

Visienota

Maatschappelijk Verantwoorde Zorg

Brussel, 24 februari 2011

Inhoud

Inleiding.....	3
Uitgangspunten en componenten	5
1. Kwaliteit.....	5
2. Performantie	10
3. Rechtvaardigheid.....	13
4. Relevantie.....	15
5. Toegankelijkheid.....	18
Bijlage: achtergrondkader.....	21

Inleiding

Maatschappelijk verantwoorde zorg moet de toets doorstaan van de uitgangspunten: kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid.

In deze nota presenteert de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) een basisvisie op wat we *maatschappelijk verantwoorde zorg* noemen. Deze visienota is opgesteld in de werkgroep 'Markt, Commercialisering en Zorg' van de SAR WGG (verder ook: de raad) en is een onderdeel van het advies dat de raad geeft over marktwerking en commercialisering in de zorg. Deze nota kan beschouwd worden als een kader waarbinnen het vermelde advies opgesteld

wordt. Deze visie kan ook helpen bij het uittekenen van een beleid dat gericht is op maatschappelijk verantwoorde zorg- en dienstverlening.

In deze visienota gaat de raad uit van een benadering die dwarsverbindingen legt tussen welzijns- en gezondheidssectoren. Er wordt een gemeenschappelijke sokkel of noemer voorzien voor alle welzijns- en gezondheidssectoren. Deze visienota geeft dus geen concrete toepassing op specifieke sectoren. Daarnaast is deze visie op maatschappelijk verantwoorde zorg eveneens van toepassing op geprofessionaliseerde zorg, maar ook, in mogelijks van elkaar verschillende gradaties, op informele zorg en mantelzorg.

Deze gemeenschappelijke sokkel bestaat uit vijf horizontale uitgangspunten die op hun beurt worden uitgespit in een aantal verticale componenten. Maatschappelijk verantwoorde zorg- en hulpverlening moet de toets doorstaan van de uitgangspunten: kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid. Wil zorg maatschappelijk verantwoord zijn, dan moet er aan deze uitgangspunten worden voldaan. Elk van de vijf uitgangspunten is even belangrijk: er bestaat geen hiërarchisch verband tussen. De uitgangspunten zijn met ander woorden interdependent, een ondeelbaar geheel. Daarom zijn ze in alfabetische volgorde opgenomen in deze nota.

Om zorg daadwerkelijk maatschappelijk verantwoord te maken behoeven de uitgangspunten en componenten verdere uitwerking in indicatoren. Een gedetailleerde uitwerking in indicatoren is echter niet de ambitie van deze visietekst. De raad beveelt wel aan om indicatoren te laten ontwikkelen.

Het betreft een visie die kan helpen bij het uittekenen van beleid.

In bijlage vindt u het achtergrondkader van deze visienota. Dit kader onderstreept de gebruiker, de overheid en het gezondheids- en welzijnssysteem als belangrijke elementen. Vervolgens wordt gesteld dat naast geprofessionaliseerde zorg ook informele zorg en mantelzorg maatschappelijk verantwoord moeten zijn. Tot slot wordt stilgestaan bij de huidige omschrijving van 'goede zorg' en wordt maatschappelijk verantwoorde zorg gesitueerd als de gemene deler tussen Welzijn en Gezondheid.

Overzicht Maatschappelijk Verantwoorde Zorg

Kwaliteit	Performantie	Rechtvaardigheid	Relevantie	Toegankelijkheid
<ul style="list-style-type: none"> ▀ Structurele kwaliteit ▀ Proceskwaliteit ▀ Outcome ▀ Veiligheid ▀ Kwaliteit ervaren door gebruiker ▀ Continuïteit/integratie ▀ Participatie ▀ Menselijke waardigheid/integriteit /diversiteit ▀ Deontologie/privacy ▀ Innovatie ▀ Duurzaamheid ▀ Transparantie 	<ul style="list-style-type: none"> ▀ Doelmatigheid ▀ Doeltreffendheid ▀ Preventie ▀ Duurzaam ondernemen ▀ Subsidiariteit 	<ul style="list-style-type: none"> ▀ Universaliteit ▀ Proportioneel universalisme 	<ul style="list-style-type: none"> ▀ Keuzevrijheid: noden/behoefte/vragen ▀ Opportuïteitskost/ algemeen belang 	<ul style="list-style-type: none"> ▀ Beschikbaarheid ▀ Tijdigheid ▀ Bereikbaarheid ▀ Betaalbaarheid ▀ Menselijke waardigheid/integriteit/diversiteit ▀ Toegang informatie ▀ Keuzevrijheid: noden/behoefte/vragen

Uitgangspunten¹ en componenten

1. Kwaliteit

1.1. Omschrijving

Elke gebruiker heeft recht op kwaliteitsvolle zorg- en hulpverlening. Elke zorg- en hulpverlener heeft de plicht tot het verlenen van kwaliteitsvolle zorg.

Om kwaliteit te meten moet men beschikken over indicatoren.

Elke gebruiker heeft recht op kwaliteitsvolle zorg- en hulpverlening. Elke zorg- en hulpverlener heeft de plicht tot het verlenen van kwaliteitsvolle zorg. Bovendien moet er permanent gestreefd worden naar kwaliteitsverbeterende effecten.

Er bestaan verschillende benaderingen en definities van kwaliteit.² Algemeen gesteld is kwaliteit in de zorg “*doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results*”.³ Dit gebeurt telkens vanuit de noden, behoefte of

vragen van de kwetsbare persoon. Daarnaast onderschrijft de raad ook de definitie van het ISQua, licht aangepast weliswaar. Kwaliteit omschrijven we ook als “*(...) the degree to which health, welfare and family services for individuals and populations increase the likelihood of desired health, welfare and family outcomes and are consistent with current knowledge.*”⁴

Om kwaliteit te meten moet men beschikken over indicatoren. Bij het opstellen van indicatoren moeten deze getoetst worden aan internationaal aanvaarde en ruim verspreide indicatoren. Om kwaliteit te kunnen vergelijken moet de informatie over kwaliteit uiteraard beschikbaar en transparant zijn. Een ijkpunt is hiervoor noodzakelijk.

In de zorg moet de gebruiker centraal staan. Het is van groot belang dat het perspectief van de gebruiker (en zijn naaste omgeving) meegenomen wordt in de meting van kwaliteit.

