

GOED ZIEK

Leesexemplaar



RI DE RIDDER

# GOED ZIEK

Hoe we onze gezondheidszorg  
veel beter kunnen maken

Van Halewyck



# Inhoud

Voorwoord – door Frank Vandenbroucke 9

Inleiding 15

**Deel 1: Hoe ziek is de Belgische gezondheidszorg?** 25

1. Hoe zit het met de gezondheid van de Belgische bevolking? 27
2. Verbeteren we de kwaliteitservaring van de zorg? 61
3. Kunnen onze professionals op een goede en duurzame manier hun werk doen? 81
4. Hoe efficiënt is onze zorg? 87

**Deel 2: Een veel betere gezondheidszorg** 111

5. Het alternatief: geïntegreerde zorg 115
6. Geïntegreerde zorg in de praktijk: 3 niveaus 137

**Deel 3: De kunst van het veranderen** 187

7. De overgang naar een nieuw zorgsysteem 177
8. Kroniek van de believers 189
9. Niets zo moeilijk als verandering van het bekende en vertrouwde 219

**Deel 4: Epiloog** 229

14 meningen 231

Over dromen, denken, durven, doen & doordoen 251

Dankwoord 267

Bronnen 269

Noten 271



*In dankbare herinnering aan Nicole Van Waes  
en Theo Hullebroeck*

Leesexemplaar





## Voorwoord

Met veel overtuiging heb ik de uitnodiging aanvaard om een voorwoord te schrijven bij het boek van dr. Ri De Ridder, *Goed ziek. Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken*, en dit om twee redenen. De eerste reden verwijst naar de inhoud van het boek: de oproep om fris en ondogmatisch te denken, buiten de begane paden, *outside the box*. De tweede reden heeft te maken met de auteur.

Dr. De Ridder pleit voor een zeer grondige hervorming van onze gezondheidszorg. Zoals hij zelf aangeeft, zijn we in ons land niet goed in 'grondig hervormen': de weerstand tegen het opstarten van grondige hervormingen is over het algemeen groot, het voorbereidende denkwerk is vaak beperkt (waarbij het federale Kenniscentrum voor Gezondheidszorg dan nog een gelukkige uitzondering vormt), en de pleinvrees van de politieke en sociale wereld ten aanzien van echte koerswijzigingen blijft opmerkelijk. Vlaanderen doet op dat vlak helaas niet onder voor België.

Ongetwijfeld speelt een zekere zelfgenoegzaamheid mee, misschien meer in Vlaanderen dan in Wallonië of Brussel: we denken dat we het op het sociale vlak over het algemeen heel goed doen. In de Franstalige wereld is er dan weer de permanente vrees dat solidariteits- en overlegmechanismen die nu ingebakken zitten in ons sociale bestel alleen maar schade kunnen oplopen als *outside the box* gedacht en hervormd wordt. Een vreemde mix van zelfgenoegzaamheid en

defensieve argwaan houden de status quo dus in stand. Op het sociale terrein wordt de zelfgenoegzaamheid gevoed door de vaststelling dat ons land het op het vlak van inkomensverdeling beter doet dan vele andere landen. Maar als we onze blik niet beperken tot louter in geld uitgedrukte inkomensgegevens, dan zien we kloven die onze samenleving vaak dieper en hardnekkiger doorsnijden dan in andere landen: of het nu gaat over armoede bij kinderen, het aantal mensen dat leeft in een gezin waar niemand aan het werk is, de positie van laaggeschoolde mensen op onze arbeidsmarkt... Op al deze fronten doen we het slechter dan vele andere Europese landen. Dr. De Ridder toont overtuigend aan dat er ook in onze gezondheidszorg geen reden is tot zelfgenoegzaamheid: we kunnen beter, dus we *moeten* beter doen. Samen met het feit dat wetenschappelijke en commerciële ontwikkelingen onze gezondheidszorg in toenemende mate onder druk zullen zetten – denk aan de evoluties op het terrein van de geneesmiddelen – vormt dat een voldoende reden om na te denken over grondige hervormingen.

