaar zal iedereen de overstap willen maken naar zulk systeem.

Heel belangrijk is dat de insteek van regelgeving anders moet: i.p.v. de continue discussie over details de omslag maken naar de grote lijnen. We zetten regelluwe zones op om nieuwe zorgmodellen uit te testen zonder in tijdelijke projecten te vervallen. De overheid moet niet sturen op normen om implementatie te ondersteunen, maar net op zorguitkomsten. Nu doet ze het omgekeerde, wat niet bijdraagt tot innovatie. Dit gaat over de cultuur van aanpak en werken in ons huidig zorgsysteem.

Focus op kwaliteitsverhoging is goed, maar dit mag geen loutere marketing of 'excus-truus' zijn om andere hervormingen af te houden en tegelijk enkel middelen bij te vragen. Het moet duidelijk zijn dat kwaliteitsverbetering cruciaal is om net preventie, gepaste

zorg, veilige zorg... juist te zetten, vooral via procesoptimalisatie. Het gaat over het verbeteren van het zorgproces en zorgproduct, met tegelijk een sterk innovatieve nadruk die in deze zelfde beweging niet mag ontbreken.

## 6. VOLLEDIG GEÏNTEGREERDE ZORG OP MAAT VAN BURGER EN POPULATIE

Geïntegreerde zorg vereist eerst en vooral dat we meer inzetten op het geheel van preventie, welzijn, gezinsondersteuning en gezondheidszorg. Los van discussies over zulke concepten gaat het duidelijk over meer dan niet ziek zijn. Ook in deze visienota neemt acute zorg een (te) voorname plaats in binnen het geheel, zo stellen sommige stakeholders. Wanneer we naar de ruime context van gezondheid refereren, dan mag men ook niet alleen kijken naar de zorg vanuit genetisch perspectief of nog minder enkel vanuit de organisatie van de gezondheidszorg. Amper 30% van onze brede 'gezondheid' wordt bepaald door deze drie invalshoeken. De overige 70% is afhankelijk van de levensstijl en de omgeving (in fysieke, psychische, sociale en spirituele betekenis). En dat brengt ons ook bij sterk gerelateerde beleidsdomeinen zoals wonen, ruimtelijke ordening, mobiliteit, werk en milieu. Bij wijze van voorbeeld: een ver-

schuiving van bestaande vervoersbelasting naar een sensibiliserende kilometerheffing, in combinatie met alternatieven, versterkt ons welzijn via een meer gezonde mobiliteit. De visienota is nog te weinig geïntegreerd doorheen welzijn en zorg. Dat is bijvoorbeeld duidelijk doordat Vlaams Sociale Bescherming onvoldoende aan bod komt. Terwijl het een zorgcontinuüm probeert tot stand te brengen voor langdurige zorg. Ook de geestelijke gezondheidszorg komt te weinig aan bod. Zie bv de nood aan centra voor eetstoornissen, waar men al 15 jaar op wacht. Maar men slaagt er niet in om de verstrekkers te verplichten of te engageren om zulke toewijzing te ondersteunen.



Wat betreft de geïntegreerde organisatie van de zorg, kunnen we stellen dat er vandaag in feite geen 'zorgsysteem' of breed 'zorgproces' bestaat in termen van efficiënte, geïntegreerde zorg. Denk aan de directe connecties tussen de 0e en 1e met de 2e en 3e lijn. Zulk 'systeem' bestaat niet. We moeten dus een 'zorgsysteem' maken. Hulpmiddelen daarbij zijn de nood aan inschrijving, de samenwerking tussen de eerstelijnszones en de zieken-

huisnetwerken, concentratie van zorg bij een bewezen relatie tussen volume en uitkomst, en het ruim opzetten van zorgprogramma's doorheen zorgorganisaties (niet per afdeling of organisatie afzonderlijk). Het komt er op neer dat we internationale best practice zoals de totaalzorg bij Geisinger en Kaiser Permanente ook bij ons implementeren.

