



## Naar een betere gezondheidszorg !

12|05|2014

-  MENSEN
-  WELVAART
-  BESCHERMING



**Svin Deneckere**

Senior Fellow Itinera Institute

### 2014-2019: naar een doelgericht gezondheidsbeleid met collectieve ambitie.

**De bomen reiken niet tot aan de hemel: we zullen meer moeten  
doen met minder middelen.**

De duurzaamheid van ons gezondheidszorgsysteem staat op het spel. De publieke uitgaven voor gezondheidszorg stijgen onafgebroken gevoelig sneller dan onze welvaart. Dit door de hogere zorgverwachtingen bij onze bevolking, de kost van technologische innovatie en de aanstormende vergrijzingsgolf. Bij ongewijzigd beleid stevenen we af op een scenario waarbij om en bij 1/5e van het BBP tegen 2060 zal moeten ingezet worden voor gezondheidszorg: een verdubbeling in verhouding tot onze welvaart. Aangezien er nog veel andere cruciale maatschappelijke en economische uitdagingen zijn, is het devies duidelijk: we moeten in gezondheidszorg meer doen met minder.

**Kwaliteit en toegankelijkheid bedreigd, sociale gezondheidskloof  
groeit.**

Wat krijgen we voor die gigantische investering terug? Op basis van de fysieke toegankelijkheid en burgers tevredenheid staat onze gezondheidszorg aan de top. We worden omschreven als het meest genereuze gezondheidszorgsysteem in Europa. Vraag is of dit volledig terecht is. Onze zo geprezen keuzevrijheid en de eraan gekoppelde

hoge tevredenheid, is weinig gebaseerd op echt geïnformeerde keuzes. Dit door een gebrek aan transparantie over kwaliteit en kost. De financiële toegankelijkheid daalt ook. De bijdrage die de patiënt zelf uit eigen zak moet betalen is gestegen tot 20%, terwijl dit in Nederland bijvoorbeeld slechts 6% is. Dit leidt tot een stijgende kloof tussen rijk en arm, wat zich uit in meer dan 6x meer uitgestelde contacten met zorgdiensten uit financiële overwegingen tussen lage (27%) en hoge (4%) inkomens.

Als we naar de kwaliteit van ons gezondheidszorgsysteem kijken, zien we een aantal goede zaken, maar ook heel wat verbeterpunten. Grootste knelpunten blijven: het aantal zelfdodingen (18 op 100 000 populatie), sterfte binnen 30 dagen na opname voor beroerte (9,2%), onaangepaste kankerscreening (voor borstkanker: overscreening tot 36%, onderscreening 12%), ongeveer dubbel zo veel medische beeldvorming dan in Nederland, slechts 47% van de patiënten heeft een globaal medisch dossier en 6% van de opgenomen patiënten krijgt een ziekenhuisinfectie of ondervindt andere zorggerelateerde schade. We zien een gevoelige stijging van de sociale gezondheidskloof. Het verschil in gezonde levensverwachting tussen de hoogste en laagste inkomens is bijna 20 jaar. We slagen er niet voldoende in de organisatie van zorg te innoveren. Personeelstekort leidt zo tot een erg hoge werkdruk met nefaste gevolgen voor het welbevinden van het personeel en voorkomen van burnout tot 25%.

### **Ga voor strategische reflectie en concrete doelstellingen voor de gezondheidszorg van de toekomst.**

Een fundamentele visie op gezondheidsbeleid ontbreekt. Genomen beslissingen zijn al te vaak gepolitiseerd, gebaseerd op 'ideologische' overtuigingen of belangenevenwichten in plaats van op concrete gezondheidsdoelstellingen op basis van maximale gezondheidswinst. De huidige partners in het overlegmodel rollen meer vechtend over straat dan dat ze met concrete oplossingen komen. Het grootste artsensyndicaat dreigt met stakingen. Ziekenfondsen zitten op een berg van data die niet worden vrijgegeven. Academics die met voorstellen tot oplossingen komen worden verweten onheilsprofeten te zijn die vanuit hun ivoren toren geen voeling hebben met de praktijk. Voorgestelde hervormingen worden al bij voorbaat afgeschoten. Goed bestuur is soms ver te zoeken.