Centraal in het betoog van dr. De Ridder staat de idee dat gezondheidszorg aan de basis georganiseerd moet worden met multidisciplinaire teams die verantwoordelijk zijn voor de gezondheid van afgebakende bevolkingsgroepen. Het gaat om een afbakening volgens woonplaats: de teams krijgen dus een territoriale verantwoordelijkheid. De zorg die zij voorzien is echt geïntegreerd: het gaat om medische en niet-medische zorg, waarbij ook welzijnsaspecten aan bod komen. Het is niet aan mij om me over de details van dit voorstel uit te spreken. Wat me boeit is dat het ingaat tegen heilige huisjes waarrond voor- en tegenstanders van hervormingen in de gezondheidszorg zich in het verleden geïntegreerd hebben: enerzijds de prestatiefinanciering (een heilig huisje van wie zich in het verleden tegen hervormingen verzetten), maar anderzijds ook de idee dat een strakke ‘echelon-

nering' nodig is waarbij huisartsen de exclusieve poortwachter worden, niet alleen van de hele zorg in de eerste lijn, maar ook van de tweede lijn (wat in vroegere hervormingsdebatten vaak opdook).

Vanzelfsprekend is een fundamentele hervorming moeilijk. Het zou fout en onheus zijn te denken dat alleen klein-zelig eigenbelang overwonnen moet worden bij een dergelijke hertekening van het landschap. Zoals de auteur zelf uitlegt, vraagt een grondige hertekening dat vele bestaande structuren herdacht worden: de mensen die daarin leiding voeren, hebben vaak ook het allerbeste voor met de zorg en dragen gevoelige verantwoordelijkheden voor grote groepen werknemers. Een radicale blauwdruk in één keer doordruwen, hoe goedbedoeld ook, werkt niet in een sector als de gezondheidszorg. Wat nodig is, is ruimte voor doordachte beleidsexperimenten. Die ruimte moet zowel breed zijn als uitgestrekt in de tijd. Dat veronderstelt natuurlijk wel dat overheden en politici de diepe overtuiging hebben dat experimenten nodig zijn, dat ze breed en consequent moeten zijn, dat ze tijd nodig hebben en voortdurend bijgestuurd moeten kunnen worden. Politici en overheden moeten dus in overleg met alle actoren de horizon verkennen en daarbij vér kijken, maar tegelijkertijd moeten ze de illusie opgeven dat ze op voorhand alles netjes kunnen voorspellen en onder controle hebben. Overigens is de uitdrukking *outside the box* hierbij relatief: Ri De Ridder legt uit op welke terreinvaring zijn voorstel reeds kan steunen en hoe het aansluit bij gezagsvolle adviezen van internationale instellingen.

Daarmee zijn al twee *do's* aangestipt die ik meeneem uit dit boek, los van de vraag of we het met dit precieze voorstel eens zijn. Ongetwijfeld valt daar nog veel over te zeggen en moet er veel ingevuld worden, bijvoorbeeld over de ziekenhuisfinanciering. Ten eerste moeten we zowel 'conservatieve' als versleten 'progressieve' dogma's in vraag durven stellen. Ten tweede moet het beleid écht ruimte creëren voor

vernieuwende experimenten, niet in de marge, maar als een centrale strategische optie. Met het oog op de institutionele discussie die gevoerd wordt op het ogenblik dat ik dit schrijf (is een nieuwe staatsvorming nodig? Zo ja, welke?), wil ik ook één *don't do* benadrukken. Een nieuwe ronde staatsvorming mag niet uitgaan van de uitgangspunten van het verleden, met name dat gezondheidszorg geen 'territoriale' beleidskwestie is, maar een 'persoonsgebonden' beleidskwestie. De karakterisering van gezondheidszorg als 'persoonsgebonden' heeft ons Vlaamse institutionele debat vele jaren overheerst. Daarin werd gezondheidszorg opgevat als een verzekering voor prestaties waarbij je aan Brusselaars, zoals in andere verzekeringen, de keuze zou kunnen laten tussen een 'Vlaamse verzekering' en een 'verzekering van de Franstalige Gemeenschap'. Dit keuzemodel is niet alleen moeilijk werkbaar, de onderliggende visie op gezondheidszorg als verzekering voor individuele medische prestaties is hopeloos uit de tijd. De visie van dr. De Ridder creëert een perspectief op radicale decentralisatie, maar niet op de leest die in Vlaanderen traditioneel als uitgangspunt gold. De les die ik hier wil trekken is nog breder: vooraleer men eender welk programma opstelt voor een nieuwe staatsvorming, moet men eerst inhoudelijk weten hoe een modern beleid in de diverse onderdelen van ons sociaal bestel eruit zou kunnen zien. Een modern gezondheidsbeleid, om dit voorbeeld te nemen, kan brede solidariteit en vergaande decentralisatie in de uitvoering combineren, maar niet volgens het denkschema van onze oude Vlaamse resoluties.