Bij zorg voor personen met een beperking tracht men antwoorden te bieden via PVF op steeds complexere zorgvragen. En dan doen zich inderdaad steeds meer interacties voor met bewindvoering, geestelijke gezondheidszorg, enz. Waar past bijvoorbeeld de diagnostiek en ondersteuning bij vroegdementie? Dit alles wordt 'fluer' en 'fluer'. Sectoren in welzijn en zorg worden door de evoluties onbedoeld steeds meer tegen elkaar uitgespeeld. De verkokering van het werkveld is ook niet goed. We moeten dus ook bij langdurige zorg naar een meer horizontaal beleid. Bij de toename van dwarsverbindingen moeten we opletten dat men voor hetzelfde niet twee maal wordt gesubsidieerd. Je krijgt het ook niet meer uitgelegd dat zorgverleners met dezelfde taakinhoud onder verschillende paritaire comités ressorteren voor hun loon- en arbeidsvoorwaarden. 'Netwerking' is bij dit alles een te vaag begrip geworden. Waar staat het voor op de langere termijn? Samenwerking? Fusie? ...

De grote diversificatie aan zorgspelers,

zorgverstrekkers en individuele specialisten die we vandaag kennen maakt dit moeilijk en werkt verlamdend. Zeker wanneer een geïntegreerde visie wordt verdedigd, dan is dit niet mogelijk met talloze versnipperde standalone initiatieven. Wil men tot geïntegreerde vooruitgang komen, dan zijn grotere organisaties en/of effectieve netwerken en samenwerkingsverbanden noodzakelijk. Ook die individuele zorgaanbieders moeten zich binnen zulk engagement en de reële aanpassing van het zorgmodel inschrijven.

Wat betreft geïntegreerde zorg is het een absolute must dat de financiële prikkels juist staan. En we moeten daarmee voorkomen dat we machtige ‘molothen’ creëren, zoals we in analogie vaststellen in het onderwijs (associaties) of in de electriciteitsdistributie. In dat geval kost de einduitkomst enkel meer, zonder meer efficiëntie. Er moeten binnen de ‘markt’ steeds voldoende vergelijkingspunten voor keuze aanwezig blijven.

## 7. BURGERSPARTICIPATIE EN STIMULEREN EN RESPONSABILISEREN OM ONDER- EN OVERGEBRUIK VAN ZORG TE REDUCEREN

Wat de mondige zorggebruik wil is revolutionair. Het systeem/model is daar niet op aangepast. Voor mondige kritische burgers die bewust keuzes maken, zijn volgende elementen belangrijk: (1) betrouwbare informatie die burgers ook kunnen raadplegen (o.a. richtlijnen toegankelijk maken in elektronisch gebruikersdossier), (2) transparantie over kwaliteit van zorg, vermits de burger nu alleen weet wat op de factuur staat (cf. aanbeveling 5), (3) interactie met je eigen dossier om je zorg mee te kunnen opvolgen en co-beheren, (4) ondersteuning via shared decision making tools, (5) wederzijdse steun en informatie over mogelijkheden en levenskwaliteit via peers en verenigingen van zorggebruikers.

De visie op het gebruikersperspectief en participatie dient nog verder uitgewerkt te worden (cf. governance en overlegmodel in aanbeveling 9). Naast de top down benadering moet er ook ruimte zijn voor het perspectief en het initiatief van onderuit. Gebruikers en zorgprofessionals moeten

beter met elkaar leren samenwerken. En zorgondernemers moeten het perspectief van de burger als zorggebruiker meer diepgaand verkennen (via directe afstemming met evaluatiedeskundigen, walkthroughs etc.). Het is een én én verhaal, waarbij ook zaken kunnen groeien van onderuit, vanuit het initiatief van de burger, al dan niet verenigd.

Wanneer het overgebruik en ondergebruik betreft, versterken we in de eerste plaats het algemene kwaliteit- en veiligheidsbeleid, waarop ons hele systeem is geënt (aanbeveling 5). Onderconsumptie moet hier dus ook heel bewust bij worden opgenomen. De visienota benoemt 'ondergebruik', maar deze uitdaging en gerelateerde acties moeten verder uitgewerkt worden.

