

10 prioriteiten voor de toekomst van de gezondheidszorg



Memorandum 2019



Een uitgave van de **Onafhankelijke Ziekenfondsen**

Lenniksebaan 788A
1070 Brussel - België
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

-

Verantwoordelijke uitgever: Xavier BRENEZ

www.mloz.be



10 prioriteiten voor de toekomst van de gezondheidszorg



Memorandum 2019

10 prioriteiten voor de toekomst van de gezondheidszorg

MEMORANDUM 2019

Sterk op prijs gesteld door de bevolking en vermaard tot over onze landsgrenzen heen, beschikt ons gezondheidssysteem ontegensprekelijk over talrijke voordelen: toegankelijkheid, zorgkwaliteit, vrije keuze van zorgverlener, uitgebreid zorgaanbod, ... Die mogen echter niet de vele uitdagingen verhullen, waarmee we geconfronteerd worden om **voor de toekomstige generaties een performant gezondheidssysteem** veilig te stellen dat beantwoordt aan hun noden en ambities. Ambities die welzijn en gezondheid, in al hun vormen, op de eerste plaats zetten.

Met het oog op de verkiezingen van mei 2019 roepen de Onafhankelijke Ziekenfondsen, als onafhankelijke en apolitieke actor, alle politieke partijen op om een maatschappelijk project te ontwerpen, waarin het welzijn en de gezondheid van de bevolking de hoofdlijn vormen voor de politieke actie. **Een uitnodigend, inspirerend project dat een antwoord biedt op de cruciale uitdagingen van onze samenleving**, ver van politieke of institutionele spelletjes die er alleen maar toe leiden dat de burger zich steeds meer afwendt van de politieke actie. Ver van de simplistische of exclusieve oplossingen die hen door bepaalde extreme politieke alternatieven voorgespiegeld worden. Ver van de verlokkingen van het kortetermijndenken en het terugplooiën op onszelf, want onze uitdagingen reiken veel verder dan ons eigen lot en zelfs dat van onze kinderen.

Met dit memorandum willen wij **een visie aanreiken die de sector van de gezondheidszorg in strikte zin overschrijdt**, want we zijn ervan overtuigd dat we een maatschappij moeten promoten die zich ontfermt over de gezondheid van de bevolking, en niet enkel over de behandeling van de zieken. Uiteenlopende politieke domeinen dragen sterk bij tot gezondheid en welzijn: milieu, onderwijs, mobiliteit, huisvesting, landbouw, ... Ook zij verdienen onze bezorgdheid en we moeten ons dus afvragen welke impact, positief of negatief, zij hebben op de gezondheid. Trouwens, als de uitdagingen allesomvattend en transversaal zijn, moeten de antwoorden dat ook zijn. Ze moeten dus absoluut uitstijgen boven de verschillende beleidsniveaus, om te bewijzen dat de behoeften van de bevolking voorrang hebben op een institutionele logica die nefast is voor de efficiëntie van overheidsmaatregelen. Want tegemoetkomen aan de noden van de bevolking blijft onze kernopdracht, overtuigd als we zijn dat **een gezondheidsbeleid de voorkeuren van de burgers, de patiënten en hun omgeving moet weerspiegelen**.

Om de toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden, roepen we op om ons enkel te concentreren op de problemen die een oplossing behoeven en de kansen die we kunnen grijpen. Laten we die trend van 'maken en breken', pijnlijk goed geïllustreerd door de 6^{de} staatshervorming, laten voor wat ze is. Juichen we in plaats daarvan de actoren en instellingen toe die, vaak in de coulissen, ervoor zorgen dat onze sector zijn opdrachten elke dag weer vervult. Laten we er, door middel van de juiste incentives, eerst en vooral voor zorgen dat iedereen ook morgen nog zin heeft om te innoveren en nieuwe initiatieven te nemen.

Dit memorandum is de vrucht van uitgebreide denkoefeningen, verrijkt door de ervaring en de ideeën van talloze partijen die we hartelijk bedanken. **Het concretiseert zich in '10 prioriteiten voor de toekomst van de gezondheidszorg', waarin we de voorkeuren opnemen die de burger geuit heeft** via verschillende studies en enquêtes. Elk van de 10 prioriteiten wordt gevolgd door gezondheidsdoelstellingen en concrete voorstellen.



"Als de uitdagingen allesomvattend en transversaal zijn, moeten de antwoorden dat ook zijn."



Inhoudstafel

1	Trends en uitdagingen	09
2	Wat wil de burger op vlak van gezondheid?	15
3	Welke visie voor de gezondheidszorg?	19
4	Doelstellingen om het gezondheidsbeleid te ondersteunen	23
5	10 prioriteiten voor de toekomst van de gezondheidszorg	27
	1 Investeren in een ambitieus en geïntegreerd preventiebeleid	27
	2 De gezondheidsvaardigheden verbeteren	32
	3 Gecoördineerde eerstelijnszorg bevorderen	34
	4 Kwalitatieve ziekenhuiszorg in netwerkvorm verzekeren	36
	5 De aanpak van de geestelijke gezondheid verbeteren	38
	6 Een efficiënt en innoverend geneesmiddelenbeleid voeren	40
	7 Arbeidsongeschiktheid voorkomen en begeleiden	43
	8 Zorgen voor het welzijn van onze ouderen	46
	9 Aansluiten bij eHealth 3.0	49
	10 De impact van het milieu op de gezondheid verminderen	52
6	Noodzakelijke randvoorwaarden	55
7	Bibliografie	59



Trends en uitdagingen

EEN PREVENTIEBELEID OP HETZELFDE NIVEAU ALS DE UITDAGINGEN

De uitgaven voor preventie beslaan amper 2,1% van de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging, wat België beduidend onder het Europese gemiddelde van 3% plaatst! **Al jaren is preventie de zwakke schakel in ons gezondheidssysteem.** Nochtans zorgen investeringen in gezondheidspromotie en preventie voor een toename van het aantal gezonde levensjaren. Gezien hun impact op de economie en de volksgezondheid verdienen bepaalde domeinen de volle aandacht, bijvoorbeeld alcohol- en tabaksconsumptie (vooral bij jongeren), mentale gezondheid en risico op zelfdoding, gebrek aan beweging en gezonde voeding, opsporing van bepaalde kankers en blootstelling aan bepaalde milieurisico's.

Preventie is overigens te weinig gericht op de kwetsbare bevolkingsgroepen en vormt een bron van sociale ongelijkheid, die aangepakt moet worden met maatregelen die gericht zijn op welbepaalde, bijzonder kwetsbare sociaal-economische categorieën.



In 2017 waren de chronisch zieken goed voor 70,2% van de RIZIV-uitgaven aan geneeskundige verzorging.

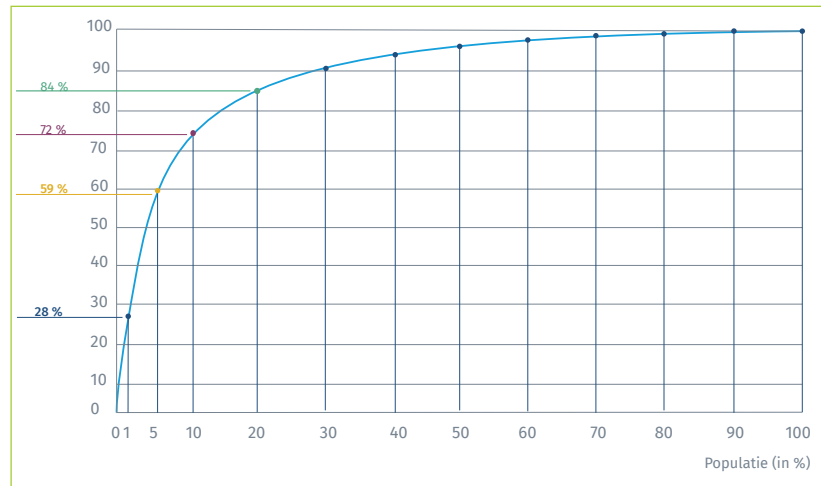
OPTIMALE TENLASTENEMING VAN CHRONISCH ZIEKEN

In 2017 bedroeg de prevalentie van chronische ziektes 24,8% voor de totale bevolking en 34,5% voor mensen ouder dan 25 jaar. Alles wijst erop dat deze cijfers alleen maar zullen stijgen in de komende jaren. Deze evolutie houdt verband met de moderne leefgewoontes, de vergrijzing van de bevolking en ook met de vooruitgang van de geneeskunde, waardoor de sterftcijfers voor bepaalde pathologieën drastisch gedaald zijn. In 2017 waren de chronisch zieken goed voor 70,2% van de RIZIV-uitgaven aan geneeskundige verzorging. De meest voorkomende ziektes zijn arteriële hypertensie, depressie, niet-insuline-afhankelijke diabetes, COPD (chronic obstructive pulmonary disease) en astma.²

De vergrijzing van de bevolking versterkt de problematiek van chronische ziektes en meervoudige pathologieën. Meer dan 60% van de personen tussen 60 en 79 jaar lijdt immers aan minstens één chronische ziekte, een cijfer dat oploopt tot bijna 80% bij de 80-plussers. Bovendien is de kans op een ziekenhuisopname 3 à 4 keer groter bij chronisch zieken.

Dat verklaart de hoge concentratie aan gezondheidsuitgaven:

Terugbetaalde uitgaven geneeskundige verzorging (in %), 2017



Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

OMGAAN MET DE AFHANKELIJKHEID

De hogere levensverwachting, samen met een toename van gezonde levensjaren, is één van de grootste voordelen van de vooruitgang in de geneeskunde en **de evolutie van onze leefwijze**. **Maar de vergrijzing van de bevolking - met als gevolg dat de groep van 80-plussers tegen 2050 minstens zal verdubbelen en zo 10% van de bevolking zal uitmaken -** maakt nieuwe oplossingen voor ondersteuning noodzakelijk, om het autonomieverlies en de bijbehorende pathologieën (dementie, chronische ziektes, ...) op te vangen. Nu al is er een nijpend tekort wat betreft de toegang tot woonzorgcentra en thuiszorg, om redenen van beschikbaarheid of financiële toegankelijkheid. In 2017 besloeg de acute zorg 6,4% van het BBP, terwijl 1,6% van het BBP naar langdurige verzorging ging (voornamelijk de financiering van woonzorgcentra). In 2040 zal 7,9% van het BBP toegekend worden aan acute zorg en 2,3% aan langdurige verzorging.³



Naar schatting zal tegen 2020 70% van de kankerbehandelingen gebruik maken van immunotherapie en genterapie.

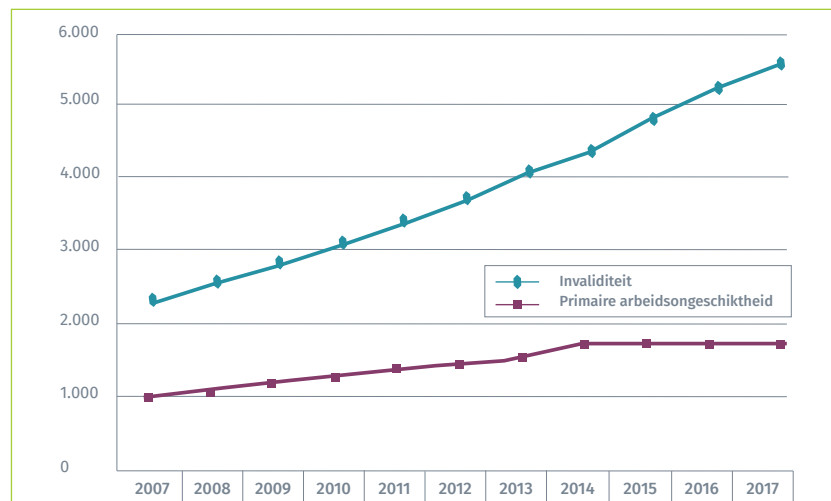
TOEGANG TOT MEDISCHE INNOVATIE

De wetenschappelijke vooruitgang opent enorme therapeutische perspectieven, maar stelt ons ook voor heel wat economische, maatschappelijke en zelfs ethische uitdagingen. In alle gezondheidsdomeinen (implantaten, medische hulpmiddelen, screeningmethodes, ...) zijn er tal van innovaties, om nog maar te zwijgen van de vooruitzichten die immunotherapie, genterapie en doelgerichte therapie bieden. Naar schatting zal **tegen 2020 70% van de kankerbehandelingen bestaan uit immunotherapie en doelgerichte therapie.**⁴ Zelfs al zullen de kosten voor deze behandelingen waarschijnlijk dalen in de komende jaren, toch vormt het gebruik ervan op grote schaal een serieuze budgettaire uitdaging, wat verder onderzoek naar de economische en therapeutische meerwaarde van deze nieuwe behandelingen vereist.

TOENAME VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEDEN

Sinds enkele jaren neemt het aantal arbeidsongeschiktheden voortdurend toe, vooral langdurige arbeidsongeschiktheden (invaliden, van meer dan 1 jaar). Deze stijging valt te verklaren door de demografische evolutie, de evolutie van het werkgelegenheidsbeleid en medische factoren. **De budgetten voor arbeidsongeschiktheid liggen nu hoger dan de uitgaven voor werkloosheid.** De uitgaven zijn bijzonder hard gestegen voor invaliditeit, waar zich de laatste 5 jaar een gemiddelde stijging van 7,8% per jaar aftekende. Tussen 1996 en 2017 is het aantal invaliden meer dan verdubbeld, met een scherpe stijging bij vrouwen en bedienden.

