



TOEKOMST VAN DE BELGISCHE GEZOND- HEIDSZORG

STRATEGISCHE VISIENOTA



Inhoud

VOORWOORD DOOR DHR. JO DE COCK, ADMINISTRATEUR-GENERAAL	4
ACTUELE UITDAGINGEN EN TRENDS OP LANGE TERMIJN	6
Actuele uitdagingen voor de sector van de gezondheidszorg	6
Maatschappelijke trends op lange termijn	10
SCENARIO'S VOOR DE TOEKOMST VAN DE GEZONDHEIDSZORG	15
Beschrijving	16
Inzichten uit de scenario analyse met betrekking tot het gewenste model	32
STRATEGISCHE VISIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG IN 2030	35
Waardenmodel	35
Visiestatement	41
Zes strategische pijlers	42

VOORWOORD DOOR DHR. JO DE COCK, ADMINISTRATEUR-GENE- RAAL

Op 18 mei 2018 werd op een bijzonder symposium van het RIZIV het startschot gegeven van een strategische denkoefening over de toekomst van de Belgische gezondheidszorg.

Het doel van deze oefening bestond erin om samen met de stakeholders van de verzekering geneeskundige verzorging een toekomstvisie op lange termijn uit te tekenen. Op basis van een prospectieve toekomstverkenning waarbij interne en exogene ontwikkelingen in kaart werden gebracht, werden een viertal mogelijke toekomstscenario's ontwikkeld. Deze scenario's zijn geen voorspellingen, maar wel denkkaders die de basis vormen van deze strategische visienota waarin een waardenmodel wordt geëxpliciteerd en de daarop gebaseerde pijlers en acties worden geënt.

Deze visienota ligt thans voor en wil een referentiekader bieden voor de toekomst. Het is een leidraad die houvast kan en wil bieden bij de noodzakelijke veranderingen waarmee de gezondheidszorg zal worden geconfronteerd.

Hierbij willen we beklemtonen dat de scope van de visienota de organisatie van de gezondheidszorg en inzonderheid van de verzekering geneeskundige verzorging omvat en dat niet als dusdanig werd ingezoomd op andere determinanten die kunnen bijdragen tot een goede gezondheid van de bevolking.

Deze visienota is de vrucht van vele individuele interviews en gezamenlijke workshops waaraan door vele personen, voorgesteld door het verzekeringscomité van het RIZIV werd deelgenomen tussen juli 2018 en juli 2019.

Sindsdien werden we geconfronteerd met twee crisissen: een politieke crisis met een lange regeringsvorming tot gevolg enerzijds en een gezondheids crisis - waarvan de economische en maatschappelijke gevolgen nog niet volledig zichtbaar zijn - anderzijds. Ze doen ons naar de gezondheidszorg kijken via een bijzondere lens.

■ ■ ■

■ ■ ■

4 ■ ■

De afgelopen maanden maakten duidelijk dat bepaalde scenario's die door sommigen als weinig realistisch werden bestempeld plots als 'black swans' kunnen opduiken. Ze drukten ons met de neus op de feiten dat factoren die we niet zien of niet voelen aankomen ons plots in een andere realiteit kunnen dwingen.

Het is dus noodzakelijk de aandacht verscherpen met betrekking tot de "unknown unknowns" die onze gezondheidszorg naar de toekomst zouden kunnen beïnvloeden. Het is dan ook de verantwoordelijkheid van de stakeholders van het RIZIV om hierop te anticiperen alsook om de noodzakelijke opportuniteiten te spotten. De gezondheids crisis heeft het belang van solidariteit beklemtoond en de kracht van innovatie en creativiteit op de voorgrond gebracht. We moeten deze energie vasthouden want de voorbije maanden hebben ook de noodzakelijke verbeterpunten duidelijk zichtbaar gemaakt. Hierbij kwam de nood aan een versterking van samenwerking tussen wat men soms 'de silo's' noemt, gekoppeld aan de uitwerking van stabiele en transparante financieringsmechanismen die gepaard gaan met het bevorderen van efficiëntie en kwaliteit duidelijk aan de oppervlakte. Het ontwikkelen van digitale zorg en een optimaal gebruik van beschikbare data kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

Het is belangrijk dat deze visienota een breed draagvlak kan vinden. Het werk is niet af. Deze visienota zal worden besproken in het verzekeringscomité en de algemene raad van het RIZIV. Het is de bedoeling om de leden van de overlegorganen uit te nodigen om op basis van het geschetste referentiekader concrete krijtlijnen en de prioriteiten voor de toekomst te identificeren, rekening houdend met de oriëntaties die ook in het regeerprogramma werden naar voor gebracht.

Een aantal voorstellen werden tijdens de workshops geformuleerd en kunnen mee inspiratie vormen voor de besprekingen die thans zullen worden aangevat met de beheers- en overlegorganen. Een strategische insteek is hierbij essentieel, verder dan de horizon van de actualiteit.

Het is ook de bedoeling dat op basis van al deze elementen voldoende vruchtbaarheid zou worden gegeven aan de resultaten van deze strategische denk-oefening. Ze moeten onze gezondheidszorg klaarstomen voor het volgende decennium. We stellen hierbij voor om het finale document toe te lichten op een symposium voor een breder publiek begin 2021 en over te maken aan de interministeriële conferentie volksgezondheid.

ACTUELE UITDAGINGEN EN TRENDS OP LANGE TERMIJN

Ter voorbereiding van de workshops werden alle deelnemers/experten bevestigd over hun visie op de toekomst van de gezondheidszorg. Daaruit distilleerden we enerzijds een aantal onzekere elementen, waarvan de evolutie in de toekomst moeilijk te voorspellen valt. U zal verder in dit document beschreven zien hoe die moeilijker voorspelbare elementen aanleiding gaven tot vier verschillende scenario's voor de toekomst van de gezondheidszorg.

Wat hieronder volgt echter is een beknopte beschrijving van een aantal elementen die relatief goed voorspelbaar of reeds gekend zijn, maar daarom niet minder impactvol voor de gezondheidszorg. Het betreft, enerzijds, een aantal gekende uitdagingen, waarvan het merendeel zich vandaag al manifesteert binnen de sector en, anderzijds, een aantal te verwachten contextuele evoluties of trends op lange termijn. Deze elementen vormen dus een constante over de vier scenario's heen. We hebben de ambitie aan elk van hen tegemoet te komen met de visie voor de toekomst van de gezondheidszorg beschreven in dit document.

Actuele uitdagingen voor de sector van de gezondheidszorg

De elementen hier beschreven spelen zich grotendeels af binnen het domein van de gezondheidszorg zelf. Op veel van deze elementen, zij het niet alle, kan men vanuit het beleid en beheer van de sector dan ook een zekere invloed uitoefenen. Maatregelen die aan deze uitdagingen tegemoet wensen te komen kunnen echter belangrijke gevolgen hebben op de lange termijn. Niet zelden beïnvloeden ze, soms onverwacht of ongewild, andere evoluties binnen de gezondheidszorg. Omgekeerd hebben keuzes die beleidsvoerders en zorgverleners vandaag maken in functie van een visie voor de toekomst eveneens een impact

op hoe hieronder beschreven uitdagingen evolueren. Elk van deze elementen en hun onderlinge afhankelijkheid werd dan ook uitvoerig besproken binnen de context van deze oefening, voor elk van de toekomstscenario's hier beschreven.

Er bestaat in ons land, ondanks de grote inclusiegraad dankzij de verplichte solidaire zorgverzekering, een persistente sociale ongelijkheid in gezondheid onder de bevolking. Er bestaat een direct verband tussen sociaaleconomische positie en opleidingsniveau, enerzijds, en levensverwachting en duur van het leven in goede gezondheid anderzijds. De toegankelijkheid van het systeem wordt medebepaald door de mate waarin financiële drempels als de eigen bijdrage overwonnen worden. Externe omstandigheden zoals huisvesting, mobiliteit, luchtkwaliteit en het lokale voedingsaanbod spelen een grote rol in de gezondheid van buurtbewoners. Niet iedereen beschikt bovendien over dezelfde kennis, tijd en financiële middelen om zijn gezondheid te bewaken. Het systeem van de gezondheidszorg is daarnaast ook zeer complex. Ook dat aspect kan een invloed hebben op de toegankelijkheid voor bepaalde groepen of individuen. Soms spelen culturele aspecten of taalverschillen mee. Daarnaast is er een geografische ongelijkheid in de beschikbaarheid van zorg en wachttijden door schaarste in het aanbod. Het inefficiënt inzetten van competenties kan eveneens een drempel vormen in bepaalde gebieden. Wil men iedereen gelijke kansen geven op een goede gezondheid en toegankelijkheid van zorg moeten al deze determinanten in rekening gebracht worden.

Zowel op het terrein als in de beheersorganen van de gezondheidszorg stellen we vast dat er zich **silo's van zorgberoepen** hebben gevormd. Dat geldt ook voor de wetgeving in de gezondheidszorg, denken we maar aan het KB78/Wet WUG van 10 mei 2015 dat zeer strikt en restrictief bepaalt wie wat wel of niet mag doen qua medische handelingen. Door een **gebrek aan flexibiliteit en samenwerking blijven capaciteiten en competenties op het terrein onderbenut** en dat terwijl er duidelijke indicaties van schaarste of specifieke noden zijn.

Ondanks intensieve opleidingen en zware werkomstandigheden worden bepaalde beroepen vandaag ondergewaardeerd, wat zich onder meer uit in de inkomens. Een aantal zorgberoepen, bijvoorbeeld verpleegkundigen en huisartsen, worden als weinig aantrekkelijk beschouwd en dat leidt tot tekorten op de arbeidsmarkt. Men verwacht dat de **tekorten aan opgeleide zorgverleners op de arbeidsmarkt** nog zullen verscherpen in het kader van een toenemende zorgvraag. Tegelijkertijd stelt men vast dat er een **overaanbod is voor bepaalde zorgberoepen**. De **afstemming tussen het gezondheidszorgbeleid en**

het onderwijsbeleid is nog onvoldoende doeltreffend en onderwijsaanbodbelangen primeren soms op volksgezondheidsbelangen.

Naast de silovorming tussen zorgberoepen dient ook de **kloof tussen het beleid en de actoren op het terrein** vermeld te worden. Met beleid worden ook de vertegenwoordigende actoren binnen het overlegmodel bedoeld. Samen met politiek en administraties kampen ze met de vraag hoe de kloof tussen beleidsconcepten en wat zich op het terrein afspeelt gedicht kan worden, en met de vraag wat het terrein verwacht en afweet van dat beleid.

Voor sommige, dringende aandoeningen is de snelheid van de interventietijd bepalend. Voor andere, meer gespecialiseerde aandoeningen leidt ervaring, voortbouwend op de verwerving van kennis en vaardigheden, tot expertise. De **verdeling van het zorgaanbod over kleine ziekenhuisdiensten verspreid over het hele land** komt de kwaliteit van de dienstverlening voor wat complexe zorg en zeldzame aandoeningen betreft dus niet ten goede. Investerings in dure medische technologie kunnen bovendien niet overal optimaal renderen. Hier en daar komt men zelfs tot de vaststelling dat bepaalde diensten amper nog patiënten zien en dus nagenoeg geen meerwaarde meer bieden vandaag, noch financieel, noch met betrekking tot de nabijheid van zorg. Dankzij de medische evolutie worden ziekenhuisopnames steeds korter, en dus acuter, of zelfs vermeden. Deze trend is al gestart maar zal in de toekomst nog aanzwengelen, zeker indien we bijkomend inzetten op alternatieve zorgvormen (thuishospitalisatie, zorghotels, ...). Door de patiënt op het juiste ogenblik op de juiste, meest efficiënte, plaats te verzorgen kunnen inefficiënties worden vermeden die de maatschappij anders veel geld kosten. Gegeven het voorgaande lijkt een optimalisatie van het ziekenhuislandschap aangewezen om de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg te vrijwaren. De eerste stappen in die richting werden reeds gezet.