Het klopt dat meer 'managed care' om optimale zorg te verlenen niet altijd strookt met volledige vrije keuze. De zorgprofessional is inderdaad het eerste aanspreekpunt om ongepaste zorg bij te sturen. We moeten in de verdere uitbouw van visie en operationalisatie bewust stilstaan bij de vraag hoe de verdere 'verzelfstandiging' van de zorggebruiker hiermee hand in hand blijft gaan.

Wanneer we zulke 'verzelfstandiging' als een positief instrument wensen te benutten (via meer bewuste keuze en aanmoediging tot kwaliteit en innovatie vanwege de mondige, kritische burger), mogen we niet de burgers uit het oog verliezen die met zulke 'verzelf-

standiging' niet goed om kunnen. We moeten absoluut het risico vermijden dat kwetsbare mensen nog zwakker zouden worden en dus geen systeem creëren van 'achterblijvers'. Nu reeds is er een systematische onderbenutting van zorg door sommige groepen van de bevolking en daar moeten we sterker op inzetten. Dit gaat hand in hand met het hanteren van een no blame cultuur langs vraag- en aanbodzijde. Iedereen kan foute keuzes maken, zolang we elkeen helpen om hieruit te leren, ook op het niveau van organisaties en systemen. Bijkomende specifieke aandachtspunten, naast de socio-economische billijkheid zijn de mate van (multi)culturele en digitale welzijn- en gezondheidsgelletterdheid en hoe dit verschillen in zorguitkomsten beïnvloedt.

## 8. STATE OF THE ART DIGITALISERING ALS HEFBOOM

Op praktisch niveau klopt het dat interconnectiviteit nu voorop moet staan. We hebben nood aan een veel sterkere digitale interactie, in het EPD e.a. De prikkel moet juist staan, ook via vereenvoudiging van dataregistratie ('Het moet eruit rollen'). We verwijzen ook naar de hervorming van het betalingsmodel, bij wijze van voorbeeld: Stel dat we vandaag een videosysteem benutten op afstand i.p.v.

consultaties. Telkens verlies je 80 euro aan inkomsten. Tegelijk is fraudebestendigheid op dit moment topprioriteit om het vertrouwen te ondersteunen.

We moeten ons bewust zijn van de ruimere technologische evolutie en de implicaties hiervan meenemen in de transitie. Al e.a. gaan het hele speelveld wijzigen (vb. snijvlak-analyse bij kankerchirurgie, digitale knipperlichten bij psychische problemen, aflijnen van doelgroepen binnen populatiemanagement, naargelang hun profiel van risico en prognose...). Ook de analyse van het genoom zet grote stappen vooruit, maar in een grote meerderheid (voorlopig) zonder opties tot behandeling.

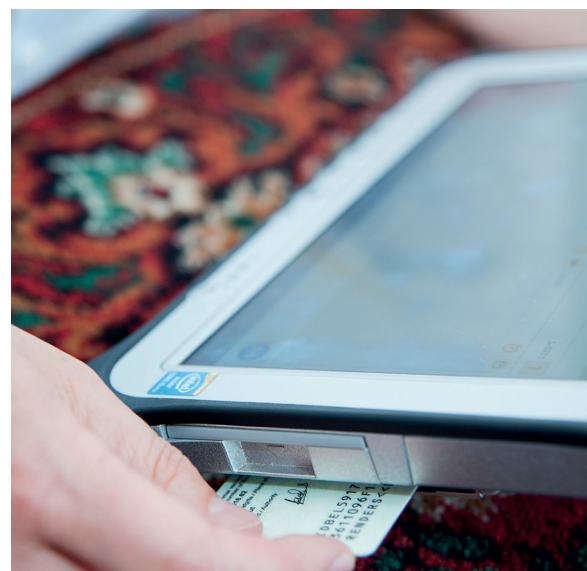
We mogen niet enkel kijken naar de hervorming van het zorgsysteem zoals het vandaag bestaat. We moeten innovatie, technologie en digitalisering ook direct meenemen. Niet als doelstelling op zich, maar om X, Y, Z te realiseren. Die relatie met de doelstellingen moet steeds veel meer naar voren worden geschoven om het brede draagvlak te ondersteunen. We denken daarbij zeker ook aan big data, AI en predictie. Zulke exploitatie is noodzakelijk voor 'evidence based', kwaliteitsverbeteringen, enz.