1.2. Componenten

Structurele kwaliteit

Onder structurele kwaliteit wordt verstaan: “*de relatief stabiele eigenschappen van de zorgverleners; de materialen en middelen die ze tot hun beschikking hebben en de fysieke en organisatorische setting waarin ze werken.*”⁵ Menselijk kapitaal, infrastructuur, materieel, technologie, netwerken, en zo meer maken allemaal deel uit van structurele kwaliteit.

Menselijk kapitaal speelt een belangrijke rol op het gebied van kwaliteit. De kwaliteit van het menselijk kapitaal wordt bepaald door onder andere de

opleiding en vorming van de zorgverleners, het aantal zorgverleners, honorering en correcte vergoedingen/lonen, medewerkerwelzijn en – tevredenheid (*providers' wellness* maar ook 'zorg dragen voor de zorgverleners'), veiligheid, ethisch handelen en verantwoordelijkheid.

Om de structurele kwaliteit van zorg te meten kan men gebruik maken van structuurindicatoren. Structuurindicatoren richten zich op de organisatie van de welzijns- en gezondheidssystemen en de randvoorwaarden ervan om maatschappelijk verantwoorde zorg te bieden. Ze geven dus informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen zorg geleverd wordt.

Proceskwaliteit

Het proces van zorg- en hulpverlening moet kwaliteitsvol zijn. Het is via het proces van kwaliteit - de throughput - dat de input van middelen wordt getransformeerd in output en outcome.⁶ Zorg moet op technische en(/of) contextuele evidentie gebaseerd zijn.

“Zorg moet op technische en/of contextuele evidentie gebaseerd zijn.”

Een belangrijk element van proceskwaliteit is 'veiligheid'. De veiligheid van de gebruiker mag niet in het gedrang komen door het in contact komen met het zorgsysteem.⁷ De zorg of het zorgsysteem mogen geen schade veroorzaken aan de zorgvrager.⁸

Proceskwaliteit bewaken moet in de eerste plaats een managementdoelstelling zijn van voorzieningen waarbij voortdurend en op systematische wijze naar verbetering wordt gezocht.⁹ Het is deels een 'interne aangelegenheid' die gekenmerkt kan worden door het hanteren van bv. een kwaliteitshandboek, procedures en paden, richtlijnen, en zo meer.

Om de proceskwaliteit van zorg te meten kan men gebruik maken van procesindicatoren. Procesindicatoren richten zich op het verloop van behandelingen en onderzoeken. Ze geven een indicatie over het verloop van processen in een organisatie.

Daarnaast blijft de nood aan *“een objectiverende (onafhankelijke) bevestiging dat er voldoende bewijsmateriaal is om met redelijke zekerheid te stellen dat de kwaliteit, beoordeeld ten aanzien van expliciete standaarden, intern gewaarborgd wordt.”*¹⁰ De interne en externe kwaliteitscontrole sluiten elkaar niet uit, ze vullen elkaar aan.

Outcome

Het effectieve resultaat van zorgprocessen is een essentieel onderdeel van zorgkwaliteit. Outcome doelt op de output en de effecten die het zorgproces teweegbrengt. Het is niet altijd even gemakkelijk om de outcome van zorg te meten. In bepaalde deelsectoren kunnen andere benaderingen van zorg en hulp bestaan die niet makkelijk te vatten zijn in cijferbare resultaten. Wat hier telt is dat wanneer een of meer

“Het effectieve resultaat van zorgprocessen is een essentieel onderdeel van zorgkwaliteit.”

indicatoren niet gehanteerd kunnen worden men de outcome dan ook kwalitatief kan benaderen.

Om kwaliteit van het resultaat van zorg te meten kan men gebruik maken van resultaatsindicatoren. Resultaatsindicatoren richten zich op de (on)gewenste uitkomst van zorg- en hulpverlening. Ze geven dus een indicatie over de uitkomst van zorg. Deze uitkomstindicatoren kunnen positief (tevredenheid) of negatief (complicaties, klachten, en zo meer) benaderd worden. Resultaten kunnen gemeten worden op niveau van symptomen en klachten, biomedische parameters, functionele toestand en kwaliteit van leven, tevredenheid, equity en kosteneffectiviteit.¹¹

Het is nodig dat er een set van duidelijk afgebakende en intersectoraal hanteerbare prestatie- of signaalindicatoren opgesteld wordt. De SAR WGG is van oordeel dat internationaal aanvaarde outcome- en prestatie-indicatoren overgenomen moeten worden rekening houdende met de Vlaamse situatie en alle stakeholders. Het is ook mogelijk om zelf indicatoren te ontwikkelen. Deze indicatoren moeten uiteraard toepasbaar en zinvol zijn voor de zorgverleners, de overheid en de gebruiker. Zorg- en hulpverlening die moeilijk te meten is zou eventueel 'gewogen' kunnen worden door (een combinatie van) kwalitatieve (en kwantitatieve) onderzoeksmethoden in samenspraak met alle stakeholders.

Veiligheid

De veiligheid van de gebruiker mag niet in het gedrang komen door in contact te komen met het zorgsysteem.¹² Veiligheid is een deel van proceskwaliteit maar verdient het evenwel om breder benaderd te worden en evenzeer als volwaardige component van kwaliteit opgenomen te worden. De zorg- en hulpsystemen mogen geen schade veroorzaken aan de zorgvrager. Omgekeerd geldt ook dat de zorgaanbieder geen schade mag oplopen door de zorgvrager.

Kwaliteit ervaren door de gebruiker

De wijze waarop gebruikers kwaliteit ervaren, speelt uiteraard ook een rol in de kwaliteitsevaluatie. De gebruiker moet de kwaliteit van het zorg- en hulpverleningsaanbod kunnen beoordelen. 'Ervarings- of belevingsmetingen' zijn een belangrijk instrument in de evaluatie door de gebruiker van de zorg- en hulpverlening en zijn randvoorwaarden. Dit verhoogt bovendien ook de betrokkenheid van de gebruiker in de zorg- en hulpverlening.

Continuïteit en integratie

Zelfzorg, informele zorg en het formele zorgaanbod moeten op elkaar afgestemd worden.¹³ De zorg die geboden wordt op elkaar opeenvolgende tijdstippen en verschillende zorgomgevingen moet een samenhangend en afgestemd geheel vormen. De geboden zorg op een bepaald moment en in een bepaalde zorgomgeving moet dus een geïntegreerd onderdeel vormen van het zorg- en hulpverleningsproces.

Participatie

Participatie van de gebruiker in het kwaliteits(evaluatie)proces is onontbeerlijk. Participatie werkt immers een zekere mate van verantwoordelijkheid en empowerment in de hand. Het betrekken van de gebruiker - al dan niet georganiseerd - in de kwaliteitsevaluatie, de zorgorganisatie en de besluitvorming, en dit van micro- tot macroniveau, is belangrijk.

