



## 10 actiedomeinen en 30 voorstellen voor het gezondheids(zorg)beleid van de toekomst.

2011/5  
09 | 02 | 2011



MENSEN



WELVAART



BESCHERMING

### De uitdagingen voor onze gezondheidszorg

Deze tekst heeft als doel aanbevelingen te formuleren voor het gezondheids(zorg)beleid van de toekomst. We trachten voorstellen tot verbetering van het beleid aan te reiken zodat met de beschikbare middelen een optimaal niveau van gezondheid kan worden bereikt.

Hoewel de meeste voorstellen betrekking hebben op de sector van de gezondheidszorg willen we er op wijzen dat belangrijke aspecten van preventie, zoals het promoten van een gezonde levensstijl, niet echt deel uitmaken van de gezondheidszorg maar toch een essentiële plaats hebben in elk gezondheidsbeleid. Vandaar de samengestelde term 'gezondheids(zorg)beleid'.

De belangrijkste uitdaging voor de toekomst is het verzekeren van een duurzaam systeem, wat men kan omschrijven als een systeem waarin kwaliteitsvolle preventie en zorg op een rechtvaardige en doelmatige manier bereikbaar zijn voor de ganse bevolking.

In alle Westerse landen wordt die duurzaamheid bedreigd door enkele trends: de toenemende instroom van vaak dure technologieën en behandelingsmogelijkheden (die niet steeds een voldoende gezondheidswinst opleveren), de vergrijzing van de bevolking (hoewel de impact ervan ook niet mag overschat worden), het toenemend aantal chronische welvaartsziekten, de toenemende eisen van de bevolking voor "maximale" zorg, enz.... Deze factoren samen zetten het systeem onder blijvende druk. Indien de beleidsmakers en alle betrokken actoren hiertegen geen antwoord hebben riskeren we reeds in de nabije toekomst grote problemen op het vlak van financiering en toegankelijkheid van het systeem.

*Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de gezondheidskosten onder controle blijven? Wat moeten we doen om de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg te verbeteren en ervoor te zorgen dat de gezondheidssystemen aan de behoeften van de bevolking en van alle actoren beantwoorden? Hoe een rechtvaardige toegankelijkheid tot de nodige zorgen verzekeren?*

Onderzoek van de OESO(1) geeft aan dat het verhogen van de doelmatigheid dé manier is om de stijging van de vraag naar gezondheidszorg te verzoenen met de beperkingen van de overheidsfinanciering. Internationale gegevens tonen inderdaad aan dat het mogelijk is de verhouding tussen de kost en de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Dit streven naar meer doelmatigheid kan gebeuren onder de vorm van concrete acties: wij hebben actiedomeinen geselecteerd die volgens ons de grootste voorrang moeten krijgen, op basis van drie criteria: (1) de onderbouwing van de voorgestelde maatregelen door internationale(2) en nationale ervaring en studies; (2) de mogelijke toepassing op korte termijn van de voorgestelde maatregelen; (3) de keuze van die maatregelen die het streven naar doelmatigheid en globale economische groei met elkaar verenigen. Inzake dit laatste punt mag men immers niet vergeten dat de sector een aanzienlijke impact heeft in termen van directe of indirecte tewerkstelling, die in ons land geschat wordt op 400 à 500.000 personen.

De actiedomeinen en de eraan gepaarde voorstellen zijn zowel toepasbaar op basis van de huidige verdeling van de federale en regionale bevoegdheden als op basis van een mogelijke toekomstige ontwikkeling ervan. De aanbevelingen zijn voldoende algemeen om ze los te zien van het niveau van regionalisering waarvoor in de toekomst zou worden gekozen.

## De 10 actiedomeinen

### Actiedomein 1: Een duurzame groeionorm

De meeste beleidsmakers zijn zich vandaag bewust van het gevaar van een aanhoudende groeionorm die systematisch hoger ligt dan de toename van de welvaart.

We lopen het grootste gevaar van implosie en zelfs privatisering van ons gezondheids(zorg)systeem, als we tot elke prijs een overdreven hoge groeionorm willen handhaven. In navolging van wat de oorspronkelijke intenties van een groeionorm waren, lijkt het noodzakelijk deze norm te beperken om aan de sector een duidelijk signaal te geven dat we moeten streven naar een grotere doelmatigheid.

