

NAAR EEN GEDECENTRALISEERDE GEZONDHEIDSZORG IN EEN SOLIDAIRE SAMENLEVING

Prof. Em. Jan De Maeseneer, emeritus gewoon hoogleraar huisartsgeneeskunde en
eerstelijnszorg.

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
AND PRIMARY CARE



WHO Collaborating Centre
Family Medicine and Primary Health Care



GHENT
UNIVERSITY

VAV

BRUSSEL

14 OKTOBER 2023

Beleidsnota gezondheidszorg: perspectief 2030

De gezondheidszorg in België in 2030: *“Anders, of meer van hetzelfde?”*.

Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving.



Prof. Dr. Jan De Maeseneer, MD, PhD

Emeritus gewoon Hoogleraar Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnszorg, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent
e-mail: jan.demaeseneer@ugent.be
url: www.iandemaeseneer.eu

Gent, 1 december 2019

Note politique soins de santé: perspective 2030

Les soins de santé en Belgique en 2030: *“Changement ou répétition des mêmes choses?”*.

Vers des soins de santé décentralisés dans une société solidaire.

Rechthoekig knipsel



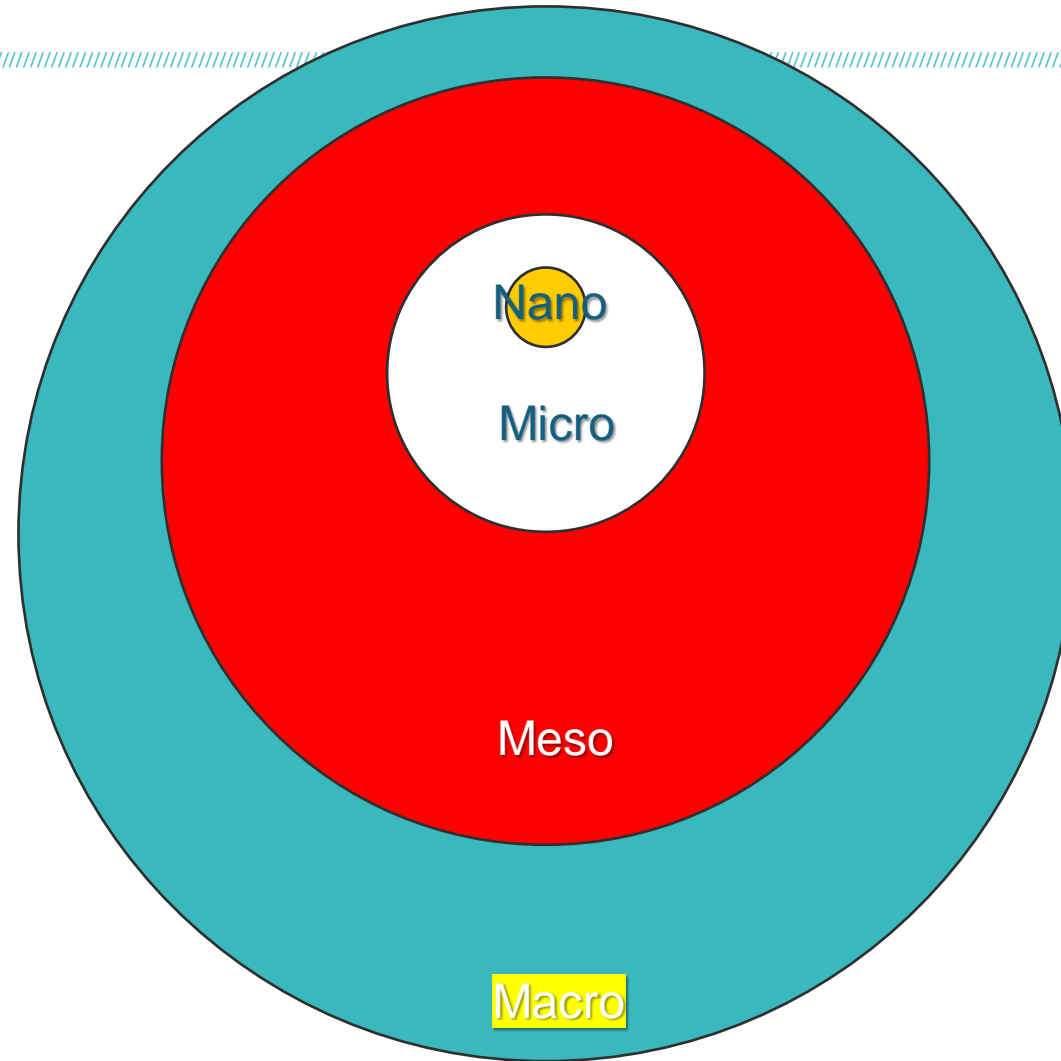
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, MD, PhD

Professeur émérite Médecine de Famille et Soins de Santé Primaire, Département de Santé Publique et des Soins de Santé Primaire, Université de Gand
e-mail: jan.demaeseneer@ugent.be
url: www.iandemaeseneer.eu

1. Uitdagingen

- °Demografische en epidemiologische ontwikkelingen: vergrijzing en multi-morbiditeit
- °Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en hun implicaties voor de betaalbaarheid van de zorg
- °Culturele ontwikkelingen: van “patiënt” tot “kritisch consument”: persoon met een zorg- en ondersteuningsnood
- °Existentiële component: zingeving
- °Sociale gezondheidskloof: b.v. sociale gradiënt in gezonde levensverwachting
- °Globalisering: Covid-19 ‘pandemic’ / ‘syndemic’

HET PROBLEEM VAN DE ZESDE STAATSHERVORMING : HET “GEWICHT” (IN MILJARDEN EURO’S) VAN DE GETRANSFEREERDE BEVOEGDHEDEN WAS BELANGRIJKER DAN DE UITBOUW VAN EEN TOEGANKELIJKE EN KWALITEITSVOLLE ZORG, VERTREKKEND VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERBOUWDE INZICHTEN.

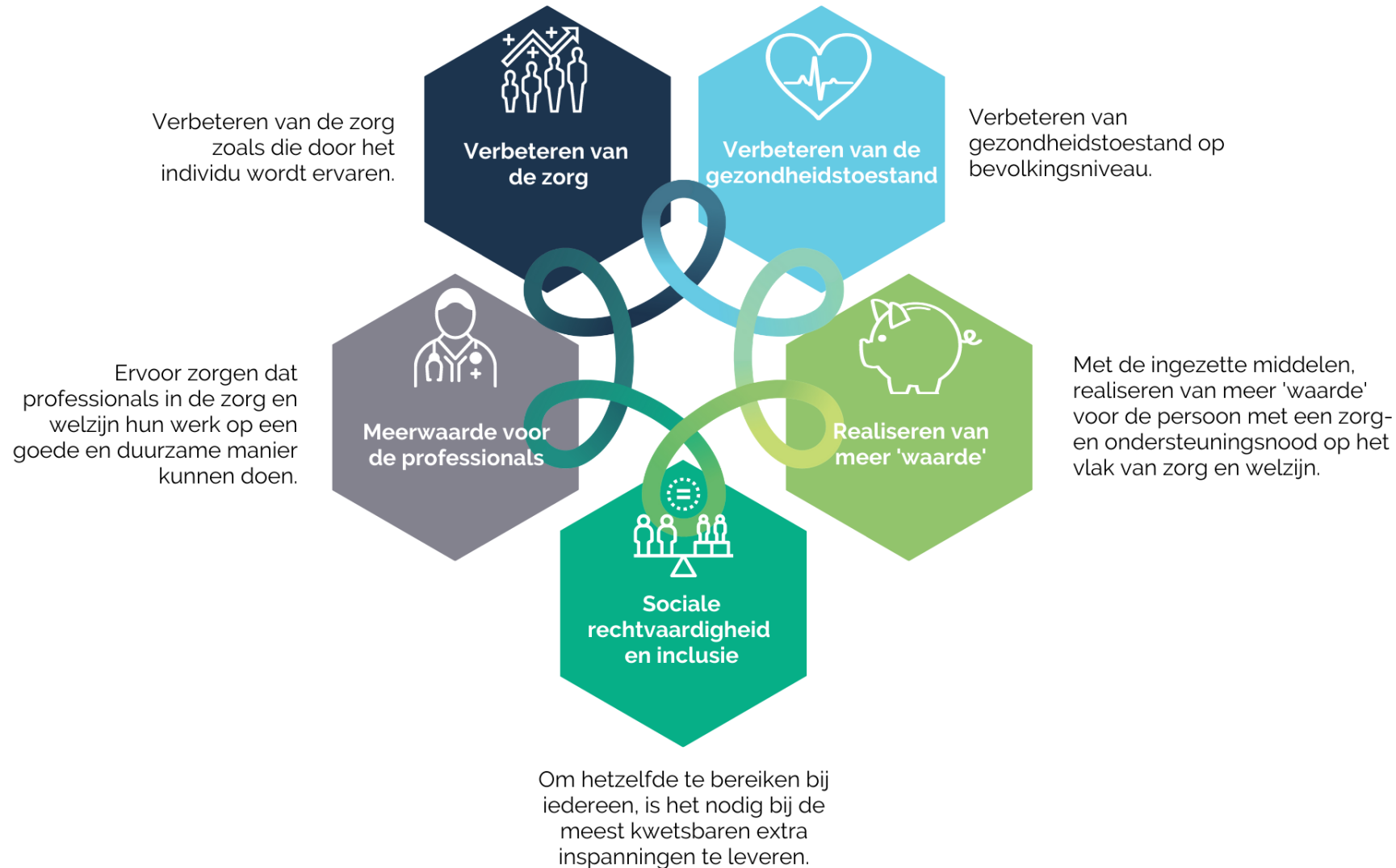


2. Uitgangspunten voor het gezondheidssysteem

°Vertrekken van duidelijke algemene gezondheidsdoelstellingen met een 5-10-jaars perspectief
(Samenwerkingsakkoord ?)