Dit boek stelt dus opnieuw de vraag wat de betekenis is van solidariteit in onze samenleving en hoe we die het best organiseren, waarbij het blikveld gaat van de ontwikkeling van peperdure geneesmiddelen tot de ondersteuning van mantelzorg in het dagelijkse leven van gezinnen. Het biedt een kritische spiegel aan, zowel voor het federale als voor het Vlaamse beleid. Een belangrijke kritische bedenking die

bijna terloops gemaakt wordt bij het actuele Vlaamse beleid, wil ik graag onderstrepen: is een veralgemening van de ‘persoonsvolgende financiering’ voor mensen met een zorgnood wel het goede spoor? Leidt een veralgemeende individuele aanpak niet tot nieuwe ongelijkheden en inefficiënties?

De oproep om zelfkritisch te zijn en grondig te hervormen, ondanks de pleinvrees die ons zo vaak kenmerkt, is de eerste reden waarom ik graag een voorwoord schrijf bij dit boek. De tweede reden heeft te maken met een kwaliteit van de auteur. De onvermijdelijk enigszins persoonlijke geschiedenis, die in het boek aan bod komt wanneer het gaat over de oprichting van de eerste Belgische *wijkgezondheidscentra*, illustreert de ‘lange mars door de instellingen’ die Ri De Ridder achter de rug heeft: van activist en huisarts tot beleidsadviseur en leidinggevende bij het RIZIV. Ik heb het voorrecht gehad met hem samen te werken – Ri De Ridder was een sleutelfiguur in het kabinet gezondheidszorg 1999-2003 – en hem ervaren als iemand die zeer praktisch en pragmatisch beleid kan voeren, met alle grote en kleine problemen die daar voortdurend opduiken. Hij deed dat vanuit een oprecht engagement en het is bijzonder te lezen hoe dit authentieke engagement vandaag opnieuw vertaald wordt in dit boek. Ik stip deze eigenschappen hier niet toevallig aan, want de combinatie van gedrevenheid, ambitie, pragmatiek en bedachtzaamheid vormt ook het recept voor het echte hervormingsbeleid dat ons land nodig heeft.

*Frank Vandenbroucke*  
*Hoogleraar aan de Universiteit*  
*van Amsterdam*



## Inleiding

*‘Als je ergens ter wereld ziek moet zijn, dan kan je toch maar beter in België wonen.’*

Het is een reactie die ik soms kreeg, wanneer ik vertelde dat ik een kritisch boek aan het schrijven was over de Belgische gezondheidszorg.

*‘Maar het is hier toch zo slecht niet!’*

Ook een veelgehoorde uitspraak. En een begrijpelijke, want voor een grote groep mensen is onze gezondheidszorg inderdaad zo slecht nog niet. Vooral niet voor mensen zonder financiële zorgen, die hun tandarts- of doktersbezoek niet moeten uitstellen tot er weer geld op de rekening staat, of die zich een consultatie bij de psycholoog kunnen veroorloven. Voor goed geïnformeerde mensen ook, die uit zichzelf stappen zetten om zich te laten screenen op kanker. Maar die uitspraak gaat veel minder op voor mensen die behoren tot de steeds groter wordende groep van eenzame ouderen met chronische ziektes, of voor mensen die op een of andere wachtlijst staan, omdat ze een handicap hebben of nood aan geestelijke gezondheidszorg.