Vandaag is de noodzaak aan doelmatigheid nog onvoldoende bekend bij alle betrokkenen, en een duidelijk signaal is nodig. Het doel van een beperking van de groeionorm is dus niet alleen budgettair, maar richt zich ook op het gedrag van verstrekkers en de burgers/patiënten. Deze impact op het gedrag is cruciaal in het kader van het geheel van onze voorstellen: anders dan de louter budgettaire beperkingen waartoe op hoger niveau beslist kan worden, vereist het streven naar doelmatigheid de betrokkenheid en de motivatie van alle actoren in het veld.

Het is bovendien belangrijk op te merken dat het niet de bedoeling mag zijn om tot elke prijs een daling van de groeionorm te realiseren, in het nadeel van de burgers-patiënten en vooral dan van de zwakkere en minder bemiddelden onder hen.

Men zou kunnen stellen dat we op deze manier een aanvang maken met de derde golf van het gezondheidsbeleid:

1. Eerste golf 1960 -1980: de basisdoelstelling van het gezondheidsbeleid is het bereiken van een maximale kwaliteit zonder de druk van beperkte middelen.
2. Tweede golf 1980-2010: de periode wordt gekenmerkt door twee grote principes: begrotingscontrole en financiële responsabilisering.
3. 2010 – ... op naar de derde golf: we moeten nieuwe maatregelen en incentives bedenken die niet alleen op input gericht zijn (uitkeringen, financiële middelen, enz.) maar veel meer op output en op de relatie

tussen de in- en de output: welke verbetering wordt bereikt op het vlak van de gezondheid? Wat is de toegevoegde waarde van elke euro die we investeren? Men mag niet vergeten dat het primaire doel van elk gezondheids(zorg)beleid erin moet bestaan de gezondheid van de bevolking te optimaliseren binnen de beperking van de beschikbare middelen. Het gaat erom zich te richten op nieuwe maatregelen die leiden tot een reële verbetering in termen van gezondheid en een meerwaarde te genereren zonder de controle over het budget te verliezen.

**Voorstel 1:** Geleidelijke vermindering van de groeinorm tot een niveau dat toelaat doelmatigheid en billijkheid te waarborgen en leefbaar is voor onze overheidsfinanciën. Expliciete aanwending van de middelen die op die manier worden vrijgemaakt via een financieringsbehoefte op lange termijn van de sociale zekerheid.

**Voorstel 2:** Communicatie- en sensibiliseringscampagne voor alle actoren van de gezondheidssector: “laten we samen streven naar meer doelmatigheid wat de beste waarborg biedt voor een duurzaam gezondheidssysteem dat kwaliteitsvol en voor iedereen toegankelijk is en blijft”

## **Actiedomein 2: Maatregelen die de doelmatigheid van medische technologieën waarborgen**

Medische technologieën (geneesmiddelen, medische instrumenten, ...) hebben twee conflicterende gevolgen: ze verhogen meestal de kosten, maar ze verhogen ook de gezondheidsverwachting. Men kan pas van een waardevolle innovatie spreken wanneer er echt sprake is van gezondheidswinst en het beantwoorden aan een medische noodzaak. En een innovatie biedt pas waar voor zijn geld wanneer de verhouding tussen de extra kost ervan en de gezondheidswinst aanvaardbaar is (= kosten-effectiviteit), en de impact op het budget betaalbaar. Vandaag worden enkel nieuwe geneesmiddelen met een potentiële therapeutische meerwaarde grondig onderzocht op hun kosteneffectiviteit. In de nabije toekomst moeten dergelijke analyses ook toegepast worden op medische instrumenten, op diagnostica, zorgprogramma's, enz. Kosten-effectiviteit houdt in dat bij elke behandeling in een welomschreven patiëntengroep ten eerste de kosten en mogelijke besparingen worden berekend, wat resulteert in een netto kost of netto besparing (dit laatste indien de besparingen groter zijn dan de investering). Ten tweede – en minstens even belangrijk – gaat men na wat de verwachte gezondheidswinst van de behandeling is, meestal uitgedrukt in “levensjaren aan goede kwaliteit”. De afweging van de netto kosten en de gezondheidsbaten bepaalt of een technologie of een geneesmiddel economisch verantwoord is.

Het is essentieel dat elke door de overheid uitgegeven Euro afgewogen wordt om na te gaan of men met de investering voldoende gezondheidswinst kan realiseren. Indien niet is er sprake van slechte besteding, met andere woorden verspilling. Dit geldt overigens niet enkel voor nieuwe geneesmiddelen en technologische toepassingen, maar ook voor die toepassingen die reeds jaren in de gezondheidssector gebruikt worden.

**Voorstel 3:** Het systematisch analyseren van de kosteneffectiviteit van geleverde producten/diensten in de gezondheidszorg, ook deze die al jaren in de sector aanwezig zijn.

