

Redactie:

Prof.dr. Jan De Maeseneer (UGent), Prof.dr. Bert Aertgeerts (KU Leuven), Prof.dr. Roy Remmen (UA), Prof.dr. Dirk Devroey (VUB)

- Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent
- Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven
- Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen (ELIZA), Universiteit Antwerpen
- Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg, Vrije Universiteit Brussel

Met inbreng van:

Jan Heyrman, Yvo Nuyens, Ann Roex, Maaïke Van Overloop, Sara Willems, Birgitte Schoenmaekers, Frank Buntinx, Johan Wens, Lieve Peremans, Roel Van Giel, An De Sutter, Johan Buffels, Jo Dewachter, Thierry Christiaens, Myriam Deveugele, Patrik Vankrunkelsven, Jo Goedhuys, Michel Roland, Luc Van Gorp, Piet Vanden Bussche, Chantal Van Audenhove, Dirk Avonts, Dieter Vercammen, Lea Maes, Liesbeth Borgermans, Hilde Bastiaens, Kristin Van den Bonger, Jan De Lepeleire

Vertaling: Thierry Van Eeckhout

Administratieve ondersteuning: Claudine Lodomez, Hilde Cnudde

Kaft: "Together we can", beeldhouwwerk van Guy Gielis, 2011.

Vormgeving: Anja Peleman

ISBN 9789491125096

Deze publicatie kwam tot stand door een initiatief van het Interuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsOpleiding en werd organisatorisch begeleid door Guy Gielis en An Stockmans (ICHO).

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de redactie. Uitgezonderd zijn korte fragmenten die uitsluitend ten behoeve van de recensies geciteerd mogen worden.

De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (red) Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014.

TOGETHER WE CHANGE
Eerstelijnsgezondheidszorg:
nu meer dan ooit!

Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts,
Roy Remmen, Dirk Devroey

INHOUD

Together we change	7
Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!	7
Woord vooraf	9
1. Uitdagingen voor de eerstelijnsgezondheidszorg	11
2. De bredere beleidscontext	15
3. Een nieuw zorgorganisatiemodel	17
4. Een nieuw financieringsmodel	27
5. Gezondheids promotie, Preventie, "Empowerment-Enabling" en Participatie	37
6. Implementatie van Evidence Based Medicine en Kwaliteitszorg	39
7. Innovatie, Experimenten en Wetenschappelijk Onderzoek	43
8. Opleiding, Onderwijs en Menskracht	45
9. De rol van de burger/patiënt	47
10. Brussel: Uitdaging en Kans	49
11. Kanteldomeinen en Besluit	53
Samenvatting	57
Résumé	59
Summary	61
Bijlagen	63
Lijst van afkortingen	66
Bibliografie	67



TOGETHER WE CHANGE

EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG: NU MEER DAN OOIT!

Dit document vormt een conceptuele basis voor een overleg met alle actoren in de eerste lijn, in de bredere gezondheids- en welzijnszorg en in het beleid om te komen tot actie en verandering. Het kwam tot stand op initiatief van de Vlaamse professoren huisartsgeneeskunde (UGent, KU Leuven, UA en VUB) en wordt gezien als basis voor gesprek door Domus Medica.

- De burgers staan centraal in het zorgproces, hun noden en doelstellingen zijn het vertrekpunt. De hulpvrager heeft de uiteindelijke regie van het zorgproces.
- De eerstelijnszorg realiseert een toegankelijke, kwaliteitsvolle en kosteneffectieve opvang van gezondheids- en welzijnsproblemen. Zij hanteert een bio-, psycho-, socio- en ecologisch werkkader.
- De burger kiest de zorgverstrekking op de eerstelijns via een inschrijving in de huisartspraktijk, die deel uitmaakt van een eerstelijnsvoorziening. Hierbij heeft de eerste lijn een poortwachtersfunctie als eerste contact en opvang voor hulpvragers. In het kader van de chronische zorg wordt gewerkt met een model van geïntegreerde zorg tussen eerstelijnsvoorzieningen en tussen eerste en tweede lijn.
- De eerstelijnszorg wordt georganiseerd in eerstelijnszones van 75.000 tot 125.000 inwoners.
- Binnen de eerstelijnszones zijn netwerken van interprofessionele eerstelijnszorgvoorzieningen actief: mono- of multidisciplinaire huisarts/erstelijnspraktijken, samen met verpleegkundige praktijken, eerstelijnspsycholoog, apotheken, kinesitherapeuten, CAW/OCMW/diensten maatschappelijk werk, praktijken van vroedkundigen, ergotherapeuten, gezondheidspromotoren, thuiszorgdiensten, mantelzorg en vrijwilligerswerk.
- In deze eerstelijnszones worden ook de wachtposten, palliatieve equipes, ... en de samenwerking met regionale en supra-regionale klinische netwerken van ziekenhuizen gerealiseerd.
- Op macroniveau wordt een "Budget Financiële Middelen Eerstelijns (BFM1)" gedefinieerd. Dit (theoretisch) bedrag wordt op basis van de zorgnoden in een bepaalde eerstelijnszone, (theoretisch) toegewezen aan deze zone en dient als een "benchmark" voor de financiële middelen die de eerstelijns in deze eerstelijnszone effectief gebruikt.
- In de loop van de komende 10 jaar evolueert het betalingssysteem per prestatie voor huisartsen progressief naar 60% niet prestatiegebonden financiering (via toename GMD), 30% prestatiegebonden financiering en 10% pay-for-quality. Daarnaast bestaat de "forfaitaire" financiering (KB 23.04.2013), waarbinnen ook 10% pay-for-quality wordt geïntegreerd.
- Op het niveau van de eerstelijnszone wordt de performantie van de eerstelijns geëvalueerd en worden doelstellingen op het vlak van gebruik van Elektronisch Patiëntendossier (EPD), gezondheidspromotie, preventie en screening,... geformuleerd en geëvalueerd.
- Deze ontwikkeling wordt onderbouwd met acties op het vlak van de kwaliteit van zorg, de opleiding, onderwijs en navorming van professionelen, experimenten, innovatie en wetenschappelijk onderzoek.



WOORD VOORAF

Het gaat goed met (het denken over) de Belgische gezondheidszorg. Nooit verschenen op zo korte tijd zoveel belangrijke rapporten en werden meer conferenties over de toekomst van de gezondheidszorg georganiseerd. In de voorbije jaren namen alle actoren deel aan zowel een eerstelijnsgezondheidsconferentie (2010) als aan een symposium over de eerstelijns (2013), samengeroepen door de Vlaamse Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Gezin, Jo Vandeuren, alsook de zoekconferentie 'Slimmer Zorgen voor Morgen'^{1,2,3}. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg publiceerde in 2012 een "position paper" rond de organisatie van zorg voor chronisch zieken in België⁴. Deze vormde de basis voor een document voor de Interkabinetten Werkgroep "Chronisch Zieken": "Oriëntatienota: geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België", die leidde tot het afsluiten van het Protocollenakkoord tussen de Federale regering en de overheden van de deelstaten op 24 februari 2014. Een actieplan wordt geconcretiseerd tegen begin 2015 door een Interadministratieve Cel opgericht door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Federale Overheidsdienst (FOD) bevoegd voor Volksgezondheid. In het najaar 2014 kwam er een rapport over een "Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering"⁵. Zorgnet Vlaanderen congresseerde in 2013 rond "Together we care"⁶ en "Together we count": naar een patiëntgerichte financiering van de algemene ziekenhuizen", een breed gedragen en operationeel voorstel voor een nieuw organisatiemodel en een nieuwe financiering van de algemene ziekenhuizen⁷. Op 11 oktober 2014 publiceerde in Wallonië, het Forum des Associations des Médecins Généralistes een "Note d'orientation sur le mode d'organisation de la médecine générale dans les soins de santé primaires", waarin gepleit wordt voor meer samenwerking in team, goed georganiseerde continuïteit, betere horizontale en verticale integratie en diversificatie van de betalingsmechanismen⁸. Zowel tijdens de Vlaamse als tijdens de federale regeringsvorming werden door politieke partijen en andere stakeholders aandachtspunten geformuleerd voor het beleid m.b.t. gezondheidszorg. Het Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019⁹ stelt dat "de uitbouw en versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg... cruciaal is" (p. 109) en het Federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 spendeert maar liefst 12 pagina's aan een "betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg"¹⁰.

De eerstelijns is ook internationaal volop in beweging: in opvolging van het World Health Report "Primary Health Care: now more than ever!"¹¹ heeft het Europees Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) recent het rapport "Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st Century" gepubliceerd, waarin de eerstelijnszorg als hoeksteen van een modern gezondheidsstelsel opnieuw wordt naar voor geschoven: "*Health 2020 remains committed to a primary health care approach as a cornerstone of health systems in the 21st century. Primary health care can respond to today's needs by fostering an enabling environment for partnerships to thrive, and encouraging people to participate in new ways in their treatment and take better care of their own health. Making full use of 21st-century tools and innovations such as communication technology – digital records, telemedicine and e-health – and social media can contribute to better and more cost-effective care. Recognizing patients as a resource and as partners, and being accountable for patient outcome are important principles*". Ook de EU bepleit prioriteit voor Primary Health Care binnen de hervorming van het gezondheidsbeleid.

"Together we change" is een duidelijk signaal: een fundamentele verandering in de beleidsvorming rond gezondheidszorg, vanuit de eerstelijns als schakel en katalysator, is noodzakelijk om de actuele uitdagingen (toegankelijkheid, betaalbaarheid, vergrijzing, kwaliteit) voor de zorg aan te kunnen. De overtuiging hierbij is dat kleine stapjes niet volstaan, maar grondige keuzes en een engagement van alle actoren op lange termijn noodzakelijk zijn om bij te dragen tot waar de bevolking recht op heeft: een gezonde gezondheidszorg, die kwaliteitsvol is en dus relevant, sociaal rechtvaardig, toegankelijk en kosteneffectief. Verder is de gezondheidszorg gericht op de mensen en de samenleving. Zij is duurzaam en innovatief.

Deze keuzes mogen geen aanleiding geven tot een "big bang", maar moeten vertaald worden in een duidelijk strategisch plan, met een gedurfde tijdslijn. In die zin sluiten we aan bij het recente rapport van het Kenniscentrum over de financiering van de ziekenhuizen⁵. Daarin worden voor de volgende

één à twee jaar, een aantal werkpakketten voorgesteld. Dit doen we ook voor de eerstelijns (zie 11.1. Kanteldomeinen). Om dit voldoende concreet te maken zal in het bijzonder worden ingegaan op het “budget voor de eerstelijns” en de financieringsmechanismen.

“Together we change” is mogelijk in Vlaanderen en Wallonië omdat de consensus groeit over de richting die de eerstelijnsgezondheidszorg uitgaat^{2,8}. “Together we change” wil vanuit een duidelijke visie, aansluitend bij de internationale ontwikkelingen, en vanuit een grondige analyse van de actuele knelpunten, voorstellen formuleren. We behandelen achtereenvolgens de actuele uitdagingen en knelpunten, en schetsen de bredere beleidscontext waarbinnen een nieuw zorgorganisatiemodel wordt uitgetekend. Bijzondere aandacht gaat naar de financiering van het nieuwe model. In korte bijdragen wordt ingegaan op het belang van preventie, gezondheidspromotie en empowerment. Vervolgens komt Evidence Based Medicine en kwaliteit van zorg aan bod. De rol van innovatie, experimenten en wetenschappelijk onderzoek wordt beklemtoond. Tenslotte staan we stil bij het belang van opleiding, onderwijs en navorming in de realisatie van het model. Een apart hoofdstuk richt de focus op Brussel.

Deze publicatie wil niet alleen een aanzet tot discussie zijn, maar vooral een uitnodiging naar alle actoren tot actie: Together we change! We richten ons hierbij tot alle stakeholders in de gezondheidszorg en het beleid, met wie we graag over de hier geformuleerde voorstellen in gesprek gaan.

Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts, Roy Remmen, Dirk Devroey

1. UITDAGINGEN VOOR DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG

In de internationale literatuur wordt vandaag veel aandacht besteed aan de “Triple aim” als doelstellingen voor de gezondheidszorg: verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren; verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau en reduceren van de kostprijs van de zorg per individu¹³. De laatste doelstelling wordt vooral beklemtoond vanuit de Verenigde Staten waar de kostprijs van de gezondheidszorg zeer hoog ligt. Vanuit het perspectief van de patiënt gaat het er vooral over om meer “waarde” te realiseren op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen: men spreekt van “value based health care”.¹⁴ Hierbij wordt “value” gelijkgesteld met de “outcomes” gedeeld door de “costs”. Deze benadering vertrekt hoofdzakelijk vanuit het perspectief van de professional. Voor burgers/patiënten gaat het eerder over de kwaliteit van leven, waar een goede gezondheid deel van uitmaakt. Zij kijken niet louter naar “uitkomsten” (b.v. geen rugpijnen meer hebben), maar ook naar het proces (niet de nadelen of neveneffecten van een ingreep meemaken). Vooral door chronisch zieken wordt ook aan het proces veel “waarde” gehecht.

De actuele uitdagingen voor de (eerstelijns)gezondheidszorg zijn:¹⁵

- **Demografische en epidemiologische ontwikkelingen:** we worden alsmear ouder (in 2016 zal in de Europese Unie de gemiddelde levensverwachting voor mannen 84,6 jaar en voor vrouwen 89,1 jaar zijn). De prevalentie van kanker stijgt, als gevolg van de veroudering. Mede door de verbeterde therapie, wordt kanker een chronische ziekte. Dit gaat samen met een toename van chronische aandoeningen, met vooral een stijging van “multimorbiditeit” (het hebben van meerdere chronische aandoeningen): uit recent onderzoek¹⁶ blijkt dat de helft van de 75-plussers 2 of meer chronische aandoeningen hebben, terwijl twee op vijf 75-plussers 4 of meer chronische aandoeningen hebben. Zorgtrajecten, met focus op één aandoening, volstaan hierbij niet. Ten behoeve van deze mensen is er nood aan een paradigmashift van een ziekte-georiënteerde zorg, naar een zorg die vertrekt vanuit de doelstellingen van de patiënt¹⁷. Dit betekent voor de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke rol in het vermijden van versnippering van de zorg (ziekte-gerichte aanpak). De eerste lijn zal met de burger en patiënt, een rol moeten opnemen als “integrator” van de zorg. Een toename van kwetsbare mensen, stelt ook nieuwe eisen aan kwaliteit en interprofessionele samenwerking.
- Een tweede uitdaging zijn de **wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen**. Wetenschappelijke vooruitgang biedt het perspectief van nieuwe preventieve en curatieve mogelijkheden op het vlak van genetica, hart- en vaatziekten, neuro-wetenschappen, zorg voor kanker en geestelijke gezondheidszorg. Informatie- en communicatietechnologie zijn niet meer weg te denken uit de dagelijkse praktijk in de gezondheidszorg. De hospitalisatieduur verkort voortdurend en ziekenhuizen zien het aantal daghospitalisaties stijgen, en meer technologie doet zijn intrede in de thuiszorg. Hier rond moet een duidelijke visie ontwikkeld worden en adequate manieren om hiermee om te gaan. De eerste lijn heeft een rol in het vertalen van de nieuwe inzichten naar de aanpak van gezondheidsproblemen en dit met aandacht voor de “relevantie” van de zorg en het vermijden van medicalisering van het dagelijks leven. Veel van deze nieuwe technologieën en geneesmiddelen hebben een belangrijke impact op het budget van de gezondheidszorg, wat noopt tot wetenschappelijk en maatschappelijk verantwoorde keuzen.
- **Sociaal-culturele ontwikkelingen** brengen met zich mee dat de “patiënt” zich meer en meer opstelt als “consument”, en op basis van informatie gevonden op het internet, de zorgverstrekker tegemoet treedt met nieuwe zorgvragen. Bovendien wordt de burger regelmatig uitgenodigd voor screening, check-up waarbij veel technologie wordt ingezet, en wat aanleiding geeft tot nieuwe zorgvragen. De wijzigende maatschappelijke context (meer

mensen werken langer en zoeken een balans werk-privé) heeft een belangrijke impact op informele zorg (afname van de beschikbaarheid van vrijwilligers, mantelzorg,...). Ook is er een duidelijke wijziging in de opvattingen over kwaliteitsvolle zorg bij het levenseinde. Een uitdaging waarop moet worden ingezet is de vaststelling dat de existentiële component van het mens-zijn aan belang wint. Naast de fysieke en psychosociale problemen waarmee mensen geconfronteerd worden, wil ieder van ons ook inzetten op kwaliteit van leven en zinvolheid van het leven. Mensen dienen zich (in zorg) anders aan, zijn mondiger en zijn zich meer en meer bewust van hun eigen rol die ze hierin mogen en moeten spelen – ook op existentieel niveau. De regie van het zorggebeuren vertrekt vanuit de eigen levenssituatie van waaruit aspecten van zorg en welzijn een plaats krijgen. Het gaat over de vraag van ‘zijn’ of ‘niet-zijn’.

- **Op sociaal-economisch vlak** zijn er grote gezondheidsverschillen tussen landen, maar ook tussen sociale groepen binnen één bepaald land: “arm maakt ziek en ziek maakt arm” blijft een realiteit. Er blijft een manifeste **sociale gezondheidsskloof** in ons land aanwezig. Enkele cijfers uit de recente gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid documenteren de ongelijkheid inzake gezondheid: 47,2% mannen met een lagere opleiding heeft een slechte gezondheidstoestand, tegenover 20,4% mannen met een hogere opleiding; mannen met een lagere opleiding hebben twee keer zoveel chronische aandoeningen als mannen met een hogere opleiding en dubbel zoveel vrouwen met alleen lagere schoolopleiding hebben af te rekenen met pijnproblemen, in vergelijking met hoger opgeleide vrouwen¹⁸. In België leeft 15% van de bevolking momenteel onder de armoededrempel, in Brussel 33%. De financiële en economische crisis heeft de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid nog versterkt. De eerstelijns biedt hier een opportuniteit tot oplossingen: enerzijds kan via haar de toegankelijkheid van de zorg worden geoptimaliseerd, anderzijds moet ze een sterkere signaalfunctie krijgen, om samen met andere sectoren (de “sociale determinanten” van gezondheid: woon- en werksituatie, opleiding, sociale cohesie,...) te herkennen en corrigerende maatregelen te nemen.
- Ten slotte leidt de **globalisering** ertoe dat zorg meer en meer multicultureel wordt, en mensen ook internationaal op zoek gaan naar oplossingen voor hun gezondheidsproblemen. Er is een concentratie van mensen met een verschillende culturele achtergrond in steden, wat ertoe leidt dat “globale problemen” steeds meer zichtbaar worden op het lokale niveau. Eerstelijnsgezondheidszorg in een multi-culturele context stelt nieuwe vragen over toegankelijkheid en zorgcoördinatie en over de afweging tussen universeel en selectief beleid¹⁹.

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

- Hoewel België bekend staat voor een stevige en goed uitgebouwde ziekteverzekering, blijven er **ongelijkheden** op het vlak van **toegang** tot gezondheidszorg: een steeds toenemend percentage van de bevolking geeft aan medische zorg uit te stellen omwille van financiële redenen²⁰. Uit recent vergelijkend internationaal onderzoek blijkt dat België op 31 Europese landen op de 20ste plaats staat als het gaat om het percentage van de bevolking dat doktersbezoek uitstelt om financiële redenen (8,6% doet dit).
- België heeft in vergelijking met andere landen een relatief **hoog aantal erkende** acute ziekenhuisbedden per inwoner (4/1000 inwoners in 2012). Er is een weliswaar dalende, maar toch nog steeds vrij hoge gemiddelde verblijfsduur²¹.
- Een belangrijk knelpunt blijft **overgebruik**. Er is een belangrijk overgebruik in de diagnostiek (labo, beeldvorming) en de Belg blijft een grootverbruiker van geneesmiddelen. De gezondheidsenquête 2008 meldt dat 15% van de plus-15 jarigen in de voorbije twee weken psychofarmaca nam. In de oudste leeftijdsgroep gaat het om 36%¹⁸. Er is een overgebruik

van neuroleptica in de woonzorgcentra. Er is ook overscreening (b.v. bloedtest voor prostaatanker) en voor sommige ingrepen scoort ons land hoog (bv. hoog percentage keizersneden). Hierrond is reflectie nodig: zowel hulpverleners als burgers/patiënten moeten hierrond nadenken.