Evolutie van de uitgaven voor primaire arbeidsongeschiktheid en voor invaliditeit, voor loontrekkenden, in miljoen euro



Bron: RIZIV



In vergelijking met gelijkaardige landen moet de patiënt in België een aanzienlijk deel van de kosten zelf ophoesten.

SAMENWERKING TUSSEN BELEIDSNIVEAUS

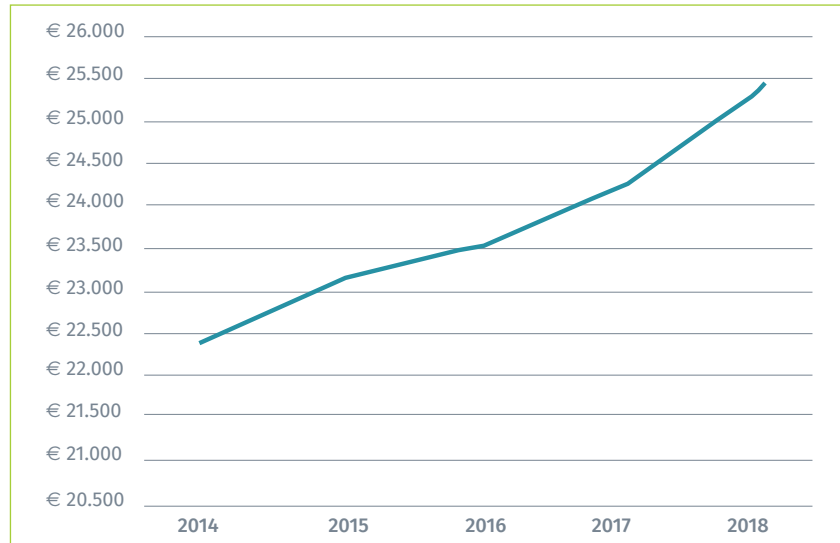
Door belangrijke gezondheidsmateries over te dragen naar de deelstaten heeft de 6^e staatshervorming het institutionele landschap van de gezondheidszorg heel wat ingewikkelder gemaakt. Nu de transfers van kracht zijn, kunnen we bevestigen dat de risico's die oorspronkelijk geïdentificeerd werden, zich daadwerkelijk voltrokken hebben: onsamenhangende beleidslijnen, onzekerheid over de reikwijdte van de verantwoordelijkheden, meerdere tussenpersonen, gebrek aan samenwerking tot zelfs regelrechte concurrentie tussen de bevoegdheidsniveaus, ... Hoewel een transversale aanpak van de zorg die rond de patiënt georganiseerd wordt, unaniem wordt beschouwd als een absolute prioriteit, gaat ons institutionele landschap volledig de andere kant op en werpt het juist hindernissen op voor een samenhangend, efficiënt en geïntegreerd ziekenhuisbeleid. **De versnippering van de bevoegdheden betreft de belangrijke domeinen van het ziekenhuisbeleid, psychische gezondheid, zorg voor ouderen, organisatie van de eerstelijnsverzorging en revalidatie.** Bijgevolg moeten al deze materies nu samen beheerd worden door zowel het federale als de regionale niveaus, binnen overlegstructuren die ontoereikend zijn voor de uitdagingen.

EEN FINANCIERING OP HETZELFDE NIVEAU ALS DE BEHOEFTE

Door de combinatie van die trends kent ons systeem een constante groei van de uitgaven voor gezondheidszorg, die hoger uitvalt dan de economische groei. Deze trend wordt bevestigd in alle Europese gezondheidssystemen. **Het Federaal Planbureau verwacht trouwens voor de periode 2017-2022, als het beleid niet verandert, een toename van 2,2% voor de uitgaven geneeskundige verzorging,** terwijl de groeicijfer de laatste jaren vastgelegd was op 1,5% (zonder indexatie).

Deze uitgaven worden voor 77% gedragen door de overheid. De rest valt ten laste van de patiënten, rechtstreeks in de vorm van persoonlijke aandelen (18%) of onrechtstreeks via facultatieve verzekeringen (5%). In vergelijking met gelijkaardige landen moet de patiënt in België een aanzienlijk deel van de kosten zelf ophoesten.

(Federale) reële RIZIV-uitgaven in duizenden euro



Bron: RIZIV

The image features a solid teal background. In the lower-left and lower-middle areas, there are two white, wavy, horizontal shapes that resemble stylized waves or brushstrokes. The top wave is smaller and tapers to a point on the right. The bottom wave is larger and more rounded. To the right of the top wave, the number '2' is written in a white, bold, sans-serif font.

2

Wat wil de burger op vlak van gezondheid?

De laatste jaren probeerden diverse enquêtes te peilen naar de voorkeuren van de burgers inzake gezondheidsbeleid. Te vaak wordt het gezondheidsbeleid beperkt tot een debat tussen deskundigen, maar **het zou ook de maatschappelijke voorkeuren moeten weerspiegelen, zodat de burger/patiënt de gemaakte keuzes en beslissingen ondersteunt**. Uit al deze enquêtes kunnen meerdere krachtlijnen gedistilleerd worden, die maximale goedkeuring kunnen wegdragen.⁵

VOORRANG AAN LEVENSKWALITEIT EN BELANG VAN PREVENTIE

Uit alle enquêtes blijkt dat een meerderheid van de bevolking levenskwaliteit verkiest boven levensduur. Ze associëren deze voorkeur met het belang van preventie, die evenveel aandacht zou moeten krijgen als de curatieve sector. Wat betreft preventie, **vinden de burgers de strijd tegen kanker, begeleiding van chronisch zieken, obesitas, mentale gezondheid en de strijd tegen verslavingen (alcohol, tabak en drugs) de prioritaire actiedomeinen**. Meerdere beperkende maatregelen worden overigens positief onthaald door meer dan 50% van de bevolking: verbod op roken in aanwezigheid van kinderen, verbod op bepaalde pesticiden, verplicht maken van bepaalde opsporingstests en bepaalde vaccins, verbod op de verkoop van gesuikerde drank en snoepgoed op school, verbod op de verkoop van alcohol op snelwegparkings of aan minderjarigen. Wat betreft de preventie van psychische stoornissen gaat de voorkeur uit naar een verbetering van het evenwicht tussen werk en privéleven, en de terugbetaling van psychologie/psychotherapie.

Daarnaast identificeren de bevrageden meerdere politieke domeinen die rekening zouden moeten houden met de impact van hun vakgebied op de volksgezondheid: fiscaliteit, onderwijs, welzijn op het werk en milieubeleid.



Uit alle enquêtes blijkt dat de bevolking levenskwaliteit verkiest boven levensduur.

VRAAG NAAR MEER TRANSPARANTIE, INFORMATIE EN BETROKKENHEID

Hoewel de Belgen zeer ingenomen zijn met hun gezondheidssysteem, vormt het gebrek aan transparantie en informatie toch een bron van ontevredenheid. Ze willen meer informatie en transparantie over de kostprijs van de behandelingen en het deel dat ze zelf moeten betalen, over de kwaliteit van de zorg en over de behandelingen die de specialisten voorschrijven. Ook de begrijpelijkheid van de ziekenhuisfactuur en de toegang tot verstaanbare en correcte informatie over de pathologieën en hun behandeling, worden aangeduid als problematisch.

Bovendien zouden de burgers meer betrokken willen worden bij zowel de beslissingen die de zorgverleners over hen nemen, als de maatschappelijke keuzes die het gezondheidsbeleid sturen.

MEDISCHE GEGEVENS DELEN EN GEBRUIKEN

De burgers zijn er onvoorwaardelijk voorstander van dat de zorgverleners hun medische gegevens met elkaar delen. Ze vinden dit een prima maatregel om onnodige onderzoeken te vermijden en de gezondheidsuitgaven binnen de perken te houden. Daarnaast is het merendeel van de burgers er voorstander van dat hun medische gegevens gebruikt kunnen worden om hen proactief te informeren en/of hen beter te begeleiden.

ORGANISATIE VAN HET SYSTEEM VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

De burgers pleiten voor **een gezondheidszorgsysteem dat gericht is op de patiënt en zijn behoeften**: momenteel hebben ze de indruk dat bepaalde gezondheidsdiensten meer gestuurd worden door het zorgaanbod dan door de vraag. Deze perceptie geldt ook voor medische innovatie, die niet voldoende gefocust is op de werkelijke noden.*

Over het algemeen beseft de burger dat het voortbestaan van ons zorgsysteem gewaarborgd moet worden door in te zetten op kostenefficiëntie en door ervoor te zorgen dat de adequaatheid van zorg en de toegevoegde waarde daarvan verzekerd wordt. Maar naast de uitwisseling van medische gegevens en de promotie van goedkope of generische geneesmiddelen kunnen maar weinig concrete maatregelen op massale bijval rekenen.

Uit alle enquêtes komen nog drie aandachtspunten naar voren: de kosten die ten laste blijven van de patiënt, de wachtlijsten bij bepaalde specialisten en de toegang tot woonzorgcentra.

* Bijvoorbeeld wat betreft de onderzoeksdomeinen in de farmaceutische industrie



De meerderheid voelt zich ook klaar om mantelzorger te worden of een rol te spelen in een lokaal solidariteitsnetwerk.

THUIS BLIJVEN WONEN

In geval van autonomieverlies **wil de overgrote meerderheid van de 60-plussers zo lang mogelijk thuis blijven**, met hulp van hun familie, vrienden of gezondheidsprofessionals. De meesten vinden trouwens dat hun woning aangepast is aan een eventueel autonomieverlies. Assistentiewoningen scoren veel lager op de voorkeurschaal, en in de meerderheid van de gevallen vormen woonzorgcentra een laatste redmiddel. Ook technologieën die het thuis blijven wonen mogelijk maken, vormen een aanvaardbaar alternatief, maar dit blijft momenteel beperkt (minder dan 20% van de 60-plussers).

De meerderheid voelt zich ook klaar om mantelzorger te worden of een rol te spelen in een lokaal buurtnetwerk om buurtbewoners te ondersteunen in hun dagelijkse bezigheden.

SOLIDARITEIT EN VERANTWOORDELIJKHEID

Wanneer het gaat over preventie en levensstijl leggen de burgers veel nadruk op de individuele verantwoordelijkheid. Dit is niet in tegenspraak met steun voor sterke solidariteitsmechanismen die, bij het vastleggen van de prioriteiten, de ernst en prevalentie van een pathologie als criterium zouden moeten hanteren. Die criteria wegen zwaarder door dan de kosten voor de sociale zekerheid. **De maatschappelijke voorkeuren liggen dus duidelijk veeleer bij gezondheidsbehoeften dan financiële overwegingen.** Wat solidariteit betreft, menen de burgers ook dat bepaalde kwetsbare groepen bijzondere aandacht zouden moeten krijgen: personen die aan een zeldzame ziekte lijden, kinderen die onder de armoedegrens leven, minderjarigen, zwangere vrouwen of alleenstaande vrouwen met kinderen, en daklozen.



3

Welke visie voor de gezondheidszorg?

De visie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is opgebouwd rond vijf fundamentele uitgangspunten:

- Ervoor zorgen dat het systeem afgestemd is op de noden en voorkeuren van de patiënten en op de prioriteiten voor de volksgezondheid.
- Een 'actieve gezondheid' bevorderen, waarbij elk individu aangemoedigd wordt gezond te leven en zijn begrips- en keuzevaardigheden te ontwikkelen.
- De gezondheidsprioriteiten vertalen in meetbare doelstellingen, zodat de acties van alle actoren (beleidsniveaus, administratie, zorgverleners, ziekenfondsen, verenigingssector, ...) met elkaar in lijn staan.
- Zorgen voor een efficiënte organisatie van het gezondheidssysteem, met als doelen: optimale opname van medische innovatie, relevantie van de toegediende zorg, ontwikkeling van de specialisering en delegatie, beperking van de administratieve werklast en verlaging van de institutionele complexiteit.
- Een holistische aanpak van de gezondheid ontwikkelen met integratie van de openbare actiedomeinen die een rechtstreekse invloed hebben op de gezondheid (preventie, milieu, levensstijl, onderwijs, ...).



De invoering van een nieuw model 'geïntegreerde zorg' is een noodzakelijke verandering om de goede coördinatie te garanderen van de zorg rond de patiënt.

De kern van deze visie is de doelstelling om de uitdagingen van morgen het hoofd te bieden en de duurzaamheid van het systeem te waarborgen, zonder te tornen aan de fundamentele waarden ervan (financiële solidariteit, universele dekking, fysieke en financiële toegankelijkheid, en kwaliteit).

De explosieve toename van chronisch zieken, meervoudige pathologieën en mentale gezondheidsproblemen in combinatie met de toegenomen complexiteit van bepaalde ziektes en hun behandeling, heeft de toediening van zorg behoorlijk ingewikkeld gemaakt. Ons zorgmodel moet dus herzien worden om van de klassieke acute, gerichte, reactieve en geïsoleerde geneeskunde te evolueren naar een preventieve, multidisciplinaire, proactieve en geplande geneeskunde. Ons systeem is echter ontworpen om acute, kortstondige aandoeningen te behandelen, en niet voor het beheer van chronische en multidimensionale situaties. **De invoering van een nieuw model 'geïntegreerde zorg' is een noodzakelijke verandering om de goede coördinatie te garanderen van de zorg rond de patiënt, die aangemoedigd moet worden zijn behandeling correct te volgen en de evolutie van zijn ziekte onder controle te houden.**



De financiering per handeling en de forfaitarisering vullen elkaar aan en moeten aangevuld worden met een financiering op basis van kwaliteit, naleving van bepaalde richtlijnen en een bijdrage aan de gezondheidsdoelstellingen.