**Voorstel 4:** Het meer transparant, en op basis van relevante criteria nemen van beslissingen omtrent tegemoetkoming door de ziekteverzekering(3) , en vermijden dat deze beslissingen enkel budgettair zijn en onvoldoende rekening houden met de meerwaarde voor de gezondheid.

**Voorstel 5:** Het expliciet vrijmaken van budgetten voor innovatie (budgetten die kunnen vrijkomen door niet kosten-effectieve technologieën te schrappen).

**Voorstel 6:** Het duidelijk aangeven, in samenwerking met alle betrokkenen, op welke terreinen en domeinen de behoefte aan waardevolle innovatie het grootst is. Dit kan de innoverende industrie aanzetten om ook meer in die domeinen te investeren.

### **Actiedomein 3: Gerichte acties op het vlak van preventie**

Duurzaamheid betekent dat men veel meer dan vandaag moet inzetten op preventie. Daarbij moet men zich wel realiseren dat niet elke vorm van preventie kosteneffectief is (cfr supra), laat staan effectief. Ook hier moeten de kosten van preventie afgewogen worden met de baten die er uit resulteren. Investerings in gezonde voeding en lichaamsbeweging zijn vaak effectief en ook kosten-effectief, maar soms ook helemaal niet (afhankelijk van het programma, de uitvoerders, de doelgroep, etc...). Rookstop programma's in combinatie met verbod op reclame en verbod op roken in publieke plaatsen zijn zeer kosten-effectief. Sommige investeringen in de preventie van chronische ziekten zijn dat dan weer niet(4) Inzake investeringen in preventie hinkt ons land echter ver achterop t.o.v. het Europese gemiddelde. Een uitgebreid systeem van gezondheidsobjectieven, waarbij met het oog op een streefdatum (bvb 2015 of 2020) vooropgesteld wordt welke vermindering van hart- en vaatziekte, kanker, depressies en andere ziektebeelden men wil bereiken, is een essentiële stap. Essentieel inzake preventie is het afstemmen met andere beleidsdomeinen. Het heeft bvb. weinig zin om gezonde voeding te promoten wanneer vette voeding veel goedkoper is. Maar ook, huisvesting, werkomstandigheden, etc... beïnvloeden in sterke mate de gezondheid, en het is de verantwoordelijkheid van de gezondheidsbeleidsmakers om ook aan deze factoren te werken.

**Voorstel 7:** Het systematisch werken met concrete, meetbare en realistische gezondheidsdoelstellingen op korte en lange termijn, die op een effectieve en kosten-effectieve manier kunnen gerealiseerd worden binnen een duidelijk afgelijnd bevoegdhedenpakket.

**Voorstel 8:** Specifieke budgetten vrijstellen voor het realiseren van die doelstellingen zodat een belangrijk budgettair inhaalmanoeuvre kan gemaakt worden inzake preventie.

### **Actiedomein 4: Nieuwe maatregelen om het gedrag van de zorgverstrekkers (aanbodzijde) te beïnvloeden.**

Actiedomeinen 2 en 3 houden extra middelen in en lijken op het eerste gezicht onverenigbaar met actiedomein 1. Om ze te kunnen realiseren moet men in de dagelijkse praktijk beter omgaan met de middelen om op die manier budgetten vrij te maken. Dit louter realiseren via lineaire en ondoordachte prijsdalingen is zinloos omdat het gevolg van dergelijke dalingen vaak gewoon een toename van de verbruikte volumes betekent. De correcte aanpak is te streven naar een meer rationele praktijkvoering.

De zorgverstrekkers (artsen, verpleegkundigen, apothekers, kinesitherapeuten ...) vormen niet alleen een belangrijke uitgavenpost, ze hebben ook door hun handelen een impact op andere uitgaven (geneesmiddelen, hospitalisatie, ...). Kenmerkend voor ons systeem is dat er een snelle en meestal kwaliteitsvolle dienstverlening is maar dat zorgverstrekkers ook hogere kosten genereren naarmate ze meer zorg verstrekken. Studies van het KCE hebben bovendien gewezen op belangrijke variaties in de aangeboden zorg(5) . Het komt er dus op aan:

1. een medische praktijkvoering te beogen die meer gebaseerd is op wetenschappelijk bewezen resultaten. Dit kan men realiseren door het meer expliciet uitwerken en formeel toepassen van richtlijnen voor goede medische praktijk en door het hanteren van overeenkomstige kwaliteitscriteria. Daarbij moet men zich wel realiseren dat bij patiëntendoelgroepen met veel ziektebeelden (vaak bij ouderen het geval) dergelijke richtlijnen niet steeds toepasbaar zijn.