- Uit het Performantierapport van de Belgische gezondheidszorg²² komen een aantal belangrijke **knelpunten op het vlak van de kwaliteit van de zorg** naar voor: een aantal indicatoren geven aan dat de zorg niet adequaat is: b.v. keuze van antibiotica, laag percentage van patiënten met diabetes die een correcte follow-up hebben, hoge dosis straling van medische oorsprong in het kader van beeldvormingsonderzoek ten opzichte van Europa, zwakke continuïteit van de zorg (ondanks een toename, heeft in Vlaanderen nog 42% van de bevolking geen Globaal Medisch Dossier, in Brussel en Wallonië liggen de percentages nog hoger), hospitalisatiegraad 15% hoger in vergelijking met het Europees gemiddelde.
- Op het vlak van **interprofessionele samenwerking** binnen de huisartsenpraktijken en de eerstelijns (met receptioniste, verplegend personeel, labo-assistenten, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, apothekers, sociale werkers,...) blijkt dat België het slechtst scoort van alle landen. De afwezigheid van vaste teams op de eerste lijn, die gedurende geruime tijd in een vaste samenstelling samen werken, bemoeilijkt de uitbouw van kwaliteitsvolle procedures en taakverschuiving tussen disciplines.

Deze knelpunten geven aan dat een antwoord op de uitdagingen zal moeten vertrekken vanuit een brede beleidsvisie waarbij meer dan ooit een **sterke eerstelijnsgezondheidszorg noodzakelijk** is²³.

Het geheel van de uitdagingen (super-diversiteit, multi-morbiditeit, complexiteit van de problematiek, sociale gradiënt en gezondheidsongelijkheid) vereist dat alle “verticale” en “categoriale” programma’s die zich op specifieke doelgroepen richten, best geïntegreerd worden op het niveau van de eerstelijnsgezondheidszorg om tot een globale, geïntegreerde en continue aanpak te komen²⁴.

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

De Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin (SARWGG) van de Vlaamse Gemeenschap formuleerde als antwoord op deze uitdagingen twee visienota’s. In de Visienota “Maatschappelijk Verantwoorde Zorg” worden vijf belangrijke uitgangspunten geformuleerd: kwaliteit, performantie, rechtvaardigheid, relevantie en toegankelijkheid, die via een aantal componenten worden geoperationaliseerd²⁵. In de Visienota “Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen” wordt gepleit voor een nieuw paradigma, waarbij de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte (en de naaste omgeving) als uitgangspunt worden genomen en men een paradigma-shift realiseert van “probleem-georiënteerde” naar “doel-georiënteerde” zorg en ondersteuning. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger is de ultieme ambitie²⁶.

Geïntegreerde zorg plaatst de patiënt centraal binnen een globale dienstverlening²⁷. Bij deze nieuwe aanpak wordt het perspectief van de patiënt het organiserend principe en vervangt de klassieke aanbod-gestuurde modellen van zorgverlening, met aandacht voor een maatschappelijk verantwoorde keuzevrijheid. Een geïntegreerde aanpak leidt tot een gezondheidszorg en sociale ondersteuning die flexibel, gepersonaliseerd en naadloos is. De patiënt is de coördinator van zijn eigen zorg, en de drager van zijn eigen gezondheidsinformatie. **“Patiënt centraal”** betekent dat de zorg zo dicht mogelijk bij de natuurlijke leefomgeving van de patiënt staat. Daarbij wordt de patiënt gegidst, gecoacht, gestuurd en versterkt door professionals (“patient-empowerment”).

Dit kan slechts bereikt worden via de uitbouw van een eerstelijnszorg zoals in juli 2014, door het "Expert Panel on effective ways of investing in Health" (dat de Europese Commissie adviseert) gedefinieerd: *"Eerstelijnszorg is het verstrekken van universeel toegankelijke, geïntegreerde, persoonsgerichte, integrale zorg voor gezondheid in de gemeenschap door een team van professionelen die verantwoordelijk zijn om de overgrote meerderheid van de gezondheidsproblemen aan te pakken. Deze dienstverlening komt tot stand in een duurzaam "partnership" met patiënten en mantelzorgers, in de context van het gezin en de lokale gemeenschap, en speelt een centrale rol in de algemene coördinatie en de continuïteit van de verzorging van een bevolking.*

De professionelen, actief in de eerste lijn zijn o.a.: tandartsen, diëtisten, huisartsen, vroedkundigen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, apothekers, kinesitherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers".²⁸

2. DE BREDERE BELEIDSCONTEXT

We gebruiken in de tekst de indeling macro-, meso-, micro- en nano- en dit zowel als beleidsniveau als bij de aanduiding van de verschillende niveaus van zorgverstrekking. Tabel 1 illustreert het begrippenkader met enkele concrete voorbeelden.

Tabel 1: Begrippenkader.

	Beleid	Zorgverlening	Omvang (populatie)
MACRO	Regelgeving op niveau van Europa, België, de deelstaten en de op dit niveau vastgestelde middelen	Analyse van resultaten, wetenschappelijke onderbouwing van zorgprocessen	1,5 tot 11 miljoen inwoners
MESO	De eerstelijnszones vormen het niveau waar de organisatorische voorwaarden worden gecreëerd voor de zorgverlening, inclusief de realisatie van continuïteit binnen een eerstelijnszone	Afstemming van promotie, curatie, palliatie, preventie. Afstemming met de 2de lijn en gespecialiseerde trajecten. Voorziet in continuïteit 24/7	75.000 tot 125.000 inwoners
MICRO	De organisatorische en financie-riings-keuzes van eerstelijnszorgvoorzieningen en eerstelijnspraktijken en hun erkenning	Concrete zorgverstrekking door interprofessionele teams/netwerken voor de ingeschreven populatie in het kader van de eerstelijnsvoorziening. Ondersteuning door vrijwilligers en mantelzorgers	Een eerstelijnszorgvoorziening verzorgt in een ruraal gebied minimaal 5000 burgers, in een stedelijk gebied minimaal 10.000
NANO	Begeleiding, navorming en intervisie van zorgverstrekkers Verbeteren van "Health Literacy"	De concrete interactie zorgvrager – zorgverstrekker	Een hulpvrager(eventueel met familie)

Op het **macroniveau** dient gezondheidsbeleid tot stand te komen op basis van strategische lange termijnplannen met duidelijke doelstellingen. Het KCE Report 229 stelt dat "elke regering in België die bevoegd is voor gezondheidszorg **een reeks doelstellingen en streefcijfers definieert** en bewaakt voor het sturen van het gezondheidszorgbeleid gedurende haar legislatuur". Het verdient hierbij aanbeveling dat over de legislaturen heen, doelstellingen worden gecontinueerd en dat er voldoende synergie is tussen de doelstellingen op de verschillende beleidsniveaus. België is nog één van de weinige landen die binnen de OESO geen (federale) doelstellingen heeft voor de volksgezondheid. Het regeerakkoord 2014 geeft hierop een antwoord en stelt dat "Het beleid zal afgestemd worden op **gezondheidsdoelstellingen**, gekoppeld aan een stabiele budgettaire meerjarenplanning"¹⁰. In Vlaanderen worden reeds meerdere jaren gezondheidsdoelstellingen op de domeinen waar Vlaanderen bevoegd voor is, geformuleerd. Gezondheidsdoelen moeten vertrekken vanuit een objectieve vaststelling van de noden ("Health Needs Assessment"), maar dienen ook aandacht te hebben voor de voorkeuren en waarden van de bevolking, voor wat mensen in gezondheids(zorg) belangrijk vinden. Zij kunnen kwalitatief of kwantitatief zijn en worden uitgedrukt in termen van structuren, processen of resultaten ("outcome"). Bij het bepalen van de gezondheidsdoelen moeten alle actoren betrokken worden (burgers, zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars,...) en dit op alle niveaus waar de doelstellingen moeten geïmplementeerd worden. Een ideaal gezondheidsdoel wordt **SMART** genoemd (**S**pecifiek, **M**eetbaar, **A**ccuraat, **R**ealistisch, **T**ijdgebonden).

De prioritaire doelstelling in het federaal regeerakkoord om "de verschillen in verwachte gezonde levensjaren terug te dringen", werd b.v. als volgt geoperationaliseerd door de Kievitgroep: "Tegen 2020

dient de actuele jaarlijkse toename van de sociale gezondheidskloof in termen van gezonde levensverwachting, volgens opleidingsniveau, omgezet te worden in een jaarlijkse daling”.

Binnen de beleidsvoorbereiding en –ontwikkeling dient een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen strategische beleidsadvisering, beheersmatige activiteiten en uitvoerende activiteiten³⁰. **Strategische beleidsadvisering** heeft oog voor de lange termijn, komt vroeg in de beleidscyclus, is gebaseerd op wetenschappelijke evidentie en expertise, met aandacht voor toetsing door participatie van de betrokken maatschappelijke actoren - inclusief burgers en patiënten. De beheersmatige activiteiten komen best tot stand in een gestructureerd overleg tussen overheid, burgers en gebruikers, zorgverstrekkers, zorgverzekeraars,... en leiden tot akkoorden waarvoor alle betrokkenen zich engageren. Ten slotte dienen bij de **uitvoerende activiteiten**, gericht op de implementatie op het terrein, de betrokken voorzieningen, zorgverstrekkers en gebruikers te participeren.

Bovenstaande beschrijving van het beleidsvormingsproces staat ver af van het huidige model van federale besluitvorming, dat in de gezondheidszorg gebaseerd is op bilaterale overeenkomsten per discipline tussen aanbieders/zorgverstrekkers en ziekenfondsen (Commissie Artsen-Ziekenfondsen, Verpleegkundigen-Ziekenfondsen,...). Er is een groeiend inzicht dat de huidige manier van het afsluiten van monodisciplinaire akkoorden, niet meer relevant is voor de actuele noden en uitdagingen.

3. EEN NIEUW ZORGORGANISATIEMODEL

3.1. Het mesoniveau: de eerstelijnszones

Bij de zorgorganisatie pleiten we voor een geografisch concept omdat dit wellicht de enige manier is om een bevolkingsgroep op het vlak van gezondheidsnoden in de eerste lijn te omschrijven. Voor de eerste lijn geldt dat zorgvoorzieningen per definitie vasthangen aan kleine, afgebakende geografische gebieden waarvoor, zoals aangegeven in de position paper van het KCE over chronische zorg³, een organisatie in niet-overlappende, hiërarchische territoria, de sleutel vormt tot efficiënte zorgintegratie. Hierbij is het van belang dat er geen gebieden “uit de boot vallen en zorgorganisatie maximaal op deze gebiedsindeling wordt afgestemd”. In navolging van wat naar kwam in de Eerstelijnsgezondheidszorgconferentie en het daarop volgend symposium^{1,2} dient de zorg georganiseerd, vertrekkend van **geografisch duidelijk omschreven, aaneensluitende** (met respect voor de gemeentegrenzen) **eerstelijnszones, die een populatie tussen 75.000 en 125.000 inwoners omvatten** (het “klein-stedelijk niveau” in de terminologie van het zorgregio-decreet). Dit betekent dat er in België ongeveer 110 van deze eerstelijnszones zijn, die de basis vormen voor de invulling van het eerstelijnsaanbod (wellicht zal het werkelijke aantal iets kleiner zijn, aangezien steden- misschien met uitzondering van Antwerpen en Brussel - wellicht weinig voordeel hebben om zich op te delen in verschillende eerstelijnszones). Deze eerstelijnszones vormen de basis van de gezondheidszorgorganisatie en worden ondersteund door de “ziekenhuis-zorgzones” (ongeveer 15, maximaal 20) zoals deze zijn omschreven in het KCE-rapport over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (pagina 39)⁵. Zoals dit rapport ook aangeeft, dienen ziekenhuis-zorgzones optimaal aan te sluiten bij de territoriale omschrijvingen die worden gehanteerd in het kader van de eerstelijnszones. Belangrijk is dat het organisatorische principe van de “kubus-organisatie” wordt gehanteerd³¹. Het kubusprincipe stelt dat een duidelijke, niet overlappende territoriale organisatiestructuur nodig is waarbij elk kleiner organisatieterritorium een onderdeel moet zijn van slechts één groter organisatieterritorium, om zo flexibel te kunnen inspelen op de diversiteit van zones, en harmonieuze groeimodellen toe te laten in de integratie en afstemming van de zorg. Indien bijvoorbeeld diensten voor thuisverpleging zich wensen te organiseren op een kleiner territorium dan de eerstelijnszone, zijn meerdere thuiszorgdiensten mogelijk als ze erover waken geen zorgzonegrenzen te overschrijden. Zeker met het oog op een vlotte toegankelijkheid van de netwerken van regionale ziekenhuisdiensten, is een goede afstemming tussen eerstelijnszones en ziekenhuis-zorgzones noodzakelijk. Op die manier kan het complementair aanbod binnen een regionaal klinisch netwerk, ten volle inspelen op de noden van de bevolking van meerdere eerstelijnszones. Van belang hierbij is een echelonnering (getrapte opstelling) in het ziekenhuisaanbod zodat maximaal kan ingezet worden op subsidiariteit via een samenspel tussen **regionale en supraregionale klinische netwerken**. Het geheel van de eerstelijnszones, de regionale en de supraregionale klinische netwerken, maken integraal deel uit van een **Zorgstrategisch Plan Vlaanderen**⁷ en zou in Wallonië op analoge wijze kunnen worden ontwikkeld.

De **eerstelijnszones** vormen het **mesoniveau** waarbinnen gewerkt wordt aan de algemene gezondheidsdoelstellingen (zie hoofdstuk 2), eventueel aangevuld met lokale gezondheidsdoelstellingen, specifiek voor deze eerstelijnszone. Op het **mesoniveau** worden een aantal coördinatiefuncties gerealiseerd b.v. tussen preventie, gezondheidspromotie, curatie, palliatie, maar ook tussen gezondheids- en welzijnszorg en komt de operationele intersectoriële samenwerking tot stand (tussen welzijn, gezondheid, tewerkstelling, huisvesting,...). Hierbij kunnen modellen als “Community Oriented Primary Care”³² inspirerend werken.

Dit betekent dat binnen de eerstelijnszones overleg gebeurt tussen hulpverlening en sociale huisvestingsmaatschappijen, tussen hulpverlening en tewerkstelling (begeleiding van arbeidstrajecten, sociale tewerkstellingsinitiatieven,...), tussen hulpverlening en andere maatschappelijk relevante actierreinen (preventiewerkers, sommige politiediensten, ...).

Het **mesoniveau** heeft volgende **opdrachten**:

- zorgen voor een goede afstemming tussen eerstelijnspraktijken die in netwerkverband samen werken in het kader van eerstelijnszorgvoorzieningen (eerstelijnszorgcoördinatie-functie);
- ondersteuning bieden op het vlak van toegankelijkheid en kwaliteit van de eerstelijnspraktijken met bijzondere aandacht voor maatschappelijk kwetsbare groepen, waarbij specifieke doelgroepgerichte programma's worden geïntegreerd in de eerste lijn;
- het realiseren van continuïteitsfuncties b.v. 24/7 (b.v. huisartsenwachtpost, wachtdiensten van apothekers, verpleegkundigen, tandartsen, thuiszorg,...) waarbij verantwoordelijkheid wordt opgenomen door b.v. de huisartsenkring, de apothekersorganisatie(s), verpleegkundigen,...;
- het organiseren van functies waarvoor het microniveau (de eerstelijnsvoorziening) te kleinschalig is (b.v. palliatieve thuiszorg, mobiele teams in de geestelijke gezondheidszorg,...);
- intersectorale afstemming tussen preventie, curatie, rehabilitatie, begeleiding, ondersteuning,... in welzijn en gezondheid (dit betekent dat de eerstelijnszone de opdrachten van de "deel-SEL", de Lokale Multidisciplinaire Netwerken en "deel-Logo" en de "Réseaux multidisciplinaires locaux" opneemt). Bijzondere afstemming is noodzakelijk met voorzieningen als Kind&Gezin (via de "Huizen van het Kind") en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), de ONE-consultatiebureaus, ...;
- Afstemming met klinische netwerken van de ziekenhuizen en de gespecialiseerde trajecten.

Het **mesoniveau** kan bovendien **ondersteuning** geven voor:

- het opnemen van verantwoordelijkheid in de continuïteitsfuncties (meewerken aan huisartsenwachtpost, wachtdiensten);
- het aanwerven in loondienst van praktijkassistenten in de eerstelijns-gezondheidszorg, onthaalmedewerkers,... (cfr IMPULSEO-regeling);
- ondersteuning van nieuwe vestigingen in huisartsen-arme zones, dun-bevolkte gebieden of zones met een grote mate van maatschappelijke achterstelling;
- het toeleveren van gecodeerde (met ICPC-2: International Classification of Primary Care) en geanonimiseerde informatie voor beleidsmatige analyse op meso- en macroniveau.

Het mesoniveau is ook het eerste niveau van coördinatie en aggregatie van de (gecodeerde) gegevens, verzameld door de eerstelijnszorgvoorzieningen in de eerstelijnszone.

De eerstelijnszone wordt op macroniveau (het gewest) ondersteund op het vlak van registratie, analyse, modelontwikkeling, ontwikkeling van tools,... Door sommigen werd tussen het mesoniveau (de "eerstelijnszone") en het macroniveau (het gewest) nog een tussen-niveau (de "SEL") voorgesteld, met als taak de afstemming van het zorgaanbod en als opdrachten: "kaderen, coördineren en vertegenwoordigen". Deze opdrachten gebeuren wellicht beter door de eerstelijnszone. Op die manier kan de structuur vereenvoudigd worden en valt een tussenniveau weg.

De eerstelijnszone, als mesoniveau, wordt gecoördineerd door een "eerstelijnszone – raad" waarin alle actoren rond gezondheid, welzijn en burgers/cliënten/patiënten vertegenwoordigd zijn.

Er zijn meerdere opties mogelijk om deze eerstelijnszones af te bakenen. Momenteel wordt een oefening gedaan door “Domus Medica” om tot een bottom-up model te komen, met eigenstandige “eerstelijnszones”. Een andere benadering zou erin kunnen bestaan om te vertrekken van bestaande entiteiten, b.v. het samenbrengen van 2 politiezones,... Voor dit model bestaan er al politieke structuren met een (getrapt) democratisch besluitvormingsproces, ze respecteren de gemeentegrenzen en laten een maatschappelijke responsabilisering toe. Voor- en nadelen van verschillende opties dienen te worden afgewogen.

3.2. Het microniveau

De burger/zorggebruiker/patiënt staat centraal en heeft bij gezondheids- en welzijnsproblemen, **rechtstreeks toegang tot het eerstelijnsaanbod**. Voor wat de gezondheidszorg betreft, dient elke burger/patiënt zich in te schrijven bij een huisartspraktijk (in termen van het federaal regeerakkoord de “referentie-huisartspraktijk”) functionerend in het kader van een **eerstelijnszorgvoorziening** die per definitie interprofessioneel functioneert als microniveau (ofwel onder één dak, ofwel in netwerk, ofwel in een combinatie). Een eerstelijnszorgvoorziening bestaat uit **één of meer eerstelijnspraktijken** (b.v. huisartspraktijken, praktijken van thuisverpleging,...).

Een “**eerstelijnspraktijk**” is een operationele eenheid, verantwoordelijk voor het aanbieden van laagdrempelige generalistische zorg op het vlak van gezondheid en/of welzijn, vanuit een interprofessionele benadering, op een toegankelijke, continue en kwaliteitsvolle wijze, gericht op de noden van de persoon en de populatie. De praktijk richt zich zowel op de ambulante bevolking als op personen die in een thuisvervangend milieu wonen (woon-en zorgcentrum, ...).

Eerstelijnspraktijken kunnen monodisciplinair zijn, maar kunnen ook onder één dak functioneren als multidisciplinaire groepspraktijken of interprofessionele wijkgezondheidscentra. Een eerstelijnspraktijk kan ofwel een focus hebben op gezondheid (b.v. een groepspraktijk met een diëtiste en een eerstelijnspsycholoog) of een focus op welzijn (een CAW, een OCMW,...) of op beide (wijkgezondheidscentrum met een ingebouwde dienst maatschappelijk werk).

Operationele samenwerking veronderstelt het delen en gemeenschappelijk gebruik van het Elektronisch PatiëntenDossier (EPD). Functionele samenwerking in een netwerk in het kader van een **eerstelijnszorgvoorziening** veronderstelt minimaal een systeem van verwijzing en/of rapportering.

De regie en coördinatie binnen en tussen de eerstelijnszorgvoorzieningen veronderstelt nieuwe coördinatiefuncties b.v. de “Bachelor in Eerstelijnszorg”, die momenteel ontwikkeld worden door University College Leuven Limburg, of b.v. een daartoe gevormde verpleegkundige in de eerstelijnspraktijk (Provincie Antwerpen).