Dit zorgmodel steunt op een versterking van de eerstelijnszorg, werking in groepspraktijken op multidisciplinaire basis en samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Deze evolutie wordt versterkt door de demografische trends van de algemene geneeskunde en de verwachtingen die jonge dokters koesteren over de toepassing van geneeskunde. Als de huidige werking dezelfde blijft, zal de eerstelijnszorg de vraag waarschijnlijk niet meer kunnen bijbenen. Er moet dus **meer samenwerking komen tussen alle zorgverleners en bepaalde taken zouden uitbesteed kunnen worden aan nieuwe beroepen** (praktijkassistenten voor huisartsen, mondhygiënist voor tandartsen).

Om de complexiteit te kunnen beheersen, moeten de eerstelijnszorgverleners kunnen steunen op een **samenwerking met gestructureerde zorgnetwerken** die in staat zijn de gevallen over te nemen die hun competenties overstijgen, in het domein van chronische, psychologische, palliatieve of revalidatiezorg.

De evolutie van een zorgmodel in silo's naar een transversaal zorgsysteem is een verandering tot op het bot, aangezien aan alle dimensies van ons systeem geraakt wordt: organisatie van de zorg, rolverdeling, opleiding van de zorgverleners en financiering van de zorg. Vanuit dat oogpunt **is het van primordiaal belang om éérs alle hervormingen die aangevat werden onder deze legislatuur** (ziekenhuisnetwerken, wet op kwaliteit van zorg en gezondheidsberoepen, projecten voor geïntegreerde zorg, psychologische eerstelijnszorg, ...) tot een goed einde te brengen **en het titanenwerk van de herziening van de nomenclatuur aan te vatten**. Dat laatste moet leiden tot een eerlijke financiering van de zorg op basis van de werkelijke kostprijs, en de afschaffing van het bestaande onevenwicht (over- of onderfinanciering). Dit is een conditio sine qua non, zonder dewelke er geen vorderingen mogelijk zijn in de verdere forfaitarisering van de eerste- of tweedelijnszorg. De financiering per handeling en de forfaitarisering vullen elkaar aan en moeten aangevuld worden met een financiering op basis van kwaliteit, naleving van bepaalde richtlijnen en een bijdrage aan de gezondheidsdoelstellingen.

Toediening van doelmatige zorg met de gewenste therapeutische waarde en toegang tot de laatste medische innovaties blijven een grote uitdaging voor de duurzaamheid van ons systeem. We kunnen die enkel het hoofd bieden als we sterke mechanismen voor responsabilisering en monitoring invoeren. **Medische innovatie geniet trouwens enkel maatschappelijke steun als de industrie correcte prijzen hanteert**, transparanter is over de kosten en de ontvangen overheidsfinanciering, en zich ertoe verbindt de aangekondigde therapeutische en economische meerwaarde daadwerkelijk na te streven.

Door de versnippering van de bevoegdheden door de zesde staatshervorming en omdat belangrijke doorslaggevende factoren voor gezondheid afhangen van andere politieke domeinen, moeten er **mechanismen voor een betere coördinatie en samenwerking tussen de beleidsniveaus** komen. Zo niet, bestaat er een reëel risico dat we langzaam afglijden naar een verlamd en onbeheersbaar systeem, terwijl **onze maatschappij zich zou moeten bezighouden met de gezondheid van haar bevolking, en niet enkel met de behandeling van de zieken.**

De financiering van gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid is niet enkel een uitgave, maar eerst en vooral een investering in het welzijn en de voorspoed van de maatschappij. De sector heeft recht op een financiering die alle behoeften dekt, via een eerlijke fiscaliteit waarvan bepaalde inkomsten in verband met gezondheid (accijnzen, milieubelasting, ...) gebruikt zouden kunnen worden om een allesomvattend, gecoördineerd en ambitieus gezondheidsbeleid te bekostigen. Tegelijk moet de sector alle nodige efficiëntiemaatregelen treffen om kosten door overconsumptie en nodeloze of ongepaste zorg te vermijden.



4

Doelstellingen om het gezondheidsbeleid te ondersteunen

De gezondheidsdoelstellingen zijn niet nieuw. In 1981 had de WGO al voor de eerste keer ambitieuze doelstellingen geformuleerd in het kader van het programma ‘Gezondheid voor iedereen tegen 2000’. Sindsdien werd keer op keer gevraagd om het gezondheidsbeleid om te zetten in doelstellingen. Recenter, in 2015, namen de lidstaten van de Verenigde Naties het ‘Programma voor duurzame ontwikkeling tegen 2030’ aan, dat een ambitieuze visie op een gezondere, meer welvarende, inclusievere en veerkrachtigere wereld aanreikte. Dat programma werd vertaald in 17 duurzame ontwikkelingsdoelstellingen, op hun beurt gepreciseerd in 169 subdoelstellingen die samen de rode draad vormen voor de acties die alle lidstaten moeten ondernemen. De derde doelstelling betreft gezondheid en welzijn en wil “een goede gezondheid voor iedereen verzekeren en welvaart voor alle leeftijden promoten”.



De gezondheidsdoelstellingen maken het gezondheidsbeleid tastbaar en concreet voor de burgers.

In België werd het programma van de Verenigde Naties vertaald in een **Nationale Strategie Duurzame Ontwikkeling**, die de vrucht is van een akkoord tussen alle beleidsniveaus⁶ en jaarlijks opgevolgd wordt door het Federaal Planbureau⁷. Ook al juichen we de goede bedoelingen daarin toe, namelijk “de samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus versterken, de respectieve bevoegdheden overstijgen, de zaken op een allesomvattende manier benaderen, de kruisverbanden tussen de verschillende sectoren en doelen beter benutten ...”, we kunnen niet anders dan de ontbrekende concretisering van die verbintenissen tot nu toe betreuren.

Let wel: België is niet helemaal verstoken van gezondheidsdoelstellingen. **Sommige algemene en specifieke doelstellingen zijn gedefinieerd op federaal niveau⁸ en in Vlaanderen⁹. Ook Brussel en Wallonië¹⁰ hebben initiatieven in die zin ondernomen om preventie en gezondheid te bevorderen.**

Maar willen we in de toekomst een samenhangend en geordend gezondheidsbeleid, dan moet er een algemeen kader met nationale gezondheidsdoelstellingen komen. **De toenemende versnippering van bevoegdheden en beslissingsprocessen verhoogt de noodzaak om dit algemene kader te definiëren, zodat de gezondheidsprioriteiten duidelijk opgesteld en gecommuniceerd worden.** In ons Belgisch systeem is dit een hoogstnoodzakelijk instrument voor verbinding en coördinatie, zowel wat betreft de samenwerking tussen beleidsniveaus, als tussen politici of actoren. Deze doelstellingen moeten wervend zijn en de actoren aansporen er actief aan deel te nemen.

Daarnaast maken gezondheidsdoelstellingen het gezondheidsbeleid tastbaar en concreet voor de burgers, waardoor alle actoren aangespoord worden hun verantwoordelijkheid op te nemen en rekenschap te geven van hun respectieve bijdragen.

Wat betreft gezondheidsdoelstellingen pleiten wij dus voor een progressieve en gerichte aanpak, met in eerste instantie de structurering van de bestaande initiatieven. Op dat vlak vormen het werk van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over de 'Performantie van het Belgische systeem' en de opvolging door het Federaal Planbureau van de Nationale Strategie Duurzame Ontwikkeling een stevige basis om indicatoren te identificeren en op te volgen.

In een eerste fase stellen de Onafhankelijke Ziekenfondsen de volgende algemene doelstellingen voor:

1

Vermindering van de ongelijkheden op vlak van gezondheid¹¹:

tegen 2025 het verschil in levensverwachting in goede gezondheid tussen de meest en de minst begunstigde categorie verkleinen met 20%.

Zelfs in een redelijk egalitaire samenleving zoals de onze zijn er grote verschillen tussen de meest en de minst gegoede categorieën: een verschil van 8 jaar¹¹ in het aantal levensjaren in goede gezondheid en van 28% (88% tegenover 60%) voor het aandeel mensen dat zichzelf gezond vindt.

2

Stijging van het aantal levensjaren in goede gezondheid:

tegen 2025 in de Europese top 10 staan.

Wat betreft levensjaren in goede gezondheid, is België tussen 1990 en 2016 in de Europese ranking gedaald van de 7^e naar de 14^e plaats.¹² Spier- en botziekten, met name rugpijn, en psychische stoornissen zijn daarvan de grootste oorzaken.

3

Vermijdbaar sterftecijfer:

tegen 2025 het vermijdbare sterftecijfer doen dalen met 10%.

Chronische ziektes zijn de eerste oorzaak voor een vroegtijdige dood in België: ze zorgen voor 86% van de sterftegevallen van dit type en voor 70% van het totale aantal overlijdens. Het percentage van vroegtijdige overlijdens door chronische ziektes zou drastisch kunnen dalen door de risicofactoren aan te pakken, namelijk tabak, alcohol, vet en suiker, gebrek aan beweging en luchtvervuiling. Met een betere preventiestrategie zouden 43.200 levens gespaard kunnen worden.¹³

4

Financiering van preventie en gezondheidszorg:

vanaf 2020 voorzien in een groeinorm van 2,2%.

De groeinorm van de laatste jaren lag vast op 1,5%, terwijl het Federaal Planbureau voor de periode 2017-2022 een stijging van de gezondheidsuitgaven van 2,2% voorspelt, als het beleid niet verandert.

Vanaf 2020 de toegekende middelen voor preventie verhogen met 50%.

The image features a solid blue background. Two white, wavy, horizontal lines are positioned in the lower half of the frame. The upper wave is smaller and tapers to a point on the right. The lower wave is larger and more rounded. A large, white, sans-serif number '5' is centered vertically between the two waves, positioned towards the right side of the image.

5

10 prioriteiten voor de toekomst van de gezondheidszorg

- 1 Investeren in een ambitieus en geïntegreerd preventiebeleid
- 2 De gezondheidsvaardigheden verbeteren
- 3 Gecoördineerde eerstelijnszorg bevorderen
- 4 Kwalitatieve ziekenhuiszorg in netwerkvorm verzekeren
- 5 De aanpak van de geestelijke gezondheid verbeteren
- 6 Een efficiënt en innoverend geneesmiddelenbeleid voeren
- 7 Arbeidsongeschiktheid voorkomen en begeleiden
- 8 Zorgen voor het welzijn van onze ouderen
- 9 Aansluiten bij eHealth 3.0
- 10 De impact van het milieu op de gezondheid verminderen

1

Investeren in een ambitieus en geïntegreerd preventiebeleid

In België gaat alles samen slechts 2,1% van de totale uitgaven op het gebied van gezondheid naar preventie, wat ons land beduidend onder het Europese gemiddelde van 3% plaatst. **Sinds jaar en dag wordt preventie stiefmoederlijk behandeld in ons gezondheidssysteem, deels omdat er geen verband meer is tussen curatieve verzorging (onder federale verantwoordelijkheid) en preventieve zorg (onder de verantwoordelijkheid van de deelstaten).** Nochtans onderstrepen alle opiniepeilingen de wens van de burger om meer middelen toe te kennen aan preventie en daar een daadkrachtig beleid aan te koppelen dat de levenskwaliteit verbetert. **De strijd tegen kanker wordt door meer dan 80% van de bevolking als prioritair beschouwd.**



Vanuit economisch oogpunt levert elke euro die geïnvesteerd wordt in preventie 4 euro op.

Ook al stijgt de levensverwachting al een aantal decennia, die extra jaren zijn vaak getekend door ziekte. Bijgevolg verliest een 80-jarige gemiddeld 10 levensjaren in goede gezondheid door een chronische aandoening, bijvoorbeeld kanker, een hart- en vaatziekte, diabetes type II of een neurodegeneratieve aandoening.¹⁴ De oorzaken van deze pathologieën zijn wijd en zijd bekend: tabaksverslaving, alcoholconsumptie, overgewicht, gebrek aan beweging, voeding met veel chemische en weinig plantaardige bestanddelen. **Tabak blijft de dodelijkste substantie en is verantwoordelijk voor de meeste luchtweginfecties en hart- en vaatziekten, en voor 30 tot 40% van de kankers.** Vandaag de dag rookt nog steeds 20% van de Belgen. Dit is weliswaar een daling van 7% sinds 2013, maar experts vinden dat die daling niet snel genoeg gaat en merken trouwens op dat deze cijfers stagneren sinds 2015. Ook alcoholconsumptie vormt een probleem in België: ons land bekleedt in Europa de tweede plaats, met een gemiddeld verbruik van 12,6 liter pure alcohol per jaar per capita.¹⁵ De sociale kosten (geneeskundige verzorging, ongevallen, productiviteitsverlies, arbeidsongeschiktheid, ...) van tabak en alcohol in België worden geschat op respectievelijk 1,5 en 2,1 miljard euro.¹⁶

Er is evenwel een enorm potentieel in de preventie van chronische ziektes, helaas zwaar onderbenut. Naar schatting kan, als de vijf hoofdoorzaken aangepakt zouden worden, het aantal gevallen van diabetes type II dalen met 90%, hart- en vaatziekten met 82% en kankers met 70% (als ook de overmatige blootstelling aan ultraviolette stralen toegevoegd wordt). Vanuit economisch oogpunt levert elke euro die geïnvesteerd wordt in preventie 4 euro op.¹⁷

Niet alleen preventiefactoren, maar ook een verhoging van de participatiegraad aan de bestaande opsporingsprogramma's (voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker) zou de strijd tegen kanker kunnen boosten. Momenteel bereiken die programma's maar 50 à 60% van de bevolking, met aanzienlijke verschillen tussen de deelstaten. Dit verschil zou weggewerkt kunnen worden als men zich zou inspireren op de best practices, onder meer voor de opsporing van darmkanker. We noteren ook grote verschillen tussen de deelstaten bij de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus (HPV): bijna 90% van de meisjes in Vlaanderen werd ingeënt, tegenover slechts 36,1% in Wallonië en Brussel. Deze vaccinatie zou trouwens in alle deelstaten uitgebreid moeten worden naar jongens, in overeenstemming met de aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad in 2017.