Onder invloed van de **verdeling van bevoegdheden rond gezondheidszorg, zorg en welzijn** ten gevolge van de zesde staatshervorming nam de complexiteit in de zorgsector enorm toe. De hoge mate van fragmentatie vandaag **bemoeilijkt de afstemming tussen beleid in sterk verwante domeinen** als gezondheidszorg en preventie. De inefficiëntie van dit model leidt tot verwarring en bijgevolg frustratie en onbegrip bij zowel zorgverleners als burgers, maar ook bij de bestuurders en beheerders binnen het overlegmodel zelf.

De besluitvorming binnen de sector kent, door een fragmentair overheidsoptreden, mede - maar niet enkel - als gevolg van de staatshervormingen, een zekere

logheid en grote mate van complexiteit. Binnen en tussen bestuursniveaus in het gezondheidszorgbeleid bijvoorbeeld zijn een **veelheid aan verschillende politieke en bestuurlijke actoren** actief. De afstemming tussen die niveaus en actoren heeft een zekere kost en vraagt ook tijd. Dergelijke inefficiëntie valt niet meer te verantwoorden. Een vereenvoudiging dringt zich op.

De druk op het budget van de gezondheidszorg veroorzaakt door de snel **stijgende prijs van nieuwe medische technologie en farmaceutische producten** neemt toe. Men vreest dat, op termijn, de solidariteit ondergraven zal worden. Steeds meer nieuwe behandelingen zullen immers niet meer verzekerd kunnen worden omwille van die snel stijgende prijzen. De huidige instrumenten omvatten een aantal goede elementen, bv. op vlak van risicodeling, maar zijn onvoldoende aangepast aan de snelheid en kost van innovatie. Het belang van relevante innovatie en technologische vooruitgang in de (para)medische sector wordt niettemin algemeen onderschreven. Wil men de kwaliteit van de Belgische gezondheidszorg op niveau houden dient er voldoende ruimte gecreëerd te worden voor het integreren van nieuwe producten en diensten.

Het **huidige financieringsmodel van de gezondheidszorg is gedeeltelijk achterhaald en bijgevolg aan bijsturing toe.** Het schept niet altijd de juiste incentives voor een organisatie op het terrein die een antwoord wil bieden aan de wijzigende zorgnood. Bovendien vormt het financieringsmodel zoals het vandaag bestaat, een risico voor **misbruik en fraude. Overconsumptie, geïnitieerd aan patiëntzijde of bij de zorgverlener,** komt in ons land nog veel te vaak voor en zetten het budget van de gezondheidszorg onnodig onder druk.

Overmatig en onjuist gebruik van antibiotica, ook in sectoren als de veeteelt, heeft geleid tot een steeds groter wordend aantal **resistente bacteriën.** Dit vormt een internationale uitdaging, maar België doet het, zeker in de ambulante sector, beduidend minder goed dan vergelijkbare landen. Er is in het verleden gewerkt aan het verspreiden van duidelijke richtlijnen met betrekking tot het correct gebruik van antibiotica maar de medische wereld en farmaceutische industrie dient zich niettemin voor te bereiden op de verdere evolutie van deze problematiek.

De **snelle ontwikkelingen binnen de gen- en biomedische technologie** bieden uitzicht op een veel grotere doelmatigheid en effectiviteit van behandelingen. Ze kunnen bovendien belangrijke stappen vooruit betekenen voor een effectief

preventiebeleid. Anderzijds geven ze aanleiding tot een heel aantal ethische vragen, die om een antwoord vragen. Genetische modificatie, als techniek vandaag al toegepast op meerdere gewassen, roept heel wat vragen op bij het brede publiek. Hoe maakbaar kan of mag de mens dan zijn? Wat genetische screenings betreft stelt men zich terecht de vraag of en wanneer de verworven kennis moet leiden tot ingrijpen. Wie mag of moet bovendien geïnformeerd worden over de geïdentificeerde risico's? En hoe gaan mensen om met die informatie?

Met de opkomst van **de precisiegeneeskunde** krijgt de sector bovendien nog een aantal andere belangrijke uitdagingen voorgelegd. Meer dan de helft van de kankertherapieën in ontwikkeling vandaag bijvoorbeeld richten zich op een heel specifieke mutatie. Het doelpubliek wordt kleiner, en dat drijft, in de huidige context van ontwikkeling en financiering, de prijs van een behandeling op. De stratificatie van behandelingen op basis van specifieke kenmerken van patiënten leidt bovendien tot een stuk ongelijkheid. Niet iedereen zal immers in aanmerking komen voor die nieuwe, heel specifieke behandelingen. Beide evoluties vormen op termijn mogelijks een bedreiging voor de solidariteit.

De laatste jaren ziet men steeds vaker hoe gezondheidsproblemen die in realiteit niet zuiver op basis van biologische oorzaken te verklaren vallen toch gemedicaliseerd worden. Met die **toenemende medicalisering** en dus het gebrek aan aandacht voor externe determinanten die mee aan de oorzaak liggen, laat men heel wat kansen liggen om deze ten gronde op te lossen. Eventuele besparingen in uitgaven voor de behandeling worden daardoor niet gerealiseerd. De medicalisering staat ook haaks op de vraag naar een menselijkere benadering binnen de zorg – een belangrijke maatschappelijke trend die verder in dit document beschreven wordt.

Maatschappelijke trends op lange termijn

De macrotrends hieronder beschreven zijn meer algemeen van aard. Men kan op deze elementen in praktijk weinig of geen invloed uitoefenen, ook al zou men dat wensen. De evolutie van deze elementen kan daarentegen wel met relatief grote zekerheid voorspeld worden. Ze zullen, onafhankelijk van de keuzes die gemaakt worden met betrekking tot het zorgmodel, een voorspelbare koers volgen in de komende jaren. Niettemin zijn het stuk voor stuk elementen die de gezondheidszorg voor grote uitdagingen zullen stellen in de komende decennia.

■ ■ ■

■ ■ ■

10 ■ ■

We leven steeds langer in België. Dat is mede te danken aan de vooruitgang in de medische wereld. Statistieken van de afgelopen decennia tonen een **gestage toename van de levensverwachting**, zowel bij mannen als vrouwen. De groep 65-plussers in onze samenleving wordt steeds groter. De term vergrijzing is ondertussen helemaal ingeburgerd. Vandaag wordt echter steeds vaker over de 'verwitting' van de bevolking gesproken om ook de expansie van een vierde generatie 85-plussers aan te duiden.

Het aantal gezonde levensjaren neemt eveneens toe, zij het, in absolute termen toch, minder uitgesproken dan de gemiddelde leeftijd. Het resultaat van die discrepantie is dat het aantal jaren dat wordt doorgebracht met gezondheidsproblemen of met beperkte mobiliteit eveneens stijgt. **Aandoeningen worden chronisch** en vragen bijkomende inspanningen van de sector. Elk van deze leeftijdsgroepen heeft bovendien een specifieke zorgnood. Ze vragen om een heel andere aanpak en organisatie. De complexiteit op het terrein neemt dus toe. De **toename van welvaartsziekten en psychische aandoeningen**, ook bij jongere generaties, verscherpt deze evolutie. Ook sociologische ontwikkelingen zoals de opkomst van nieuw samengestelde gezinnen, de toenemende multiculturaliteit van onze samenleving en het steeds langer uitstellen van procreatie stellen het zorgpersoneel op het terrein voor nieuwe, operationele uitdagingen door een toenemende maar ook wijzigende zorgnood. Er wordt met name een sterke bezorgdheid geuit betreffende de opvang van zorgbehoevende ouderen.

Het **budget van de gezondheidszorg staat vandaag reeds onder druk**, en dat terwijl de groep in de piek van de bevolkingspiramide de leeftijd met de grootste zorgnood nog moet bereiken. Zowel de financiële als organisatorische belasting van het systeem zal dus nog toenemen in de toekomst. Onder invloed van de vergrijzing nemen bovendien niet alleen de uitgaven voor gezondheidszorg en pensioenen toe – de wijzigende **verhouding tussen actieve en passieve bevolking zet ook extra druk op de financiering van onze sociale zekerheid**.

De informele zorg werd doorheen deze oefening vaak, in combinatie met andere maatregelen, genoemd als een mogelijke oplossing voor de toenemende zorgvraag. Men is zich tegelijkertijd echter pijnlijk bewust van het feit dat diezelfde gewijzigde verhouding in de leeftijd van de Belgische bevolking ook de **erosie van de informele zorgcapaciteit** illustreert. Actieve zestigers worden vandaag verondersteld bij de zorg en opvang van zowel kleinkinderen als ouders bij te springen, niet zelden ook financieel, maar hebben vaak zelf nog onvervulde professionele of

persoonlijke wensen. De zorgnood van familieleden beperkt de tijd die men heeft om van het pensioen te genieten zolang de gezondheid dat toelaat. Ook in meer algemene zin zijn mensen steeds minder in de mogelijkheid om voor een medemens te zorgen. De opkomst van eenoudergezinnen bijvoorbeeld draagt ertoe bij dat er weinig tijd of andere middelen overblijven om actief een steentje bij te dragen.

De effecten van de **klimaatopwarming** zijn moeilijk in te schatten, maar wetenschappers zijn het er in zeer grote mate over eens dat ze een katalyserend effect zullen hebben op **migratiestromen** tussen continenten. Verwacht wordt dat de **multiculturaliteit van onze samenleving zal toenemen**, ondanks eventuele politieke interferentie. Deze evolutie stelt evidente uitdagingen aan de gezondheidszorg met betrekking tot, onder meer, de toegankelijkheid van het systeem. Taal en cultuur bijvoorbeeld kunnen een belangrijke drempel vormen, zoals eerder vermeld. In combinatie met de **verdere globalisering van de handel** dreigen er als gevolg van de klimaatopwarming ook ziekten, die hier eerder niet voorkwamen, naar onze contreien over te komen. Pathogenen en hun dragers verspreiden zich immers steeds sneller via toenemend internationaal personen- en vrachtransport en toerisme, en vinden vaker een gunstige biotoop bij aankomst. We zijn allen getuigen hiervan in de COVID-19 pandemie, de Black Swan van 2020. Terwijl de **digitalisering** zich verder voltrekt, kondigt zich stilaan de volgende golf van technologische vooruitgang aan. **Automatisering op basis van intelligente systemen** zal in de komende decennia voor nieuwe verschuivingen zorgen op de arbeidsmarkt. De impact hiervan zal voor elk beroep anders zijn, maar zowel de digitalisering als de automatisering houden ongetwijfeld grote voordelen in met betrekking tot, onder meer, operationele efficiëntie. Niet in het minst voor de sector van de gezondheidszorg, die op dat vlak nog een achterstand in te halen heeft. Gezondheidsdata zullen in de toekomst op veel efficiëntere manier uitgewisseld worden. Een groot deel van die data zal ingewonnen worden via wearables en technologie bediend door de patiënt zelf. Intelligente systemen die voorspellende analyses uitvoeren op basis van gezondheidsdata zullen helpen bij het stellen van correcte en tijdige diagnoses en kunnen op die manier potentieel bijdragen aan de kostenefficiëntie van de sector. De **toenemende complexiteit en kwantiteit van medische kennis** zal, in combinatie met eerder beschreven uitdagingen als de toenemende zorgvraag en het gebrek aan personeel, de **evolutie naar meer en betere technologische ondersteuning van zorgverleners** verder in de hand werken.

