

SYNTHESE

TRANSITIE NAAR (MEER) GEÏNTEGREERDE ZORG IN BELGIË



SYNTHESE

TRANSITIE NAAR (MEER) GEÏNTEGREERDE ZORG IN BELGIË

ANNE-SOPHIE LAMBERT, SUSANNE OP DE BEECK, DENIS HERBAUX, JEAN MACQ, PAULINE RAPPE, OLIVIER SCHMITZ, QUENTIN SCHOONVAERE, ANNA LUISA VAN INNIS, PHILIPPE VANDENBROECK, JESSE DE GROOTE, LIES SCHOONAERT, HELEN VERCRUYSSSE, MARIEKE VLAEMYNCK, JOLYCE BOURGEOIS, MÉLANIE LEFÈVRE, KOEN VAN DEN HEEDE, NADIA BENAHMED



■ VOORWOORD

De vergrijzing en toename in het aantal personen met een chronische ziekte stelt ons gezondheidszorgsysteem voor belangrijke uitdagingen. De huidige organisatie van onze zorg is immers van oudsher sterk gebaseerd op de aanpak van acute ziekten, en biedt geen pasklaar antwoord op de multidimensionele zorgnoden die vaak gepaard gaan met chronische aandoeningen. Geïntegreerde zorg wordt door velen gezien als een oplossing voor versnippering van zorgverlening en als een manier om het gezondheidszorgsysteem beter af te stemmen op de noden van mensen met chronische en complexe aandoeningen.

In 2012 publiceerde het KCE een [position paper](#) over de organisatie van zorg voor chronisch zieken in ons land, die mee aan de basis lag van de gemeenschappelijke visie op zorg die alle Belgische overheidsniveaus samen uitwerkten in het Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken. Er volgden nadien meerdere initiatieven om dit Plan te implementeren, en om geïntegreerde zorg in ons land te stimuleren, zowel op federaal niveau als op niveau van de gefedereerde entiteiten.

Waar staan we nu, 10 jaar na het verschijnen van de *position paper*? Op verzoek van de Minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke, maakt het KCE in dit rapport een stand van zaken op van de maturiteit van geïntegreerde zorg in België, en brengen we mogelijke acties voor volgende stappen in kaart. We werkten daarvoor intens samen met het IRSS van de UCL, shiftN, PAQS, Hict en Profacts, die we hartelijk danken voor hun bijdrage.

Voor het meten van de maturiteit van geïntegreerde zorg gebruikten we de Scirocco-tool, die verspreid werd bij professionals over het ganse land. We peilden ook in een bevraging naar de ervaringen van patiënten, en voerden gefocuste document- en literatuuranalyses uit. We gingen ook uitgebreid in interactie met stakeholders en met experts, om samen met hen barrières, facilitatoren en actiepunten te formuleren.

In dit complexe domein is het een illusie te denken dat alle oplossingen geformuleerd zouden kunnen worden op basis van één rapport. We schuiven wel drie prioriteiten naar voren die belangrijk zijn in toekomstige hervormingen. In al onze contacten met de stakeholders kwam ook duidelijk naar voren: de tijd is rijp voor actie! Het is duidelijk dat de weg naar meer geïntegreerde zorg een lange weg is, en het parcours zal nog lastig en hobbelig zijn. Maar het is de noodzakelijke weg naar een zorgsysteem dat beter afgestemd is op de uitdagingen van morgen.

Christophe JANSSENS
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Marijke EYSSSEN
Algemeen Directeur a.i.



■ SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	SYNTHESE	2
1.	INLEIDING	4
1.1.	WAT IS 'GEÏNTEGREERDE ZORG'?.....	4
1.2.	GEÏNTEGREERDE ZORG IN BELGIË	4
1.3.	DOELSTELLINGEN VAN DEZE STUDIE	7
2.	DOELSTELLINGEN GEÏNTEGREERDE ZORG VERMELD IN BELGISCHE BELEIDSDOCUMENTEN	10
3.	MATURITEIT VAN GEÏNTEGREERDE ZORG IN BELGIË	11
3.1.	BEOORDELING VAN DE MATURITEIT VAN GEÏNTEGREERDE ZORG DOOR PROFESSIONALS	11
3.2.	BEOORDELING VAN DE ERVARINGEN VAN PATIËNTEN	12
4.	ACTIEPUNTEN VOORGESTELD DOOR BELGISCHE PROFESSIONALS	14
4.1.	BARRIÈRES EN FACILITATOREN	14
4.2.	DRIE FUNDAMENTELE ASSEN	17
5.	OP WEG NAAR MEER GEÏNTEGREERDE ZORG!	19
5.1.	STRUCTURERING VAN HET BELEIDSKADER	19
5.2.	DEFINIËREN TERRITORIALE AANPAK.....	20
5.2.1.	De omvang van het gebied/territorium (of de gebieden/territoria) bepalen	20
5.2.2.	Integratie van professionals en versterking van de eerstelijnszorg	21
5.2.3.	Organisatie van het gegevensbeheer naar een populatiegerichte benadering	22



5.3.	HERZIENING VAN HET FINANCIERINGSMODEL	23
5.3.1.	Naar gemengde financieringsmodellen	23
5.3.2.	Een geleidelijke uitrol	24
5.3.3.	Versterking van de eerstelijnszorg	25
5.3.4.	Een initiële investering om te beginnen	25
6.	CONCLUSIE	26
■	AANBEVELINGEN	28



1. INLEIDING

1.1. Wat is 'geïntegreerde zorg'?

De vergrijzing en de toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen stelt ons gezondheidszorgsysteem voor grote uitdagingen. Het zwaartepunt van de organisatie van de zorg, die momenteel voornamelijk gericht is op acute episodes moet geleidelijk evolueren naar een systeem waar de patiënt meer in zijn globaliteit benaderd wordt. 'Geïntegreerde zorg' wordt vaak als een manier gezien om deze transitie te realiseren.

Box 1 – Definities van geïntegreerde zorg

"Geïntegreerde zorg bestaat uit het verlenen en beheren van diensten zodat mensen zorg krijgen op een continuüm dat zich uitstrekt van gezondheids promotie, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziekte-management, revalidatie en palliatieve zorg, met coördinatie tussen verschillende zorgniveaus en -settings, binnen en buiten de gezondheidssector, en op basis van hun behoeften tijdens de gehele levensloop." ^a

Geïntegreerde zorg wordt door de WHO gedefinieerd als 'een aanpak om gezondheidszorgsystemen waarin de mens centraal staat te versterken door een globale kwaliteitsvolle dienstverlening te bevorderen gedurende de gehele levensloop, tegemoet komend aan de multidimensionale behoeften van de bevolking en het individu, en verleend door een gecoördineerd multidisciplinair team van professionals die werkzaam zijn in verschillende settings en op verschillende zorgniveaus. Het moet doeltreffend worden beheerd om optimale resultaten en een verantwoord gebruik van middelen te waarborgen op basis van de beste beschikbare gegevens, met feedbackmomenten, om de prestaties voortdurend te

^a Contandriopoulos A, Denis J, Touati N, Rodriguez C. The integration of health care: dimensions and implementation. Montréal: Université de Montréal; 2003 Working Paper N04-01

verbeteren en de oorzaken van slechte gezondheid in de beginfase aan te pakken en het welzijn te bevorderen door intersectorale en multisectorale acties.'^b

Het begrip geïntegreerde zorg is evolutief en veelzijdig, waardoor er vele min of meer gelijkaardige termen gebruikt worden, die afhankelijk van welke klemtoon men wil benadrukken in meer of mindere mate focussen op één van de volgende elementen: coördinatie van zorg, samenwerking, transmurale zorg, continuïteit van de zorg, patiëntgerichte zorg, enz. De veelheid aan termen, de reikwijdte van het concept en de daarmee gepaard gaande 'onduidelijkheid' zijn ook hinderpalen voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek over dit onderwerp en voor het formuleren van concrete aanbevelingen.

1.2. Geïntegreerde zorg in België

Sedert 2008, het jaar waarin het Nationaal plan chronische ziekten werd gelanceerd, is geïntegreerde zorg opgenomen in de belangrijkste Belgische beleidsactieplannen binnen de gezondheidszorg. Aanvankelijk waren het vooral initiatieven gericht op patiënten met één chronische ziekte (zorgtrajecten voor diabetes en chronisch nierfalen), mentale problemen (projecten artikel 107 cf. [Rapport KCE 318](#)) of ouderen met chronische en complexe behoeften (projecten Protocol 3 cf. [Rapport KCE 299](#)). Al deze initiatieven hadden/hebben doelstellingen die in de lijn liggen van het concept van geïntegreerde zorg: bevordering van multidisciplinaire samenwerking, beter laten aansluiten van de ziekenhuissector op ambulante zorg en/of residentiele zorg, en het aanbieden van zorg die meer afgestemd is op de behoeften van de patiënt. Het concept van de organisatie van zorg in een geografisch afgebakend gebied, bestond reeds bij de start van de zorgtrajecten voor diabetes en nierfalen, en is een duidelijk geformuleerde voorwaarde geworden bij de start van de

^b WHO Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview. 2016. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf



hervorming van de geestelijke gezondheidszorg en bij de start van andere initiatieven rond zorgorganisatie.

Figuur 1 geeft een overzicht van de belangrijkste stappen in de ontwikkeling van geïntegreerde zorg op Belgisch federaal niveau. De initiatieven die op het niveau van de gefedereerde entiteiten zijn genomen, worden in hoofdstuk 2 van het [wetenschappelijk rapport](#) in detail besproken.

Figuur 1 – Tijdslijn: de ontwikkeling van geïntegreerde zorg op federaal niveau in België





In 2010, in het kielzog van het Belgische EU-voorzitterschap en de conferentie "Innovative Approaches for Chronic Illnesses in Public Health and Healthcare Systems", werd aan het KCE gevraagd een 'position paper' uit te werken over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken. Deze werd in 2012 gepubliceerd en bevatte 20 aanbevelingen en 50 actiepunten. Mede op basis van deze position paper hebben alle beleidsniveaus samen een gemeenschappelijke visie op zorg voor chronisch zieken uitgewerkt wat in 2015 resulteerde in een Gemeenschappelijk plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' gericht op mensen met chronische ziekten.

Ten gevolge van dit Gemeenschappelijk plan werden in 2018 twaalf pilootprojecten rond geïntegreerde zorg (zes in Vlaanderen, vijf in Wallonië en één in Brussel) opgestart voor een periode van 4 jaar. Deze pilootprojecten hebben tot doel om initiatieven, die een versterking van geïntegreerde zorg in een afgebakend geografisch gebied beoogen, te ontwikkelen en uit te testen. De tussentijdse evaluatie van deze projecten na de eerste twee jaar, uitgevoerd door het FAITH^c consortium, leidde tot veelbelovende resultaten. Daarnaast wordt de implementatie jaarlijks geëvalueerd door de administraties (interadministratieve cel^d). De pilootprojecten geïntegreerde zorg en de Protocol 3 projecten zijn in een transitiefase in afwachting van verdere beleidsbeslissingen (interfederaal plan).

In 2014-2015 werden door de zesde staatshervorming een aantal bevoegdheden op het gebied van de gezondheidszorg aan de gefedereerde entiteiten overgedragen. In die tijd werden door de verschillende overheidsniveaus talrijke initiatieven op het gebied van geïntegreerde zorg genomen, soms zonder overleg, hetgeen tot enige verwarring op het terrein kan hebben geleid.

Sedertdien zijn er ook andere belangrijke sectorale hervormingen gelanceerd: de hervorming van het ziekenhuislandschap in 2015 en, in Vlaanderen, de hervorming van de eerstelijnszorg in 2017. De eerste hervorming beoogt de onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen te versterken door het zorgaanbod op het niveau van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk te organiseren, en een transparanter financieringssysteem te ontwikkelen. Momenteel, in 2022, zijn er 23 locoregionale ziekenhuisnetwerken opgericht en erkend. De tweede hervorming, enkel in Vlaanderen, betreft de ontwikkeling van eerstelijnszones voor een bevolking van ongeveer 75 000 tot 125 000 inwoners met o.a. als doel de organisatie van de eerstelijnszorg te versterken en te vereenvoudigen. Sinds 2020 zijn er in Vlaanderen 60 eerstelijnszones met elk een zorggraad, waarin zorgverleners, actoren uit de sociale sector, lokale besturen en patiënten en mantelzorgers vertegenwoordigd zijn. Meer recent heeft de Waalse regering samen met vertegenwoordigers van patiënten en professionals uit de gezondheidszorg en sociale sector een aanpak gelanceerd ("Assises de la première ligne" of Proxisanté) om de organisatie van het aanbod van de eerstelijnszorg te herzien en zo een continuüm van zorg te verzekeren op basis van de noden, in een territoriaal samenhangend gebied. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest evolueert ook naar een meer territoriale aanpak met zones. In de Duitstalige gemeenschap (Ostbelgië), werden er consultaties met lokale stakeholders gehouden, met het oog op het stimuleren van een beleid richting meer geïntegreerde zorg op basis van een data-gedreven aanpak.

Gaandeweg worden ook de rollen van zorgactoren met betrekking tot geïntegreerde zorg duidelijker omschreven, zoals de huisapotheker in 2017 of de New Deal voor de huisartsenpraktijk in 2022 (zie hieronder).

^c Consortium bestaande uit wetenschappers van de 7 Belgische universiteiten: Lambert A, Declercq A, Flusin D, Bastiaens D, de Almeida Mello J, Lopez Hartmann M, et al. Protocol 3: Rapport de synthèse intégré. UCL/KUL/U-Antwerpen; 2017. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollection/Documents/rapport_scientifique_protocole_3_05.pdf. / Lambert A, Declercq A, Flusin D, Bastiaens D, de Almeida Mello J, Lopez Hartmann M, et al. Protocol 3: Geïntegreerd samenvattend verslag. UCL/KUL/U-Antwerpen;

2017.