Tot slot moet ook herhaald worden hoe belangrijk de inenting tegen het griepvirus is voor gezondheidsprofessionals en 65-plussers, evenals de vaccinatie van zwangere vrouwen tegen kinkhoest.

De voorgestelde doelstellingen werden geformuleerd om elke deelstaat aan te sporen de meest performante of ambitieuze deelstaat bij te benen.

DOELSTELLINGEN

- **De impact van verslavingen en levensstijl op de gezondheid verminderen (2025):**

- Het **aantal rokers** terugbrengen van 20% naar 15% van de bevolking.
- De **sociale kosten van tabak en alcohol** verminderen met 10%.
- Het aantal **zwaarlijvige kinderen** terugbrengen tot minder dan 5% van het totale aantal kinderen.

- **Het percentage van deelname aan screenings verbeteren (2025):**

- Opsporing van **borstkanker**: 75% voor vrouwen tussen 50 en 69 jaar.
- Opsporing van **darmkanker**: 65% voor personen tussen 50 en 74 jaar.
- Opsporing van **baarmoederhalskanker**: 70% voor vrouwen tussen 20 en 69 jaar.

- **De vaccinatiegraad verbeteren (2025):**

- Een percentage van 90% bereiken, zowel bij jongens als meisjes en in alle deelstaten, voor de **vaccinatie tegen het humaan papillomavirus**.
- Voor **griepvaccinatie** de volgende percentages bereiken: 75% bij 65-plussers, 50% bij zwangere vrouwen en 80% bij gezondheidsprofessionals.
- Aan elke zwangere vrouw voorstellen zich te laten **inenten tegen kinkhoest** en een vaccinatiepercentage van 80% bereiken bij gezondheidsprofessionals.
- Wat vaccinatie bij kinderen betreft: voor elk vaccinatiemoment (1^e dosis en volgende) inentingspercentages bereiken die **een collectieve immuniteit garanderen**, en erop toezien dat 80% van de kinderen onder 18 maanden de inenting krijgt op het juiste moment.

ACTIES

- **De impact van verslavingen en levensstijl op de gezondheid verminderen:**
 - Rechtstreekse of onrechtstreekse reclame en promotie van tabak volledig afschaffen.
 - Een rookverbod in aanwezigheid van kinderen opleggen, om ze te beschermen tegen passief roken.
 - De tabaksprijzen drastisch verhogen om ten minste het niveau van de buurlanden te bereiken.
 - De verkoop van alcohol en tabak aan jongeren onder 18 jaar verbieden.
 - De promotie en de verkoop van alcohol in tankstations verbieden.
 - Bewustmakingscampagnes en acties rond gezondheidspromotie aanmoedigen in verband met verslavingen bij jongeren.
 - Op school gezonde voeding aanbieden, de verkoop van frisdrank en snoepgoed verbieden, de gratis toegang tot drinkwater veralgemenen, meer fysieke activiteiten invoeren.
 - De 'preventie-actoren' financieel aanmoedigen om innoverende acties in verband met preventie te ondernemen.
 - In de horecasector gratis water ter beschikking stellen.
- **Het percentage van deelname aan screenings verbeteren:**
 - Net zoals in Vlaanderen, ook in Wallonië en Brussel opsporingskits voor darmkanker verdelen, automatisch of georganiseerd via de apothekers.
 - Systemen voor gepersonaliseerde geheugensteuntjes op poten zetten, in samenwerking met de ziekenfondsen (sms, e-mail, ...).
 - De doorslaggevende factoren voor deelname aan de officiële opsporingstests evalueren om de sensibiliseringsacties te verbeteren en de doelgroepen beter te identificeren.
 - Bij de zorgverleners informatiecampagnes opzetten over best practices inzake opsporing.
- **De vaccinatiegraad verbeteren:**
 - Een coherente en gecoördineerde informatiestrategie voor het grote publiek ontwikkelen, met bijzondere aandacht voor de kwetsbare bevolkingsgroepen.
 - De opleiding van en communicatie met de gezondheidsprofessionals verbeteren.
 - In alle deelstaten een contactpunt installeren om zowel gezondheidsprofessionals als particulieren te informeren en op het juiste spoor te zetten.
 - De HPV-vaccinatie uitbreiden naar jongens en het opt-out-systeem veralgemenen.
 - Zowel burgers als zorgverleners toegang geven tot de vaccinatieregisters en ervoor zorgen dat die registers alle vaccinatiegegevens bevatten.
 - Systemen voor individuele geheugensteuntjes op poten zetten, in samenwerking met de ziekenfondsen (sms, e-mail, ...).

2

De gezondheidsvaardigheden verbeteren

Gezondheidsvaardigheden worden gedefinieerd als “het vermogen van een individu om basisgezondheidsinformatie en de mogelijke behandelingen te vinden, te begrijpen en te gebruiken, en om geïnformeerde beslissingen te nemen over zijn eigen gezondheid”.

Gezondheidsvaardigheden zijn van essentieel belang bij de ziektepreventie en gezondheidspromotie. Er is duidelijk een positieve impact op de levensstijl, het juiste gebruik van medicatie of het begrip van zijn eigen gezondheidstoestand.¹⁸

De Belgische bevolking vertoont een té laag percentage van gezondheidsvaardigheden: 41,3%.¹⁹ Amper 6 op de 10 inwoners van België begrijpen correct de instructies van hun arts. 17% vindt dat hun dokter te ingewikkelde taal gebruikt, en 32% heeft moeite om de bijsluiters te begrijpen.²⁰ We weten ook dat therapietrouw een van de grootste problemen is bij de opvolging van chronisch zieken: gemiddeld is dat maar 50%. **Een van de sleutelfactoren om die therapietrouw te verbeteren, is nochtans de kwaliteit van de relatie en de communicatie tussen arts en patiënt** (uitleg geven over de behandeling en de ziekte, openstaan voor vragen en hoe de patiënt zijn ziekte ervaart, controleren of de patiënt alles wel goed begrijpt, ...).

Gezondheidsvaardigheden zijn ook een essentieel instrument om gezondheidsongelijkheden weg te werken, een domein waarin België minder goed presteert dan veel andere Europese landen.²¹ Het gebrek aan gezondheidsvaardigheden hangt nauw samen met de sociaal-economische status van een individu. Wie een hoog opleidingsniveau heeft, geniet op 50-jarige leeftijd gemiddeld van 8,3 méér gezonde jaren dan iemand met een lager diploma. Uit meerdere studies blijkt een correlatie tussen een laag niveau van gezondheidswijsheid en hoge gezondheidskosten (meer opnames en heropnames, ongepast gebruik van medicatie, minder gebruik van preventiediensten, ...). **Er moeten dus doelgerichte initiatieven komen voor de zwakste doelgroepen, zoals ouderen, zwangere vrouwen in moeilijke psychosociale situaties, alleenstaande moeders, ...**

Gezondheidseducatie is dus een enorme maatschappelijke uitdaging, waarbij meerdere partijen betrokken zijn: zorgverleners, overheden, ziekenfondsen, onderwijzend personeel, media, ... Het probleem moet absoluut beschouwd worden als **een collectieve verantwoordelijkheid, en elke betrokken partij moet actief deelnemen aan initiatieven om de kennis over gezondheid te vergroten** of om de taal in de communicaties naar de burger te vereenvoudigen (in de administratie, in de wetgeving, tijdens medische raadplegingen, bij het onthaal in het ziekenhuis, in bijsluiters, ...).



Uit meerdere studies blijkt een correlatie tussen een laag niveau van gezondheidswijsheid en hoge gezondheidskosten.

DOELSTELLINGEN

- Tegen 2030 een **gezondheidsvaardigheidsniveau** van 70% behalen voor de Belgische bevolking.
- **Kwetsbare zwangere vrouwen:** ervoor zorgen dat zo veel mogelijk vrouwen opgevolgd worden vóór de 3e maand.

ACTIES

- De resultaten van de gezondheidsenquête gebruiken om **de prioriteiten inzake gezondheidsvaardigheden te bepalen**.
De volgende gezondheidsenquête zal het niveau van gezondheidsvaardigheden meten. **Zo zal duidelijk worden welke acties prioritair zijn voor welke thema's en doelgroepen.**
- Een **label invoeren voor 'health literate' organisaties** (zie kaderstuk), bedoeld voor zorgverleners, ziekenfondsen, overheden en verenigingen.
- De **leesbaarheid en interpreteerbaarheid verhogen van de gegevens** die patiënten kunnen raadplegen in hun eigen elektronisch medisch dossier.
- De taak van de zorgverleners vergemakkelijken door hen **educatieve tools en tools ter ondersteuning van de besluitvorming** aan te reiken die aangepast zijn aan hun patiënten.
- De **vorming van zorgverleners** in pedagogische en communicatieve vaardigheden stimuleren met basiscursussen en bijscholingen.
- **Kwetsbare zwangere vrouwen** identificeren en begeleiden (zoals in het project 'Born in Brussels') en analoge projecten oprichten in de andere deelstaten.
- **Culturele bemiddelaars en ervaringsdeskundigen** integreren in de eerstelijnszorg.
- **'Gezondheid' opnemen als een apart vak op school**, om daar al een basis van gezondheidsvaardigheid te verwerven.

Een 'health literate' organisatie heeft de volgende kenmerken²²:

- geniet de steun van de directie
- plant, evalueert en verbetert de kwaliteit van haar prestaties
- bereidt haar personeel voor en vormt het, meet de vooruitgang
- betreft de beoogde doelgroepen (type informatie en diensten)
- beantwoordt aan de behoeften van al haar doelgroepen, zonder discriminatie
- communiceert efficiënt en zorgt ervoor dat haar boodschap goed begrepen wordt
- vergemakkelijkt de toegang tot gezondheidsinformatie en diensten
- ontwerpt eenvoudig te gebruiken materiaal
- identificeert situaties met een hoog risico (bijvoorbeeld ontslag uit een ziekenhuis)
- legt duidelijk uit wat de verzekering dekt en wat de kosten voor de verzekerde zijn

3

Gecoördineerde eerstelijnszorg bevorderen



Binnen de eerstelijnszorg spelen huisartsen een centrale rol in de organisatie van geïntegreerde zorg rond de patiënt.

Eerstelijnszorg omvat verschillende disciplines, bijvoorbeeld huisartsen, tandartsen, vroedvrouwen, apothekers en paramedici (verpleegkundigen, kinesisten, psychologen,...), evenals diverse vormen van hulp om de zorg te ondersteunen (maatschappelijk werk(st)ers, gezinshulp, gekwalificeerde hulp, ...). Door de explosie van chronische ziektes, meervoudige pathologieën en psychologische problemen wordt **de eerstelijnszorg geconfronteerd met steeds meer verschillende situaties, waarin medische, psychologische, sociale en culturele dimensies met elkaar verweven zijn.**

Binnen de eerstelijnszorg spelen **huisartsen** een centrale rol in de organisatie van geïntegreerde zorg rond de patiënt. Ze **krijgen steeds complexere gevallen voorgeschoteld, want ze moeten acute pathologieën behandelen**, chronisch zieken opvolgen, preventieve handelingen stellen of bepaalde ziektes opsporen. Tegelijk echter blijkt uit de demografie van de huisartsen dat hun aantal geleidelijk daalt. Huisartsen zijn ook minder beschikbaar doordat jonge dokters een betere levenskwaliteit verlangen.

Om te kunnen beantwoorden aan al die behoeften waarvoor een coördinatie rond de patiënt nodig is, zal de huisarts stilaan keuzes moeten maken in de activiteiten die hij zelf uitvoert en de taken die **hij delegeert aan praktijkassistenten**. Zij kunnen bepaalde verstrekkingen overnemen van de huisarts, bijvoorbeeld spuitjes geven, vaccins toedienen, bepaalde gezondheidsparementen meten of verbanden verversen. Ze zouden ook **de begeleiding en opvolging van chronische patiënten** op zich kunnen nemen, en dan vooral het informeren van de patiënten, de therapeutische ondersteuning en het overleg met andere zorgactoren.

Huisartsen en huisapothekers zouden elkaar trouwens nog meer moeten aanvullen, om er zeker van te zijn dat de patiënt al het nodige advies krijgt voor zijn geneesmiddelenbehandeling en dat er voor patiënten die meerdere medicijnen nemen, een medicatieschema en een 'medication review' geformaliseerd worden.