■ ■ ■

■ ■ ■

De digitalisering laat echter ook de burger-patiënt niet onberoerd. Informatie werd de afgelopen jaren veel breder beschikbaar, onder meer via internet en sociale media. Dat, in combinatie met scholing, katalyseerde de **emancipatie van de burger** die zich over de afgelopen decennia voltrok, ook ten aanzien van de gezondheidszorg. Mensen zijn assertiever geworden, en willen hun leven en gezondheid steeds meer zelf in handen nemen. Een veel **mondiger, geïnformeerde burger**, die mee wil beslissen over zijn gezondheid en zorg, stelt vanzelfsprekend nieuwe uitdagingen voor zorgverleners op het terrein. De traditionele hiërarchie tussen arts en patiënt bestaat niet meer. Waar bovendien de **nadruk in het verleden hoofdzakelijk op genezing** werd gelegd, ligt die bij burgers en patiënten **vandaag veel sterker op de kwaliteit van leven en het ervaren van zin of betekenis van het bestaan**. Zorgverleners en hulpverleners moeten die evoluties durven onderkennen en manieren vinden om daarmee om te gaan. Anderzijds mag men niet verwachten dat iedereen over dezelfde vaardigheden inzake geletterdheid en mondigheid beschikt. Aandacht voor de sociaal zwakkeren zal dus nodig blijven, ook in de toekomst.

De emancipatie van de burger manifesteert zich ook in een bredere context. Die burger is immers steeds meer gericht op een **volwaardige participatie aan maatschappelijke en economische processen**. Er leeft bovendien een **sterke vraag naar transparantie in het beleid en beheer van publiek georganiseerde diensten**, ook binnen het domein van de gezondheidszorg. De **burger wordt ook steeds veeleisender met betrekking tot de efficiëntie van die publieke dienstverlening**. Hij wil weten hoe zijn bijdrage besteed wordt en verwacht dat zowel de beheerders van de sector als individuen of organisaties actief binnen de gezondheidszorg een stuk verantwoording afleggen voor hun acties en de vergoeding die ze ontvangen voor bewezen diensten.

Eerder vermelde digitale informatieplatformen bieden, net omwille van hun brede bereik, ook een opportuniteit om de informatie-asymmetrie onder de bevolking te doorbreken. Ze bieden tevens de mogelijkheid om de **transparantie rond de prijs of effectiviteit van het zorgaanbod en de ervaring van de patiënt te verhogen**, op voorwaarde dat men inspanningen blijft leveren om ook de maatschappelijk zwakkeren toegang te verschaffen tot deze informatie, en de gezondheidsgeletterdheid als speerpunt meeneemt in het beleid.

De **informatie die via online platformen wordt verspreid is jammer genoeg niet altijd geheel waarheidsgetrouw of correct**. Het brede publiek blijkt echter zeer ontvankelijk voor boodschappen verspreid via deze media, ook al zijn ze niet wetenschappelijk onderbouwd. Foute informatie verspreid via het internet kan nochtans grootschalige gevolgen hebben, ook met betrekking tot de volksgezondheid. Zo worden vandaag wereldwijd opflakkingen van aandoeningen als mazelen vastgesteld. De oorzaak ligt bij de anti-vaccinatiebeweging die, dankzij deze online platformen, haar ongefundeerde boodschap breed verspreid krijgt. Met het weigeren van een vaccinatie breng je echter niet enkel jezelf maar een hele bevolking in gevaar, meer specifiek de allerjongsten en -zwaksten onder hen.

SCENARIO'S VOOR DE TOEKOMST VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Scenario analyse is een gekende en veel toegepaste methodologie voor strategisch toekomstonderzoek. Ze gaat uit van het feit dat, op een aantal elementen na, de toekomst heel moeilijk voorspelbaar is, en in grote mate bepaald wordt door factoren waarover onzekerheid bestaat. Daarom zal men die toekomst gaan verkennen aan de hand van een set van verschillende scenario's, die samen een zo breed mogelijk spectrum aan potentiële toekomst wensen af te dekken.

Scenario's komen op kwalitatieve manier tot stand. Ze ontstaan vanuit een narratief rond oorzaak en gevolg gevoerd en gevoed door experts inzake het bestudeerde systeem of binnen domeinen die er een onmiskenbare impact op hebben. Een aantal van de factoren die bepalend zijn voor de toekomst van een model of systeem zijn, zoals eerder vermeld, goed voorspelbaar, en zullen dus een constante vormen over de verschillende verhaallijnen heen.

Scenario's voor de toekomst moeten met enige omzichtigheid benaderd worden. Er zijn immers honderden mogelijke verhaallijnen te schrijven over hoe die toekomst er zal uitzien. Dat aantal neemt toe naarmate er meer onzekere factoren zijn die die toekomst bepalen. Het is onmogelijk elk van deze toekomstbeelden te analyseren en dus wordt er een selectie gemaakt. In realiteit zal de toekomst zich echter eerder ontplooiën als een combinatie van elementen uit de verschillende weerhouden scenario's. Scenario's zijn dus in geen geval voorspellingen van de toekomst. Ze zijn extreem en uitdagend maar tegelijkertijd plausibel, en hebben enkel als doel een kapstok te bieden voor gesprekken over de toekomst en hoe men zich daarop wil voorbereiden. Bij het toewerken naar dit strategisch visiedocument kon men daardoor naast eerder aangehaalde, relatief goed voorspelbare trends op lange termijn en gekende uitdagingen ook een antwoord formuleren op elementen die een onvoorspelbare evolutie zullen kennen.

Beschrijving

Bij deze strategische denkoefening werd geopteerd voor vier scenario's opgebouwd rond twee onzekere factoren of 'kernonzekerheden'. Zij vormen samen het assenkruis dat de basis vormt voor de verhaallijnen beschreven in elk van de kwadranten.

De eerste kernonzekerheid betreft de **financiering van de gezondheidszorg**. Aan de ene kant veronderstelt men dat de kost van zorg gedragen zal worden door de samenleving, in een solidair systeem. Vergelijkbaar met hoe we het vandaag kennen dus. In het andere extreem van deze as gaat men ervan uit dat zorg grotendeels individueel gefinancierd wordt.

De tweede kernonzekerheid beschrijft **hoe zorg benaderd wordt**. In het ene extreem ligt de focus op ziekte. Daarbij primeert het curatieve en is er weinig aandacht voor de individuele wensen en noden van de patiënt. In het andere extreem vormt de mens in al zijn complexiteit, dus inclusief zijn omgeving, het onderwerp van de gezondheidszorg, en zet men sterk en breed in op preventie. Onderstaand beeld geeft weer hoe deze kernonzekerheden de basis vormen van vier verschillende scenario's voor de toekomst van de gezondheidszorg, voor elk kwadrant één.



We beschrijven deze fictieve toekomstbeelden zoals ze door de groep experts ontwikkeld werden: vier scenario's of verhaallijnen voor de toekomst van de gezondheidszorg, elk met zijn bijzonderheden.

Scenario 1

2030: A pill a day keeps the doctor away



- De laatste decennia werden gekenmerkt door een stabiele context van weliswaar beperkte economische groei. Om het solidair gefinancierd sociaal zekerheidssysteem te vrijwaren bij een stijgende zorgvraag werden **strengere correctiemaatregelen rond misbruik en verspilling** ingevoerd. Voor een heel deel consultaties en behandelingen werd de **eigen bijdrage** in de loop der jaren **opgeschroefd met enkele procenten voor het welvarende deel van de bevolking**. De **toegang tot het systeem van de gezondheidszorg en specifieke behandelingen verloopt vandaag sterk gereguleerd**. Men kan niet zomaar overal meer terecht wanneer men dat wil. **Pensioenen en andere takken** van de sociale zekerheid werden eveneens hervormd maar blijven het budget ook vandaag nog onder druk zetten.
- Er werden in diezelfde periode ook **kwaliteitsnormen** ingevoerd voor de sector. Vandaag heeft de **effectiviteit van een behandeling** een impact op de vergoeding die de zorgverlener ervoor krijgt. Een **doelmatig geselecteerd internationaal aanbod**, terugbetaald vanuit de solidaire ziekteverzekering droeg eveneens bij aan een betere prijs-kwaliteitsverhouding van het nationaal aanbod.

- In deze wereld is de **aandacht voor de gezondheidsdeterminanten beperkt**. Beslissingen in andere beleidsdomeinen houden weinig rekening met het effect op de gezondheid van de bevolking. Het thema gezondheid vormt daarbij in elk geval geen prioriteit. **Doeltreffende, grootschalige maatregelen ter verbetering van het milieu bleven voorlopig uit**. Ongezonde voeding is nog steeds goedkoper, breder beschikbaar en gemakkelijker dan het gezonde alternatief. De inefficiëntie van een beleid op verschillende beleidsniveaus bemoeilijkte bovendien de integratie van gezondheid en welzijn in coherente maatregelen die inspelen op de sociale determinanten van gezondheid.
- Het **aanbod in de gezondheidszorg is hoofdzakelijk gericht op het bestrijden van ziekte**. Farmaceutische firma's en technologiebedrijven zetten dan ook sterk in op curatieve producten. Wat vroeger niet als ziekte maar als een gevolg van omgevingsparameters werd beschouwd wordt vandaag, indien erkend door de overheid, wel behandeld binnen de sector. Zowel bij de diagnose als bij de behandeling van aandoeningen wordt er slechts bitter **weinig aandacht geschonken aan de omgeving van de patiënt**. De neurologie maakte grote sprongen voorwaarts, waardoor **ook heel veel psychologische problemen werden gemedicaliseerd**.
- Gezondheidsproblemen worden opgelost wanneer ze zich stellen, ook al is dat soms lang voordat men effectief ziek wordt. Met het verplicht analyseren van het genoom is men vandaag **patiënt van bij de geboorte**. Het **preventiebeleid van de overheid** richt zich immers hoofdzakelijk op vroegtijdige detectie en behandeling. De technologische vooruitgang maakt het mogelijk dat patiënten zichzelf testen op allerlei aandoeningen. **Breed uitgevoerde screenings** met persoonlijke analysetoestellen vergoed vanuit de solidaire verzekering maken **vroegtijdige of zelfs preventieve behandeling van een heel aantal aandoeningen** mogelijk. **Automatisatie van behandelingen op basis van biomedische parameters**, vooral bij laagvariabele, chronische aandoeningen, drijven de efficiëntie in de sector verder op. De technologische vooruitgang helpt zo, naast de efficiëntie- en kwaliteitsmaatregelen ingevoerd door een heel aanwezige en sterk sturende overheid, om tegemoet te komen aan een vergrijzende bevolking en stijgende zorgvraag. **Mensen zijn veel langer actief maar tevens totaal afhankelijk van de medicatie of technologie die hen op de been houdt**.