Ter illustratie: een solo-huisartspraktijk, kan een operationele samenwerking hebben met een duo-praktijk in de buurt en met een groep thuisverpleging (met een gemeenschappelijk EPD), een functionele samenwerking met een andere thuisverpleegkundepraktijk, een diëtist-praktijk, een logopediepraktijk, een kinesitherapiepraktijk, een tandartspraktijk, een eerstelijnspsycholoog, een praktijk voor vroedkundigen en een CAW. Samen vormen zij een eerstelijnszorgvoorziening

Een voorbeeld uit Brussel: gemeenschappelijk gebruik van lokalen door een “Maison Médicale”, een Centrum voor Gezinsplanning, een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, een sociale opvangdienst, een huiswerkklas, een juridische permanentie, en dit in samenwerking met het lokale OCMW, waarbij er een gemeenschappelijke ontvangstruimte is, die ook wordt gebruikt voor gemeenschapsgerichte activiteiten.

Om deze ontwikkeling voldoende kans te geven om “bottom-up” te groeien, wordt in een eerste fase afgesproken dat een “eerstelijnszorgvoorziening” minimaal **voor 5.000 (ingeschreven) personen zorgt in en landelijk gebied en minimaal voor 10.000 in een stedelijk gebied**.

Elke samenwerking veronderstelt duidelijke overeenkomsten waarin taken en verantwoordelijkheden worden vastgelegd en moet transparant aan de bevolking worden gecommuniceerd.

De ontwikkeling van dit organisatiemodel wordt progressief ingevoerd (zie ook onder 11.1.). Hierbij zal het in een eerste fase zeker niet mogelijk, noch wenselijk zijn, om louter in te zetten op exclusieve functionele samenwerking. Dit betekent dat b.v. een apotheek (of een kinesisten-praktijk, een ergotherapie-praktijk,...) kan behoren tot meerdere eerstelijnszorgvoorzieningen, en hiervoor b.v. de

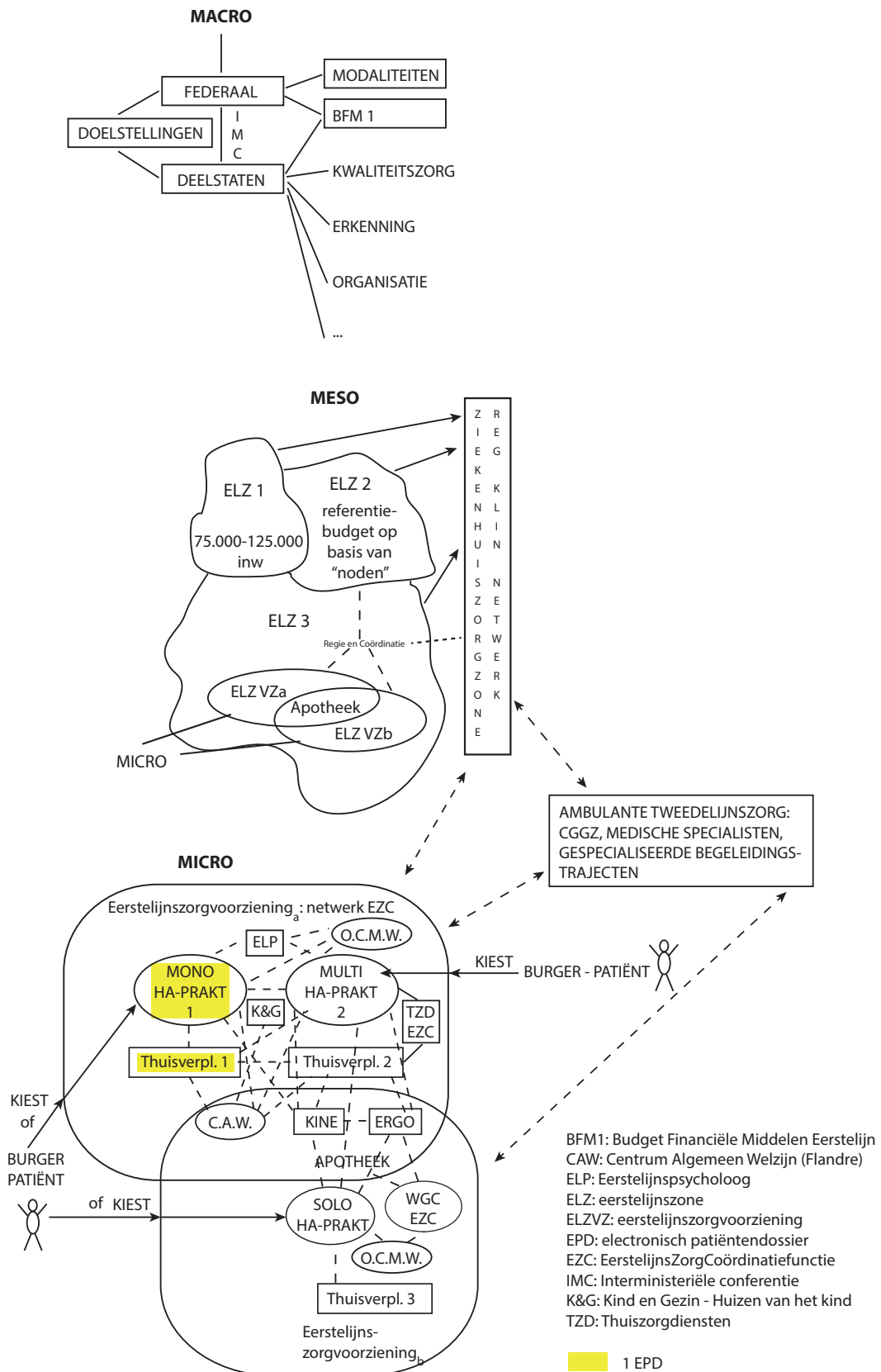
farmaceutische zorg kan opnemen. De overheid kan via financiële stimuleringsmaatregelen ervoor zorgen dat de verhouding operationele versus functionele samenwerking toeneemt. Bovendien kunnen voorwaarden worden ingebouwd op het vlak van de "kritische massa" van een eerstelijnszorgvoorziening, en dit zowel voor opvangcapaciteit, als "ingeschreven populatie", als diversiteit van de betrokken disciplines.

De **keuzevrijheid** van de patiënt wordt in dit model verplaatst van een incidentele keuze wanneer zich een probleem stelt, (b.v. men gaat naar een bepaalde huisarts wanneer men zijn enkel heeft verstuikt, betaalt per prestatie en daar stopt de zorgverleningsrelatie), naar de keuze **voor het aanbod van een team dat samen als eerstelijnszorgvoorziening optreedt, via een inschrijving in een huisartspraktijk binnen die voorziening**. De huisartspraktijk dient de burger/patiënt die zich wenst in te schrijven, te accepteren, indien deze woont in het geografisch gebied door deze praktijk omschreven (primaire acceptatieplicht teneinde "risicoselectie" te vermijden), tenzij er zich een capaciteitsprobleem stelt. Of de zorgrelatie blijft bestaan, hangt uiteraard af van het naleven van de afspraken, die worden gemaakt in het kader van de zorgverlening. Wanneer deze niet worden nageleefd, kan de zorgverlener de patiënt uitschrijven. De patiënt kan via een eenvoudige procedure veranderen van huisartspraktijk ofwel binnen eenzelfde eerstelijnsvoorziening, ofwel naar een praktijk die tot een andere voorziening behoort. In dat geval komt hij/zij in een ander team terecht.

De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg blijft een belangrijke troef. Dit betekent dat alle medewerkers hier aandacht moeten voor hebben wat specifieke vereisten stelt op het vlak van kennis, vaardigheden en attitudes. Het belang van het nanoniveau kan hierbij moeilijk overschat worden: de kwaliteit van de interactie tussen de individuele hulpverlener en de hulpvrager. Zeker in een context van super-diversiteit en bij een grote concentratie van kwetsbare mensen (daklozen, psychiatrische patiënten, ...) zal met het oog op goede toegankelijkheid extra moeten ingezet worden op toeleiding en op "outreach"¹⁹ om vanuit de eerste lijn deze groepen te bereiken. Onderzoek in Gent leerde dat intensieve inspanningen van CAW, OCMW, vrijwilligersorganisaties, ... voor toeleiding van daklozen naar de eerstelijnsgezondheidszorg aanleiding gaf tot een toename van regulier zorggebruik op de eerste lijn door deze groep⁴¹.

Tenslotte is de ondersteuning van de communicatie via tolken en interculturele bemiddelaars een belangrijke voorwaarde om een goed contact met de patiënt mogelijk te maken.

Figuur 1: ORGANISATIEMODEL EERSTELIJN



Toelichting bij figuur 1.

Op het **macroniveau** worden de doelstellingen geformuleerd (zowel federaal als op het niveau van de deelstaten, bij voorkeur met de noodzakelijke synergie en complementariteit, en dit via afstemming in het kader van de interministeriële conferentie (ook het "Instituut voor de Toekomst" kan hierin een rol spelen). Federaal worden zowel het Budget Financiële Middelen voor de eerstelijnsgezondheidszorg (BFM1) en de modaliteiten (o.a. de financieringsmechanismen) vastgelegd, en dit in het kader van een nieuw model van beleidsvoering waarbij strategische advisering, overleg en beheer, elk met hun specifieke doelstellingen, duidelijk worden gedefinieerd. De deelstaten participeren actief in het vastleggen van het budget en modaliteiten van financiering, en zijn bevoegd voor de kwaliteit, erkenning, organisatie,... van de zorg.

Op het **mesoniveau** zijn de "eerstelijnszones" actief, elk voor een populatie van 75.000 tot 125.000 inwoners (uitzondering: in grote steden kan men ervoor kiezen om te werken met de volledige stadsbevolking). De eerstelijnszones krijgen een (theoretisch) referentiebudget, gebaseerd op het deel van het Budget Financiële Middelen voor de eerste lijn, waarop ze op basis van de "noden" van de populatie, recht op hebben. Dit budget wordt als een soort "benchmark" gehanteerd. Binnen elke eerstelijnszone zijn meerdere eerstelijnszorgvoorzieningen actief. Zij bestaan uit meerdere mono- of multidisciplinaire huisartspraktijken. De burger/patiënt kiest vrij voor een bepaalde eerstelijnszorgvoorziening (netwerk), via de inschrijving bij een huisartspraktijk die tot dat netwerk behoort. De integratie van huisartspraktijken met thuisverplegingsvoorzieningen (op zelfstandige basis, georganiseerde voorzieningen, diensten voor thuisverpleging,...) wordt gestimuleerd, waarbij gestreefd wordt naar operationele samenwerking, met delen van het Elektronisch Patiëntendossier, en dit als aanzet tot groeiende taakdelegatie en subsidiariteit. **Een eerstelijnszorgvoorziening omvat** een (ingeschreven) populatie van minimaal **10.000 inwoners in stedelijke gebieden, minimaal 5.000 inwoners in landelijke gebieden**. Binnen de eerstelijnszorgvoorzieningen zijn er verder operationele en/of functionele samenwerkingsverbanden tussen huisartsenpraktijken, eerstelijnspsychologische functie, CAW, OCMW, diensten maatschappelijk werk van ziekenfondsen, kinesitherapiepraktijken, ergotherapie-praktijken, apotheken, praktijken van eerstelijnsvroedkundigen, eerstelijnslogopedie-praktijken, organisaties actief in de gezondheidspromotie, Huizen van het Kind en consultatiebureaus Kind&Gezin, Centra voor Leerlingenbegeleiding, ondersteunende thuiszorgdiensten (gezinszorg, poetsdiensten,...), woon- en zorgcentra, mantelzorgorganisaties, vrijwilligers organisaties,...

Het lijkt wenselijk om een aantal praktijken exclusief toe te wijzen aan één eerstelijnszorgvoorziening-netwerk (b.v. huisartspraktijk en thuisverpleegkundepraktijk), terwijl andere voorzieningen tot meerdere eerstelijnszorgvoorziening-netwerken kunnen behoren (bv. kinesitherapie-praktijken, apotheken, CAW, ...).

Progressief kan operationele samenwerking aanleiding geven tot een verdere vorm van integratie zoals voorgesteld door het Nationale Academisch Platform Chronische Zorg, bestaande uit Domus Medica, de Société Scientifique de Médecine Générale, alle Belgische Academische Centra voor Huisartsgeneeskunde, de Vereniging van Wijkgezondheidscentra en de Fédération des Maisons Médicales, in de nota "Voorstel tot multidisciplinaire praktijkondersteuning in chronische zorg (ASSISTEO)" waarbij een chronisch zorgverpleegkundige zou kunnen worden tewerk gesteld ofwel als vaste verpleegkundige gekoppeld aan (één of meerdere) huisartspraktijken of in contractuele afspraak met een loontrekkende organisatie, of als zelfstandige, of in loondienst bij een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk (b.v. Wijkgezondheidscentrum/Maison Médicale)³³.

3.3. Zijn de huisartsen hier klaar voor?

Om het hierboven uitgetekende model in te vullen, zijn er voldoende goed functionerende huisartspraktijken nodig. Hoe ziet het huisartsenlandschap er vandaag in Vlaanderen uit?

A. Enkele gegevens³⁴

- Op dit moment zijn er 5.815 Vlaamse huisartsen beschikbaar voor de Vlaamse bevolking. De man/vrouwverdeling bedraagt 60/40. Van de ruim 7.600 erkende Vlaamse huisartsen komt dit overeen met iets meer dan 5.000 voltijds equivalenten (VTE). Concreet betekent dit een dekkingsgraad van 9,5 huisartsen per 10.000 Vlamingen, ofwel 1.200 patiënten per VTE-huisarts. Opvallend is dat het totaal aantal contacten per huisarts per jaar gestaag toeneemt, terwijl het aantal contacten per patiënt licht daalt. Bovendien neemt het totaal aantal contacten nationaal jaarlijks toe, met een stabiele densiteit van de artsen per regio.
- Er werken dubbel zoveel mannelijke huisartsen voltijds als vrouwelijke. Het idee leeft evenwel dat de combinatie deeltijds werken en vrouwelijke huisartsen eerder een impact zal hebben op de professionele nevenactiviteiten dan op de kwantiteit van de patiëntenzorg.
- Meer dan de helft van de huisartsen is ouder dan 50 jaar en meer dan 60% is langer dan 20 jaar actief als huisarts. De groep van 45-65 jaar heeft ruim 70% van alle patiëntencontacten op het conto staan. In de leeftijdsgroep 25-30 jaar werken drie keer meer huisartsen voltijds dan hun collega's in de leeftijdsgroep 50-65 jaar. Ongeveer 3/4 van deze groep werkt voltijds in de praktijk en 1/6 werkt driekwart van de arbeidstijd in de praktijk.
- Ruim 40% werkt als solo-arts en de helft werkt in een duo- of een groepspraktijk of een andere samenwerkingsvorm. Voor de optimalisatie van het praktijkmanagement en de uitbouw van de ondersteunende functies (inclusief financieel-economische overwegingen) is een samenwerking onder één dak evenwel geschikter dan losse afspraken. Bovendien toont onderzoek aan dat interprofessionele samenwerking onder één dak ook leidt tot betere toegang en kwaliteit voor patiënten met chronische aandoeningen⁴⁴. Deze inspanning wordt meestal niet op korte termijn beloond en samenwerkingen tussen huisartsen lopen soms stuk op een korte-termijn-planning en een gebrek aan een gedeelde visie.
- Driekwart van de huisartsen ziet 50 à 150 patiënten per week en twee op drie heeft nog een professionele nevenactiviteit. Onder de voltijdse huisartsen zijn er zeven keer meer solisten dan huisartsen in een groepspraktijk.
- Ruim 1/4 van de huisartsen heeft geen enkele formele assistentie in de praktijk. Deze medewerkers nemen taken over die de arts anders buiten de "werkuren" zou uitvoeren. Uit onderzoek blijkt dan ook dat vooral administratieve taken en taken met betrekking tot de "voorbereiding" van de patiënt door de praktijkassistent worden uitgevoerd. Op dit moment ontbreekt een formeel kader, een opleiding en een mandaat waarin er een praktijkassistent(e) tewerkgesteld kan worden.
- Eén derde van de huisartsen maakte ooit de overweging om uit het beroep te stappen en dan vooral door een combinatie van factoren zoals de werklust, het gebrek aan waardering en financiële gebreken. Dubbel zoveel deeltijdse artsen overwegen om uit het beroep te stappen in vergelijking met hun voltijdse collega's. Eveneens dubbel zoveel artsen uit de leeftijdsgroep 25-30 jaar zijn geneigd om te stoppen in vergelijking met hun 50- tot 65-jarige collega's. Aangezien deze leeftijdsgroep ook vaker nevenactiviteiten heeft, is een reële overstap laagdrempelig en dus waarschijnlijker.
- Bijna 1/3 gaat binnenkort met pensioen. De helft van deze groep zal zijn praktijk verderzetten na de leeftijd van 65 jaar. In realiteit gaat deze beslissing vooral ten koste van de neven-

activiteiten van de huisarts en wordt er ook fors gesnoeid in het aantal patiëntencontacten. Dit kan leiden tot een problematische situatie aangezien deze artsen veelal voltijds werken en dus veel patiëntencontacten voor hun rekening nemen. Bij het plannen van het aantal toekomstige huisartsen moeten zowel de hoge leeftijd van de VTE-huisartsen als het risico op uitstap uit het beroep door de jongere collega's in overweging worden genomen.

Op basis van deze gegevens wordt het duidelijk dat er voldoende huisartsen in de komende jaren moeten worden opgeleid en dat er werk moet worden gemaakt van praktijkondersteuning, taakdelegatie enerzijds en zelfzorg bij patiënten anderzijds. Dat het aantal opgeleide huisartsen in Vlaanderen in de voorbije jaren verdrievoudigd is, is een goede zaak.

Er moet verder werk gemaakt worden van het uitbouwen en het ondersteunen van samenwerkingsverbanden in antwoord op de veranderende zorgnoden en -organisatie.

B. Het management van de huisarts-/eerstelijnspraktijk

In het huidige zorglandschap is de huisartsenpraktijk aan reorganisatie toe. Meer dan ooit werkt de huisarts samen met andere disciplines maar ook in de eigen praktijk verschijnen medische, paramedische en ondersteunende medewerkers. De huisarts krijgt managementtaken en is medeverantwoordelijk voor een 'kleine onderneming'.

Van solo tot groep tot multi.

Op relatief korte tijd kwamen allerhande nieuwe samenwerkingsmodellen³⁵ in de huisartsenpraktijk tot stand: de solo-arts gaat netwerken of samen onder één dak, HAIO's associëren met hun praktijkopleider, jonge artsen starten een groepspraktijk en het aantal wijkgezondheidscentra groeit. Maar samenwerken gaat niet vanzelf en er bestaat geen ideaal recept om tot goede afspraken te komen voor elke individuele situatie. Deze afspraken betreffen niet louter de logistiek en infrastructuur, maar gaan essentieel ook over de patiëntenzorg.

Bij een nieuwe samenwerking moeten veel beslissingen genomen worden. Zowel de juridische als de logistieke en de ideologische aspecten moeten door alle betrokken partijen overwogen worden. Voor- en nadelen moeten zorgvuldig afgewogen worden en alle opties overlegd. Alle afspraken moeten schriftelijk vastgelegd worden. Gespecialiseerd advies en begeleiding is in vele situaties noodzakelijk. Zowel over intrede- als uitstapprocedures en daaraan eventueel gekoppelde financiële voorwaarden, bestaan geen eenduidige adviezen noch regels. Belangrijke ijkpunten zijn dat de continuïteit van de zorg voor de patiënten gegarandeerd blijft en dat alle partners zich goed voelen met de genomen beslissing.

Samenwerken en taakverschuiving is een leerproces.

Hoewel taakdelegatie in sommige landen reeds bestaat sinds de jaren zestig van de vorige eeuw, worden de hoge verwachtingen die velen hierover koesteren niet onvoorwaardelijk ingelost of gestaafd door "evidence".

- In de praktijk is de aanwerving van en uitbesteding van taken aan een praktijkassistent onder welk statuut dan ook in België niet eenvoudig.
- Er is onduidelijkheid over de titel en de bijhorende functieomschrijving en het juridisch-deontologisch kader waarin deze medewerker functioneert.
- Er is weinig inhoudelijke en structurele ruimte voor een praktijkassistent in de huisartsenpraktijk.
- Het huidige vergoedingssysteem (betaling per prestatie) staat taakdelegatie in de weg.

- Een kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg door taakdelegatie is gedocumenteerd vooral op niveau gezondheidsvoorlichting (inclusief preventie) en opvolging van chronisch zieken. De zorgkwaliteit moet bewaakt worden door in te zetten op protocollen in een eerstelijnspraktijk. Door processen in protocollen te beschrijven ontstaat meer inzicht, overzicht en duidelijkheid, waardoor processen beter beheersbaar worden en verbeterd kunnen worden.
- Het effect van taakdelegatie op de werkdruk van de artsen is voorlopig beperkt. In de praktijk wordt de vrijgekomen tijd gewijd aan kerntaken waardoor de werkuren van de artsen niet verminderen.