Om de gevallen te kunnen beheren die hun competenties overstijgen, moeten huisartsen kunnen stoelen op **een samenwerking met geïntegreerde en multidisciplinaire zorgnetwerken, die gespecialiseerd zijn in de behandeling van welbepaalde chronische aandoeningen**, geestelijke gezondheidszorg, palliatieve zorg of revalidatie. Optimale gegevensuitwisseling tussen alle betrokkenen en een financieringsmodel dat samenwerking en zorgkwaliteit bevordert, zijn de noodzakelijke voorwaarden om de geïntegreerde zorgmodellen te doen slagen.

DOELSTELLINGEN

- 100% van de chronische patiënten beschikt over een **referentie-huisarts via het eGMD** (2021).
- 100% van de zorgverleners beschikt over een elektronisch medisch dossier dat hij deelt met andere zorgactoren en met de patiënt (2025).
- 75% van **de chronische patiënten moet gevolgd worden door een gecoördineerd eerstelijnssteam**, met respect voor de vrije keuze van de patiënt (2025).

ACTIES

- De **financiering van de eerstelijnszorg aanpassen door het forfaitaire deel per hoofd**, afhankelijk van het type patiënt, te verhogen en door een deel te koppelen aan de kwaliteit van de zorg (maximaal 10%). Het deel per hoofd zou de bestaande forfaits (telematicapremie, GMD, zorgtrajecten, ...) omvatten om bepaalde aspecten te dekken, bijvoorbeeld het bijhouden van een medisch dossier, de continuïteit van de zorg, de opvolging van bepaalde doelgroepen, de uitvoering van administratieve taken, het multidisciplinaire werk van de eerste lijn, ...
- Het **accrediteringssysteem herzien om er een promotiemiddel voor kwaliteitszorg van te maken** (naleving van guidelines, raadpleging en opvolging van de praktijkrichtlijnen via tools ter ondersteuning van de besluitvorming, ...).
- De **delegatie van bepaalde taken aan nieuwe gezondheidsberoepen invoeren** (praktijkassistenten in algemene geneeskunde, mondhygiënist, ...).
- De **projecten geïntegreerde zorg** (PGZ's) evalueren en het model van de positief geëvalueerde projecten uitbreiden naar alle chronische patiënten.
- Zorgverleners en patiënten informeren en ondersteunen in het kader van de maatregelen voor het delen van elektronische informatie.
- Het elektronisch medisch dossier gebruiken voor alle betrokken zorgverleners **om de samenwerking tussen de bestaande netwerken te bevorderen** (eerste lijn, ziekenhuis, psychische gezondheid).
- De **gecodeerde registratie van pathologieën** veralgemenen om de toekenning van patiëntenrechten (bijvoorbeeld het statuut van chronisch zieke) te baseren op gezondheidsgegevens en niet op gegevens over uitgaven.

4

Kwalitatieve ziekenhuiszorg in netwerkvorm verzekeren

Nu de basis voor een grondige hervorming van het ziekenhuislandschap gelegd is (opname van de ziekenhuizen in een netwerk, evolutie naar een prospectieve forfaitaire financiering), moet dit werk voortgezet worden om de verschillende projecten tot een goed einde te brengen. Onder meer de reglementaire bepalingen die de werking van de locoregionale netwerken afbakenen, moeten afgerond worden. Overigens, om de sector te kunnen rationaliseren moeten de hindernissen die de toenadering tussen openbare en privé-ziekenhuizen beletten, zo snel mogelijk uit de weg geruimd worden in Brussel en Wallonië.



De vermenigvuldiging van de kortverblijven vereist een toename van het aantal verpleegkundigen, dat vandaag trouwens onder het Europese gemiddelde ligt.

Ook de verschillende beleidsniveaus moeten overleggen om het plan voor vermindering en omschakeling van de bedden tot een goed einde te brengen.²³ Nu al zijn er naar schatting 7.000 bedden te veel, vooral voor inwendige geneeskunde, chirurgie, pediatrie en op de kraamafdeling. Ook al leidt de vergrijzing tot meer ziekenhuisopnames in de toekomst, de verkorte ziekenhuisverblijven en de aanzienlijke toename van het aantal daghospitalisaties zullen tegen 2025 toch resulteren in een overcapaciteit van 9.300 bedden. Een deel van die bedden (3.500) moet achter de hand gehouden worden om het hoofd te kunnen bieden aan de vergrijzing na 2025, een ander deel (2.200) kan omgezet worden in bedden voor geriatrie en niet-acute zorg. **Let wel: de sterke toename van de kortverblijven vereist een toename van het aantal verpleegkundigen, dat vandaag trouwens onder het Europese gemiddelde ligt.** De herconfiguratie van het ziekenhuisaanbod moet ook de ontwikkeling omvatten van oplossingen tussen het ziekenhuis en thuiszorg, bijvoorbeeld ziekenhuizen voor vervolgzorg, herstel- en revalidatiecentra, transmurale zorg, ...

Wat betreft de netwerken, is het bovendien essentieel om bepaalde zorg (complexe kankers en deskundigheid in zeldzame ziektes) te blijven concentreren in referentiecentra, die over een multidisciplinair team beschikken dat voldoende expertise heeft en een minimaal aantal gevallen per jaar behandelt (meer dan 20). Het is duidelijk aangetoond dat de kwaliteit van complexe zorg in termen van ziekte- en sterftecijfers, nauw samenhangt met het aantal interventies. Dit concentratieproces is al ingezet voor chirurgie op slokdarm- en pancreaskankers, en wordt nu aanbevolen voor hoofd- en halstumoren. Deze methodologie moet geleidelijk uitgebreid worden naar andere sterk gespecialiseerde zorg.

De verbetering van de kwaliteit blijft echter zeker niet beperkt tot louter een concentratie van bepaalde soorten verzorging. Uit internationale studies blijkt dat 1 op de 10 opgenomen patiënten een ongewenst incident meemaakt, waarvan meer dan de helft te vermijden is. Wereldwijd vormen medische fouten de 14e oorzaak van ziekte- en sterftegevallen. In onze Belgische context zouden 20.000 tot 60.000 patiënten een ongewenst incident meemaken, en zou dit in 2.500 tot 5.000 gevallen fataal zijn. De meest voorkomende ongewenste incidenten zijn ziekenhuisinfecties, verkeerde medicatie, veneuze tromboses en ingrepen aan de verkeerde kant. Ongeveer 15% van de ziekenhuisuitgaven zou besteed worden aan de gevolgen van veiligheidsproblemen.²⁴

Wat betreft de herziening van de ziekenhuisfinanciering, moet de geleidelijke overgang naar een eerlijk, transparant en eenvoudig forfaitair systeem voortgezet worden, om efficiëntie en zorgkwaliteit te bevorderen. Voor een beperkt aantal verstrekkingen in de laagvariabele zorg is al een eerste stap naar prospectieve bedragen gezet. Op dit moment betreft de forfaitarisering slechts een deel van de honoraria, op hun beurt gebaseerd op de bestaande nomenclatuur die niet meer beantwoordt aan de medische en economische werkelijkheid. **Om vooruitgang te kunnen boeken in de forfaitarisering van de ziekenhuiszorg moet voldaan worden aan een essentiële voorwaarde: men moet algemene forfaits kunnen vastleggen, waarin alle middelen vervat zitten die noodzakelijk zijn voor de behandeling van de patiënt.** Die forfaits moeten gebaseerd zijn op de werkelijke kostprijs van de verzorging, de geneesmiddelen en de medische instrumenten. Dit is nauw verbonden met het traject dat de herziening van de nomenclatuur moet afleggen.

DOELSTELLINGEN

- De laatste hand leggen aan de **locoregionale ziekenhuisnetwerken** (2020).
- De **vermindering van het aantal bedden en hun omschakeling** realiseren om te beantwoorden aan de ziekenhuisnoden (2025).
- De **referentiecentra** uitbreiden naar andere complexe interventies (kankers in hoofd en hals, CVA's, traumachirurgie, longkanker, ...) op basis van de KCE-rapporten (2025).
- Vanaf 2022 de financiering van elke nieuwe handeling of elk **nieuw forfait baseren op een gevalideerde methodologie** met inschatting van de kostprijs van de zorg.

ACTIES

- Het **reglementaire kader voor de ziekenhuisnetwerken** afronden en de hindernissen voor de fusies tussen openbare en privé-ziekenhuizen wegwerken.
- Uit alle bestaande en gekende opties de methodologie kiezen die het mogelijk maakt **de nomenclatuur te herzien** en forfaits te bepalen op basis van de werkelijke kostprijs van de zorg.
- **De honorariumsupplementen omkaderen:** ziekenhuissupplementen geleidelijk aan verlagen en tegelijk een eerlijke financiering van de werkelijke kostprijs van ziekenhuiszorg invoeren (zodat de onderfinanciering niet langer ingeroepen kan worden om bepaalde toeslagen te rechtvaardigen).
- Andere overeenkomsten sluiten, geïnspireerd op de ervaring met borstreconstructies, waardoor er voor welbepaalde ingrepen een kader ontstaat met verbintenissen rond kwaliteit, prijs, supplementen en transparantie van de kosten.
- Het **'pay for quality'-systeem uitbreiden** en er de prioriteiten inzake kwaliteit en veiligheid in opnemen, op basis van indicatoren.
- **Een globaal programma²⁵ voor de zorgveiligheid invoeren op basis van de volgende initiatieven:** opleiding van professionals, reporting en beheer van ongewenste incidenten, meting van ongewenste incidenten, ondernomen acties en vooruitgang, formalisering van veiligheidsnormen, betrokkenheid van patiënt en familie.

5

De aanpak van de geestelijke gezondheid verbeteren



De burger beschouwt deze problematiek als prioritair en is voorstander van een terugbetaling van psychologie / psychotherapie.

1 op de 3 inwoners van België ondervindt geestelijke problemen en bijna 1 op de 5 zou tekenen van een psychologische pathologie vertonen.²⁶ Momenteel **liggen psychische stoornissen aan de oorsprong van meer dan een derde van de arbeidsongeschiktheden, in verhouding lijden er meer vrouwen dan mannen aan.** Ook al zijn geestelijke gezondheidsproblemen niet nieuw, ze komen steeds vaker voor en die stijging zal nog toenemen door de vergrijzing en de maatschappelijke veranderingen. De burger beschouwt deze problematiek als prioritair en is voorstander van een terugbetaling van psychologie/psychotherapie en van initiatieven om werkgerelateerde stress te verminderen.

Psychologische stoornissen hebben niet alleen gevolgen op het vlak van levenskwaliteit, arbeidsonderbreking of gezondheidskosten, maar doen de zelfdodingscijfers in België ook pieken. **Met gemiddeld 3 zelfdodingen per dag staat ons land in de Europese top 3.** Het zelfdodingscijfer bedraagt respectievelijk 17, 24 en 14 per 1000 inwoners in Vlaanderen, Wallonië en Brussel.

Verontrustend is te moeten vaststellen dat meer dan de helft van de psychologische problemen begint rond de leeftijd van 14 jaar.²⁷ Pesterijen, bespotting op sociale netwerken en geweld veroorzaken psychische stoornissen bij onze tieners. Helaas worden deze situaties van psychologische nood, waaronder depressie, amper herkend en onvoldoende begeleid, wat nefaste gevolgen heeft voor de gezondheid en schoolprestaties van die jongeren.

De herkenning en de correcte verzorging van depressie zijn dus essentieel, temeer daar naar schatting 70% van de depressies succesvol behandeld kan worden, ongeacht de ernst van de stoornis. Antidepressiva lijken efficiënt in 30 tot 40% van de gevallen, maar om goed te werken, moet de patiënt ze gedurende minstens 3 maanden innemen. In België vormt dit een probleem omdat een groot aantal volwassenen aan wie antidepressiva werden voorgeschreven, ze maar gedurende korte tijd heeft genomen. Het verkeerde gebruik van deze medicatie maakt van ons land de Europese koploper in de consumptie van antidepressiva.

Hoewel een medicinale behandeling het meest toegankelijk blijkt, **vormt psychotherapie een efficiënte alternatieve keuze of aanvulling voor de behandeling van depressies of angststoornissen.**^{28 29}

Soms echter vindt de patiënt maar moeilijk de juiste hulp, doordat het aanbod voor geestelijke gezondheidszorg financieel weinig toegankelijk, versnipperd en moeilijk leesbaar is voor het grote publiek. Volgens sommige ramingen zou elke euro die geïnvesteerd wordt in psychologische zorg 1,14 tot 1,95 euro kunnen opbrengen, aangezien de juiste opvolging positieve effecten heeft op het geneesmiddelenverbruik, absentisme, het gebruik van de spoeddienst en ziekenhuisverblijven.

DOELSTELLINGEN

- Het **gebruik van antidepressiva verminderen tot ongeveer** het Europese gemiddelde (2025).
- Het aantal patiënten die gedurende **minder dan 3 maanden een behandeling met antidepressiva** volgt, verminderen met 10% (2021).
- Het **zelfdodingspercentage** verminderen tot ongeveer het Europese gemiddelde (2025).
- Ervoor zorgen dat 80% van de scholen over **een kwalitatief preventieplan** voor geestelijke gezondheid beschikt (2025).