Mensen die het relatief goed hebben in onze samenleving en nog niet werden geconfronteerd met ernstige of chronische

ziektes, hebben een behoorlijk positief beeld van onze zorg. We hebben immers die uitstekende specialisten, topdokters, die ons zullen redden als we ziek worden. Maar staan we er voldoende bij stil dat die topdokters met hun gespecialiseerde ingrepen, die onze samenleving veel geld kosten, in België eigenlijk te veel in actie moeten schieten? En dat dit door bijvoorbeeld een beter georganiseerde borstkanker-screening of darmkankerpreventie niet nodig zou zijn? En gaat het wel genoeg over die groep mensen die onze uitstekende topdokters niet kunnen betalen? En over het feit dat die groep in België groter wordt, in tegenstelling tot andere West-Europese landen?

Gezondheidszorg staat tegenwoordig niet bovenaan op de politieke agenda. Ja, we hebben het over de personeelstekorten en de behoefte aan een groeiend aantal arbeidsplaatsen. Maar de fundamentele vragen worden niet beantwoord. Nochtans zouden bij alle Belgen, die allesbehalve de gezondste leerlingen van de Europese klas zijn, de alarmbellen moeten rinkelen. Ons gezondheidszorgsysteem is immers niet voorbereid op de uitdagingen die ons te wachten staan, namelijk de dure biotechnologische evoluties en de vergrijzing. Dat heeft tot gevolg dat het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen zal toenemen. Ons systeem wordt onbetaalbaar. Er staan ons aartsmoeilijke ethische keuzes te wachten over welke zorg de overheid al dan niet terugbetaalt. En dat is alleen voor de privéverzekeraars goed nieuws. De kans stijgt dat wie vandaag relatief tevreden is, ook gaat behoren tot de nu al groeiende groep mensen die hun zorg moeten uitstellen of niet kunnen betalen.

We moeten dus absoluut vermijden dat we terechtkomen in besparingsrondes die op rekening komen van de burger, die in vergelijking met zijn burens uit de omliggende landen al veel zelf moet bijdragen aan zijn zorg. We kunnen dit ver-



mijden, maar alleen als we het huidige gezondheidszorgsysteem volledig achter ons laten en fundamentele veranderingen doorvoeren. Geen renovatiewerken, maar nieuwbouw.

Ik ben ervan overtuigd dat zo'n fundamentele verandering geen illusie is, maar een echte mogelijkheid. Vandaar dit boek, waarin ik zal proberen om een zo concreet mogelijk alternatief uiteen te zetten. Een nieuw systeem vanaf de grond opbouwen zal veel moed en engagement vragen van zowel de politiek als van de medische en zorgsector, maar ik geloof dat we die bereidheid kunnen vinden. Want er is goed nieuws: mijn aanbevelingen kosten geen stukken van mensen. Alle beleidsmakers en politieke partijen schreeuwen om meer geld, maar eigenlijk is dat zelfs niet nodig... op voorwaarde dus dat we fundamenteel durven te veranderen.

En er is nog goed nieuws. In het alternatief dat ik naar voren schuif en dat 'geïntegreerde zorg' heet, zal de mens – de zorgvrager – zich ook veel beter voelen. De zorg vandaag wordt als erg onpersoonlijk aanvoeld, zowel door zorgverstrekkers als door zorgvragers, en zeker door mensen die kampen met meerdere chronische ziektes. Chronisch zieken maken intussen al 70 tot 80 procent van onze zorgvraag uit, en dat aantal zal – gezien de vergrijzing – niet verminderen. Zeker die mensen lopen verloren in het systeem en zijn het beu om telkens opnieuw hun verhaal te doen, om nog eens dezelfde test af te leggen, om weer een ander advies te krijgen. En dat al die verschillende zorgverstrekkers apart betaald worden per consultatie, per ingreep of per test, is eigenlijk pervers, want zo heeft het systeem baat bij zieke mensen. In het alternatief, de geïntegreerde zorg, doet het systeem zijn voordeel bij gezonde mensen. En dat alleen al is hopelijk een reden om verder te lezen, of je nu patiënt, zorgverstrekker of beleidsmaker bent.