Het aanwerven en opvolgen van een praktijkassistent vereisen een gedegen voorbereiding. In de eerste plaats moet het duidelijk zijn welke taken deze assistent opneemt en of dit takenpakket flexibel kan worden ingevuld. Ten tweede moet het beroepsprofiel van de assistent worden bepaald. Een werkgroep "praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg" werkt hier momenteel aan. Ten derde moet een verantwoordelijke uit de praktijk worden aangesteld om de personeelszaken van deze medewerker op te nemen en het dagelijkse functioneren te volgen. Tot slot moet duidelijk zijn dat de medewerker een deel van het praktijkteam uitmaakt en ook als dusdanig wordt betrokken en geëvalueerd.

Het is van groot belang om bij de uittekening van deze samenwerkingsverbanden voldoende aandacht te besteden aan juridische aspecten, aansprakelijkheid, ontwikkeling van modelcontracten, praktische procedures. Het ontbreken van "tools" op dit vlak brengt met zich mee dat goed bedoelde projecten soms mislopen. Er is op dit vlak nog heel wat competentie ontwikkeling noodzakelijk. Ook zal men moeten nagaan in welke mate de Code van Geneeskundige Plichtenleer (Orde der Geneesheren) compatibel is met geïntegreerde vormen van samenwerking. Zo stelt artikel 81 van de Code: "Elke ereloonverdeling tussen artsen en niet-artsen is verboden"³⁶. Deze bepaling uit 1975 staat op gespannen voet met de actuele praktijk, waar financiering van artsen, verpleegkundigen wordt gepoold in het kader van gezamenlijke praktijkvoering. In het kader van de forfaitaire betaling (KB 23.04.2013), is het overigens zo dat het ontvangen bedrag per patiënt zowel de financiering van de huisarts, als van de verpleegkundige als van de kinesitherapeut dekt. Ook op het vlak van de deontologische bepalingen zijn aanpassingen nodig.

4. EEN NIEUW FINANCIERINGSMODEL

4.1. Middelen vrijmaken

Er is in de meeste West-Europese landen momenteel een beperking op de groei van het budget gezondheidszorg. De nieuwe federale regering voorziet een groei met 1,5% per jaar voor de sector. Wil men innovatie implementeren, dan dient dit te worden begeleid door het vrijmaken van middelen die momenteel inadequaat worden ingezet, en het verschuiven van middelen in het kader van beleidskeuzes b.v. van tweede naar eerste lijn. We vermelden een aantal mogelijkheden voor het vrijmaken van middelen zonder impact op de kwaliteit van de zorg³⁷:

- bijna 90% van de Belgische bevolking onderging tussen 2002 en 2008 een onderzoek met medische beeldvorming (RX-onderzoeken, CT-scans,...), 43% van hen zelfs meer dan 10 maal. Het aantal CT-scans is naar schatting 30% te hoog;
- 40% van alle bezoeken met kinderen aan de spoedopname vereisten geen specialistische zorg;
- jaarlijkse controle bij specialisten (b.v. cardiologen) leiden tot veel technische prestaties, maar slechts zelden (in minder dan 2% van de gevallen) geven ze aanleiding tot een aanpassing van de therapie;
- sommige chirurgische ingrepen (zoals rugoperaties, artroscopieën) worden in België veel vaker uitgevoerd dan in andere Westerse landen en dragen niet bij tot een beter resultaat;
- bijna 1 op de 4 mensen met kanker krijgt in de laatste 2 weken van zijn leven nog chemotherapie die zinloos is;
- het antibioticagebruik ligt in België 34% hoger dan het OESO-gemiddelde, zeker in sommige groepen (breedspectrum) antibiotica;
- het aantal ziekenhuisopnames in België scoort 15% hoger dan het OESO-gemiddelde;
- in 2012 werd meer dan 500 ton aan vervallen geneesmiddelen ingezameld in de Belgische apotheken, in 2011 was het "slechts" 326 ton.

Alleen al het bovenstaande inadequaate gebruik van gezondheidszorg terugbrengen tot "goed gebruik", is volgens schattingen goed voor 1,5 tot 2 miljard euro. Deze middelen kunnen dan worden ingezet om innovatie te betalen en toegankelijkheid te verbeteren.

4.2. Een “Budget Financiële Middelen” voor de Eerstelij (BFM1): een innovatieve prospectieve budgetnorm

Momenteel is er geen “prospectief” budget voor de eerste lijn: de gebruikte middelen komen tot stand in het kader van een “open systeem”, gebaseerd op reactieve zorg in de betaling per prestatie. In een aantal disciplines op de eerste lijn, werden beperkte pogingen gedaan om de betaling per prestatie aan te vullen met andere vormen van betaling: in de huisartsgeneeskunde nam in de voorbije 15 jaar het percentage niet-prestatie gebonden betaling toe van 1% tot 20% (via patiëntgebonden financieringen zoals het GMD, praktijkgebonden financiering zoals de ondersteuning voor EMD, middelen voor personeelondersteuning in de praktijk, accrediteringsforfait,...). Ook in de verpleegkunde werden een aantal “forfaits” geïnstalleerd. In de andere eerstelijnsdisciplines, blijft de betaling per prestatie de dominante /enige betalingsvorm.

In het kader van het realiseren van een transparante verantwoordelijkheid verdient het aanbeveling om een (theoretisch) “Budget Financiële Middelen voor de Eerstelij” BFM1 vast te leggen: een globaal budget voor de zorg in de eerste lijn dat overeenkomt met de benodigde middelen wanneer de zorg op optimale wijze wordt verstrekt. Het tot stand komen van dit budget, bij voorkeur in het kader van het overleg tussen de federale overheid en de deelstaten (Interministeriële Conferentie: IMC), is absoluut noodzakelijk om een goede verhouding tussen de verantwoordelijkheden van de eerstelijnsgezondheidszorg en de tweede en derde lijn vast te leggen. Deze BFM1 dient tot stand te komen binnen de strategische beleidsadviesing, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, met aandacht voor toetsing door participatie van de betrokken maatschappelijke actoren, inclusief burgers en patiënten. Deze moeten dan concreet gemaakt worden op het niveau van de beheersmatige activiteiten waar de overheid in nauw overleg met zorgverzekeraars en zorgverstrekkers de budgetten en de daarbij horende engagementen vastlegt. Bij de berekening van het budget wordt aandacht geschonken aan internationale vergelijkingen, vertrekkend van de geformuleerde gezondheidsdoelstellingen en de verantwoordelijkheden die de eerste lijn opneemt. Uiteraard, kan men hierbij niet louter volstaan met een extrapolatie van de gegevens vanuit de actuele betaling per prestatie, maar dient men te vertrekken vanuit de noden van de bevolking, en wat een optimale aanpak binnen de eerste lijn zou kunnen zijn, mede in het kader van de toenemende “vermaatschappelijking” van de zorg. Het BFM1 dient aandacht te hebben voor alle opdrachten van de eerste lijn, inclusief de vereisten op het vlak van toegankelijkheid en integrale benadering. Hierbij kan men verschillende scenario's maken: een scenario waarbij de door de eerste lijn voorgeschreven geneesmiddelen mee in het budget zijn opgenomen (of niet), een scenario waarbij de aangevraagde laboratoriumonderzoeken en medische beeldvorming mee in het budget wordt opgenomen (of niet). Idealiter zou ook het deel “welzijn” in het BFM1 moeten worden opgenomen. In een eerste fase en gegeven de huidige bevoegdheidsverdeling, lijkt dit een zeer complexe opdracht, die we voorlopig buiten beschouwing laten.

Het (theoretisch) BFM1 wordt een oriëntatiepunt voor de keuzes in de besteding van de middelen in de gezondheidszorg.

Naar analogie met wat in andere landen wordt voorgesteld nl. “bundled payments”, waarbij globale bedragen voor zorg in verschillende “lijnen” worden samengebracht, zou men zich kunnen afvragen of het niet beter is te kiezen voor een BFM voor netwerken van voorzieningen die zowel de eerste lijn als ziekenhuizen omvatten en die op deze wijze worden gestimuleerd om hun processen meer te integreren. Op die manier zou men het lastige probleem van het verschuiven van middelen van ziekenhuizen naar de eerste en tweede lijn kunnen aanpakken. In de Verenigde Staten werkt Kaiser Permanente³⁹ met een dergelijke aanpak. Dit veronderstelt echter een sterke eerste lijn met een goede horizontale en verticale integratie en een zeer performant informatiesysteem. Dit is dus eerder te onderzoeken als een mogelijk toekomstproject.

4.3. Verdeling van het BFM1, gebaseerd op de zorgnoden van de eerstelijnszones

Het voorstel is om het BFM1 (theoretisch) te verdelen, over de 110 “eerstelijnszones”, en dit op basis van de bestaande expertise met de multivariate normatieve formule, gebruikt voor de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen, aangepast aan de concrete data van de eerstelijnsgezondheidszorg. Sinds mei 2013, is met deze formule in de “Commissie belast met de toepassing van de reglementering betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen” (RIZIV) veel ervaring opgedaan in het kader van de onderlinge verdeling tussen de forfaitair werkende centra, binnen de middelen die in het budget voor de forfaitaire betaling zijn voorzien. De formule berekent, aan de hand van 80 variabelen (leeftijd, geslacht, inkomenscategorie, morbiditeit, functionele toestand,...), de “zorgnood” van een populatie, waarbij de “zorgnood” wordt benaderd via de te verwachten uitgaven voor een persoon met bepaalde waarden voor deze 80 variabelen (voor de lijst met variabelen: zie tabel 1 in bijlage). Dit betekent dat elke eerstelijnszone, potentieel over **een budget** beschikt dat **gebaseerd is op de “zorgnood” van de bevolking**, of eerder (de te verwachte zorgvraag). Dit budget wordt als een soort “referentie-budget” gebruikt, ten aanzien waarvan de performantie (efficiëntie, kwaliteit, toegankelijkheid,...) van een welbepaalde eerstelijnszone wordt geëvalueerd.

De uitdaging voor elke eerstelijnszone is, om met deze middelen, maximaal de gezondheidsdoelstellingen (geformuleerd op macroniveau, eventueel aangevuld met specifieke doelstellingen op het niveau van de eerstelijnszone) te realiseren.

Terzelfdertijd worden op macroniveau (federaal), een aantal principes vastgelegd die van belang zijn voor de manier waarop financiële middelen kunnen worden aangewend:

- **alle burgers** worden uitgenodigd om zich **in te schrijven in een eerstelijnszorgvoorziening via een inschrijving in een huisartspraktijk** binnen deze voorziening. Wanneer zij dit doen, betalen zij geen “remgeld”(persoonlijke bijdrage) voor de huisartsen en verpleegkundigen, verbonden aan deze huisartspraktijk, bij wie ze verplicht consulteren (behoudens tijdens wachtdiensten). De ingeschreven burger kan op een soepele wijze worden uitgeschreven om van huisartspraktijk te veranderen;
- met **nieuwe gezondheidsproblemen** kunnen patiënten **niet rechtstreeks bij de tweede lijn** terecht, tenzij in situaties van medische urgentie (patiënt met verminderd bewustzijn, belangrijke bloeding,...). De OESO-aanbeveling aan België uit 2005 stelt voor om rechtstreeks consulteren van de specialist, voor nieuwe problemen, zonder verwijzing door de huisarts, niet meer terug te betalen;
- met uitzondering voor echte noodtoestanden, kan een patiënt alleen op de spoedopname terecht, wanneer er **een verwijsbrief is van de huisarts** uit de eerstelijnspraktijk waar hij/zij is ingeschreven of van een huisartsenwachtdienst. Dit kan op korte termijn tot een belangrijke reductie van het aantal (mensen op) spoeddiensten in België aanleiding geven. Een belangrijke vermindering van het aantal spoeddiensten werd ook in het KCE rapport over de ziekenhuisfinanciering bepleit⁵;
- er zijn 2 modellen van “**verwijzingen**” van eerste naar tweede lijn. Het eerste “**lineair**” **model** is gericht op nieuwe (niet levensbedreigende) gezondheidsproblemen, waarbij het onduidelijk is wat precies de aard van het probleem is: deze komen best terecht op de eerstelijns²⁸. Over het algemeen zullen slechts minder dan 10% van deze problemen een verwijzing naar de tweede lijn vereisen. Een tweede model is het “**spiraal**”-**model** van verwijzing, vooral relevant bij patiënten met chronische aandoeningen, waarbij patiënten voortdurend binnen de eerste lijn en van eerste naar tweede (en derde) lijn zich verplaatsen. Dit veronderstelt een belangrijke vorm van coördinatie en goede informatie van patiënten. De twee vormen van verwijzing, kunnen worden operationeel gemaakt via een “elektronische verwijskaart”: voor nieuwe problemen, die diagnostisch worden uitgewerkt, een verwijskaart van twee maand (waarbinnen terugbetaling op de tweede lijn gegarandeerd is), en

een “lange verwijskaart” geldig voor 6 maand, bij patiënten met chronische aandoeningen. De status van deze verwijzingen kunnen elektronisch gecheckt worden door huisarts en specialist via e-Health en “MyCareNet”. Functionerende buitenlandse modellen kunnen hier als toetssteen dienen.

Waarom echelonnering of “getrapte zorg”?

Er is in België veel discussie m.b.t. de verhouding tussen “echelonnering” en “keuze-vrijheid”. Deze laatste is nooit absoluut en wordt ingeperkt door wetenschappelijk en maatschappelijke vereisten:

- Rechtstreekse toegang tot de specialist leidt tot inefficiëntie van de zorg wegens de kans op “mismatch” tussen de complexiteit van de “vraag” en de competentie van het “aanbod”. Het gaat bij deze rechtstreekse hulpvragen aan de specialist vaak over eenvoudige problemen, die geen tussenkomst van de specialist vragen. Deze is immers opgeleid voor het oplossen van complexe problemen.
- Een effectief verwijs-systeem heeft een positief effect op zorgverstrekkers. Immers, zonder echelonnering, zien ziekenhuizen en specialisten teveel zelflimiterende aandoeningen of doen teveel eenvoudige repetitieve interventies, waardoor hun ervaring om complexe problemen aan te pakken afneemt. Huisartsen van hun kant zien b.v. nog weinig kinderen waardoor hun capaciteit om kinderen goed op te vangen buiten-de-uren (wanneer pediaters minder bereikbaar zijn) vermindert²⁸.
- Er is geen verschil in de aard van de gezondheidsproblemen die zich aanmelden op de huisartsenwachtpost in het weekend en de problemen die in het weekend door patiënten zonder verwijsbrief worden aangemeld op de spoedopname⁴⁰. Ook hier is een getrapte gebruik aangewezen. Overigens is de echelonnering ook een voorwaarde om te komen tot een betere afstemming tussen een huisartsenwachtpost op de campus van een ziekenhuis en de spoedopname.
- Tenslotte heeft echelonnering ook te maken met sociale rechtvaardigheid: laag- en middenopgeleide Belgen maken meer gebruik van huisartsen en hoger opgeleiden meer van specialistische zorg, en dit ook na controle voor hun gezondheidstoestand. Gebrek aan echelonnering verklaart deze vaststelling⁴¹.

Wat de wijze van financiering betreft, werd in het rapport van EXPH²⁸, een checklist samengesteld om effectieve manieren van betalen van zorgverstrekkers te realiseren.

Tabel 2 geeft deze checklist.

Tabel 2. Checklist: criteria voor effectieve betalingssystemen voor zorgverstrekkers

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

Om de checklist uit tabel 2 te implementeren, is het noodzakelijk dat men beschikt over adequate gegevens over de verstrekte zorgverlening, wie welke zorgen verstrekt, voor welke groepen patiënten,.... Op deze manier kan een analyse gebeuren en kan "benchmarking" b.v. tussen verschillende eerstelijnszones tot stand komen. Op deze wijze kan de informatie bijdragen tot het documenteren van de relatie tussen het financieringsmechanisme en de kwaliteit. Bovendien kan de informatie ook gebruikt worden als feedback naar de zorgverstrekkers.

In een eerste fase blijft de financiering van de welzijnssector, die een bevoegdheid van de gemeenschappen is, ongewijzigd. Hoewel er principieel, ook internationaal, veel voor gepleit wordt om sectoren welzijn en gezondheid beter te doen samenwerken, blijft het een uitdaging om modellen te ontwikkelen die de integratie van de financiering van de welzijns- en gezondheidssector mogelijk maken. Een eerste stap om tot meer integratie te komen is wellicht het samen brengen van de politieke verantwoordelijkheid voor welzijn en gezondheid op de verschillende beleidsniveaus.

4.4. Financiering op het mesoniveau (de “eerstelijnszone”)

Zoals hoger aangegeven, dient het mesoniveau ervoor te zorgen dat de doelstellingen die werden vastgelegd op macroniveau, eventueel aangevuld met specifieke doelstellingen op mesoniveau, worden gerealiseerd. Tevens dienen hier een aantal continuïteitsfuncties te worden opgenomen.

Het mesoniveau is het niveau van de organisatorische ondersteuning van de concrete zorgverlening op het microniveau. Terzelfdertijd is het mesoniveau een niveau waarop een soort “vertical competition” tot stand komt, waarbij de verschillende eerstelijnszones beloond worden al naargelang ze performanter zijn in het realiseren van de doelstellingen. Deze worden beoordeeld op basis van kwaliteitsindicatoren die breed gedragen zijn door de bevolking en de gezondheidswerkers (bottom-up proces). Het mesoniveau is ook het niveau waarop experimenten op het vlak van innovatie in de eerste lijn plaats grijpen.

Bij het evalueren van de performantie wordt gekeken naar de gerealiseerde progressie (de “Delta”) eerder dan naar de actuele situatie (die vaak door heel veel historische factoren is gedetermineerd). Enkel de eerstelijnszones die zich in de bovenste 25% bevinden, komen in aanmerking voor de financiering van innovatie-experimenten.

Een dergelijk systeem van “vertical competition”, op basis van decentrale “units” heeft, in het buitenland tot uitstekende resultaten geleid. Een bekend voorbeeld is de realisatie van de Jönköping County Council in Zweden. Gedurende een periode van 20 jaar werd op permanente wijze gewerkt aan “a good life in an attractive county”. Een belangrijke strategie hierbij was het inzetten op opleiding en training van de zorgverleners in kwaliteitsverbetering: duizenden zorgverleners namen deel aan de programma’s die werden georganiseerd. Dit leidde er uiteindelijk toe dat Jönköping in nationale vergelijkingen de beste resultaten liet zien op het vlak van de kwaliteit van de zorg⁴².

4.5. Financiering op het microniveau

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

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

Er is een brede consensus in Vlaanderen¹ en Wallonië⁸ dat een diversificatie van de betalingsmechanismen noodzakelijk is.

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

- **Model A:** de betaling per prestatie zoals we die nu kennen maar via een systeem van volledig elektronische derde betaler, zonder persoonlijke bijdrage van de ingeschreven patiënt. Het systeem evolueert van de huidige 80-20 verdeling (80% per prestatie; 20% niet-prestatie-gebonden), in de komende 10 jaar naar een systeem van 60-30-10: (60% niet prestatiegebonden; 30% per prestatie en 10% pay-for-quality (zie 4.6.)). Momenteel is de betaling per prestatie de meest gebruikte financieringsvorm in de eerstelijnsgezondheidszorg en zorgt voor 80% van het huisartsinkomen. Dit percentage neemt in dit voorstel progressief af, hoofdzakelijk via de toename van vergoeding voor het Globaal Medisch Dossier, dat op die manier een soort "capitatie" wordt.
- **Model B:** het systeem van forfaitaire betaling, conform de wet van 14.07.1994, art; 52 §1, geconcretiseerd in het Koninklijk Besluit van 23.04.2013. Ook hier wordt 10% van de financiering in pay-for-quality georganiseerd (zie 4.6.).

Momenteel wordt 3% van de Belgische bevolking verzorgd in het kader van de zogenaamde "forfaitaire betaling", waarvan het mechanisme wordt gedefinieerd in het KB 23.04.2013. Het gaat over een "Needs Based Integrated Mixed Capitation", dit betekent dat praktijken die voor dit systeem kiezen, maandelijks een vast bedrag per patiënt ontvangen voor een zorgpakket van huisartsen, vaak aangevuld met verpleegkundigen en kinesitherapeuten. Het bedrag per patiënt is praktijk-specifiek en

komt tot stand via een jaarlijkse “elektronisch foto” van de verzorgde populatie opgebouwd uit 80 variabelen, die rekening houden met de “noden”: inkomen, geslacht, leeftijd, morbiditeit, sociale factoren,... Voor een lijst met gebruikte variabelen: zie tabel 1 in bijlage.