- **Geconnecteerde toestellen en digitale interfaces voor het meten en analyseren van biomedische parameters bieden een goed alternatief voor standaard consultaties** bij een arts. Vooral de oudere bevolkingsgroepen hebben nog nood aan contact met een vertrouwenspersoon – jongere generaties vertrouwen in de effectiviteit en het diagnostisch vermogen van technologische toepassingen en werkgevers hebben de analyses van deze toepassingen al aanvaard als bewijs van ziekte. De **specialisatiegraad binnen de beroepssectoren is erg uitgesproken**. De sector is sterk **hospitalocentrisch** georganiseerd.
- Dankzij al deze efficiëntiewinsten slaagde men er doorheen de jaren in om **innovatieve behandelingen in het solidair verzekeringsstelsel** op te blijven nemen. De vooruitgang in de Belgische gezondheidszorg werd op die manier gevrijwaard, zij het dan met een zeer specifieke insteek: de uiterst strenge **selectie van behandelingen die onder terugbetaling komen** gebeurt immers in de eerste plaats **op basis van de potentiële efficiëntiewinsten of besparingen** die de innovatie met zich meebrengt voor de sector. Dure behandelingen voor zeer zeldzame aandoeningen of waarvan de effectiviteit niet bewezen is komen terecht in een internationale vrije markt en zijn enkel betaalbaar voor de meest welgestelde burgers. Er worden steeds meer grootschalige **informele crowdsourcing-initiatieven** opgezet rond individuen met aandoeningen die ongeneesbaar blijken binnen het terugbetaalde aanbod.
- Er wordt heel veel belang gehecht aan therapietrouw maar **in het algemeen wordt er slechts beperkt ingezet op het bijsturen van het gedrag van burgers richting gezonde keuzes**. De levensstijl van de patiënt wordt slechts in beperkte mate meegenomen in behandelingen. Over het gemiddelde genomen zien we een burger die niet echt verantwoordelijk met zijn gezondheid omspringt. De incentive is klein – ongezond leven kan immers ongestraft en de doorsnee burger is zich niet bewust van de werkelijke maatschappelijke kost van een behandeling. Vooral slecht geïnformeerde of minder gegoede burgers vinden moeilijker de weg naar gezonde keuzes.
- De **overheid centraliseert en analyseert hoofdzakelijk biomedische data** om haar gezondheidszorgbeleid te onderbouwen en verantwoorden. Beslissingen worden steeds genomen in het algemeen belang van de bevolking.

- Het huidige systeem van **de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een grote inclusie en een efficiëntie ongezien in eerdere tijden**. De effectiviteit van behandelingen die terugbetaald worden ligt zeer hoog. **Alle leden van de bevolking kunnen in principe rekenen op een gezondheidszorg van dezelfde kwaliteit**. Om die gelijkheid te vrijwaren werd de vrijheid van de burger echter aan banden gelegd. Wie goed geïnformeerd is haalt daar wel nog steeds voordeel uit, ondanks alle maatregelen om iedereen gelijkwaardige toegang en inspraak te geven. Deze vorm van ongelijkheid blijft hardnekkig overeind. Meer nog – het verschil tussen de geïnformeerde en niet-geïnformeerde patiënt wordt steeds groter naarmate de complexiteit van geneeskundige behandelingen toeneemt.
- Bij gebrek aan een meer humaan aanbod afgestemd op de individuele wensen en noden van de patiënt binnen het solidair verzekerde systeem ontstaat er een **gevarieerd aanbod van producten en diensten buiten het officiële circuit om**. De kwaliteit en de prijs van deze diensten worden gereguleerd door de mechanismen van een vrije markt. Hier en daar doen zich echter schrijnende situaties van uitbuiting voor.
- In recenter jaren ontstond er **verzet tegen het zeer stringente beleid in de gezondheidszorg**. Burgers willen hun keuzevrijheid terug en wensen een ruimer, humaner zorgaanbod in terugbetaling. De verzetsbeweging 'Over Mijn Lijk' krijgt steeds meer aanhang.

Samenvatting

- Sterk sturende overheid met focus op de efficiëntie van het bestaande systeem en de effectiviteit van behandelingen.
- Solidair gefinancierd aanbod dat hoofdzakelijk inzet op het bestrijden van ziekte en weinig rekening houdt met de individuele noden en wensen van de patiënt noch zijn omgeving.
- Beperkte integratie tussen beleidsdomeinen.
- Ziektegericht preventiebeleid gericht op vroegtijdige detectie en preventieve behandeling van ziekte.
- Sterk inclusieve gezondheidszorg maar stringent aanbod en gereguleerde toegang.

■ ■ ■

■ ■ ■

Scenario 2

2030: We care with you



- Parallel aan de **invoering van een aantal efficiëntiemaatregelen** investeerde de overheid de afgelopen decennia steeds meer in **preventie en gezondheidspromotie**. Vandaag zijn de effecten van dat beleid duidelijk waarneembaar en is het budget van de gezondheidszorg opnieuw toereikend om te voldoen aan de zorgvraag.
- Gezond zijn is veel meer dan niet ziek zijn. Het is een zinvol leven leiden, sociaal actief kunnen zijn, je verbonden voelen met anderen.
- Het beleid van alle overheden, zorgactoren en het middenveld moedigen een gezonde levensstijl aan – men verbiedt mensen niets maar zorgde ervoor dat het aannemen van een **gezonde levensstijl de meest voor de hand liggende keuze** is. Men past het principe van **health in all policies** toe door doelgerichte investeringen in de beleidsdomeinen van de gezondheidsdeterminanten. **Mensen en bedrijven worden gestimuleerd richting verantwoordelijk gedrag**: communicatiecampagnes, de invoering van taksen op ongezonde producten en financiële voordelen geven de richting aan. De toegang tot sport werd vergemakkelijkt en het aanbod van voeding is gezond, lokaal geproduceerd en betaalbaar. Steden zijn groener en een deel van de voedingsgewassen wordt geteeld op daken en groene gevels in verstedelijkte gebieden. Er ontstaan lokale deelgemeenschappen – de huidige economie is eerder op dienstverlening gebaseerd dan op bezit. Openbaar vervoer of deelsystemen voor voertuigen zijn voordeliger en gemakkelijker dan een eigen auto of bedrijfswagen bezitten.

Men zet in op leefbare sociale woningen geïntegreerd in gemengde wijken. Al deze maatregelen zetten

bedrijven aan om meer verantwoordelijkheid op te nemen en stimuleren mensen om evenwichtiger te leven. Ze leiden tot een gezonde financiering van het solidaire zorgverzekeringsstelsel. De keerzijde van dit beleid is dat de verdraagzaamheid met betrekking tot ongezond gedrag afneemt onder de bevolking.

- De overheid en alle betrokken actoren voeren een **beleid in functie van het collectief belang.** Doorgedreven analyse **van gecentraliseerde gezondheidsdata onderbouwt de beslissingsprocessen** binnen de beheersorganen van de sector.
- **Het zorgaanbod in terugbetaling is uitgebreid en focust vandaag zowel op gezondheid als welzijn.** Het zijn niettemin nog steeds de beheersorganen van de sector die beslissen welke diensten en producten opgenomen worden in het solidair gefinancierde systeem. Zorgverleners worden aangemoedigd om de patiënt integraal te benaderen. Artsen kunnen nu bijvoorbeeld ook een saunabezoek of zelfs een natuurwandeling voorschrijven, net zoals dat in Schotland al vanaf 2019 het geval was. In de geest van deze **menselijke benadering** is de behandeling in medische centra meestal van korte duur en wordt deze over het algemeen gevolgd door een revalidatieperiode in de thuisomgeving.
- Medische centra zijn hypergespecialiseerd en geworteld in een internationale markt. Op het terrein zijn ook **veel vrijwilligers en mantelzorgers** aan de slag die, naast een sterk ontwikkelde verenigingssector, een niet te missen aanvullende rol spelen in het verbreden van de levenskwaliteit van zorgbehoevende mensen en op die manier het beleid van de overheid ondersteunen.
- Via een erkend statuut wordt **buitenlands personeel aangemoedigd om zich in België te vestigen.** Op die manier werd de zorg voor een vergrijzende bevolking structureel aangepakt.
- Om een breed aanbod aan zorg en welzijnsdiensten maximaal af te stemmen op de individuele behoeften en wensen van de zorgvrager werd een **optimale communicatie en samenwerking tussen de verschillende aanbieders van zorg en sociale ondersteuning noodzakelijk.**

Om die individuele maar multidisciplinaire aanpak te faciliteren werden performante gegevensdeling en zorgcoördinatie in het leven geroepen. **De zorgvrager wordt voldoende begeleid om zijn weg in het zorgsysteem te vinden.**

- Als gevolg van al deze maatregelen en ontwikkelingen is het **stelsel efficiënter** geworden. De zorgvraag is niet zo sterk toegenomen als men verwachtte: de situatie stabiliseerde dankzij een strategisch beleid gebaseerd op preventie en gezondheidspromotie, ook vanuit andere beleidsdomeinen.
- **Digitale tools gebaseerd op artificiële intelligentie** werden verder ontwikkeld. Ze geven vandaag veel menselijker advies, dat ook rekening houdt met de omgevingsparameters van de zorgvrager en inzet op zijn individuele wensen. Het zijn digitale alternatieven voor eerder vermelde lifestylecoaches, maar ze **blijven ondergeschikt aan de menselijke zorgverleners.**
- Vanuit een gebrek aan kennis hebben bepaalde bevolkingsgroepen het moeilijk om wegwijs te raken in het zorgsysteem en proactief hun gezondheid te beheren. Dankzij overheidsinvesteringen in **opleidingen rond gezondheidsvaardigheden** raakten ook zij steeds meer geëmancipeerd en werden ze in staat gesteld om een actievere rol te spelen bij beslissingen over hun zorg en gezondheid. Voor zij die toch nog door de mazen van het net vallen, wordt er begeleiding voorzien.
- Het **Belgische innovatielandschap brengt zowel medische als niet-medische producten en diensten naar de markt.** 'Zorgactoren ontwikkelen allerhande **toepassingen met het oog op gezondheidspromotie en preventie.**
- **Bedrijven responsabiliseren werknemers** door ze inspraak te geven in de organisatie van hun werk. Ze bieden grote flexibiliteit op het gebied van werktijd en -plaats. Voor diegenen die moeilijker om kunnen gaan met dat soort uitdagingen vormt die vrijheid echter een **bron van stress en druk.**
- **Gezondheidsgegevens werden, met respect voor de regelgeving inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer, breder toegankelijk gemaakt.** Dat verhoogt de transparantie van de sector. Deze databanken bevatten, naast biomedische gegevens, ook een massa gegevens met betrekking tot levensstijl. De combinatie van **aanzienlijke hoeveelheden kwalitatieve en kwantitatieve data bemoeilijkt de analyse** ervan en bijgevolg hun beslissingsondersteunende waarde.

Samenvatting

- De overheid, zorgactoren en het middenveld spelen een centrale rol in de ontwikkeling van preventie en gezondheidspromotie door, onder meer, de invoering van taken of financiële voordelen.
- De publieke solidaire verzekering houdt rekening met de behoeften van de bevolking en biedt een breder en menselijker zorgaanbod. Men voorziet voldoende begeleiding opdat iedereen wegwijs kan geraken in het aanbod.
- Performante gegevensdeling en een adequate coördinatie en financiering stimuleren een multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners en middenveld.
- Dankzij vrijwilligers en mantelzorgers zijn de verblijven in zorgcentra van korte duur en is revalidatie thuis mogelijk.