## De beste van Europa? Of net niet?

Maar voor we het hebben over dit alternatief, acht ik het mijn taak om duidelijk te maken waarom we zo dringend toe zijn aan verandering en wat het probleem is met het huidige systeem. Het is van essentieel belang dat we met zijn allen beseffen dat onze gezondheidszorg geen rozengeur en maneschijn is. Er zijn best wat obstakels om tot dit besef te komen, want belanghebbenden doen ons geloven dat dit wel zo is. Zo heerste er eind februari 2019 een ware hoersfeer in onze kranten. *Belgische gezondheidszorg bij de beste van Europa* (De Standaard), *Belgische gezondheidszorg vijfde beste van Europa* (HLN), waren enkele van de ronkende titels. De bevoegde minister van Volksgezondheid Maggie De Block kreeg naar aanleiding van het rapport op radio en tv de gelegenheid om het gevoerde beleid in de verf te zetten.

De media vermeldden echter niet dat de studie, die België zo hoog plaatste (de jaarlijkse Euro Health Consumer Index) wordt uitgevoerd door de Health Consumer Powerhouse, een liberale en privédenktank die de gezondheidszorg door de bril van de individuele consument bekijkt. En die bril is niet altijd even neutraal. Het feit dat je als consument rechtstreeks toegang hebt tot de specialist en de snelheid waarmee je een CT-scan kan krijgen, worden bijvoorbeeld als uitsluitend positief beschouwd, terwijl er wel degelijk een keerzijde is aan die medaille. De overconsumptie, die de overheid – en dus de belastingbetaler – stukken van mensen kost, om maar iets te noemen.

Dokters van de Wereld, de ngo waarvan ik de eer heb voorzitter te zijn, wees er toen op dat de index enkel meet *hoe snel* je toegang hebt. *Of je überhaupt toegang hebt*, is geen parameter. 8 procent van de Belgen met een laag inkomen raakt om financiële redenen niet aan de nodige zorg. Dat dit in de

buurt komt van het slechtste cijfer van Europa, wordt gewoon genegeerd.

Ik vermeld de cijfers van de Health Consumer Powerhouse om aan te tonen dat studies, in het leven geroepen door privéorganisaties of de farmaceutische sector, ons denkbeeld voortdurend beïnvloeden. Die studies stellen ons gerust. *We zijn toch in goede handen.* Of ze bevestigen wat de meeste Belgen denken en hopen: *onze zorg is toch zo slecht nog niet.*

De logische vraag is nu: zijn er überhaupt objectieve criteria die bepalen wat goede gezondheidszorg is? Bestaan er neutrale parameters die niet worden bepaald door privé- of politiek gekleurde instanties? Het geruststellende antwoord is: jazeker. Deze parameters worden gehanteerd door onder meer de Wereldgezondheidsorganisatie. In dit boek zijn ze de rode draad.

### Wat is goede gezondheidszorg?

Er bestaat een nieuwe benadering van de gezondheidszorg: het *triple aim principe*, dat in 2008 in het leven werd geroepen door het Institute for Healthcare Improvement (IHI). Volgens dit principe moeten we streven naar een betere gezondheid en meer welzijn voor hetzelfde en zelfs voor minder geld. Het stelt ook dat een gezondheidszorgsysteem drie doelstellingen moet nastreven.

1. De verbetering van de gezondheid van de bevolking.
2. De verhoging van de kwaliteitservaring van de zorg.
3. Meer gezondheid met dezelfde financiële middelen (efficiëntie).

In het triple aim principe zijn alle doelstellingen even belangrijk en met elkaar verbonden. Als je bijvoorbeeld meer inzet op preventie, worden mensen minder snel ziek (1), wat de kosten aan de samenleving uiteindelijk zal verlagen (3). Daardoor kan je meer aandacht besteden aan de zieken zelf, zodat zij meer tevreden zijn over de kwaliteit van de zorg (2).