Het is duidelijk dat dit model, dat origineel gemaakt is om financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen ten aanzien van “grote uitgaven” in kaart te brengen (een beperkt aantal patiënten die veel kosten genereren omwille van complexe morbiditeit en interventies), zal moeten worden aangepast aan de noden van de eerste lijn: hier gaat het om grote aantallen patiënten, met een beperkt aantal aandoeningen en in toenemende mate chronische aandoeningen. Wellicht moeten ook andere relevante variabelen worden toegevoegd: b.v. het behoren tot etnisch-culturele minderheden, wat een toename van de zorglast met zich meebrengt zeker wanneer er voor vertaling moet worden gezorgd. Tenslotte kleven er ook nadelen aan het indirect afleiden van morbiditeit uit de voorgeschreven medicatie.

Uit onderzoek van **de effecten van de praktijken die in de forfaitaire betaling werken** (Kenniscentrum Rapport 85A)⁴³ blijkt dat deze praktijken:

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

Teneinde de noodzakelijke ontwikkeling naar interdisciplinaire samenwerking te stimuleren, kan men gebruik maken van financieringsmaatregelen. Het rapport over de ziekenhuisfinanciering van het Federaal Kenniscentrum heeft er op gewezen dat het, ook in het kader van de Europese regelgeving, perfect verdedigbaar is om “op een correcte en transparante wijze tegemoet te komen aan de meerkost van multidisciplinariteit”⁵. Recent onderzoek geeft aan dat samenwerking tussen eerstelijns werkers “onder één dak” een meerwaarde betekent voor de begeleiding van chronisch zieken⁴⁴.

4.6. Pay-for-quality?

“Pay-for-quality” is een variant van “pay-for-performance” dat gedefinieerd wordt als “the adaptation of provider payment methods to include specific incentives and metrics explicitly to promote the pursuit of quality and other health system performance objectives”⁴⁵.

In de voorbije 15 jaar, werd “pay-for-quality” (P4Q) regelmatig opgevoerd als “de” oplossing om kwaliteit en efficiëntie via een betalingsmechanisme te stimuleren.

Intussen is, vanuit de wetenschappelijke literatuur, meer inzicht aangeleverd over **de factoren die bijdragen tot de effectiviteit van P4Q-programma’s**:

- de programma’s zijn het meest effectief wanneer ze **aansluiten** bij algemene **strategieën en doelstellingen** en gebruik maken van aanbevelingen en richtlijnen die door alle betrokkenen worden aanvaard;
- programma’s zijn meer succesvol wanneer de P4Q **geïntegreerd is een globaal betalings-systeem** en hierbij een aanvullende functie vervult;
- programma’s zijn meer effectief wanneer ze **focussen op specifieke knelpunten** in het functioneren die een brede en grondige aanpak vragen om tot verbetering te komen;
- **de structuur van de zorgverstrekking** heeft een grote invloed en zal bepalen of de zorgverstrekkers al dan niet goed reageren op de “incentives”. Wat men in elk geval moet vermijden in verband met P4Q zijn programma’s met een complexe en niet-transparante structuur; programma’s waarbij men selectief kan intekenen⁴⁵ op sommige onderdelen van het programma.
- Over het algemeen wordt een **P4Q aandeel van 5 tot 15%** gehanteerd, dat wordt uitgekeerd aan de voorziening en niet aan de individuele verstrekkers.

De ervaring met de P4Q in het kader van het “Quality and Outcomes Framework” in Engeland hebben er tevens op gewezen dat deze manier van betalen, vaak de zorgverstrekker oriënteert op de interventies die “punten” (en dus geld) opbrengen waarbij patiënten aangaven dat op die manier de zorgvragen, waarvoor ze in feite consulteerden, ondergesneeuwd geraakten onder de checklist van de “op te volgen punten”⁴⁶.

Het voorstel is dus om in de toekomst, zowel binnen model A als model B, ongeveer 10% van het totale inkomen via P4Q te verwerven, rekening houdend met bovenstaande criteria.

Er wordt een mechanisme voor het meten van kwaliteitsverbetering in werking gesteld, en dit zowel op het vlak van “structuur”, “proces” als “outcome”⁵².

Op al deze niveaus zijn belangrijke kwaliteitsindicatoren vastgelegd:

- **Op het niveau van de “structuur”:**
 - Kwaliteit van de afstemming tussen de verschillende niveaus in de gezondheidszorg en de aanwezigheid van integratie
 - Participatie van individuen en de bevolking
 - Toegankelijkheid van de voorzieningen, zowel geografisch, cultureel als financieel
 - Aanwezigheid van richtlijnen, gebaseerd op “Evidence Based Medicine”

- Aanwezigheid van systemen die de kwaliteit van de zorg verbeteren
- Aanwezigheid van kwaliteitsvolle opleidingsinitiatieven en – programma's
- **Op het niveau van het "proces":**
 - Gebruik van aanbevelingen in de praktijk
 - De kwaliteit van de interacties met patiënten zowel op microniveau als op het niveau van de individuele hulpverlener (nanoniveau)
 - Efficiëntie van de processen: wie doet wat?
 - Transparantie van de processen
 - Betrokkenheid en impact van de burger/patiënt bij de verschillende processen
- **Op vlak van de "outcome":**
 - De klassieke indicatoren rond morbiditeit en mortaliteit (op macroniveau)
 - Tevredenheid van de burger/patiënt
 - Impact van de zorg op de functionele toestand
 - Verhouding tussen ingezette middelen en resultaat
 - Evolutie van sociale verschillen en de impact van de gezondheidszorg hierop

Enkele voorbeelden van indicatoren:

- Indicatoren op patiënten-niveau: inadequaat gebruik spoeddiensten en dringende ziekenhuisopname; verbeterde toegankelijkheid; wachttijden;...
- Een indicator voor de mate van "taakverschuiving" binnen de eerste lijn (van huisarts naar verpleegkundige, van verpleegkundige naar zorgkundige, van huisarts naar praktijkassistent eerste lijnsgezondheidszorg,...).
- Performantie-indicatoren: op niveau van de eerstelijnszone wordt het verbruik in de ambulante tweedelijnsgezondheidszorg gemeten, gecorrigeerd voor "zorgnood" van de populatie van deze zone, zoals beschreven in 4.2. Performante eerstelijnszones krijgen extra-middelen, die geïnvesteerd kunnen worden in innovatie en de verdere versterking van de eerste lijn.
- Index op het vlak van voorschrijven: zoals op dit moment reeds de "pharma-profielen" op niveau van praktijken bestaan, kunnen deze ook worden uitgewerkt op het niveau van eerstelijnszones, uiteraard hier ook met controle voor "zorgnood". Ook het voorschrijven van laboratorium-onderzoek en medische beeldvorming kan worden geëvalueerd.

5. GEZONDHEIDSPROMOTIE, PREVENTIE, “EMPOWERMENT-ENABLING” EN PARTICIPATIE

Belangrijke gezondheidswinst, op niveau van de samenleving, kan nog geboekt worden op het vlak van o.m. gezond bewegen en eten, geen of (met mate) alcohol drinken, niet roken en mentale gezondheid. Hierop inzetten met een gevarieerde strategie (individugericht, gemeenschapsgericht, contextgericht,...), gesteund op wetenschappelijk onderzoek blijft een belangrijke opdracht. Op het niveau van het individu, dient vooral ingezet op het verbeteren van de “health literacy”: dit gebeurt in de eerste plaats via het onderwijs door het verhogen van de basiskennis inzake gezondheid, echter binnen de gezondheidszorg moet meer rekening gehouden worden met individuele verschillen in health literacy en in nood aan informatie en betrokkenheid. De rol die de patiënt of burger kan spelen in de preventie of behandelingen van aandoeningen moet duidelijk besproken worden. Specifieke programma’s gericht op etnisch-culturele minderheden (ECM) en kansarmen, kunnen de spanningen vanuit het onderwijs en de gezondheidszorg verder ondersteunen. Een goede mix van top-down benadering (gezondheidsdoelstellingen) en bottom-up initiatieven (lokale bewegingsactiviteiten, gezonde voedingsacties,...) blijft noodzakelijk. Bij het hanteren van een “bottom-up” benadering werd heel wat ervaring opgedaan met “Community Oriented Primary Care”, waarbij een “gemeenschapsdiagnose” wordt gesteld met betrokkenheid van de lokale bevolking waarna met alle stakeholders, een interventie wordt ontwikkeld en geëvalueerd³². Dit vormt een uitstekend model om te evolueren naar intersectorale actie ter bevordering van gezondheid, waarbij achterliggende determinanten van gezondheid (werk, educatie, woonkwaliteit,...) worden aangepakt en betrokken bij gezondheidsbevordering (“gezonde leefstijl én gezonde leefomgeving”). Op het lokale vlak kan het initiatief “Gezonde Gemeente” hierin een belangrijke rol spelen.

Een “Eerstelijnszone-Raad” van een gemeente kan een lokaal bestuur adviseren m.b.t. de keuzen in het kader van het lokaal gezondheidsbeleid.

Bijzondere aandacht dient ook besteed te worden aan bevolkingsonderzoek. De Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin heeft in zijn advies van 8 oktober 2014 aangegeven dat bevolkingsonderzoeken naar kanker dienen te worden georganiseerd volgens evidentie verkregen uit wetenschappelijk onderzoek. Zoals elke preventieve interventie, moet bevolkingsonderzoek gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek, voor- en nadelen van preventie moeten gecommuniceerd worden op een manier aangepast aan verschillende doelgroepen, de burger moet zelf beslissingen kunnen nemen, aansluiten bij zijn begripsniveau en noden.

Het is van groot belang de wetenschappelijke onderbouwing aan te houden en te actualiseren. Het huidig wetenschappelijke debat over de voor- en nadelen van screening dient bovendien van nabij opgevolgd te worden. Hierover wordt duidelijke informatie in verstaanbare taal naar de burger verwacht.

Sterke engagementen zijn nodig voor het realiseren van de doelstelling betreffende de participatie van alle doelgroepen aan de bevolkingsonderzoeken. De strategie om de financiële, geografische, socioculturele en informatieve toegankelijkheid van de bevolkingsonderzoeken te verbeteren is essentieel. De strategie mag zich immers niet beperken tot het informeren van moeilijk bereikbare groepen om hen te overtuigen deel te nemen aan de bevolkingsonderzoeken maar dient daarentegen in te zetten op het creëren van een cultuur waarin elke burger - via informatie, begeleiding en deelname aan het beslissingsproces - een weloverwogen keuze kan maken over de eigen gezondheidskwesties.

Zorgverleners op de eerstelijns hebben in hun dagelijkse zorg een belangrijke opdracht in het **empowerment van de patiënt** en zijn mantelzorg. Patiëntgericht handelen, met aandacht voor de individuele noden en de gestelde levensdoelen, veronderstelt een patiëntgerichte communicatiestijl, die vertrekt van de vragen, de ideeën, verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt, en werkt naar beslissingen die genomen worden op basis van gemeenschappelijke grond. Aansluiten bij de taal en de capaciteiten op het vlak van inzicht en begrip van de individuele cliënt/patiënt is hierbij essentieel

(nanoniveau). Huisartsen werden hiertoe in de voorbije jaren intensief opgeleid. Maar ook andere eerstelijnsdisciplines zijn hiertoe opgeleid, of hebben deze deskundigheid verworven. Deze competentie wordt terecht als voorwaarde gesteld om casemanaging voor een patiënt te kunnen opnemen. In de oriëntatienota "Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België"⁴⁷ wordt casemanagement breed gedefinieerd als alle zorgbeheer en coördinatie voor de individuele behoeften en doelstellingen van de patiënt.

Gezien de complexiteit van de medische zorgverlening wordt deze regiefunctie bij chronisch medische aandoeningen soms opgenomen door het duo patiënt/huisarts of door het duo patiënt/andere hulpverlener. De oriëntatienota 2013 schat dat dit geldt voor 80% van de chronisch zieken. Op sommige momenten zal (al of niet tijdelijke) ondersteuning of overname van deze regiefunctie aangewezen zijn. Gespecialiseerde verpleegkundigen, educatoren, interculturele bemiddelaars en andere mediators kunnen hierbij een belangrijke bijdrage leveren, zeker wanneer ze in de praktijken of op het mesoniveau van de ondersteuningsvoorzieningen fungeren. Ze kunnen via delegatie ook in de praktijken tewerk worden gesteld. Innovatieve modellen en creatieve afspraken hieromtrent kunnen ontwikkeld en gestimuleerd worden in de betreffende eerstelijnszone.

In een aantal situaties (de oriëntatienota schat 10%) zal niet de huisarts maar een andere frequent aanwezige hulpverlener of mantelzorger (al of niet tijdelijk) functioneren als coördinator van de zorg voor een individuele patiënt. Voorwaarde is dat hij van de patiënt het vertrouwen krijgt, en de hiervoor noodzakelijke patiëntgerichte competenties heeft. Zowel thuisverplegenden bij intens verzorgde patiënten, als begeleidende medewerkers van de diensten gezinszorg kunnen deze taak in onderlinge afspraak met de patiënt en de andere chronische zorgverleners toegewezen krijgen.

Voor zeer complexe cases (betrokkenheid van eerste, tweede en derde lijn, ..., de oriëntatienota schat dit op 10% van de chronisch zieken) kan het zinvol zijn om het casemanagement door te geven aan een specifiek deskundige 'case manager' die (al of niet tijdelijk) zowel de medische als de niet-medische noden van de patiënt zal beheren, de link legt tussen de verschillende lijnen, de overgang van acute naar routinezorg coördineert, en de informatie komende van de medische en niet-medische hulpverlening centraliseert. Dit is volledig nieuw in onze huidige gezondheidszorg en dient zorgvuldig op zijn mogelijkheden en beperkingen te worden geëvalueerd.



6. IMPLEMENTATIE VAN EVIDENCE BASED MEDICINE EN KWALITEITSZORG

Geneeskunde is het stellen van een diagnose en behandelen van een aandoening volgens wetenschappelijke inzichten, gebruik makend van de ervaring van een arts in samenspraak met de patiënt. Dit geldt zowel voor een reactieve zorg als voor de proactieve zorg. Het is echter ook de definitie van Evidence-Based Medicine (EBM). Kwaliteit van zorg en veiligheid voor patiënten is meer dan ooit de topprioriteit van onze gezondheidszorg. Kwaliteit van zorg wordt omschreven als verantwoorde zorg en omvat verschillende dimensies. Deze zorg moet onder meer **doeltreffend** en **veilig** zijn (evidence-based en professioneel), doelmatig (efficiënt gebruik van middelen-organisatie), **patiëntgericht** (participatie) en **moreel verantwoord**⁴⁸. Dit brengt met zich mee dat alle diagnostische en therapeutische interventies wetenschappelijk onderbouwd moeten zijn, wat vragen stelt naar het gebruik van sommige alternatieve geneeswijzen. In België is er een lange traditie van de ontwikkeling van Evidence Based Medicine. De wetenschappelijke verenigingen (Domus Medica – SSMG), produceren “aanbevelingen” via zorgvuldige processen die de kwaliteit bewaken. Bovendien is er het “Center for Evidence Based Medicine” (CEBAM). In 2011 startte EBMPracticeNet, met als doel de kwaliteit van de zorgverstrekking te verbeteren door evidence-based ondersteuning van de besluitvorming. Het betreft een vzw, die 4 types van organisaties bij elkaar brengt: onafhankelijke producenten van EBM-informatie, organisaties die betrokken zijn bij het verspreiden van informatie, gebruikersorganisatie en overheidsdiensten verantwoordelijk voor volksgezondheid. Op dit ogenblik richt de organisaties zich vooral op huisartsen. In de toekomst zal er een meer multidisciplinaire benadering zijn, met aandacht voor andere professionals op de eerste lijn en ziekenhuisartsen. Het project heeft een centrale focus op het verbeteren van de zorg voor de individuele patiënt⁴⁹. Implementatie van Evidence Based Medicine via richtlijnen, blijft een belangrijke opdracht voor de zorgverstrekkers en patiënten. De koppeling met het EMD bestaat vandaag al in elk EMD via de Cebam Evidence Linker en zal in de toekomst worden uitgebreid met een systeem voor beslissingsondersteuning, genaamd EBMeDS (Evidence-Based Medicine electronic Decision Support). De Cebam Evidence Linker maakt via een gecodeerde diagnose (via ICPC en ICD) in het EMD de link naar de bestaande richtlijnen. Het EBMeDS-systeem voor elektronische beslissingsondersteuning gaat nog een pak verder en wil op het juiste moment (tijdens de consultatie) patiënt-gerelateerde informatie aanbieden om de diagnosestelling en behandeling van ziekten en aandoeningen te begeleiden en te verbeteren, om te waarschuwen voor mogelijke fouten, en om te helpen bij de uitvoering van zorgverleningsprocessen. Het besef groeit, zeker bij patiënten met multi-morbiditeit, dat we naast “medische evidentie” ook “contextuele evidentie” in onze beslissingen dienen te integreren, teneinde kwaliteitsvolle zorg voor de patiënten te leveren⁵⁰. Zeker waar het gaat om patiënten met multi-morbiditeit, kunnen richtlijnen, die betrekking hebben op één bepaalde ziekte, voor problemen zorgen, omdat ze soms leiden tot tegenstrijdige adviezen. Voor deze patiënten zal een paradigma-shift van ziekte-georiënteerde zorg, naar een zorg waarbij de doelstellingen van de patiënt op het vlak van kwaliteit en kwantiteit van leven centraal staan, noodzakelijk zijn: een paradigma-shift naar “Goal-Oriented Care”⁵¹. Om dit mogelijk te maken is het belangrijk om hoog in te zetten op een toename van de “Health Literacy”. Een goede interactie en zorgverstrekker is maar mogelijk als de patiënt goed geïnformeerd mee kan sturen.

Het recente rapport van het EXPert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) dat de Europese Commissie adviseert: “Future EU Agenda on Quality of Health Care with a special Emphasis on Patient Safety”⁵² identificeerde een aantal gemeenschappelijke dimensies van kwaliteit die relevant zijn voor alle gezondheidszorgvoorzieningen en die binnen Europa prioriteit zouden moeten krijgen. Gezondheidszorgvoorzieningen moeten effectief zijn, veilig, adequaat, persoon- en patiënt-gericht, efficiënt en rechtvaardig (“equitable”). Tevens werden een aantal indicatoren vastgelegd die bruikbaar zijn om deze dimensies te kwantificeren.

In het Verenigd Koninkrijk werd door de Joint Commission International een evaluatie van de kwaliteitszorg binnen de National Health Service gemaakt⁵³. In dit rapport werd duidelijk dat de klassieke “command-and-control” benadering niet werkt voor kwaliteitsverbetering. De NHS kreeg het advies

om te investeren in het ontwikkelen van een cultuur van “leren en verbetering”, en in het versterken van de capaciteit van de staf om aan kwaliteitsverbetering te werken. Tevens werd aangegeven dat de NHS te veel had gebruik gemaakt van “top-down”-benaderingen en te weinig had geïnvesteerd in het ondersteunen van de gezondheidszorgvoorzieningen en de gezondheidswerkers bij het leiden van veranderings- en verbeteringsprocessen. Met name was er te weinig aandacht voor het betrekken van klinici (artsen, verpleegkundigen,...), terwijl deze toch een centrale rol hebben in het zorgproces. Het advies was dan ook om eerder in te zetten op hervormingen die appelleren op de intrinsieke motivatie van gezondheidszorgverstrekkers, vanuit het besef dat duurzame verbeteringen eerder het gevolg zijn van een wil tot verandering dan van het “opvolgen van – van buiten af – opgelegde doelstellingen en standaarden”.

Gezondheidszorgsystemen op de eerste lijn dienen te worden benaderd vanuit een “Complex Adaptive Systems”-perspectief⁵⁴. Innovatie komt niet tot stand via traditionele lineaire veranderingsmodellen, gebaseerd op “top-down” leiderschap. Wat werkt, is het tot stand brengen van netwerken waarlangs ideeën en praktijkervaringen kunnen worden verspreid en hierbij aansluiting te zoeken bij academische centra en opleidingsnetwerken. In die zin speelt het “Interuniversitair Samenwerkingsverband Huisartsopleiding”, met het ICHO als operationele structuur, een belangrijke rol in de verbinding tussen praktijk en academische centra. Op die manier komt een “Continuous Learning Health Care System” tot stand⁴² (zie bijlage).

In Franstalig België is het Centre de Coordination Francophone pour la Formation des Médecins Généralistes (CCFFMG) gestart met initiatieven op het vlak van permanente navorming.