Het kompas : Quintuple Aim



2. Uitgangspunten voor het gezondheidssysteem

°Vertrekken van duidelijke algemene gezondheidsdoelstellingen met een 10-jaars perspectief

Voorbeelden van gezondheidsdoelstellingen:

“Tegen 2030 verkleint België de sociale ongelijkheid in gezondheid substantieel. Dit gebeurt door de actuele verschillen in levensverwachting in goede gezondheid tussen personen al naargelang hun positie op de sociale ladder met 25 % te verminderen.”

“Tegen 2025 daalt het aantal rokers bij de 25-jarige mannen en vrouwen met 25 %.”

“Tegen 2030 optimaliseert België het voorschrijven van antibiotica voor infectieuze aandoeningen. Meer bepaald betekent dit een afname van het gebruik van antibiotica in de ambulante sector (buiten de ziekenhuizen) van meer dan 800 voorschriften per 1000 inwoners per jaar naar 400 voorschriften in 2025 en naar 300 voorschriften in 2030.”

“Tegen 2030 daalt het aantal CT-scans in België van 200 per 1000 inwoners naar 100 per 1000 inwoners”.

“Tegen 2025 heeft elke Belg een laagdrempelige toegang tot eerstelijnspsychologische hulp”.

“Tegen 2030 haalt België voor alle indicatoren (luchtkwaliteit, water, bodem, geluid, ...) de internationaal vastgelegde normen (EU, WHO,...) en levert de internationaal afgesproken bijdrage aan het terugdringen van klimaatverandering.”

.....

2. Uitgangspunten voor het gezondheidssysteem

°Vertrekken van duidelijke (federale?) algemene gezondheidsdoelstellingen met een 5-10-jaars perspectief

°De middelen voor gezondheidszorg worden verworven via een rechtvaardig en transparant mechanisme op federaal niveau via de fiscaliteit

2. Uitgangspunten voor het gezondheidssysteem

- °Vertrekken van duidelijke algemene gezondheidsdoelstellingen met een 5-10-jaars perspectief
- °De middelen voor gezondheidszorg worden verworven op federaal niveau via de fiscaliteit

Argumenten:

- demografie
- transparantie
- intersectorale 'health for all policies'
- verdeling over gewesten (zie verder)
- evidentie

2. Uitgangspunten voor het gezondheidssysteem

- °Vertrekken van duidelijke algemene gezondheidsdoelstellingen met een 5-10-jaars perspectief
- °De middelen voor gezondheidszorg worden verworven op federaal niveau via de fiscaliteit

Argumenten:

- demografie
- transparantie
- intersectorale 'health in all policies'
- evidentie

GLOBAL HEALTH POLICY

By Abdo S. Yazbeck, William D. Savedoff, William C. Hsiao, Joe Kutzin, Agnès Soucat, Ajay Tandon, Adam Wagstaff, and Winnie Chi-Man Yip

COMMENTARY

The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance For Low- And Low-Middle-Income Countries

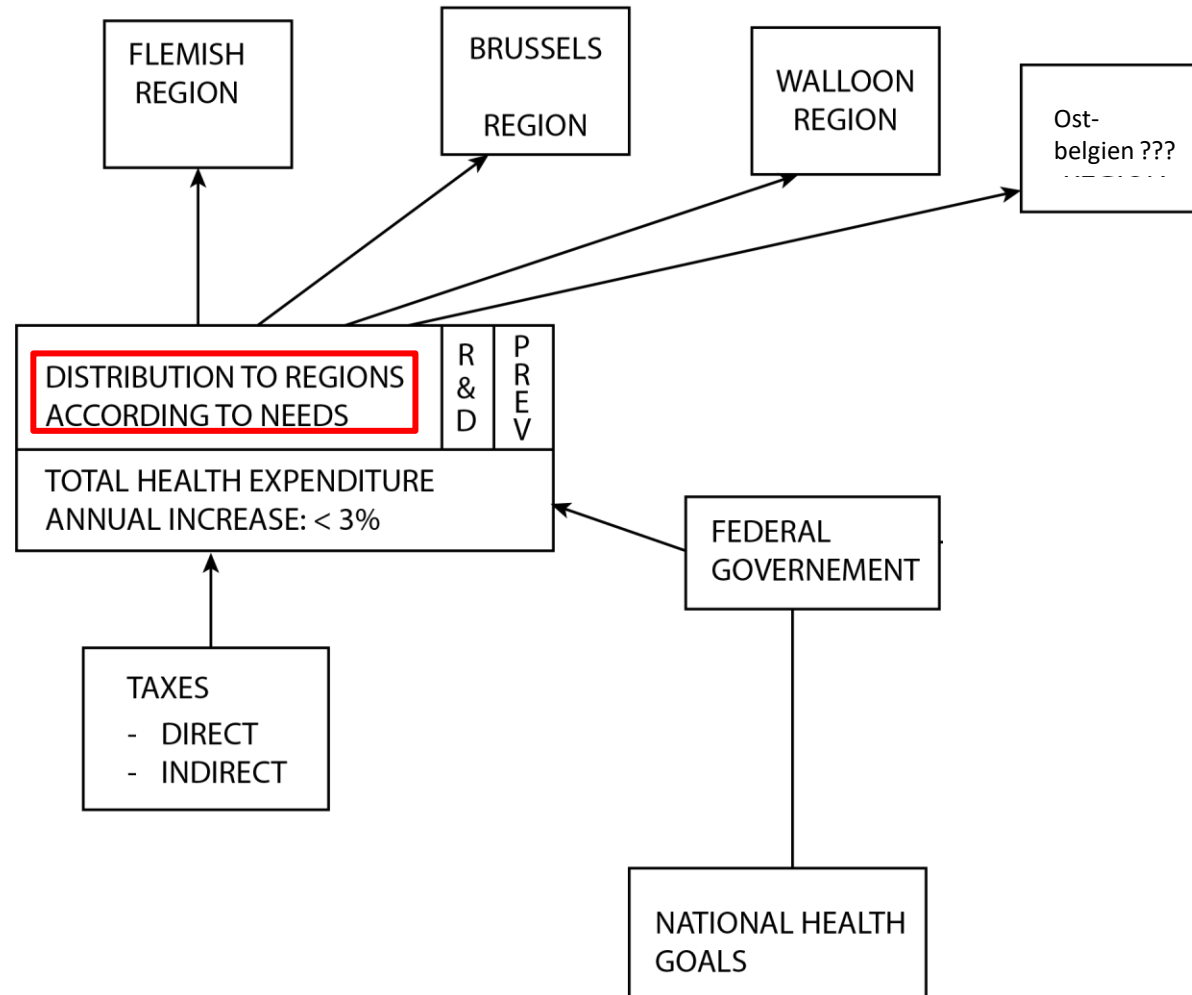
ABSTRACT An increasing interest in initiating and expanding social health insurance through labor taxes in low- and low-middle-income countries goes against available empirical evidence. This article builds on existing recommendations by leading health financing experts and summarizes recent research that makes the case against labor-tax financing of health care in low- and low-middle-income countries. We found very little evidence to justify the pursuit of labor-tax financing for health care in these countries and persistent evidence that such policies could lead to increased inequality and fragmentation of the health system. We recommend that countries considering such policies heed the evidence on labor-tax financing and seek alternative approaches to health financing: primarily using general taxes or, depending on the context, general taxes combined with adequately regulated insurance premiums.