“Het betrekken van de gebruiker in de kwaliteitsevaluatie, de zorgorganisatie en de besluitvorming, en dit van micro- tot macroniveau, is belangrijk.”

Respect voor de menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit

Zorg- en hulpverlening alsook zorg- en hulpverleners mogen zich niet laten leiden door de verschillen tussen mensen die worden toegeschreven aan al dan niet gepercipieerde groeps- en persoonskenmerken.

Respect voor de menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit is van essentieel belang in de zorg- en hulpverlening. Er kan geen sprake zijn van discriminatie op basis van niet-relevante kenmerken zoals opgesomd in het kwaliteitsdecreet.¹⁴

Deontologie en privacy

De gebruikers en zorg- en hulpverleners zitten vaak in een één-op-één relatie waarin wederzijds vertrouwen en samenwerking belangrijk zijn. Het is evident dat zorgverleners een ethisch onderbouwd referentiekader hanteren en onderworpen moeten zijn aan een deontologie (vb. de code van geneeskundige plichtenleer) en dat ze te allen tijde de privacy van de gebruiker respecteren om het vertrouwen te bewaren en te bevorderen. Het (soms gedeelde) beroepsgeheim is een essentiële voorwaarde om de zorgverlener toegang te geven tot de authentieke persoon van de gebruiker.

Elke gebruiker heeft het recht op de bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer.¹⁵ Het garanderen van privacy is vandaag een opdracht voor de zorgverstrekker maar moet dit ook zijn voor ondersteunend personeel en vrijwilligers die in aanraking komen met de gebruikers (derden). Met betrekking tot het uitwisselen van informatie is er nood aan een maatschappelijk gedragen, operationele en veralgemeende regeling omtrent de houding die verwacht wordt van, en de principes die gedragen moeten worden door: de informele zorg- en hulpverleners of naastbetrokkenen, het team van zorg- en hulpverleners, het netwerk van zorg- en hulpverleners, en derden.

“Het garanderen van privacy is vandaag een opdracht voor de zorgverstrekker maar moet dit ook zijn voor ondersteunend personeel en vrijwilligers die in aanraking komen met de gebruikers (derden).”

Innovatie

Verbetering en vernieuwing van zorg- en hulpverlening is een belangrijke kwaliteitsvoorwaarde. Innovatie duidt op het stimuleren van onderzoek en ontwikkeling (O&O), maar ook op het introduceren van innovatieve mechanismen, processen en strategieën.

Innovatie heeft dus een inhoudelijke, een technologische en een organisatorische dimensie. De inhoudelijke dimensie gaat over fundamentele denkkaders rond een menselijke en emanciperende zorg. De technologische dimensie komt neer op nieuwe wetenschappelijke inzichten en technologieën zoals biotechnologie, nanotechnologie, domotica, telecare en zo meer. De organisatorische dimensie gaat over de organisatie van de zorg¹⁶ waarbij nieuwe visies inzake dienstverleningsmodellen, competentiebeleid, innovatieve arbeidsorganisatie, creativiteitsstimulatie, duurzaam ondernemerschap, intersectorale samenwerking en zo meer een belangrijke rol spelen.

Als de overheid innovatieve initiatieven steunt dan moet deze innovatie gestuurd worden door de (noden van de) gebruiker en de zorgverlener. Innovatie moet ook nieuwe kennis creëren, transfereren en valoriseren en hoort netwerken tussen de verschillende zorgsectoren te genereren. Innovatie moet een hoog prioriteitsgehalte krijgen in het beleid, niet in het minst omdat zowel technologische als organisatorische innovatie tijd nodig hebben om tot wasdom te komen en om verspreid te worden.

Duurzaamheid

In de zorg- en hulpverlening moeten diensten en voorzieningen een duurzaam karakter hebben zonder afbreuk te doen aan de flexibiliteit die nodig is om in te spelen op maatschappelijke evoluties. Dit wil zeggen dat er blijvend in de noden van de gebruikers kan worden voorzien. De maatschappij verwacht dat het zorg- en hulpverleningsaanbod niet 'van de ene dag op de andere' verdwijnt, dat het in de huidige en toekomstige behoeften kan voorzien.

“De maatschappij verwacht dat het zorgaanbod niet ‘van de ene dag op de andere’ verdwijnt, dat het in de huidige en toekomstige behoeften kan voorzien.”

Transparantie

Het zichtbaar maken van de kwaliteit is van belang voor de gebruiker, de aanbieder en voor de overheid. De gebruiker is gebaat bij eerlijke, transparante en begrijpbare informatie. Hij kan zijn keuzevrijheid slechts optimaal benutten als hij goed ingelicht is over ondermeer de kwaliteit van zorg en hierover zijn mening kan geven. Transparantie over de kwaliteit van zorg is belangrijk om vergelijkingen mogelijk te maken waardoor zorgverleners en voorzieningen gestimuleerd kunnen worden om van elkaars praktijken te leren.

2. Performantie

2.1. Omschrijving

Performante zorg is zorg die leidt tot stijgende zorg- en levenskwaliteit en maatschappelijk welzijn.

Performante zorg is zorg die leidt tot stijgende zorg- en levenskwaliteit en maatschappelijk welzijn. Dit kan bereikt worden door op een doelmatige, doeltreffende, preventieve, duurzame en subsidiaire wijze zorg te verlenen.

2.2. Componenten

Doelmatigheid

Doelmatigheid of efficiëntie duidt op de relatie tussen de ingezette middelen en de opbrengsten die met de ingezette middelen worden behaald: *“idealiter worden de opbrengsten gemeten in termen van uitkomsten zoals welzijns- en gezondheidsverbetering – of stabilisering”*.¹⁷

De zorg- en hulpverlening moet een maatschappelijk verantwoorde ratio bereiken tussen ingezette of in te zetten middelen en bereikte of te bereiken resultaat.

“De zorg- en hulpverlening moet een maatschappelijk verantwoorde ratio bereiken tussen ingezette of in te zetten middelen en bereikte of te bereiken resultaat.”

Efficiëntie geeft dus de relatie weer tussen de zorgkost en de zorgopbrengst. Met de beschikbare middelen en instrumenten (macroniveau) dient de zorg- en hulpverlening (mesoniveau) dus zo goed mogelijk in de bestaande behoefte aan zorg te voorzien (microniveau). De samenleving investeert immers heel wat middelen in de zorg- en hulpverlening. Dat de besteding van (publieke) middelen moet worden verantwoord spreekt voor zich. Deze budgetten moeten doelmatig ingezet worden.