2. eventueel zelfs sancties te voorzien in geval van blijvende ongewenste praktijken die mogelijk schadelijke gevolgen kunnen hebben voor de patiënt en/of voor de maatschappij. Er zijn genoeg voorbeelden bekend, zoals het onrechtmatig factureren ondanks het niet uitvoeren van handelingen, het door directies onder druk zetten van artsen tot extra interventies en onderzoek, etc...(6)

**Voorstel 9:** Het opstellen en formeler verspreiden van richtlijnen voor goede en doelmatige praktijk. Deze richtlijnen, samen met bijhorende kwaliteitscriteria moeten in samenwerking met de zorgverstrekkers worden opgesteld en uitgewerkt, voor een maximale aanvaarding en cohesie binnen de beroepsgroepen.

**Voorstel 10:** Het uitwerken, samen met de zorgverstrekkers en de ziekenhuizen, van een algemeen aanvaard systeem van kwaliteitsindicatoren, dat ook later als basis kan dienen voor een koppeling aan financiële vergoedingen (zie ook actiedomein 5)

**Voorstel 11:** Op correcte wetenschappelijke methoden onderzoek naar, en aanpak – via zogenaamde peer review – van afwijkende handelwijzen.

**Voorstel 12:** Het opstellen van een lijst van werkelijk ongewenste handelwijzen en het vastleggen van toepasselijke sancties ter zake. Er bestaan hieromtrent reeds controles, maar de lijsten zouden voor iedereen a priori duidelijker moeten maken welke handelwijzen strafbaar zijn. Ook deze lijsten moeten in samenwerking met de zorgverstrekkers worden opgesteld en uitgewerkt, en de mogelijke sancties moeten a priori transparant en voldoende groot zijn. De lijsten, zouden wijd verspreid moeten worden, via een speciaal hiervoor gecreëerde website die toegankelijk is voor alle betrokkenen, en een geregelde update kennen.

### **Actiedomein 5: Nieuwe systemen voor het betalen van zorgverstrekkers en ziekenhuizen.**

De huidige betalingssystemen voor zorgverstrekkers en ziekenhuizen biedt niet de beste garantie op kwaliteit tegen een aanvaardbare kost. Kwaliteit wordt onvoldoende beloond. Het systeem van betaling per prestatie

moet gedeeltelijk en geleidelijk aan plaats ruimen voor betalingssystemen die direct de kwaliteit belonen. Ook binnen het systeem van betaling per prestatie moet er meer over gewaakt worden dat deze betaling better overeenstemt met de inspanning, de medische verantwoordelijkheid en de intellectuele prestatie.

Ook de wijze waarop ziekenhuizen worden betaald moet herzien worden. In het huidige betalingssysteem met zogenaamde referentiebedragen worden ziekenhuizen soms financieel beloond wanneer er zich tijdens een hospitalisatie complicaties voordoen: inderdaad, hierdoor komt dit verblijf in een “zwaardere” categorie en wordt het beter vergoed. Ook wanneer een patiënt na ontslag snel heropgenomen moet worden (bvb omwille van verwikkelingen) wordt het ziekenhuis hiervoor financieel beloond. Algemeen kan men stellen dat vandaag een behandeling die vanuit maatschappelijk oogpunt gunstig is (omdat ze bv. de kans op een herval vermindert) financieel niet interessant zal zijn voor een ziekenhuis. Referentiebedragen en forfaitaire betalingen per ziekenhuisverblijf bieden hier geen oplossing omdat ze enkel op besparingen maar niet op kwaliteit zijn gericht. Het systeem van kwaliteitsindicatoren waarvan sprake in actiedomein 4 kan als basis dienen vppr een herziening van het vergoedingssysteem. Dit moet leiden tot een hybride systeem waarbij de huidige betalingssystemen verbeterd worden en bovendien aangevuld met het betalen voor kwaliteit. Uiteraard moet de invoering van dergelijk kwaliteitsgebonden betalingssystemen ook gebeuren in samspraak met de zorgverstrekkers en de ziekenhuizen.

**Voorstel 13:** Herziening van de betaling van verstrekkers en ziekenhuizen om gewenste handelwijzen (samenwerking, coördinatie, preventie, gebruik van informatica, goede praktijken, enz.) te belonen. Invoeren van “Pay for Quality”-methodes waarin alle dimensies van het concept kwaliteit vervat zitten(7).