In deze visie wordt aanbevolen het bestaande systeem van ‘voortgezet medisch onderwijs’ (in België “accreditering van artsen” genoemd) om te bouwen tot een kader van ‘continue professionele vorming’ (CPV)^{55,56}. Hiermee ambieert men niet alleen het up-to-date blijven van artsen, maar vooral het verbeteren van hun prestaties op de werkvloer en een verhoogde garantie voor hogere kwaliteit van zorg voor de patiënten. Om dit te kunnen bewerkstelligen is het aangewezen gebruik te maken van educatieve interventies die resulteren in daadwerkelijke gedragsverandering van de artsen. Effectieve educatieve strategieën kunnen beschreven worden op basis van drie hoofdeigenschappen: ze vertrekken uit de individuele leernoden van de arts, bestaan uit interactieve en praktijkgerichte modules en moedigen sociale interactie tussen artsen aan tijdens het leren^{57,58}. Het huidige Belgische accrediteringssysteem voldoet niet aan deze vereisten⁵⁵.

Om de effectiviteit van het CPV parcours van Belgische artsen te verhogen en om het proces te faciliteren wordt voorgesteld het te sturen uit een persoonlijk CPV plan dat gekoppeld is aan het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)^{55,56}. Het persoonlijk CPV plan biedt de arts een houvast voor zijn/haar zelfgestuurd leren en documenteert automatisch de bekomen creditpoints. Het bevat vier luiken en is (via het coderingssysteem) gelinkt aan het EPD, e-health en een nationale bijscholingsbank. In het eerste luik documenteert de arts zijn professionaliseringsnoden en koppelt hij hieraan eigen leerdoelen. Dit gebeurt zoveel mogelijk op basis van objectief vastgestelde tekorten: b.v. via beschikbare vragenlijsten, audits in het EPD, RIZIV rapporten (deze worden via e-health automatisch in de leeragenda van de arts gepost). De arts kan echter ook tijdens het consultvoeren, via trefwoorden in het EPD, leerpunten opnemen in de leeragenda. In een tweede luik van het persoonlijk CPV plan krijgt de arts toegang tot bestaande CPV middelen en bijscholingsactiviteiten in functie van zijn eigen leeragenda (dit is mogelijk dankzij de directe link tussen het coderingssysteem in het EPD, het CPV plan en de nationale bijscholingsagenda). Het derde luik faciliteert de interactie met andere artsen die de zelfde leerdoelstellingen formuleerden (b.v. uitwisseling van protocolgestuurde schermen, patiëntenfolders, praktijkverbeterende instrumenten,...). Het vierde luik van het persoonlijk CPV plan is het enige deel dat door de arts gedeeld kan worden, b.v. in het kader van “accreditering” van de arts. Het biedt een overzicht van het doorlopen CPV parcours en kan gebruikt worden voor externe evaluatie.

Binnen de andere zorgberoepen zijn er momenteel analoge ontwikkelingen op het vlak van CPV. Een belangrijke volgende stap is via interprofessionele navormingen (o.a. via casus-bespreking vanuit verschillende perspectieven) en interprofessioneel “werkpleklers” een **learning community** te creëren.

Naast de ontwikkelingen op het niveau van de kwaliteit van de individuele verstreker, is “praktijk-accreditering” een krachtig instrument om de kwaliteit op microniveau te versterken. Het PraktijkOndersteunend Programma van Domus Medica, gestoeld op een internationale methodiek, kan hier als voorbeeld gelden⁵⁹.



7. INNOVATIE, EXPERIMENTEN EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Een "Continuous Learning Health Care System" moet permanent gevoed worden door experiment, innovatie en wetenschappelijk onderzoek. Hierbij moet er een belangrijker plaats worden gemaakt voor implementatieonderzoek, met name in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg en voor onderzoek rond zorgorganisatiemodellen.

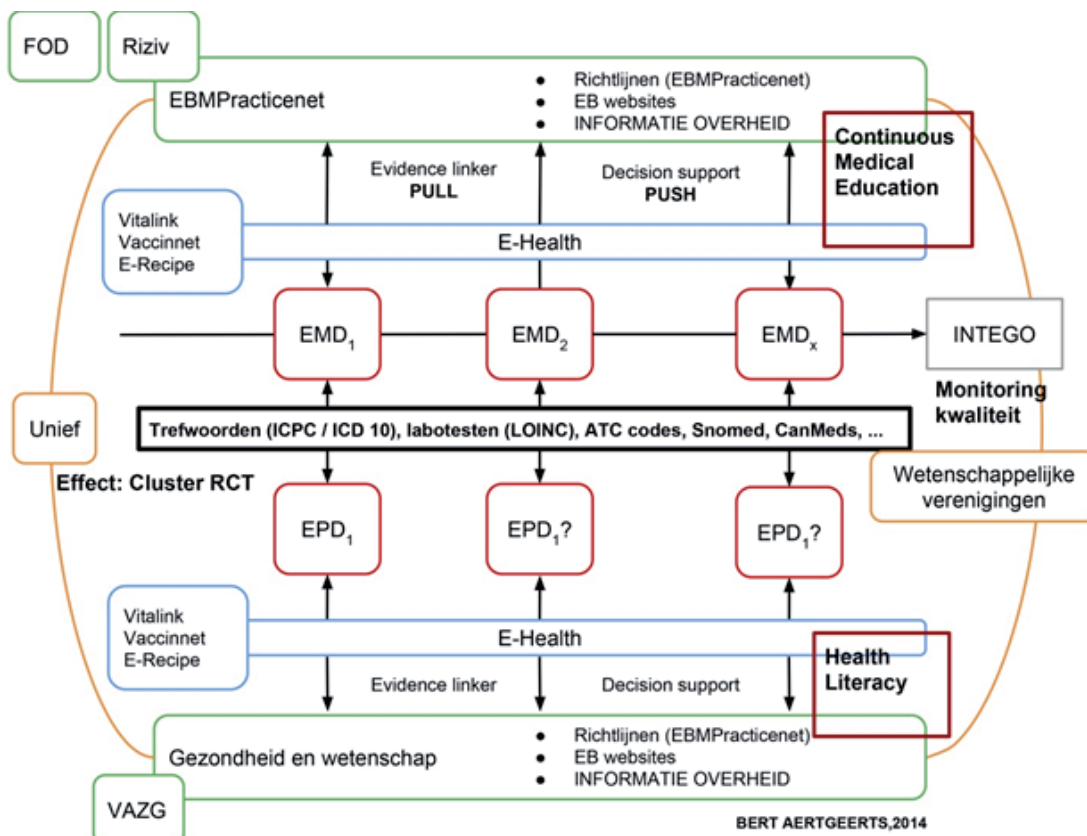
Bij het experimenteren kan gebruik gemaakt worden van "natuurlijke laboratoria", praktijken die, in de voorbije jaren, hebben gekozen voor nieuwe vormen van organisatie, financiering, patiëntenparticipatie,...

Er zijn experimenten nodig om **nieuwe "beroepsprofielen"** in de praktijk uit te testen. We denken hierbij aan de functie van eerstelijnszorgcoördinatie, aan de "advanced practice nurse", de gezondheidspromotor op de eerste lijn, de "praktijk-ondersteuner", de "praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg",...

Op het vlak van informatie en communicatietechnologie, is er nood aan een performant, interprofessioneel Elektronisch PatiëntenDossier, waarbij de patiënt ook toegang heeft tot bepaalde delen van het dossier. De huidige 15, door de federale overheid "gelabelde", software-pakketten beantwoorden niet aan de vereisten van een modern gebruiksvriendelijk, performant registratie- en beslissingsondersteuningssysteem.

In België hebben we een uniek systeem uitgebouwd dat bestaat uit drie niveaus, en dat zowel voor artsen als (in de toekomst) ook voor patiënten kan gebruikt worden⁶⁰. Dit concept steunt op een sterk aanbod van wetenschappelijke evidentie, aangeleverd door de wetenschappelijke verenigingen, het toegankelijk houden via e-Health door een pull (Evidence-linker) en push strategie (Decision support) en een homologatie van de software pakketten die met dit systeem kunnen communiceren (zie figuur 2).

Figuur 2



Tevens moet een performant softwarepakket in staat zijn om relevante gecodeerde en geanonimiseerde data aan te leveren, die beleidsmatig kunnen gebruikt worden in het kader van kwaliteitszorg, epidemiologische analyse, detectie van relevante lokale gezondheids- en welzijnsproblemen. De integratie van informatie afkomstig van welzijn en gezondheid binnen het EPD vormt een belangrijke stap.

Gegeven het toenemend belang van multi-morbiditeit, zal, mede in het kader van de vergrijzing van de bevolking, aandacht moeten worden besteed aan het registreren van het functioneren van de patiënt. Systemen gebaseerd op het concept van de "International Classification of Function" (ICF) dienen hierbij te worden overwogen⁶¹.

Ten slotte dient het EPD ook consulteerbaar te zijn op andere niveaus van zorgverstrekking (huisartsenwachtpost, spoeddienst van ziekenhuizen, ziekenhuisafdelingen,...). In toenemende mate zal de eerste lijn o.a. via het EPD participeren in de informatieverzameling en patiëntgebonden besluitvorming in het ziekenhuis.

De ontwikkelingen in de eerste lijn, worden ondersteund vanuit "academische netwerken in de gezondheidswetenschappen", die vanuit de universitaire associaties de ontwikkelingen wetenschappelijk evalueren en onderbouwen.

Op de eerstelijnsconferentie¹ heeft een sub-werkgroep "Onderzoek" de huidige stand van het wetenschappelijk onderzoek m.b.t. eerste lijn in Vlaanderen bekeken.

De werkgroep pleit voor een grootschalig stimuleringsprogramma voor onderzoek en ontwikkeling in de eerste lijn, op basis van een samen uit te werken strategisch tienjarenplan. Zonder afbreuk te doen aan de grote nood aan een verdere uitbouw van het onderzoek binnen de verschillende disciplines, dient binnen dit kader prioriteit gegeven te worden aan het opzetten van interdisciplinair onderzoek, waarbij verschillende disciplines van de eerste lijn samen met gezondheidseconomen, antropologen,... op een geïntegreerde manier samenwerken. Het lijkt wenselijk dat de bestaande onderzoeksplatformen (b.v. Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap,...) en de interuniversitaire departementen die werken rond eerstelijnsgezondheidszorg het initiatief nemen tot het opstellen van een tienjarenplan voor voldoende gefinancierd wetenschappelijk onderzoek m.b.t. de eerste lijn.

Een dergelijk initiatief moet onderbouwing kunnen bieden voor een continue verbetering van de kwaliteit van de zorg, maar ook voor de organisatie van de zorg, de opleiding van zorgverleners en de beleidsvoorbereiding op de verschillende niveaus. Het zou wellicht ook een hefboom kunnen zijn om evolutie binnen de eerste lijn te stimuleren en te ondersteunen.



8. OPLEIDING, ONDERWIJS EN MENSKRACHT

Vlaanderen heeft een zeer performante, maar onder-gefinancierde master-na-master in de huisartsgeneeskunde. De opleiding in de andere zorgberoepen oriënteren zich in toenemende mate op de eerste lijn (verpleegkunde, vroedkunde, maatschappelijk werk, diëtist, psychologie,...)

Wat betreft de huisartsopleiding kreeg de interuniversitaire opleiding (www.icho.be) een positieve evaluatie in het kader van de onderwijsvisiteatie 2013-2014: "De visitatiecommissie is van oordeel dat de opleiding huisartsgeneeskunde een voorloper in Europa is door expliciet te kiezen voor een master-na-masterstructuur en daarmee voor een duidelijk wetenschappelijk niveau van de opleiding⁶². Het model van eerstelijnszorg zoals ontwikkeld in deze nota, impliceert dat in de huisartsopleiding nog meer aandacht moet worden besteed aan "**interprofessioneel werkplekieren**"⁶³. In de opleiding van artsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten moet het denken vanuit de eerste lijn bestendig worden en het onderwijs moet het werkplekieren meer verankeren. Tevens zal de opleiding de huisarts moeten voorbereiden op het veranderen van de focus van de eigen praktijk naar de bredere eerstelijnszone. Dit veronderstelt de ontwikkeling van samenwerkings- en leiderschapsvaardigheden.

Er is momenteel geen tekort aan huisartsen in Vlaanderen globaal alhoewel er wel enkele streken zijn die aandacht verdienen (zie ook 3.3.). Een gemiddelde huisarts verzorgt ongeveer 1200 patiënten wat veel minder is dan b.v. in Nederland of het Verenigd Koninkrijk. Huisartsen in Vlaanderen besteden echter tot 30% van hun tijd aan activiteiten die door anderen even goed (of beter?) kunnen worden gedaan (telefoon opnemen, management van spreekuur, uitvoerende repetitieve handelingen,...). Investeren in andere disciplines is dus een "must": de opleiding van een huisarts duurt immers 9 jaar, van een verpleegkundige 3 jaar, van een bachelor eerstelijnszorg 4 jaar en van een praktijkassistent 1,5 jaar.

Het federaal regeerakkoord vermeldt dat er "in samenspraak met de deelstaten zal geïnvesteerd worden in de verbetering van de omkadering van de stages en de ondersteuning van de stagebegeleiders in de basisopleiding voor alle gezondheidszorgberoepen"¹⁰. Tevens pleit het federaal regeerakkoord voor "de invoering van een aangepast sociaal statuut voor huisartsen en specialisten in opleiding". Het zal belangrijk zijn deze doelstellingen, met voldoende financiering in de praktijk om te zetten.

In alle opleidingen voor gezondheidszorgberoepen zal aandacht moeten besteed worden aan **interprofessionele vorming**. Deze vorming moet het mogelijk maken dat studenten leren hoe de verschillende hulpverleners samen de complexiteit van een patiëntencasus analyseren en oplossen. Hierbij zijn belangrijk de bio-psycho-sociale competenties in hoofde van de verschillende hulpverleners, de visies op gewenste verwijsmomenten, de (in)compatibiliteit van de verschillende professionele richtlijnen, de gewenste communicatiestrategieën en een cultuur van kwaliteitsgericht handelen. Deze interprofessionele vorming dient een plaats te krijgen **zowel in de bachelor- als in de master-opleiding, maar zeker ook in de navorming**. Interprofessioneel werkplekieren, lijkt hierbij een veelbelovend model⁶³.

Teneinde de realisatie van nieuwe gezondheidszorgberoepen mogelijk te maken is het essentieel dat, zoals in het federaal regeerakkoord bepaald, het **KB-78** grondig wordt herzien. Gegeven verschillende ontwikkelingen in de deelstaten, moet de mogelijkheid worden voorzien om "**op asymmetrische wijze**" (verschillend in Vlaanderen en Wallonië) nieuwe gezondheidsberoepen te creëren. Deze moeten zoveel mogelijk aansluiten op "Europese ontwikkelingen".

Tenslotte is het ook belangrijk om de zorg voor zorgverstrekkers onder de aandacht te brengen. In toenemende mate stelt men vast dat zorgverleners te kampen hebben met burn-out, en sommigen het beroep verlaten. Uit een onderzoek en praktijk blijkt, dat de gezondheid en het welzijn van de arts en andere zorgverleners kwaliteitsindicatoren zijn van het gezondheidszorgsysteem van een land.

In België weten we niet hoe gezond de hulpverleners zijn. Het KCE rapport uit 2011 dat handelt over burn-out bij huisartsen⁶⁴ tracht zelfzorg voor de arts onder de aandacht te brengen en formuleert daartoe 14 aanbevelingen. In deze actielijn zitten enkele voorstellen die de taakbelasting van de (huis)artsen moeten verlichten:

- zoals de aanpassing van de nomenclatuur met betrekking tot de opvolging van zware en complexe patiëntenzorg;
- steun bij administratieve last en attesten- beleid;
- aandacht voor het ondersteunen van recente ontwikkelingen: uitbouw van wachtposten, stimuleren van groepspraktijken;
- patiënten sensibiliseren om meer realistische verwachtingen te stellen.

De zeer technisch en commercieel evoluerende geneeskunde wordt als een verkoopbaar product voor eeuwige gezondheid aangeprezen. Anderzijds weten we dat ons gezondheidszorgsysteem deze ongelimiteerde verwachtingen niet kan volhouden. Dat betekent dat huisartsen en andere hulpverleners zullen moeten kiezen voor wat echt van belang is, 'nee' zeggen en uitleggen aan de patiënt waarom.

De grootste aandacht moet gaan naar het opstarten van een website en een telefonische permanentie voor "artsen in nood". Dit laatste werd recent opgestart op initiatief van de Orde van Geneesheren. Het is van belang de bestaande initiatieven bij elkaar te brengen. Doctors4Doctors is een initiatief waarbij artsen hulp verstrekken op maat aan collega's in nood (www.doctors4doctors.be)⁶⁵. Al deze initiatieven worden best open gesteld voor alle hulpverleners.

9. DE ROL VAN DE BURGER/PATIËNT

Innovatieve en performante gezondheidszorgorganisaties worden gekenmerkt door een focus op de “noden, vragen en preferenties” van patiënten. In elke fase van het proces is het vertrekken van het patiënten-perspectief een voorwaarde voor kwaliteitsvolle zorg. Uit een overzichtsstudie van fundamentele veranderingen in zorgmodellen, kwam het versterken van de rol van patiënten en gebruikers als één van de essentiële strategieën om innovatie te realiseren naar voor. Dit veronderstelt dat, zowel in het “design” als in de “productie” van preventie en zorg, patiënten en zorgverstrekkers intensief samen werken. Ondersteuning van zelfzorg en mantelzorg zijn hierbij essentieel.

Een belangrijke uitdaging vormt de vraag hoe men “keuzevrijheid van de patiënt”, een essentieel element in het feit dat de patiënt zelf mede de regie van zijn gezondheid in handen neemt, kan verzoenen met het werken met vaste zorgteams, waarvan bekend is dat het de kwaliteit van de zorg verbetert⁴. Een oplossing hiervoor ligt wellicht in het feit dat de patiënt een keuze maakt op het niveau van het “team”: de globale “waarde” van de “eerstelijnszorgvoorziening”, zoals de patiënt deze percipieert. Op die manier “kiest” de patiënt via de inschrijving bij een huisartspraktijk, meteen het hele team van de eerstelijnszorgvoorziening. Dit is een vergelijkbare situatie met het kiezen van een “dienst” in een ziekenhuis: ook hier “kiest” de patiënt voor de arts, of het team van artsen, en deze keuze impliceert dat de patiënt zal verzorgd worden door een bepaalde groep verpleegkundigen, door een bepaalde diëtiste, ergotherapeut, ... De keuze heeft ook een bredere tijdsdimensie: het gaat niet over wat het team kan bieden voor één bepaalde episode, maar voor het geheel van zorg (preventief, gezondheidspromotie, curatief, palliatief, rehabilitatie, ...) die het team kan bieden. Een open communicatie van het team met de patiënt en binnen het team onderling zal de ruimte creëren waarbinnen de patiënt de regie van zijn zorg voert. Het werken binnen een model, waarbij elke patiënt, voor elk probleem “een specifiek team” van individuele zorgverstrekkers samen stelt, is niet verzoenbaar met de eisen op het vlak van kwaliteit, continuïteit en integratie, die vandaag aan de zorgverlening worden gesteld.

Van belang binnen de interactie met het team is het gebruik van “**Shared Decision Making**”. Op die manier worden zorgverstrekkers beter geïnformeerd over wat patiënten echt willen en krijgen patiënten betere informatie over de verschillende mogelijkheden en de wetenschappelijke evidentie van interventies.

Er zijn ook positieve ervaringen met de “**Patient Activation Measure**” die hulpverleners helpt om beter de motivatie van verschillende mensen te begrijpen. De uitkomsten van deze meting kunnen gebruikt worden om aangepaste ondersteuning te geven, wat moet leiden tot meer adequaat gebruik van de dienstverlening en op die manier zal bijdragen om ongelijkheden in zorg te reduceren⁶⁶.

Informatie en communicatietechnologie kan een belangrijke bijdrage leveren om de positie van de patiënten in de gezondheidszorg te versterken. Geïntegreerde gezondheidszorgsystemen zoals “Kaiser Permanente” en “Group Health”, hebben geïnvesteerd in gezondheids-informatiesystemen die patiënten in staat stellen om hun dossier en testresultaten online te raadplegen, herhaalvoorschriften aan te vragen, afspraken te maken, te mailen naar gezondheidszorgverstrekkers en data van thuisregistratie in te voeren. Uiteraard vervangt dit nooit de face-to-face interactie, maar het kan gebruikt worden om complexe aangelegenheden met de patiënt en zijn/haar omgeving te bespreken.

Om de burger/patiënt een sterkere stem in de ontwikkeling van zorg en beleid te geven, zal een investering in de versterking van onafhankelijke patiëntenorganisaties noodzakelijk zijn. Het Vlaams Patiëntenplatform kan hierbij een centrale rol spelen. Binnen de “eerstelijnszone-raad” heeft de stem van burgers/patiënten en hun organisaties, een belangrijke rol in het uittekenen van het zorgbeleid op mesoniveau.