Scenario 3

2030: Survival of the fittest



- In de jaren volgend op de klimaatmarsen komt het **thema ecologie bovenaan op de agenda van alle politieke partijen** te staan, of ze nu links of rechts georiënteerd zijn. De overheid zet sindsdien voluit in op het leefbaar maken en houden van onze omgeving. De luchtkwaliteit en groenvoorziening in Belgische steden en gemeenten ging er dan ook sterk op vooruit de laatste decennia. **Gezond zijn en blijven, ook op psychologisch vlak, won enorm aan belang.** Er werden maatregelen ingevoerd om de balans tussen werk en ontspanning te herstellen. Het potentieel aan gezonde keuzes, bijvoorbeeld met betrekking tot hoe men zich verplaatst of wat men eet, is veel breder geworden dan enkele decennia terug. Ongezonde keuzes als roken, alcohol of vet- en suikerrijke voeding worden financieel ontmoedigd.
- Men streeft naar een maatschappij waar elk individu kansen krijgt om zich te ontwikkelen. Er werd de afgelopen decennia dan ook **sterk geïnvesteerd in de kwaliteit van het onderwijs**, dat naast een goede basiskennis, waaronder een stuk levensbeschouwing en burgerschap, ook steeds meer inzet op een vrije invulling van het curriculum, afgestemd op de talenten en persoonlijke interesse van het individu.
- Op basis van strategische overwegingen werd geopteerd voor het **ontdubbelen van de zorgverzekering** in een **solidair gefinancierde basisdekking aangevuld met zorgverzekeringen in een internationale maar sterk gereguleerde vrije markt.**

- De terugbetaling vanuit **het solidair gefinancierde luik beperkt zich vandaag tot de basiszorg**. De bijdrage die men hiervoor betaald wordt nog steeds bepaald op basis van inkomen. Voor meer en beter moet men een beroep doen op private zorgverzekeraars.
- Privéondernemingen bieden deze **zorgverzekeringen** aan voor een heel **brede waaier aan zorgen en diensten, verpakt in polissen op maat van het individu**.
- De overheid legt wel **regels op rond de minimum risicodekking en kwaliteit van zorg die vanuit de zorgverzekeringen vergoed wordt**. Ze geeft aan binnen welk kader er gespeeld kan worden. Zo is het bijvoorbeeld **verboden mensen uit te sluiten voor de verplicht individueel te verzekeren minimum risicodekking**. Door die maatregel zijn **zorgverzekeringen over het gemiddelde genomen vrij duur**, maar wie gezond leeft, kan rekenen op een **korting**. Daarvoor moet men wel zijn **lifestyle data delen met de verzekeraar**. Verder worden er afspraken gemaakt tussen zorgverzekeringen en -verstrekkers of -instituten over de kostprijs van de zorgverlening – een mechanisme dat de organisatorische en financiële efficiëntie van de sector opdrijft.
- Het **zorgaanbod waaruit men kan kiezen, wordt grotendeels bepaald door de premie die men betaalt**. Wie veel bijdraagt, heeft een grotere keuzevrijheid en kan beroep doen op meer geavanceerde technieken. Werkgevers integreren dure zorgverzekeringen met een aantrekkelijk aanbod in hun loonpakketten om talent aan te trekken en behouden.
- De **overheid centraliseert en analyseert algemene gezondheidsdata om haar preventiebeleid te oriënteren** en het pakket basiszorg alsook de minimumdekking vanuit de privé bij te sturen op basis van de werkelijke noden van de bevolking.
- Het **aanbod in de gezondheidszorg vandaag is sterk gefocust op levenskwaliteit**, waarbij de mens en zijn individuele wensen op de eerste plaats komen. De **kwaliteit en de prijs van dat aanbod worden grotendeels gereguleerd door de mechanismen van een internationale vrije markt**. Het ondernemerschap in de sector van de gezondheidszorg **floreert maar wordt gekenmerkt door een grote volatiliteit**.

- Het **aanbod in de gezondheidszorg is veel breder dan vroeger**. Zowel de solidair gefinancierde basiszorg en de minimumdekking bij privé-verzekeringen als het overige aanbod omvatten **naast zuiver medische behandelingen ook welzijnstherapieën en diensten en producten voor gezondheidspromotie**. Bij het bepalen van de nodige zorg wordt rekening gehouden met de individuele wensen en doelstellingen van de burger. Die heeft, vergeleken met enkele decennia terug, een **grotere inspraak in hoe hij de zorg voor zijn gezondheid en welbevinden integreert in zijn leven**. Deze effecten zijn echter minder uitgesproken voor zij die niet over de middelen beschikken om dure verzekeringen af te sluiten. Vrijheid komt met een prijs.
- Voor die individuele aanpak doen mensen graag een beroep op **digitale toepassingen die het brede aanbod filteren op basis van persoonlijke voorkeuren en medische gegevens en op die manier** een beheer van gezondheid en welbevinden op een individueel niveau faciliteren. Daarin worden naast zuiver medische behandelingen of welzijnstherapieën ook heel wat preventieve, gedragsmatige aanbevelingen opgenomen. Het gevoel van de totale keuzevrijheid is bijgevolg slechts perceptie – net als in andere sectoren wordt **consumptie in de markt voor gezondheid en welbevinden grotendeels gestuurd door algoritmes** die het aanbod vernauwen. De aanbieders van dit soort toepassingen hebben een machtige positie ingenomen in de sector.
- Voor het ontvangen van zorg op advies van die digitale toepassingen kan men terecht **in multidisciplinaire gezondheidscentra. Internationale, hypergespecialiseerde medische centra vullen het landschap aan**. Afhankelijk van de graad waarin men verzekerd is kan men kiezen waar en hoe die zorg ingevuld wordt, maar over het algemeen wordt de zorg- en revalidatieperiode volgend op een ingreep gefaciliteerd in de thuisomgeving, aangestuurd vanuit eerder vermelde gezondheidscentra.
- De **geestelijke gezondheidszorg is een belangrijke poot van de gezondheidszorg geworden**. Omgevingsparameters blijven, ondanks de vooruitgang in de neurologie, nog steeds heel belangrijk in de diagnose en behandeling van psychische problemen.
- **Mensen zijn, over het gemiddelde genomen, gezonder**. De verwachte groei in welvaartsaandoeningen bleef uit dankzij het sterke beleid rond preventie en gezondheidsbevordering. Longkankers en aandoeningen gekoppeld aan obesitas, zoals het slaapapneusyndroom en diabetes werden sterk teruggedrongen. Men gaat ook minder snel naar de dokter.

- Er is een **zorg- en verzekeringsaanbod voor elk budget, maar enkel de goeoden van deze maatschappij kunnen een beroep doen op de meest geavanceerde behandelingen en therapieën**. Gemiddeld zien we een **gezondere burger met toegenomen verantwoordelijkheidszin in een gezondere leefomgeving, maar het verschil tussen de laagste inkomensklasse en de meer goeode burgers neemt toe** ondanks inspanningen van de overheid. De patiënt-consument van deze wereld kan beschikken over een **grote keuzevrijheid, inspraak en autonomie**, maar ook dat voordeel is eerder weggelegd voor zij die over voldoende middelen, kennis en informatie beschikken. De **ongelijkheid in gezondheid nam toe** over de laatste decennia.

Samenvatting

- Hervormingsgezinde overheid bepaalt streng regulerend kader voor gedeeltelijk geprivatiseerde markt van zorgverzekeringen.
- Breed aanbod van gezondheids- en welzijnsdiensten houdt rekening met de wensen en noden van de patiënt en zijn omgeving in diagnose en behandeling.
- Sterk preventie- en bevorderingsbeleid vanuit de gezondheidsdeterminanten.
- Brede dekking van de bevolking, maar het beschikbare aanbod en de keuzevrijheid van de patiënt zijn sterk afhankelijk van de individuele bijdrage.

Scenario 4

2030: Me, myself and my disease



- Er breekt een algemene economische crisis uit, terwijl het systeem daar niet op voorbereid is. **België moet drastische besparingsmaatregelen nemen in alle beleidsdomeinen.** De staat is in verval en de overheid tracht te redden wat er te redden valt. Door de sterke afname van de koopkracht wordt het buitenlands aanbod aan medische zorgen plots aantrekkelijker. Dat geeft aanleiding tot een internationale expansie en homogenisering van de markt. **Patiënten en zorgverleners verplaatsen zich vandaag gemakkelijk en frequent binnen het Europese grondgebied** om de vraag aan het aanbod te koppelen.
- **Het publieke ziekteverzekeringstelsel werd herleid tot een minimum.** Nieuwe behandelingen worden sinds het aanbreken van de crisis niet langer in het systeem opgenomen. Mettertijd werd het aanbod gedekt door privéverzekeringen verhoudingsgewijs groter dan de medische zorgen die men kan verkrijgen binnen de solidaire ziekteverzekering. De meest kwetsbare klassen hebben enkel toegang tot het pakket basiszorg aangeboden door de publieke ziekteverzekering.
- Enkele **private verzekeringsmaatschappijen vormen een oligopolie** op de internationale markt. **Regulering vanuit de Belgische en Europese autoriteiten** verbiedt verzekeringsmaatschappijen om risicoselectie toe te passen gebaseerd op genoomanalyse.

- **Patiënten die het basispakket genieten hebben enkel toegang tot de minst geavanceerde behandelingen.** Hun **keuzevrijheid is beperkt** – ze zijn verplicht zich te wenden tot een zorgverlener aangewezen door hun zorgverzekeraar. Verzekeringsmaatschappijen hebben namelijk voorkeurscontracten met bepaalde internationale aanbieders en gezondheidszorgcentra om de prijzen onder druk te zetten. Dat stimuleert de concurrentie tussen zorgverleners en verhoogt de efficiëntie van het systeem.
- Hoe gezonder hun financiële situatie, hoe groter het aanbod waar burgers toegang toe hebben. **Private zorgverzekeraars beperken het basispakket tot die behandelingen waarvan de effectiviteit bewezen is vanuit wetenschappelijk onderzoek.** Ze laten zich daarin begeleiden door algoritmes die gebruik maken van biomedische data. De **rijkere bevolkingsgroepen** kunnen beschikken over een **grote keuzevrijheid** en een **beroep doen op de meest geavanceerde behandelingen** die in de internationale markt worden aangeboden. De scheidingslijn tussen de meest gegoeden en sociaal zwakkeren van de bevolking wordt nadrukkelijker zichtbaar. Er ontstond een **extreme ongelijkheid in gezondheid** tussen beide groepen en **een geneeskunde op twee snelheden**.
- Na de **automatisatie binnen bepaalde specialisaties** worden vandaag ook **zorgverleners in de eerste lijn grotendeels vervangen door digitale toepassingen voor diagnose en doorverwijzing**. De **telegeneeskunde is sterk ontwikkeld** en maakt een deel van het zorgaanbod toegankelijk van thuis uit. Private aanbieders van de technologieën achter deze toepassingen zijn mede-eigenaar van de data die door hun systemen worden gegenereerd en verkopen deze door aan derde partijen als farmaceutische bedrijven of verzekeraars.
- Werkgevers **selecteren werknemers op basis van hun gezondheidsgegevens en hun aanleg om ziek te worden**. Oudere mensen en mensen met een verhoogd risico worden gediscrimineerd. Individuele prestaties worden vergeleken via digitale platformen, mede waardoor het aantal psychologische problemen nog toenam.
- **Innovatieve, pathologiegeoriënteerde technologieën en behandelingen ontwikkelen zich snel** in een internationale private markt, gestimuleerd door een hoge marktvraag. Omgekeerd zagen we in de afgelopen decennia ook hoe het pathologiegerichte aanbod de **medicalisering versnelde**. Mensen die er de middelen voor hebben streven vandaag **onsterfelijkheid**

na. Veel **psychologische aandoeningen worden op een puur medische manier aangepakt.**

- Uit besparingsoverwegingen investeerde de overheid slechts in heel beperkte mate in domeinen die verband houden met de gezondheidsdeterminanten. **De leefomgeving is er op bepaalde vlakken op achteruitgegaan.** Groenvoorzieningen en natuurlijke reserves werden afgebouwd en gezonde mobiliteitsinfrastructuur of -voorzieningen bleven achterwege. De armste klassen wonen geconcentreerd in vervuilde en sterk verstedelijkte gebieden, terwijl anderen het zich kunnen veroorloven om op het gezondere platteland te wonen.
- De **informele solidariteit kende een enorme evolutie als reactie op de commercialisering** van de zorgsector. Filantropische initiatieven en nieuwe sociale innovaties zagen het licht bij gebrek aan ondersteuning vanuit het systeem. Nieuwe **coöperaties en groepsaankopen voor zorg zijn legio** vandaag en bieden een alternatieve, goedkopere toegang tot het zorgsysteem.