Itinera pleit dat alle betrokkenen de loopgraven verlaten. We gaan voor het oprichten van een commissie die de strategische doelstellingen voor de komende jaren kan bepalen en de daaruit volgende fundamentele keuzes kan voorbereiden. Een meerjarenstrategie is broodnodig: de gezondheidszorg is een enorme en complexe tanker, die maar geleidelijk en door collectieve inspanning zijn koers kan wijzigen. Alle landen die fundamenteel verbeteringen in hun gezondheidszorg hebben gebracht, hebben op strategische en omvattende wijze gehandeld. Wij pleiten voor een analoge reflectie in België.

### **Innovatie en kosteneffectiviteit moeten hand in hand gaan.**

De budgettaire krapte door de financiële crisis noodzaakt het zoeken naar besparingen in alle beleidsdomeinen. Ook de gezondheidszorg ontsnapt daar niet aan. Maar tegelijkertijd is gezondheidszorg per definitie een verhaal van steeds meer: de permanente innovatie drijft uitgaven natuurlijk vooruit. Daarin moeten we ook kunnen meegaan, willen we onze volksgezondheid blijven verbeteren. Het gezondheidsbudget onder controle houden zonder aan de toegankelijkheid, de kwaliteit of het innoverende karakter van het systeem te raken is een ware opgave en we lijken er niet in te slagen. De klassieke recepten uit het verleden met louter budgettaire maatregelen zoals het toepassen van

budgettaire plafonds, het gebruik van de kaasschaaf, hogere patiëntenbijdragen en prijsverlagingen voor geneesmiddelen volstaan niet meer, of werken zelfs contraproductief. Besparingsronden snijden daarom steeds meer de spieren in plaats van het vet weg. Technologische innovatie komt daarbij in het gedrang. We zien dat bepaalde behandelingen die wel hun effect bewezen hebben, maar initieel een investering vragen, meer en meer geweigerd worden. De toegang tot innovatieve geneesmiddelen daalt. Minder dan 50% van de nieuwe moleculen die de jongste 3 jaar in Europa werden geregistreerd, zijn in België beschikbaar met terugbetaling. Meer dan 40% van de nieuwe geneesmiddelen van de jongste 3 jaar is niet geïntroduceerd in België, terwijl 80% daarvan wel geïntroduceerd is in minstens 4 met ons vergelijkbare landen.

We pleiten ook voor meer keuzes op het vlak van gezondheidswinst en dus kosteneffectiviteit. Deze principes worden momenteel enkel toegepast voor nieuwe geneesmiddelen en beperkt op Vlaams niveau voor nieuwe preventieve maatregelen. Aan de hand van kosteneffectiviteitsanalyses kunnen we nagaan of de gezondheidswinsten de uitgaven voor nieuwe medische technologieën kunnen rechtvaardigen. Deze analyses mogen echter innovatie niet in de weg staan. Nieuwe technologieën moeten de kans krijgen om te groeien. Om ze tijdig op de markt te krijgen kan een garantiesysteem op middellange termijn worden ingebouwd, 'garantie of geen betaling'. Ook moeten verouderde technologieën waarvoor betere alternatieven bestaan sneller uit de terugbetaling verwijderd worden.

## Kwaliteit en toegevoegde waarde centraal in alles.

### **Doorbreek de Omerta: publieke rapportering van zorgresultaten.**

We moeten evolueren naar een meer waardegedreven zorgsysteem. De incentives dienen te liggen op het verhogen van de gezondheid van de patiënt door een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg per gependeerde euro. Itinera pleit om volop in te zetten op een doorgedreven kwaliteitsbeleid op alle niveaus van ons zorgsysteem. Een eerste stap is de publieke rapportering van de zorgresultaten en kost per zorgverstreker. Transparantie over resultaten is een noodzakelijke voorwaarde voor een cultuurverandering richting permanente kwaliteitsverbetering. Zo evolueren we van een pseudo-keuzevrijheid en op reputatie gebaseerde patiëntentevredenheid naar een echte geïnformeerde consument op het vlak van kwaliteit en kost. De informatie is beschikbaar. Ze wordt echter noch systematisch, noch uniform, bekend gemaakt. De tijd van het zwijgen is voorbij. Een onafhankelijk orgaan moet de opdracht krijgen informatie te ontsluiten en daarover te rapporteren.