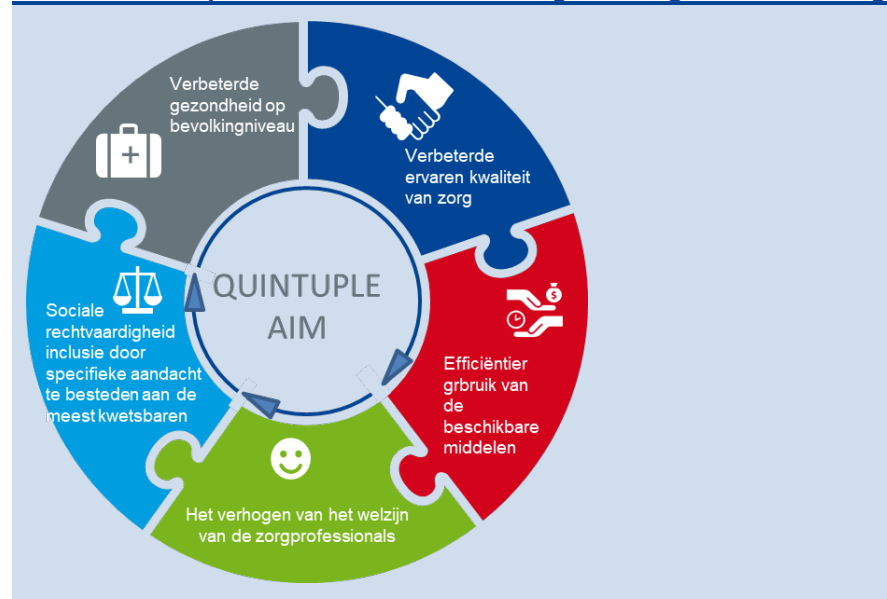
Available from: https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/Geintegreerd_P3_NL_2017.08.07.pdf.

^d Interadministratieve cel "chronische ziekten" brengt vertegenwoordigers van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (INAMI/RIZIV) samen



De visie op geïntegreerde zorg in ons land is met de tijd geëvolueerd van een benadering gericht op specifieke doelgroepen naar een benadering gericht op de "gezondheid van een populatie" (*population health system*). Daarbij ligt nu ook meer nadruk op preventie, determinanten van gezondheid en billijkheid van het systeem dan voorheen. Daarom werd in 2021 'Quintuple Aim' expliciet vermeld in het beleid omtrent geïntegreerde zorg (zie Box 2).

Box 2 – 'Quintuple Aim' voor de verbetering van de gezondheidszorg



In 2007 formuleerde het Amerikaanse *Institute of Health Improvement* (www.ihl.org) het concept van de 'Triple Aim of Health Care' dat via een drievoudige doelstelling beoogt de gezondheidszorg te verbeteren. Deze Triple Aim doelstellingen werden vertaald naar de Belgische context in het Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken: een betere zorgervaring van de patiënt, verbeteren van gezondheidstoestand op bevolkingsniveau en meer waarde met dezelfde middelen (efficiëntie). Dit kader is gewijzigd door de toevoeging van de begrippen 'billijkheid' en 'welzijn van professionals' (zie figuur). In de internationale literatuur wordt vaak naar de *Quintuple Aim* verwezen bij de ontwikkeling van nieuw beleid voor de organisatie van de zorg.

1.3. Doelstellingen van deze studie

Deze studie, uitgevoerd in opdracht van de federale minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, heeft tot doel de maturiteit van geïntegreerde zorg in België te evalueren, zoals gepercipieerd door de verschillende stakeholders (professionals uit zorg en sociale sector/managers van zorginstellingen/beleidsmakers), alsook de ervaring van patiënten. Daarnaast heeft de studie ook tot doel om actiepunten te identificeren die moeten worden geïmplementeerd om geïntegreerde zorg verder te ontwikkelen. De studie richt zich vooral op wat er op beleidsniveau kan gedaan worden om geïntegreerde zorg in België te verbeteren.

De onderzoeksvragen en de verschillende methoden/fasen van de studie zijn samengevat in Tabel 1. Alle methoden worden uitvoerig beschreven in de desbetreffende hoofdstukken van het [wetenschappelijk rapport](#).

**Tabel 1 – Samenvatting van de onderzoeksvragen en de gebruikte onderzoeksmethoden**

Onderzoeksvraag	Belangrijkste gebruikte methoden	Hoofdstuk van het wetenschappelijk rapport
1. Welke doelstellingen inzake geïntegreerde zorg worden in Belgische beleidsdocumenten vermeld?	Kwalitatieve analyse van beleidsdocumenten gepubliceerd tussen 2012 en september 2021	2
2. a. Wat is de perceptie van professionals over de huidige staat/maturiteit van geïntegreerde zorg in België? b. Wat is de ervaring van de patiënten met de zorg?	<u>Professionals</u> : online enquête over de maturiteit van het systeem (12 dimensies van het SCIROCCO-instrument) en over de verwezenlijking van beleidsdoelstellingen <u>Patiënten</u> : online-enquête over de ervaring met zorg (PACIC-instrument)	3
3. Welke acties worden voorgesteld om geïntegreerde zorg te ontwikkelen en te implementeren op basis van de barrières en facilitatoren waarmee de Belgische professionals geconfronteerd worden?	Gestructureerde discussiegroepen (6 in Vlaanderen, 6 in Wallonië en 4 in Brussel) met professionals	4
4. Wat is volgens professionals de belangrijkste barrière voor de invoering van geïntegreerde zorg? Hoe wordt deze barrière internationaal aangepakt?	Beknopt literatuuroverzicht over de, volgens de geconsulteerde professionals, belangrijkste hinderpaal (resultaten van de online-enquête bij professionals - zie onderzoeksvraag 2)	5
5. Wat moet er volgens de Belgische experts prioritair gebeuren om de ontwikkeling en implementatie van geïntegreerde zorg in België te verbeteren?	Gestructureerde discussiegroepen met Belgische experts	6



Vertrekkend van een brede definitie van geïntegreerde zorg wilden we een zo groot mogelijke waaier van professionals raadplegen: professionals uit de zorgsector, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie, sociale sector; informele zorg, onderzoekers, coördinatoren van pilootprojecten geïntegreerde zorg, patiëntenorganisaties etc. Ondanks de inspanning om een grote verscheidenheid aan beroepsprofielen/sectoren te consulteren is de steekproef niet noodzakelijk representatief voor alle betrokken sectoren. Het is niet uitgesloten dat sommige meningen niet werden geuit of onvoldoende vertegenwoordigd zijn.

De grootste groep beroepsbeoefenaars werd bereikt tijdens de bevraging van de maturiteit (onderzoeksvraag 2a), wat een gelegenheidssteekproef was. Voor de daaropvolgende focusgroepen (onderzoeksvraag 3) werden de deelnemers gerekruteerd uit de steekproef van de maturiteitsbeoordeling. Voor de raadpleging van experts (onderzoeksvraag 5) werden de participanten uitgenodigd op basis van hun kennis over de organisatorische aspecten van zorg en geïntegreerde zorg in het bijzonder en omwille van hun helikopterperspectief op het gezondheidszorgsysteem zonder dat ze specifieke belangen of belangengroepen verdedigen.

De steekproef van bevroegde patiënten (vraag 2b) bestond uit personen die zelf aangaven een chronische aandoening te hebben en die in de afgelopen 12 maanden contact hadden gehad met ten minste 2 professionals. De uitnodiging tot deelname aan de online enquête werd zo ruim mogelijk verspreid via patiëntenverenigingen en ziekenfondsen.

Voor het meten van de maturiteit van geïntegreerde zorg is gekozen voor het internationaal gangbare en gevalideerde SCIROCCO-meetinstrument. Dit instrument omvat 12 dimensies, die zijn weergegeven in figuur 2.

Figuur 2 – De 12 dimensies van het SCIROCCO-instrument



Bron: <https://www.sciroccoexchange.com/uploads/SCIROCCO-Exchange-Translated-Maturity-Model-Dutch-V0.3.pdf>



2. DOELSTELLINGEN GEÏNTEGREERDE ZORG VERMELD IN BELGISCHE BELEIDSDOCUMENTEN

Het eerste deel van de studie bestond uit een analyse van beleidsdocumenten gepubliceerd tussen 2012 en september 2021, met het oog op de identificatie van **doelstellingen** in verband met geïntegreerde zorg. Zowel documenten gepubliceerd door de federale als door de gefedereerde entiteiten werden weerhouden. De stakeholders werden vervolgens uitgenodigd om via een online enquête hun mening te geven over de verwezenlijking van deze doelstellingen (zie hoofdstuk 3).

In ons onderzoek werden er 120 beleidsdocumenten geïdentificeerd, waarvan er 45 als sleuteldocumenten werden geselecteerd voor verdere analyse^e. In deze 45 documenten worden beleidsdoelstellingen vermeld die betrekking hebben op de 12 dimensies van het SCIROCCO-instrument die nodig zijn voor de transitie naar geïntegreerde zorg. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de politieke wil om naar geïntegreerde zorg toe te werken op de verschillende overheidsniveaus aanwezig is.

De zesde staats hervorming in 2014 heeft geleid tot een nieuwe bevoegdheidsverdeling, waarbij de verantwoordelijkheid voor bepaalde sectoren bij verscheidene beleidsniveaus ligt. Bijgevolg is de nood tot samenwerking en het uitwerken van gezamenlijke plannen met afspraken omtrent gemeenschappelijke doelstellingen toegenomen (bijv. het reeds vermeldde Gemeenschappelijk plan geïntegreerde zorg (2015), het plan voor de hervorming van ziekenhuizen (2015), de Roadmap voor e-health (2019)). Deze gezamenlijke plannen, vaak geïnitieerd door het federale niveau, dan wel in overleg/samenwerking met de gefedereerde entiteiten, hebben een belangrijke invloed gehad op andere beleidsontwikkelingen.

In het algemeen blijkt uit deze documenten dat, ondanks de verdeeldheid van de bevoegdheden, er een zekere **samenhang is in het beleid van het federale niveau en dat van de gefedereerde entiteiten**. Er is eensgezindheid over de **behoefte aan geïntegreerde zorg**, die wordt gezien als de te volgen weg om met de maatschappelijke uitdagingen zoals de vergrijzing en toename van personen met chronische aandoeningen om te gaan. Ook is er eensgezindheid over verschillende doelstellingen zoals het bevorderen van de continuïteit van de zorg, de samenwerking tussen de gezondheids- en de sociale sector te vergroten en de eerstelijnszorg te versterken.

Er zijn echter ook verschillen tussen de gefedereerde entiteiten in de uitvoering van het beleid, d.w.z. in de manier waarop deze gemeenschappelijke doelstellingen worden nagestreefd (bijv. door gebieden af te bakenen om netwerken op te zetten, of door de governancestructuur te vereenvoudigen). Het expliciete gebruik van het concept van geïntegreerde zorg, geassocieerd met de '*Quintuple Aim*', is meer aanwezig in federale en Vlaamse beleidsdocumenten. Toch werden er geïntegreerde zorg doelstellingen in alle gefedereerde entiteiten geïdentificeerd.

^e De 45 documenten worden gedetailleerd beschreven in hoofdstuk 2 van het [wetenschappelijk rapport](#), samen met de lijst van geïdentificeerde doelstellingen.



3. MATURITEIT VAN GEÏNTEGREERDE ZORG IN BELGIË

3.1. Beoordeling van de maturiteit van geïntegreerde zorg door professionals

De mate van maturiteit van geïntegreerde zorg zoals deze gepercipieerd wordt door professionals uit de gezondheidszorg en, in mindere mate uit de sociale sector, werd uitgevoerd met behulp van het SCIROCCO-instrument via een online-enquête. De steekproef bestond uit 865 professionals, van wie het merendeel (70%) werkte als zorgverlener met direct patiëntencontact (daarnaast werden ook andere profielen bevroegd: beleidsmakers, onderzoekers, directiefuncties, etc.). Meer dan 70% had meer dan 10 jaar beroepservaring. Er was een goede spreiding van de respondenten over Vlaanderen, Wallonië en Brussel.

Figuur 3 – Beoordeling van de maturiteit van geïntegreerde zorg in België volgens de 12 dimensies van het SCIROCCO-instrument



De blauwe lijn toont de mediane score per dimensie, geplaatst op een schaal van 0 tot 5, waarbij een hogere score, een grotere maturiteit en voorbereiding van verandering betekent. De grootte van de oranje stippen is proportioneel aan het aantal antwoorden.



Samengevat zijn de bevroegde professionals van mening dat geïntegreerde zorg in België nog in de kinderschoenen staat, met over het algemeen een lage mate van maturiteit:

- Van de 12 dimensies van het SCIROCCO-instrument worden er drie als iets meer matuur beschouwd (mediaanscore 2 op een schaal van 0 tot 5). Dit zijn de dimensies *'Populatiebenadering van de gezondheid'*, *'Coördinatie van processen'* en *'Evaluatiemethoden'*. Voor alle andere dimensies was de mediane score 1 (zie Figuur 3).
- Er zijn weinig regionale verschillen, en overal werden dezelfde lage scores vastgesteld. Vlaamse respondenten beoordeelden de dimensies *'Bereidheid tot verandering'*, *'Structuur en governance'* en *'Capaciteitsopbouw'* als iets meer matuur dan respondenten uit Wallonië en Brussel, en respondenten uit Wallonië op hun beurt beoordeelden de dimensie *'Digitale infrastructuur'* iets beter.
- De bevroegde professionals gaven ook een lage score voor de verwezenlijking van beleidsdoelstellingen (gebaseerd op document-analyse: zie hoofdstuk 2 van deze synthese). De doelstellingen waarvoor meer dan 30% van de respondenten aangaf dat 'niets ondernomen was' zijn: *'Zorgen voor de noodzakelijke aanwerving van professionals'*, *'Versterking van zelfbeheer of empowerment van het individu door middel van nieuwe financieringsmodellen'*, *'Vereenvoudigen, integreren en doeltreffender maken van organisaties en structuren'* en *'Ontwikkelen van synergiën tussen het federale en het regionale niveau'*.

Stakeholders identificeerden de huidige **financieringsmechanismen van het zorgsysteem** als de belangrijkste barrière voor de verdere ontwikkeling van geïntegreerde zorg in België. Dit werd dan ook als onderwerp geselecteerd voor de literatuurstudie die wordt beschreven in hoofdstuk 5 van het [wetenschappelijk rapport](#) (zie onderzoeksvraag 4).