ACTIES

- Meer initiatieven ontplooiën **om de geestelijke gezondheidszorg te de-institutionaliseren**, door de eerstelijnszorg te versterken en een ambulante verzorging zo dicht mogelijk bij de omgeving van de patiënt te bevorderen.
- **Huisartsen opleiden en sensibiliseren** (vroegtijdige opsporing, begeleiding van de patiënt, alternatieve oplossingen voor medicatie, ...).
- Geleidelijk aan **een terugbetalingschema voor psychologische zorg invoeren, op basis van de aanbevelingen van het KCE-rapport**, waarbij psychologische zorg voor minderjarigen voorrang moet krijgen.
- Het aanbod voor geestelijke gezondheid via **de 107-projecten** uitbreiden naar 65-plussers.
- Het **juiste gebruik van antidepressiva** regelmatig evalueren en feedback geven aan de voorschrijvers.
- Voorschrijvers **regelmatig laten evalueren of de voortzetting van een medicinale behandeling** wel aangewezen is, volgens pathologie en evolutie van de ziekte.
- De ontplooiing en financiering voortzetten van **netwerken voor geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren** (GGK).
- **Preventieprogramma's in scholen organiseren:**
 - Kinderen veerkrachtiger maken door sensibiliseringsacties.
 - Het onderwijzend personeel sensibiliseren om psychologische moeilijkheden sneller op te sporen.
 - De opsporing van psychologische moeilijkheden opnemen in het medisch onderzoek.

6

Een efficiënt en innoverend geneesmiddelenbeleid voeren



België is een van de landen met het hoogste voorschrijfpercentage na raadpleging.

Het geneesmiddelenbeleid moet twee doelstellingen nastreven: aan de patiënten innoverende behandelingen ter beschikking stellen die hen de beste vooruitzichten voor hun gezondheid bieden, en een rationele geneesmiddelenconsumptie verzekeren, rekening houdend met klinische werkzaamheid, economische efficiëntie en veiligheid van de patiënten.

De laatste jaren ontstonden talrijke medische vernieuwingen, die in heel wat gevallen grote stappen voorwaarts betekenden voor patiënten: nieuwe antivirale middelen tegen hepatitis C, doelgerichte en immunotherapie voor kankerbehandelingen, diagnostische tests, ... Deze vernieuwende behandelingen, vooral die voor zeldzame ziektes en kankers, namen **een steeds grotere hap uit het budget**. De besparingen dankzij rationeler voorschrijfgedrag of geneesmiddelen waarvan de octrooirechten afgelopen zijn, konden die stijgende uitgaven echter niet compenseren. **Het budget voor geneesmiddelen bedraagt 17,8% van het totaalbudget en overschrijdt sinds 2015 de budgetdoelstelling** (200 tot 300 miljoen euro per jaar). Alleen al in de strijd tegen kanker zou rond 2020 naar schatting meer dan 70% van de behandelingen steunen op doelgerichte en immunotherapie, en zo bijna 20% van het totaalbudget voor geneesmiddelen uitmaken.³¹

Gezien de behandelingskosten voor bepaalde pathologieën en de onverklaarbare verschillen in de werkelijke prijs tussen verschillende landen, gaan er heel wat stemmen op om de prijzen die de farmaceutische industrie hanteert, in vraag te stellen. Niet alleen wegens het gebrek aan transparantie over de structuur van de kostprijs, maar ook omdat er voor heel wat behandelingen onzekerheid bestaat over de klinische doeltreffendheid. Veel van die geneesmiddelen zitten onder contract: ze vertegenwoordigen bijna een kwart van het geneesmiddelenbudget. Hierdoor wordt de vraag naar transparantie steeds dwingender. **Onvermijdelijk zullen regeringen – liefst in onderling overleg – in de toekomst een grotere rol spelen bij de prijsbepaling en de oriëntatie van de onderzoeksdomeinen**. Vooral omdat de publieke middelen voor onderzoek rechtstreeks of onrechtstreeks verre van verwaarloosbaar zijn. Als de farmaceutische industrie maatschappelijke steun wil blijven genieten, moet ze zich absoluut transparanter tonen over de werkelijke kosten en de mechanismen voor prijsbepaling.

De budgettaire context en de risico's van een overmatig gebruik van geneesmiddelen voor de gezondheid vereisen bijkomende inspanningen om tot een rationeler gebruik van geneesmiddelen te komen. België is een van de landen met het hoogste voorschrijfpercentage na raadpleging, waardoor in ons land bijvoorbeeld **meer antibiotica, antidepressiva, geneesmiddelen tegen maagzuur of cholesterolverlagende middelen** over de toonbank gaan dan in onze buurlanden.

Voorschrijfgedrag aanmoedigen dat de klinische richtlijnen volgt en het gebruik van generische en goedkope geneesmiddelen stimuleert, vormt een zeer haalbare opportuniteit, aangezien wij het slechter doen dan heel wat andere landen wat betreft algemeen volume, gebruik van generische en biosimilaire geneesmiddelen, en voorschrijven op stofnaam. In 2016 bedroeg het aandeel generische geneesmiddelen 35% van het totale volume. Het percentage goedkoopste geneesmiddelen klom tot ongeveer 55%, maar hiermee zitten we nog steeds onder het percentage van heel wat buurlanden.

Problemen gelinkt aan polyfarmacie en gebrek aan therapietrouw (50% van de gevallen voor chronisch zieken) vereisen bijzondere aandacht. Meer dan een kwart van de 65-plussers neemt meer dan 5 geneesmiddelen per dag. Dit benadrukt het belang van een 'medication review' in overleg tussen arts en apotheker.

DOELSTELLINGEN

- De **beheermechanismen voor farmaceutische specialiteiten herzien** om een budget in evenwicht te garanderen. Op langere termijn nieuwe financieringsmodellen voor medische innovaties ontwikkelen.
- Het gebruik van de **goedkope geneesmiddelen** (generische, goedkope, originele en biosimilaire) optrekken met 10% (2021).
- Het gebruik van **antibiotica** doen dalen conform de aanbevelingen van BAPCOC (onder meer het aantal voorschriften/1000 inwoners laten dalen van 800 naar 600 in 2020 en 400 in 2025).
- Het **aantal patiënten dat meer dan 5 geneesmiddelen** tegelijk gebruikt, doen afnemen met 10% (2025).
- Een **'medication review'** uitvoeren bij 50% van de patiënten die erg veel medicijnen gebruiken (meer dan 9) (2025).

ACTIES

- **Transversaal overleg op poten zetten** (tussen industrie, artsen, verzekeringsinstellingen, apothekers, ...) met als doel op langere termijn nieuwe financieringsmodellen te ontwikkelen en toegang tot innoverende behandelingen veilig te stellen voor de bevolking.

- **De bestaande beheermechanismen herzien:**
 - Een maximumbudget vastleggen voor bepaalde groepen van geneesmiddelen of bepaalde pathologieën, waarbij ook rekening wordt gehouden met vooruitzichten op nieuwe behandelingen (horizon scanning).
 - Het systeem van overeenkomsten met de farmaceutische industrie bijsturen (meer transparantie in de klinische gegevens, evaluatiemechanisme door een onafhankelijke instantie, ...).
 - De samenwerking tussen lidstaten binnen Europa stimuleren (horizon scanning, registers, informatie-uitwisseling, prijsonderhandelingen, ...).
 - Een systeem voor horizon scanning opzetten om zicht te krijgen op eventuele nieuwe behandelingen en te anticiperen op de nodige budgetten.
- **Het gebruik van de goedkope geneesmiddelen stimuleren:**
 - De periode voor de inwerkingtreding van de maatregel 'plafondprijzen', waardoor enkel de goedkoopste geneesmiddelen nog terugbetaald worden, terugbrengen van 2 jaar tot 6 maanden.
 - Het voorschrijven op stofnaam verplicht maken voor startende behandelingen om zo de aflevering van de goedkoopste geneesmiddelen mogelijk te maken.
 - Het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen stimuleren door financiële incentives en de vastlegging van voorschrijfquota.
 - Het supplement ten laste van de patiënt afschaffen voor geneesmiddelen, waarvoor een generisch alternatief bestaat.
- **Een geheel van maatregelen ontwikkelen waarmee de volumes en het voorschrijfgedrag gestuurd kunnen worden:**
 - Feedback aan de zorgverleners versterken (voorschrijfvolumes, naleving van de guidelines).
 - Financiële incentives ontwerpen die goede voorschrijfgewoontes stimuleren (naleving van de guidelines en quota voor goedkope/biosimilaire geneesmiddelen), evenals beperkende maatregelen voor outliers.
 - Toezien op de adequaatheid van voorschrijven voor patiënten in woonzorgcentra door multidisciplinaire samenwerking aan te moedigen.
 - In medische software hulp bij beslissing inbouwen voor goede voorschrijfpraktijken en het voorschrijven op stofnaam te vergemakkelijken.
- **De rol van de huisapotheker versterken voor de optimalisatie van het geneesmiddelengebruik:**
 - Huisapothekers eenmaal per jaar of wanneer de situatie van de patiënt wijzigt, een gestructureerde 'medication review' laten uitvoeren voor patiënten die meer dan 9 geneesmiddelen nemen.
 - De kwaliteit van deze 'medication review' garanderen dankzij een specifieke opleiding en de uittekening van een gestructureerd kader.
- **Een kader ontwikkelen voor het gebruik van off-labelgeneesmiddelen** in pediatrie en kinderoncologie.
- **De samenwerking tussen de overheid en de sector versterken** om geneesmiddelen te ontwikkelen in domeinen met een specifieke behoefte.

7 Arbeidsongeschiktheid voorkomen en begeleiden



De uitgaven in verband met arbeidsongeschiktheid zijn dan ook letterlijk ontploft en bereikten 1,712 miljard euro voor de primaire arbeidsongeschiktheid.

Het aantal personen dat door arbeidsongeschiktheid tijdelijk of definitief verwijderd is van de arbeidsmarkt, stijgt al jaren. **Het aantal vergoede loontrekkenden in primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan 1 jaar) is gestegen van 398.000 in 2009 naar 432.500 in 2017.** In diezelfde periode is het aantal invaliden (meer dan 1 jaar arbeidsongeschikt) met meer dan 50% toegenomen, van 245.000 tot 380.000. De stijging ligt aanzienlijk hoger bij vrouwen (+72%) dan bij mannen (+36%). Deze evolutie kan voor 1/3 verklaard worden door de stijging van het aantal loontrekkenden (positie van de babyboomers in de leeftijds piramide, meer actieve vrouwen op de arbeidsmarkt, minder mogelijkheden om op brugpensioen te gaan, activering van werklozen, ...), maar ook voor 2/3 door de stijging van het aantal invaliden (psychische stoornissen, locomotorische problemen, ...). In 2017 bedroeg het aandeel van invalide loontrekkenden 7,68% bij mannen en 10,64% bij vrouwen.

De uitgaven in verband met arbeidsongeschiktheid zijn dan ook letterlijk ontploft en bereikten 1,712 miljard euro voor de primaire arbeidsongeschiktheid en 5,419 miljard euro voor de invaliditeit in 2017*.³² Terwijl de uitgaven voor arbeidsongeschiktheid onder controle lijken sinds 2015, kende de invaliditeit de laatste 5 jaar een gemiddelde toename van 7,8% per jaar.

In die context zijn er de laatste jaren heel wat initiatieven ondernomen om deze trend te keren: **invoering van trajecten voor professionele re-integratie, samenwerking tussen adviserend artsen en arbeidsgeneesheren**, categorisering van de arbeidsongeschiktheden om de juiste oriëntatie te verzekeren, responsabilisering van de behandelende artsen over de duur van de arbeidsongeschiktheid, ...

Ook al is de logica van al deze hervormingen lovenswaardig, we moeten helaas vaststellen dat deze maatregelen los van elkaar staan, elkaar soms tegenspreken en vaak inderhaast uitgevoerd worden. Het risico is dus niet denkbeeldig dat ze niet de gewenste effecten zullen hebben. Daarom lijkt het ons belangrijk om een balans op te maken van deze initiatieven en ze, daar waar nodig, aan te passen. Trouwens, de complexiteit en de ernst van de uitdagingen qua arbeidsongeschiktheid vereisen een globaal en samenhangend vijfjarenplan, waarbij alle belanghebbende partijen betrokken worden: werkgevers, behandelende artsen, ziekenfondsen, adviserend artsen en arbeidsgeneesheren.

* algemene regeling

Dit plan zou op de volgende principes moeten steunen:

- **Evaluatie en valorisatie van de overblijvende capaciteiten** van de arbeidsongeschikten.
- Toespitsing van de begeleiding op de personen voor wie een re-integratieplan gunstig zou kunnen zijn.
- Garantie op een **vervangingsinkomen dat boven de armoedegrens ligt**.
- Meer **responsabilisering van werkgevers** inzake welzijn op het werk en professionele re-integratie.
- **Uitwisseling van gestructureerde gegevens** tussen behandelend arts, adviserend arts en arbeidsgeneesheer om de samenwerking te bevorderen en het administratieve werk te verminderen.

DOELSTELLING

- Het **invaliditeitspercentage** doen dalen met 20% (2025).