Daarnaast is het nuttig dat de overheid investeert in niet-gesponsorde objectieve informatie voor patiënten. Heel veel patiënten gaan wel eens op zoek op het internet naar aanleiding van een per-

soonlijk gezondheidsprobleem. Dit zou de interactie met de zorgverlener kunnen verbeteren als de informatie correct en liefst op wetenschappelijke evidentie gebaseerd is. De meeste informatie op het internet is echter onvolledig, verouderd of fout. Daarenboven is de overgrote meerderheid gesponsord, onder meer door de farmaceutische industrie. Daarom is er nood aan objectieve, gevalideerde informatie.

Initiatieven zoals Gezondhedenwetenschap.be zijn noodzakelijk voor de empowerment van de patiënt en voor een goede interactie tussen patiënt en zorgverlener.

10. BRUSSEL: UITDAGING EN KANS

“Een oplossing voor de gezondheidszorg in België die geen oplossing voor Brussel bevat, is GEEN oplossing!”, is een vaak gehoorde opmerking in debatten over het gezondheidsbeleid. De situatie in Brussel wordt gekenmerkt door:

- Een zeer hoog niveau van armoede: de meerderheid van de armoede-indicatoren staan in het “rood”, en sommige verslechteren nog voortdurend: 20,5% van de actieve bevolking in de Brusselse regio zijn werkzoekend. Het deel van de bevolking dat leeft van een leefloon van het OCMW is 3 keer groter dan in het totale land. Eén Brusselaar op 3 leeft onder de armoedegrens¹⁹.
- De bevolkingsaan groei blijft voortduren: de vooruitzichten voorzien een vermeerdering met 35% van de populatie in de periode 2010-2060.
- Een belangrijke multiculturaliteit die vraagt om een aangepaste begeleiding zowel wat betreft taal als etniciteit.
- Een concentratie van marginale bevolkingsgroepen, in zeer kwetsbare omstandigheden, vaak (de iure of de facto) buiten het systeem van sociale zekerheid: mensen-zonder-papieren (men schat hun aantal op honderd à honderdvijftig duizend waarvan de helft in Brussel woont: asielzoekers, daklozen, twee tot drieduizend druggebruikers vaak met een dubbeldiagnose). De begeleiding van deze patiënten is bijzonder zwaar en veronderstelt een specifieke aanpak (outreach, Housing First, tussenkomst van NGO's zoals Dokters van de Wereld) en een belangrijke toevloed van sociale problemen in sommige publieke ziekenhuizen.
- Een zeer belangrijke sociale gezondheidskloof tussen rijken en armen, tussen hoger opgeleiden en lager opgeleiden. Deze verschillen hebben te maken met: ervaren gezondheidsproblemen zoals geestelijke gezondheid, zwaarlijvigheid, diabetes. De levensverwachting: de levensverwachting in een welstellende gemeente is drie jaar langer dan in een arme gemeente. Deze ongelijkheden zijn zichtbaar vanaf jeugdige leeftijd. Bovendien is de kindersterfte gelinkt aan het statuut van de ouders. Dit geldt ook voor het geboortegewicht, de bescherming via vaccinaties en de fysieke ontwikkeling. Eén derde van de kinderen in Brussel groeit op in een gezin zonder arbeidsinkomen. Dit is 2 keer zoveel als het nationaal gemiddelde.
- Er is een verzaaiing bij eerstelijnsdiensten die deze kansarme bevolking verzorgen: 86% bevindt zich in gemeenten waarvan de inkomensindicator onder het Belgisch gemiddelde ligt met als gevolg dat organisaties zoals Social-Santé er steeds minder in slagen om te beantwoorden aan de noden van deze bevolkingsgroepen.
- Ongepast gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen: personen in een achtergestelde situatie zijn minder geneigd een arts te consulteren, en dit geldt zowel voor huisarts als specialist. Vaak geven deze mensen ook aan geen referentie-huisarts te hebben, maken zij geen gebruik van de eerstelijnszorg maar wel van ziekenhuizen, met name de spoeddiensten. Deze mensen stellen vaak zorg uit omwille van financiële redenen, stellen preventieve interventies en screening uit, wat uiteindelijk aanleiding geeft tot extra-uitgaven (meer dan 1/4 van de Brusselse huishoudens en bijna 40% van huishoudens met een laag inkomen geeft aan dat ze zorgverlening hebben moeten uitstellen of afzeggen, en dit fenomeen neemt vooral toe bij jongeren en éénoudergezinnen).
- Anderzijds is er een grote aanwezigheid van hoogopgeleide buitenlanders.

De organisatie van de zorg voor de bevolking van Brussel en wijde omgeving - zowat anderhalf miljoen inwoners van dit land - blijft momenteel chaotisch en inadequaat verlopen zowel wat betreft gezondheids- als welzijnszorg.

Poliklinieken en ziekenhuizen breiden hun gespecialiseerd aanbod nog steeds uit. Dit leidt tot steeds meer consulten en technische onderzoeken in derde- of tweedelijnsvoorzieningen zonder enige integratie binnen de totale zorg voor de patiënt. Het aantal inadequate onderzoeken is duizelingwekkend. De uitkomsten rond belangrijke gezondheidsindicatoren (perinatale sterfte, geboortegewicht kinderen,...) zijn bijzonder problematisch.

De eerstelijnsvoorzieningen zijn onvoldoende ontwikkeld waardoor samenspraak en taakverdeling tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde zorg ontbreekt. Brussel gaat ten onder aan het overaanbod van ziekenhuiszorg.

Het gebrek aan coördinatie wordt nog versterkt door de organisatie in 19 gemeenten, elk met hun eigen OCMW-beleid. Vooral de meest kwetsbare groepen (daklozen, mensen zonder papieren,...) zijn hier het slachtoffer van. Goed bedoelde initiatieven als "Dokters van de wereld", hebben een belangrijke signaalfunctie, maar bieden geen structurele oplossing voor het probleem¹⁹.

De Vlaamse Gezondheidsraad stelde in juni 2006, een keuze voor tussen twee oplossingen⁶⁷: een eerste formule bestond erin dat de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zouden worden uitgenodigd te kiezen tot welke gemeenschap ze wensden te behoren (Nederlandstalig of Franstalig). Eenmaal deze keuze gemaakt, krijgt elke burger toegang tot de gezondheidszorg op basis van de principes waarop de gezondheidszorg is georganiseerd in de gemeenschap waarvoor hij gekozen heeft. De financiering van de gezondheidszorg waarop hij/zij beroep doet verloopt dan op basis van de modaliteiten zoals die bepaald zijn in de gemeenschap waarvoor hij gekozen heeft. Omdat dit praktisch niet haalbaar is maar ook omdat dit haaks staat op de principes van gelijkheid, solidariteit en rechtvaardigheid, is deze visie vandaag niet langer houdbaar. Brussel bestaat niet uit twee gemeenschappen (de "Nederlandstalige" en "Franstalige" gemeenschap maken samen minder uit dan de helft van de bevolking) maar uit tientallen gemeenschappen, die meerdere talen spreken. Vandaar dat het vandaag wellicht wel realistischer is om binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een gezondheids(zorg)beleid uit te werken dat een antwoord biedt op de specifieke situatie van Brussel als internationaal centrum en multiculturele stad. Dit betekent dat men gezondheidszorg definieert als een gewestmaterie, waarvoor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bevoegd is.

Het gezondheids- en welzijnsbeleid voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt dan een gecoördineerde bevoegdheid, van waaruit een globaal plan wordt ontwikkeld, dat de problemen van de inwoners van het gewest aanpakt. Dit betekent dat de ingewikkelde overlegprocedures - waarbij de Vlaamse Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betrokken zijn - ophouden te bestaan en vervangen worden door één structuur op het niveau van het gewest, b.v. een OIP (Organisme d'Intérêt Public). Het verdient wellicht aanbeveling om binnen het gewest meerdere "eerstelijnszones" te definiëren die niet overlappend zijn en het totale gebied omvatten.

De belangrijkste uitdaging in Brussel bestaat in het vergroten van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dit betekent een shift van de "spoedopnames" van de ziekenhuizen, naar interprofessionele eerstelijnsgezondheidscentra die elk verantwoordelijk zijn voor 3000 tot 5000 burgers/patiënten die zich inschrijven bij deze eerstelijnscentra. Gegeven het probleem van de betaalbaarheid van infrastructuur, dient het gewest een beleid te voeren, waarbij de overheid adequate, goed gelegen en geografisch goed gespreide infrastructuur ter beschikking stelt van de huisartsenpraktijken en eerstelijnszorgvoorzieningen. Het gaat hierbij om een noodzakelijke programmatie van het aanbod, zodat het optimaal kan beantwoorden aan de noden en hulpvragen. Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn 250 à 300 van deze voorzieningen noodzakelijk. Dit project omvat uiteraard het aantrekken van een beduidend aantal extra beroepskrachten om deze uitgebreide eerstelijnszorg te

bedienen. Het verleden heeft reeds aangetoond dat extra incentives zullen nodig zijn om het werken in deze uitdagende omgeving aan te moedigen.

De organisatie van de zorg gebeurt conform aan wat in hoofdstuk 3 en 4 van deze nota werd uitgewerkt. Dit betekent dat er een drastische reductie van het aantal ziekenhuisbedden zal plaatsvinden en ook dat de specialistische poliklinieken niet meer rechtstreeks toegankelijk zullen zijn voor de patiënt en grondig moeten worden herdacht. Hierbij kan de vraag relevant worden of een aantal gespecialiseerde beroepskrachten zich niet zullen moeten omscholen tot competente en performante eerstelijns werkers. Ook in dit verband is een gepaste verloning noodzakelijk.

Binnen het ziekenhuisaanbod moet duidelijk worden vastgelegd welke functionele eenheden een rol spelen in het kader van de regionale klinische netwerken en de supra-regionale klinische netwerken, en welke entiteiten een functie hebben als “universitair ziekenhuis” (dit kan b.v. om een deel van een bepaalde campus gaan).

De uitdagingen in Brussel zijn groot maar bieden mogelijkheden voor innovatieve experimenten in deze brede internationale en multiculturele context.



11. KANTELDOMEINEN EN BESLUIT

11.1. Kanteldomeinen: hoe operationeel best opstarten?

In hoofdstuk 6 werd reeds aangegeven dat gezondheidszorg te begrijpen is als een “Complex Adaptief Systeem”, dat via intelligente innovatie op gerichte deelfacetten zichzelf gaat aanpassen in de totaliteit van zijn zorgverlening. Als afsluitend hoofdstuk willen we een aantal krachtlijnen definiëren waarlangs de gestelde innovatie in de eerste twee jaar zou kunnen verlopen.

1. Voluit een opstart maken met de territoriale implementatie van eerstelijns-zorgregio's (60 à 70 in Vlaanderen, 100 à 110 in België) en operationalisering van de ondersteuningsfunctie op het mesoniveau, eerst voor chronische zorg en spoedopvang (met wachtpostennetwerk als opstart):
 - een breed opdrachtenkader uitschrijven voor dit mesoniveau, met integratie van de functies en de financiering van het deel-SEL niveau betreffende Multidisciplinair Overleg, het Lokaal Multidisciplinair Netwerk betreffende chronische zorgondersteuning en coördinatie van de acute opvangfuncties in de regio (afstemming huisarts, thuisverpleging, apotheek en geestelijke gezondheid);
 - het integreren van de actuele budgetten van zorgcoördinatoren en zorgtrajectpromotoren zodat een breder en meer gediversifieerd ondersteuningsteam per eerstelijnszone in stelling kan worden gebracht;
 - indaling van de huidige GDT/SEL opdrachten in het kleinere maar sterker gediversifieerd ondersteuningsniveau van de eerstelijnszone, en taakomschrijving van de meer nabije Eerstelijnszone Raad.
2. Binnen de eerstelijnszone (mesoniveau) lokale multidisciplinaire eerstelijnszorg-voorzieningen laten opstarten via de definiëring, in een soort kadertekst, van de “erkende samenwerkingsverbanden”. Een recent initiatief van de Vlaamse overheid (ontwerp BVR) ligt volledig in deze lijn: de oprichting van eerstelijnszorgvoorzieningen met een minimum aan participerende disciplines
 - al dan niet onder één dak - met een uitgeschreven “service level agreement”, een - toenemend
 - gebruik van een gemeenschappelijk EPD.
3. Initiatieven op het microniveau kunnen dit stilaan breder opvullen:
 - elke huisarts krijgt een IMPULSEO-praktijkassistentie met specifieke taakomschrijving en aangepaste opleiding (zie het initiatief “Praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg”; in een verdere fase kan ook uitbreiding van IMPULSEO-praktijkassistentie naar andere eerstelijnsdisciplines voorzien worden;
 - de nieuwe functie van praktijkverpleegkundige, inschakelbaar in de eerstelijnspraktijk (zie ASSISTEO-initiatief) wordt uitgewerkt en ook de mogelijkheden als contactpersoon met de lokale thuisverpleegkunde-praktijken worden verder uitgewerkt ;
 - de nieuwe functie van eerstelijnspsycholoog wordt uitgewerkt, en terugbetaling van de psychologische raadpleging in afstemming met de huisartspraktijk, waarbij de patiënt is ingeschreven wordt verwezenlijkt;
 - standaardcontractafspraken worden opgemaakt in het kader van de eerstelijnszorgvoorziening met diverse disciplines betrokken bij kernfuncties van eerstelijnszorg: b.v.(te integreren in EPD)
 - netwerking met lokale “vaste” apothekers en farmaceutische patiëntendossiers;

- afspraken met kerndisciplines: kine(praktijk), diëtist, logopedie, ergotherapie, vroedkonde;
 - samenwerkingsmodules met maatschappelijk werk;
- EMD (Elektronisch Medisch Dossier) van de huisarts wordt de startbasis voor het EPD (Elektronisch PatiëntenDossier), met toegang voor de patiënt tot een actieve inbreng van de patiënt in bepaalde rubrieken van het EPD.
4. De reorganisatie van de chronische zorg is een grote onderneming, die meer dan 120 chronische aandoeningen betreft en 70% van het gezondheidszorgbudget gebruikt. De reorganisatie dient uitgetest in specifieke zorgexperimenten. Innovatieve zorg moet zo breed mogelijk geïmplementeerd worden. Zorg voor diabetes type II kan fungeren als een start voor dit proces. Hierbij moet vooral de nadruk liggen op het uittesten en evalueren van nieuwe strategieën die ook kunnen gebruikt worden in de aanpak van andere chronische aandoeningen. Op korte termijn dient het perspectief verbreed naar de aanpak van multimorbiditeit en de paradigma-shift van “ziekte-georiënteerde” zorg naar zorg gericht op de realisatie van de doelen van de patiënt¹⁷.

Meer bepaald kan er innovatie opgestart worden op belangrijke terreinen als:

- populatiegericht inventariseren en documenteren van chronisch zieken per eerstelijnszone, per eerstelijnszorgvoorziening en per eerstelijnspraktijk;
 - doelgerichte financiering door het aan de praktijk toegekende jaarlijks zorgbudget geheel of gedeeltelijk te oormerken, zodat het alleen kan worden gebruikt om op praktijkniveau multidisciplinaire medewerkers in te schakelen zoals chronische praktijkverpleegkundigen, of op niveau van de eerstelijnszone, ondersteuning te financieren in de vorm van bijvoorbeeld groepsgewijze educatiesessies of dieetbegeleidingen.
5. Aanzet tot stapsgewijze ontwikkeling van de voorgestelde financieringsmodellen (zie 4.5.) en de flankerende maatregelen (inschrijving, echelonnering).
6. Afstemming van deze eerste stappen met de ontwikkelingen in de ziekenhuizen^{5,7}.

11.2. Besluit

“Together we change”: de ontwikkeling van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg is noodzakelijk om de uitdagingen waar we als samenleving voor staan aan te kunnen. Dit rapport bevat een pleidooi om de eerstelijnsgezondheidszorg uit te bouwen en te versterken als basis voor het gezondheidszorgsysteem. We kiezen voor een aantal bouwstenen die zullen leiden naar een toegankelijke, kwaliteitsvolle en performante eerstelijnszorg, een voorwaarde voor een duurzaam gezondheidssysteem.



SAMENVATTING

“Together we change” gaat uit van een eerstelijnszorg gebaseerd op “eerstelijnszones”, die een geografisch aaneengesloten gebied van 75.000 tot 125.000 inwoners omvatten. Deze eerstelijnszones beschikken over een (theoretisch) budget, dat gebaseerd is op het door de noden van de lokale bevolking gemotiveerde deel van het federale BFM1 (Budget Financiële Middelen Eerstelijnszorg).

De eerstelijnszone, het mesoniveau, is verantwoordelijk voor de coördinatie van het aanbod op de eerste lijn en voor een vlotte samenwerking met de ambulante tweedelijnszorg en de regionale en supra-regionale klinische ziekenhuis-netwerken. Binnen de eerstelijnszones zijn verschillende praktijkvormen op het vlak van gezondheids- en welzijnszorg actief, die zich echter via netwerkvorming als een geïntegreerde eerstelijnszorgvoorziening aanbieden aan de bevolking. De bevolking kan vrij kiezen om zich tot een bepaalde eerstelijnszorgvoorziening te richten (vrije keuze voor een globaal pakket van zorgaanbod), en verbindt zich hiermee structureel, door in te schrijven in een huisartspraktijk, die binnen deze eerstelijnszorgvoorziening actief is. De inschrijving in de huisartspraktijk leidt tot zorg zonder persoonlijke bijdrage in de huisartspraktijk. Er zijn soepele procedures om van huisartspraktijk te veranderen.

Op het niveau van de eerstelijnszone worden ook een aantal continuïteitsfuncties georganiseerd en een specifiek aanbod ontwikkeld waarvan de schaal het microniveau overstijgt (b.v. palliatieve thuiszorg,...). Bijzondere aandacht wordt besteed aan dwarsverbinding met de geestelijke gezondheidszorg via de eerstelijnspsycholoog, die een samenwerkingsrelatie heeft met één of meerdere huisartspraktijken en met de welzijnssector (CAW, OCMW, diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten,...).

Participatie van de patiënt in het zorgontwikkelingsproces is essentieel en burgers/patiënten, aanbieders, verzekeringsinstellingen zijn vertegenwoordigd in de “Eerstelijnszone-Raad”.

De performantie van de eerstelijnszone wordt geëvalueerd en performante zones, kunnen rekenen op extra middelen, waardoor ruimte voor innovatie, experiment en onderzoek ontstaat.



RÉSUMÉ

“Together we change” a comme point de départ des soins de santé de première ligne basés sur des “zones de première ligne”, organisées en territoires géographiques circonscrits de 75.000 à 125.000 habitants. Ces zones de première ligne disposent d’un budget (théorique), basé sur la partie du BMF1 fédéral (Budget Moyens Financiers de Soins de première ligne) qui est motivée par les besoins de la population locale.

La zone de première ligne, le niveau méso, est responsable de la coordination de l’offre de la première ligne et de la collaboration optimale avec les soins ambulatoires de deuxième ligne et les réseaux hospitaliers régionaux et supra-régionaux. Au sein des zones de première ligne, différentes formes de pratiques sur le plan de la santé et du bien-être sont actives, qui se présentent néanmoins sous forme de dispositif intégré de soins de première ligne à la population, grâce à la formation de réseaux. La population a le libre choix de s’adresser à un dispositif quelconque de première ligne (libre choix d’un ensemble d’offres de soins), et s’engage avec lui de manière structurée, en s’inscrivant à une pratique de médecine générale, active au sein de ce dispositif de soins de première ligne. L’inscription à une pratique de médecine générale donne lieu à l’administration de soins sans ticket modérateur dans la pratique de médecine générale. Des procédures souples sont prévues pour changer de pratique de médecine générale.

Au niveau de la zone de première ligne, on prévoit l’organisation d’un certain nombre de fonctions de continuité ainsi que le développement d’une offre spécifique, dont l’échelle dépasse le niveau micro (p.ex. soins palliatifs à domicile...). Une attention particulière est portée sur la connexion transversale avec les soins en santé mentale, via le psychologue de première ligne, qui est rattaché à une ou plusieurs pratiques de médecine générale et au secteur du bien-être (CAW, CPAS, services sociaux des mutuelles...).

La participation du patient au processus de développement des soins est essentielle, et les citoyens/patients, les offreurs, les organismes assureurs sont représentés au sein des “Conseils de Zones de première ligne”.

La performance de la zone de première ligne est évaluée, et les zones performantes peuvent compter sur des moyens supplémentaires, créant de l’espace pour l’innovation, l’expérimentation et la recherche.



SUMMARY

“Together we change” starts from a geographic primary care organization, based on ‘areas of primary care’ serving for a population of 75 000 till 125 000 inhabitants. The (geographic) areas of primary care dispose of a (theoretical) budget in proportion to the health needs of the served population, assessed by the expenses of the current federal financial support for primary care.