### **Wie goede zorgresultaten bereikt, wordt beloond; anderen geprikkeld om beter te doen.**

Ook is het huidige betalingssysteem toe aan hervorming. De focus op prestatiebeloning vertaalt immers geenszins de kwaliteit van de prestatie. Wel integendeel: slechte resultaten die tot meer ingrepen leiden, brengen meer op. We moeten er wel voor zorgen dat de remedie niet slechter is dan de kwaal. De positieve zaken van de prestatiefinanciering dienen we te behouden: het prikkelt tot toename van zorgvolume en de tijdigheid van zorg vaart er wel bij. Wij gaan volop voor een betalingssysteem dat op kwaliteit en meerwaardecreatie steunt. Het nieuwe betalingssysteem moet de fragmentering in ons

zorgsysteem tegengaan en aanzetten tot stroomlijning en samenwerking voor een beter gecoördineerde patiëntenzorg. Ook moet het financiële stabiliteit voor de ziekenhuizen brengen door het voorzien in voldoende middelen en een voldoende voorspelbaar budget dat een meerjarenbegroting toelaat. De scheefftrekking tussen artsenhonoraria dient te worden weggewerkt door de betalingskloof tussen technische en intellectuele activiteiten te verkleinen, alsook door niet face-to-face tijd vergoeden. Wij pleiten voor een hervorming van de nomenclatuur en een slimme combinatie van betaling per prestatie met voorafgaande financiering voor planbare zorg en all-in betaling voor langdurige zorg. Dit alles steeds gepaard gaande met kwaliteitsbeloning. Dit laat een positieve sum competitie toe die enkel winnaars kent: patiënten krijgen betere zorg, zorgverstrekkers worden beloond voor excellentie en de kosten voor de samenleving kunnen beter onder controle worden gehouden.

### **Kwaliteit moet binnendringen in elke vezel van de zorgorganisaties.**

Kwaliteit is niet enkel beter voor de patiënt, het werkt ook kostenbesparend. Zo zal een betere kwaliteit van zorg leiden tot minder vermijdbare kosten door complicaties, ziekenhuisinfecties, heropnames, te lange verblijfsduren, etc. In Nederland kwam men tot een kost van ondermaatse kwaliteit van €523 miljoen per jaar, in de Verenigde Staten \$17,1 miljard. Kwaliteit moet daarom binnendringen in elke vezel van alle zorgorganisaties. Het is organisatiebeleid en kan daarom niet beperkt blijven tot kleine projectjes die worden begeleid door enkele gemotiveerde stafmedewerkers. Te vaak leeft in de sector het idee: "Kijk, wij werken aan kwaliteit, we hebben een kwaliteitscoördinator aangesteld!" We pleiten voor een hoge mate van betrokkenheid van de artsen en zorgverleners in verbeterprojecten. Dit is echter niet genoeg. Kwaliteit moet ook op de agenda komen van elk directiecomité, elke medische raad én elke raad van bestuur. Kwaliteitsopvolging dient te worden gebruikt om het beleid te sturen en een strategie te ontwikkelen die streeft naar een collectieve ambitie om beter te doen. Het vereenvoudigen van administratie en investeren in digitalisering zal cruciaal zijn om dit een kans te geven op slagen. Ook moeten we de aangepastheid van zorg verhogen door de zorgprocessen te standaardiseren op basis van wetenschappelijke richtlijnen. In dit kader kan de overheid in samenwerking met de zorgverstrekkers investeren in decision support systemen die alle bestaande wetenschappelijke kennis verzamelen en ingebed kunnen worden in een elektronisch patiëntendossier.

### **Het is een collectieve verantwoordelijkheid: iedereen aan hetzelfde zeel !**

Om te komen tot echte verbetering zal iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid moeten opnemen. We dienen daarom zonder taboe na te denken over de responsabilisering van alle betrokken actoren. Allereerst dienen we ervoor te zorgen dat de patiënt bewustere keuzes maakt op het vlak van kwaliteit en kost. Een publieke rapportering van kwaliteit kadert hierin. Ook kan de hoogte van het remgeld gekoppeld worden aan de mate van verantwoorde zorg. Als de patiënt kiest voor minder verantwoorde zorg, bijvoorbeeld onverantwoord gebruik van spoedgevallendienst, betaalt hij meer. Financiële verantwoordelijkheid kan verder worden opgenomen voor het verbeteren van therapietrouw en veranderen van levensstijl. Wij pleiten hierbij niet voor het weigeren van behandelingen bij patiënten die hun levensstijl niet hebben aangepast. Toch kunnen we bij onaangepaste levensstijl bijvoorbeeld een hogere bijdrage vragen aan deze patiënten die het ook kunnen betalen.