ACTIES

- **De begrippen 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit' herzien:**
 - Het begrip '1 jaar' om arbeidsongeschiktheid en invaliditeit van elkaar te onderscheiden, vervangen door het begrip 'overblijvende capaciteiten die professionele re-integratie mogelijk maken'. De overgang naar de invaliditeit zal dan afhangen van medische criteria en zal dan enkel plaatsvinden als de persoon geen overblijvende capaciteiten meer heeft. Zolang er nog capaciteiten zijn, krijgt de persoon begeleiding in een re-integratietraject.
 - Aan de pathologieën indicatieve duurtijden van de arbeidsongeschiktheid toekennen, en de controles concentreren op overschrijding van die duurtijden voor pathologieën waarbij weinig variatie qua duur mogelijk is.
- **De werkgevers responsabiliseren over de arbeidsongeschiktheidspercentages en de ontwikkeling van re-integratiemogelijkheden*.** Meerdere acties kunnen werkgevers stimuleren een actief beleid te voeren rond welzijn op het werk en re-integratie:
 - Een deel van de uitkeringen, bovenop het gewaarborgd loon, ten laste leggen van de werkgevers als het arbeidsongeschiktheidspercentage boven het gemiddelde in de sector ligt.
 - Financiële incentives invoeren om werkgevers te stimuleren maatregelen te treffen die de werkhervatting vergemakkelijken.

* Zie landen zoals Nederland en Finland die erin geslaagd zijn hun arbeidsongeschiktheidscijfers te doen dalen.

- **De preventieve acties tegen burn-out en bot- en spierziektes** intensifiëren in de bedrijven, en de indicatoren daarvan opvolgen in elke sector.
- **Bepaalde bronnen van sociale ongelijkheid aanpakken:**
 - De vervangingsinkomens optrekken tot op het niveau van de armoedegrens.
 - De periode van gewaarborgd loon voor arbeiders gelijkstellen met die van bedienden, in het kader van de harmonisering van de statuten.
 - Een periode van gewaarborgd loon invoeren voor werknemers met een fluctuerende ziekte.
- **De toekenning van de rechten en de berekening van de uitkeringen vereenvoudigen:**
 - Het proces voor de opening van het recht op uitkeringen vereenvoudigen en automatiseren, door de elektronische verzending van medische informatie (elektronisch arbeidsongeschiktheidsattest door de behandelend arts) en informatie over het inkomen (DMFA door de werkgever) verplicht te maken.
 - De vermelding van de gecodeerde diagnose op de elektronische arbeidsongeschiktheidsattesten verplicht maken zodat de arbeidsongeschiktheidsdossiers sneller geanalyseerd kunnen worden.
Op basis van de pathologieën bepalen welke personen juist opgeroepen moeten worden, en de richting van de professionele re-integratie definiëren.
 - De berekeningsregels voor de uitkeringen vereenvoudigen, zodat ze begrijpelijker worden voor de sociaal verzekerden (vereenvoudiging van het baremarooster voor invaliditeit, afschaffing van de neutraliseringsmaatregel voor herwaarderings, ...).
 - De gegevensuitwisseling tussen behandelende artsen en adviserend artsen vergemakkelijken door elektronische medische dossiers gekruist te delen.
- **Een beroepsprocedure invoeren** bij de Hoge commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, om te vermijden dat er té vaak gebruik gemaakt wordt van het opschortend beroep via de arbeidsrechtbank.

8

Zorgen voor het welzijn van onze ouderen



Thuis blijven wonen en zelf zijn levensloop bepalen, draagt duidelijk de voorkeur van de burgers weg.

Demografische prognoses voorzien een constante vergrijzing van de bevolking met een hoogtepunt tegen 2040. Bijgevolg zou de groep van 80-jarigen tegen dan verdubbelen en zo 10% van de totale bevolking uitmaken. **Het valt dus te verwachten dat het aantal personen dat matige tot intensieve zorgnoden heeft, in de komende 20 jaar zal verdubbelen** (1,2 miljoen personen). Er rijzen dan ook heel wat vragen over ons vermogen om de problemen van autonomieverlies op te vangen.

Blijkbaar zouden er tegen 2025 in totaal 149.000 tot 177.000 bedden in woonzorgcentra nodig zijn. Met andere woorden: een jaarlijkse toename van 1.600 tot 3.500 bedden, al naargelang het scenario, wat ruim boven het huidige ritme ligt waarmee er nieuwe bedden bijkomen. Waarschijnlijk zal de vraag vanaf 2025 trouwens nog hoger liggen.³³ **Mensen doen overigens steeds later een beroep op residentiële zorg. Tot 80 jaar blijven de meeste senioren (96%) zeer onafhankelijk** en doen ze slechts zelden een beroep op de beschikbare hulp. De behoefte aan hulp neemt toe vanaf 80 jaar: 15% van de personen tussen 80 en 89 jaar leeft in een rusthuis, en 10% geniet thuishulp. Eenmaal de 90 gepasseerd, woont 38% in een rusthuis en krijgt 15% thuishulp. Maar zelfs op die leeftijd woont nog steeds 46% thuis, zonder de hulp in te roepen van de beschikbare officiële diensten.

Thuis blijven wonen en zelf zijn levensloop bepalen, draagt duidelijk de voorkeur van de burgers weg. **Institutionalisering moet dus beperkt blijven tot mensen met een zware zorgnood, tegelijk moeten we vooral inzetten op oplossingen die autonomie thuis vergemakkelijken.**

In de meeste gevallen is thuis blijven wonen mogelijk dankzij de hulp van mantelzorgers, die afhankelijk van de bron 10 tot 30% van de bevolking uitmaken. Meerdere studies maken gewag van de drie hoofdbehoeften van mantelzorgers. Ten eerste hebben ze nood aan informatie over de gezondheid van de persoon die ze helpen, maar ook aan praktische informatie over de bestaande hulpmiddelen en diensten en over hun eigen rechten. Ten tweede willen ze een beroep kunnen doen op professionele diensten en diensten die hen wat ademruimte geven (deze behoefte stijgt naarmate de afhankelijkheid van de verzorgde persoon toeneemt). En tot slot vinden ze dat hun statuut erkend moet worden, waardoor ze toegang krijgen tot financiële compensaties of fiscale vrijstellingen.³⁴ Sinds 2014 worden mantelzorgers erkend volgens criteria die bij federale wet vastgelegd zijn, maar tot nu geeft dit statuut geen enkel voordeel.

Om ouderen een flexibel en progressief systeem te bieden waarmee ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, moeten **er voldoende kwalitatieve oplossingen ontwikkeld worden**, die beantwoorden aan de evolutie van de behoeften en de afhankelijkheidsgraad:

- begeleiding van de mantelzorgers
- omkadering en thuiszorg
- oplossingen voor geneeskunde/monitoring vanop afstand
- respijtoplossingen
- nacht- of dagoppas
- groepen van assistentiewoningen
- woonzorgcentra met een bijkomende erkenning

Om de financiële toegankelijkheid hiervan te waarborgen, moeten de **regionale oplossingen voor de zorgverzekering zo ontworpen worden dat ze de personen met verminderde autonomie financieel ondersteunen** met een 'budget' dat bepaald wordt **op basis van hun afhankelijkheidsgraad**. Het is essentieel om hen, eventueel met hulp en advies van de sociale diensten en begeleidende structuren, vrij te laten in de manier waarop ze dit budget besteden (dagelijkse hulp, steun voor de mantelzorgers, herinrichting van de woonst, transport, uitlening van gezondheidsmateriaal, medisch alarmsysteem, huisvesting ...), zodat de oplossing zo goed mogelijk aansluit bij hun behoeften en de manier waarop ze hun leven willen organiseren.

DOELSTELLINGEN

- De huidige **bezettingsgraad in woonzorgcentra door personen met een lage afhankelijkheid** verminderen met 10% door hen alternatieve oplossingen aan te reiken (2025).
- Aan minstens 80% van de **mantelzorgers** het statuut en de bijbehorende rechten toekennen (2025).
- Ergotherapiediensten die zich bezighouden met de **herinrichting van woningen** erkennen en ondersteunen (2025).

ACTIES

- **De mechanismen invoeren waarmee de vooruitzichten en de behoeften inzake afhankelijkheid regelmatig ingeschat kunnen worden** (aantal personen, type afhankelijkheid, afhankelijkheidsgraad, geografische spreiding, ...), om de verschillen met de bestaande oplossingen te identificeren en binnen 10 à 20 jaar een vooruitziend beleid te creëren.

- **Informele zorg stimuleren door het statuut te verstevigen en de mantelzorgers meer te begeleiden:**
 - Periodes van loopbaanonderbreking gelijkstellen voor de berekening van het pensioen.
 - Een rechtstreekse vergoeding voor mantelzorgers invoeren, of dit doen via de zorgverzekeringssystemen die de deelstaten oprichten.
 - Specifiek verlof voor dergelijke ondersteuningstaken toestaan.
 - Fiscale voordelen en/of een verlaging van de onroerende voorheffing invoeren voor mantelzorgers die samenwonen met een afhankelijke persoon.
 - Administratieve en psychosociale begeleiding voor mantelzorgers ontwikkelen.
 - Oplossingen ontwikkelen en financieren voor korte adempauzes en thuisoppas.
- Via de sociale diensten systematisch een **begeleidingsplan voor kwetsbare ouderen voorstellen**, om hen oplossingen aan te bieden die rekening houden met hun behoeften en manier van leven.
- Via beveiligde gezondheidsnetwerken een **samenvatting van de algemene situatie van de patiënt** (tekorten, formele en informele hulp, ...) en van het begeleidingsplan (evaluatie, opvolging, begeleiding) delen met zorg- en hulpprofessionals.
- De ontwikkeling en implementering stimuleren van **eenvoudig** te gebruiken en betaalbare **communicatie- en telemonitoringoplossingen**.
- **Cohousing (met een of meer generaties) fiscaal aantrekkelijk maken:**
 - Fiscale aftrek mogelijk maken voor natuurlijke personen die samenwonen met een naaste van meer dan 75 jaar oud.
 - In geval van cohousing in een 'eengezinswoning': komaf maken met de impact van het statuut van samenwonende op de inkomsten en sociale rechten van de bewoners.
- Een gestructureerd plan opstellen, geflankeerd door indicatoren, dat de **kwaliteit van de dienstverlening en het welzijn van de inwonenden** verzekert in alle instellingen.

9

Aansluiten bij eHealth 3.0

Het model voor de terugbetaling van de geneeskundige verzorging is voortdurend in beweging. Momenteel ondergaat het de meest ingrijpende evolutie van de laatste decennia, sommigen noemen het zelfs een revolutie op het vlak van digitalisering. Het plan e-Gezondheid 2013-2018, dat aangepast werd in 2015, biedt enorme mogelijkheden voor vereenvoudiging en digitalisering, en moet de komende jaren verdergezet worden. Een van de sleutelfactoren in dit alles: de systemen voor digitale datatransmissie zo veel mogelijk standaardiseren, coderen, harmoniseren en integreren.

Ook al is de vooruitgang echt en tastbaar, toch blijft de concrete toepassing terughoudend en te traag. Nochtans **herbergt e-gezondheid een immens potentieel aan toegevoegde waarde en besparingen**: optimaal gebruik van de resources door gestructureerde medische gegevens te delen en overvloedige onderzoeken te vermijden, hogere beschikbaarheid en kwaliteit van de gegevens, snellere betalingen aan patiënten en zorgverleners, strijd tegen sociale fraude dankzij bewijs van werkelijk toegediende verstrekkingen, minder administratieve werklust voor alle actoren, ...



De projecten moeten ondersteund worden door een sterke governance, die tot stand gekomen is dankzij overleg tussen alle partners.

Alvorens nieuwe initiatieven op te starten, **moeten de bestaande projecten wel eerst goed afgerond en volledig uitgerold worden, om te vermijden dat de actoren verschillende dure systemen tegelijk moeten gebruiken.**

De afwerking en implementering van de volgende projecten is prioritair:

- de **elektronische facturatie** van ambulante verzorging en afschaffing van de bijbehorende getuigschriften voor verstrekte hulp.
- de elektronische aanvraag, opvolging en raadpleging van de akkoorden **adviserend arts**.
- Het **elektronisch voorschrift**.
- Het **elektronisch getuigschrift**.
- het gedeelde **medische dossier** en de uitwisseling van gestructureerde medische gegevens.

Om de bestaande en toekomstige projecten te doen slagen, is het ook van essentieel belang om lessen te trekken uit de successen en mislukkingen van de digitaliseringsprojecten tot nu toe. Zo moeten we bijvoorbeeld meer inspanningen leveren om alle actoren mee op de kar van die hervormingen te krijgen. Dit kan alleen met sensibilisering, opleiding en geformaliseerde feedback van de gebruikers. **Ook moeten de initiatieven voor e-gezondheid het vertrouwen van de zorgverleners winnen, waarvoor dan weer onbetwistbare juridische veiligheid en absolute beschikbaarheid van de diensten nodig zijn.** Tot slot moeten de projecten ondersteund worden door een sterke 'governance', die tot stand gekomen is dankzij 360 °-overleg tussen alle partners (zorgverleners, ziekenfondsen, overheid en softwarebedrijven).