Ondanks een (internationale) validatie van het SCIROCCO-instrument bleken sommige dimensies of vragen van het instrument niet voldoende duidelijk voor een aanzienlijk aantal respondenten. Een andere beperking is dat de steekproef, ook al hebben we meer dan 800 professionals geïnccludeerd, mogelijks niet representatief was. Deze beperkingen wijzen erop dat enige voorzichtigheid nodig is bij de interpretatie van de resultaten. De details van deze online-enquête en de gedetailleerde analyse van de resultaten en hun beperkingen kunnen worden geraadpleegd in hoofdstuk 3 van het [wetenschappelijk rapport](#).

3.2. Beoordeling van de ervaringen van patiënten

Initiatieven om de integratie van de zorg te verbeteren situeren zich meestal op professioneel en organisatorisch niveau. Maar zoals vermeld in de *Quintuple Aim*, is het ook belangrijk om het effect op de verbetering van de patiëntervaring te meten.

De ervaring van patiënten met geïntegreerde zorg (PREM)^f werd beoordeeld met behulp van het PACIC-instrument (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*). Dit instrument werd ontwikkeld om na te gaan in welke mate patiënten met chronische aandoeningen zorg ontvangen die in overeenstemming is met het *Chronic Care Model*. De vragenlijst bestaat uit 20 vragen die 5 dimensies van dit model beschrijven: (1) empowerment van de patiënt, (2) de zorg- en praktijkomgeving en, (3) vaststelling van doelstellingen en zorg op maat, (4) probleemgerichte zorg die rekening houdt met de context, (5) follow-up. De gegevens werden verzameld via een

^f Een PREM (*Patient Reported Experience Measure* of meting van door patiënten gerapporteerde ervaringen) is een vragenlijst voor patiënten over hun ervaring met de zorg (bijv. wachttijd voor de eerste afspraak, relatie met de arts en andere zorgverleners, enz.)



online-enquête. De steekproef bestond uit 1 298 patiënten die zelf aangaven een chronische aandoening te hebben en in het afgelopen jaar contact te hebben gehad met minstens twee professionals. De resultaten tonen het volgende aan:

- Meer dan 60% van de respondenten verklaarde 'meestal' of 'altijd' tevreden te zijn met de organisatie van de zorg.
- Van de 20 vragen waren er 16 waarop men hoofdzakelijk met 'nooit', 'bijna nooit' of 'soms' antwoordde. Dit is het geval voor items die betrekking hebben op communicatie met patiënten en hun follow-up binnen het zorgsysteem. Zo werd meer dan de helft van de respondenten (meestal) niet gevraagd naar hun gezondheidsdoelstellingen. Bovendien, werd bijna de helft van de deelnemers (meestal) niet gevraagd naar hun ideeën en verwachtingen bij het opstellen van hun zorgplan, kregen zij (meestal) geen informatie over behandelopties, of werd hen dikwijls niet gevraagd naar bijwerkingen of incidenten in verband met hun medicatie. Meer dan de helft van de respondenten werd na een bezoek aan de arts niet benaderd om te vragen hoe het met hen ging en de meerderheid zei dat zij 'nooit' of slechts 'soms' naar andere zorgverleners, of hulpverleners uit de sociale sector werden doorverwezen.
- Anderzijds ging de meerderheid van de ondervraagde patiënten ervan uit dat de zorgprofessionals rekening hielden met hun voorkeuren wanneer hen een behandeling werd voorgesteld.
- De associatie tussen de PACIC-score en bepaalde karakteristieken werd onderzocht voor een beperkt aantal factoren (leeftijd, geslacht, taal, gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, enz.). Andere relevante kenmerken van de respondenten die niet in de vragenlijst zijn vastgelegd, kunnen mogelijk de PACIC-score beïnvloeden.

Ondanks een goede algemene patiënttevredenheid, kunnen we concluderen dat de respondenten weinig zorg hebben ervaren die in overeenstemming is met het *Chronic care model*. Het is echter niet mogelijk om op basis van het PACIC-instrument een adequate evaluatie over geïntegreerde zorg te maken. Het instrument bevat geen specifieke vragen over de samenwerking en coördinatie tussen professionals of sectoren, noch over de relatie tussen gezondheidszorg en sociale zorg, enz. De evaluatie van patiëntervaringen in verband met geïntegreerde zorg is een onderzoeksdomein op zich. Binnen dit domein zijn er tal van initiatieven waaronder de ontwikkeling van veelbelovende instrumenten zoals de Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) van het OESO en het instrument voor het meten van de ervaring van patiënten in eerstelijnszorg, ontwikkeld door het Vlaams Patiëntenplatform (VPP).

De details van deze enquête en de gedetailleerde analyse van de resultaten zijn te vinden in hoofdstuk 3 van het [wetenschappelijk rapport](#).



4. ACTIEPUNTEN VOORGESTELD DOOR BELGISCHE PROFESSIONALS

Voor dit deel van de studie werden 16 discussiegroepen met in totaal 140 professionals uit de gezondheids- en sociale zorg georganiseerd. Aan de hand van geïdentificeerde barrières en facilitatoren werden actiepunten voor de implementatie van geïntegreerde zorg geformuleerd. De methodologie van deze consultatie, de samenstelling van de discussiegroepen en de gedetailleerde analyse van de resultaten kunnen worden geraadpleegd in hoofdstuk 4 van het [wetenschappelijk rapport](#).

De participatiegraad aan de discussiegroepen was hoog en er heerste een zeer positieve dynamiek, met een gezamenlijke wil om zich in te zetten voor de transitie naar een geïntegreerd gezondheidszorgsysteem. Dit is dus een reële kans die moet worden benut.

4.1. Barrières en facilitatoren

De thema's in de discussiegroepen waren gestructureerd rond de 12 dimensies van het SCIROCCO-instrument⁹. Facilitatoren waren onder meer: de ontwikkeling van een langetermijnvisie voor geïntegreerde zorg, de ondersteuning van fysieke en virtuele netwerken tussen zorgverleners, de ontwikkeling van eHealth en gegevensverzameling, en het betrekken van zorgverleners en patiënten bij de implementatie van geïntegreerde zorg. De belangrijkste barrières waren: gebrek aan een gecördineerde visie op geïntegreerde zorg tussen federale en gefedereerde entiteiten, gebrek aan gegevens om geïntegreerde zorg te ondersteunen, gebrek aan een regulerend wetgevend kader voor governance, tekortkomingen in het financieringssysteem van professionals om multidisciplinaire zorg mogelijk

te maken, gebrek aan gekwalificeerd personeel voor de implementatie van geïntegreerde zorg, en weerstand tegen verandering. In Tabel 2 worden, ter illustratie en niet exhaustief, enkele facilitatoren en barrières opgelijst (zie sectie 4.3.2. van het [wetenschappelijk rapport](#)).

⁹ Deze categorisering hangt af van de interpretatie van de respondenten en is dus enigszins arbitrair. Zo kan een belemmering worden gezien als een facilitator en vice versa, afhankelijk van hoe het wordt uitgedrukt. Bovendien sluiten de categorieën elkaar niet uit: een facilitator of belemmering kan tot verschillende Scirocco dimensies behoren.


Tabel 2 – Voorbeelden van facilitatoren en belemmeringen gecategoriseerd volgens de dimensies van het SCIROCCO-instrument

Dimensies	Facilitatoren	Barrières
Reikwijdte van de ambitie	<i>Bottom up</i> -benadering, in kaart brengen van verschillende samenwerkingsinitiatieven, zorg in de nabijheid van de patiënt, financiering van zorgcoördinatie op het niveau van de patiënt, openheid bij de nieuwe generatie zorgverleners voor samenwerking en nieuwe zorg vormen...	Personeelstekort, gebrek aan samenwerking en kennis van elkaar, te aanbodgestuurde zorg, ontoereikende financiering, huidige nomenclatuurcodes die innovatieve acties bemoeilijken, verbinding tussen eerstelijnszorgverleners ontbreekt, gebrek aan transmurale zorgpaden tussen eerste- en tweedelijnszorg...
Populatiebenadering	De wil bij de beleidsmakers van zowel de federale als de gefedereerde entiteiten, ervaringen met COVID-19-vaccinatie organisatie, recente initiatieven om dashboards te ontwikkelen, nieuwe functie van 'populatiebeheerder' (persoon die de gegevensverzameling en -analyse opvolgt), leernetwerk, outreach-teams die gezondheids- en welzijnsfactoren samenbrengen, beschikbare gegevensbanken...	Gebrek aan recente gegevens, weinig gegevens op het zeer lokale niveau, gebrek aan kennis van het begrip 'populatiebenadering', geen identificatie van de risicopopulatie, geen specifiek opgeleid personeel, gebrek aan financiering, Algemene verordening gegevensbescherming (GDPR), onduidelijke verantwoordelijkheden, te rigide procedures voor toestemming van de patiënt...
Empowerment van de burgers	Patiëntparticipatie in basis- en voortgezette opleiding, transparante communicatie met de patiënt, casemanagers, betrokkenheid van patiëntenorganisaties bij besluitvormingsprocessen, toegang van de patiënt tot zijn medisch dossier, bevordering van doelgerichte zorg bij alle beroepsbeoefenaren, e-Health-opleiding om de digitale gezondheidsvaardigheden te verbeteren...	Lage gezondheidsgeletterdheid bij de bevolking, behoefte aan mentaliteits-/cultuuromslag bij zorgverleners en patiënten, digitale kloof, zorglandschap dat onduidelijk is voor patiënten, gebrek aan passende communicatie, gebrek aan tijd bij zorgverleners, grotere moeilijkheden voor de meest kwetsbaren, gebrek aan stimulansen voor zorgverleners om autonomie te bevorderen, top-downcultuur ...
Structuur en governance	<i>Bottom up</i> -initiatieven, bereidheid van stakeholders om deel te nemen aan de reflectie, plan voor veranderingsmanagement, toezicht op financiering en resultaten, geografische harmonisatie van geografische gebieden, betrokkenheid van ervaringsdeskundigen, proefprojecten om nieuwe bestuursstructuren te testen...	Verdeling van bevoegdheden tussen federale en gefedereerde entiteiten, constitutionele complexiteit van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, angst/weerstand van organisaties ten opzichte van verandering, onduidelijke visie op beleid, angst om financiering te verliezen,...
Digitale infrastructuur	Mogelijkheid tot het delen van gegevens aangetoond door vele projecten, bereidheid van het veld om gegevens te delen, online multidisciplinair overleg, routekaart voor e-gezondheid, sinds COVID-19 een snellere online-samenwerking...	Veel incompatibele systemen voor de registratie van zorggegevens, niet één digitaal dossier, gebrek aan normen, versnippering van bevoegdheden, GDPR, conservatisme en corporatisme van de sector, gebrek aan toegang tot hulpmiddelen, geen systeem dat geschikt is voor geïntegreerde zorg, geringe digitale geletterdheid...
Coördinatie	Intervisie- en opleidingsmomenten, richtlijnen die ruimte laten voor aanpassing aan de context, ontwikkeling van synergiën tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis, co-creatie van het proces met de stakeholders, vergoeding voor coördinatietijd, versterking van multidisciplinair werk, werkgroep multidisciplinaire samenwerking in eerstelijnszorg...	Tegenstrijdige belangen van zorgverleners, onvoldoende kennis van het concept geïntegreerde zorg in het veld, gebrek aan een inter-operabel systeem voor informatie-uitwisseling, nog onduidelijke definities, gebrek aan samenhang tussen projecten op Federaal niveau en deze op niveau van de gefedereerde entiteiten, taakgerichte in plaats van doelgerichte



Dimensies	Facilitatoren	Barrières
		zorg, te veel ongecoördineerde initiatieven, onvoldoende tijd voor overleg en zorgcoördinatie...
Financiering	Meerjarenbegroting RIZIV: langetermijnvisie en focus op geïntegreerde zorg en GGZ, co-creatie indicatoren voor de opvolging, verlenging termijn subsidieaanvragen voor de geïntegreerde zorg, belonen van kwaliteit, financiering geïntegreerde zorgprojecten, zorgtrajecten, populatiegebonden financiering, <i>bundled payment</i> ...	Gebrek aan langetermijnvisie, gebrek aan afstemming tussen beleidsniveaus, beperkte budgetten, opgestarte hervorming van de nomenclatuur, moeilijkheid om verschillende financieringsmethoden te testen, bureaucratisch proces om middelen vrij te maken, financiering en organisatie van zorgverleners op verschillende beleidsniveaus, niet-structurele financiering, onevenwicht tussen ziekenhuis en eerstelijnszorg, beperkte ondersteuning voor eerstelijnszones...
Bereidheid tot verandering	Nieuw interfederaal plan voor geïntegreerde zorg, uitwisseling van veelbelovende praktijken, luisteren naar en inspelen op de angsten van de professionals, politieke wil, bewustmaking, investering in opleiding en onderwijs...	Noodzaak tot bewustmaking, beperkte bereidheid tot verandering, onvoldoende communicatie over de voordelen voor patiënten en professionals, angst voor het onbekende, hiërarchisch systeem, invloed van lobbygroepen op de beleidsvoering, veel tijd die nodig is voor verandering, noodzaak om te investeren zonder in het begin te besparen...
Onderdrukking van de barrières	Collegiale ondersteuning, elektronische patiëntendossiers, netwerkonsteuning, coaching, veranderingsbegeleiders, investering in duidelijke communicatie, verspreiding van informatie via nieuwsbrieven, uitwisseling van goede praktijken, benchmarking als stimulans om van elkaar te leren, aanwezigheid van een verantwoordelijke voor geïntegreerde zorg binnen het ziekenhuis, doorbreken van barrières tussen disciplines...	Interdisciplinaire samenwerking wordt onmogelijk gemaakt door tal van wettelijke belemmeringen waardoor men gedwongen wordt in een juridisch grijs gebied te opereren, staatshervorming, de noodzaak van een meso/macro- en een totaalaanpak van het systeem die nauwelijks wordt onderwezen in de opleiding van zorgverleners, onvoldoende budget waardoor te jonge of ongeschoolde mensen in dienst genomen moeten worden...
Evaluatiemethoden	Evaluatie op projectniveau, organisatie van patiëntenenquête, werken aan specifiek omschreven gezondheidsdoelstellingen, betrokkenheid van patiënten bij alle fasen van de evaluatie, het evalueren van het proces naast de resultaten,...	Vaak complexe en gefragmenteerde evaluatiemethoden, weinig of geen communicatie tussen de verschillende actoren, veel acties die niet geëvalueerd kunnen worden, te weinig aandacht voor evaluatie bij de aanvang van projecten, traag rendement van investeringen, tijdgebrek, angst voor oordeel van peers...
Innovatiebeheer	<i>Health in all policies</i> , succesverhalen uit het buitenland die als model gebruikt worden, sinds COVID een toenemend gebruik van digitale hulpmiddelen, intervisie tussen proefprojecten, delen van kennis en goede praktijken...	Te veel kleine projecten in plaats van een visie en een plan voor de toekomst, geen ruimte om te experimenteren in de wetgeving, juridische barrières tussen de verschillende zorgberoepen, gebrek aan dashboards voor een goede zelfevaluatie, concurrentie tussen netwerken...
Capaciteitsopbouw	Aanbod van interdisciplinaire opleiding, de aanwezige motivatie bij bepaalde professionals, co-creatie van zorgpaden, permanente vorming, ...	Gebrek aan deskundigheid op het gebied van multiculturaliteit en mentale gezondheid, opleiding onvoldoende afgestemd op de praktijk, te weinig nadruk op transmurale zorg in de opleiding, risico van het creëren van te veel nieuwe functies, gebrek aan sector-overschrijdende visie...