De zorg- en hulpverlening moet dus zo efficiënt mogelijk ingezet worden. Dit houdt in dat er een zo groot mogelijke meerwaarde moet worden gecreëerd bij de vijf uitgangspunten.

De SAR WGG stelt voor om in overleg tussen gebruikers, aanbieders en overheden de efficiëntie in de zorg vandaag in al zijn dimensies aan de inkomsten -en uitgavenzijden te becijferen. In het licht van de gestegen en stijgende levensverwachting en de technologische mogelijkheden die het zorgbudget onder constante druk zullen blijven zetten dringt een belangrijk maatschappelijk debat zich des te meer op.

Daarnaast moeten ook de administratieve lasten - die hoge transactiekosten met zich mee kunnen brengen - in ogenschouw genomen worden omdat deze ook kunnen leiden tot inefficiëntie.

Doeltreffendheid

Zorg- en hulpverlening is doeltreffend of effectief als (vooraf) bepaalde uitkomsten behaald worden. De gebruiker moet kunnen rekenen op zorg die gebaseerd is op technische of contextuele evidentie en die bovendien vertrekt vanuit hun zorgbehoefte, zorgnood of zorgvraag.

De outcome van zorg- en hulpverlening kan bekeken worden vanuit het perspectief van de gebruiker, van de voorzieningen en van de overheid. Vanuit het perspectief van de gebruiker en de voorzieningen is gezondheid- of welzijnsverbetering, maar ook gezondheids- of welzijnsstabilisering, een belangrijke indicator voor effectiviteit: *“de zorg bereikt dat waarvoor zij bedoeld is: verlenging van het leven, verlichting van lijden, verbetering van levenskwaliteit”*.¹⁸ Voor de voorzieningen is ook het behalen van andere strategische doelstellingen inzake management en continuïteit van belang. Vanuit het perspectief van de overheid dient de zorg- en hulpverlening binnen de perken van het budget zo goed mogelijk te scoren.

Preventie

Preventie is een zeer belangrijk element van doelmatige zorg- en hulpverlening omdat preventie welzijns- en gezondheidswinst creëert. Preventie omvat alle initiatieven die een probleem voorkomen en dit op een doelbewuste en systematische wijze.²⁰ Deze initiatieven komen de efficiëntie van de zorg- en hulpverlening ten goede.

*“Preventie omvat alle initiatieven die een probleem voorkomen en dit op een doelbewuste en systematische wijze.”*¹⁹

Preventie is een belangrijke component van doelmatigheid omdat het welzijns- en gezondheidswinst bewerkstelligt. Gezien de belangrijke rol van preventie in maatschappelijk verantwoorde zorg moet de overheid erover waken dat preventieve acties, voorschriften en richtlijnen van alle mogelijke spelers getoetst worden aan wetenschappelijke evidentie.

Duurzaam ondernemen

Zorg- en hulpverlening kan maar duurzaam zijn als men in een stabiel speelveld kan opereren waarop evenwel moet kunnen worden ingespeeld op veranderende noden. De overheid heeft dus een belangrijke functie te vervullen.

De financiële positie van aanbieders moet in rekening worden gebracht opdat ze solvabel zijn en blijven. Financiële stabiliteit geeft aan voorzieningen de kans om de best mogelijke zorg aan te bieden en om reserves op te bouwen.

Daarnaast moeten voorzieningen die werken met openbare middelen de besteding ervan maatschappelijk kunnen verantwoorden (*accountability*).

Subsidiariteit

Subsidiariteit is een belangrijk element in de zorg dat neerkomt op het principe dat zorg en hulp trajectmatig moet worden ingeschakeld. Dit impliceert dat zorg op de juiste plaats, en met de juiste samenhang, moet worden geboden.

Wanneer 'meerdere vormen van hulp op gelijkwaardige wijze aan een hulpvraag of hulpbehoefte kunnen beantwoorden, wordt de minst ingrijpende vorm van hulp aangeboden', aldus het principe. De zorg moet verleend worden door de zorg- en hulpverlener die zo dicht mogelijk bij de gebruiker staat.

3. Rechtvaardigheid

3.1. Omschrijving

Sociale rechtvaardigheid moet horizontaal en verticaal zijn. 'Een gelijke behandeling voor mensen met gelijke noden' is de horizontale dimensie. De verticale dimensie stelt dat 'ongelijke noden ongelijk behandeld moeten worden, in verhouding tot de nood'.

Rechtvaardigheid is als ethisch principe een rode draad in welzijn en gezondheid. De Nederlandse Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid sprak in 1987 van billijkheid: 'gelijke mogelijkheden voor ieder gegeven zijn of haar gezondheidstoestand'.²¹

Met rechtvaardigheid verwijst de SAR WGG naar het begrip *equity*, naar sociale of verdelende rechtvaardigheid.

Zorg- en hulpverlening moet sociaal rechtvaardig zijn en dit kan enkel als we de verdeling van zorg nauwlettend in het oog houden. Iedereen moet een gelijk recht en een gelijke kans hebben op maatschappelijk verantwoorde zorg. Het volstaat immers niet om zorg algemeen toegankelijk te houden want niet elke gebruiker kan zijn recht op toegang tot zorg- en hulpverlening op dezelfde wijze uitoefenen.²²

Sociale rechtvaardigheid moet horizontaal en verticaal zijn. 'Een gelijke behandeling voor mensen met gelijke noden is de horizontale dimensie'. De verticale dimensie stelt dat 'ongelijke noden ongelijk behandeld moeten worden, in verhouding tot de nood'. De inspanning en de ingezette hulpmiddelen moeten dus variëren naargelang de zorgbehoefte²³ maar ook naargelang de sociaaleconomische status van de gebruiker. Een universeel beleid moet met andere woorden hand in hand gaan met een selectief beleid dat rekening houdt met zowel de zorgbehoefte als de vermogenstoestand van de gebruiker.

3.2. Componenten

Universaliteit

Iedereen moet een gelijke toegang tot gelijkwaardige zorg hebben.²⁴

Proportioneel universalisme

Een louter universeel beleid heeft niet hetzelfde effect bij iedereen in de samenleving. Daarom moeten universele maatregelen ook een complementaire of selectieve vleugel kunnen hebben die varieert naargelang de behoefte.

"Een louter universeel beleid heeft niet hetzelfde effect bij iedereen in de samenleving."

