



*Visie
op
lokaal gezondheidsbeleid*



*" Betaalbare geneeskunde, geen lange wachtlijsten,
vrije keuze van arts en ziekenhuis, tevreden
patiënten, ...*

*Ons systeem van gezondheidszorg wordt soms
voorgesteld als het beste ter wereld. Toch zijn er
een aantal problemen die men onder ogen moet
durven zien. "*

*Jozef Goebels.
Voorzitter ACW-Geel.
België.*



Waarom een thema als lokale gezondheid bestuderen?

GEZONDHEID !!!

Patiënt = centraal.

Gezondheid – gezondheidszorg.

Gezondheidszorg: preventief en curatief.

België geroemd om zeer goede sociale zekerheid en gezondheidszorg. Nochtans laatste jaren zakken we in verschillende rankings.

Meten is weten: kwaliteit gezondheidszorg moet gemeten worden.

Sterke punten:

- toegankelijkheid van de zorg (aanwezigheid, betaalbaarheid)
- vrije keuze patiënt
- concurrentie
- opleiding zorgverstrekkers



Probleem 'duale gezondheidszorg':

- één (waaronder privaat = winst maken) voor de goed bemiddelden
- en het verplichte systeem (overheid) voor de rest.

Gezondheidszorg is niet goedkoop: 36% van de sociale uitgaven in België.

Gezondheidszorg is ook een bron van banen en economische rijkdom: meer dan 400.000 Belgen hoofdactiviteit in gezondheidszorg = 2 x meer dan in de bouwsector en heel veel meer dan in het onderwijs.



Waarom houdt ACW-Geel zich met deze materie bezig?



Gezondheid en gezondheidszorg voor **IEDEREEN**.

Het medische en sociale moeten sterk met elkaar verweven zijn. **SOLIDARITEIT** moet primeren.

Mensen die onderaan de sociale ladder staan:

- sterven 3-5 jaar vroeger
- verkeren 18-25 jaar minder in goede gezondheid (kost voor individu en staat).

Verschillende factoren bepalen mee de gezondheidstoestand van mensen: vb. leefomstandigheden (huisvesting, milieu, omgeving, buurt) en werkomstandigheden.

‘Voorkomen is beter dan genezen’: **PREVENTIE** moet centraal staan naast het werken rond de ‘gezondheidsongelijkheid’.



Patiëntenrechten onvoldoende bekend.

Patiëntenrechten in België:

- recht op kwaliteitsvolle dienstverlening
- recht op vrije keuze van de zorgverlener
- recht op informatie
- recht op toestemming
- rechten i.v.m. het patiëntendossier
- rechten op bescherming privacy
- rechten op klachtenbemiddeling (ombudsdiensten).



Brede visie op gezondheid ontwikkelen die rekening houdt met het welzijn van de bevolking in al zijn dimensies ➡ rol voor sociale organisatie als ACW.

Gezondheid vanuit EU perspectief:

- sterke sociale modellen komen onder druk te staan
- Wereldbank legt nieuwkomers een eigen systeem op met nadruk op 'ieder voor zich' (privaat model zoals in Amerika)
- VS: meeste middelen besteed aan gezondheidszorg, maar anderzijds het slechtste systeem ter wereld.

Gezondheidsbeleid: wiens taak?

Regulering en rechten:

- VN mensenrechten stellen recht op gezondheid als internationale norm
- gezondheid is een grondrecht
- gezondheid is een basisrecht en een belangrijke voorwaarde om andere basisrechten zoals recht op onderwijs en werk te kunnen uitoefenen.

Het lokale gezondheidsbeleid is een “Kerntaak” voor een openbaar bestuur: het lokale bestuur dient hiervoor in ieder geval beleidsmatig verantwoordelijk te blijven. **GEZONDHEIDSPLAN**

☞ Gezondheidsambtenaar

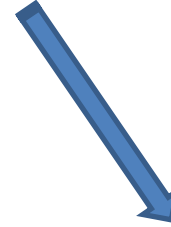
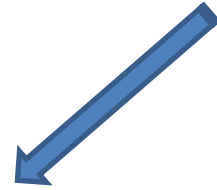
☞ Gezondheidsbeleid als schepenbevoegdheid

Een goed toegankelijke en kwalitatieve eerstelijnsgezondheidszorg is onontbeerlijk en de sleutel voor de ganse gezondheidszorg.