Op basis van de identificatie van barrières en facilitatoren werden **555 mogelijke actiepunten** voorgesteld, die vervolgens in 11 clusters werden gegroepeerd:

- Het activeren van de patiënt als drijvende kracht achter geïntegreerde zorg
- De competenties en skills in geïntegreerde zorg versterken bij de professionals
- Definiëren en consolideren van governance, taken en verantwoordelijkheden
- Een op de populatie gebaseerde aanpak ontwikkelen
- Een visie op ICT ontwikkelen en een platform voor verandering bouwen
- Faciliteren van interprofessionele en intersectorale samenwerking op micro/meso-niveau
- Verbeteren van de toegang tot en verspreiding van gegevens; structureren van de communicatie
- Verbeteren en stroomlijnen van de besluitvorming op macroniveau
- Bevorderen van een cultuur van evaluatie en kwaliteitsgerichtheid
- Herstructureren van de financiering van geïntegreerde zorg
- Versterken van het leer- en innovatieplatform

4.2. Drie fundamentele assen

De geïdentificeerde actiemogelijkheden zijn verdienen in die zin dat zij de verschillende aspecten van een geïntegreerd zorgsysteem in zijn globaliteit aanpakken. Maar deze zijn echter onvoldoende precies of concreet beschreven om te kunnen worden uitgevoerd. Dit is niet verwonderlijk, aangezien de invoering van geïntegreerde zorg een systemische verandering vergt, waarvan de organisatorische, juridische en financiële kaders zich nog in de opstartfase bevinden. Het is dan ook een brug te ver om te proberen al deze acties tegelijk uit te voeren. Er zal dus een gefaseerd transitietraject moeten worden uitgetekend.

Om de te ondernemen acties en de te stellen prioriteiten te verduidelijken, werd onze aanpak aangevuld met een consultatie van experts. We selecteerden mensen die al enige expertise hadden in geïntegreerde zorg (bijv. coördinatoren van pilootprojecten geïntegreerde zorg) of in één van de specifieke onderwerpen (bijv. financiering, populatiebenadering, enz.). Deze deelnemers werden geselecteerd op basis van hun expertise, niet op basis van de sector die zij vertegenwoordigen. Er werd op toegezien dat zowel personen van het federale niveau als van Brussel, Vlaanderen en Wallonië deelnamen. In totaal hebben 82 experts aan de raadpleging deelgenomen. De precieze methodologie (World Cafés) wordt in hoofdstuk 6 van het [wetenschappelijk rapport](#) in detail beschreven.

Deze consultatie resulteerde in de vaststelling van **drie fundamentele assen**:

1. Een eerste as omvat het vaststellen van **een duidelijk kader op macroniveau**: alle beleidsniveaus moeten de reikwijdte van de ambitie van geïntegreerde zorg definiëren, d.w.z. overeenstemming bereiken over wat zij zullen veranderen/implementeren (wie verantwoordelijk is, wat de doelstellingen zijn, enz.) en wat de prioriteiten zijn. Tegelijkertijd moeten diezelfde autoriteiten de voorwaarden scheppen om de verschillende partners in staat te stellen vooruitgang te boeken bij deze transitie (bijv. een duidelijk kader met voldoende vrijheid om zich aan te passen aan specifieke situaties en behoeften op het terrein). Een



interfederaal^h samenwerkingsakkoord zou coördinatie tussen de verschillende entiteiten mogelijk moeten maken door middel van een juridisch kader waarin de governance-structuur op basis van een gedeelde visie op geïntegreerde zorg wordt vastgelegd.

2. Een tweede as omvat de **behoefte aan een territoriale aanpak** met coherent afgebakende gebieden die verantwoordelijk zijn voor:
 - het ondersteunen van een populatiebenadering waarbij zorgaanbieders/organisaties verantwoordelijk zijn voor de organisatie/verlening van zorg over het gehele continuüm van zorg voor een bepaalde populatie;
 - het faciliteren van interprofessionele en intersectorale samenwerking;
 - het waarborgen van de kwaliteit van de zorg.

Daartoe is het noodzakelijk in deze gebieden **governance-structuren** op te zetten die de bovengenoemde taken in goede banen kunnen leiden. Deze structuren moeten toegang hebben tot dashboards met indicatoren die de betrokken populatie beschrijven. De rol en de verantwoordelijkheden van iedereen in de governance-structuren en ten aanzien van de patiënt moeten duidelijk worden omschreven en bij iedereen bekend zijn. De ontwikkeling van de territoriale aanpak vereist ook een **versterking en ondersteuning van de eerstelijnszorg**.

3. De derde essentiële as omvat een **hervorming van het financieringssysteem**. Om multidisciplinaire samenwerking en op waarde gebaseerde gezondheidszorg (*value-based healthcare*) te bevorderen, zou de financiering geleidelijk moeten verschuiven van een overwegend fee-for-service financiering naar een gemengd financieringsmodel (hoofdstuk 5 van het [wetenschappelijk rapport](#) is volledig gewijd aan de hervorming van het financieringssysteem). Deze hervorming moet worden voorafgegaan door onderzoek naar de

haalbaarheid van een verhoging van het aandeel van alternatieve betalingen in het kader van een gemengd betaalmodel (zie 5.3.1). Volgens de geraadpleegde experts zal eerst een investering nodig zijn om de multidisciplinaire samenwerking te verbeteren en de eerstelijnszorgverleners te versterken en beter te structureren.

Hoewel deze algemene principes door de experts worden gedeeld, blijft het moeilijk om het eens te worden over de praktische uitvoeringsmodaliteiten. Hierover blijven de meningen sterk uiteenlopen, zoals over de noodzakelijke/wenselijke omvang van de gebieden, of de manier om een aanpak op bevolkingsniveau (populatiemanagement) toe te passen, al dan niet met gevolgen voor de financiering of de keuzevrijheid van de patiënten, enz. Toch zijn er enkele opties voorgesteld, die verder moeten worden onderzocht.

^h Met interfederaal wordt bedoeld 'tussen alle bestuursniveau's', meebepaald tussen de Federale en gefedereerde beleidsniveaus, en dus niet enkel tussen federale instellingen.



5. OP WEG NAAR MEER GEÏNTEGREERDE ZORG!

Uit de analyse van beleidsdocumenten die aan het begin van dit onderzoek werd uitgevoerd, blijkt dat **de verschillende beleidsniveaus in ons land het grotendeels eens zijn over de algemene doelstellingen van geïntegreerde zorg**, zoals het bevorderen van persoonsgerichte zorg, het ondersteunen van de continuïteit van zorg, het verbeteren van de samenwerking tussen professionals en sectoren, en het versterken van de eerstelijnszorg.

Tijdens al onze contacten met stakeholders en experts werden tal van ideeën geopperd voor de verdere ontwikkeling van geïntegreerde zorg, waarvan de belangrijkste punten in de rest van dit hoofdstuk worden samengevat. Dit grote aantal van vereiste actiepunten wijst er echter ook op dat er gefaseerd te werk zal moeten worden gegaan, te beginnen met een voorbereidende fase waarin een beleidskader met duidelijke prioriteiten wordt omschreven. Dit moet toelaten om succesvolle initiatieven te identificeren en erop verder te bouwen.

Er zijn namelijk al veel initiatieven/hervormingen/pilootprojecten opgestart, maar zonder echte overkoepelende coördinatie. Regelmatig wordt een groot aantal professionals - vaak dezelfde - gevraagd hieraan deel te nemen. Dit schept bij hen een gevoel van incoherentie en ontmoedigt hen zelfs. Bovendien wordt er te weinig aandacht besteed aan evaluatie. Hierdoor kunnen er geen echte lessen getrokken worden. **Kennis en ervaring zijn dus beschikbaar, maar eerder verspreid.** Daarom is het de hoogste tijd om de overgang naar geïntegreerde zorg te structureren, en een **coherent beleidskader** rond deze veelbelovende eerste stappen te creëren. Ook dienen de noodzakelijke randvoorwaarden voor deze transitie gerealiseerd te worden.

Een realistisch optimisme in combinatie met een zekere voorzichtigheid is echter op zijn plaats. Hoewel geïntegreerde zorg het voorwerp is van veel onderzoek en evaluatie in de internationale literatuur, wijzen sommige auteurs op een zekere **mismatch tussen de verwachtingen en de reële wetenschappelijk vastgestelde effecten ervan.** Hoewel er positieve effecten op de kwaliteit van de zorg zijn aangetoond, zijn positieve effecten

op het gebruik van zorg alleen overtuigend bij een goed afgebakende doelgroep. Beroepsbeoefenaars zijn over het algemeen tevreden over het multidisciplinair werken, maar wijzen wel op een toename van werklust door niet-patiëntgebonden taken (vergaderingen, administratieve taken). Multidisciplinariteit verandert relaties/samenwerking tussen professionals, maar brengt niet noodzakelijk echte veranderingen teweeg in de rollen en onderlinge hiërarchie. Alhoewel er meer en meer aandacht is voor teamdynamiek en participatieve samenwerking blijven de traditionele patronen van medische dominantie in multidisciplinaire teams vaak bestaan.

Ten slotte is het belangrijk om van meet af aan te benadrukken dat er weinig bewijs is dat geïntegreerde zorg de directe of indirecte kosten vermindert.

5.1. Structurering van het beleidskader

Geïntegreerde zorg is een overkoepelend begrip dat vele sectoren omvat (eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, revalidatie, palliatieve zorg, farmaceutische zorg, maar ook sociale zorg, gezins- en familiehelp, enz.) die vaak hun eigen beleidsplannen en lopende hervormingen hebben. Dit draagt uiteraard bij aan de complexiteit.

Ondanks de gemeenschappelijke visie en het gemeenschappelijke plan van de federale en gefedereerde entiteiten op geïntegreerde zorg (sinds 2015), uitten de stakeholders een zeker gevoel van desoriëntatie: wat mogen we de komende jaren verwachten? wie is verantwoordelijk voor wat? wat zijn de prioriteiten? Vandaar de vraag naar een **gemeenschappelijk interfederaal akkoord** dat een echt **gezamenlijk engagement** van alle beleidsmakers op federaal niveau en in de gefedereerde entiteiten zou weerspiegelen. Deze overeenkomst zou de visie op geïntegreerde zorg moeten formaliseren en de basis leggen om deze in de praktijk te realiseren.

In de verklaring van de federale regering van september 2020 was reeds sprake van een **interfederaal plan voor geïntegreerde zorg**. Ook de werkgroep '*IKW Geïntegreerde zorg*' werd nieuw leven ingeblazen. Hieraan nemen alle betrokken kabinetten en administraties deel, en zeer onlangs (juni 2022) is de voorbereidende fase van dit nieuw interfederaal plan van start gegaan. Begin 2024 zou een eerste versie van dit plan klaar moeten zijn wat uiteindelijk kan resulteren in een formeel samenwerkingsakkoord.



5.2. Definiëren territoriale aanpak

5.2.1. De omvang van het gebied/territorium (of de gebieden/territoria) bepalen

Stakeholders zijn het erover eens dat het nodig is om de verdere ontwikkeling van geïntegreerde zorg in België op een **territoriale benadering** te baseren. Dit zal helpen om te verduidelijken welke de doelpopulatie is (populatiebenadering) alsook met welke partners er moet worden samengewerkt. De huidige geografische zorgzones zijn echter nog niet voor het hele grondgebied vastgesteld (bijv. *eerstelijnszones* bestaan bijv. alleen in Vlaanderen) en ze zijn moeilijk aan elkaar te koppelen (bijv. *eerstelijnszones* vs. ziekenhuisnetwerken vs. netwerken voor geestelijke gezondheidszorg). Een belangrijke tekortkoming is het ontbreken van een duidelijke visie op de wijze waarop zij met elkaar moeten samenwerken/interageren.

Er moeten dus verschillende vragen op beleidsniveau worden opgelost voordat we verder kunnen: hoe kunnen de territoriale benaderingen die al zijn ingevoerd voor eerste- en tweedelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg en sociale zorg beter op elkaar worden afgestemd? wat moeten de rollen en taken van deze gebieden zijn? wat is de optimale omvang van een gebied? hoeveel territoriale niveaus zijn er nodig en voor welk(e) specifiek(e) doel(en)? welke niveaus vereisen een governance-structuur? moeten we prioriteit geven aan een benadering dicht nabij de leefomgeving van de mensen (5 000 tot 10 000 inwoners), aan de huidige logica van de *eerstelijnszones* zoals die in Vlaanderen wordt toegepast (70 000 tot 150 000 inwoners), of aan nog grotere gebieden, zoals de gebieden die worden bestreken door de locoregionale ziekenhuisnetwerken of de pilootprojecten inzake geïntegreerde zorg (75 000 tot 300 000 inwoners)? Uit het huidige onderzoek komt geen eenduidig antwoord naar voren, waarbij elke aanpak zijn eigen voor- en nadelen heeft en er mogelijk verschillende niveaus van territoria nodig zijn.