De digitalisering roept de vraag op of we het kwaliteitsdecreet niet moeten herzien. We kennen ook een toename van ethische vraagstukken. De huidige gegevens (voor big

data e.d.) zijn vandaag nog te versnipperd.

We moeten meer uniform en zinvol gaan registreren over welzijn- en zorgsectoren heen. Het is voor de overheid ook gigantisch moeilijk om de relevante gegevens vast te krijgen vanuit de zorgsector (vb. in kader van de VIA onderhandelingen). Het eigenaarschap van gegevens is onduidelijk en de burger kent het geheel niet meer.

Het is juist dat we veel meer moeten investeren in digitalisering.



## 9. GEÏNTEGREERDE WERKING VAN OVERHEDEN EN ADMINISTRATIES

We kennen vandaag een verlamme beslisstructuur. Radicale verandering is nodig.

De visienota geeft soms de indruk van een ‘just do it’ pleidooi. Want bijna alles stond reeds in eerdere regeerakkoorden. Maar de vereiste van ‘politieke moed’ omvat vandaag wel 8 ministers en tal van mogelijkheden tot blokkering. De visie kan enkel gerealiseerd worden als we de uitdaging van de bevoegdheidsverdeling durven aanpakken. De huidige verdeling is niet werkbaar. Als je daar onvoldoende aandacht aan geeft, weerspiegelt dit een grote naïviteit.

We hebben volgens sommige beleidsmakers nood aan een 7e staats hervorming. Zowel structureel als cultureel is er meer en meer divergentie. Het systeem gaat volledig blokkeren, want dit verhaal blijft niet duren.

Correcties via een ‘voldoende gezaghebbende autoriteit’ is onvoldoende. Het is bij dit alles een aberratie dat thuisverpleging zich nog op federaal niveau bevindt. En de institutionele context loopt als een ravijn dwars door de eerstelijnszorg.

Om dat te realiseren binnen de zorg is er geen grondwets herziening noodzakelijk. Men

dient enkel een aantal uitzonderingen te schrappen in de bijzondere financieringswet, m.b.t. de ziekenhuisfinanciering, de honoraria en KB78. Bij geneesmiddelen en medische hulpmiddelen is er twijfel, vermits dat een EU-markt betreft.

De versnippering in politieke structuur doet zich ook voor bij de overheid, wat haar slagkracht ondermijnt. De systemen zijn zo verschillend dat ze zuiver afhankelijk zijn geworden van enkele personen om het geheel draaiende te houden. Dat leidt tot stilstand. We moeten de ‘redesign’ verder concretiseren met een werkelijke fusie van RIZIV en FOD Volksgezondheid (nieuwe gezondheidszorgdienst), de creatie van 1 beleidsraad, 1 health research system (daadwerkelijk geïntegreerd) en inderdaad een breder overkoepelende bordtabel met doelstellingen en indicatoren. Ook de oproep vanuit Vlaamse en federale beleidsmakers tot een minder versnipperd, meer gestructureerd sociaal overleg sluit hierbij aan.

Het splitsen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in afzonderlijke Vlaamse beleidsdomeinen zou haaks staan op de inhoudelijke logica en evolutie naar geïntegreerde zorg, en zou dus absurd zijn.

De nieuwe Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin moet als overlegmodel zeker alle kansen krijgen om maximaal de transitie te ondersteunen. Tegelijk heeft deze



raad zich nog niet bewezen en stelt zich de vraag of er meer 'drive' tot transitie aanwezig zal zijn in vergelijking met het voorgaande adviesmodel.

De besluitvorming vereist inderdaad dat we meer beslissen binnen een globale zorgcontext, met meer aandacht voor de criteria van preventie en levenskwaliteit. Dit vereist 'multi-criteria decision analysis' voor de beoordeling van alle vormen van zorginterventies, gekoppeld aan het nieuwe betalingsmodel, met zowel kwantitatieve als kwalitatieve input. We moeten monodisciplinaire commissies vervangen door interdisciplinaire beslissingsorganen.