Samenvatting

- De staat dekt enkel de basiszorg, terwijl internationale private verzekeringsmaatschappijen de overige zorg voor hun rekening nemen en verschillende verzekeringsformules aanbieden volgens bijdrage. Ze hanteren een bonus-malussysteem maar zijn wel onderworpen aan een regulerend kader.
- De keuzevrijheid en kwaliteit van de zorg zijn afhankelijk van het inkomensniveau van de patiënten. Zo zijn nieuwe technologieën alleen toegankelijk voor de meest welgestelde klassen.
- Technologie vervangt grotendeels de eerstelijnszorg en versnelt de introductie van de telegeneeskunde.
- Het zorgaanbod en de aanpak in de sector is sterk gericht op pathologie en stimuleert de medicalisering.

Inzichten uit de scenario analyse met betrekking tot het gewenste model

Elk van de scenario's hier beschreven werd vervolgens voor waar aangenomen in een reeks strategische conversaties. In eerste instantie werd er met de groep nagedacht over de gevolgen van elk afzonderlijk scenario voor zowel zorgverleners, beheerders als patiënten. Daaropvolgend werden er een aantal strategische actiepunten geformuleerd die, vandaag of in de aanloop ernaartoe, genomen zouden kunnen worden om het systeem van de gezondheidszorg op die specifieke toekomst voor te bereiden. De strategische dialoog die zo ontstond onthulde al snel de voorkeuren van de groep in het belang van een duurzaam, kwaliteitsvol systeem en de algemene gezondheid van de bevolking.

In volgende alinea worden de inzichten beschreven die aanleiding gaven tot het toekomstmodel dat later, tijdens een tweede ronde strategische conversaties, werd geformuleerd als meest wenselijk en toekomstbestendig.

Scenario 1 laat kansen onbenut op vlak van preventie en gezondheidspromotie. Het werkt, ondanks maatregelen om misbruik te voorkomen, contraproductief op vlak van efficiëntie: **de samenwerking en taakdelegatie tussen zorgverleners op het terrein** wordt immers **onvoldoende aangemoedigd** in een gezondheidszorg waar ziekte en niet de mens de focus vormt. Binnen dit scenario dreigt, scherp gesteld, de zorg eerder te vertrekken vanuit de individuele bijdrage die elke verstrekker kan leveren, eerder dan de samenwerking en delegatie tussen de verstrekkers rond de noden van de patiënt. Het model beschreven in scenario 1 laat dus ook **kansen liggen met betrekking tot de tevredenheid van de patiënt**. Die is vandaag over het algemeen relatief groot, evenals het vertrouwen, met name in de huisarts. Toch horen we steeds vaker terechte echo's over een **onpersoonlijke en koude aanpak in bepaalde sectoren of instellingen binnen de gezondheidszorg**. Een model zoals beschreven in scenario 1 komt niet tegemoet aan deze verzuchtingen.

Het model dat in scenario 3 beschreven wordt boort, in tegenstelling tot scenario 1, wel de potentiële winsten aan die met een sterk beleid rond preventie en gezondheidspromotie kunnen worden gerealiseerd. De samenwerking tussen zorgverleners wordt er bovendien sterk aangemoedigd en dat draagt bij tot de

■ ■ ■

■ ■ ■

tevredenheid van zowel de zorgverleners als de patiënt, die zijn medezeggenschap en autonomie ziet groeien. Gecombineerd met een **versterkte privatisering van de zorgverzekering** draagt dit model echter ook **grote risico's in zich voor een toename van de ongelijkheid in zorg en gezondheid**. Studies rond financieringsmodellen die in de afgelopen jaren werden toegepast in Nederland en Zwitserland hebben dit aangetoond. De positieve effecten van dergelijke hervormingen op vlak van responsabilisering van de burger zijn moeilijk aantoonbaar.

Scenario 4 brengt de zwakheden van eerder beschreven scenario's samen in één model. Een **doorgedreven privatisering** leidt hier tot een **grote gezondheidskloof**. De focus op ziekte primeert en **inspireert niet tot samenwerking, noch tot noodzakelijke ingrepen met betrekking tot preventie en gezondheids promotie**. Dit scenario werd door de groep als het minst wenselijke ervaren.

In scenario 2 worden **de mens en zijn omgeving integraal meegenomen, zowel bij de zorgverstrekking als in het beleid. Gezondheid wordt een centraal thema in alle beleidsdomeinen** die er, rechtstreeks of onrechtstreeks, een impact op hebben. Dit zorgmodel maximaliseert, in combinatie met een **solidair financieringsmodel met brede dekking**, de toegankelijkheid van het systeem en biedt de beste kansen om de sociale ongelijkheid in gezondheid terug te dringen.

Inspanningen op vlak van preventie en gezondheids promotie, in dit scenario verantwoordelijk voor een fundamentele paradigmashift, moeten op termijn de budgettaire en organisatorische ruimte bieden om aan een stijgende zorgvraag en andere uitdagingen tegemoet te komen. Ondanks deze winsten dienen er wel enkele bedenkingen gemaakt te worden. Efficiëntie en misbruik bijvoorbeeld zijn aspecten die in scenario 1 sterk worden aangehaald maar in scenario 2 wellicht onderbelicht zijn gebleven. Wil men de solidariteit binnen de gezondheidszorg vrijwaren onder een toenemende zorgvraag dient het **belang van een gecontroleerd groeipatroon van het budget** te worden erkend. **Sensibilisering van zowel bevolking als zorgverleners** rond, enerzijds, de **kost van zorg**, maar ook de **meerwaarde of voordelen van een solidair georganiseerde gezondheidsverzekering**, vormen daarin een belangrijk luik. **Misbruik van het aanbod of de middelen die door het systeem ter beschikking worden gesteld en gedrag dat leidt tot ziekte moeten ontmoedigd worden**, zonder het solidariteitsprincipe in zijn kern te raken: de uitsluiting van individuen of, laat staan, groepen van de bevolking, op welke manier dan ook, dient ten allen koste vermeden te worden. Ook bedrijven moeten op hun verantwoordelijkheid gewezen worden. Samen met de overheid zijn ze verantwoordelijk voor het scheppen van **een gezonde leefomgeving, waar de gezonde keuze de meest voor de hand liggende is**.

Investerings en maatregelen die op effectieve manier bijdragen aan een **efficiënt gebruik van de menselijke capaciteit en infrastructuur** beschikbaar op het terrein mogen niet langer worden uitgesteld. De **beleving van zowel burger als zorgverlener** moet daarbij steeds in acht genomen worden.

In **scenario 2** wordt het realiseren van een **'Health in all policies'** aangenomen. Dergelijk model vraagt dus om een **drastische shift in de hoofden van beleidsvoerders maar ook structurele wijzigingen in het systeem**. Er is, op zijn minst, nood aan een platform voor overleg en afstemming. Opleidingen en hervorming van het academisch curriculum voor zorgprofessionals moeten, naast actief gevoerde veranderingsprocessen en incentivering op alle mogelijke manieren, zorgen voor de juiste kennis, houding en mentaliteit alsook de praktische vaardigheden nodig op het terrein om dit model te realiseren.

Zo wordt het gedeelde voorkeursscenario voor de gezondheidszorg van de toekomst een nieuw verhaal, zij het met elementen uit scenario 1 en 2.

STRATEGISCHE VISIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG IN 2030

Een heldere visie brengt focus en biedt een ankerpunt om gedurfde strategische keuzes te maken. Ze geeft richting aan activiteiten en processen. Een visie wil bovendien inspireren. Ze engageert en activeert de mensen die nodig zijn om die visie te realiseren. Bij deze oefening werd het strategisch visiedocument samengesteld uit een waardenmodel, een visiestatement en een aantal concrete doelstellingen en daar bijhorende acties die beschrijven hoe we die doelstellingen wensen te realiseren.

Door de impliciete verwachtingen van deelnemers aan deze denkoefening rond hoe de toekomst zich zal ontplooiën, weg te schrijven in vier verschillende scenario's werd een constructief gesprek over een nog onzekere toekomst mogelijk. Het voeren van een aantal strategische conversaties op basis van deze scenario's aligneerde de groep rond een gewenst toekomstbeeld: een robuust model dat een antwoord biedt op gekende uitdagingen en verwachte evoluties, maar terzelfdertijd anticipeert op de verschillende toekomstbeschrijvingen in de scenario's, of toch in de mate van het mogelijke.

Met de visie voor de toekomst van de gezondheidszorg geschetst in dit document wenst men dus tegemoet te komen aan eerder vermelde uitdagingen en verwachte evoluties. De waarden en doelstellingen die worden beschreven zijn echter evenzeer voortgevloeid uit inzichten opgedaan bij het schrijven en analyseren van de vier potentiële toekomstscenario's voor de gezondheidszorg, waarbij ook onzekere factoren in rekening werden genomen.

Waardenmodel

Een visie steunt steeds op een aantal normen en waarden. Elk van die waarden is essentieel voor het vrijwaren van die visie. Ze zijn inherent aan het model dat erin beschreven wordt. Ze beschrijven de principes waardoor patiënten, zorgverleners, beleidsvoerders, beheerders maar ook andere actoren als ondernemingen actief in de gezondheidszorg verondersteld worden zich te laten leiden, en waarop processen, systemen en beleid in de gezondheidszorg zijn gestoeld. Ze vormen een

voorwaarde voor het succes op lange termijn van het model dat in dit document wordt beschreven. Het bewaken van die waarden is dan ook cruciaal, niet alleen bij de realisatie van het gewenste model, maar ook op lange termijn.

Solidariteit

Een gezondheidszorg waarin elk lid van de maatschappij naar eigen vermogen bijdraagt, ongeacht de mate waarin hij beroep doet op het systeem, en kan genieten van kwaliteitsvolle zorg naar behoefte, ongeacht zijn bijdrage.

Sociale verantwoordelijkheid en maatschappelijke verantwoording

In een solidair georganiseerde samenleving draagt elk lid een zekere verantwoordelijkheid ten opzichte van de andere leden die er deel van uitmaken. We staan samen in voor het goed functioneren van alle deelsystemen binnen onze samenleving, waaronder de georganiseerde gezondheidszorg. Wie wil genieten van de voordelen van de gezondheidszorg wordt daarom verondersteld, in de mate van het mogelijke, actief bij te dragen aan het systeem en op een verantwoorde manier om te springen met de middelen die erdoor ter beschikking worden gesteld. Zonder die redelijkheid van haar leden kan een solidair georganiseerde gezondheidszorg niet op lange termijn gehandhaafd worden.