### **Andere ziekenfondsen, andere verzekeraars.**

Ten tweede dient de rol van de ziekenfondsen in de gezondheidszorg herbekeken te worden. Het verwerken van getuigschriften heeft geen toekomst: we gaan digitaal. Ziekenfondsen kunnen eventueel een meer coördinerende en sturende rol spelen door hun leden te ondersteunen in het vinden van kwaliteitsvolle, kostenefficiënte zorg. Daarvoor zullen wel hun diverse historisch gegroeide rollen –zowel uitvoerder, patiëntvertegenwoordiger, beheerder en zorgaanbieder- uitgeklaard moeten worden en zullen ze keuzes moeten maken om mogelijke belangenvermenging tegen te gaan. Daarnaast dient de overheid een gelijk speelveld te creëren waar de ziekenfondsen en zorgverzekeraars met elkaar in concurrentie of samenwerking kunnen gaan. Ze sluiten daarbij contracten af met zorgvertrekkers op het vlak van het zorgaanbod waarbij afspraken gemaakt worden betreffende de kwaliteit en kost. Daarbij kunnen ze financieel geresponsabiliseerd worden op het vlak van te bereiken zorgdoelstellingen van hun aangesloten leden. Zo worden de ziekenfondsen en ook zorgverzekeraars geprikkeld tot het gezond houden van hun leden en hebben ze er voordeel bij om de hoogste toegevoegde waarde voor de aangesloten patiënten te verkrijgen.

### **De arts is soms het probleem en altijd de oplossing: herstel het sociaal contract met de artsen.**

Het is cruciaal dat de strijd voor meer kwaliteit niet als een oorlog tegen artsen wordt gezien. We hebben de arts broodnodig. Zonder betrokkenheid van artsen kan de doelstelling van meer kwaliteit en kosteneffectiviteit onmogelijk worden gehaald. Kwaliteit kan niet synoniem zijn met bureaucratiseren, overreguleren of politiseren, anders dreigt de gezondheidszorg van binnenuit kapot te worden gemaakt. De artsen zijn tegelijk vragende en dragende partij voor een hoogkwalitatieve gezondheidszorg. Veel van het goede dat traditioneel in de werking van de Belgische gezondheidszorg steekt, komt uit dat engagement van zelfstandige artsen die met een hoogwaardige opleiding hun beroep instromen en daarin het beste van zichzelf geven. Dat sociaal contract is het cement van elke succesvolle gezondheidszorg. We moeten het valoriseren en opnieuw definiëren, niet doorkruisen of overrulen.

## **Zorgintegratie en procesinnovatie zijn wegen naar verbetering.**

### **Van verticale zorgsilo's naar een horizontaal zorgcontinuüm.**

Het aanbod van gezondheidszorg is vandaag volledig verkaveld in silo's. De patiënt zweeft als een ongeleid projectiel van huisarts naar diverse specialisten, tussen ziekenhuizen, naar thuiszorg, en zo meer. Wanneer we weten dat bijna 70% van de hele gezondheidszorg gaat bestaan uit het beheren van chronische ziekten, dan weten we ook dat dergelijke versnippering ondraaglijk is. Er moet integendeel gewerkt worden aan een structuur van zorgaanbod die de levenslijn van ziektes in één traject continu opvolgt: van preventie, over detectie, via gecombineerde behandelingen over de muren van specialismen en ziekenhuizen heen, tot aan de opvolging, onderhoud en thuiszorg.

Itinera pleit om te streven naar een geïntegreerd gezondheidszorg- én welzijnsaanbod vertrekkende vanuit de behoeftes van de patiënt. Het verticaal gestructureerde aanbod in eerste/tweede/derde

lijn dient te worden omvergeworpen. We gaan voor een volledige ontschotting van het zorgaanbod. Het fundamenteel uitgangspunt moet een maatschappelijke verankering van zorg worden met bijzondere aandacht voor gezondheidspromotie en 'empowerment' van de patiënt. Ultieme doel is de levenskwaliteit te verhogen. Een drastische verhoging van het budget voor preventie –op dit moment 0,9% van de totale zorguitgaven- tot boven het OESO-gemiddelde van 3% is noodzakelijk. Verder moeten we ervoor zorgen dat de chronische patiënt een zinvolle plaats in de maatschappij krijgt en dat hij/zij zo lang mogelijk aan het werk gehouden wordt. Een Nederlandse studie van het Sociaal en Cultureel Planbureau toont aan dat hier nog vooruitgang is te boeken. In België is maar 45% van de personen met een chronische aandoening aan het werk, waarmee we in de groep van de armere EU-landen zitten. De rest leeft van een uitkering. Ook werken diegene die wel aan de slag zijn het minste aantal uren in vergelijking met de andere landen.