Tegelijk kunnen we onmogelijk wachten op verandering tot de HTA-mensen, de experts, de stakeholders en alle overheden alles geïntegreerd hebben in een geoliede, coherente machine (met kwaliteitsindicatoren, programmatie en alles evidence-based). Een moderne governance vereist dat we moeten werken vanuit een meer flexibel 'lerend systeem', naast de top down benadering. Hierdoor ontstaat er meer aandacht voor welzijn en de participatie van de burger zelf, zodat we niet louter centralistisch te werk blijven gaan. Een governance die, meer dan het huidige systeem, plaats geeft aan het perspectief van burgers, aan welzijn, aan transparantie, accountability en draagvlakvorming. Maatschappelijke kwesties laten zich niet temmen

door een technocratische governance. Het is dus belangrijk een governance-model te ontwikkelen dat de transitie naar de gewenste visie ondersteunt. Die governance is niet exclusief top-down (of gecentraliseerd), noch bottom-up (of gedecentraliseerd), maar –in complexe systemen- bijna altijd een combinatie van beide en vraagt de betrokkenheid van alle actoren (burgerlabo's, maatschappelijke dialoog...).

## 10. VERANDEREN LUKT ALLEEN SAMEN

De visienota pleit voor een systemische verandering van de regelgeving en financiering. Maar als we alle elementen op hetzelfde moment wijzigen, bestaat het risico dat dit de draagkracht overstijgt. We moeten dus overgaan naar een transparant stappenplan. Daarnaast is er nog heel wat ruimte om de zorgaanbieders te engageren door extra veranderingscapaciteit te creëren via de inzet op leiderschap, de rol van academici en wetenschappelijke verenigingen, enz. Ook zij moeten hierbij hun meerwaarde aantonen. We moeten ook bezorgdheden vanuit de zorgberoepen wegnemen: 'ontschotting' wordt geen vrijbrief om iedereen eender wat te laten doen. Opleiding en expertise blijven cruciaal. En de verschillende zorgberoepen hebben elk een waardevolle bijdrage, ook in

toekomstige zorgmodellen. Zulke aandacht voor competenties moet net hand in hand gaan met de modernisering en hervorming van KB78.

Op de komende uitdaging van personeelskrapte kunnen we niet voldoende nadruk leggen. Ook dat zal onze mindset volledig wijzigen, of we willen of niet.

Sommige werkgevers verwijzen naar de oplopende uitdagingen bij arbeidsongeschiktheid en de verantwoordelijkheid van gezondheidszorg in dat kader. De zorg voorziet best een plan om ook die rol optimaal in te vullen, met nieuwe modellen en insteken waar nodig.

## Visie van stakeholders op de volgende stappen

Alle stakeholders hebben nood aan een positief perspectief. Hun wereld kan veranderen. Zaken (middelen, zorgmodellen...) kunnen verschuiven. Sommige dingen doet men niet meer, krijgt men geen middelen meer voor. Maar daar moet een alternatieve toekomst tegenover staan, met nieuwe focus en een betere rolvervulling. De 'new deal' moet dus werkelijk antwoord bieden op de vraag 'what's in it for me' op een wijze die het algemeen belang ondersteunt (i.p.v. soms tegen te werken). De eerste opdracht is dus om aan iedereen zulk duidelijk en transparant perspectief te bieden binnen een visie en stappenplan op korte en lange termijn. Dan pas kan je aan sommige actoren vragen om mee 'de tak af te zagen waar hij of zij vandaag op zit'.

Daarbij is ook aandacht nodig voor het bestaande zorgkapitaal zoals dat verankerd is in infrastructuur, personeel... Het gaat soms over beslissingen voor decennia die mee in rekening moeten worden gebracht. Volgens de auteurs zijn in de aanbevelingen alle ingrediënten aanwezig om zulke 'new deal' vorm te geven, maar moeten we de voordelen (baten) en het voorkomen van nadelen (risico's) vooral beter uitkristalliseren, communiceren en een werkelijk wederzijds engagement opnemen binnen een allesomvattend alternatief door al de subsectoren heen.

Zulk engagement staat veraf van de huidige korte termijn commissieonderhandelingen per stakeholder afzonderlijk. Het engagement moet ook expliciet gedragen worden door de regeringen als geheel, bij voorkeur met ondersteuning van de oppositie. De politieke wil en moed moet er bij hen allen zijn. Met een breed gedragen ondersteuning zal de transitie sneller vooruit gaan.