Health Affairs 39,n° 5
(2020):892-7

2. Uitgangspunten voor het gezondheidssysteem

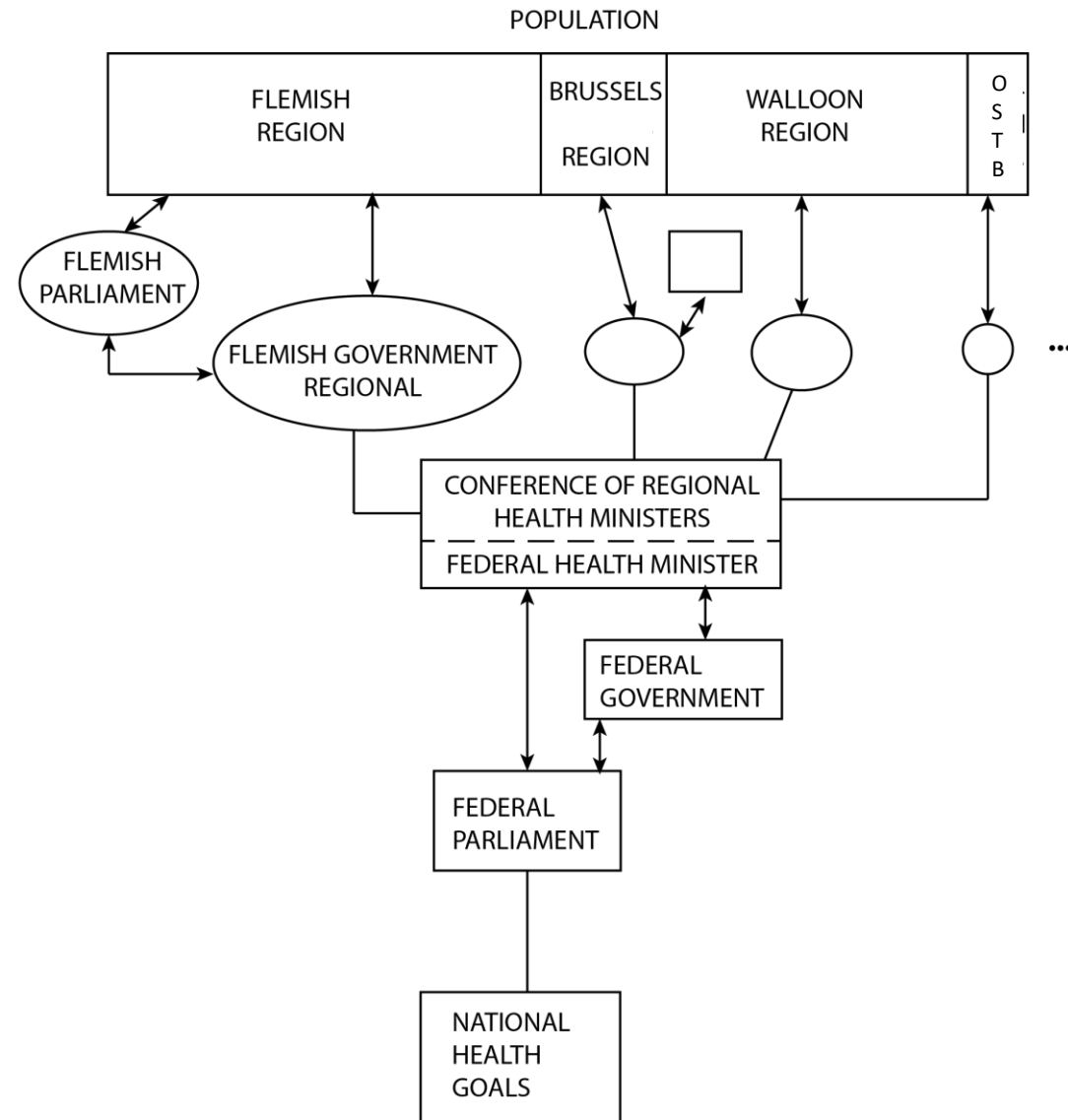
- °Vertrekken van duidelijke (federale?) algemene gezondheidsdoelstellingen met een 5-10-jaars perspectief
- °De middelen voor gezondheidszorg worden verworven op federaal niveau via de fiscaliteit
- °Gezondheidszorg wordt een “plaatsgebonden” bevoegdheid : de uitvoering, organisatie en besteding van de middelen is een bevoegdheid van de 3 gewesten + Ostbelgien. Er is geen ‘Brussel-keuze’: Brussel heeft een eigenstandig gezondheidsbeleid.

NATIONAL HEALTH SYSTEM: FINANCIAL FLOWS



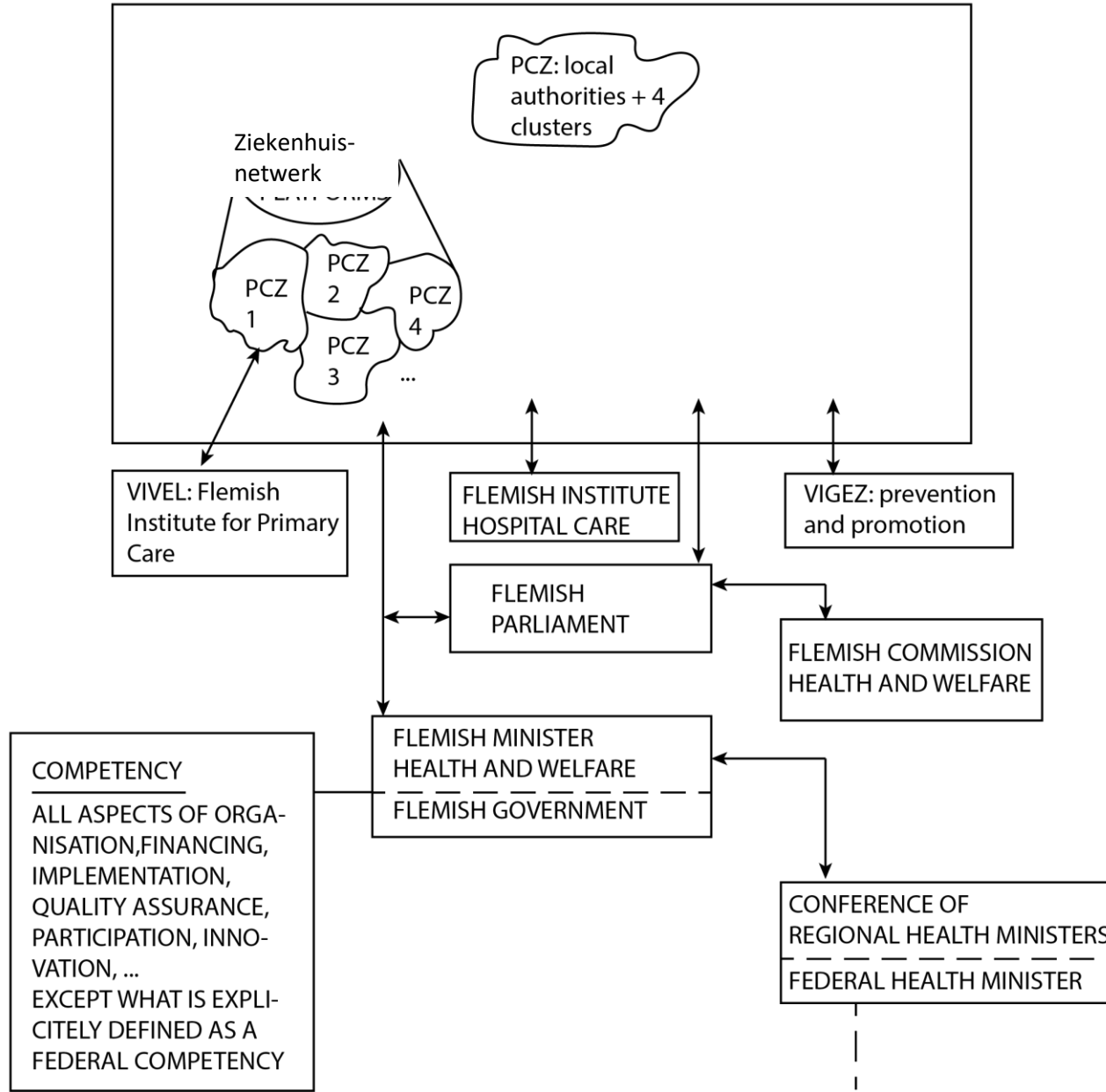
HEALTH SYSTEM

BELGIUM



ii

Flemish Region



2. Uitgangspunten voor het gezondheidssysteem

- °Vertrekken van duidelijke (federale?) algemene gezondheidsdoelstellingen met een 5-10-jaars perspectief
- °De middelen voor gezondheidszorg worden verworven op federaal niveau via de fiscaliteit
- °Gezondheidszorg wordt een “plaatsgebonden” bevoegdheid : de uitvoering, organisatie en besteding van de middelen (quid financieringsmechanismen?) wordt een bevoegdheid van de 3 (+1) gewesten
- °Een aantal bevoegdheden blijven *federaal* :
 - schaal
 - efficiëntie
 - onderhandelingsmacht
 - noodwendigheid
 - vermijden ‘push’ en ‘pull’: bij patiënten en zorgverstrekkers

2. Uitgangspunten voor het gezondheidssysteem

°Vertrekken van duidelijke (federale?) algemene gezondheidsdoelstellingen met een 5-10-jaars perspectief

°De middelen voor gezondheidszorg worden verworven op federaal niveau via de fiscaliteit

°Gezondheidszorg wordt een “plaatsgebonden” bevoegdheid : de uitvoering, organisatie en besteding van de middelen (inclusief financieringsmechanismen) wordt een bevoegdheid van de 3 gewesten

°Een aantal bevoegdheden blijven federaal:

-epidemieën/pandemieën/rampen/...