Later is daar nog een vierde dimensie aan toegevoegd. Sindsdien spreekt men van de *quadruple aim*. De vierde doelstelling moet het welbevinden verbeteren van wie in de gezondheidszorg werkt. Wanneer de professionals in goede omstandigheden hun job kunnen uitoefenen, heeft dit een positieve impact op de drie andere doelstellingen.

### Wat is goede gezondheidszorg... voor iedereen?

In het eerste deel van dit boek, waarin ik de huidige staat van onze gezondheidszorg analyseer, toets ik de criteria van de quadruple aim aan het huidige Belgische systeem en werk ik rond de vier doelstellingen.

1. De verbetering van de gezondheid van de bevolking. We starten met de vraag hoe het staat met de gezondheid en waar ze kan worden verbeterd.
2. De verhoging van de kwaliteitservaring van de zorg. Dat begint met het bevragen van de patiënt: wat zijn zijn behoeften, hoe ervaart hij de zorg, wat is de impact op zijn leven?
3. Betere werkomstandigheden voor de mensen in de zorgsector, zodat ze hun job zo comfortabel en zinvol mogelijk kunnen uitoefenen.
4. De verhoging van de efficiëntie door minder geld te verspillen aan onnodige uitgaven en door meer gezondheid te realiseren met dezelfde financiële middelen.

Het is een bewuste keuze om de volgorde van de quadruple aim te veranderen en de derde doelstelling over efficiëntie pas als laatste te bespreken, omdat het item over het kostenplaatje als een rode draad door het boek loopt en eigenlijk alle doelstellingen overkoepelt.

Ik heb er eveneens voor gekozen om bij elke van de vier doelstellingen aandacht te hebben voor de vraag: wat is goede gezondheidszorg voor iedereen? Het klinkt logisch dat de totale bevolking moet kunnen genieten van een goede zorg, zonder onderscheid tussen arm en rijk, handicap en geen handicap, jong en oud, opleiding en geen opleiding, mensen met en zonder papieren... Gezondheidszorg is immers een basisrecht. Toch is het iets wat vaak wordt genegeerd, denk maar aan die Euro Health Consumer Index. In België is die vraag zeker cruciaal, omdat de groep mensen die geen toegang heeft tot zorg alsmaar groeit, terwijl in de rest van Europa het omgekeerde gebeurt. De groeiende gezondheidskloof en de tanende solidariteit krijgen in dit boek dus alle aandacht.

### Waarom dit boek en voor wie?

Met dit boek heb ik niet mijn 'memoires' geschreven. Dat zou getuigen van een verregaande ijdelheid. Het is eerder een eerlijke poging tot afsluiting van de ambitie waarmee ik veertien jaar geleden het management van de ziekteverzekering op me heb genomen. Ik hoopte destijds aan het eind van mijn mandaat het systeem volledig te kunnen doorgronden en voor mezelf 'intellectueel beheersbaar' (lees: controleerbaar en veranderbaar) te maken. Welnu, dat is niet gebeurd, om de eenvoudige reden dat zo'n complex systeem heel moeilijk volledig te doorgronden valt, laat staan te veranderen.

Dat heb ik gedurende mijn hele loopbaan gemerkt, als arts, als medeoprichter van de wijkgezondheidscentra, als

politiek adviseur en als directeur bij het RIZIV. Wel ben ik erin geslaagd om hier en daar aan de boom te schudden en kleine projecten te verwezenlijken, die voor de betrokken patiënten veel hebben betekend. Maar een fundamentele verandering blijft helaas uit.

Mijn ervaring heeft mijn idee versterkt dat je de gezondheidszorg moet bekijken als een hardnekkig systeem dat de neiging heeft om op zichzelf terug te plooiën bij een dreigende verandering. Dat is het zogenaamde systeemdenken, waar ik later nog op terugkom. Als we dat rigide systeem van onze zorg een beetje willen begrijpen, moeten we af en toe ons heil zoeken in de antropologie, filosofie of de sociologie, wat ik in dit boek ook probeer te doen. Gezondheidszorg is immers geen opzichzelfstaand gegeven, maar een systeem dat is ingebed in onze waarden, opvattingen en gewoonten en in ons beeld over mens en natuur. Dat beeld wordt dan weer op zijn beurt sterk beïnvloed door onze maatschappelijke context.