Een niet te onderschatten factor is de impact van de media en de al dan niet waarheidsgetrouwe rapportage van transitie-effecten naar de stakeholders en de burger toe. Uiteraard heeft de media een onafhankelijke kritische reflectierol te vervullen, maar onnodige overdreven polarisatie tussen progressie en conservatisme staan de essentiële hervormingen in de weg.

De media neemt vandaag reeds de rol op van de 'kanarie' die de sense of urgency in de zorg scherp stelt. Tegelijk bestendigen sommige media taboes die moeten gesloopt worden en negeert men al te vaak de feiten zoals bevestigd in wetenschappelijke studies (die de ruggengraat vormen van zorgvernieuwing). Een meer evenwichtige rapportage van alle voor- en nadelen met duiding van de globale transitie en zo mogelijk ondersteuning van het alternatieve toekomstbeeld zou de hervormingen een boost geven. Dit gaat verder dan de waan van de dag met focus op de meest recente (polariserende) tweet die de berichtgeving domineert.

We hebben nood aan 'hefbomen', 'triggers', 'events'... die de versnelde evolutie mee op gang brengen. Enerzijds zijn er events vanuit de externe omgeving die we bewust moeten benutten zoals het aanhoudende krappe begrotingskader en de aartsmoeilijke situatie op de arbeidsmarkt als katalysatoren voor verandering. Beide moeten bewust worden opgepakt met eraan gekoppelde plannen om de hervormingen een doorstart te geven.

Anderzijds voeden de geformuleerde aanbevelingen ook 'events' die verandering op gang helpen brengen. Zeker de aanpak van het institutioneel kader, de redesign van de overheidswerking en de vernieuwing van het overlegmodel geven aanleiding om de diverse hervormingswerven anders en beter aan te pakken (in analogie met het eerdere groene boek gekoppeld aan de 6e staatshervorming).

Naast top-down events, gedragen door de stakeholders, valt het op dat de meeste kans op slagen bij grote hervormingen zich voordoet indien de zorgsector zelf het initiatief neemt, in maximale afstemming met zorggebruikers en kenniscentra. Het werkveld kan vanuit zorgondernemerschap zelf de verandering op gang brengen en moet niet wachten op de overheid ('de sector moet foert durven zeggen en het gewoon doen' cit. stakeholder-feedback).

Indien men de vlucht vooruit neemt, volgt de politiek. De voortrekkers worden hier best zoveel als mogelijk in beloond, met zowel inzet op de beschreven hervormingswerven (geïntegreerde zorg, digitalisering...) als op de vele, soms eenvoudige waarde-creërende initiatieven die voor het grijpen liggen (cf. lokale en internationale best practice). Het betreft initiatieven waar niemand tegen kan zijn, met dus veel potentieel om het brede werkveld mee te trekken. Zo starten we een werkelijke, opwaartse participatieve beweging van alle stakeholders tezamen.

# LEXICON

## - **Bundled payment**

Bundled payment komt neer op één globale betaling voor een set aan activiteiten voor de behandeling van een aandoening in plaats van de gescheiden betaling van elke zorgverlener afzonderlijk voor het leveren van een activiteit in een zorgpad van de patiënt. De waarde die de patiënt ontvangt als gevolg van een volledige set aan activiteiten staat centraal hetgeen zou moeten leiden tot een meer preventief, goed gecoördineerd, kostenbewust en tevens patiëntgericht systeem.

## - **IFIC**

IFIC is de afkorting van Instituut voor Functieclassificatie. Deze afkorting wordt ook gebruikt voor een nieuwe classificatie van functies in de federale gezondheidssectoren met een bijhorend loonmodel op basis van die functies. In de bepaling van het loon staat de functie centraal i.p.v. het diploma (hetzelfde loon voor dezelfde functie). Functietoelage, haard- en standplaatstoelage, Bijzondere Beroepsbekwaamheid- of Bijzondere Beroepstitelpremies ... zijn geïntegreerd in het loon, de aanvangslonen liggen hoger en de anciënniteitsverhogingen verlopen minder progressief. Momenteel is het toepassingsgebied beperkt tot de private federale sectoren (ziekenhuizen, thuisverpleging, wijkgezondheidsorganisaties, ...). De invoering verloopt gefaseerd. In 2018 werd de eerste fase gerealiseerd. Voor de werknemers in dienst voor 1 mei 2018 is een keuzemogelijkheid voorzien om in te stappen. In de zorgvoorzieningen die vallen onder de gemeenschappen en gewesten wordt een vergelijkbare classificatie voorbereid. Deze start op 1 oktober 2019.