-luchtkwaliteit/geluid/klimaat

-veiligheid van de voedselketen

-geneesmiddelen en ‘medical devices’ (naar Europa)

-topreferentie en -klinische zorg: universitaire ziekenhuizen

-lijst van gezondheidsberoepen (EU)

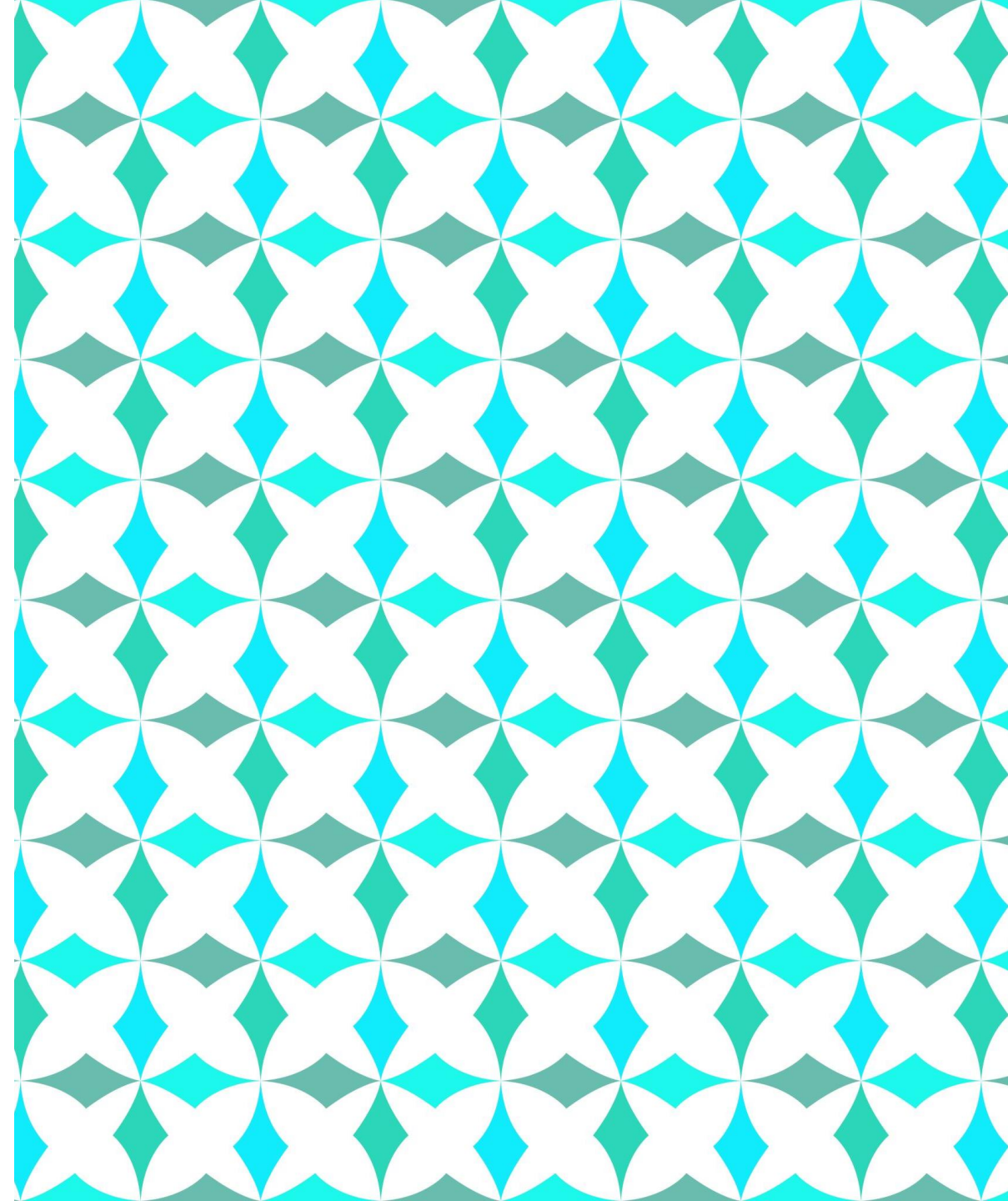
-financieringsmechanismen: deels federaal (mechanismen), deels federaal asymmetrisch, deels gewesten

-Nationaal Instituut voor de Volksgezondheid: integreert KCE, RIZIV-data, IMA, FOD-data, Sciensano, FAGG, Ebpracticenet,...

-**Belgian Integrated Health Record**: 1 interprofessioneel dossier per persoon die in België verblijft

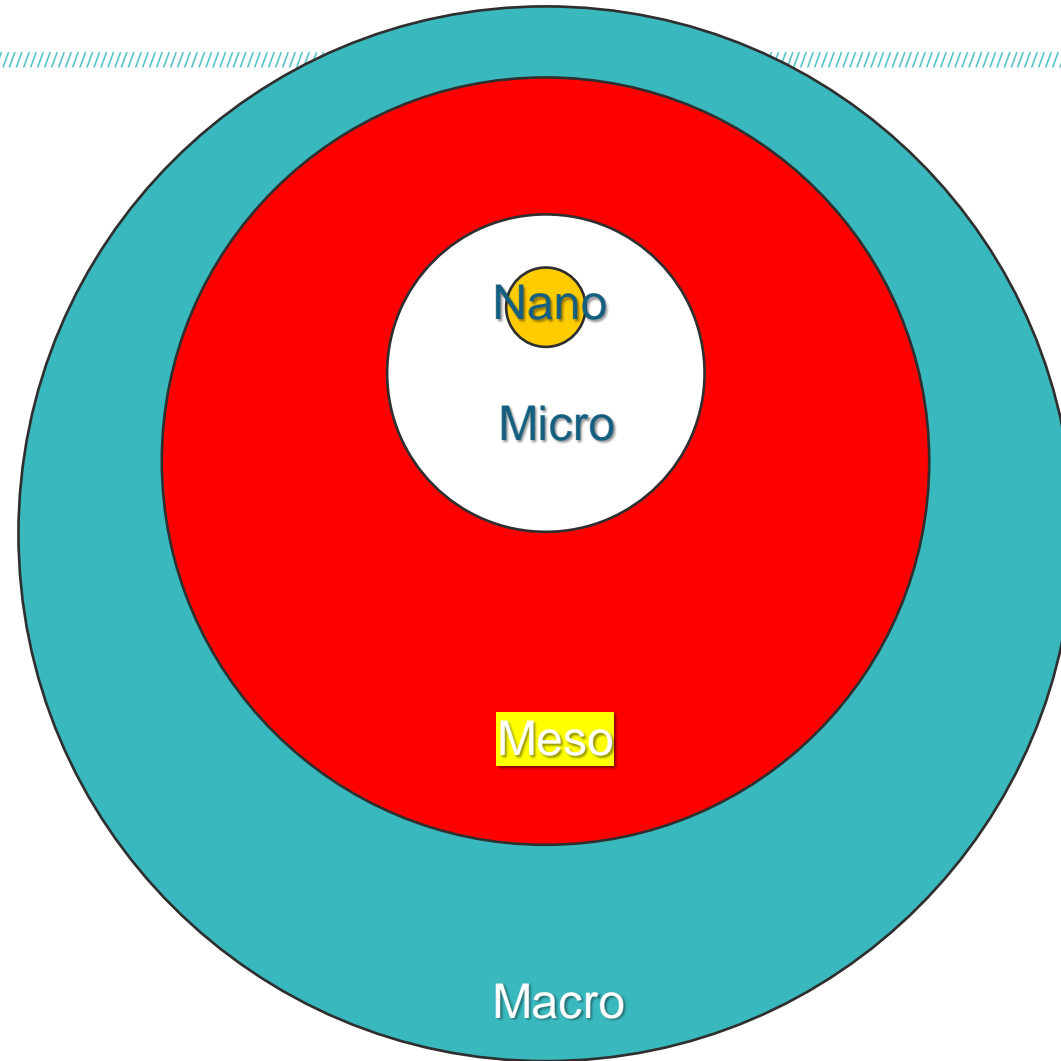
CONCEPTUELE DEFINITIE VAN
EEN PATIËTENDOSSIER TER
ONDERSTEUNING VAN
GEÏNTEGREERDE ZORG

DÉFINITION CONCEPTUELLE
D'UN DOSSIER PATIENT POUR
SOUTENIR LES SOINS
INTÉGRÉS.