**Voorstel 14:** Herziening van de basisbetaling van de ziekenhuizen om sterker de nadruk te leggen op kwaliteit en doelmatigheid. Men kan denken aan “episodes van zorg” waarbij een eventuele heropname binnen een bepaalde periode voor rekening van het ziekenhuis valt. Zo een systeem mag ook complicaties die zich tijdens het verblijf voordoen niet financieel belonen.

**Voorstel 15 :** Met het uitwerken van dergelijke financiële incentives moet men ook de prestatiedruk en de ermee gepaard gaande instandhouding van onnodige capaciteit in de ziekenhuizen afbouwen.

## **Actiedomein 6: Het uitwerken van onderzoeksprogramma’s van disease management**

Er moeten maatregelen worden uitgewerkt met het oog op een aanpak van ziekte die niet gesegmenteerd en passief is, maar dynamisch, pro-actief en geïntegreerd. Naast de reeds genoemde risico’s voor overconsumptie houdt ons huidig systeem ook in dat veel medische handelingen en initiatieven die een ziekte kunnen voorkomen of de gevolgen en complicaties ervan kunnen beperken, en de afstemming verbeteren niet vergoed worden.

Steeds meer landen ontwikkelen daarom een systeem van “disease management”. Disease management houdt in dat men gecoördineerde interventies onderneemt en communicatie richt op een welomschreven populatie om de frequentie van een bepaalde ziekte te verminderen of om de ernst ervan te beperken (mees-

tal toegepast op chronische ziekten). Disease management houdt een vorm van coördinatie in en vooral duidelijke taakafspraken, waarbij het voor iedere betrokkene duidelijk is wat hij/zij wel moet doen en wat niet. Bijvoorbeeld bij diabetespatiënten houdt een disease management programma volgende elementen in: patiënt educatie, educatie van de zorgverstrekkers, het volgen van medische richtlijnen, het ten gepaste tijde verwijzen van de patiënt, het verzamelen en centraliseren van gegevens van de patiënt, ..., dit alles gecoördineerd door een huisarts of een andere daartoe geschikte zorgverstrekker en in samenwerking met andere zorgverleners, zoals een apotheker, dieetkundige, specialisten, ...

Het verwachte gevolg voor de patiënt is een verbetering van zijn gezondheidstoestand, het verwachte gevolg voor de maatschappij is een potentiële vermindering van de kosten in termen van hospitalisatiekosten, technische handelingen, etc... Omdat het succes van disease management sterk afhankelijk is van de invulling en uitvoering van het programma is het aan te bevelen elke uitvoering ervan in een kader van onderzoek te laten gebeuren.

**Voorstel 16:** Het aanmoedigen van onderzoeksprogramma's inzake disease management voor welbepaalde ziekten, die in partnership gedragen worden en gefinancierd worden door verschillende hoofdfactoren van de gezondheidssector: ziekenfondsen of privéverzekeraars, dienstverleners, farmaceutische en technologische industrie, overheid, patiëntenverenigingen,...

**Voorstel 17:** Een continue evaluatie van de resultaten van deze initiatieven, om een veralgemening van de meest geslaagde initiatieven mogelijk te maken en in financiële aanmoediging te voorzien van de consortia die de projecten dragen.

## **Actiedomein 7: Naar een nieuwe rol van de zorgverstrekkers en zorgorganisaties**

De aanbevelingen van het vorige actiedomein moet men echter niet zien als een streven naar een zogenaamde verticale benadering waarbij elke ziekte toestand op zichzelf wordt benaderd zonder de andere problemen van de patiënt indachtig te zijn. Een patiënt met hartziekte kan bvb ook een psychiatrisch probleem hebben. Bij een verticale aanpak wordt dat onvoldoende onderkend. We moeten snel evolueren naar een nieuwe horizontale en gecoördineerde aanpak van de gezondheidszorg, waarbij de patiënt in zijn geheel wordt benaderd.

Om dit te bereiken moeten ook de functies van alle actoren progressief evolueren om beter te beantwoorden aan de verwachtingen van de patiënten en aan de genoemde uitdagingen. Deze evolutie is van fundamenteel belang voor het welslagen van ons gezondheidssysteem en moet tot uiting komen in wetswijzigingen. Ze moet ertoe leiden dat:

- **de arts** zijn huidige medische praktijk in een bredere dimensie integreert die verder reikt dan de geïsoleerde medische handeling, meer werkt vanuit een maatschappelijke visie omtrent het gezondheidssysteem, beter gepaste alternatieven kiest en nauwer samenwerkt of in teamverband met collega's werkt;
- **de huisarts** in het bijzonder de rol van spilfiguur opneemt in flexibele samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, en met de tweede lijn, en als coach van de patiënt. Diëtisten, kinesisten, psychologen, apothekers, ... hebben een plaats in die flexibele samenwerkingsverbanden. (8)