Zo is er de zeer lokale benadering, dicht bij de leefomgeving van de mensen, gericht op professionals binnen de eerste lijn die in een multidisciplinair team of netwerk werken, dat niet ziekte-specifiek is en dus uitgaat van een totaalbenadering van de persoon. De kleine omvang van het zorggebied

maakt het voor de leden van het netwerk makkelijker om relaties met elkaar op te bouwen, om goed ingebed te zijn in de lokale context en om toegankelijker te zijn voor patiënten. Als echter een op populatiegebaseerde benadering wordt gevolgd (waarbij het aanbod wordt georganiseerd en de financiële middelen worden toegewezen op basis van de kenmerken van de bevolking die in het gebied woont), is het heel goed mogelijk dat een dergelijk klein gebied niet in staat zal zijn om het volledige zorgaanbod, van preventie tot palliatieve zorg, aan te bieden. De geringe omvang van het grondgebied kan, voor patiënten, ook een beperking van keuzevrijheid van zorgverleners inhouden. Een klein gebied laat over het algemeen ook niet toe om alle vaardigheden met betrekking tot het beheer van financiële aspecten, populatie-management, gegevensbeheer (data-driven), etc. samen te brengen.

De omvang van het gebied moet dus beperkt genoeg zijn om een vertrouwensband tussen patiënten en professionals (en professionals onderling) te scheppen en in stand te houden en om de verankering in de verschillende contexten te behouden. Tegelijkertijd moet het groot genoeg zijn om een breed zorgaanbod te kunnen aanbieden (inclusief ziekenhuizen). Een groter territoriaal niveau is ook bevorderlijk voor de organisatie van intersectorale en interorganisatorische samenwerking, interprofessionele opleiding, een benadering op populatieniveau en de uiteindelijke totstandbrenging van een governancestructuur met idealiter meerdere competenties om het veranderingsproces in het hele betrokken geografische gebied te sturen.

Een groter geografisch gebied maakt het ook mogelijk om realistischere populatiegegevens te genereren en een betere risicocorrectie bij de toewijzing van middelen te voorzien. Ook met het oog op de invoering van nieuwe betaalmethoden (zie 5.3) is een voldoende grote schaal nodig om de variabiliteit van de kosten (en de onzekerheid over terugverdieneffecten) te verminderen. De reeds bestaande pilootprojecten geïntegreerde zorg hebben ervaring met governancestructuren op mesoniveau, om verschillende acties te coördineren, gegevens te beheren en de kwaliteit te bewaken. Deze governancestructuren kregen een budget om de backoffice/administratie te organiseren, en stakeholders benadrukten dat hiervoor inderdaad vergoeding nodig is. Grotere gebieden maken afstemming met tweedelijnszorggebieden mogelijk, maar dit zou ten koste



kunnen gaan van de kwaliteit van de interacties tussen de leden van het netwerk.

Welk niveau (of welke niveaus) ook wordt (worden) gekozen, er zal een **governancestructuur** voor nodig zijn met een duidelijk omschreven rol, alsook de manieren waarop het met de andere zorgniveaus interageert. De governancestructuur moet worden ondersteund door professionals met specifieke competenties en door gedeelde digitale instrumenten. De stakeholders benadrukten dat budget moet voorzien worden om deelname en inzet in een governance structuur te kunnen vergoeden. De stakeholders waarschuwden echter voor een toename van het aantal 'bestuurslagen'. Coördinatie tussen de (bestaande) eerstelijnsstructuren en ziekenhuizen zal bovendien zeker nodig zijn.

5.2.2. *Integratie van professionals en versterking van de eerstelijnszorg*

Over het algemeen werken professionals nog te gefragmenteerd, in silo's, met onvoldoende integratie tussen professies, zorgfaciliteiten of sectoren. Er zijn enkele initiatieven die samenwerking/integratie stimuleren, zoals bijv. de mogelijkheid om multidisciplinair overleg te organiseren, de conventies (op federaal en deelstaat niveau) of externe geriatrische liaisonteams. Maar deze initiatieven zijn beperkt en specifiek gericht op bepaalde patiëntengroepen. Een uitbreiding en het meer systematisch toepassen van deze manier van werken is aangewezen.

Een eerste stap in die richting – en een zeer bemoedigend signaal – is de keuze van het RIZIV om de begrotingsopmaak deels meer te gaan oriënteren op gezondheidsdoelstellingen – en af te stappen van de in sectoren gesegmenteerde traditionele begrotingsopmaak (ziekenhuis, eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg, enz). Dit zal worden aangevuld met toekomstige zorgtrajecten op basis van gestelde prioriteiten (obesitas, diabetes, perinatale zorg, enz.). Deze benadering blijft dus voorlopig wel gebaseerd op pathologie/aandoening. Alhoewel dit het voordeel heeft dat taakomschrijving duidelijker en concreter gemaakt kan worden, mag men niet uit het oog verliezen dat patiënten verschillende soorten pathologieën/aandoeningen kunnen hebben. Een andere belangrijke stap is om de wet op de gezondheidszorgberoepen te herzien,

die in de toekomst een flexibeler taakverdeling mogelijk moet maken met het oog op meer multidisciplinariteit (bijv. tussen huisartsen en verpleegkundigen, tussen thuisverpleegkundigen en zorgkundigen).

Sommige stakeholders pleitten voor een **multidisciplinair netwerk van zorgverleners** rond de patiënt, waarbij de taken en verantwoordelijkheden van elke betrokkene duidelijk zijn omschreven. De omvang en de samenstelling van dit netwerk zullen afhangen van de specifieke behoeften van de patiënt die wordt verzorgd, met inbegrip van een *case manager* voor complexe gevallen. Dit netwerk zou idealiter preventieve, somatische en geestelijke gezondheidsfactoren uit de eerstelijnszorg, de tweedelijnszorg (met inbegrip van de ziekenhuissector), alsook uit de sociale sector en de sector van de gezins- en familiehulp moeten omvatten, met het oog op een harmonieuze transitie tussen acute, post-acute, chronische en sociale zorg. Een dergelijke ontwikkeling impliceert noodzakelijkerwijs een duidelijker, transparant beeld van de behoeften van de patiënt en een versterking en structurering van de eerstelijnszorg op basis van de afgebakende zorgterritoria (zie 5.2.1). Ook is de ontwikkeling van sterke intersectorale netwerken (gezondheidszorg/sociale dienstverlening /gezins- en familiehulp) binnen de eerstelijnszorg en tussen de eerste- en tweedelijnszorg nodig. Dit proces zou kunnen worden vergemakkelijkt door, bijv., het gebruik van gemeenschappelijke digitale instrumenten met toegang tot relevante informatie voor alle partijen, en de betaling van coördinatie tijd bevorderen, etc.

Wat de **versterking van de eerstelijnszorg** betreft, is onlangs een eerste stap gezet met de lancering van de New Deal voor de huisartsen. De New Deal wil huisartsen ondersteunen door te zorgen voor: een goede geografische spreiding, een vermindering van de administratieve last; een verbetering van de toegankelijkheid voor patiënten; een organisatie model dat het mogelijk maakt dat meer mensen kunnen worden verzorgd; en de ontwikkeling van een nieuw gemengd financieringsmodel. De New Deal is echter enkel gericht op huisartsenpraktijken, zonder de rol van andere eerstelijnszorgverleners en werknemers in de sociale zorg te definiëren. Dit is een opportuniteit die aangewend moet worden om nog meer in te zetten op multidisciplinariteit en evenwaardige zorgpartners rond en met de patiënt.



Het in kaart brengen van het aanbod van beschikbare professionals, het creëren van mogelijkheden om elkaar te leren kennen, het verduidelijken van rollen en functies, het opbouwen van vertrouwen tussen partners en het vergemakkelijken van gegevensuitwisseling zijn de belangrijkste elementen die zijn vastgesteld om multidisciplinaire patiëntenzorg te bevorderen. Een ander aspect is de herstructurering van de basis-/voortgezette opleiding van professionals om de vaardigheden en competenties te ontwikkelen die nodig zijn voor geïntegreerde zorg (bijv. door een cultuur van evaluatie en kwaliteitsgerichtheid bij te brengen, gegevens- en digitale geletterdheid te ontwikkelen, of vaardigheden te verdiepen in multidisciplinaire samenwerking, populatiebenadering, veranderingsmanagement, doelgerichte zorg, enz.). De stakeholders gaven ook aan dat steun voor de organisatie en financiering van multidisciplinaire teamvergaderingen en coördinatieactiviteiten de interprofessionele en intersectorale samenwerking tijdens de interactie met de patiënt zou moeten vergemakkelijken.

5.2.3. *Organisatie van het gegevensbeheer naar een populatiegerichte benadering*

Integratie van zorg vereist de ontwikkeling van een **populatiebenadering in combinatie met een persoonsgerichte benadering**. Dit vergt een sterke eerstelijnszorg (zie 5.2.2), die in staat is personen gedurende de hele levensloop te begeleiden. Ook zijn er zorgpaden nodig die verschillende zorglijnen naadloos met elkaar verbinden. Dit alles moet plaatsvinden binnen duidelijk afgebakende zorggebieden (zie 5.2.1) en gepaard gaan met een hervorming van het financieringssysteem (zie 5.3). Tenslotte moet de uitwisseling van gegevens over de grenzen van beroepsgroepen en sectoren heen worden georganiseerd en bijdragen tot een totaalbeeld van de betrokken populatie (bijv. met dashboards, identificatie van risicogroepen, enz.)

De essentiële voorwaarden voor de uitvoering van een dergelijke territoriale en populatiegebaseerde benadering zijn de **beschikbaarheid van gegevens, de interoperabiliteit van ICT-instrumenten en de inzet van deskundig personeel** voor de analyse van de gegevens. Er zijn al veel initiatieven opgestart, maar stakeholders benadrukten dat er technische en juridische hindernissen moeten overwonnen worden zoals de vertrouwelijkheid van gegevens, naleving van de Algemene verordening

gegevensbescherming (GDPR), interoperabiliteit, enz. De integratie van zorg leidt ook tot een fundamentele verandering in het doel waarvoor gegevens gebruikt worden: van gebruik voor controledoeleinden naar gebruik om teamwork te faciliteren en teams te ondersteunen bij een proactieve benadering van patiëntenzorg.

- **Gegevens over het zorgaanbod**

Het **gedetailleerd in kaart brengen van de beschikbare diensten uit de gezondheidszorg en sociale sector** is belangrijk om een multidisciplinair netwerk rond de patiënt te creëren. Dit zal het mogelijk maken het multidisciplinaire netwerk rond de patiënt te organiseren, maar ook de ontbrekende competenties in het lokale zorglandschap te identificeren. Deze gegevens moeten gemakkelijk toegankelijk zijn via **één enkel toegangspunt** voor zowel zorgverstrekkers als patiënten (bijv. een website zoals desocialekaart.be in Vlaanderen of de onlinegids van zorgverstrekkers van het RIZIV).

- **Individuele gegevens**

Stakeholders hebben herhaaldelijk benadrukt dat **één multidisciplinair elektronisch patiëntendossier** en een veilig platform voor gegevensuitwisseling en communicatie noodzakelijke voorwaarden zijn voor de invoering van geïntegreerde zorg. De Roadmap e-Health 3.0, die in 2019 door de Interministeriële conferentie Volksgezondheid is goedgekeurd, omvat activiteiten rond informatie-uitwisseling en multidisciplinaire samenwerking, de veralgemening van het elektronisch patiëntendossier en de toegang van patiënten tot hun gegevens. Dankzij de elektronische patiëntendossiers bestaat er al een zekere gegevensuitwisseling tussen bijv. het ziekenhuis en de huisartsen, maar dit volstaat niet om al te spreken van één echt gedeeld patiëntendossier met de verschillende partners die (deels) gemachtigd zijn om in het dossier te schrijven/lezen volgens vooraf gedefinieerde toegangsrollen. De partners waarmee rekening moet worden gehouden zijn immers niet alleen ziekenhuizen en huisartsen, maar ook verpleegkundigen, apothekers, paramedici, maatschappelijk werkers en gezondheidsinstellingen.



De stakeholders drongen er ook op aan dat **de patiënt dient betrokken** te worden wanneer gegevens in zijn medisch dossier verzameld worden (bijv. persoonlijke doelstellingen, ondervonden bijwerkingen, enz.). Dit aspect is ook een aandachtspunt op internationaal niveau, aangezien de Europese Commissie in mei 2022 de *European Health Data Space for people and science* heeft gelanceerd, die tot doel heeft elke burger in staat te stellen zijn gezondheidsgegevens in zijn eigen land of in andere lidstaten te controleren en te gebruiken. De lidstaten zullen een kader moeten ontwikkelen voor het gebruik ervan voor onderzoek, innovatie, beleidsvorming en regelgevingsactiviteiten, en er tegelijkertijd voor moeten zorgen dat de GDPR volledig wordt nageleefd.

- **Populatiegegevens**

De stakeholders wezen op de nood aan populatiegegevens om zo tot een lokaal afgestemd zorgaanbod op basis van een populatiebenadering te komen, om bestuur van geïntegreerde zorg op territoriale basis mogelijk te maken, om de besluitvorming te ondersteunen (onder meer inzake financiering) en om veranderingen te monitoren (beschikken over een **dashboard, kwaliteitsindicatoren** kunnen opstellen en meten). Daarom moeten de relevante individuele gegevens die in de context van een populatiegerichte benadering nodig zijn worden bepaald en vastgelegd. Indien financiering met risicocorrectie moet worden bepaald, is het bovendien nodig de vereiste data voor dergelijke berekening vast te leggen. Een dashboard moet bovendien zo opgebouwd worden dat verschillende niveaus van granulariteit mogelijk zijn om alle territoriale lagen aan te sturen op basis van: procesindicatoren; gezondheidsresultaten; epidemiologische indicatoren; informatie over het aanbod (van professionals); indicatoren omtrent rechtvaardigheid/toegankelijkheid (equity) van zorg; en indicatoren over tevredenheid van professionals en patiënten. Er kan worden verder gebouwd op de bestaande indicatoren (bijv. gemeten door [Sciensano](#), [IMA](#), [RIZIV](#), [KCE](#), [FOD Volksgezondheid](#), [VIKZ](#), [PAQS](#), gezondheidsobservatoria, universitaire onderzoekscentra, enz.)