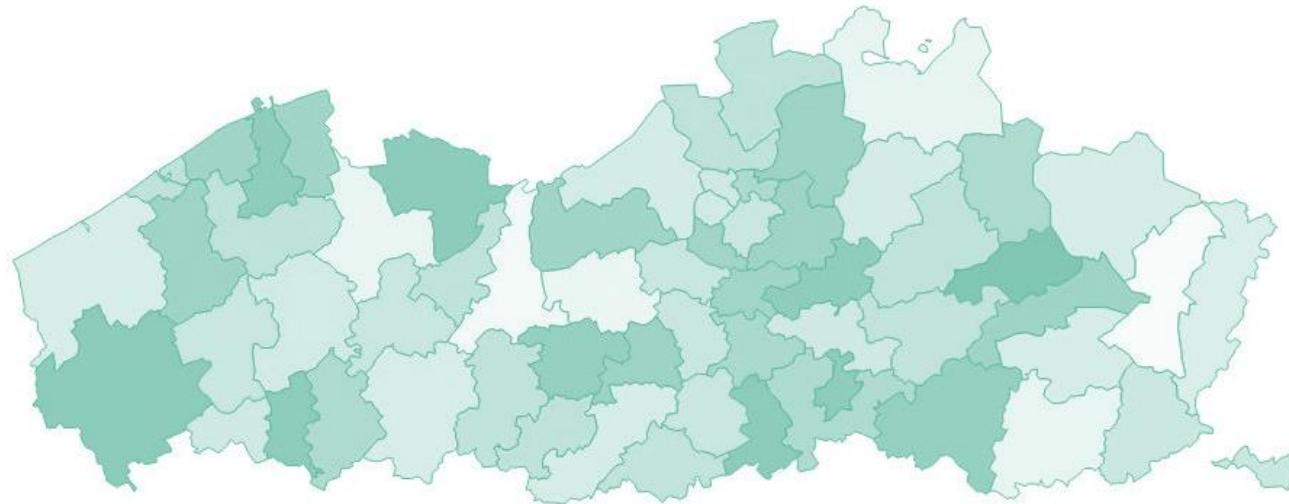
THE NAME: **BIHR**

- **BIHR = 'Belgian Integrated Health Record'**
 - The time dimension is crucial (from conception until 50 years after the last patient contact)
 - "Patient" would be incorrect: person/citizen is better
 - Electronic or Digital is not a criterium anymore, it is a given
 - **Integrated** is essential but a claim that is difficult to prove
 - This is about longitudinal **health** for everybody, not just care or cure for patients
 - This is a record for **all Belgian citizens (residents)!**
-





Eerstelijnszones



AZG 2021

- 70.000 tot 125.000 inwoners
- Governance: zorgraden
- Vind jouw eerstelijnszone: www.eerstelijnszone.be



60 eerstelijnszones



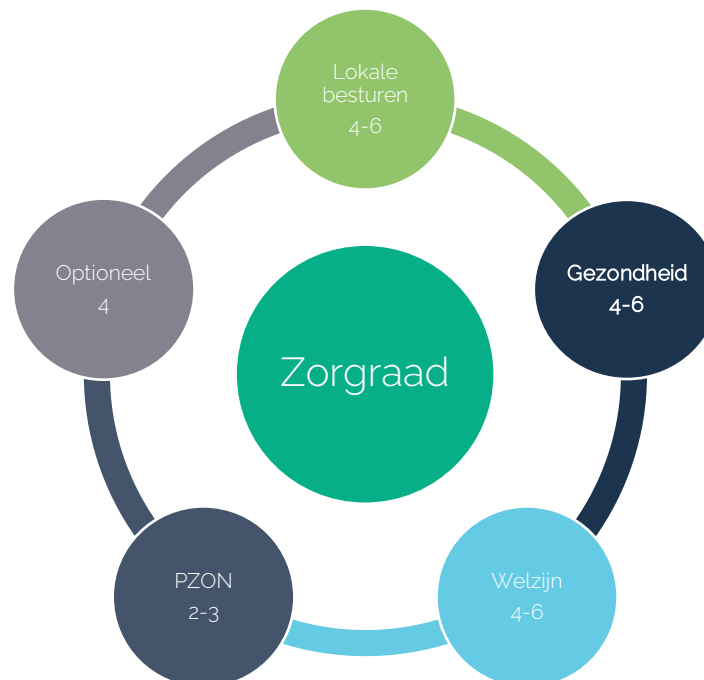


Van eerstelijnszones naar zorggraden

- Afbakening 60 eerstelijnszones goedgekeurd VR juli 2018
- Zorggraden wettelijk verankerd: BVR zorggraden april 2019
- Zorggraden erkenningsdossier indienen eind 2019
- Operationele zorggraden vanaf **1/7/2020**



60 zorggraden





STERKTE EERSTELIJSZONES:

- °INTEGRATIE GEZONDHEID EN WELZIJN
- °INTEGRATIE INDIVIDUELE ZORG EN POPULATIEGERICHTE AANPAK
- °INTEGRATIE ZORG, PREVENTIE EN “EMPOWERMENT”
- °ROL ORGANISATIES VAN PATIENTEN EN MANTELZORGERS
- °ROL LOKALE BESTUREN
- °INTERPROFESSIONELE EN INTERSECTORALE SAMENWERKING

Organiser la première ligne en Wallonie

Note de réflexions et d'orientation de la PPLW – Septembre 2020

Plateforme de première ligne wallonne



IV. Une approche territoriale

Afin d'apporter à l'ensemble de sa population les meilleurs soins avec les moyens nécessaires, il y a lieu de:

- Déterminer le territoire sur lequel elle réside.
- Identifier la population de chaque territoire.
- Analyser les besoins de la population à chaque endroit du territoire.
- Recenser l'offre de soins sur ce territoire.

La pyramide des soins conceptualisée par l'OMS dans la déclaration d'Alma Ata en 1984, prévoit 3 niveaux de soins :

- Les soins de grande proximité (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers à domicile, sages-femmes, kinés, dentistes... : maxi 10 km).
- Les soins de moyenne proximité (l'hôpital général, la maternité, médecins spécialistes, ...).
- Les soins hyperspécialisés (hôpitaux universitaires).

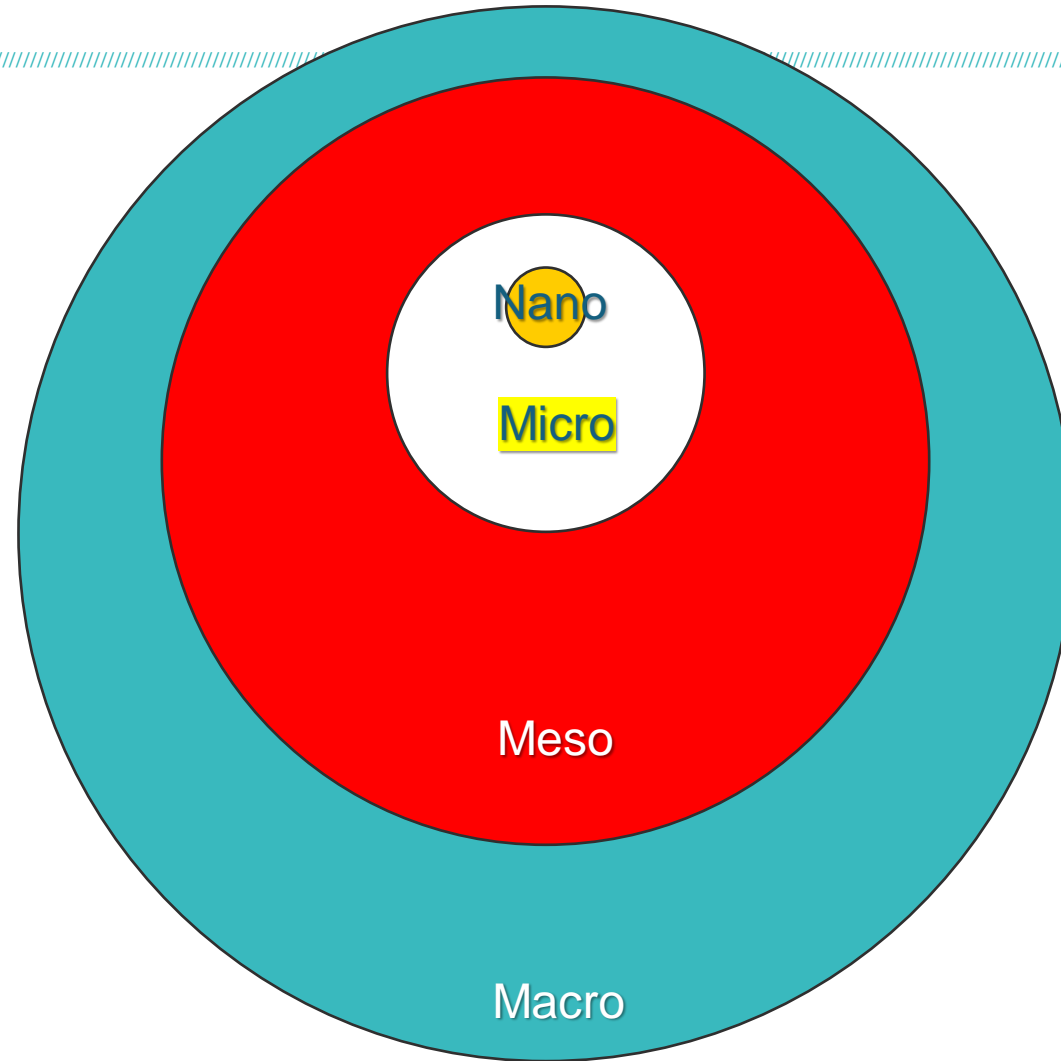
Pour organiser un système de santé efficient, il y a donc lieu de définir des niveaux de territoires correspondant à ces niveaux de besoins de soins.