- **de verpleegkundige** bepaalde nieuwe taken op zich neemt: gezondheids promotie (eenvoudige medische check-ups, educatie van de patiënt, ...), en uitvoerende coördinatie van de verzorging (maar het steeds minder zelf uitvoeren van de basale verzorging, zoals wassen) en de behandeling van de patiënt. Zo komen ook nieuwe samenwerkingsvormen tot stand tussen de artsen en het verplegend personeel;
- **de apotheker** steeds meer extra diensten met een grote toegevoegde waarde gaat verlenen: (1) de adviserende functie, het wegwijs maken in het gezondheidssysteem en het begeleiden naar meer adequate keuzes en therapietrouw (2) de preventieve rol en (3) de coördinerende rol met andere actoren.

Tegelijkertijd zal men nieuwe rollen moeten geven aan ziekenfondsen, privéverzekeraars, ziekenhuizen en industrie. De ziekenfondsen en privéverzekeraars mogen niet langer loutere terugbetalingsinstellingen zijn. Ze moeten de patiënten raad geven en voorlichten; ze moeten samenwerken met de zorgverstrekkers met het oog op de verbetering van de kwaliteit en ze moeten actief deelnemen aan de coördinatie. De ziekenhuizen moeten worden aangespoord om zich te specialiseren, en de kwaliteit te verhogen. Een ziekenhuisverblijf moet nog steeds de allerlaatste oplossing zijn in het zorgaanbod. Het zogenaamde "outreachen" (waarbij patiënten na ontslag door het ziekenhuis worden opgevolgd om bvb herval te vermijden) moet niet in competitie treden met de eerste lijn, maar moet ter ondersteuning van laatstgenoemde opgevat worden. De industrie (pharma, medische instrumenten, diagnostica, ...) moet actiever worden betrokken bij het informatieproces, bij het consultatieproces en bij het samen zoeken naar oplossingen.

**Voorstel 18:** Scheppen van klaarheid in de rolverdeling en werkomgeving van zorgverstrekkers. Vandaag is de situatie vaak chaotisch door het gebrek aan homogene bevoegdheidspakketten waardoor federale en regionale instanties mekaar voor de voeten lopen.

**Voorstel 19:** Beperking tot het strikte minimum van de administratieve taken voor de zorgverstrekkers.

**Voorstel 20:** Organisatie van een interuniversitaire cursus voor alle nieuwe gezondheidswerkers. Deze opleiding moet praktisch gericht zijn en de nadruk leggen op principes en methodes gerelateerd aan "good medical practice", doelmatigheid, gelijke toegang, informaticaoplossingen, enz. Zij zal aan de toekomstig afgestudeerden ook toelaten kennis te maken met de organisatie van de zorg, met vertegenwoordigers van de FOD, het RIZIV, dienstverleners, ... die hun ervaringen kunnen delen en hen kunnen voorbereiden op de nieuwe verwachtingen.

**Voorstel 21:** Herziening en uitbreiding van de wettelijke opdrachten inzake de gezondheidsberoepen, met een duidelijke positie van de huisarts als spilfiguur. Deze herziening zal worden georganiseerd in overleg met de beroepsorganisaties en zich ook vertalen in een herziening van de opleidingen.

## **Actiedomein 8: Nieuwe maatregelen om het gedrag van de burger/patiënt te beïnvloeden (vraag naar medische zorgen).**

Ook de burgers/patiënten hebben een belangrijke invloed op het niveau van de uitgaven en het gebruik van het gezondheids(zorg)stelsel, zowel op korte termijn als op middellange en op lange termijn. Op korte termijn door medische consumptie op eigen initiatief (onnodig bezoek aan spoed, bezoek aan meerdere specialisten voor een bepaald probleem, ...). Op middellange en lange termijn door zich een levensstijl aan te meten die leidt tot een daling van de gezondheidstoestand (cfr. supra: preventie). Ook hier komt het erop aan nieuwe maatregelen te treffen die goed gedrag aanmoedigen en verkeerd gedrag ontmoedigen. De uitdaging bestaat erin de consument bewust te maken van zijn verantwoordelijkheid, zodat hij een juister en meer gematigd gebruik maakt van de gezondheidszorg, maar ook door hem financieel aan te moedigen en zelfs te belonen voor zijn inspanningen en een meer gepast gedrag. Een betere kennis van de kosten en de gemaakte keuzes, en een expliciete advies- en ondersteuningsfunctie van de patiëntenverenigingen zijn mogelijke pistes.