Die zin voor verantwoordelijkheid wordt niet enkel bij de zorgvrager verondersteld. Ook van zorgverleners, zorginstellingen en beheers- of beleidsactoren wordt verwacht dat zij op een redelijke, sociaal aanvaardbare manier handelen en omspringen met de middelen die in die systemen omgaan. In het geval van economisch actieve actoren spreekt men van maatschappelijk verantwoord ondernemerschap. Dat houdt in dat zowel leveranciers van farmaceutische of technologische producten of diensten als de uitoefenaars van vrije beroepen binnen de gezondheidszorg, alle actoren dus wiens inkomsten van publieke middelen komen, op systematische wijze economische, ecologische en sociale overwegingen opnemen in hun bedrijfsvoering en in de manier waarop ze handelen, op welk niveau dan ook. Men kan zich daarbij de vraag stellen wat, in de context van een publieke dienstverlening als de gezondheidszorg, een sociaal of maatschappelijk verantwoorde winst, loon of vergoeding is – een zeer actueel debat dat de gezondheidszorg overstijgt en ook de private sectoren onder de loep neemt. Er zijn indicaties dat de burger bepaalde aspecten van de bedrijfsvoering binnen de gezondheidszorg vandaag in toenemende mate in vraag stelt, zoals bijvoorbeeld

■ ■ ■

■ ■ ■

de supplementen, de vergoedingen van bepaalde beroepsgroepen, de verloning van managers binnen zorginstellingen, de prijs van bepaalde geneesmiddelen, de financiering van administratiekosten etc. Anderzijds moet men in rekening durven brengen dat ook leveranciers van diensten en producten in de gezondheidszorg, net als economisch actieve actoren in andere sectoren, onderworpen zijn aan een aantal economische wetmatigheden. Ze moeten onder meer de nodige investeringen kunnen doen om hun voortbestaan op lange termijn te verzekeren. De economische leefbaarheid van private spelers mag, in het belang van de gezondheidszorg en bijgevolg de burger, niet in gevaar gebracht worden. Dit alles moet echter wel gebaseerd zijn op transparantie, redelijkheid (CSR) en fair pricing. Deze evolutie hangt samen met eerder aangehaalde maatschappelijke tendensen, met name de vraag naar meer transparantie, waarvan sprake. Vooral wat transparantie van financierings- en vergoedingssystemen betreft, is er binnen het Belgische systeem van gezondheidszorg nog aanzienlijke ruimte tot verbetering. Het volstaat echter niet dat dit debat gevoerd wordt binnen de beheers- of beleidsorganen van de gezondheidszorg – finaal is het de samenleving, met name de burger, die de lat legt voor wat sociaal aanvaardbaar is.

Op beleidsniveau zou men dan kunnen spreken van maatschappelijk verantwoord beleid of beheer van de sector. Men verwacht dat publieke middelen op een efficiënte, redelijke en billijke manier herverdeeld worden en overheden en beheerders sociaal en economisch onderbouwde keuzes maken in het dagelijks bestuur van de gezondheidszorg, en de burger daarin betrokken wordt. Men verwacht ook steeds meer dat actoren, in de gezondheidszorg en daarbuiten, verantwoording afleggen voor hun acties en de middelen die tegenover diensten of producten staan, in alle transparantie. Op die manier wordt verantwoordelijkheid ook een actief proces, waarbij de legitimiteit van beslissingen of acties aangetoond moet kunnen worden.

Toegankelijkheid

Zorg moet betaalbaar (financiële kost), beschikbaar (wachtijd en afstand) en bereikbaar (sociale of culturele drempels zoals taalverschillen of het beschikken over voldoende kennis over het systeem om er wegwijs in te raken) zijn voor elk lid van de maatschappij. Dat betekent niet dat een individu over de totale keuzevrijheid beschikt met betrekking tot de diensten die hij kan ontvangen, noch waar, van wie of wanneer hij deze ontvangt. Toegankelijkheid staat voor het verkrijgen van de nodige zorg op het juiste moment en de juiste plaats, in functie van een efficiënt systeem dat in kwaliteitsvolle zorg wenst te voorzien voor elk lid van de samenleving.

Rechtvaardigheid

Rechtvaardigheid gaat uit van het feit dat elk lid van de maatschappij een gelijkwaardige behandeling krijgt, zonder aanzien des persoons. Het impliceert, enerzijds, evenwaardige toegang tot zorg ongeacht leeftijd, opleidingsniveau, woonplaats, inkomen, etnisch-culturele achtergrond, religie of andere determinanten. Rechtvaardigheid houdt ook in dat elkeen gelijke kansen krijgt op een gezond bestaan, rekening houdend met ieders context en mogelijkheden. Het nastreven van die doelstelling gaat uit van de billijke herverdeling van publieke middelen, niet de gelijke verdeling van middelen in de strikte zin. Een billijke herverdeling laat ruimte voor gerechtvaardigd onderscheid. Daarbij kunnen verschillende principes zoals behoefte of meerwaarde gehanteerd worden, waarbij ook beroep gedaan kan worden op de idee van solidariteit. Dat houdt dus in dat (diensten gefinancierd met) publieke middelen enkel aangesproken kunnen worden wanneer de behoefte daartoe gerechtvaardigd kan worden of de meerwaarde van een handeling kan worden aangetoond. Die behoefte is echter niet gelijk voor iedereen, noch zal de meerwaarde van een product of dienst strikt evenwaardig zijn aan die van een ander product of dienst. Zo ook in de gezondheidszorg.

Menselijkheid

Menselijkheid staat onder meer voor mededogen en menslievendheid. Op micro-niveau vertaalt zich dat in de manier waarop zorgverleners en burgers/patiënten met elkaar omgaan in het systeem, en wordt menselijkheid verstaan als betrokkenheid, vriendelijkheid, openheid en mildheid. Begrip, empathie en geduld zijn belangrijke vaardigheden voor zorgverleners die menselijkheid in de zorgverlening willen integreren.

Menselijkheid houdt ook in dat er steeds een afweging gemaakt wordt tussen wat medisch mogelijk is en de levenskwaliteit die verwacht kan worden na een behandeling. Een behandeling moet bijdragen aan de zingeving van het leven, en dus tegemoetkomen aan de persoonlijke levensdoelen en wensen van de patiënt. Participatie en inspraak van de patiënt vormen daarom sleutelementen in het bewerkstelligen van meer menselijkheid in de zorg.

Met deze waarde wensen we ook een stuk tegengewicht te bieden voor efficiëntie. Efficiëntie mag en hoeft ook niet ten koste te gaan van meer menselijkheid.

■ ■ ■

■ ■ ■

Efficiëntie

Efficiëntie is, net zoals vele andere waarden hier aangehaald, een belangrijke voorwaarde voor de economische en sociale duurzaamheid van een solidair gefinancierd zorgmodel. Om te kunnen voorzien in kwaliteitsvolle zorg voor een zo groot mogelijk aantal mensen moeten de beschikbare middelen en competenties op het terrein zo efficiënt mogelijk ingezet worden. Het budget waarover men kan beschikken is immers niet oneindig. Worden de middelen in een solidair gefinancierde gezondheidszorg niet efficiënt besteed en krijgt de burger daardoor het idee dat hij niet over de zorg kan beschikken die hem toekomt, dan ondergraaft dit op termijn de solidariteit.

Kwaliteit

Kwaliteit werd hier op verschillende manieren opgevat. In de eerste plaats gaat het over de kwaliteit van het systeem als geheel. Een kwaliteitsvolle gezondheidszorg is toegankelijk en efficiënt georganiseerd. Er wordt op een verantwoorde manier omgesprongen met middelen en mensen. Kwaliteit staat dus ook voor de werkervaring van zorgverleners op het terrein. In een kwaliteitsvol systeem is tevens ruimte voor innovatie. Nieuwe ontwikkelingen die op voldoende evidentie gebaseerd zijn, effectief zijn en een toegevoegde waarde hebben voor de gezondheid moeten in het systeem kunnen worden geïntegreerd.

Dat brengt ons bij een tweede vorm van kwaliteit, met name die van de geleverde zorgdiensten. De perceptie rond de kwaliteit van zorg bij de ontvanger is een subjectief gegeven. Kwaliteit kan en wordt op veel verschillende manieren geïnterpreteerd. Voor veel mensen sluit het begrip zeer nauw aan bij de menselijkheid van zorg en staan het contact met de verstrekkers en de ervaring van menselijkheid doorheen het zorgproces centraal in hun evaluatie.

Daarnaast vormt de effectiviteit van behandelingen een minstens zo belangrijk kwaliteitsaspect van geleverde zorgdiensten. In die zin opgevat wordt kwaliteit ook een belangrijke maatstaf in de evaluatie van interventies met betrekking tot terugbetaling.

In elk geval moeten de werkelijke noden en wensen van de patiënt steeds in acht genomen worden: een behandeling, ook al werd ze volgens de regels van de kunst afgeleverd, die, objectief gezien, niet echt nodig was, bijvoorbeeld omdat er een goedkopere en net zo effectieve behandeling bestaat, of niet bijdraagt aan de levenskwaliteit en zingeving zoals door de patiënt gepercipieerd, kan niet als kwaliteitsvol beschouwd worden.

Zorgverleners en beheerders moeten zich bewust worden van het feit dat er een sterke vraag naar zelfbeschikking leeft, waarbij de nadruk op de menswaardigheid en betekenis van het bestaan ligt, eerder dan op het verlengen van het leven.

Visiestatement

Een visiestatement beschrijft wat een organisatie of persoon wil bereiken in de nabije toekomst. Daarbij wordt in principe omschreven wat men wil bereiken, niet hoe. Het visiestatement vormt dus slechts een klein onderdeel van een strategische visie. In een visiedocument worden het waardenmodel, visiestatement en andere relevante strategische elementen als doelstellingen of concrete actiepunten en tijdslijnen samengebundeld om uit te dragen waar men als organisatie of individu naartoe wil en hoe men dat wenst te bereiken.

Volgende visiestatements voor de gezondheidszorg van 2030 werden geopperd door, enerzijds, het workshopteam, en de stuurgroep anderzijds:

- We investeren samen en duurzaam in adequate en mensgerichte zorg opdat elkeen een kwaliteitsvol en menswaardig leven kan leiden
- We zetten ons samen in opdat elkeen een kwaliteitsvol en menswaardig leven kan leiden ondersteund door adequate en duurzame zorg

Beide statements combineren het doel en de manier waarop men dat doel wil bereiken. Ook al zijn er geen strikte regels met betrekking tot het opstellen van een visiedocument, volgen hieronder een aantal alternatieve voorstellen die meer focus leggen op wat men wil bereiken, eerder dan hoe:

- Een gezonde samenleving en duurzaam zorgmodel gebaseerd op solidariteit en maatschappelijke verantwoordelijkheid, waarin iedereen samenwerkt aan en investeert in kwaliteitsvolle zorg opdat elkeen zijn levensdoelen zo goed mogelijk zou kunnen realiseren, in verbinding met de mensen in zijn omgeving
- Een samenleving en een zorgmodel die mensen aanzetten tot gezonde keuzes, samenwerking en solidariteit, zodat elkeen maximale kansen krijgt om zijn levensdoelen te realiseren
- Een solidaire samenleving die investeert in een performant en duurzaam zorgsysteem dat aanspoort tot gezond leven en dat iedereen, waar nodig, toegang verleent tot de best beschikbare zorg zodat iedereen maximale kansen krijgt om een kwaliteitsvol en menswaardig leven te leiden.

Zes strategische pijlers

De visie voor de toekomst van de gezondheidszorg hier geformuleerd steunt op zes pijlers. Samen vormen ze de belangrijkste deelsystemen die we met zorgverleners, patiënten, overheden en andere actoren willen opzetten. Het zijn de zes grote hervormingswerven die nodig geacht worden om onze visie voor de gezondheidszorg van de toekomst te realiseren. Met het aangaan van deze werven wensen we vanuit de organisatie en het beleid van de gezondheidszorg en aanverwante domeinen aan eerdergenoemde uitdagingen, verwachte evoluties en onzekerheden voor de toekomst tegemoet te komen.

1. Solidaire en duurzame financiering

Een solidaire financiering gebaseerd op billijke bijdragen van iedereen in de samenleving garandeert de toegankelijkheid van kwaliteitsvolle zorg voor iedereen, ongeacht inkomen. Het Belgische systeem scoort, naar Europese normen, heel goed op vlak van toegankelijkheid, maar het eigen aandeel van de patiënt zit daarentegen bij de hoogste in de regio. Binnen deze denkoefening werden bovendien een aantal mogelijke evoluties geïdentificeerd die een potentiële bedreiging vormen voor de solidariteit onder de bevolking en de solidaire financiering van de gezondheidszorg in het bijzonder. Het bewaken van die solidariteit vormt dus een eerste, zeer belangrijk, maatschappelijk en politiek project in het nastreven van de visie hier vooropgesteld.