We spreken hier van 'vleugel' want een categorale maatregel kan voor de raad alleen maar *bovenop* een universele maatregel in het leven geroepen worden. Deze selectieve maatregelen moeten in verhouding zijn met het niveau van ongelijkheid. Maatregelen mogen dus niet louter gericht zijn op de

minstbedeelden want anders wordt maar een deel van de onrechtvaardigheid aangepakt, verschuift het probleem zich naar een nieuwe subgroep, en wordt het draagvlak voor solidariteit ondermijnd. Precies omdat sociale ongelijkheid in welzijn en gezondheid een gradiënt vertoont, vormt een universele benadering het uitgangspunt.²⁵ Een universeel beleid waar een selectief of doelgroepenbeleid aan geweven wordt, is proportioneel universalisme.²⁶

4. Relevantie

4.1. Omschrijving

Zorg is maatschappelijk verantwoord wanneer er voldaan wordt aan randvoorwaarden als ‘van belang’, ‘essentieel’ en ‘voorwaardelijk’.

De zorg is immers uitputbaar terwijl behoeften van mensen oneindig kunnen zijn.

De noden van gebruikers, wetenschappelijke inzichten, het algemeen belang en beleidsprioriteiten dragen bij tot het bepalen van de relevantie van zorg. De bepaling van relevante zorg is daarom contextueel en tijdsgebonden. Zorg- en hulpverlening is maatschappelijk relevant wanneer er voldaan wordt aan randvoorwaarden als ‘van belang’, ‘essentieel’ en ‘voorwaardelijk’. De zorg is immers uitputbaar terwijl behoeften van mensen oneindig kunnen zijn. Het gaat om ‘zorg die ertoe doet’.

‘Van belang’ wil zeggen dat het individueel en het algemeen belang gediend is met de zorg. ‘Essentieel’ duidt op het feit dat de gebruiker en de samenleving met een welzijns- en gezondheidsdeficit zouden zitten zonder de zorg- of hulpverlening. ‘Voorwaardelijk’ betekent dat zorg verlenen afhankelijk is van de wil van de gebruiker, de diagnose of de werkhypothese, de *informed consent* en de zelfbeschikking, de betaalbaarheid in hoede van de gebruiker, van de zorgverlener en van de maatschappij alsook de beschikbaarheid van zorg.

Zorg verlenen vanuit de vragen behoeften (noden) van mensen vereist een democratisch maatschappelijk en politiek debat over welke vragen de samenleving kan/zal beantwoorden en welke niet.

4.2. Componenten

Keuzevrijheid: invulling noden, behoeften en vragen

Drie noodzakelijke voorwaarden om werkelijk te kunnen spreken van een keuze zijn: voldoende aanbod, het wegwerken van de informatieasymmetrie, en, een evenwicht tussen vrijheid enerzijds en ‘wetenschappelijke en maatschappelijke bindingen’ anderzijds.

Het principe van de vrije keuze gaat over het invullen van de noden en/of behoeften en/of de vragen van de persoon die zorg behoeft. Er bestaan verschillende modellen, die naargelang de specifieke zorgsituatie, elk op een eigen wijze invulling geven aan het begrip keuzevrijheid. De modellen kunnen overlappen en soms ook in elkaar overlopen. Het uitgangspunt van de raad is dat ongeacht het model dat

“Het principe van de vrije keuze gaat over het invullen van de noden en/of behoeften en/of de vragen van de gebruiker. Er bestaan verschillende modellen die elk op een eigen wijze invulling geven aan het begrip keuzevrijheid.”

gehanteerd wordt dit moet resulteren in een groter gewicht bij de gebruiker en zijn keuze. Het einddoel is emancipatie en zelfbeschikking.

Geen enkel van deze modellen mag afbreuk doen aan de zelfbeschikkingsbevoegdheid (cfr. *informed consent*) van iedere persoon. Dit geldt dus ook bijvoorbeeld wanneer het zorgsysteem signalen opvangt van niet-geëxpliciteerde of niet-(rechtstreeks)-geformuleerde zorgbehoeften, en waarbij dus outreachende en aanklappende zorg of bemoeizorg wordt ingezet. Zelfs bij de ontferming over zogenaamde zorgmijders blijft de zelfbeschikkingsbevoegdheid primeren en is dus acceptatie en instemming een noodzakelijke voorwaarde.

Het paternalistische model

In de traditionele opvatting gaat men ervan uit dat zorg- en hulpverleners weten wat best is voor de gebruiker. Behoeftesturing erkent de persoonlijke behoeften van een persoon met een zorgbehoefte en zijn naastbetrokkenen. Maar men gaat ervan uit dat het aanbod van de zorg eenzijdig vanuit de zorg- of hulpverlener bepaald wordt. De beleving en ervaring van de ziekte of het on-welzijn door de gebruiker wordt mee opgenomen in de afweging. Dit model wordt het paternalistische model genoemd omdat het aan de gebruiker een eerder 'passieve' rol toeschrijft.²⁷ In dit model is het relationele (sociale) aspect niet te veronachtzamen; het gaat ook om zorgen voor en zorg om mensen.

Het consumentenmodel

Vraagsturing wordt begrepen als een situatie waarin de gebruiker zelf de regie van zijn zorg in handen heeft. Waar de gebruiker zelf zijn vraag kan/wil articuleren moet dit gehonoreerd worden. De zorg- of hulpverleners geven informatie aan de persoon die zorg behoeft. De zorgverleners hebben de plicht objectieve en eenvoudig raadpleegbare informatie ter beschikking te stellen. Aldus kan de gebruiker kennis verwerven over eventuele risico's van verschillende behandelingsalternatieven en hun effectiviteit. Zodoende heeft hij zowel informatie over zijn eigen voorkeuren als over de wetenschappelijke kennis.²⁸ Op basis hiervan kan de gebruiker een keuze maken voor zichzelf; hij beslist dus zelf over de inhoud, vorm en het tijdstip van de inhoud van de zorg die hij nodig heeft, indien nodig na verdere vraagverheldering door de zorg- of hulpverlener. Dit model wordt het consumentenmodel genoemd.²⁹

Het vertegenwoordigersmodel

Soms is het niet mogelijk dat voor een gebruiker, zijn naaste omgeving of de door de regelgeving voorziene vertegenwoordiger een keuze te maken. Dan kan een zorg- of hulpverlener een keuze maken in zijn/hun plaats door de voorkeur van de gebruiker zo goed mogelijk in te schatten. Hiervoor interpreteert de zorg- of hulpverlener wat de keuze van de persoon die zorg behoeft zou kunnen zijn indien die laatste evengoed geïnformeerd zou zijn. Hiermee zou eventueel de informatieasymmetrie opgelost kunnen worden.³⁰

Het overlegmodel

Het overlegmodel of model van *shared decision making* verenigt bepaalde kenmerken van bovenstaande drie modellen maar betreft evenwel het enige model dat werkelijk leidt tot gezamenlijke besluitvorming. In dit model zijn er minstens twee betrokken partijen – de zorg- of hulpverlener en de gebruiker, maar ook mantelzorgers, vertegenwoordigers e.d. – die betrokken zijn bij de informatie-uitwisseling en bij de besluitvorming en komen tot een voor iedereen aanvaardbare beslissing. Het overlegmodel vraagt voldoende sociale en communicatievaardigheden van de zorg- en hulpverlener. De partijen nemen stappen om deel te nemen aan het besluitvormingsproces, er wordt informatie uitgewisseld en er wordt pas een beslissing genomen als beide partijen het eens zijn.³¹

Opportunitetskost en het algemeen belang

Ook in de zorg- en hulpverlening brengt de keuze uit een aantal alternatieven ‘een verlies’ mee. De opportunitetskost in deze betreft de ‘gemiste kans’ die bij elke keuze voor zorg gepaard gaat. De opportunitetskost van een keuze is gelijk aan de bijkomende winst ten opzichte van het beste, niet gekozen alternatief (gemiste kans).³² In de zorg is een pragmatisch evenwicht noodzakelijk tussen de vijf uitgangspunten.

“Ook in de zorg- en hulpverlening brengt de keuze uit een aantal alternatieven ‘een verlies’ mee.”

De samenleving en elke gebruiker moeten zich bewust zijn van deze kost. De gebruiker, de zorg- en hulpverleners en de overheid moeten zich dus de vraag stellen welke zorg op een bepaald moment wenselijk, nuttig en onontbeerlijk is in functie van de individuele en maatschappelijke (geldelijke, ethische en functionele) kosten en baten.

De bewustmaking en de keuzes ter zake moeten voorwerp zijn van een breed maatschappelijk (inclusief ethisch) debat: wat hoort te worden beschouwd als ‘relevante zorg’? Uiteraard is het antwoord op deze vraag veranderlijk in de tijd waardoor het regelmatig bijgesteld moet worden.

5. Toegankelijkheid

5.1. Omschrijving

De afwezigheid van formele, financiële, sociale en geografische belemmeringen maakt zorg toegankelijk.

Een bepaalde graad van begrenzing en sturing is onvermijdelijk om negatieve uitwassen tegen te gaan.

Het Nederlandse Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu stelt algemeen dat er sprake is van toegankelijke zorg “als de gebruikers, die zorg ook daadwerkelijk krijgen”.³³ Zorg is toegankelijk als de gebruiker er voldoende over geïnformeerd is, maar ook als de gebruiker de zorg kan bereiken en betalen. Ook in de Integrale Jeugdhulp bijvoorbeeld vullen de begrippen ‘bekend’, ‘bereikbaar’, ‘beschikbaar’, ‘begrijpbaar’ en ‘betaalbaar’ toegankelijkheid in.³⁴ Al deze begrippen zijn opgenomen in onze onderverdeling en omschrijving van het begrip

toegankelijkheid in componenten.

Toegankelijkheid heeft dus verschillende voorwaarden. Zo is er de materiële beschikbaarheid van zorg en de financiële, sociale (incl. culturele) en geografische toegankelijkheid van zorg. De afwezigheid van formele (administratieve), financiële, sociale en geografische belemmeringen maakt zorg dus toegankelijk.³⁵

Dit is een ideaaltypische beschrijving. Een bepaalde graad van begrenzing en sturing is onvermijdelijk en soms zelfs wenselijk om negatieve uitwassen zowel aan vraag- als aan aanbodzijde tegen te gaan.

De toegankelijkheid wordt ook vergroot als zorg- en hulpvragen worden verduidelijkt en als behoeften worden gedetecteerd door laagdrempelige werkvormen die rechtstreeks toegankelijk zijn. Een correcte organisatie van zorg, inclusief de rechtstreeks toegankelijke dienstverlening, is van belang om ongelijke toegang tot noodzakelijke zorg, maar ook overconsumptie van zorg tegen te gaan. Belemmeringen die het gevolg zijn van een specifieke zorgbehoefte of de afwezigheid van ziekte-inzicht bij de gebruiker wijzen ook op (on)toegankelijkheid. Daarom kan ‘toeleiding’ een belangrijke voorwaarde voor toegankelijkheid zijn.

5.2. Componenten

Beschikbaarheid

Om zorg te verlenen moet deze zorg beschikbaar of inzetbaar zijn.

Zorg moet beschikbaar zijn. Dit wil zeggen dat er op elk moment van de dag beroep op kan worden gedaan in de onmiddellijke omgeving, voor zover de vraag of behoefte relevant is. Dit vereist geen overcapaciteit maar een visie die oog heeft voor voldoende capaciteit op piekmomenten. Zorg is beschikbaar wanneer er geen onderbreking (mogelijk) is op piekmomenten.

“Zorg moet beschikbaar zijn. Dit wil zeggen dat er op elk moment van de dag beroep op kan worden gedaan in de onmiddellijke omgeving, voor zover de vraag of behoefte relevant is.”

Tijdigheid

Zorg moet tijdig toegankelijk zijn. Zorg moet zonder uitstel worden verstrekt op het ogenblik dat de nood aan zorg zich aandient.

Deze zorg moet dus worden aangeboden binnen een verantwoord en dus op technische en contextuele evidentie gebaseerd tijds kader.

Bereikbaarheid

Zorg moet geografisch toegankelijk zijn (gespreid zijn) wat wil zeggen dat de gebruiker uitgedrukt binnen een bepaalde afstand en/of tijd toegang moeten kunnen hebben tot zorg.

Generalistische en specialistische zorg moeten, in functie van de noden en kwaliteit, geografisch bereikbaar zijn. Hierbij moet specialistische zorg waar nodig transparant ingeschakeld kunnen worden, het betreft tweerichtingsverkeer: ook specialistische zorg moet bij de gebruiker thuis kunnen worden geleverd.

Uiteraard moet hier een evenwicht worden bereikt tussen het principe van de bereikbaarheid enerzijds en de budgettaire en kwaliteitsgrenzen van de inzet van hoogtechnologische apparatuur anderzijds.

Betaalbaarheid

Zorg moet financieel toegankelijk zijn. Om zorg betaalbaar te maken moet iedereen toegang hebben tot kwaliteitsvolle zorg, moet er prioriteit zijn voor zorg vanuit de vragen en noden van de gebruiker en moet er voldoende aandacht zijn voor de meest kwetsbaren.³⁶ Betaalbaarheid impliceert dat mensen omwille van de koste van zorg niet in bestaansonzekerheid terechtkomen.

De gebruikers moeten goed geïnformeerd worden over de kostprijs van zorg. Correctiemechanismen op de prijs van zorg zijn belangrijk. Er moet worden nagegaan in welke mate de huidige correctiemechanismen efficiënt en effectief zijn.

Op verantwoordelijke wijze omspringen met de beschikbare middelen geldt zowel voor de individuele zorgverleners als voor instellingen, organisaties en organisatievormen op alle niveaus. Aan alle dienstverlening is een waarde verbonden.

Menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit

Cf. ‘menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit’ onder het uitgangspunt ‘Kwaliteit’.

Toegang tot informatie

Transparantie over het zorg- en hulpverleningsaanbod is van essentieel belang in de zorg- en hulpverlening. Met transparantie bedoelen we dat het zorgaanbod zichtbaar, bekend en begrijpbaar moet zijn.

“Met transparantie bedoelen we dat het zorgaanbod zichtbaar, bekend en begrijpbaar moet zijn.”

Informatie over het totale aanbod, de prijs en de kwaliteit van zorg- en hulpverleningsdiensten is essentieel om de keuzemogelijkheid en de keuzevrijheid van de gebruiker te garanderen. De toegang tot informatie moet op zulk een manier georganiseerd worden dat iedereen gelijkwaardige toegang tot deze informatie heeft ongeacht zijn zorgbehoefte, zelfredzaamheid en sociaaleconomische status. Ook moeilijk bereikbare mensen moeten bereikt worden.

Keuzevrijheid: invulling noden, behoeften en vragen

Cfr. ‘keuzevrijheid’ onder het uitgangspunt ‘Relevantie’.

Bijlage: achtergrondkader

De gebruiker, de overheid en het systeem

Een gezondheids- en welzijnszorgsysteem komt tot stand op basis van een permanente interactie tussen drie elementen:

- ▀ (1) Individuen, de gebruiker en zijn naaste (al dan niet familiale) omgeving, gezinnen en groepen (vraag);
- ▀ (2) de overheid, die doelstellingen formuleert, gedragen door de bevolking, die regelgeving uittekent maar ook een realistisch kader schetst waarbinnen het aanbod kan functioneren;
- ▀ en (3) het gezondheids- en welzijnssysteem (aanbod) dat maar kan werken als er bij de zorgactoren op het terrein een hoge mate van tevredenheid is.

De interactie tussen de noden, behoeften of vragen van het individu, democratisch onderbouwd overheidsbeleid, en een performant gezondheids- en welzijnssysteem, leidt tot het behoud en de bevordering van welzijn en gezondheid. De drie actoren dragen elk een eigen verantwoordelijkheid.

Niet louter geprofessionaliseerde zorg

Hoewel deze nota vooral van toepassing is op geprofessionaliseerde zorg vindt de raad evenwel dat ook informele zorg en mantelzorg een belangrijke plaats moeten hebben in het beleid. Informele zorg en mantelzorg moeten immers eveneens maatschappelijk verantwoord zijn.

Mensen die informele zorg krijgen hebben eveneens recht op kwaliteitsvolle, verantwoorde zorg. Daarom moeten er voldoende ondersteunende maatregelen worden voorzien waardoor mensen de ruimte hebben om informele zorg en mantelzorg te verlenen en dit op een maatschappelijk verantwoorde wijze. De raad verwijst naar voorbeelden (niet-exhaustief) zoals de combinatie arbeid en gezin, mantelzorgondersteunende maatregelen, dagopvang, lotgenotencontact, en zo meer. De raad is ook van mening dat informele en formele zorg niet als 'inwisselbaar' mogen worden beschouwd. Informele zorg moet immers steeds een keuze zijn en geen noodzaak, net zoals formele zorg niet enkel voorbehouden hoort te blijven voor mensen die geen beroep kunnen doen op informele zorg.

Huidige omschrijvingen van verantwoorde zorg

In binnen- en buitenland bestaan er verschillende definities en omschrijvingen van 'goede' zorg of 'verantwoorde' zorg. In Vlaanderen komen een aantal fundamentele *kenmerken* van verantwoorde zorg terug in verschillende advies- en beleidsdocumenten en in de regelgeving. Denken we maar aan het 'Pact van Vilvoorde', het Kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 en het 'Pact 2020'.

Deze kenmerken zijn:

- ▀ Efficiëntie (doelmatigheid)
- ▀ Effectiviteit (doeltreffendheid)
- ▀ Toegankelijkheid
- ▀ Kwaliteit

Daarnaast worden ook vaak genoemd:

- ▀ Continuïteit
- ▀ Maatschappelijke aanvaardbaarheid
- ▀ Gebruikersgerichtheid
- ▀ Toereikendheid

Anderen voegen hier ook aan toe³⁷:

- ▀ Rechtvaardigheid
- ▀ Transparantie
- ▀ Verantwoording

Dit zijn één voor één kenmerken van verantwoorde zorg in Welzijn, maar ook Gezondheid.

Om kwaliteitsvolle (gezondheids)zorg te definiëren koos de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) in 2002 voor de definitie de *International Society for Quality in Health Care*.³⁸ Kwaliteitsvolle zorg is hier “*the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current knowledge*”.³⁹

De door het Amerikaanse *Institute of Medicine* gepromote kenmerken van goede gezondheidszorg zijn:

- ▀ Doeltreffendheid
- ▀ Doelmatigheid
- ▀ Billijkheid
- ▀ Tijdigheid
- ▀ Veiligheid
- ▀ Patiëntgestuurd

Het Centrum voor Ziekenhuis – en Verpleegwetenschap van de KUL voegde hier aan toe:

- ▀ Continuïteit
- ▀ Integratie

De kenmerken die opgenomen werden in deze documenten verwijzen veelal naar de welzijnssectoren (waar Vlaanderen aanzienlijke beleidshefbomen voorhanden heeft). De verschillende kenmerken en definities uit Welzijn en Gezondheid overlappen elkaar maar al te vaak. De gemene deler tussen welzijns- en gezondheidskenmerken bestaat uit de kenmerken:

- ▀ Doeltreffendheid
- ▀ Doelmatigheid
- ▀ Continuïteit
- ▀ Rechtvaardigheid (billijkheid)
- ▀ Gebruikersgerichtheid ('patiëntgestuurd')

De SAR WGG neemt de kenmerken uit de twee sectoren over, vult ze aan en werkt ze uit opdat ze toepasbaar zouden zijn voor de welzijns- en gezondheidssectoren.

SAR WGG-omschrijving: maatschappelijk verantwoorde zorg

In deze visienota gaan we uit van een benadering die dwarsverbindingen legt tussen welzijns- en gezondheidssectoren. We voorzien deze sectoren van een gemeenschappelijke noemer. Dit doen we door fundamentele uitgangspunten te omschrijven van maatschappelijk verantwoorde zorg alsook de componenten ervan vast te leggen. De uitgangspunten worden omschreven en verticaal uitgespit in een aantal componenten.

Maatschappelijk verantwoorde zorg- en hulpverlening moeten de toets doorstaan van de uitgangspunten: kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid, toegankelijkheid. Elk van de vijf uitgangspunten is even belangrijk, ze zijn interdependent, ze vormen een ondeelbaar geheel.

Noten

¹ De uitgangspunten waar maatschappelijk verantwoorde zorg aan moet voldoen, zijn geënt op een tiental basiswaarden: generositeit, levenskwaliteit, integriteit, zelfbeschikking, zelfredzaamheid, solidariteit, gelijkheid, participatie, verbondenheid en inclusie. Deze basiswaarden vormen de normatieve onderbouw als het ware van maatschappelijk verantwoorde zorg.

² In het kwaliteitsdecreet wordt verantwoorde zorg gedefinieerd als zorg die "(...) voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Bij het verstrekken van die zorg zijn respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie aan en de inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving gewaarborgd." (art. 3) Kwaliteitszorg wordt gedefinieerd als: "Kwaliteitszorg is dat deel van de managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en uitvoeren van het kwaliteitsbeleid, bedoeld in artikel 5, § 1. Voor het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid zijn een kwaliteitsmanagementsysteem als bedoeld in artikel 5, § 2, en een zelfevaluatie als bedoeld in artikel 5, § 3, nodig." (art. 4)

³Institute of Medicine geciteerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Cfr. <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/onderwerpen/kwaliteit/>

⁴ VLEUGELS, A., *Aanbevelingen voor Veilige Zorg*, Acta Hospita, p.18. Noot: 'welfare and family services' en 'welfare and family' zijn toegevoegd door de SAR WGG.

⁵ Donabedian geciteerd in GROENEWOUD, A.S. & HUISMAN, R., *Een onderzoek naar de mogelijkheden, de stand van zaken en toekomst van prestatie-indicatoren bij het versterken van de positie van patiënten in de zorgmarkt*, Acta Hospita, 2005, p. 29.

⁶ Ibid.

⁷ VLEUGELS, A., o.c., p. 10.

⁸ VLEUGELS, A., *Aanbevelingen voor een integraal kwaliteitsbeleid in de zorg*, presentatie gegeven door professor Vleugels op de hoorzitting van de SAR WGG op 7 oktober 2010.

⁹ Vb. PDCA-cyclus: Plan – Do – Check – Act. PDSA: Plan – Do – Study – Act.

¹⁰ VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD, *Externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen*, 2002, p. 3.

¹¹ DE MAESENEER, J. e.a., *Translating research into practice 2: the need for research in primary care*, *The Lancet*, 2003, 362p. 1314-1319.

¹² VLEUGELS, A., *Aanbevelingen voor veilige zorg*, Acta Hospita, p. 10.

¹³ HERMANS, K. & VRANKEN, R., *Project Zorginnovatie in Welzijn. Rapport Jaar 1*, Leuven, november 2008, p. 87.

¹⁴ Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (BS 10 november 2003), art. 3 §1.

¹⁵ Cfr. de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 (BS 26 september 2002) en het decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp van (BS 4 oktober 2010).

¹⁶ LEYS, M., *Technologie en innovaties in de zorg*, Vrije Universiteit Brussel, presentatie Zorgsymposium Aalst, 10 september 2009.

¹⁷ RIVM, *Nederlandse Zorgbalans, wat is doelmatigheid?*, cfr. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7779n35621.html Noot: de delen 'welzijns- en' / '- of stabilisering' werden toegevoegd door de SAR WGG.

¹⁸ VLEUGELS, A., o.c., 7

¹⁹ GORIS, P. e.a., *Preventie stap voor stap*, Antwerpen, Garant, 2007

²⁰ Ibid.

²¹ WRR geciteerd in SMITS J. e.a., o.c., 17.

²² ASHCROFT, R. e.a., *Principles of health care ethics*, Susse, John Wiley & Sons Ltd., 2007, p. 362.

²³ Ibid., p. 384

-
- ²⁴ We spreken van 'gelijkwaardige' zorg omdat zorg bijna per definitie ongelijk is.
- ²⁵ WILLEMS, S., VYNCKE, V., Sociale verschillen in gezondheid. Een stand van zaken van het probleem en het beleid in België. In: DIERCKX, D. e.a., *Armoede in België*, Leuven, Acco, 2010, p. 155-181.
- ²⁶ MARMOT, M., , *Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*, The Marmot Review, p. 16
- ²⁷ VAN AUDENHOVE, C., *Beslissingsgerichte gespreksvoering*, Katholieke Universiteit Leuven, 2005, p. 14.
- ²⁸ Ibid., p. 14-16.
- ²⁹ Ibid.
- ³⁰ Ibid.
- ³¹ Ibid., p. 17-20.
- ³² De omschrijving van het begrip opportuniteitskost is ontleend aan BRUGGEMAN, W. & EVERAERT, P., *Kostprijscalculatie en management accounting*, Leuven/Apeldoorn, Garant, 2006.
- ³³ SMITS, J. e.a., *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*, RIVM, rapport 279601002/2002, p. 11
- ³⁴ Vlaams Beleidsplan Integrale Jeugdhulp 2008-2012, p. 3.
- ³⁵ SMITS, J. e.a., o.c.
- ³⁶ SAR WGG, *Advies over de Visienota Vlaamse Sociale Bescherming*, 24 juni 2010, p. 4.
- ³⁷ HERMANS, K. & VRANKEN, R, o.c., p. 88.
- ³⁸ <http://www.isqua.org>
- ³⁹ LOHR geciteerd in VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD, *Externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen*, 2002, p. 3.