5.3. Herziening van het financieringsmodel

5.3.1. Naar gemengde financieringsmodellen

Het huidige financieringssysteem, dat hoofdzakelijk gebaseerd is op volume (vergoeding van prestaties), wordt door de stakeholders gezien als een van de belangrijkste belemmeringen voor geïntegreerde zorg. Deze bevinding wordt bevestigd door de literatuurstudie (beschreven in hoofdstuk 5 van het [wetenschappelijk rapport](#)). Een op prestatie-gebaseerde financieringsvorm biedt immers onvoldoende stimulansen voor samenwerking en preventie, wat de invoering belemmert van een multidisciplinaire benadering die uitgaat van de algemene behoeften van de bevolking en niet in de eerste plaats op de behandeling van acute aandoeningen.

Er is echter geen gouden standaard of ideale combinatie voor de financiering van geïntegreerde zorg. Het is wel aangewezen om alternatieve financieringsmechanisme te combineren met op volume gebaseerde betaling. Een substantieel bedrag is best niet rechtstreeks gekoppeld aan prestaties. Bovendien dienen er ook expliciete stimulansen i.v.m. kwaliteit opgenomen te worden. De evolutie naar een **op waarde gebaseerd (value-based) financieringsmodel** lijkt dan ook aangewezen. Een dergelijk model omvat een groter aandeel alternatieve financieringsvormen, zoals gebundelde betaling (*bundled payment*), vergoeding op basis van resultaten (*pay-for-performance*), en andere forfaitaire financieringsvormen. Recente beleidsinitiatieven en hervormingen (bijv. hervorming ziekenhuisfinanciering) gaan reeds in deze richting. Deze hervorming wil immers de eerste stappen zetten in de richting van gebundelde betalingen met het oog op een versterking van continuïteit van zorg, een ontmoediging van overbodig en overmatig gebruik van tests en onderzoeken.

Een vergoeding per prestatie heeft echter nog steeds een plaats in de betaling van de professionals in België, getuigt ook de lopende hervorming van de nomenclatuur. Doel van deze hervorming is de grote inkomensverschillen tussen de verschillende medische disciplines te corrigeren en een transparantere en meer gestandaardiseerde wijze van vaststelling van de honoraria in te voeren. Maar het voorziet ook in nieuwe regelingen voor de financiering van multidisciplinaire bijeenkomsten, samenwerking en, *uiteindelijk*, voor geïntegreerde zorg. Deze verschillende



hervormingen staan nog in de kinderschoenen en er zijn nog veel onbekende factoren, maar zij bieden een ideale gelegenheid om nieuwe financieringswijzen te ontwikkelen. De literatuur suggereert hiervoor verschillende pistes:

- Op microniveau, voor individuele professionals: aangezien geen enkele betaalmethode voor professionals perfect is of aan alle noden voldoet, wordt in de internationale literatuur – maar ook in sommige vroegere Belgische studies – voorgesteld af te stappen van één enkele (of dominante) methode en een gemengd, meer gebalanceerd betaalsysteem te voorzien. Het is niet zo eenduidig wat nu juist de ideale mix van financieringsmechanismen is noch over welke zorgaanbieders het gaat. Elk land/regio moet immers deze combinatie definiëren naargelang zijn doelstellingen, beschikbare personeelsmiddelen en gegevenssystemen. Deze ideale mix kan in de loop van de tijd ook veranderen naarmate de professionals zich aanpassen en de doelstellingen en uitdagingen van de gezondheidszorg evolueren.
- Op mesoniveau suggereert de literatuur dat lokale zorgnetwerken geleidelijk meer verantwoording moeten afleggen aan hun populatie (*population-based payments*) door 'shared savings' op te zetten (zoals in *Accountable Care Organisations*). In de pilootprojecten voor geïntegreerde zorg wordt al gewerkt aan het ontwerpen en optimaliseren van berekeningsmodellen om het concept van "shared savings" in België te introduceren.

Deze nieuwe hervormingen moeten duidelijke doelstellingen hebben afgestemd op de lopende hervormingen. Ook dienen ze de nodige details voor de implementatie en een planning met duidelijk afgebakende fasen te bevatten.

5.3.2. Een geleidelijke uitrol

Volgens de stakeholders mag de financieringshervorming niet louter als een doel op zich worden opgevat en uitgevoerd. Dit moet worden gezien als een onderdeel van een bredere hervorming van het gezondheidszorgsysteem. Dit wordt ook bevestigd op basis van de literatuurstudie. Vaak wordt gesuggereerd dat de eerste stap bestaat uit het vormgeven van de reorganisatie van het zorgproces (bijv. professionals in multidisciplinaire teams groeperen, transitie en continuïteit van zorg tussen de afzonderlijke professionals en teams bewerkstelligen). Dit maakt het mogelijk de beschikbare competenties alsook de tekorten erin nauwkeuriger in kaart te brengen. Het helpt ook om het vertrouwen tussen stakeholders op te bouwen en te bevorderen. De financiële hervorming moet er dan voor zorgen dat de invoering van deze nieuwe organisatievormen ondersteund wordt.

Ook is het nodig om op macroniveau de nodige voorbereidingen te treffen. Zo moet er voorzien worden in de structurele technische ondersteuning via: gestandaardiseerde gegevens en capaciteit tot het berekenen van risicocorrectie; een juridische structuur; personeel met expertise in systeemhervorming (*change-management*); voldoende financiële steun, enz. Deze hervormingen vereisen ook politiek engagement en het werken aan een cultuur van verandering en vertrouwen, en continue verbetering.

De meeste ervaringen met aanpassingen aan de financiering in functie van geïntegreerde zorg geciteerd in de literatuur wijzen op de noodzaak van een geleidelijke invoering van de hervorming. De elementen van het nieuwe gemengde financieringssysteem zouden **vooraf kunnen worden getest** door middel van 'virtuele betalingen' (d.w.z. de traditionele betaling zou vergezeld gaan van informatie over hoe de bedragen in het nieuwe systeem zullen worden verdeeld) alvorens over te gaan tot daadwerkelijke prospectieve betalingen om de beste combinatie van betaling per prestatie/populatie (*benefits package/population*) te bepalen. Het voordeel

ⁱ De term *Accountable Care Organisations* (ACO) verwijst voornamelijk naar groepen artsen, ziekenhuizen en andere zorgverleners die zich vrijwillig verenigen om gecoördineerde zorg te verlenen aan hun patiënten in het

Amerikaanse Medicare-systeem. Een ACO is verantwoordelijk voor de kwaliteit, de kosten en de algemene zorg voor een welomschreven populatie van Medicare-begunstigden. Bij uitbreiding wordt de term ook gebruikt om te verwijzen naar soortgelijke systemen in andere landen.



van deze virtuele aanpak is dat er in eerste instantie geen winnaars of verliezers zijn, waardoor op lange termijn meer innoverende en doeltreffende financieringsmodellen kunnen worden ontwikkeld. Het nadeel is dat het tijdrovend is en middelen vergt om twee parallelle betaalsystemen te berekenen.

Een andere mogelijkheid is om, tijdens een testperiode, **professionals op vrijwillige basis te laten deelnemen** aan het nieuwe systeem. Het voordeel hiervan is dat het sneller kan worden toegepast. De vrijwilligers zijn echter niet representatief voor alle professionals en er is geen garantie dat een voor hen aangepast systeem ook voor alle aanbieders geschikt zal zijn. Op lange termijn is het ook mogelijk dat twee modellen naast elkaar blijven bestaan.

Een andere optie is om een deel van de begroting, voor alle aanbieders, te besteden aan **innovatieve financieringsmodellen** op basis van gezondheidsdoelstellingen. Het voordeel hiervan is dat een zekere mate van autonomie wordt toegestaan bij de organisatie van de zorg, zonder dat dit leidt tot grote veranderingen in de ontvangen bedragen. Anderzijds bestaat het risico dat deze verandering te marginaal is om daadwerkelijk een gedragswijziging teweeg te brengen.

Wanneer men een systeem van *shared savings* wil implementeren stelt de literatuur voor om dit geleidelijk in te voeren, met in eerste instantie enkel de uitgespaarde middelen te delen (eventueel met een focus op *quick wins*). Naarmate er expertise en ervaring opgebouwd wordt, evolueren deze systemen vaak geleidelijk naar een systeem waar niet alleen de winsten worden gedeeld maar ook de verliezen. Naast de geleidelijke overdracht van het risico naar de aanbieders moeten de betalingsmechanismen van de verschillende betalende overheden op elkaar worden afgestemd om de administratieve lasten te verminderen en deelname aantrekkelijker te maken voor de aanbieders.

5.3.3. Versterking van de eerstelijnszorg

In de literatuur wordt benadrukt dat de reikwijdte van de betaling moet worden uitgebreid tot de hele zorgcyclus. Toch hebben de meeste discussies van stakeholders en experts zich toegespitst op versterking van de eerstelijnszorg (hoewel zonder een specifieke definitie van welke aanbieders tot deze eerstelijnszorg moeten worden gerekend). Zij stelden een brede en sterke basis voor de financiering voor, die een persoonsgerichte aanpak mogelijk maakt (bijv. een betaling *per capita*). Deze basis dient te worden aangevuld met een *value-based* betaling (op basis van vooraf vastgestelde parameters) en met een vorm van betaling voor coördinatie (bijv. een forfaitair bedrag). Dit laatste punt werd door de stakeholders genoemd als een manier om samenwerking aan te moedigen en vertrouwen tussen de actoren te ontwikkelen. Versterking van de eerstelijnszorg via nieuwe financieringsvormen sluit natuurlijk niet uit dat ook de financiering van de tweedelijnszorg opnieuw moet worden bekeken met het oog op integratie van de zorg.

5.3.4. Een initiële investering om te beginnen

De stakeholders benadrukten de noodzaak van initiële investeringen, aangezien het tijd en middelen vergt om nieuwe concepten te ontwikkelen, deze te testen en vertrouwen tussen de partners op te bouwen. Er is ook behoefte aan personele middelen (bijv. back-office) voor het beheer van de populatie-data (*population management*) en voor het treffen van financiële regelingen voor dit beheer.



6. CONCLUSIE

Alhoewel onze analyse van beleidsdocumenten aantoont dat er op beleidsniveau gestreefd wordt naar meer geïntegreerde zorg, toont onze bevraging op het terrein dat de maturiteit van geïntegreerde zorg nog in de kinderschoenen staat. Deze studie verzamelde de opinies van experts en stakeholders over de noodzakelijke acties om tot meer geïntegreerde zorg te komen. Hoewel men hieruit wel een algemene richting kan afleiden, is het duidelijk dat er nu eerst **beleidskeuzes moeten gemaakt worden**, om te bepalen welke toekomstige hervormingen nodig zijn, en ook om te bepalen welke interventies van de bevoegde autoriteiten er nodig zijn binnen de gezondheidszorg en de sociale sector.

De **punten van convergentie** die uit de consultatie naar voren kwamen, waren de **territoriale aanpak** om het **zorgaanbod beter te kunnen afstemmen op de specifieke behoeften van de populatie** in elk geografisch gebied (populatiebenadering), de **versterking van de eerstelijnszorg**, alsook de noodzaak van een **geleidelijke hervorming van het financieringssysteem**.

We wijzen erop dat de participanten die bereid waren om deel te nemen aan dit onderzoek niet noodzakelijk representatief zijn voor alle betrokken sectoren en beroepsgroepen en dat daardoor sommige meningen niet of onvoldoende aan bod kwamen tijdens het onderzoek.

- **Coördinatie beleidsniveaus en het ontwikkelen van scenario's**

Het lijkt logisch om te beginnen met het opzetten van **interfederale coördinatie** tussen de verschillende beleidsniveaus om **een beleid voor te bereiden** op korte, middellange en lange termijn. Het interfederale karakter is noodzakelijk voor een langetermijnbeleid op een gebied waar de bevoegdheden versnipperd zijn.

In dit stadium is de uitwerking van **verschillende scenario's** (inclusief budgetsimulaties) om een beter inzicht te krijgen over de concrete voor- en nadelen van de verschillende mogelijke beleidsopties een goede strategie. Deze opties situeren zich op een continuüm van enkele ad-hoc verbeteringen van het bestaande systeem (bijv. een nomenclatuur voor multidisciplinair overleg) tot een volledig hervormd model van financiering

en organisatie van de zorg. Op dit continuüm zijn verschillende tussenmodellen mogelijk. Zo is het mogelijk om, zonder grote financiële consequenties, de territoriale aanpak te hanteren als een platform voor ontmoeting, kennisuitwisseling en zorgafspraken. Ook de integratie van gezondheidszorg en sociale zorg kan verschillend worden aangepakt, variërend van het stimuleren van samenwerking (bijv. tussen thuisverpleegkundigen en gezinszorg) tot het samenvoegen van budgetten voor gezondheidszorg en sociale zorg. Het ontwikkelen van dergelijke scenario's (en budgetsimulaties) is mogelijk mits er gegevens/cijfers beschikbaar zijn.

Vertegenwoordigers van zorgverleners, zorginstellingen, aanbieders uit de sociale sector en patiënten moeten bij de ontwikkeling van deze scenario's worden betrokken. Het is dan aan de beleidsmakers om op basis van de geprefereerde scenario's **keuzes te maken**.

Alvorens samenwerkingsovereenkomsten tussen de verschillende beleidsniveaus te sluiten, moet ook worden nagegaan of de huidige initiatieven/hervormingen – ook in de sociale sector – **elkaar niet tegenspreken** en stroken met de **beginselen van het Quintuple aim en persoonsgerichte geïntegreerde zorg**.

Er zal ook veel aandacht moeten worden besteed aan **communicatie naar het brede terrein**, aangezien het concept van geïntegreerde zorg breed en complex is en het zeer verschillende actoren omvat, die niet allemaal dezelfde terminologie gebruiken en verschillende verwachtingen hebben. De stakeholders drongen er ook op aan dat de initiatieven die op de verschillende beleidsniveaus worden genomen, formeel worden **ingepland** volgens een duidelijk en progressief tijdschema, met vermelding van termijnen en prioriteiten.

Het is niet mogelijk om alles in één keer te veranderen, vooral niet in de context van een mogelijk tekort aan professionals. Daarom moeten de gemaakte beleidskeuzes het voorwerp uitmaken van een **gemeenschappelijk plan met een lange termijn horizon**. Dit dient vervat te worden in een door alle beleidsniveaus gedragen **samenwerkingsakkoord**, waarin de richting voor de transitie naar geïntegreerde zorg wordt vastgesteld en de voorwaarden voor deze transitie worden gedefinieerd. Ook de autoriteiten verantwoordelijk voor welzijn en



sociale zaken moeten van meet af aan bij het proces worden betrokken, zodat een echte dialoog op gang kan worden gebracht en kan worden nagegaan waar op korte en lange termijn meer samenwerking mogelijk is.