**Voorstel 22:** Jaarlijkse communicatie aan de patiënt van de totale kost van zijn consumptie bij zorgverstrekkers (de kost die door de patiënt gedragen wordt én de kost die door de gemeenschap gedragen wordt). Er moet wel over gewaakt worden dat een dergelijk initiatief niet tot stigmatisering leidt van patiënten die rechtmatig een groot verbruik vertonen.

De facturen van ziekenhuisverblijven zouden altijd de volledige kost moeten vermelden. De interventie van een bemiddelaar moet mogelijk zijn zowel voor poliklinische behandelingen als voor hospitalisaties, zoals voorgesteld door de Koning Boudewijnstichting(9).

**Voorstel 23:** Het beter informeren van de patiënt inzake optimale zorgtrajecten en kwaliteitscriteria. Deze informatie zou betrouwbaar moeten zijn en bekrachtigd en georganiseerd worden in samenspraak met de zorgverstrekkers, patiëntenverenigingen en de representatieve patiëntenverenigingen. Dit moet stapsgewijs gebeuren en zich bij aanvang bvb. op enkele pathologieën richten waarvoor reeds zorgtrajecten werden uitgewerkt.

**Voorstel 24:** Om een grotere invloed te kunnen uitoefenen op het wenselijke gedrag, een verhoging van het remgeld voor minder kosteneffectieve zorgen en een verlaging van het remgeld voor zorgen met een betere kosteneffectiviteit.(10)

## **Actiedomein 9: Nieuwe initiatieven op het vlak van logistiek en informatica.**

Om het bovenstaande te kunnen realiseren zouden nieuwe maatregelen moeten worden genomen om meer en beter gebruik te maken van de informatie- en communicatietechnologieën, die tegenwoordig nog te weinig aanwezig zijn (gemiddeld minder dan 3% van het budget, tegenover 4 tot 6% in andere sectoren). Veralgemeende invoering van informatietechnologie (e-health) is onontbeerlijk in het streven naar een duurzaam systeem. Het zorgt niet altijd voor een daling van de kosten, maar in het algemeen leidt het tot een grotere doelmatigheid, omdat het de volgende mogelijkheden biedt (11)

1. een horizontale aanpak van de gezondheidszorg (= betere afstemming; zie ook eerder)
2. een verbetering van de kwaliteitsopvolging
3. meer en beter gerichte preventie
4. snellere en meer duidelijke informatie voor alle betrokkenen
5. meer gerichte benadering van populaties met specifieke aandoeningen.

De automatisering van de informatiestromen tussen de zorgverstrekkers moet gepaard gaan met een heroriëntering van de functies van de organisaties die vandaag belast zijn met het beheer van deze stromen. Ook zijn betere systemen nodig voor de registratie en follow-up van gezondheids(zorg)gegevens. Deze moeten ook voor onderzoeksdoeleinden beschikbaar zijn, mits in acht name van de bescherming van de privésfeer, voor alle betrokkenen.

Papieren versies van medische dossiers, voorschriften, verwijzingen en onderzoeksverslagen dragen niet bij tot de nauwkeurigheid, de toegankelijkheid of het delen van de informatie. Waar ze al werden geïnstalleerd, hebben de geautomatiseerde informatiesystemen, zowel op de kwaliteit als op de kosten van de zorgverstrekking, meestal een positieve impact gehad. (Rahimi & Vimarlund, 2007)(12)

**Voorstel 25:** Automatisering van alle informatiestromen en een snelle veralgemening van het elektronisch medische dossier dat de centralisatie mogelijk maakt van de gegevens omtrent medische consumptie gerelateerd aan kennis omtrent de gerelateerde ziektebeelden, en een automatisering toelaat van alle gegevensstromen tussen de zorgverstrekkers onderling (geleidelijke afschaffing van de papierstromen)

**Voorstel 26:** Het aanwenden van een bepaald percentage van het totale gezondheidsbudget voor informaticaprojecten die gekozen worden om hun bijdrage tot een betere performantie van het systeem: bijvoorbeeld het globaal medisch dossier of het elektronische voorschrift. Eerder dan een versnippering van inspanningen met een kleine impact, doet men er beter aan zich te concentreren op een beperkt aantal grotere projecten.

**Voorstel 27:** Een gecentraliseerde en beveiligde databank creëren met een bescherming van de privésfeer van alle betrokkenen, en die het geheel aan verzamelde gegevens samenvoegt en studies mogelijk maakt die de doelmatigheid van het systeem kunnen verbeteren.