Eigenlijk luidt de essentiële vraag: *zijn we gelukkig met het huidige systeem, zoals het continu in dezelfde richting evolueert, zonder enige verandering in de fundamentele kenmerken ervan?* Zelf heb ik die vraag altijd negatief beantwoord, zelfs voor ik aan mijn professionele leven begon. Ik ben er altijd van overtuigd geweest dat een beter gezondheidssysteem mogelijk is en de moeite waard om na te streven. Aan die overtuiging is niets veranderd.

Daarom maak ik in dit boek af en toe een uitstapje naar het verleden. Enerzijds wil ik hiermee duidelijk maken dat mijn visie niet geïsoleerd is, maar dat deze overtuiging zowel hier als in het buitenland al vele decennia sluimert. Anderzijds, en vooral, zijn die historische uitweidingen bedoeld om de lezer te tonen dat ik destijds samen met een groep gelijkgezinden de goesting had om het anders aan te pakken. Dankzij die goesting en ondanks de vele tegenkan-

tingen van de Orde der Geneesheren hebben we toch de fundamenteën kunnen leggen van de eerste wijkgezondheidscentra.

Ik hoop dat mijn verhaal aanstekelijk werkt en dat er beweging komt in de sector, van onderuit. Hiervoor hoeven we niet te wachten op de beleidsmakers. De historische uitstapjes zullen ons immers ook leren dat we in België moeilijk leren uit onze fouten en dat we niet verder raken dan wat oplapwerk. Ik heb geleerd dat verandering niet vanaf de top ontstaat, hooguit vanuit het leiderschap dat verandering mogelijk kan maken. De echte verandering zal van onderuit moeten komen, en dat is misschien wel mijn grootste motivatie om dit boek te schrijven.

Ik hoop ook dat de lezer die niet in de sector actief is, maar als patiënt of familie van een patiënt bij de thematiek betrokken is, na het lezen van dit boek goesting krijgt om met een veel kritischer blik zijn of haar weg te zoeken in de gezondheidszorg. Daar zal hij of zij als patiënt niet alleen beter van worden, het zal er ook mee voor zorgen dat het huidige systeem verplicht is om zich aan te passen en uiteindelijk het roer om te gooien.

Niet iedereen deelt mijn visie op de gezondheidszorg. Onhaalbaar, wordt wel eens gezegd. Ik probeer in mijn boek het tegendeel te bewijzen, met een echt voorstel tot verandering. Een model, waarvan ik hoop dat velen het de moeite vinden om ervoor te gaan. Ik hoop dat het concreet genoeg is – in ieder geval concreter dan de vele visieteksten die we de laatste jaren hebben zien verschijnen – om aan de slag te gaan of om een kompas te geven voor wie bakens aan het verzetten is. Hopelijk helpt het boek ook om een beter leiderschap in onze gezondheidszorg te realiseren. Of om daar op zijn minst een debat over op gang te brengen.





DEEL 1

HOE ZIEK IS  
DE BELGISCHE  
GEZONDHEIDS-  
ZORG?

Als we de gezondheidszorg beter willen maken, moeten we eerst in kaart brengen waar precies ons systeem ziek is. We zullen daarom nagaan in welke mate het Belgische systeem beantwoordt aan de vier criteria van de quadruple aim.

In dit onderdeel verwijs ik geregeld naar statistieken. De cijfers komen, tenzij anders vermeld, uit onderzoeken van Eurostat of de nationale performantierapporten. Die zogenaamde HSPA (Health System Performance Assessment)-rapporten, waarvan het laatste verscheen in april 2019, zijn een driejaarlijkse check-up van het gezondheidssysteem door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), in samenwerking met Sciensano, RIZIV en de FOD Volksgezondheid.