The area of primary care is the meso level, and responsible for the coordination and supply of health care at the primary care level. In addition this level creates a fluent collaboration with outpatient services at the secondary care level, and the hospital network at regional and supra regional level. Within areas of primary care a variety of services, oriented to health and well-being, are active as a network of integrated primary care facilities for the population. People are free to contact the primary care service of their personal choice: free choice for a total package of care supply. A registration at a fixed family practice results in a structural connection within the network of primary care facilities. The registration in a family practice guarantees a primary care service without a personal financial contribution. Changing the registration to another family practice runs through co-operative procedures.

In all the areas of primary care specialized services are offered, exceeding the scale of the micro-level (for example: palliative care and home care). Specific attention is employed for interactions with mental health facilities through a primary care clinical psychologist, working in close collaboration with one or more family practices and welfare services.

Patient participation is crucial during the process of care development. The members of a ‘Primary Care Council’ has to be representative for the patients, civilians, care providers, and insurance institutions.

There is a permanent evaluation of the performance in the areas of primary care. Areas with the highest assessment outcome are selected for extra means, creating opportunities for innovation, research and experiments.





BIJLAGEN

Tabel 1: Variabelen gebruikt in de formule voor de nood aan zorg op de eerste lijn

Mannen van 0 tot 1 jaar		Weduwe
Mannen van 1 (inbegrepen) tot 5 jaar (niet inbegrepen)		Omnio
Mannen van 5 tot 10 jaar		Zelfstandige
Mannen van 10 tot 15 jaar		Overleden
Mannen van 15 tot 20 jaar		Primaire arbeidsongeschikt
Mannen van 20 tot 25 jaar		Invalide
Mannen van 25 tot 30 jaar		Urbanisatie
Mannen van 30 tot 35 jaar		Medisch aanbod
Mannen van 35 tot 40 jaar		Recht subsidie handicap
Mannen van 40 tot 45 jaar		Gewaarborgd inkomen/Leefloon/OCMW steun
Mannen van 45 tot 50 jaar		Kinderbijslag
Mannen van 50 tot 55 jaar		Forfait verpleging B (behalve rechthebbende op het C-forfait)
Mannen van 55 tot 60 jaar		Forfait verpleging C
Mannen van 60 tot 65 jaar		Personen met handicap
Mannen van 65 tot 70 jaar		Toelage hulp 3de persoon (invaliditeit/arbeidsongeschiktheid)
Mannen van 70 tot 75 jaar		Bijstandsuitkering ouderen
Mannen van 75 tot 80 jaar		Toelage hulp 3de persoon (handicap)
Mannen van 80 tot 85 jaar		Cardiovasculaire aandoeningen (algemeen)
Mannen van 85 tot 90 jaar		Cardiovasculaire aandoeningen (specifiek hartaandoeningen)
Mannen boven de 90 jaar		COPD
Vrouwen van 0 tot 1 jaar		Asthma
Vrouwen van 1 (inbegrepen) tot 5 jaar (niet inbegrepen)		Mucoviscidose
Vrouwen van 5 tot 10 jaar		Cardiovasculaire aandoeningen én diabetes
Vrouwen van 10 tot 15 jaar		Diabetes met insuline (insuline-afhankelijke diabetes)
Vrouwen van 15 tot 20 jaar		Exocriene pancreas aandoeningen
Vrouwen van 20 tot 25 jaar		Psoriasis
Vrouwen van 25 tot 30 jaar		Ziekte van Crohn, Rheumatoide Arthritis, Colitis ulcerosa
Vrouwen van 30 tot 35 jaar		Psychose <70 jaar
Vrouwen van 35 tot 40 jaar		Psychose >70 jaar
Vrouwen van 40 tot 45 jaar		Parkinson
Vrouwen van 45 tot 50 jaar		Epilepsie
Vrouwen van 50 tot 55 jaar		HIV
Vrouwen van 55 tot 60 jaar		Hepatitis B en C
Vrouwen van 60 tot 65 jaar		Multiple Sclerosis
Vrouwen van 65 tot 70 jaar		Immunosuppressie ivm transplantaties
Vrouwen van 70 tot 75 jaar		Alzheimer
Vrouwen van 75 tot 80 jaar		Schildklier-aandoeningen
Vrouwen van 80 tot 85 jaar		Thrombose
Vrouwen van 85 tot 90 jaar		Stollingsstoornissen
Vrouwen van 90 tot 95 jaar		
Vrouwen boven de 95 jaar		

Toelichting bij deze tabel

De tabel met de variabelen hiervoor kwam tot stand in uitvoering van de bepalingen van de wet van 14.07.1994, betreffende de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Er werd een model ontwikkeld, op basis waarvan men kon nagaan of sommige ziekenfondsen, in vergelijking met de andere, relatief meer hadden uitgegeven dan verklaard kan worden door de zorgzwaarte van de leden van dat ziekenfonds, om op die manier, voor een deel van de uitgaven van de ziekenfondsen, eventueel terugbetaling te vragen van het "teveel" uitgegeven bedrag.

Het model is dus vooral gemaakt om de budgettaire gevolgen van het feit dat men patiënten heeft waarvoor grote uitgaven moeten worden gedaan, in beeld te brengen. Vandaar dat men in de tabel, relatief veel, eerder zeldzame aandoeningen vindt, maar die per individu, een hoge kostprijs genereren.

Naast de klassieke indicatoren (leeftijd en geslacht), zijn er ook sociale (inkomen) en functionele indicatoren (handicap, functionele toestand).

De informatie over de morbiditeit wordt indirect verzameld via het nagaan van gebruikte medicatie. Dit heeft zijn beperkingen, want wanneer men b.v. voor een patiënt met dementie geen cholinesterase-inhibitoren voorschrijft (omdat daar voor veel patiënten onvoldoende wetenschappelijk bewijs van werkzaamheid is), zal deze patiënt door het model niet gecapteerd worden als een patiënt met dementie. Ook op het vlak van de geestelijke gezondheid worden de patiënten met b.v. depressie niet in beeld gebracht. Op dit vlak wordt momenteel voorgesteld om te kijken of men via een koppeling met de MPG (Minimaal Psychiatrische Gegevens), de MKG (Minimaal Klinische Gegevens) en de MVG (Minimaal Verpleegkundige Gegevens), het model niet performanter kan maken.

Belangrijke elementen die de zwaarte van de zorg uitmaken, zoals b.v. het spreken van een andere taal of het behoren tot ECM, zitten ook (nog) niet in het model. Dit zou in de toekomst via koppeling van data-bestanden (variabele "herkomst"), kunnen worden onderzocht. Uiteraard moet dit gebeuren met respect voor de privacy.

Ook het patiëntenperspectief: de verwachtingen en voorkeuren van de patiënt naar de zorgverstrekking, ook een belangrijke determinant van zorggebruik, is niet in het model opgenomen, omdat hierover geen systematische gegevens bestaan op Belgisch niveau.



Table 3: Characteristics of a continuously learning health care system	
Science and informatics	Real-time access to knowledge A learning health care system continuously and reliably captures, curates and delivers the best available evidence to guide, support, tailor and improve clinical decision making and care safety and quality.
	Digital capture of the care experience A learning health care system captures the care experience on digital platforms for real-time generation and application of knowledge for care improvement.
Patient–clinician partnerships	Engaged, empowered patients A learning health care system is anchored on patient needs and perspectives and promotes the inclusion of patients, families and other caregivers as vital members of the continuously learning care team.
Incentives	Incentives aligned for value A learning health care system has incentives actively aligned to encourage continuous improvement, identify and reduce waste and reward high-value care.
	Full transparency A learning health care system systematically monitors the safety, quality, processes, prices, costs and outcomes of care and makes information available for care improvement and informed choices and decision making by clinicians, patients and their families.
Continuous learning culture	Leadership-instilled culture of learning A learning health care system is stewarded by leadership committed to a culture of teamwork, collaboration and adaptability in support of continuous learning as a core aim.
	Supportive system competencies A learning health care system constantly refines complex care operations and processes through ongoing team training and skill building, systems analysis and information development and creation of the feedback loops for continuous learning and system development.

LIJST VAN AFKORTINGEN

BVR	Besluit Vlaamse Regering
CAW	Centrum Algemeen Welzijn
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
CPV	Continue Professionele Vorming
ECM	Etnisch-Culturele Minderheden
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EXPH	Expert Panel on effective ways of investing in Health
GDT	Geïntegreerde Diensten voor Thuiszorg
GMD	Globaal Medisch Dossier
IMC	InterMinisteriële Conferentie
IOM	Institute of Medicine, Washington
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
Logo	Lokaal gezondheidsoverleg
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
RIZIV	Rijks Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SEL	Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg
SARWGG	Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap
WGO	WereldGezondheidsOrganisatie
WIV	Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid

BIBLIOGRAFIE

- 1 Agentschap Zorg en Gezondheid (2010). Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg: naar een visie op de toekomst van de eerste lijn. Beschikbaar via: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Vlaamse-Bevoegdheden/conferentie-eerstelijnsgezondheidszorg>.
- 2 Agentschap Zorg en Gezondheid (2013). Symposium Eerstelijns 2013. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Zorgaanbod/Eerstelijns/Syntheserapport%20Yvo%20Nuyens_20131128%20-%20with%20summaryfinal.pdf
- 3 Flanders Care; Zoekconferentie "Slimme Zorgen voor Morgen". Beschikbaar via: http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/rapport_flanders_care.pdf
- 4 Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. KCE Report 190A (www.kce.fgov.be).
- 5 Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. KCE Report 229As (<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/conceptueel-kader-voor-de-hervorming-van-de-ziekenhuisfinanciering>).
- 6 Zorgnet Vlaanderen. Together we care. Ziekenhuizen als schakels in een keten van zorg. Leuven, Acco, 2013. ISBN 978-90-334-9312-6.
- 7 Kips, J. Michiels, K. en Verschoren, K et al. 2014. Together we count: naar een patiëntgerichte financiering van de algemene ziekenhuizen. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- 8 Forum des Associations de Généralistes ASBL. Note d'orientation sur le mode d'organisation de la médecine générale dans les soins de santé primaires. Bruxelles, FAG, 2014. Beschikbaar via: <http://www.forumag.be/pdf/note%20orientation.pdf>
- 9 Anoniem. Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019. Beschikbaar via: <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/het-regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2014-2019>
- 10 Anoniem. Federaal regeerakkoord. Brussel, 9.10.2014. Beschikbaar via: http://deredactie.be/polopoly_fs/1.2114254!file/FEDERAALREGEERAKKOORD.pdf
- 11 World Health Organisation. Primary Health Care: now more than ever! Geneva, WHO, 2008. Beschikbaar via: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- 12 World Health Organization. Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. WHO/EURO, Copenhagen, 2013.
- 13 Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: care, health and cost. *Health Affairs* 2008;27(3):759-769.
- 14 IOM (Institute of Medicine) 2013. Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America. Washington, DC: The National Academies Press.
- 15 De Maeseneer J, Nuyens Y. De eerstelijnsgezondheidszorg: klaar voor de uitdaging? *Tijdschrift voor Samenleving en Politiek* 2014;1:95-102.
- 16 Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research, and medical education a cross-sectional study. *The Lancet* 2012;380:37-43. doi:10.1016/s0140-6736

- 17 Boeckxstaens P. Multimorbidity: a quantitative and qualitative exploration in primary care. Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Universiteit Gent, 2014. ISBN: 9789491125089
 - 18 Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Gezondheidsenquête 2013. Beschikbaar via: <https://his.wiv-isp.be/NL/SitePages/Introductiepagina.aspx>
 - 19 Verbeeren P, De Cock J. Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België: Brussel, RIZIV en Dokters van de Wereld, 2014. Beschikbaar via: <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study69/pdf/witboek.pdf>
 - 20 RIZIV. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Brussel, Kluwer, 2014.
 - 21 OECD. Health at a Glance 2013: OECD indicators. 2013. Beschikbaar via: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
 - 22 Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian health care system. Brussels: Belgian Health Care Center (KCE);2010. KCE Report 128. Beschikbaar via: <https://kce.fgov.be/publication/report/a-first-step-towards-measuring-the-performance-of-the-belgian-healthcare-system>
 - 23 WHO. World Health Report 2008. Primary Health Care: now more than ever! Geneva, World Health Organisation, 2008. Beschikbaar via: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
 - 24 World Health Organization. Primary health care, including health systems strengthening. Resolution WHA62.12. Geneva, WHO, 22.05.2009. Beschikbaar via: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf
 - 25 Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg. Brussel, 24 februari 2011. Beschikbaar via <http://www.sarwgg.be/sarwgg/nieuws/sar-wgg-presenteert-visienota-maatschappelijk-verantwoorde-zorg>
 - 26 Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. Visienota: Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen. Brussel, 7 december 2012. Beschikbaar via: <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/visienota-integrale-zorg-en-ondersteuning-vlaanderen>
 - 27 Lloyd J, Wait S. Integrated Care: a Guide for Policymakers. 2005.
 - 28 EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 juli 2014.
 - 29 Nuyens Y, De Ridder H. Dokter, ik heb ook iets te zeggen. Leuven, Lannoocampus, 2013.
 - 30 Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin. Participatie via advies en overleg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Brussel, 23 oktober 2014.
 - 31 J.Buellens, H.Van Loon & J.Heyrman, 'Een territoriale benadering in de gezondheidszorg', Rapport in opdracht van de Vlaamse Gezondheidsraad 1998.
 - 32 Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H, editors. Community-oriented primary care: health care for the 21st century. Washington, DC: American Public Health Association, 1998.
-

- 33 Academisch Platform Chronische Zorg. Voorstel tot Multidisciplinaire Praktijkondersteuning Chronische Zorg: "Assisteo". Brussel, november 2013. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/images/stories/allenlei/Assisteo_Tekst_November_2013.pdf
- 34 B. Schoenmakers, B. Aertgeerts, F. Buntinx, P. Vankrunkelsven, G. Van Pottelberg, J. De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. Tijdschr. voor Geneeskunde, 70, nr. 12, 2014 657; doi: 10.2143/TVG.70.12.2001631
- 35 Handboek Praktijkmanagement voor de Huisarts, Birgitte Schoenmakers, Bert Aertgeerts, Jan De Lepeleire, Acco 2014
- 36 Anoniem. Code van Medische Plichtenleer: laatste aanpassing: februari 2014. Tijdschrift Nationale Raad 2014;146.
- 37 Annemans L. De Prijs van uw Gezondheid. Leuven, Lannoo Campus, 2014.
- 38 De Ridder R, Gielis G et al. Huisartsengeneeskunde: verleden, heden en toekomst. Leuven, Acco, 2014.
- 39 Kaiser Permanente International. An Overview of Kaiser Permanente: Integrated Health care and Population Management. October 2007. Beschikbaar via: http://www.hpm.org/Downloads/Events/10-07_Expertendialog_KP_Overview-Crane_Porter.pdf
- 40 Bakelandt J, Beerens AS, Elyn P, Schamp V, Vandenbulcke L, Van Hoecke C, Yde L. Analyse van het zorggebruik van niet-verwezen patiënten op huisartsenwachtposten en de spoedgevalendiensten in Gent. Master-scriptie Universiteit Gent, 2009.
- 41 Verlinde E. Equity in Primary Health Care use among vulnerable populations in Belgium: an exploration. PhD-thesis, Ghent University, 2012, pp. 67-86. ISBN: 9789491125034.
- 42 Ham C. Reforming the NHS from within: beyond hierarchy, inspection and markets. London, The King's Fund, 2014.
- 43 Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. KCE Report 85A. (<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/vergelijking-van-kost-en-kwaliteit-van-twee-financieringssystemen-voor-de-eerstel>).
- 44 Rumball-Smith J, Wodchis WP, Koné A et al. Under the same roof: co-location of practitioners within primary care is associated with specialized chronic care management. BMC Family Practice 2014;15:149. Beschikbaar via: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/149>.
- 45 Cashin C, She Y, Smith P, Borowitz M, Thomson C. (2014 in Press). Paying for performance in health care: implication for health system performance and accountability. Maiden Head: Open University Press.
- 46 Gillam S, Siriwardeni N. The Quality and Outcomes Framework. 2011, Oxford, Radcliffe Publishing.
- 47 Interkabinetten werkgroep "Chronisch Ziekten". Oriëntatienota: geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België. Brussel, Nationale Conferentie Zorg voor chronisch zieken, 28 november 2013. Beschikbaar via: <http://www.health.belgium.be/internet/2Prd/groups/public@public/documents/ie2divers/19090605.nl.pdf>

- 48 Wollersheim e.a. Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg. Bohn Stafleu Van Loghum. 2012.
- 49 Van de Velde S, Vander Stichele R, Fauquert B, Geens S, Heselmans A, Ramaekers D, Kunnamo I, Aertgeerts B. EBMPracticeNet: A Bilingual National Electronic Point-Of-Care Project for Retrieval of Evidence-Based Clinical Guideline Information and Decision Support. *JMIR Res Protoc* 2013;2(2):e23. URL: <http://www.researchprotocols.org/2013/2/e23/>
- 50 De Maeseneer JM, Mieke L van Driel, Larry A Green, Chris van Weel. Translating research into practice 2: the need for research in primary care. *The Lancet* 2003;362:1314-1319.
- 51 De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James MacKenzie Lecture 2011 : multimorbidity, goel-oriented care, and equity. *Br J Gen Pract.* 2012; (62) (600) : e522-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22782000>
- 52 EXpert Panel on effective ways of investing in Health (ZXP). Future EU Agenda on Quality of Health Care with a special Emphasis on Patient Safety. Brussels, 15 October 2014. Beschikbaar via: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/005_safety_quality_of_care_en.pdf
- 53 Joint Commission International (2008). Quality oversight in England, findings, observations and recommendations for a new model . Illinois: Joint Commission International. Beschikbaar via: <http://www.ajustnhs.com/wp-content/uploads/2012/09/JCI-Report.pdf>
- 54 Anderson RR, McDaniel RR. Managing health care organisations: where professionalism meets complexity sciences. *Health care manage Rev* 2000; 25 (1): 83-92.
- 55 Roex A, Agten M, Crauwels E, De Boeck E, Erkens M, Moermans S, et al. Twintig jaar accreditering van artsen in België: waar situeren we ons ten opzichte van andere Europese landen? *Belgisch Tijdschrift voor Geneeskunde* 2013; 70(2): 66-74.
- 56 Roex A, Agten M, Crauwels E, De Boeck E, Erkens M, Moermans S, et al. Accreditering vanuit het EMD: naar een nieuw model? *Belgisch Tijdschrift voor Geneeskunde* 2013; 70(2): 75-81.
- 57 Seuntjens L, Vainiomaki P. Continuing professional development in primary health care. Quality development integrated with continuing medical education. Policy document of EQUIP and EURACT. 2002 2002. Report No.
- 58 Davis N, Davis D, Bloch R. Continuing medical education: AMEE Education Guide No 35. *Med Teach.* 2008;30(7):652-66
- 59 Domus Medica. Kwaliteitsdag: laatste labels voor PraktijkOndersteunend Programma (POP), 2014. Beschikbaar via: <http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/congresverslagen/5266-kwaliteitsdag-laatste-labels-voor-praktijkondersteunendprogramma-pop.html>
- 60 Van de Velde S, Vander Stichele R, Fauquert B, Geens S, Heselmans A, Ramaekers D, Kunnamo I, Aertgeerts B, On behalf of EBMPracticeNET: EBMPracticeNet: A Bilingual National Electronic Point-Of-Care Project For Retrieval Of Evidence-Based Clinical Guideline Information And Decision Support. *JMIR Res Protoc* 2013, 2(2):e23.
- 61 WHO. International Classification of Functioning and Disability in Health (ICF). WHO-2001.
- 62 VLUHR. De onderwijsvisiteatie Geneeskunde en huisartsgeneeskunde. Brussel, VLUHR, 2014. Beschikbaar via: www.vluhr.be/kwaliteitszorg.
- 63 Peter Pype. Workplace learning for general practitioners in palliative care: suitable and feasible? PhD-thesis. Universiteit Gent, 2014. ISBN 9789491125072.
-

- 64 Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G et al. Burn-out bij huisartsen : preventie en aanpak. Brussel, KCE Reports 165 A, 2011. Beschikbaar via : http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_165a_burnout_bij_huisartsen.pdf
- 65 Boydens E in : Handboek Praktijkmanagement voor de Huisarts. Leuven, Acco, 2014
- 66 Hibbard J, Gilbert H (2014). Supporting people to manage their health: an introduction to patient activation. London: The King's Fund. Beschikbaar via: www.kingsfund.org.uk/patientactivation
- 67 Vlaamse Gezondheidsraad. Tien adviezen voor een toekomstig Vlaams gezondheidsbeleid. Brussel, VGR.2066/2-WG GB, 2006. Beschikbaar via: http://www.overlegplatformsggz.be/Adviezen_VGR/5695/ggz