- **Een territoriale aanpak**

Wat de territoriale aanpak betreft, blijkt uit de raadpleging van de stakeholders duidelijk dat deze moet worden voortgezet; en dat er duidelijk wordt aangegeven welke partners en welke populatie moeten worden bediend. Dit omvat verschillende organisaties en organisatieniveaus: eerstelijns- en chronische-zorgactoren die dicht bij de bevolking staan; gespecialiseerde zorg die meestal op (iets) grotere afstand kan worden aangeboden (hoewel sommige gespecialiseerde zorg soms ook zeer lokaal beschikbaar moet zijn). Voor welk niveau of welke niveaus ook wordt gekozen, het moet beschikken over een **governance-structuur** met voldoende personele en financiële middelen. Het opzetten van deze governance-structuren mag echter niet leiden tot een complexe hiërarchische constructie met te veel lagen. Beleidsmatig, strategisch en organisatorisch bestuur moet op een zo efficiënt mogelijke manier worden verstrekt.

De territoriale aanpak vereist ook **gegevens over de populatiebehoeften**. Om bruikbaar te zijn, moeten deze gegevens idealiter worden georganiseerd aan de hand van een **dashboard** waarin alle relevante informatie en indicatoren worden samengebracht. Dit dashboard moet beschikbaar zijn voor elk bestuursniveau, d.w.z. op beleidsniveau, maar ook op het niveau van de verschillende territoriale gebieden.

De **versterking van de eerstelijnszorg** is een ander essentieel element voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg, vooral in de huidige context van ziekenhuishervorming en verkorting van de ligduur. Dit impliceert ook een betere coördinatie tussen de eerstelijnszorg en ziekenhuizen, woonzorgcentra, sociale zorg en diensten voor gezins- en familiehelp, enz. Dit versterkt nog de noodzaak om de beroepen in de eerste lijn aantrekkelijker te maken, niet alleen financieel, maar ook door een adequaat personeelsbestand op te bouwen om de organisatie, coördinatie en continuïteit van de (ambulante) zorg te verzekeren.

- **Hervorming van het financieringssysteem**

Wat de hervorming van het financieringssysteem betreft, komt onze studie tot de duidelijke conclusie dat de huidige dominante financieringsvorm op basis van volume (fee-for-service) wordt gezien als een belemmering voor geïntegreerde persoonsgerichte zorg en multidisciplinaire samenwerking. Daarom is het noodzakelijk een meer gebalanceerde mix **van betaalsystemen** uit te werken die beter zijn afgestemd op de verschillende betrokken sectoren en die ook in de praktijk enige flexibiliteit mogelijk maakt. De lopende hervorming van de nomenclatuur is een gelegenheid om de overgang van het ene betaalsysteem naar het andere stapsgewijs door te voeren. De elementen van het nieuwe gemengde financieringssysteem moeten **vóór de invoering ervan worden getest**. Ten slotte is een robuuste **gegevensinfrastructuur** nodig om een doelgerichte financiering, met risicocorrectie mogelijk te maken.

- **En in afwachting...**

Ook al zijn beleidskeuzes betreffende de territoria, het bestuur en de financiering van geïntegreerde zorg een noodzakelijke voorwaarde voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg, toch kunnen bepaalde acties **onmiddellijk worden ondernomen**, los van deze keuzes: ontwikkeling van verdere coördinatie tussen de beleidsniveaus, aanpassing in de opleiding van professionals, invoering van het multidisciplinair elektronisch patiëntendossier, opstelling van systemen voor monitoring (dashboards), het starten met het evalueren welke aanpassing van de wet op de beroepen in de gezondheidszorg nodig is om multidisciplinariteit beter te ondersteunen, etc. Dit om maar enkele belangrijke voorbeelden te noemen.

Een laatste verduidelijking om af te sluiten: hoewel de verschuiving naar (meer) geïntegreerde zorg in theorie op lange termijn tot een **rendement op de investering** zou moeten leiden (zo kan bijv. de versterking van de preventie op lange termijn de kosten van de curatieve zorg doen dalen), is het een illusie te denken dat de uitvoering van een ambitieus plan voor geïntegreerde zorg op korte termijn budgetneutraal kan zijn. Integendeel, het zal een **substantiële initiële investering vergen**, met name voor het opzetten van governance- en zorgcoördinatiestructuren, de versterking van de eerstelijnszorg, de ontwikkeling van één enkel patiëntendossier, het verzamelen en gebruiken van bevolkingsgegevens, enz.



■ AANBEVELINGEN^j

Aan de ministers bevoegd voor Volksgezondheid, Sociale Zaken en Welzijn, en aan hun administraties

Aanbeveling 1: Creëren van het kader

- Een scenario-analyse uitvoeren, inclusief analyse van impact op de budgetten, waarin de verschillende mogelijke organisatie- en financieringsmodellen worden beschreven en de voor- en nadelen van de verschillende mogelijke opties worden belicht (gaande van kleine ingrepen binnen het bestaande systeem tot de ontwikkeling van een nieuw, diepgaand hervormd systeem voor de organisatie en financiering van de zorg). In deze scenario's moeten ten minste de opties worden onderzocht en verduidelijkt in termen van:
 - Type patiënten: de volledige bevolking, een selectie ervan in functie van pathologieën of specifieke behoeften (bijv. ouderen);
 - Type zorg: preventie, acute zorg (inclusief de follow-up/post-acute zorg), chronische zorg, revalidatie, ouderenzorg, zorg voor personen met specifieke noden, palliatieve zorg, etc;
 - Type sectoren: somatische gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, eerstelijns, tweedelijns/ziekenhuissector, residentiële sector, sociale sector, etc;
 - Type professionals: artsen, verpleegkundigen, apothekers, paramedici, professionals uit de sociale sector, thuiszorg, etc;
 - De territoriale aanpak (zie aanbeveling 3);
 - De populatiegerichte benadering (zie aanbevelingen 3 en 10);
 - Financiering: verschillende wijzen van financiering van zorgverleners, en overgangsmatregelen voor de uitvoering daarvan (zie aanbeveling 4);
 - Wetgeving: identificeren noodzakelijke aanpassingen aan bestaande wetgeving (zie ook aanbeveling 8).

^j Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



- Op basis van deze scenario's, in een samenwerkingsakkoord duidelijke politieke keuzes formuleren over de langetermijnooriëntaties van een hervorming naar persoonsgerichte geïntegreerde zorg, en over het politieke kader waarin de federale en gefedereerde entiteiten zullen optreden. De federale en gefedereerde entiteiten zullen, elk op hun eigen bevoegdheidsniveau en in lijn met het bovengenoemd samenwerkingsakkoord, stapsgewijs geleidelijke hervormingen moeten doorvoeren, met name wat betreft de keuze van de doelgroepen (patiëntenpopulatie, type zorg, sectoren, zorg- en sociale professionals), de territoriale aanpak, de modaliteiten voor de uitvoering van de populatiegerichte aanpak, de juridische kaders en de financieringsmechanismen die moeten worden gebruikt om de gemeenschappelijk vastgelegde doelstellingen uit het samenwerkingsakkoord te bereiken.
- Voorzien in meer overeenstemming tussen de verschillende beleidsniveaus zodat (reeds geplande) beleidsinitiatieven op korte termijn in de gezondheids- en de sociale sector in overeenstemming zijn met en niet indruisen tegen de langetermijndoelstellingen van geïntegreerde zorg.
- Het meedelen/communiceren van de verwachte veranderingen en het tijdschema voor de invoering van geïntegreerde zorg aan zorgactoren in medische en sociale sector, alsook aan patiënten en hun vertegenwoordigende organisaties.
- Voorzien in budget (investering) die nodig is voor de uitvoering van de verschillende fasen van de hervorming.

Aanbeveling 2: Coördinatie tussen beleidsniveaus

- De bestaande interfederale coördinatie versterken met personeel dat deskundig is op de verschillende gebieden van geïntegreerde zorg, met inbegrip van personeel van de gefedereerde entiteiten, door hen het mandaat te geven om:
 - Uitvoering van de voorbereidende stappen voor de te maken beleidskeuzes, de vaststelling van de nodige aanpassingen in het wetgevend kader en de voorbereidingen en de simulaties van de gevolgen van de overwogen wijzigingen voor het financieringssysteem.
 - In samenwerking met de bestaande agentschappen/organisaties een systeem (dashboard) op te stellen met de indicatoren die nodig zijn om het beleid op federaal, regionaal en territoriaal niveau te monitoren.
 - Coördineren van het onderzoek en (beleids-) initiatieven omtrent geïntegreerde zorg.



Aanbeveling 3: Territoriale aanpak

- **Op korte termijn, in afwachting van de omschrijving en realisatie van de territoriale gebieden, hun taken en bevoegdheden, hun bestuursstructuren (governance) en hun financiering (zie aanbeveling 1):**
 - **Bestaande of in ontwikkeling zijnde vormen van territoriale aanpak te versterken (lokale-regionale ziekenhuisnetwerken, eerstelijnszones, netwerken voor geestelijke gezondheidszorg), waarbij moet worden gezorgd voor samenhang tussen de verschillende geografische entiteiten, bij voorkeur met identieke grenzen.**
 - **Aan te geven hoe de verschillende netwerken met elkaar moeten samenwerken/communiceren (bijv. door de ontwikkeling van gezamenlijke strategische zorgplannen aanmoedigen met alle partners in een bepaald territorium).**
- **Voorzien dat de governance structuren die zullen opgezet worden, bijdragen tot duidelijkheid, transparantie en een betere aansturing van het systeem, en dat tegelijkertijd vermeden wordt dat een te complexe hiërarchische structuur wordt opgezet. Bijzondere aandacht moet worden besteed aan de betrokkenheid bij deze structuren van alle betrokken actoren, met inbegrip van patiënten.**

Aanbeveling 4: Financiering

- **Om multidisciplinariteit en persoonsgerichte zorg te stimuleren, het huidige financieringssysteem en de verloning van de professionals die hoofdzakelijk volumegebonden zijn, doen evolueren naar een gemengd financieringssysteem dat de per prestatie betaling combineert met verschillende soorten betaling bijv. per capita, gebundelde betalingen, shared savings.**
- **Evalueren welke types zorg, sectoren en patiënten moeten gefinancierd worden op basis van een populatiebenadering en welke factoren meegenomen worden in de risico-correctie.**
- **Overgangsmaatregelen voorzien bij de invoering van nieuwe financieringsmechanismen, om de praktische uitvoering en de financiële impact ervan te testen. Zo zou men bijv. kunnen beginnen met een virtuele betaling of op vrijwillige basis, of met een gedeeltelijk budget op basis van gezondheidsdoelstellingen.**



Aanbeveling 5: Versterken van de eerstelijnszorg

- **Het verder bevorderen van de professionalisering van de territoriale werking op het niveau van de eerstelijnszorg door het ter beschikking stellen van de nodige personele middelen, de nodige populatie-data, het opzetten van partnerschappen, het stimuleren van multidisciplinariteit, het aanbieden van opleidingen, enz. om:**
 - **de organisatie van de eerste lijn af te stemmen op de gemeten zorgbehoeften in het gebied,**
 - **te voorzien in de nodige coördinatie met ziekenhuizen, ziekenhuisnetwerken, woonzorgorganisaties, partners uit de sociale sector en andere betrokken professionals.**
- **Voorzien in passende vormen van financiering voor zorgaanbieders (zie aanbeveling 4) die het mogelijk maken multidisciplinaire eerstelijnszorgteams rond de patiënt op te bouwen (bijv. multidisciplinaire groepspraktijken, eerstelijnszorgnetwerken zoals beschreven in de New Deal voor de huisartsen, met een uitbreiding naar andere eerstelijnszorgactoren).**
- **Voorzien in maatregelen om te zorgen voor een voldoende aantal zorgverleners en sociale werkers (inclusief casemanagement) en om de aantrekkelijkheid van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg te stimuleren.**



DE VOLGENDE AANBEVELINGEN KUNNEN WORDEN UITGEVOERD ZONDER TE WACHTEN OP BELEIDSKEUZES OVER DE RICHTING INZAKE TERRITORIALE AANPAK, DE GOVERNANCESTRUCTUREN, EN FINANCIERINGSHERVORMINGEN.

Aanbeveling 6: Monitoring/dashboard

- In samenwerking met bestaande organisaties/instanties een dashboard ontwikkelen met indicatoren die het mogelijk maken de behoeften aan en het gebruik van gezondheids-, en sociale zorg, de toegankelijkheid van het zorgsysteem, en de tevredenheid van professionals en patiënten te analyseren. Deze indicatoren moeten verschillende granulariteitsniveaus mogelijk maken (bijv. lokaal niveau, ziekenhuisnetwerken, gefedereerde entiteiten, federaal niveau) om de zorg beter af te stemmen op de lokale noden (bijv. de meer rurale gebieden) en om de financiering ervan aan te sturen. Een dergelijk dashboard wordt in eerste instantie opgebouwd op basis van de beschikbare gegevens, en wordt geleidelijk uitgebreid naarmate nieuwe gegevens beschikbaar komen.

Aanbeveling 7: Beveiligde gegevensuitwisseling

- Versterken en versnellen van de huidige initiatieven om één geïntegreerd patiëntendossier te creëren om:
 - gestructureerde en synthetische gegevens over de patiënt te kunnen raadplegen;
 - de toegang tot dit dossier geheel of gedeeltelijk (afhankelijk van de rol en de bevoegdheden) te waarborgen voor alle gezondheidsactoren en actoren in de sociale sector, alsmede voor de patiënt;
 - een veilige communicatie te ontwikkelen tussen alle actoren in de gezondheids- en de sociale zorg en met de patiënt.
- Verder uitwerken van de technische interoperabiliteit tussen de verschillende databanken en de informatie van het patiëntendossier, om de ontwikkeling van indicatoren voor de dashboards en de afstemming van het zorgaanbod mogelijk te maken, rekening houdend met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).