Het behoud van die solidaire financiering hangt in grote mate af van het welslagen van andere deelprojecten hieronder beschreven en het bewaken van de waarden die eerder aan bod kwamen.

2. Beleid op basis van evidentie

In een solidair georganiseerde gezondheidszorg zal men, rekening houdend met het feit dat het beschikbare budget niet oneindig is, afgewogen keuzes moeten maken. Die keuzes hebben betrekking op verschillende aspecten van de gezondheidszorg, met name de organisatie op het terrein, de financiering etc. We erkennen dat keuzes vaak een ethische en sociale dimensie hebben, maar pleiten daarnaast voor een maximale onderbouwing van het beleid op basis van evidentie. Systematische en gestructureerde dataverzameling en dataverwerking vormen de basis om tot evidentie te komen.

■ ■ ■

■ ■ ■

Analyse van steeds breder beschikbare data door intelligente modelleringssystemen moet daarbij helpen. Het is belangrijk dat data, met respect voor privacy, niet alleen gebruikt worden voor de onderbouwing van het beleid, maar daarnaast ook gevaloriseerd kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek door academici en industrie.

Een onafhankelijk wetenschappelijk instituut speelt een cruciale rol in het verzamelen en interpreteren van evidentie. Effectiviteitsstudies van maatregelen of modellen die in het buitenlandtoegepast worden, moeten eveneens worden meegenomen door een dergelijk instituut, met aandacht voor de specifieke context.

3. Mensgerichte zorg

De kern van mensgerichte zorg gaat erom dat de zorgvrager niet enkel als patiënt maar ook als mens benaderd wordt: een maatschappelijk verweven en uniek persoon met specifieke noden en wensen. Bij de behandeling staat dan niet de ziekte centraal, maar wel de manier waarop de patiënt in het leven staat met zijn ziekte. Mensgerichte zorg speelt op die manier in op het feit dat steeds meer aandoeningen zich in chronische vorm aandienen en mensen soms jarenlang moeten omgaan met de gevolgen van hun ziekte.

Mensgerichte zorg is dus, in zekere zin, zorg op maat van het individu, daarbij rekening houdend met zijn sociaal netwerk, en vraagt dus om een heel andere aanpak van zorgverleners dan tot nog toe werd gehanteerd. Eerst en vooral is het belangrijk dat er een vertrouwensband wordt gecreëerd, onder meer door aandacht en begrip te tonen voor de unieke identiteit en omstandigheden van de patiënt. De patiënt moet daarnaast kunnen beschikken over de mogelijkheid, in elke fase van zijn leven of ziekte, om de regie van zijn leven en welbevinden in eigen handen te nemen. Hij participeert actief in beslissingen over zijn gezondheid en zorg.

Mensgerichte zorg doorbreekt de traditionele hiërarchie tussen zorgverlener en patiënt. Men komt daarmee tegemoet aan steeds meer uitgesproken verwachtingen van de burger met betrekking tot autonomie en zelfbeschikking. Mensgerichte zorg wil ook ruimte bieden voor menselijkheid in het contact tussen zorgverlener en zorgvrager, en zal op die manier ook bijdragen aan de kwaliteitsperceptie van zorg bij de burger. Het is de totaalervaring van de mens die telt.

Om die individuele, persoonlijke aanpak te realiseren zal een mentaliteitsverandering nodig zijn bij meerdere actoren op het terrein. Zorgverleners zullen bovendien een heel aantal nieuwe competenties moeten ontwikkelen.

4. Integratie van zorg en ondersteuning: naar een efficiënt en duurzame zorgvormen en samenwerkingsmodellen

Met het naadloos integreren van zorg over de verschillende zorgberoepen, zorgfasen en zorglijnen heen wenst men tegemoet te komen aan een heel aantal uitdagingen en doelstellingen. Van preventie over diagnose, behandeling en revalidatie tot en met re-integratie, niet zelden voor een combinatie van verschillende aandoeeningen die elk een specifieke aanpak vragen: een goed gecoördineerde, interdisciplinaire en geïntegreerde zorg gebaseerd op samenwerking en communicatie kan heel wat efficiëntiewinsten opleveren.

In een geïntegreerd zorgmodel worden infrastructuur en menselijke capaciteit optimaal benut en aangewend waar nodig. Om dat model te realiseren is een zekere mate van flexibiliteit bij het inzetten van competenties wenselijk. Mede daarom wordt verwacht dat dit model, waarbij zorgverleners uit alle beroepssectoren samenwerken in een multidisciplinair team en ieders competenties optimaal worden benut, ook positief zal bijdragen aan de attractiviteit van knelpuntberoepen. Afstemming tussen zorgverleners en een goede coördinatie van zorg op het terrein garanderen ook de continuïteit van zorg over de lijnen heen.

Met het integreren van de zorgverlening wenst men ook op een meer adequate manier tegemoet te komen aan de individuele noden en wensen van de patiënt zoals beschreven onder het hoofdstuk mensgerichte zorg.

Het belang van informatiedeling, overleg en coördinatie in de realisatie van een interdisciplinaire samenwerking die de zorglijnen overstijgt, spreekt voor zich. Eén interdisciplinair, geïntegreerd elektronisch patiëntendossier moet de nodige communicatie tussen zorgverleners faciliteren.

Om dit nieuwe samenwerkingsmodel te bewerkstelligen, zijn ook duidelijke afspraken nodig over rollen en verantwoordelijkheden. De regulatie van de gezondheidsberoepen dient ter zake aangepast te worden.

De transitie naar een nieuw samenwerkingsmodel zal extra financiering vragen. Om ze te realiseren, is er tevens nood aan een aangepast vergoedingssysteem. Op vandaag ontbreken de financiële incentives die samenwerking tussen zorgverleners stimuleren. Intelligente en duurzame prikkels voor kwaliteitsbewaking en -verbetering moeten in de vergoedingssystemen worden geïntegreerd, bijvoorbeeld door middel van een financiering op basis van outcome en kwaliteitsindicatoren. Praktijkfinanciering en zorgfinanciering dienen afzonderlijk benaderd te

■ ■ ■

■ ■ ■

worden. Algemeen gesteld is er nood aan een nieuwe globale architectuur van het model voor de financiering van zorgverleners dat elementen van praktijkfinanciering, populatiefinanciering, prestatiefinanciering en kwaliteitsfinanciering combineert. Bepaalde elementen daarvan moeten gebundeld worden aangeboden, anderen niet. Vergoedingen dienen uiteraard billijk te zijn, zonder dat er onverantwoorde inkomensverschillen ontstaan. Er moet ook over gewaakt worden dat de wijze van financiering de integratie van innovatie niet verhindert.

5. Preventie en gezondheidspromotie

Het belang van preventie en gezondheidspromotie werd reeds in menig wetenschappelijke studies aangetoond. Mensen in staat stellen controle te verwerven over hun gezondheid blijft een belangrijke doelstelling. Preventiecampagnes hebben daarnaast hun nut in het drukken van de risico's en kosten al meermaals bewezen.

Eenzijds moet er aandacht zijn voor de verdere uitbreiding van bestaande informatiecampagnes en procedures ter bevordering van zowel primaire, secundaire, tertiaire als quaternaire preventie. Gezond gedrag moet verder gestimuleerd worden, op alle mogelijke manieren. Men kan echter niet van iedereen dezelfde capaciteiten veronderstellen in het nastreven van een goede gezondheid. Daarom is het belangrijk dat de gezonde keuze de meest voor hand liggende wordt, bijvoorbeeld in het voedings- of mobiliteitsaanbod, of door het nuttigen van ongezonde producten te ontmoedigen, waarbij de nodige positieve aandacht wordt besteed aan de verslavingsproblematiek.

Digitale kanalen als sociale media scheppen nieuwe mogelijkheden om het bewustzijn en de kennis van de burger rond gezondheid te verscherpen. Naast traditionele kanalen als het onderwijs kunnen ook deze informatieplatformen aangeboord worden vanuit de bevoegde instanties om het publiek te sensibiliseren en gezonde gewoontes aan te moedigen. Anderzijds moet het bewaken van de juistheid van informatie verspreid via media en online platformen, net als het aanpakken van misleidende marketingslogos voor producten of diensten die een impact hebben op de gezondheid, een speerpunt worden in het beleid. Het labelen van producten en diensten, opgelegd door de overheid en gebaseerd op onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek, kan hierbij helpen.

Anderzijds kunnen screenings en vaccinatiecampagnes, daar waar ze hun nut bewezen hebben, een bijdrage blijven leveren aan het vroegtijdig detecteren of vermijden van ziekte of herval. Genetische screening en voorspellende modellen op basis van persoonlijke data geregistreerd door, onder meer, draagbare monitoringstoestellen zullen de mogelijkheden van vroegtijdige detectie en preventie

naar een nog ongekend niveau tillen. Ingrepen zullen ook steeds meer afgestemd zijn op het specifieke ziektebeeld dat de patiënt vertoont. Ook het stimuleren van preventief gedrag wordt dan een heel individueel gegeven en zal een totaal nieuwe manier van communiceren vragen, waarbij de maatschappelijke cohesie te allen tijde bewaakt dient te worden.

De evoluties op vlak van de voorspellende, gepersonaliseerde geneeskunde brengen uiteraard ook grote uitdagingen met zich mee. Experts maken zich terecht zorgen over hoe de burger met confronterende, predicatieve informatie betreffende zijn gezondheid zal omgaan. Uiteraard roepen deze evoluties ook ethische kwesties op met betrekking tot privacy of de maakbaarheid van de mens.

6. Gezondheidsfocus in alle beleidsdomeinen

Er zijn echter ook elementen waar het individu geen vat op heeft. Daar waar men met preventie en gezondheids promotie de burger zelf wil activeren en in staat stellen om zijn gezondheid in handen te nemen wil men hier dan ook pleiten voor een doelgerichte aanpak van contextuele elementen met een grote impact op de gezondheid van de bevolking. Iedereen in de maatschappij zou moeten kunnen genieten van een gezond leefmilieu, kwaliteitsvol onderwijs met gelijke kansen en leefbare woonomstandigheden. Gezondheid zou als centraal thema meegenomen moeten worden bij de beleidsvoering binnen elk van die domeinen. Alleen zo kan de gezondheidsongelijkheid op een effectieve manier bestreden worden. Volgens het rechtvaardigheidsprincipe dienen groepen die vandaag, om welke reden dan ook, achteroplopen wat betreft die contextuele factoren of sociale determinanten en bijgevolg de grootste nood kennen, eerst aan bod te komen. Zo zorgen we voor gelijke kansen op een goede basisgezondheid.

Dergelijk beleidsmodel dat, transversaal over de verschillende beleidsdomeinen heen, gezondheid als centrale doelstelling wil positioneren, vraagt om een drastische shift in de hoofden van beleidsvoerders maar ook structurele wijzigingen in het systeem. Er is, op zijn minst, nood aan een platform voor overleg en afstemming.

Belangrijke opmerking bij eerder vermelde doelstellingen

Zowel voor het welslagen van de integratie van zorg op het terrein als voor de wetenschappelijke onderbouwing van het beleid of de diensten ontwikkeld in het kader van een data-gedreven preventieve of gepersonaliseerde zorg dient hier het belang van een goed beleid met betrekking tot privacy van medische en persoonlijke data aangehaald te worden. De kwaliteit van dit beleid zal een rechtstreekse impact hebben op de slaagkansen van digitale systemen in de gezondheidszorg. Het vertrouwen van de burger hangt hier immers in grote mate van af.

Indringingsweg 1 | 1800 Vilvoorde | Belgium

+32 2 275 05 11

info@tomorrowlab.com | www.tomorrowlab.com