## - **HTA**

Health Technology Assessment is een verzamelnaam voor het onderzoeken van de veiligheid en de effectiviteit in de gezondheidszorg van een nieuwe medische technologie, geneesmiddel of vaccin. Het evaluatieonderzoek evalueert ook wat de verhouding is tussen de prijs en het voordeel van de nieuwe technologie of wat het product biedt inzake gezondheid en levenskwaliteit.

- **Laag variabele zorg**

Voor de ziekenhuisverblijven met standaardiseerbare en weinig complexe zorg die weinig verschilt van de ene patiënt tot de andere en van ziekenhuis tot ziekenhuis (bijvoorbeeld: een niet-gecompliceerde blindedarmoperatie, het plaatsen van een knieprothese, ...), worden sedert 1 januari 2019 de medische honoraria ten laste van de zorgverzekering uniform en globaal vergoed. Deze vorm van globale prospectieve financiering kadert binnen een grondige hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

- **Pijlers in de gezondheidszorg**

Bij de verzekering tegen medische kosten kan een onderscheid gemaakt worden tussen de volgende drie pijlers.

De verzekeringen die door de overheid worden georganiseerd en gefinancierd maken deel uit van de eerste pijler. Ze zijn verplicht voor wie tot het toepassingsgebied behoort. De bijdragen voor deze verzekeringen worden gesolidariseerd en zijn deels inkomensgebonden. Onder deze eerste pijler vallen de Vlaamse zorgverzekering en de federale ziektekostenverzekering voor werknemers, overheidspersoneel en zelfstandigen.

De verzekeringen die buiten het wettelijk stelsel vallen en gefinancierd worden door een gesolidariseerde premie met mogelijke overheidstussenkomst vormen de tweede pijler. Ze zijn verplicht of in elk geval toegankelijk voor alle leden van een welomschreven groep. De volgende verzekeringen behoren tot deze groep: de aanvullende diensten en activiteiten van de verzekeringsinstellingen en de arbeidsgebonden ziektekostenverzekering zoals de hospitalisatieverzekeringen aangeboden door ondernemingen.

Tot de derde pijler behoren de verzekeringen die buiten het wettelijk stelsel worden georganiseerd. Ze worden op individuele basis afgesloten en de financiering gebeurt niet zoals in de 1ste en 2de pijler via een gesolidariseerde premie. De verzekeraar beslist wie en tegen welke voorwaarden men kan toetreden. Tot deze pijler behoren onder meer de privé afgesloten hospitalisatieverzekeringen, de verzekering tegen kleine risico's voor zelfstandigen, de verzekering voor tandzorg ...

## LIJST VAN AFKORTINGEN

BBP	Bruto Binnenlands Product
BTW	Belasting op Toegevoegde Waarde
EB	Evidence Based
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EU	Europese Unie
FAGG	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
FOD	Federale Overheidsdienst (Volksgezondheid)
HTA	Health Technology Assessment
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IFIC	Instituut voor Functie-Classificatie
KB78	Koninklijk Besluit nr. 78 betreffende de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
KPI	Kritieke Prestatie-Indicator
MAF	Maximumfactuur
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
P4Q	Pay for Quality
PHR	Personal Health Record
PREM	Patient Reported Experience Measure
PROM	Patient Reported Outcome Measure
PSI	Patient Safety Indicators
PVF	Persoonsvolgende financiering
QOL	Quality of Life
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SERV	Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen
SLA	Service Level Agreement
VIKZ	Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg
VIP <sup>2</sup>	Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals
VSB	Vlaamse Sociale Bescherming
WUG	Wet betreffende de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen