



ZORG 2030
DIALOGEER MEE

Rapport van een dialoog over de zorg in de toekomst

In totaal werden 488 ideeën gepubliceerd via het digitaal dialoogplatform en de dialoogdagen.

De dialoog liep van september 2017 tot half april 2018. Dit rapport ZORG2030 brengt de uiteenlopende ideeën en visies samen tot één geheel. Het zijn dus niet alleen de ideeën van het UZ Brussel en de VUB.

ZORG2030 is een initiatief van het Universitair Ziekenhuis Brussel en de Vrije Universiteit Brussel.

DE ESSENTIE

De essentie is een gedeeld verhaal en begint met het uittekenen van een duidelijke en gedragen visie : welke gezondheidszorg (≠ ziekenzorg) willen wij als maatschappij in de toekomst?

De visie over de zorg moet **breed gedeeld, besproken en 'vastgelegd'** worden.

- Breed = door alle betrokkenen.
- Betrokkenen = iedereen, inclusief de patiënt. De overheid neemt daarvoor het initiatief.
- Eindpunt = een gedeelde & gedragen visie over de zorg in 2030.

Alleen een gedragen zorgvisie laat toe van de veranderingen in de zorg een gedeeld verhaal te maken. Die kan immers enkel slechts dan gerealiseerd worden **als er samenwerking is** over alle schotten heen.

Het betekent meteen ook dat de zorg vraagt om 'politieke integratie': genezing en preventie moeten **onder één politieke verantwoordelijkheid** vallen.

Bij het ontwikkelen van de visie moet de focus op **de mens** liggen en niet op het systeem. Daarom moet **iedereen** er worden bij betrokken, niet in het minst ook de patiënten. Dat is essentieel: de ZORG2030-dialoog toonde aan dat patiënten van andere zaken wakker liggen dan zorgverstrekkers.

ETHIEK BLIJFT EEN ESSENTIËLE COMPONENT

De mens moet voorgaan op het systeem. Daarom is de zorg van de toekomst ook een verhaal van waarden.

- De zorg moet **betaalbaar** en dus toegankelijk blijven en **solidariteit** is er een kernwoord van. De doorverwijzing van de huisarts naar een ziekenhuis staat een ethische patiëntenkeuze niet in de weg. De patiënt moet steeds zijn waarden gerespecteerd zien. Cultuur en taal zijn geen belemmeringen om de nodige zorg te krijgen.
- Kenmerken van de zorg: waardigheid, **respect**, zelfbeschikkingsrecht, evenwaardigheid, empowerment, solidariteit, samenwerken, responsabilisering (van de patiënt)/ individuele verantwoordelijkheid, respect voor het privéleven, rechtvaardigheid (dezelfde zorg/behandeling voor iedereen – betaalbaarheid van de zorg).
- Er moet een maatschappelijk debat worden gevoerd over de **ethische grenzen** van de geneeskunde. Hoe ver moet worden gegaan in preventie (bijv. via medische genetica)? Heeft **medicalisering** een grens? Wanneer wordt een behandeling medische hardnekkigheid en wie bepaalt de grens?

*Er moet een maatschappelijk debat worden gevoerd
over de ethische grenzen van de geneeskunde.*

DE KRACHTLIJNEN VAN DE VERNIEUWDE ZORG

1. **Positieve dynamiek** - De vernieuwde gezondheidszorg vertrekt van een positieve dynamiek. Gezondheid moet niet enkel worden beschouwd als een kost, maar als een **opbrengst**. Vergrijzing is geen last, maar een potentieel.
2. **De patiënt is een partner** - De patiënt staat als een **partner** naast de zorgverstrekkers. Zijn of haar deskundigheid en ervaring samen met die van de zorgverstrekkers leiden tot de meest aangewezen en correct uitgevoerde behandeling.
3. **Een holistische benadering** - Een adequate gezondheidszorg vergt een **multidimensionaal** wetenschappelijk referentiekader dat rekening houdt met de samenhang en interacties tussen biologische, psychologische en sociale factoren bij ziekte en bij gezondheid.
4. **Positieve incentivering** - Gezond gedrag wordt **beloond** via positieve (waar mogelijk digitaal gestuurde) incentivering (bijv. via de verzekering). De oorzaken van gedrag zijn complex en ongezond gedrag bestraffen is niet de aangewezen aanpak.
5. **Zo dicht mogelijk bij de patiënt** - De zorg wordt aangeboden zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis. De **thuiszorg** wordt uitgebreid en uitgebouwd om ook meer complexe nazorg te kunnen bieden en mantelzorgers, vrijwilligers en de lokale gemeenschap worden nog nauwer betrokken. Universitaire ziekenhuizen focussen zich enkel op tertiaire zorg en zijn expertise- en speerpuntcentra. Algemene ziekenhuizen nemen enkel tweedelijnszorg voor hun rekening en hun medische en verpleegkundige zorgverstrekkers verplaatsen zich ook naar de thuisomgeving van de patiënt als de patiëntenzorg daar nood aan heeft. Het aantal bedden als maatstaf wordt verlaten.
6. **Kwaliteit boven kwantiteit** - De zorgkwaliteit – dus de gezondheid van de mens – staat voorop. Elke Belgische burger kiest **een vaste huisarts en vaste apotheker**. Beiden volgen continu hun patiënten op om gezond te blijven. Zorg door het ziekenhuis na doorverwijzing van de vaste huisarts wordt terugbetaald.

7. **Technologie als middel** – Technologie wordt ingezet als een middel om de doeltreffendheid van het zorgsysteem en de medische outcome te verhogen, zowel op het vlak van de preventie (real-time monitoring), de diagnose (big data, computer algoritmes), de occasionele behandeling en het ondersteunen van chronische patiënten (zelf-management) als de **patient experience** (digitaal afspraken boeken, aanmeldingskiosken in ziekenhuizen, ...). Technologie vervangt niet de menselijke interactie op de essentiële momenten.
8. **Samenwerken** – Samenwerking is het credo van de vernieuwde gezondheidszorg. Alle zorgverstrekkers met een therapeutische relatie tot de patiënt én de patiënt zelf zijn in real time digitaal met elkaar verbonden. **Multidisciplinaire teams** overschrijden hun medische expertise in de samenwerking. Zorgverstrekkers worden tijdens hun opleiding op samenwerken voorbereid. De gezondheid van en de zorg aan de patiënt wordt de verantwoordelijkheid van alle betrokkenen (de patiënt inbegrepen). Hun vertrekpunt is evidence-based in combinatie met value-based (zowel medisch als verpleegkundig).
9. **Politieke integratie** – Op politiek niveau is de zorg geïntegreerd, dat wil zeggen dat het behoud van de gezondheid (**predictie en preventie**) en het herstel van de gezondheid politiek onder één bevoegdheid vallen.
10. **Preventie loont** – De financiële dynamiek van het vernieuwde gezondheidszorgsysteem **focus op het gezond houden van de bevolking**. Zorgverstrekkers worden ook vergoed voor preventieve acts, ook als die digitaal zijn. Alle zorgverstrekkers krijgen een basissalaris waaraan een soort 'dividend' wordt toegevoegd naarmate de bevolking in de zone gemiddeld gezonder wordt. Het basissalaris bestaat (cfr. het Capuccinmodel van Schrijvers, 2014) uit een algemene vergoeding in functie van de kenmerken van de populatie waarvoor men verantwoordelijk is, uit een betaling per prestatie en uit een "innovatietarief".

- 11. Ethiek is essentieel** - Ethiek blijft een essentiële component van de zorg. De zorg moet betaalbaar en dus toegankelijk blijven en **solidariteit** is er een kernwoord van. Ze is toegankelijk voor iedereen, los van bijvoorbeeld taal, filosofische of religieuze gezindheid en culturele achtergrond. De doorverwijzing van de huisarts naar een ziekenhuis staat een ethische patiëntenkeuze niet in de weg.
- 12. Grote, gedurfde experimenten** - De overgang van oud naar nieuw is ingezet, maar moet worden uitgebreid en geïntensifieerd via grote, **gedurfde experimenten**. Er worden zorgdoelstellingen gerelateerd aan de gezondheidsgraad van de bevolking bepaald, gebaseerd op **benchmarks**.

FOCUS OP DE PATIENT

1. DE KWALITEIT VAN DE ZORG GAAT VOOR

Het kan evident lijken, maar dat blijkt het toch niet altijd te zijn.

- Elke Belgische burger kiest een **vaste huisarts en vaste apotheker**. Beiden volgen continu hun patiënten op om gezond te blijven. Zorg door het ziekenhuis na doorverwijzing van de vaste huisarts wordt terugbetaald.
- Zorgorganisaties krijgen duidelijke **kwaliteitscriteria** opgelegd en er worden geregeld overheidscontroles uitgevoerd. De criteria hebben zowel betrekking op de zorg zelf als op de bejegening van de patiënten: patiënten worden doorlopend bevraagd m.b.t. hun tevredenheid, hun ervaring en de mate waarin ze als mens worden behandeld. De kwaliteitscriteria worden in overleg met de gezondheidssector bepaald zodat ze niet totodeloze administratieve rompslomp en kosten leiden.
- Artsen moeten vanaf de leeftijd van 65 jaar een minimum aantal patiënten volgen om nog een erkenning te krijgen. Het gebruik van het globaal zorgdossier is een verplichting.
- Artsen en patiënten hebben toegang tot **wereldwijde (geaccrediteerde) evidence-based databanken** met gebruiksvriendelijke interfaces die op basis van big data symptomen in kaart brengen en diagnoses suggereren (decision support systemen). Privacy en medisch geheim worden gegarandeerd.
- De **triage** van spoedgevallendiensten gebeurt door huisartsen bij de algemene ziekenhuizen.
 - De universitaire ziekenhuizen hebben geen spoedgevallendienst meer, enkel de algemene ziekenhuizen hebben die.
 - Er bestaan ook apps gekoppeld aan dringende hulpverlening bijvoorbeeld die helpen met reanimatie.

- De spoedgevallenvoertuigen staan in rechtstreeks digitaal contact met de ziekenhuizen zodat de voorbereiding van de zorg in het ziekenhuis al in de ambulance-wagen kan worden gestart (kan levensreddend zijn in geval van dringende hulp zoals stroke).
- Er zijn regionale en lokale multidisciplinaire en intersectorale netwerken. **Referentiecentra Zeldzame Ziekten** werken onderling nauw samen en delen expertise.
- **Telegeneeskunde** wordt ingeschakeld waar mogelijk, ook tussen patiënt en huisarts en tussen patiënt en specialist.
- **De muren tussen 1ste, 2de en 3de lijn worden deels gesloopt:** een verpleegkundige of arts gaat eerst thuis bij een patiënt langs en werkt daarna verder in het ziekenhuis. De "lijnen" worden vervangen door duidelijke afspraken over wie wat doet.
- Zorgverstrekkers hoeven zich niet op te sluiten in één discipline. Indien ze dat wensen, kunnen ze een **organisatie-overkoepelend contract** afsluiten dat toelaat hen op een veel flexibelere manier in te zetten. Dat betekent dat ze zowel binnen bepaalde diensten van één ziekenhuis actief zouden kunnen zijn als inspringen in de thuiszorg of in een rusthuis. Daardoor komt de zorgverstrekker meer naar de patiënt toe in plaats dat de patiënt naar de zorgverstrekker moet gaan.

2. GEÏNFORMEERDE & EMPOWERDE PATIËNTEN

In de zorg van de toekomst worden patiënten betrokken bij alles wat hen aanbelangt.

- Duidelijk door de overheid geaccrediteerde websites (evidence-based) en apps helpen en stimuleren burgers tot **zelf-management** bij kleine kwalen in de "nulde fase", de fase voor iemand beslist om naar de huisarts te gaan. Een foto van bijvoorbeeld een wonde kan worden opgeladen en na het beantwoorden van een aantal gerichte vragen krijgt de patiënt geautomatiseerd (met een algoritme) of eventueel na beoordeling van een arts een advies. De sites vertrekken van **big data en artificiële intelligentie** om resultaten te laten zien. Deze sites of apps geven niet enkel (op zeer toegankelijke, visuele en praktische manier) informatie maar ook tips.

Directe toegang tot medisch verslag.

- De overheid creëert een Belgisch label dat het toekent aan gezondheidswebsites die aan specifieke criteria voldoen, zoals wetenschappelijk gefundeerd, correct en toegankelijk.
- Wanneer een patiënt ontslaan wordt uit het ziekenhuis krijgt hij niet enkel een verslag mee voor de huisarts (dat uiteraard ook in het zorgdossier is opgeladen), maar ook **een vulgariseerd verslag voor zichzelf**.
- De administratie in de zorgorganisaties wordt op mensenmaat en dus toegankelijk aangeboden, ook voor de laagst geletterden.

Wanneer een patiënt ontslaan wordt uit het ziekenhuis krijgt hij een vulgariseerd verslag voor zichzelf.

- Zorgorganisaties communiceren gestructureerd cijfermatig over hun **zorgoutcome**, maar ook over service-gerelateerde aspecten (gemiddelde wachttijd per medische dienst, gemiddelde wachttijd aan de telefoon, aanwezigheid ziekenhuisbacterie, ...). Ook resultaten van overheidsinspecties en andere accreditaties worden gecommuniceerd.
- Op het **Web is de expertise van de zorgorganisaties** en specialisten in kaart gebracht (het gaat niet om routine-ingrepen). Op basis van criteria die de overheid vastlegt (bijv. een minimaal aantal ingrepen) kan iedereen zien hoeveel expertise de zorgorganisatie en specialist heeft. De criteria zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

Via opleidingen/trainingen wordt de gezondheidsgeliterdheid (*health literacy*) van burgers/patiënten versterkt.

- De ombudsdienst blijft als bemiddelaar een sleutelrol spelen bij conflicten op basis van de Wet op de Patiëntenrechten. De ombudsdienst is echter geen klachtendienst, daarvoor is er de **patient experience-verantwoordelijke**. De ombudsdienst zorgt er ook voor dat patiënten vertrouwenspersonen aanduiden zodat die ook op de hoogte zijn/blijven van behandelingen/onderzoeken (ook en vooral als de patiënt niet in staat is om hen daarover zelf in te lichten).
- Er worden opleidingen/trainingen voorzien voor burgers/patiënten m.b.t. het lezen en interpreteren van gezondheidsinformatie (*health literacy*), het zoeken en interpreteren van Web informatie en omgaan met **digitale communicatiemiddelen** (*ICT literacy*) en het dialogeren met artsen/specialisten (*literacy*).

3. POSITIEVE 'PATIENT EXPERIENCE'

Voor een patiënt gaat het om een totaal-beleving van de zorg. Daar moet elke schakel samen toe bijdragen.

- De patiënt kan bij de huisarts zelf **digitaal een afspraak inboeken**.
 - De vrije huisartsuren met volle wachtkamers vervallen.
 - Een afspraak wordt meteen digitaal bevestigd bij de patiënt via mail en/of sms en hij krijgt later ook een herinnering.
 - Bij onvoorziene uitloop wordt de patiënt verwittigd.
 - In het ziekenhuis kan de huisarts zelf bij een dienst direct een afspraak voor zijn patiënt inboeken.

Zorgorganisaties luisteren doorlopend naar hun patiënten.

- Zorgorganisaties peilen doorlopend kwantitatief en kwalitatief naar de tevredenheid van hun patiënten. Klachten worden snel opgevolgd door een **patient experience-verantwoordelijke**. Deze heeft een stem in de beslissingsorganen van de zorgorganisatie en laat daar de stem van de patiënten horen. Hij stimuleert ook een **patiëntenexpertisecentrum**.

Een zorgorganisatie heeft een *patient experience*-verantwoordelijke met een stem in de beslissingsorganen van de zorgorganisatie.

- Ook **service-aspecten zijn gedigitaliseerd**: via een app kan de patiënt zien hoeveel parkeerplaatsen er nog zijn en waar en hij kan ook mobiel betalen.
- Een opgenomen patiënt kan via een site of app voeding of andere zaken bestellen (kapper, nagelverzorging, krant, ...).

4. INCENTIVEREN VOOR GEZOND LEVEN

Bestrafen leidt zelden tot een duurzame gedragsverandering. Positief motiveren is veel effectiever.

Gezond gedrag wordt beloond via positieve (waar mogelijk digitaal gestuurde) **incentivering** (bijv. via de verzekering). Patiënten worden bij het zelf-management digitaal ondersteund: zo kan hij/zij zelf een afspraak inboeken bij de huisarts en worden zelfmanagementapps terugbetaald, bijv. die hem herinneren aan het innemen van medicatie.

Iedereen betaalt hetzelfde bedrag voor een gebitcontrole bij de tandarts. Wie dat jaarlijks doet, krijgt een korting.

5. DE GEZONDHEIDSTOESTAND VAN ELKE BURGER WORDT DOORLOPEND GEMONITORD

Tijdig en doorlopend zorg dragen voor gezondheid wordt in de toekomst sterk vereenvoudigd door technologie.

- Basisindicatoren van de gezondheidstoestand van de burger worden **digitaal doorlopend gemonitord** (bloeddruk, hartslag, ...) via een chip, armband, *watch* of andere. Deze gegevens worden ook opgeslagen in het medisch dossier. Een aantal geüpdatete basisgezondheidsgegevens van de burger staan ook op zijn/haar e-ID.

De burger-patiënt heeft doorlopend voeling met zijn gezondheidstoestand.

- De patiënt ontvangt op een gestructureerde manier (bijv. maandelijks) een transparante, visuele samenvatting (infographic) van de basisindicatoren van zijn gezondheidstoestand. Hij wordt daardoor gestimuleerd tot zelf-management van zijn gezondheid en het **voorkomen van ziekte**. Hetzelfde geldt voor chronische patiënten die doorlopend zicht krijgen op de evolutie van hun ziekte. De frequentie van de aangeleverde overzichten wordt bepaald in overleg met de burger of patiënt.

De huisarts controleert preventief, continu en met vaste regelmaat de gezondheidstoestand van zijn 'patiënten'

- De huisarts doet gezondheidschecks bij zijn patiënten, d.w.z. dat hij/zij op een continue manier en met vaste regelmaat de dynamische gezondheidsgegevens van zijn patiënten controleert op afwijkende indicaties. Hij baseert zich ook op een **"early warning score"**. Als hij afwijkingen aan parameters vaststelt, maakt hij contact met zijn patiënt. Dat gebeurt in de eerste plaats digitaal (bijv. via chat). Virtuele consultaties worden aangemoedigd (maar niet opgelegd!). In eerste instantie is het echter de verantwoordelijkheid van de burger om hulp in te roepen als hij afwijkende indicaties vaststelt.
- De huisarts focust ook op **preventie**.

De focus ligt ook op preventie.

6. DE ZORG VERSCHUIFT NAAR ZO DICHT MOGELIJK BIJ DE PATIENT THUIS

Mensen blijven als ze ziek zijn liefst in hun vertrouwde thuisomgeving.

- De thuiszorg wordt uitgebreid en uitgebouwd om ook meer complexe nazorg te kunnen bieden en mantelzorgers, (goed opgeleide) vrijwilligers en de lokale gemeenschap worden nog **nauwer betrokken**.
- Privéwoningen worden gebouwd rekening houdend met het latere oud-zijn en met de mogelijkheid tot co-housing. Doel is dat mensen, ook ouderen, zo lang mogelijk thuis kunnen blijven, en liefst ook thuis kunnen sterven.

Het zorgaanbod is helemaal geïntegreerd.

- Er wordt veel aandacht besteed aan nazorg.
 - Het medisch advies van de specialist betreft ook de fase na het verblijf in het ziekenhuis (uiteeraard in overleg met de huisarts).
 - Er is psychosociale ondersteuning voorzien en een ziekenhuis houdt nauw contact met het gezin/de familie van de patiënt, met patiëntenverenigingen en met mantelzorgers.
 - **Mantelzorg** wordt aangemoedigd en ondersteund door de overheid.
 - Patiënten worden geholpen en gestimuleerd om contact te hebben met lotgenoten waarbij ervaringen en tips kunnen uitgewisseld worden.
 - **Thuiszorg, huisarts, mutualiteit/verzekeraar en apotheker** werken nauw samen.
 - Mutualiteiten functioneren om bij te dragen tot de transparantie en toegankelijkheid van het zorgsysteem en het zorgaanbod.
 - Soms kan een deel van een algemeen ziekenhuis ook mobiel zijn, bijv. onder de vorm van een container die in een wijk of bij een patiënt wordt gezet.
 - 's Avonds en in weekends zijn per zone wachtdiensten en permanenties voorzien.

Alle schakels in de zorg werken samen.

7. DE PATIENT HEEFT EEN GLOBAAL ZORGDOSIER

De patiënt heeft toegang tot zijn zorgdossier in de mate dat hij dat wil en als hij dat wil.

- De patiënt heeft één globaal zorgdossier. Enerzijds bestaat het uit het medisch dossier waar iedereen toegang kan toe hebben met een therapeutische relatie met de patiënt én de (vertrouwens)personen die de patiënt aanduidt (ook de apotheker). Anderzijds bevat het zorg- en patiëntgerelateerde algemene informatie.
- De patiënt kan als hij dat wenst toegang hebben tot alle informatie, hij is de eigenaar van zijn gezondheidsgegevens. **De patiënt beslist** wie toegang heeft tot wat.

De patiënt is de eigenaar van zijn gezondheidsgegevens.

- Het dossier wordt **in real time up-to-date** gehouden en de huisarts en de patiënt krijgen de melding als nieuwe onderzoeksresultaten zijn opgeladen.
- Het dossier bevat ook een "tijdsband" (met o.m. vermelding van cruciale momenten), die een beeld geeft van de **evolutie van de zorg** aan de patiënt en van de onderzoeken die werden uitgevoerd en zijn voorzien (cfr. Tracken van een verzending in de commerciële omgeving). Dit geeft alle betrokkenen in real time een grafisch zicht op het verloop.

Het zorgdossier geeft een up-to-date totaalbeeld van de gezondheidstoestand van de burger, van zijn kwetsbaarheid én van zijn waarden.

- Zorgverstrekkers hebben snel (ook via stemtechnologie) toegang en hij/zij kan meteen zien waar de patiënt zich bevindt (tijdens het zorgproces). Het is ook mobiel raadpleegbaar.
- Voor ouderen bevat het dossier ook **predictoren van kwetsbaarheid** (frailty) die de fysieke en cognitieve achteruitgang in kaart brengen.
- Het bevat ook **gegevens en context** die de medische informatie voor de patiënt toegankelijk & interpreteerbaar maken.

Het zorgdossier centraliseert ook de gezondheidsadministratie.

- Het algemene dossier bevat ook een overzicht van **administratieve gegevens** zoals facturen, e-voorschriften, enz.
- In het dossier heeft de patiënt ook een overzicht van de wetenschappelijke onderzoeken waaraan hij eventueel deelneemt én van de zorgdatabanken waarin zijn gegevens zijn opgenomen.
- Het dossier laat op een specifieke plaats de patiënt ook toe om zelf info toe te voegen. Ook de **huisapotheek** van de patiënt is erin zichtbaar.
- In het algemene deel van het dossier wordt ook het standpunt opgenomen van de patiënt tegenover zijn **waarden** (religie, visie t.o.v. het levenseinde, orgaandonatie, ...) (*Advanced Care Planning*).

8. DE HUISARTS ALS CENTRAAL ZORGCONTACT

De eerste lijn vervult een sleutelrol in zorg en preventie.

- Het eerste contact van de burger m.b.t. zijn gezondheid is de huisarts, hij is formeel de 'hoofdbehandelaar' van de patiënt.
- Huisartsen kunnen rechtstreeks contact hebben met de specialist, via een **rechtstreekse telefoonlijn, skype, of andere**, ook voor een behandeling of onderzoek in het ziekenhuis. Huisartsen krijgen in de ziekenhuizen prioriteit voor patiënten met dringende kwesties.

De huisarts is de hoofdbehandelaar.

- Een bezoek aan een ziekenhuis door een patiënt kan **enkel op voorschrift** van de huisarts; de beslissing van welk ziekenhuis wordt gekozen, gebeurt uiteraard in overleg met de patiënt.
- Overleg tussen specialist en huisarts kan indien mogelijk ook via **telegeneeskunde**, ook voor de patiënt naar het ziekenhuis komt of na het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis.
- De **wachtdiensten** van huisartsen moeten sterk genoeg uitgebouwd zijn om onnodige bezoeken aan spoedgevallendiensten te voorkomen. Ze kunnen aansluiten bij de algemene ziekenhuizen en er de triage vormen.

*De vrijheid van een patiënt is niet absoluut:
een bezoek aan een ziekenhuis door een patiënt
kan enkel op voorschrift van de huisarts*

FOCUS OP DE ZORGSECTOR

1. HET ZORGPROCES

Er zouden in een ziekenhuis geen wachtzalen meer mogen zijn.

- Patiënten gaan enkel naar het ziekenhuis voor "**kritische stappen**" in het zorgproces. Alle andere aspecten gebeuren in de thuisomgeving van de patiënt of bij de eerste lijn.
- Een patiënt die wordt gehospitaliseerd heeft reeds alles op voorhand in orde gebracht. Alle stappen die moeten worden doorlopen zijn daags voordien gebeurd buiten het ziekenhuis. Pas als alles in orde is, komt de patiënt naar het ziekenhuis voor een zeer **korte doorloop**: een uur voor de ingreep zodat de wachttijd wegvalt. Inschrijven en te voet naar het Operatiekwartier.

2. DE ZORGAFSTAND TUSSEN UNIVERSITAIRE EN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN WORDT GROTER.

De patiënt gaat enkel naar het ziekenhuis als dat ziekenhuis daar een meerwaarde voor heeft.

- Universitaire ziekenhuizen specialiseren zich verder in tertiaire zorg en expertise en speerpunten en de secundaire basiszorg verschuift helemaal naar de algemene ziekenhuizen. Universitaire ziekenhuizen worden **hoogtechnologische centra** met nadruk op specifieke interventies en onderzoeken. Het worden torens van technologie waar de patiënt zeer kort verblijft. Hun beddenhuizen bevinden zich zeer dicht bij de patiënt in lokale ziekenhuizen.
- Het zorgaanbod tussen algemene ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen wordt groter en duidelijk. Dure hoogtechnologische apparatuur draait enkel in de universitaire ziekenhuizen op basis van **aantoonbare expertise**. De universitaire ziekenhuizen worden daardoor kleiner. De algemene ziekenhuizen sluiten daardoor meer aan bij de thuiszorg.

Er is minder overlapping van zorgaanbod tussen algemene en universitaire ziekenhuizen

- De ziekenhuizen werken samen in **netwerken**.
- Het aantal bedden als maatstaf wordt verlaten.
- Universitaire ziekenhuizen hebben geen spoedgevallendienst meer en een spoedgevallendienst is geen criterium meer om erkend te worden. Een universitair ziekenhuis met een brandwondencentrum kan een uitzondering zijn.

3. HELENDE ZORGARCHITECTUUR

Een ziekenhuis straalt een genezende kracht uit.

- Een algemeen ziekenhuis wordt een gezondheidsinstelling/ontmoetingsplaats waarbij de medische zorg geïntegreerd wordt met fitness, diëtist, etc. waardoor ook **gezonde mensen** er naartoe komen.
- De zorgomgeving – de architectuur – combineert zorg efficiëntie met *patient experience*.
 - Een ziekenhuis wordt een (uiteraard toegankelijke) warme, aangename **healing environment** (met grote raampartijen, in patiëntenkamers gedeeld waar mogelijk – een nog meer speelse aanpak voor kinderafdelingen) waarin een patiënt gemakkelijk zijn/haar weg vindt, zowel wie digitaal sterk als minder geletterd is, en waar diensten **geografisch geclusterd** zijn vanuit het standpunt van de zorg aan de patiënt.

Menselijke aanwezigheid op cruciale momenten blijft essentieel.

- Het digitale helpt, maar **menselijke aanwezigheid** op cruciale momenten blijft essentieel.
- Waar mogelijk worden aan de patiënt **keuzemogelijkheden** geboden: internettoegang of niet, keuze inzake voeding, ...

4. SAMENWERKING

Specialisten moeten hun professionele segmentatie overstijgen.

- De zorg is **geïntegreerd** zeker bij complexe en multidisciplinaire medische kwesties. Transmurale zorgpaden en een gemeenschappelijk zorgplan per patiënt liggen aan de basis. **Multidisciplinair** betekent dat de huisarts samen met de specialisten een team vormt en samen het medisch probleem van de patiënt holistisch benadert en ook het psychisch welzijn van de patiënt betracht.

5. GENEESKUNDEONDERWIJS VAN MORGEN

De toekomst van de zorg wordt vandaag aangeleerd.

- Geneeskundeopleiding wordt niet meer opgevat als een individuele medische opleiding, maar studenten geneeskunde leren vanaf de start van hun vorming samen opdrachten uit te werken zodat ze leren in termen van samenwerking. **Multidisciplinaire samenwerking** is een belangrijke focus.
- Het onderwijs van de studenten geneeskunde wordt uitgebreid met een belangrijk deel rond communicatie en gedragsanalyse dat focust op preventie en **patient empowerment** (en de familie van de patiënt).

Multidisciplinaire samenwerking is een belangrijke focus.

- Preventie wordt een specialisatie in of naast medische opleidingen.
- Er wordt daarbij uitgebreide inbreng van patiënten voorzien (niet enkel voor rollenspel inzake communicatie bijvoorbeeld).
- Artsen worden opgeleid inzake **digital health** (gebruik van 'big data' en 'decision support' systemen) waarbij de diagnostiek steeds meer wordt ondersteund door een groot scala aan diagnostische of predictieve testen die hem/haar probabiliteitsdiagnoses aanreiken. Artsen in opleiding leren de sterktes en beperkingen van dergelijke systemen.

Artsen worden opgeleid inzake digital health waarbij de diagnostiek steeds meer wordt ondersteund door een groot scala aan diagnostische of predictieve testen die probabiliteitsdiagnoses aanreiken.

- De artsen-van-morgen leren ook de **sociale en communicatieve vaardigheden** aan.
- Het curriculum van de huidige arts-opleiding moet meer het interdisciplinaire van het beroep weerspiegelen.
- De opleiding van **arts-specialisten (ASO)** wordt aangepast: de stagemeeester staat financieel los van het ziekenhuis, de arts-specialist in opleiding wordt vergoed los van de door hem/haar gepresteerde medische activiteiten en de kwaliteit van hun opleiding wordt formeel bewaakt door de overheid.

De afstemming tussen de faculteiten geneeskunde en het universitaire ziekenhuis wordt geoptimaliseerd.

- De **faculteiten geneeskunde & farmacie** worden één geheel met de universitaire ziekenhuizen, ook juridisch.
- In plaats van elkaar te beconcurreren maken de faculteiten geneeskunde onderling afspraken en bepalen in overleg **quota** over het aantal studenten per faculteit in functie van de beschikbare infrastructuur en personeel.
- Ethiek is en blijft een essentieel onderdeel van het geneeskundeonderwijs.

FOCUS OP HET SYSTEEM

1. EEN ANDERE FINANCIERING

Minder volume, meer kwaliteit en meer 'value'.

- Er zijn **verschillende financieringsmechanismes** die meer samenwerking tussen zorgverleners beogen. Een mix van deze verschillende systemen zal hoogstwaarschijnlijk de oplossing zijn:
 - Terugbetaling voor zorgverleners voor de gemaakte onkosten
 - Bedrag voor zorgverleners voor uitoefeningen beroep (bv. voor GMD voor huisarts)
 - Bedrag voor **care coördination** (bv. hartchirurg die zijn patiënt na operatie opvolgt in de thuisomgeving via telemonitoring)
 - Betaling per prestatie = zuivere honoraria voor zorgverleners
 - Betaling voor geleverde kwaliteit
 - Telegeneeskunde = prestatie

Ook telegeneeskunde geldt als een prestatie.

- De financiële dynamiek van het vernieuwde gezondheidszorgsysteem focust op het **gezond houden van de bevolking**.
 - Zorgverstrekkers worden ook vergoed voor preventieve acts, ook als die digitaal zijn.
 - Alle zorgverstrekkers krijgen een basissalaris waaraan een soort 'dividend' wordt toegevoegd naarmate de bevolking in de zone gemiddeld gezonder wordt. Het **basissalaris** bestaat (cfr. het Capuccinmodel van Schrijvers, 2014) uit een algemene vergoeding in functie van de kenmerken van de populatie waarvoor men verantwoordelijk is, uit een betaling per prestatie en uit een "innovatietarief".

Mensen gezond houden wordt ook financieel gehonoreerd.

- De vergoeding van de huisarts per consultatie verhoogt zodat én de **werkdruk** als de druk om veel consultaties te doen om een redelijk inkomen te genereren, verlaagt. Ook een **multidisciplinair overleg** wordt vergoed als een consultatie. De huisarts wordt betaald per check. De huisarts wordt ook vergoed voor het digitale contact en voor de maandelijkse check.

De ereloonsupplementen vervallen.

- Het huidige onderscheid tussen een één- en tweepersoonskamer verdwijnt. Het criterium wordt de hinder die de ene patiënt aan de andere kan veroorzaken, de ziekenhuishygiëne (besmettelijkheid) of aspecten van privacy. De **ereloonsupplementen vervallen** (een chirurg moet gewoon altijd goed betaald worden).
- Bijzonder aandachtspunt is ook de vereenvoudiging van de bewijslast die bij **chronische ziekten** ligt en de soms complexe administratieve regels om de erkenning als chronische patiënt te kunnen behouden.

2. POLITIEKE INTEGRATIE

Geïntegreerde zorg kan niet zonder politieke integratie.

- Op politiek niveau is de zorg **geïntegreerd**, dat wil zeggen dat het behoud van de gezondheid (predictie en preventie) en het herstel van de gezondheid politiek onder één bevoegdheid vallen. Alle zorggerelateerde thema's in één hand zodat iedereen in België een zelfde niveau van zorg kan krijgen!