BRUSSEL

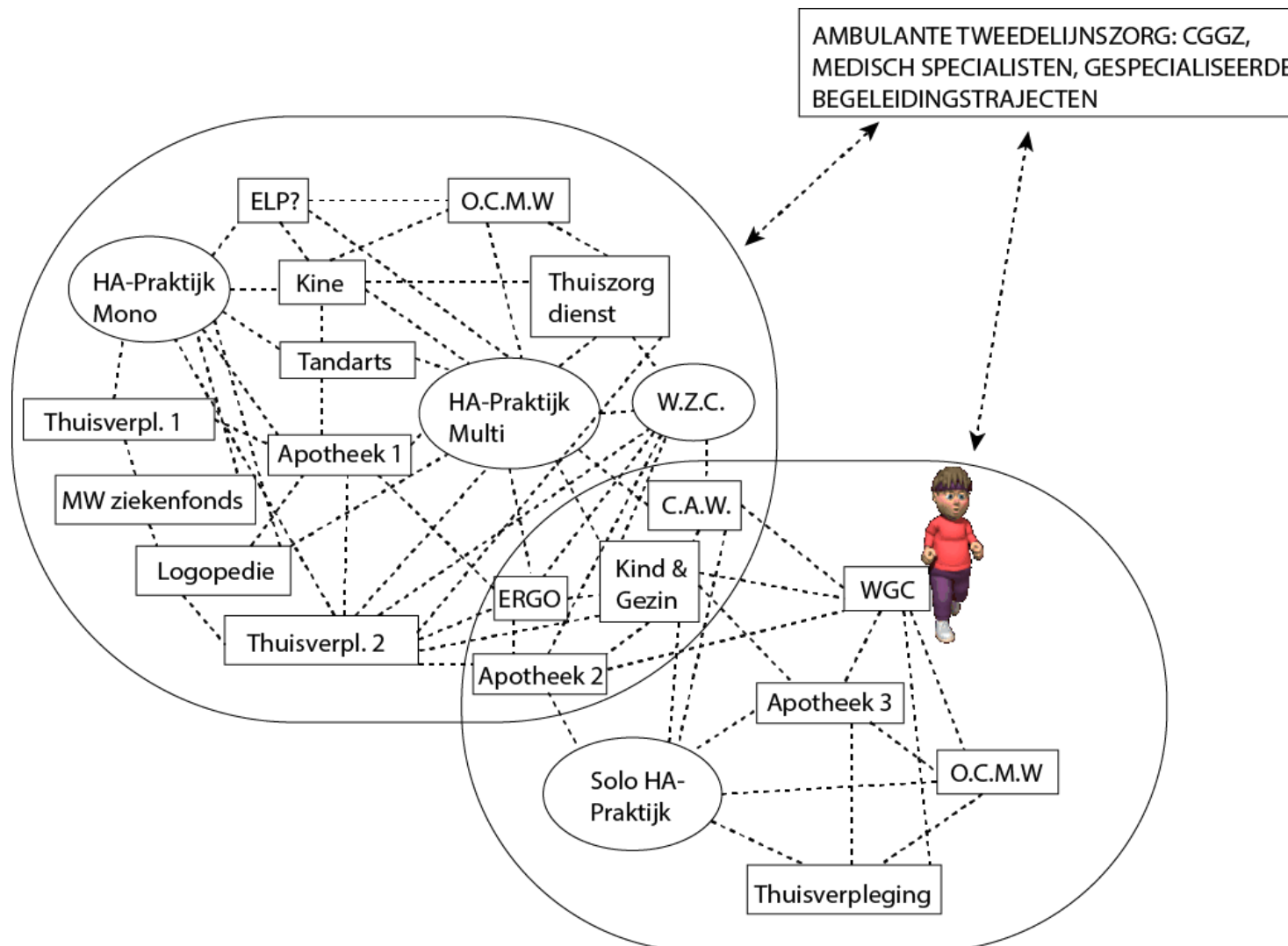
Kaart 3. Detaillering van de 33 woonzorgzones in Brussel



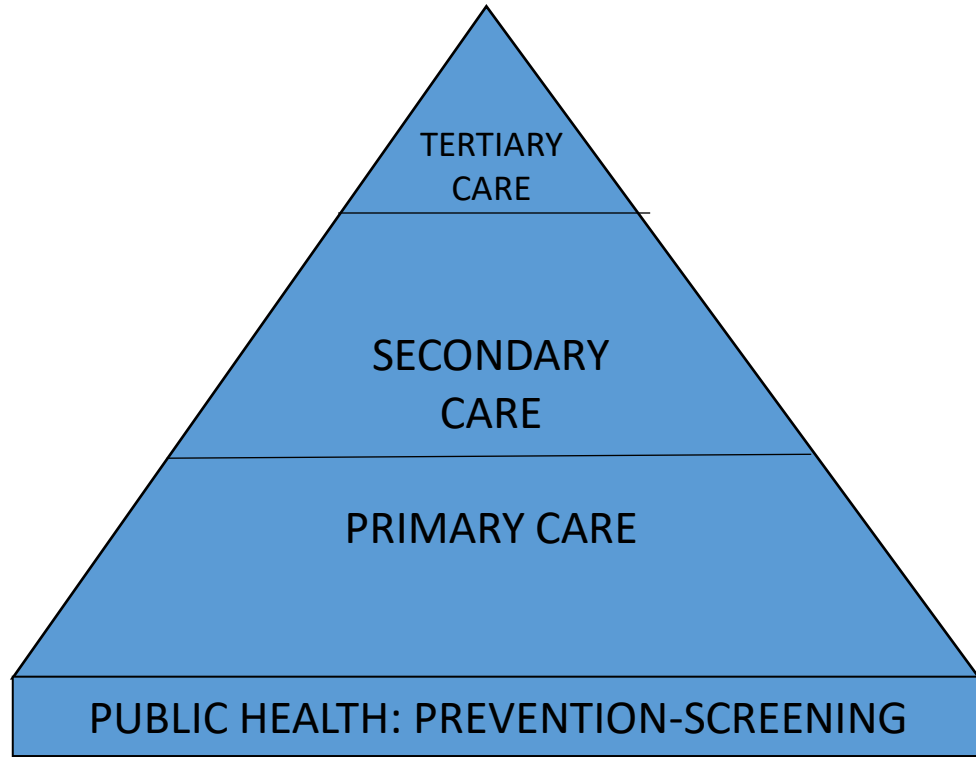
Zone 1	Brussel –stad
Zone 2	Schaarbeek, St-Joost-Ten-Node, Evere
Zone 3	Oudergem, St-Lambrechts-Woluwe, St-Pieters-Woluwe, Watermaal Bosvoorde,
Zone 4	Etterbeek, Elsene
Zone 5	Ukkel, St-Gillis, Vorst
Zone 6	Anderlecht
Zone 7	Koekelberg, Molenbeek
Zone 8	Jette, Ganshoren, St-Agatha-Berchem



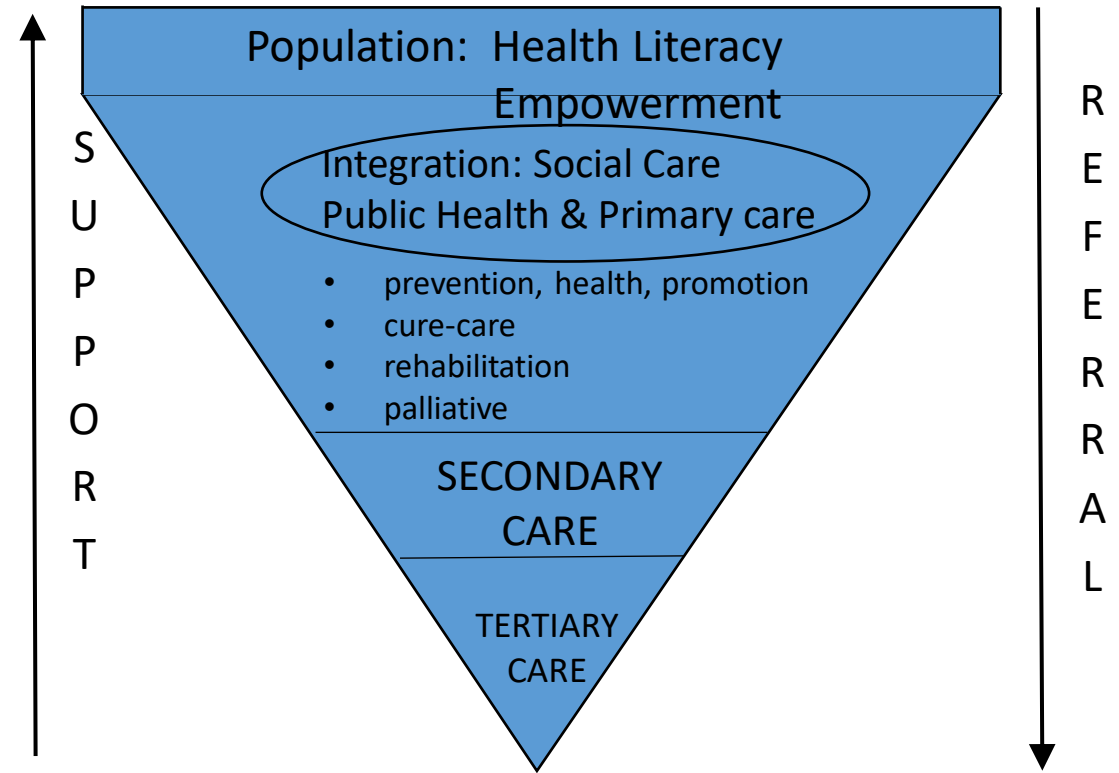
HET EERSTELIJSNETWERK: > 5.000 INWONERS (PLATTELAND) > 10.000 INWONERS (STAD)



HEALTH SYSTEMS : turning the pyramid upside down (after H. Vuori).