### **Actie 10: Een reflectie om een duurzame, billijke en solidaire financiering te waarborgen**

Naast alle voormelde acties, is een grondige reflectie over de financiering op lange termijn van de gezondheidszorg noodzakelijk:

- Hoever kan en moet de overheid gaan met tussenkomst in de uitgaven?
- Hoe moet het aandeel van de directe belastingen, de indirecte belastingen, de sociale zekerheid, de privéverzekeringen en het individu in deze financiering evolueren?
- Wat is de rol van de verschillende actoren: ziekenfondsen, privéverzekeraars, overheid...
- Waar ligt de grens met betrekking tot de grote stijging van de persoonlijke bijdrage van de patiënt, die de jongste jaren is vastgesteld? Is de grens niet reeds lang bereikt?

- Welke maatregelen moeten worden genomen om buitensporige supplementen tegen te gaan.
- De uitdaging is om in de toekomst globaal gezien een financiering te waarborgen van een kwaliteitsvol systeem dat voor iedereen toegankelijk is. Hiervoor moeten we duidelijke en expliciete keuzes maken, economische simulatiemodellen bouwen, doelstellingen vastleggen, in zogenaamde knipperlichten voorzien, en een echte reflectie aangaan, zonder taboes, op middellange en op lange termijn.

**Voorstel 28:** Het systematisch en 'in real time' opmeten van de evolutie van de uitgaven per type en per financieringsbron, waarbij men gebruik maakt van de laatste nieuwe technieken van datawarehousing en datamining, en dit niet alleen voor de uitgaven waarvoor een terugbetaling door de overheid gebeurt, maar ook voor uitgaven van de patiënt waarvoor geen terugbetaling gebeurt.

**Voorstel 29:** Het inrichten van een denktank over de financiering op lange termijn van de gezondheidszorg, die concrete aanbevelingen kan formuleren.

**Voorstel 30:** Het sensibiliseren en betrekken van de parlementaire commissies volksgezondheid bij deze problematiek, maar ook bij het geheel van de bovenvermelde voorstellen.

**Lieven Annemans** - Senior Fellow

**François Daue** - Senior Fellow

#### Footnotes

(1) Zie OESO (2004), Vers des systèmes de santé plus performants OESO. Parijs.

(2) OESO (2010). Health Care Systems. Efficiency and Policy Settings.

(3) KCE rapport 147A. Terugbetalingssystemen voor geneesmiddelen: internationale vergelijking en beleidsaanbevelingen. 2010

(4) Neyt, M., De Laet, C., Van de Sande, S., Hulstaert, F., Paulus, D., Van den Bruel, A. et al. (2008). Cancer screening: EU recommendations and current practice in Belgium. Arch Public Health, 66, 109-124.

(5) KCE. Het pre-operatief onderzoek, KCE rapport 5A. 2004

(6) Zie Desmet, M. (2009). Liefde voor het werk in tijden van management. Tiel: Lannoo.

(7) Annemans L, en coll. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van 'Pay for Quality' programma's in België. 2009. KCE Reports vol 118A. D/2009/10.273/50

(8) Nuyens Y. Syntheserapport. Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg. Antwerpen, 11 december 2010

(9) Koning Boudewijnstichting, 2010, "Klachtenbehandeling en ombudsfunctie in de gezondheidszorg. Een korte stand van zaken in België."

(10) Braithwaite, and Rosen, 2007, "Linking Cost Sharing to Value : An Unrivaled Yet Unrealized Public Health Opportunity"

(11) zie: Itinera Institute , "De toekomst van de gezondheidszorg: diagnose en remedies " blz.264-271" ; zie ook Spinewine, A., Foulon, V., Claeys, C., De Lepeleire, J., Chevalier, P., Desplenter, F. et al. (2010). Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. KCE Rapport 131 A

(12) Rahimi B, Vimarlund V. Methods to evaluate health information systems in healthcare settings: a literature review. J Med Syst. 2007 Oct;31(5):397-432.

Voor duurzame economische groei  
en sociale bescherming



ONAFHANKELIJKE DENKTANK

**KLARE IDEEËN, KLAAR VOOR ACTIE**

Itinera Institute VZW

Leopold II Laan 184d B-1080 Brussel

T +32 2 412 02 62 - F +32 2 412 02 69

[info@itinerainstitute.org](mailto:info@itinerainstitute.org)

[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)

Verantwoordelijke uitgever: Marc De Vos, Directeur