De huisartsgeneeskunde (eerstelijns) is uitermate belangrijk.

KWALITEIT – BEREIKBAARHEID & TOEGANKELIJKHEID – BETAALBAARHEID

Patiënt (geduld – patience)



Huisarts



Spoedgevallen

1. De huisarts:

Vaststellingen rond huisarts:

- Bereikbaarheid:
 - Actieve huisartsen: 1/1.000 inwoners (EU gemiddelde)
 - Groot percentage ouder dan 50 jaar.
 - Meer dan kwart huisartsenquota niet ingevuld.
 - Meer vrouwen.
 - Van solo naar groep.
 - Patiëntenstop.
 - Minder huisbezoeken.
 - Wacht: georganiseerd.
 - Veiligheidsprobleem.
 - Rechtszaken bij mogelijke fout.



Vaststellingen rond huisarts:

- Bereikbaarheid: (vervolg)
 - Minder attractief beroep (o.a. loon): daardoor minder instroom.
 - Numerus clausus vanaf 1989.
 - Opleiding: iedereen probeert specialist te worden.
 - Geen permanente beschikbaarheid meer.
- Toegankelijkheid:
 - Toename kansarmen: vinden moeilijk weg GZHZ of niet betaalbaar.
 - Betaalbaarheid: 30% patiënten problemen kosten (vooral ZH fact.).
- Veranderende rol functie huisarts:
 - Psychische opvang en begeleiding belangrijke tijdsbesteding.
 - Discipline mensen is veranderd.



Rol huisarts in de toekomst:

- Vroeger: **eerste contact** bij ziekte.
- **Vertrouwenspersoon** van de patiënt: goed op de hoogte van “cure” en “care” noden patiënt. Dus niet alleen op vlak *medische zorg*, maar als regisseur op de 4 domeinen die de kwaliteit van het leven in de thuissituatie versterken n.l.: lichamelijke gezondheid, een eigen woon- en leefomgeving, sociale redzaamheid en geestelijk welzijn.
- **Persoonlijk raadsman**: ondanks (door) overvloed aan informatie en kennisverhoging van de patiënt, blijft de gezondheidszorg een mysterieus gegeven en groeit specialisatie.
- **Hoofdbehandelaar**: in complexe situaties waarbij meerdere hulpverleners en zorgniveaus noodzakelijk en betrokken zijn. Beschikt over alle info.
- **Gesprekspartner in het lokaal overleg** om te komen tot een lokaal gezondheidsbeleid (CLS).
- **Stimulator van preventie**: voldoende bevoegdheid?



Rol huisarts in de toekomst:

Herwaardering van de functie van huisarts:

➤ Opleiding:

- vanaf 2^o jaar peilen naar talenten (ook sociale) van de studenten geneeskunde
- imago van tweederangs keuze verlaten (na specialisten)
- moet huisartsgeneeskunde ook niet als specialisme beschouwd worden ?
- accreditatie: vergoeding i.f.v. bijscholing en objectieve kwaliteitsnormen (resulteert immers in een betere besteding beschikbare gelden)

➤ Andere / betere verloning huisartsen:

- België: momenteel ± 5% RIZIV budget besteed voor huisartsen = aan wat nodig is voor administratie RIZIV
- intellectuele prestatie is onderbetaald: machines en personeel wel.



Rol huisarts in de toekomst:

Andere organisatie van de huisartsenpraktijk:

- Deels forfaitaire betaling voor aantal patiënten (zie Roemenië).
- 'Globaal Medisch Dossier': als leidinstrument. Dit dient te leiden naar een vorm van inschrijving bij de huisartsenpraktijk.
- Groepspraktijken en Wijkgezondheidscentra:
 - multidisciplinariteit
 - goede omkadering
- Uitbouw van een goed wachtsysteem:
 - locatie
 - dubbele wacht
 - uitrusting
 - ondersteuning
 - bereikbaarheid.