P A S T



F U T U R E

°COULD EU INVEST IN THE TRANSITION COSTS OF HEALTH SYSTEMS' SWITCH FROM HOSPITAL-CENTRED TOWARDS PRIMARY HEALTH CARE BASED AND COMMUNITY ORIENTED SYSTEMS ?

3. Het politieke debat: tussen opinie en 'evidence'.(a)

„Wat we zelf doen, doen we beter ?”

‘Rechtse partijen zeggen dat we geen geld meer moeten geven aan Walen, Europa en migranten en dat dan plots alles mogelijk zal zijn. Dat slaat economisch nergens op...Iemand zal de bevolking duidelijk moeten maken dat belangrijke inspanningen nodig zijn, en dat we die samen moeten dragen’

(Bart Van Craeynest, hoofdeconoom Voka, De Morgen 30.09.2023, p.32-33)

‘Er wordt altijd gezegd dat wat Vlaanderen doet, beter zal zijn dan hoe België het aanpakt: noordelijker, rationeler, efficiënter en evidencebased – Vlaanderen zou het licht van de wetenschap over het beleid laten schijnen. Maar wat stellen we vast? Het Vlaams beleid is zo Belgisch als het maar kan zijn.’

(Prof. Ive Marx, Universiteit Antwerpen, De Morgen 30.09.2023, p. 4-7)

Er is nood aan meer wetenschappelijk onderbouwd beleid: een WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid zou hierbij kunnen helpen)



3. Enkele illustraties (b)

°Er is zowel op federaal als Vlaams niveau veel ruimte tot verbetering door betere samenwerking:

- de ziekenhuisnetwerken verdienen geen schoonheidsprijs wat betreft het territoriaal afstemmen van vraag en aanbod met het oog op toegankelijkheid en kwaliteit;
- een (vorig) federaal minister die de AMR-problematiek probeert op te lossen door het remgeld voor antibiotica te verhogen (non evidence-based);
- dramatisch niveau van de gezondheidszorg in Brussel;
- Vlaanderen integreert de preventie via de logo's in de eerstelijnszones (evidence based integratie van eerstelijnszorg en volksgezondheid), om vervolgens weer de omgekeerde beweging te maken;
- het onvermogen van Vlaanderen om een coherent territoriaal verhaal te schrijven, vertrekkend van de eerstelijnszones ('regionale zorgplatformen, referentieregio's, ...???', quid geestelijke gezondheidszorg?);
- Federaal en Vlaanderen doen veel te vaak een beroep op 'consultancy'
- kansen: samenwerking tussen de BIHR-ontwikkeling en Alivia;
- kansen: creatie van 'lerende netwerken' ook met regio's in de buurlanden.



Hoe zou dit kunnen werken ?

De organisatie van de Covid-19 vaccinatie in 2020-2021 als illustratie.



PRIORITY VACCINATION OF PERSONS AT INCREASED RISK DURING THE 2021 COVID-19 PANDEMIC IN BELGIUM

Report of the Working Group on Vaccination Strategy Organisation (Vaccination Task Force)

18 March 2022



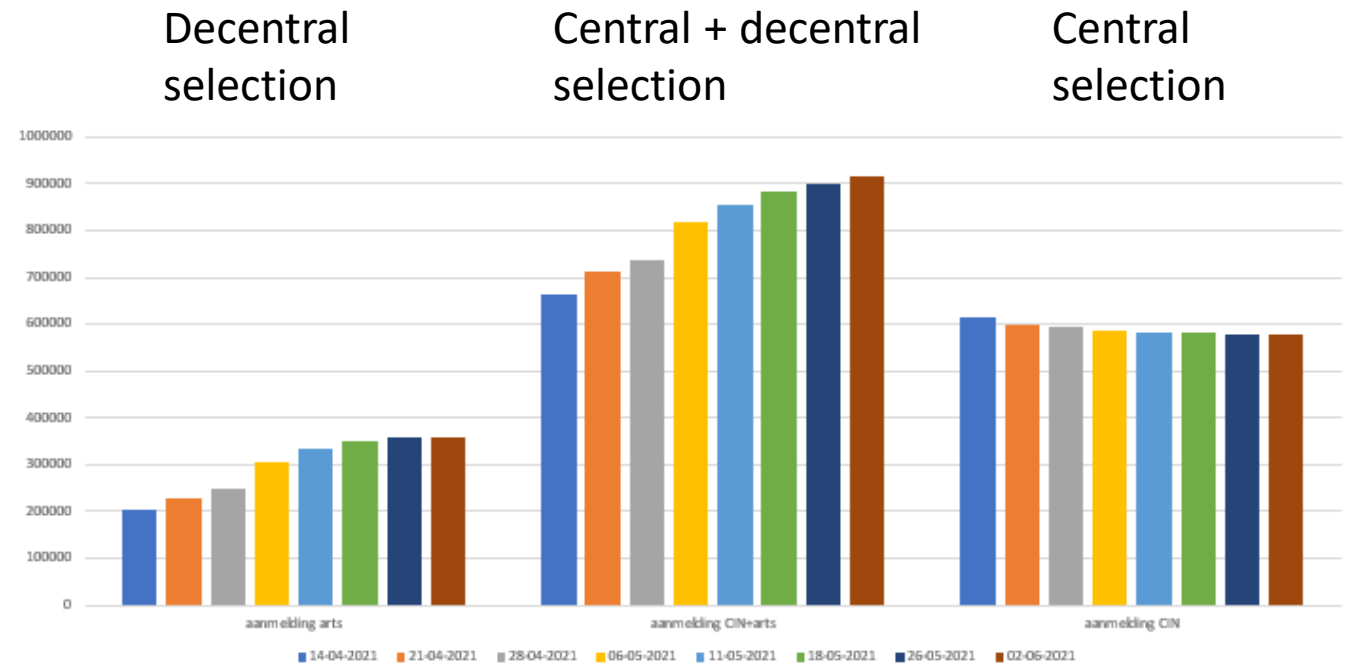
Results of the central and decentral selection

A total of **1 852 990** persons at risk were selected

Trend:

- progressive increase in the number of people selected either by the general practitioner or by the general practitioner and CIN
- more than 500 000 people were selected only by the sickness funds
- 350 000 people were selected only by the general practitioner