De basiszorgen en opvolging van de chronische patiënt moet zo veel mogelijk vanuit de ziekenhuizen naar de maatschappij verschoven worden. De thuiszorg dient daarvoor versterkt te worden en krijgt een centrale rol. Er komt een verplichte inschrijving bij de huisarts en een verplicht gebruik van het globaal medisch dossier. Belangrijk is een goede samenwerking tussen professionele en informele zorg. Zo kunnen hulpvragen vermeden worden. We pleiten voor een debat omtrent de invulling van de zorgberoepen waar vanuit verschillende invalshoeken gekeken wordt naar hoe de zorgvraag er in de komende jaren zal uitzien en wat dat betekent voor de beroepsgroepen in de zorg.

Wanneer we kwaliteit centraal willen zetten in de gezondheidszorg dan is er meer coördinatie van het zorgaanbod nodig. Het is belangrijk bestaande verankerde spelers daarin te betrekken. De vraag welke spelers op welke manier, mag niet door het spel van verzuiling en belangenverdediging worden bepaald. De politieke vraag is niet "wie" er moet handelen maar "wat" er moet gebeuren, waar de overheid via beloning moet stimuleren. Zoals eerder aangegeven kunnen de ziekenfondsen en zorgverzekeraars deze rol van 'zorgmakelaar' mee opnemen. Ook artsen en ziekenhuiskoepels kunnen deze coördinerende rol spelen, zeker in een context waarin artsen niet meer in silo's worden opgesloten. In samenwerking met de huisarts als case manager kunnen multidisciplinaire teams worden ingezet met zowel competenties in zorg als welzijn in thuiszorg, bijvoorbeeld per 10.000 inwoners die fungeren als een soort loketfunctie. Een echte doorbraak in deze zoekfunctie verwachten wij van nieuwe technologische ontwikkelingen, zorgzoeker, ontwikkeling van specifieke apps, etc. Dit alles moet leiden tot een transparanter en toegankelijker aanbod dat ook de sociale gezondheidskloof kan helpen terugdringen.

### **Naar een performant, geïntegreerd gezondheidsinformatiesysteem.**

Integrale zorg heeft nood aan een performant, geïntegreerd gezondheidsinformatiesysteem waarbij alle patiënteninformatie in een database, centraal of decentraal, verzameld en gedeeld wordt. Dit systeem maakt het dan mogelijk om de kwaliteit van de lange termijn zorg te monitoren. In de VS toont het gerenommeerde zorgnetwerk Kaiser Permanente aan dat tot 25% op zorgkosten kan worden uitgespaard met een IT optimalisatie, gepaard gaande met kwaliteitswinst. In Vlaanderen toont het e-platform Vitalink, dat informatie deelt tussen zorgverleners en welzijnswerkers, mooie resultaten. Een innovatief systeem is Athena Health waarbij gegevens via 'cloud-based' technologie worden gedeeld. Dit is zeker een werkpunt is voor ons Belgische zorgsysteem. Het E-Health systeem is veelbelovend, maar het wordt tijd voor realisaties op het terrein na 10 jaar debat en ontwikkeling. Het is maar de vraag om

men zal slagen in de doelstelling om het tegen 2018 operationeel te hebben. Een snelle doorbraak wordt noodzakelijk. Ook gezien een transparant aanbod en deling van patiëntengegevens via eHealth-systemen een vereiste is voor de Europese richtlijn van 15 oktober 2013 betreffende grensoverschrijdende zorg.

### **Naar concentratie van gespecialiseerde zorg in expertisecentra en samenwerking in zorgnetwerken.**

Ziekenhuizen moeten keuzes maken: welke zorg stoten ze af en in welke zorgprogramma's willen ze excelleren. Zo kunnen de ziekenhuizen uitgroeien tot een verzameling van een beperkt aantal zorgbedrijven of 'focused factories' met hoogopgeleide, interprofessionele teams die de zorgprocessen erg efficiënt en effectief kunnen organiseren. Vervolgens dient het vormen van netwerken en dynamische samenwerkingsverbanden te worden gestimuleerd tussen alle zorgverstrekkers via een beperkt aantal zorgnetwerken, bijvoorbeeld maximum een 4-tal per provincie, met een zowel een intra- als extramuraal aanbod die aan elkaar gelinkt worden via zorgpaden. In een zorgpad wordt de organisatie van de zorg voor een bepaalde groep patiënten duidelijk omschreven en gestroomlijnd.