Rol huisarts in de toekomst:

Andere organisatie van de huisartsenpraktijk:

➤ Informatisering:

- elektronische patiëntengegevens (ook voor wachtdienst)
- thuis-monitoring van de patiënt
- interactie via internet voor lab uitslagen
- overleg met specialisten en ziekenhuizen
- vaccinatie databank
- sociale zekerheidskaart
- CEBAM (Centre of Evidence Based Medicine).

Hiervoor moet door de overheid extra middelen voorzien worden en ondersteuning van de huisartsen.



2. Specialisten:

Huisarts en specialist - ziekenhuis:

- Samenwerking specialist met huisarts is noodzakelijk zowel voor aanmelding als rapportering (deze daalt). Nabehandeling gebeurt best via de huisarts (ook kostenvermindering voor overheid en voor patiënt).
- Daghospitaal promoten waar kan. Kort verblijf, wat tevens de kosten doet dalen voor patiënt en overheid.
- Als patiënt zich niet goed of gelukkig voelt bij specialist, vrij snel doorverwijzen voor 'second opinion' naar andere specialist of een universitair ziekenhuis en opvolging te bespreken tussen huisarts (eerste lijn), specialist (tweede lijn) en UZ (derde lijn).
- Goede doorverwijzing en contacten 1ste , 2de en 3de lijn zijn nodig.
- Evolutie nu: wie kent wie nog? Huisartsen en specialisten dienen nauwe contacten te onderhouden. Samenwerkingservaring is belangrijk.

3. Ziekenhuis:

- ➡ Voor welk soort ziekenhuis gaan we ?
 - ➡ Wat is de rol van een ziekenhuis ?
 - ➡ Wat verwachten wij concreet van een ziekenhuis ?
-
- ✓ Voldoende dicht bij de mensen.
 - ✓ Voldoende groot volume aan activiteiten.
 - ✓ Samenwerking met een universitair moedercentrum.
 - ✓ Niet langer georganiseerd rond diensten, maar rond zorgprogramma's.
 - ✓ Katalysator tussen huisarts, specialist(en) en universitair ziekenhuis.
 - ✓ Men kiest meestal i.f.v. specialist.
 - ✓ Te lange wachttijden.
 - ✓ Personeel heeft een belangrijke functie in genezingsproces.
 - ✓ Diversiteit.



Ziekenhuis:

- Duidelijke informatie over behandeling.
- Duidelijke informatie over kosten.
- Hospital Governance:
 - Maatschappelijke lokale verankering (gezondheidszorg met openbaar karakter).
 - Patiënt centraal met zijn/haar zorgbehoeften.
 - Ziekenhuisbeleid wordt zorgbeleid.
 - Hospital Governance impliceert:
 - ✓ Een beleidsplan met concrete doelstellingen (te evalueren).
 - ✓ Algemene vergadering: hierin kunnen stakeholders rechtstreeks participeren.
 - ✓ Raad van Bestuur: verantwoordel. voor goede werking ZH (evenwichtige vertegenwoordiging);
 - ✓ Executieve (directieteam): uitvoerende beslissingen / dagdagelijkse leiding.



Ziekenhuis:

- Expertise aanbod: kaart van regio.
- Multidisciplinair Oncologisch Comité: vertrekken vanuit een “case directed” overleg.
- Spoed en MUG.
- Ziekenhuis als ‘preventiehuis’: extern en intern.
- Gezondheidsambtenaar.
- Fusie en samenwerkingsverbanden: netwerk vorming / associatie ?
 - Vanuit globaal zorgstrategisch plan regio.
 - Vetrekkend van “wat is voordeel voor patiënt”?
- Openbaar karakter ziekenhuis.