We zullen dus eerst bekijken hoe gezond de Belgische bevolking eigenlijk is (doelstelling een). Dat zal ons meteen ook iets vertellen over de kwaliteit van onze zorg (doelstelling twee). Daarna zullen we het hebben over de sector zelf. Hoe ervaren de zorgverstrekkers het systeem (doelstelling 3)? En tot slot zullen we de drie eerste punten bekijken door de financiële bril en onderzoeken of er binnen het bestaande budget zo veel mogelijk zorg wordt gerealiseerd en of de ingezette middelen worden gemaximaliseerd (doelstelling 4).

## HOOFDSTUK 1

# Hoe zit het met de gezondheid van de Belgische bevolking?

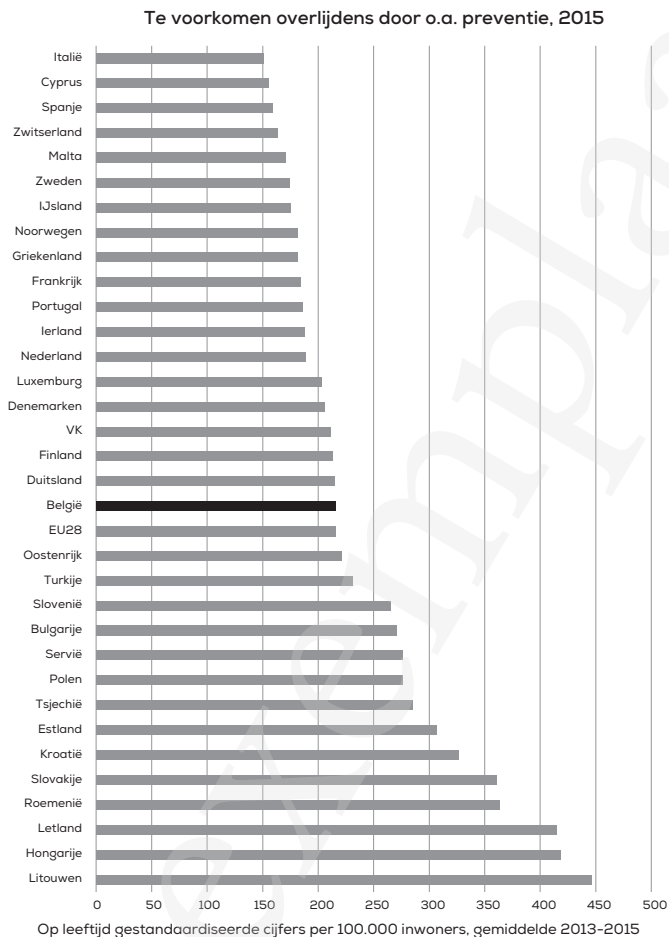
*Hoe gezond leven we, hoelang leven we, hoeveel gezonde levensjaren hebben we en waaraan gaan we uiteindelijk dood? Als we de gezondheid van de Belgen onder de loep nemen, kunnen we niet om dit soort vragen heen. Twee opmerkelijke punten vallen dan meteen op en die wil ik in dit hoofdstuk behandelen.*

1. Vaak is de oorzaak van een overlijden te vermijden. Hoe komt dat?
2. Rijke Belgen zijn veel gezonder dan Belgen uit de midden- en de lagere sociale klasse. In heel Europa hebben arme mensen minder toegang tot de gezondheidszorg dan het meer bemiddelde deel van de bevolking, maar België is een van de weinige landen waar die kloof alsmaar groter wordt.

### 1.1 Preventie, de grote zwakke plek

1. Het belang van preventie

Belgen zijn geen koplopers in gezonde levensstijl. Op het vlak van rookgedrag, alcoholgebruik en voldoende beweging schommelen we rond het Europese gemiddelde. Ook wat voeding betreft, zijn we geen schoolvoorbeeld. Slechts 14 procent van de Belgen eet dagelijks 400 gram groenten en



fruit en beantwoordt daarmee aan het voedingsvoorschrift van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Die levensstijl weerspiegelt zich in onze sterftestatistiek: er overlijden te veel mensen aan een oorzaak die te voorkomen was, zoals longkanker, zelfdoding, ischemische hartziekten of verkeersongevallen.