De rol van de overheid verschuift van aanbodregulering naar het bewaken van kwaliteit van zorg en het creëren van een gelijk speelveld dat concurrentie toelaat. Die concurrentie creëert een competitiviteit tussen zorgorganisaties op vlak van echte toegevoegde waarde voor de patiënt en is zo de optimale incentive voor een hogere kwaliteit en efficiëntie van zorg. Itinera waarschuwt er voor dat de noodzaak van expertisecentra niet mag ontaarden in een politieke agenda van arbitraire evenwichten tussen belangen en zuilen. De primaire taak van de overheid is niet het kiezen van winnaars en verliezers in het ziekenhuislandschap. Ze bestaat er in het kader te maken van kwaliteitsregels en kwaliteitsbewaking waarin patiënten – beter geïnformeerd en beter begeleid – de winnaars zullen bepalen op basis van hun kwaliteit, niet op basis van hun politieke steun of kleur.

### **Versterk de basis, investeer in personeel. Breek de interne silo's af via procesinnovatie.**

Itinera pleit om de kansen van de werkvloer optimaal te benutten door niet minder, maar het personeel slimmer in te zetten. Dit kan allereerst via kosteneffectiviteitsanalyses waar de meest optimale bestaffing wordt bepaald. Dat een betere bestaffing kosteneffectief is werd reeds aangetoond. Zo vond een Amerikaans onderzoek dat voor elke dollar die men investeert in meer verpleegkundige bestaffing, men driekwart terugverdient door minder complicaties en een kortere verblijfsduur. Een goede bestaffing redt ook levens. Het overlijdensrisico in ziekenhuizen stijgt met 7% per patiënt extra voor een verpleegkundige. In België bengelen we met 11 patiënten per verpleegkundige achterop in vergelijking met andere Europese landen (In Nederland is de relatie 7 op 1, in Noorwegen 5 op 1). Maar ook de competenties zijn van belang. 10% meer verpleegkundigen met een bachelorsdiploma – versus een hogere beroepsopleiding – wordt vertaald in een 7% lager risico op overlijden van patiënten. In ons land zien we hier echter een grote variatie tussen de Belgische ziekenhuizen met een percentage bachelors van 26 tot 86%.

We moeten het personeel wapenen tegen de almaar stijgende jobverwachtingen via procesinnovatie en teamwerking. De ontwikkeling van zorgpaden dient hierbij te worden ondersteund. Verder kan multidisciplinaire teamwerking worden gestimuleerd door een flexibelere regelgeving rond de invulling

van de zorgberoepen te voorzien die taakverschuiving en –differentiatie mogelijk maakt (KB'78). Ook dient de verantwoordelijkheid en beslissingskracht over de verleende zorg zoveel als mogelijk bij zelfsturende teams worden gelegd. Top down opdringen van regeltjes en procedures werkt contraproductief. Decentraliseer besluitvorming en betrek artsen en zorgverleners maximaal in verbeterprojecten. Specifieke aandacht dient te gaan naar 'leren samenwerken' via bijvoorbeeld het organiseren van gemeenschappelijke leerplatformen in de opleiding van zorgverleners.

#### **“De patiënt staat centraal”: gebruik hem!**

Dat de patiënt centraal staat, is zowat het grootste cliché van de gezondheidszorg. Maar vandaag staat hij blijkbaar ook in de weg: hij is immers geen betrokken partij in het realiseren van volksgezondheid, anders dan via de directe kostprijs van behandelingen in zijn eigen portemonnee. We kunnen echt beter. Itinera pleit er voor om de patiënt een duidelijke actieve rol te geven. Of het nu gaat om preventie, om de juiste keuze van zorgpad, om het gebruik van medicijnen, om de trouw in therapie, om de levensstijl: de patiënt is veel meer dan een patiënt. Hij is zelf een medebepalende factor in de werking van de gezondheidszorg. De herdenking van de structuur van het zorgaanbod naar één patiëntgericht traject moet daarom ook de patiënt zelf mee betrekken, informeren, sensibiliseren en responsabiliseren.