4. Stad:

- Geïntegreerd beleid: gezondheidsaspect inherent verweven met sociaal beleid.
- Lokaal gezondheidsbeleidsplan: zowel preventie als curatieve.
- Preventie: zowel openbare besturen als sociale organisaties hebben taak.
- Lokale gezondheidsraad.



5. Mutualiteiten:

- Controle en meten.
- Aangeven noden en behoeften.
- Vertegenwoordigen patiënten.



6. Preventie:

- Vlaamse gezondheidsdoelstellingen: voor alle groepen van mensen!
- LOGO:
 - Overleg, informatie en advies, opbouw capaciteit, aanreiken afgewerkte producten en methodieken, coördinatie en begeleiding.
 - Adviseren van lokale besturen bij opmaak preventieve gezondheidszorg en lokaal sociaal beleid.
 - Financiële ondersteuning door gemeenten.



7. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg:

- Verhoging van aantal en ernst psychische ziektebeelden.
- Meer middelen voor “centra geestelijke gezondheidszorg”.
- Residentiële drugopvang voorzien.
- Lokaal overleg rond geestelijke gezondheidszorg.
- Uitbreiding aantal plaatsen beschut wonen.



8. Palliatieve zorg:

- Hoe goed organiseren we het levenseinde in onze samenleving?
- Hoe optimaal is de kwaliteit van leven van patiënten in laatste levensfase?
 - Voldoende aandacht naar psychosociale en spirituele zorg.
 - Lokaal bestuur kan bijdrage leveren.
 - Palliatieve zorg in de rust- en verzorgingssector dient uitgebreid.
 - Wanneer ingeschakeld?
 - Wat is palliatief? Terminaal of vroeger?
 - Minder mantelzorgers en minder vrijwilligers voorhanden.
 - 82% van gevolgde patiënten Ispahan thuis overleden (hoger dan gemiddelde).



9. Thuiszorg:



- Omkadering sociale gevolgen bij gespecialiseerde ingreep.
- SEL: Samenwerking EersteLijnszorg:
 - Afstemming zorgaanbod en noden bevolking en individuele gebruiker.
 - Samenwerking bevorderen tussen zorgaanbieders onderling, zorgaanbieders en andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, zorgaanbieders en gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers.
 - Neutraal aanspreekpunt voor gebruikers, mantelzorgers, vrijwilligers, andere hulpverleners en voorzieningen en Vlaamse overheid.
 - Bijzondere inspanningen om toegankelijkheid zorg te optimaliseren.
- Mantelzorg daalt waardoor ook eenzaamheid ontstaat.
- Wachttijden in diensten Gezins & Bejaardenhulp (vb. poetsdienst 1 jaar).
- Ook thuiszorgdiensten meer geconfronteerd met psychiatrische problematiek.

Thuiszorg:

- Meer aandacht voor toekomstplan ouderen. (TOG)
- Preventie uitbouwen en stimuleren in thuiszorg.
- Aanbod dagopvang: Collectieve Autonome DagOpvang (CADO project).
- Dienst warme maaltijden.



10. Residentiële zorg:

- Beeldvorming woon- en zorgcentra verhogen.
- Kortverblijf stimuleren.
- Overleg organiseren tussen verschillende woon- en zorgcentra.
- Dienstencentrum organiseren.



Concrete aandachtspunten ACW-Geel:

- Globaal Medisch Dossier (GMD): veralgemenen en leidraad.
- Derde betalersysteem: versoepelen of veralgemenen.
- Omniostatuuat : automatisch invoeren.
- Maximum factuur (MAF): automatisch.
- Verhoogde tegemoetkoming: strikt toepassen.
- Generische geneesmiddelen: zo veel mogelijk gebruiken.
- Ereloonsupplementen: wettelijke normen + controle mutualiteiten.
- Kamersupplementen: beperken.
- Bijzonder solidariteitsfonds.
- Verzekeringen: verplichte ziekteverzekering vs. aanvullende + hospitalisatieverzekering.
- Info dicht bij de mensen.
- Wijkgezondheidscentrum.