-> **Conclusion: both systems were necessary to achieve the objective**

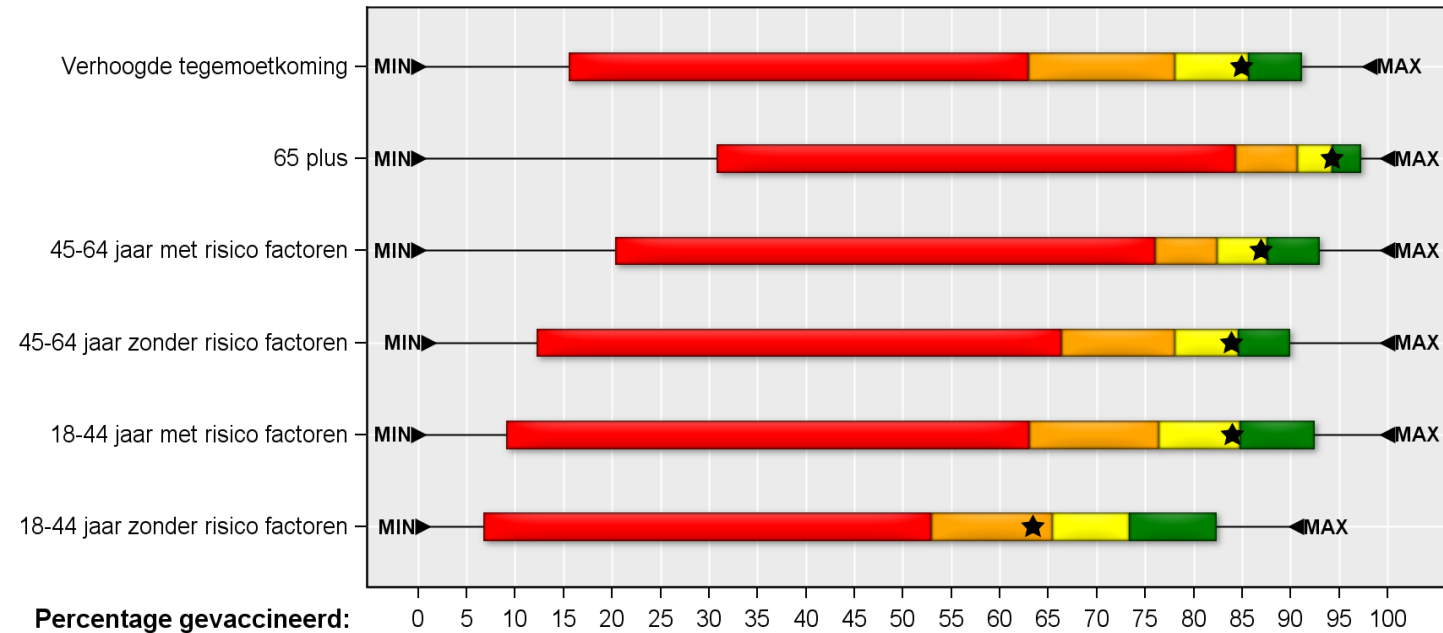


General practitioners: COVID vaccination barometer



Proportie per leeftijdsgroep
Volledig gevaccineerd

Aantal deelnemende praktijken: 551



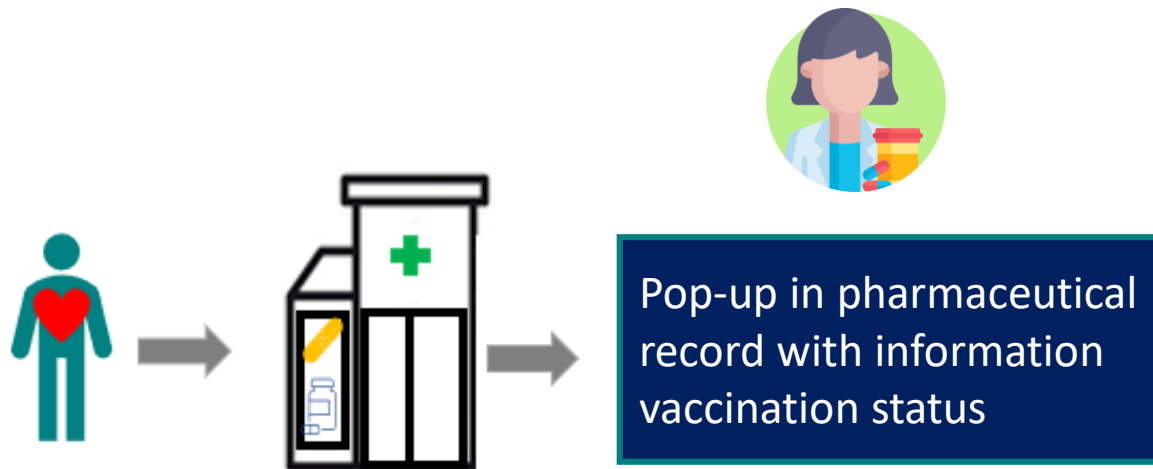
Legende: ■ Praktijk ■ P5-P25 ■ P25-P50 ■ P50-P75 ■ P75-P95

Vaccinatie: Mijn praktijk vergeleken met gemiddelde verdeling benchmark



Pharmacists: role in guidance

In order to support their patients, the pharmacists were given access to information of the vaccination codes database.



- 3347 participating pharmacies
- 4,28 million of pop-ups were opened by pharmacists

LESSONS LEARNED

Micro level of proximity (+/- 10 000 inhabitants)

- Vaccination in the neighbourhood is essential for **outreach to vulnerable groups**
- **New models are needed to enhance local cooperation** (e.g. vicinity teams of health care professionals)

Meso level (+/- 100 000 inhabitants)

- Essential for **managing population-based care** and local cooperation
- Important **operational role for local organizations of health care professionals** (GP's, pharmacists, nurses)
- **Steering role** for local entities or ELZ in Flanders and local government

Macro level (federal government, regions)

- **Interfederal taskforce and working group with all stakeholders** -> important to align strategies in the complex healthcare system of Belgium
- A well-developed **information and data system is essential**
- Innovative **financing mechanisms** are needed for future campaigns
- Communication and information: important **role for health insurance funds and patient associations**

COVID-VACCINATIE DOOR DE APOTHEKER

De wetgeving voor covid-vaccinatie door de apotheker werd goedgekeurd. VAN geeft de laatste stand van zaken tijdens deze Infosessie.

home → nieuws van het vlaams apothekers netwerk → de zoektocht naar risicopersonen voor prioritaira covid-vaccinatie

Beeldbanking support

De zoektocht naar risicopersonen voor prioritaira COVID-vaccinatie

29 mrt 2022

#COVID-19 #interview #vaccinatie



Artikels binnen focusdomein vaccinatie

Vaccinatie is de meest effectieve en goedkope manier om bepaalde infectieziekten te voorkomen. Naast het afleveren van bepaalde types vaccins werken apothekers actief mee aan vaccinatiecampagnes tegen de seizoensgriep of covid-19.

Waarom is dit zo belangrijk? →

Wat hebben we geleerd voor toekomstige strategieën in tijden van pandemie? Wat waren de sterktes en de zwaktes?

JAN: De Werkgroep organisatie binnen de Taskforce Vaccinatie bracht de verbinding tussen de strategische, politieke beslissingen en de implementatie op het terrein. Het was voor elk van ons een leerrijke ervaring, en we hebben ook iets geleerd dat voor de toekomst belangrijk is. Onafgezien de manier waarop we in de toekomst de verantwoordelijkheden tussen federaal-centraal en decentraal in verband met gezondheid institutioneel zullen vastleggen, blijft het belangrijk om de actoren op verschillende niveaus en patiënten samen te brengen. Zo vormen we een transversale 'learning community', waardoor de verscheidenheid in aanpak niet een knelpunt vormt, maar een bron van wederzijdse uitwisseling en ontwikkeling.



The WHO Council
on the Economics of
Health for All



Health for All: Transforming economies to deliver what matters

FINAL REPORT



World Health
Organization

4. Verdere uitwerking (a)

°**Brussel:** een volwaardig gewest. Geen 'Brussel Keuze'

°**Nieuwe rollen:**

- Overheid: transparante beleidscyclus, met tijdige onafhankelijke Wetenschappelijke en Maatschappelijke Strategische Advisering; subsidiariteitsbeginsel met 'accountability'; complementariteit (over een bepaalde topic wordt op één niveau geadviseerd, overlegd,...)
- 'Pluralistische Gezondheidsbewegingen' (voorheen "ziekenfondsen", VPP,...) als kritische 'civil society-organisations', met belangrijke rol in gezondheidspromotie, zelfzorg, mantelzorg, verdediging van patiëntenrechten, beleidsadviesing, aanpakken van sociale en ecologische gezondheidsdeterminanten,.....
- Wetenschappelijke onderbouwing: Wetenschappelijke Raad voor het Gezondheidsbeleid (in WRR), Nationaal Instituut voor Volksgezondheid (Sciensano + KCE + IMA...) als o.a. centrale data leverancier
- Federale Minister van Volksgezondheid is de kapitein van het team van regionale Ministers maar neemt commando in crisissen (na beslissing federaal parlement) en is een anker naar Internationale samenwerking (EU, WHO, EMA,...)

4. Verdere uitwerking (b)

°Versterken **samenwerking**:

- Eerstelijnsgezondheids- en welzijnszorg, 'public health', patiënten- en burgerorganisaties, eerste en tweedelijnsvoorzieningen (ziekenhuisnetwerken) werken structureel samen; in de regel is het generalistisch niveau (de eerste lijn) het contactpunt van de bevolking met het zorgsysteem, gespecialiseerde zorg is in principe enkele via verwijzing toegankelijk
- Tussen de regio's ontstaat een 'learning community', waarin 'good practices' worden uitgewisseld

°**Vermijden** van 'push-' en 'pull-'bewegingen in hoofde van patiënten, zorgverstrekkers en zorgpersoneel

°**Heroriëntatie van financiering** van artsen en andere zorgverstrekkers (meer capitatie, minder fee-for-service), geïntegreerde financiering van ziekenhuis(netwerken), creëren van loondienst voor specialisten in ziekenhuizen...

°We zetten in op **Europese en internationale samenwerking** (b.v. prijs geneesmiddelen, innovatie-agenda,...)

5. Ten slotte: enkele bezorgdheden

° **Sociale rechtvaardigheid.**

Een goede formule om de middelen onder de gewesten te verdelen volgens behoeften is mogelijk maar niet eenvoudig. Realisatie van federale doelstellingen zijn essentieel voor het behoud van de solidariteit. Quid wanneer dit niet lukt?

° **Efficiëntie:** *copiëren van federale regelgeving naar de Gewesten is niet zinvol.*

° **Kritisch zijn:** *doen we wat we zelf doen altijd beter?*

° Is de politieke wil aanwezig om de transitie van de zorg naar de eerstelijnszones te ondersteunen door een significante verhoging van de huidige 14 % van de gezondheidsuitgaven die naar de eerste lijn gaan, naar 25 à 30 % ?

° *Hoe verzekert men dat **lokale besturen (van vaak veel te kleine gemeenten)** – in het kader van eerstelijnszones - adequaat met hun nieuwe, toegenomen bevoegdheden rond zorg voor gezondheid omgaan? Hoe speelt de Vlaamse overheid hierop in?*

° Is de Vlaamse overheid bereid om **in toenemende mate vertrouwen te geven** aan eerstelijnszones, ziekenhuisnetwerken en de actoren op het terrein om, aangepast aan de lokale context, de HOE-vraag te beantwoorden?

° *Hoe kan men de zorg voor welzijn en gezondheid in Vlaanderen beschermen tegen **politieke keuzen** gebaseerd op individualisme versus solidariteit, conservatisme versus vernieuwing, ongelijkheid versus sociale rechtvaardigheid, identiteit versus diversiteit?*

Hartelijk dank!



UNIVERSITEIT



Jan.DeMaeseneer@ugent.be

Ghent University