Aanbeveling 8: Wetgeving

- De gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van beroepen in de gezondheidszorg, en andere relevante wetgeving herzien op basis van de analyse van de behoefte aan juridische aanpassing van de rollen, functies, taken van de verschillende beroepen in de gezondheidszorg, en op basis van de mogelijkheid van taakdelegatie voor een betere integratie van de zorg.
- Analyseren of de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens moet worden aangepast, om de uitvoering van de aanbevelingen 6 en 7 mogelijk te maken.

Aan de ministers bevoegd voor onderwijs en aan de onderwijsinstellingen

Aanbeveling 9: Opleiding van professionals

- Versterken van de basisopleiding van actoren in de gezondheidszorg en sociale zorg met concepten en vaardigheden in:
 - multidisciplinaire samenwerking (kennis van en inzicht in de functies en taken van de bij geïntegreerde zorg betrokken beroepsgroepen, aspecten in verband met het beheer/de coördinatie van complexe behoeften van patiënten);
 - patiëntgerichte benadering en doelgerichte zorg met aandacht voor de gezondheidsvaardigheden van patiënten;
 - positieve evaluatiecultuur (inzicht hebben in het belang van evaluatie, deze goed kunnen uitvoeren; weten hoe gegevens en indicatoren te beheren en te interpreteren, en deze resultaten aanwenden in leerplatformen om zo ervaringen uit te wisselen...)
- Aanbieden van interdisciplinaire opleidingsmomenten tijdens de basisopleiding en belemmeringen daarvoor wegnemen.



Aan beroepsorganisaties en instellingen die voortgezette opleidingen organiseren

Aanbeveling 10: Voortgezette opleidingen/vorming

- Voorzien in (interdisciplinaire) bijscholing van zorgverleners, managers van zorginstellingen en actoren in de sociale sector, in de vaardigheden die nodig zijn voor geïntegreerde zorg, zoals beschreven in aanbeveling 9.

Aan onderzoeksinstellingen binnen het domein van de volksgezondheid

Aanbeveling 11: Onderzoek

- Indicatoren ontwikkelen die overeenstemmen met de *Quintuple Aim* en die het mogelijk maken de behoeften van de bevolking in kaart te brengen en de evolutie van de maturiteit van de geïntegreerde zorg te volgen aan de hand van instrumenten die aangepast zijn aan de Belgische context.
- Het onderzoek voort te zetten naar de beste manier om ervaringen van patiënten te meten (PREM) in verband met geïntegreerde zorg.
- Opstarten van voorbereidend onderzoek voor de uitvoering van aanbeveling 4 (Financiering).



COLOFON

Titel:	Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België – Synthese
Auteurs:	Anne-Sophie Lambert (UCLouvain), Susanne Op de Beeck (shiftN), Denis Herbaux (PAQS), Jean Macq (UCLouvain), Pauline Rappé (PAQS), Olivier Schmitz (UCLouvain), Quentin Schoonvaere (PAQS), Anna Luisa Van Innis (PAQS), Philippe Vandenbroeck (shiftN), Jesse De Grootte (Profacts), Lies Schoonaert (Hict), Helen Vercruysse (Profacts), Marieke Vlaemynck (Profacts), Jolyce Bourgeois (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Nadia Benahmed (KCE)
Project facilitator:	Els Van Bruystegem (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Cécile Camberlin (KCE), Charline Maertens de Noordhout (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Wetenschappelijke raad:	Isabelle Peytremann-Bridevaux (Unisanté, Switzerland), Geert Van Hootegem (KU Leuven), Koen Hermans (KU Leuven), Roy Remmen (Universiteit Antwerpen), Josefien Van Olmen (Universiteit Antwerpen –SCUBY project)
Stakeholders:	Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Anneloes Bork (Palliatieve zorg Vlaanderen), Patricia Chavez (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Elien Colman (VIVEL – Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn), Paul De Munck (GBO – Groupement belge des omnipraticiens), Jean-Luc Demeere (VBS – Verbond der Belgische Beroepsverenigingen), Marc Geboers (Qualicor Europe), Siska Germonpré (Socialistische mutualiteit), Stefaan Hanson (Verbond der Vlaamse Tandartsen), Jean Hermesse, Aline Hotterbeex (UNESSA – Union En Soins de Santé), Annemarie Jacobi (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Pierre Leemans (FAMGB – Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles), Hélène Lejeune (UPDLF – Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française), Tom Meeus (Vereniging van Wijkgezondheidscentra), Benoit Mores (Landsbond van Onafhankelijke ziekenfondsen), Sarah Paquet (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), Xavier Patti (Fédération des Maisons médicales), Michel Praet (Santhea), Cécile Riche (Iris care), Roy Remmen (Universiteit Antwerpen), Erik Schokkaert (KU Leuven), Eline Senesael (Christelijke mutualiteit), Sophie Szynal (Union nationale des mutualités neutres), Béatrice Theben (UPE – Union professionnelle des Ergothérapeutes), Saskia Van Den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Julie Van Den Broucke (VZA – Vlaamse vereniging van ziekenhuisapothekers, AZ Groeninge), Bernadette Van Den Heuvel (Zorgnet Icuvo), Isabelle Van der Brempt (SPF Santé publique - FOD Volksgezondheid), Nicky Van Geel (VBVD – Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten), Nicky Vandeghinste (CM – Christelijke mutualiteit), Bénédicte Vos (Solidaris), Annet Wauters (VPP – Vlaams Patiëntenplatform), Machteld Wauters (Agentschap Zorg en Gezondheid)
Externe validatoren:	Axel Kaehne (Edge Hill University, Verenigd Koninkrijk), Anja Declercq (KU Leuven), Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover, Duitsland)



Aknowledgements:

We willen alle patiënten die de enquête hebben ingevuld en alle professionals bedanken voor hun deelname aan de enquête en aan de consultaties. We willen ook de volgende personen bedanken:

- Voor de voorbereiding van de study: Patriek Mistiaen (KCE)
- Voor de territoriale benadering: Brigitte Bouton (AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité), Christophe Demeester (KCE), Paul De Munck (PPLW – Plateforme de Première Ligne Wallonne), David Hercot (CCC/GGC – Commission communautaire commune Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie)
- Voor hun inbreng voor de Duitstalige Gemeenschap – Ostbelgien: Julia Hepp (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), Guillaume Paquay (Selbstbestimmt), Manfred Zahorka (OptiMedis)
- Voor hun steun bij het gebruik van de Scirocco-tool en de beoordeling van de maturiteit van de geïntegreerde zorg: Pauline Boeckstaens (Universiteit Gent), Katrien Danhieux (Universiteit Antwerpen – SCUBY-project), Marlies De Clerck (VIVEL), Karel Hermans (VIVEL), Andrea Pavlickova (NHS Schotland), Lotte Vanneste (Universiteit Gent), Solveig Wallyn (Agentschap Zorg en Gezondheid), Laurence Kohn (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Justien Cornelis (KCE)
- Voor het gebruik van EQ-5D-5L: Gerben Bakker (Euroqol), Nicolas Boeckaert (KCE), Irina Cleemput (KCE)
- Voor de keuze van instrumenten in het patiëntenonderzoek: Sabine Corachan (LUSS), Thomas Deloffer (VPP), Stephanie Wermeerster (PRT – Patienten Rat und Treff)
- Voor de verspreiding van de patiëntenenquête: Bruno Adam (Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale), Veerle Aendekerk (Federatie van Vlaamse Simileskringen), Sandra Aernouts (Eerstelijnszone Antwerpen Noord), Stephanie Ameel (Centrale de Services à Domicile (CSD) Brabant Wallon), Christine Baelu (Astma en Allergiekoepel), Olivier Bar (Liberale mutualiteiten), Marianne Bleys (Eerstelijnszone Middenkempen), Jacky Boelens (Piekernie), Anja Boffenrath (PRT), Bruno Bosmans (Médecine pour le Peuple), Jonathan Bouvy (MC – Mutualité chrétienne), Patricia Chavez (SPF Santé Publique – FOD Volkgezondheid), Secretariaat (Pijn Vereniging 't Lichtpuntje), Sabine Corachan (LUSS), Jurian Cuppen (PartenaMut), Lut De Baere (BOKS – Belgische Organisatie voor Kinderen en volwassenen met een Stofwisselingsziekte), Lieve De Brabandere (Ups&Downs), Laura De Brandt (Liberale mutualiteiten), Karin De Cleene (Eerstelijnszone Waasland), Nathalie de Montpellier (Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant Wallon), Regina De Paepe (MLOZ – Onafhankelijke Ziekenfondsen), Eline Deblaere (Geïntegreerde Zorg Waasland), Céline Dehaen (UPDLF), Marie Dekeyser (Corsade), Griet Depaep (Eerstetjeslands & West-Meetjesland), Frederic Depauw (Union nationale des mutualités neutres), Sandra Derieuw (MC), Vicky Docx (Eerstelijnszone Demerland), Didier Dubois (SPAF – Service Provincial d'Aide Familiale de Namur), Jeannine Engelen (RA Liga – Reumatoïde Artritis Liga), Charlotte Flagothier (Planning familiale Ourthe-Amblève, Aywaille) Pierre Gerard (UPPCF - Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones & germanophones), Siska Germonpré (Socialistische mutualiteit), Karen Geurts (IMA/AIM – InterMutualistisch Agentschap/Agence Intermutualiste), Birgit Gielen (IMA), Marijke Gielen (MLOZ), Virginie Gioia (Maison médicale la Passerelle), Erik Helderweert (Eerstelijnszone Antwerpen Oost),



Céline Hoerner (Chronicoupole), Natasja Jacobs (Union Nationale des Mutualités Neutres), Ingrid Jageneau (Debra België), Nathalie Jaquet (Eerstelijnszone Druivenstreek), Sophie Lanoy (LUSS), Rebecca Leemans (Ahosa), Jézabel Legat (ASBL Fédito), Deva Lenaers (Eerstelijnszone Oostende-Bredene), Florence Leveque (INAMI/RIZIV – Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Vinciane Liesens (Service de Santé Mentale Neuville-sous-Huy), Kaatje Loeys (Eerstelijnszone Houtland en Polder), Marijn Loozen (Okra), Emilie Maquet (CODEF – Coordination et Défense des Services Sociaux et Culturels), Sandrine Martinot (Aide et Soins à Domicile Brabant wallon), Gino Matthys (Vriendenkring Nierpatiënten Roeselare), Alodie Merckx (CPAS Silly), Jonathan Miguelle Benrubi (Centre de santé de l'Amblève), Nicolas Mincier (Résinam), Karin Moons (Spierziekten Vlaanderen), Jens Moreel (Eerstelijnszone Dender), Hugues Morel Dewestgaver (HR Rail), Céline Mostade (Chronilux), Claudia Nieuwland (PartenaMut), Karen Pellens (Eerstelijnszone Maasland), Lynn Pellens (Partena), Fabian Prevot (Maison Médicale L'homme et Santé), Veerle Quiryen (Vlaamse Ouderenraad), Anne-Françoise Raedemaeker (PACT – Integreo), Cerise Renwa (Maison Médicale Les Houlpays), Lauriane Rouard (Solidaris), Isabelle Schaus (AGEF – Assemblée des Généralistes de l'Est francophone de la Belgique), Eva Schoeters ((RadiOrg), Secretariaat van het Observatorium voor de chronische ziekten, Mario Sel (Vereniging voor Spina Bifida en Hydrocoephalus), Eline Senesael (CM), Priscilla Servais (CAAMI – Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité), Joeri Staessen (Partena), Françoise Stegen (UPLF – Union professionnelle des logopèdes francophones), Elke Stienissen (LVV – Lymfklierkanker Vereniging Vlaanderen), Tilly Tartaglia (COPD vzw -chronisch obstructief longlijden), Joris Tas (CVS Contactgroep), Lore Tilley (Eerstelijnszone Klein-Brabant & Vaartland), Ine Timmermans (Eerstelijnszone Leuven), Wim Torbeyns (Domus Medica), Viona Torfs (Bonstato – Eerstelijnszone Bonheiden-Putte-Heist-op-den-Berg), Simone Ulrix (Réseau Multidisciplinaire Local du Grand Namur), Larissa Vallons (Eerstelijnszone Antwerpen Centrum), Annick Van den Bossche (Rélian), Leen Van Doorslaer (Eerstelijnszone Bruzel), Roel Van Giel (Domus Medica), Anja Van Nuffel (Eerstelijnszone Grimbergen), Michaël Van Roosbroeck (Vlaamse Parkinson Liga), Hanna Van Schoorisse (Eerstelijnszone Kortrijk-Kuurne -Harelbeke), Nicky Vandeghinste (CM), Dorien Vandormael (I-mens), Stephanie Vanespen (Eerstelijnszone Aalst), Mieke Vanheule (EMPACT), Els Vanhoucke (ME-vereniging), Mik Ver Berne (Hoofd-Stuk), Claudine Verbrugghe (Eerstelijnszone Brugge), Kathleen Verkest (Eerstelijnszone Pajottenland), Sabine Verstraete (Diabetes Liga), Vera Voet (Eerstelijnszone HAK Dijle & Netevallei), Stephanie Vrankens (Beerszone Beers-Oost-Oost - Zedelgem-Jabbeke), Annet Wauters (VPP), Vanessa Wittvrouw (Union professionnelle des sages-femmes belges)

- Voor hun steun bij het faciliteren van het World Café: Thérèse Van Durme (UCLouvain), Emily Verté (VUB – Vrije Universiteit Brussel)
- Voor de clusteranalyse van de discussiegroepen: Santiago Ortiz (shiftN)
- Voor de praktische en organisatorische ondersteuning: Marie De Cannière (Yelski)
- Voor de input over het literatuuronderzoek: Erik Schokkaert (KU Leuven)
- Voor taalcontrole: Inés de Azcarate (AZTranslations) voor Engels, Anja Boffenrath (PRT) voor Duits



Gemelde belangen: Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij geïntegreerde zorg. Daarom hebben zij per definitie mogelijk een zekere graad van belangenconflict

Layout: Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer:

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum: 4 oktober 2022

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Long Term Care; Chronic Disease; Delivery of Health Care, Integrated Health Care Reform; Organization and Administration, Models, Theoretical

NLM classificatie: W84.1

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2022/10.273/50

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.





Hoe refereren naar dit document?

Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Grootte J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede K, Benahmed N. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 359As. D/2022/10.273/50.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.