Momenteel zijn er zo veel verschillende oplossingen op de markt (apps, 'connected objects', begeleidingsprogramma's, diagnosetools, ...) dat er concrete inspanningen geleverd moeten worden om al deze oplossingen van een kwaliteitslabel te voorzien, om ervoor te zorgen dat ze wel degelijk beantwoorden aan de behoeften inzake gezondheid en aan de kwaliteits- en beveiligingsnormen. **Binnenkort zou er overigens, naar het voorbeeld van Engeland, Nederland of Frankrijk, vooruitgang geboekt moeten worden voor de erkenning van raadplegingen vanop afstand en telegeneeskunde, zodat bepaalde pathologieën en parameters vanop afstand opgevolgd kunnen worden.**

De exploitatie van gegevens daarentegen, in het bijzonder de samenvoeging van gegevens uit verschillende omgevingen, staat nog maar in haar kinderschoenen. Ook hier moet er verder werk gemaakt worden van de initiatieven die de hindernissen voor big data-projecten kunnen opheffen, **om het potentieel van de gegevens op het vlak van risicovoorspelling, diagnosestelling, therapeutische oriëntatie en kostenvermindering te kunnen bevestigen.**

DOELSTELLINGEN

- 80% van de **medisch-administratieve documenten** (facturen, getuigschriften voor verstrekte hulp, aanvragen akkoord, voorschriften en medische getuigschriften) digitaliseren tegen 2022 (100% tegen 2025).
- 80% van de huisartsen beschikt tegen 2020 over een **EMD** (Elektronisch medisch dossier), houdt de **Sumehr** van de patiënt up-to-date en beschikt over alle medische informatie (100% tegen 2022).
- 100% van de ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en laboratoria publiceert alle **documenten via de hubs** tegen 2020.

ACTIES

- De **toegang voor de burger tot zijn eigen medische informatie vergemakkelijken** en er hierbij voor zorgen dat die informatie leesbaar is, en gebruikers toelaten zelf informatie in te voeren (levensstijl, voorkeuren, mantelzorgers, ...).
- De **bestaande digitaliseringsprojecten volledig implementeren** en uiterlijk 2 jaar na de opstart het gebruik daarvan verplicht maken.
- De **digitaliseringsprojecten verwezenlijken volgens het 360 °-principe**, met integratie van alle aspecten die nodig zijn voor het welslagen ervan (IT, communicatie, opleiding, juridische en fiscale aspecten, reglementering, protocolakkoorden, incentives, ...).
- De **zorgverleners beter ondersteunen** en hun feedback verzamelen door één contactpunt aan te bieden, alle relevante informatie te centraliseren op één portaalsite en een helpdesksysteem op te richten waarvan de softwareleveranciers instaan voor de eerste lijn.
- Een **specifiek overlegplatform** oprichten waarin alle betrokken actoren (overheid, zorgverleners, verzekeringsinstellingen, softwareleveranciers) vertegenwoordigd zijn, om samen doelstellingen, planning, communicaties en stimulansen voor de digitaliseringsprojecten van de gezondheidszorg af te spreken.
- De **toekenning van een kwaliteitslabel aan en de terugbetaling van gezondheidsapps** formaliseren via het project Mobile Health.
- Het **project Data for Better Health** implementeren, dat in het kader van bepaalde projecten gegevens uit hun silo's wil halen.
- Een kader (type raadpleging, reglementaire en technische bepalingen, ...) definiëren voor **teleraadpleging door adviserend artsen** tegen 2020.
- Een kader (type raadpleging, reglementaire en technische bepalingen, ...) en een **terugbetalingssysteem definiëren voor teleraadpleging** door behandelende artsen tegen 2021.

10

De impact van het milieu op de gezondheid verminderen

In slechts enkele decennia heeft onze manier van leven onze omgeving veranderd, met gevolgen voor het klimaat, de luchtkwaliteit, de bossen, zeeën en rivieren. Onze methoden van telen, fokken en produceren, gecombineerd met onze gewoonten van consumptie en mobiliteit, vormen de kern van deze ontwrichting. En allemaal samen liggen ze aan de basis van **een stille epidemie van luchtweg- of huidallergieën en overgevoeligheid voor voedsel**. In het begin van de jaren zeventig leed naar schatting 2 tot 3% van de bevolking aan een allergie. Nu heeft bijna 30% van de populatie last van een of andere allergie. Sommige studies verwijzen naar omgevingsfactoren als verantwoordelijk voor 5 tot 10% van de kankers. En de WHO verhoogt dit percentage tot 19%. Een verstoorde omgeving en milieu heeft vooral langetermijneffecten en dat is dan ook de reden dat deze getallen kunnen variëren.

Wie in België woont, zou gemiddeld 9 maanden minder lang leven door de blootstelling aan fijn stof. In België is Brussel de minst gezonde plek om te leven, te wonen en te werken: de luchtverontreiniging overschrijdt de WHO-norm met 80%. Volgens de WHO veroorzaakt luchtverontreiniging bij volwassenen **een aanzienlijk aantal vroegtijdige sterftes als gevolg van hartaandoeningen (24%), chronische obstructieve longziekten (43%) en longkanker (29%)³⁵.**

Endocriene versturende chemicaliën, bekend als **endocriene verstoorders**, hebben ook een impact op de gezondheid. Ze zijn overal: verzorgingsproducten, kunststoffen, schoonmaakmiddelen, vloerbedekkingen, conserven, kastickets, cd's, verpakkingen, pesticiden, textiel, ... We kunnen er van uitgaan dat **elk kind dat in onze regio's is geboren, wordt blootgesteld aan meer dan honderd endocriene verstoorders**. En ook zij hebben negatieve invloeden, zoals de daling van de vruchtbaarheid en het verhoogde risico op kanker en diabetes. Hormoonontregelaars zouden ook het risico op de ziekte van Alzheimer en Parkinson kunnen verhogen. Bovendien lijkt blootstelling aan deze producten schadelijker als dat langdurig is, of als het zich voordoet in bepaalde perioden van het leven, zoals tijdens de ontwikkeling van de foetus, de kindertijd of de adolescentie. De politieke instanties zijn niet gevoelig voor deze problematiek, omdat specifieke schade uit blijft en de kwalijke effecten vaak pas na enkele jaren zichtbaar zijn.³⁶

Het verband tussen milieu en gezondheid moet daarom een prioriteit zijn voor onze samenleving. Alleen zo kunnen we voorkomen dat we in de nabije toekomst ziektes moeten behandelen, die we zelf veroorzaakt hebben. De milieu-uitdagingen zijn onderwerp van een internationale samenwerking, maar dat wil niet zeggen dat wij, op ons niveau, niets moeten doen. Laten we een transversale samenwerking opzetten tussen federale en regionale bevoegdheden, zodat we de grootste risico's die een impact hebben op de gezondheid kunnen aanpakken.

DOELSTELLINGEN

- Voortijdige sterfte door **luchtvervuiling** met 50% verminderen (2040).
- Een **federaal biomonitoringplan** opstellen om de impact van gevaarlijke stoffen op onze gezondheid te meten (2020).

ACTIES

- **De impact van belangrijke wetgevingsinitiatieven met betrekking tot de gezondheid evalueren.**
- **Concreet voor de luchtverontreiniging:**
 - De standaardnorm voor fijn stof verminderen tot 10 microgram per kubieke meter per jaar, zodat we nauwer aansluiten bij de WHO-aanbeveling. Vandaag is de grenswaarde die in de EU van kracht is 25 microgram.
 - Het stikstofoxidegehalte verlagen, dat voornamelijk wordt geassocieerd met uitlaatgassen, om zo de levensverwachting te verhogen. We moeten steden en gemeenten steunen en helpen om initiatieven te realiseren zodat ze ook 'Healthy Cities' worden (zoals bijvoorbeeld Kopenhagen en Stockholm) met verkeersvrije zones, voldoende groen en efficiënt openbaar vervoer.
 - Een voluntaristisch beleid inzake luchtvervuiling op Europees niveau bevorderen.
- **Concreet voor de hormoonverstoorders:**
 - De bevolking bewust maken van de risico's van hormoonverstoorders en preventieve maatregelen nemen.
 - Maatregelen nemen om bepaalde producten met hormoonverstoorders te verbieden: zeker die producten die in contact komen met kwetsbare bevolkingsgroepen zoals kinderen tot 3 jaar, zwangere vrouwen en adolescenten.
 - Het gebruik van pesticiden verminderen en de bufferzones tussen velden en huizen vergroten.
 - Studies over en het wetenschappelijk onderzoek naar de invloed van synthetische chemicaliën op de gezondheid ondersteunen, om zo lacunes op te sporen.
 - Schadelijke chemicaliën en hormoonverstoorders in pesticiden en andere producten (zoals glyfosaat) verbieden op Europees niveau.



6

Noodzakelijke randvoorwaarden

Om deze gezondheidsdoelstellingen te verwezenlijken, moet voldaan worden aan een aantal randvoorwaarden. Die vormen immers **de sleutelfactoren tot succes om een gunstige omgeving te creëren voor een efficiënt gezondheidsbeleid dat beantwoordt aan de verwachtingen van de burgers.**

EFFICIËNTE SAMENWERKING TUSSEN BELEIDSNIVEAUS

De versnippering van de bevoegdheden tussen federaal en regionaal niveau, resultaat van de zesde staatshervorming, leidt onvermijdelijk tot het gemeenschappelijk beheer van heel wat gezondheidsmateries. Hiervoor moeten de coördinatie- en samenwerkingsmechanismen tussen de beleidsniveaus herzien worden. Ook is het aangeraden om elkaars visie en de gezondheidsdoelstellingen waaraan elk beleidsniveau kan bijdragen volgens bepaalde hefbomen en de eigen prioriteiten, te stroomlijnen. **Ook al bestaat er al overleg in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid**, dat volstaat niet om te beantwoorden aan de uitdagingen van de gezondheidssector omdat het te veel focust op de politieke bevoegdheden van elke actor en niet voldoende op de meerwaarde van samenwerking.



De financiële mechanismen moeten de doelstellingen ondersteunen en geen bron van onevenwicht en contraproductief gedrag zijn.

FINANCIËLE MECHANISMEN IN LOGISCH VERBAND MET HET GEZONDHEIDSBELEID

Net zoals alle financiële stimulansen in het algemeen hebben de financierings- en terugbetalingsmechanismen een niet te verwaarlozen impact op het gedrag van de diverse actoren, of het nu om patiënten, zorgverleners, instellingen of verzekeringsinstellingen gaat. Het is dus van essentieel belang dat ze de na te streven doelstellingen ondersteunen en, omgekeerd, dat ze geen bron van onevenwicht en contraproductief gedrag vormen. Daarom **moet er een juist evenwicht gevonden worden tussen financiering per handeling, die de productiviteit aanmoedigt, en forfaitaire financiering, die financiële verantwoordelijkheid stimuleert en andere elementen dan enkel de verstrekking valoriseert** (samenwerking, zorgcontinuïteit, preventie, ...). Zowel de financiering per handeling als de forfaitaire financiering moeten objectief en op basis van hun juiste waarde bepaald worden, zodat ze de werkelijke kostprijs én de verschillende dimensies van de medische handeling dekken (risico, ervaring, vaardigheden, uitoefeningsomstandigheden, ...). Als we, in het algemeen, de actoren willen aanmoedigen kwaliteit na te streven of initiatieven te ontplooien die bijdragen aan de gezondheidsdoelstellingen, moet eerst het juiste stimulerende kader bestaan.



Het zou nuttig zijn om na te denken over hoe de bestaande instanties hervormd kunnen worden zodat ze in staat zijn een prospectief beleid op basis van macro-gezondheidsdoelstellingen te voeren.

UITWISSELING VAN MEDISCHE GEGEVENS OP GROTE SCHAAL

Dit is essentieel voor zowel de zorgverlener als de burger. De efficiëntie en kwaliteit van de zorg kunnen geoptimaliseerd worden door een goede gegevensuitwisseling tussen de verschillende zorgverleners en zorginstellingen. **Dit is bijvoorbeeld noodzakelijk om geïntegreerde zorg en zorgcontinuïteit te ondersteunen.** De burger neemt vandaag eveneens actief deel aan zijn gezondheidstraject, o.a. door zijn medische gegevens te raadplegen via zijn PHR (Personal Health Record). Met zijn geïnformeerde toestemming kan hij bepaalde zorgverleners toegang geven tot zijn medische gegevens. **Deze evolutie moet verder ondersteund worden door via promotiecampagnes de burger aan te sporen zijn gegevens te laten delen** (geïnformeerde toestemming) en de gebruiksvriendelijkheid voor de burger in de verschillende initiatieven te optimaliseren.

OPTIMAAL GEBRUIK VAN DE BESCHIKBARE GEGEVENS

We beschikken over een berg aan gegevens: administratieve gegevensbanken, gezondheidsgegevens, klinische databanken, open data, ... **Het verwerken, koppelen en analyseren van de verschillende data biedt opportuniteiten om het beleid te verbeteren (bijvoorbeeld opsporing van medische noden, zorgkwaliteit) en innovatie te ondersteunen** (HTA, voorspellende analyses, ...). Zo vormen data ook de basis voor nulmeting, opvolging en bijsturing van de gezondheidsdoelstellingen. Het hiervoor noodzakelijke gegevensontsluitingsbeleid werd ingezet met fair.healthdata.be. Dit instrument moet verder evolueren en opgevolgd worden om data optimaal te kunnen inzetten voor een coherent beleid. **Uiteraard moet deze ontsluiting kaderen binnen een strikt privacy- en veiligheidsbeleid.** Als verzekeringsinstelling beschikken de ziekenfondsen enkel over administratieve data. Om als ziekenfonds onze rol binnen het beleid optimaal uit te kunnen voeren (controle, beleidsondersteunende analyses, gezondheidsdoelstellingen, monitoring, ...) is de toegang tot de diagnostische/klinische data en pathologieregisters noodzakelijk.

FLEXIBELE 'GOVERNANCE' TOEGESPITST OP DE PRIORITEITEN

De overleg- en beslissingsmechanismen zijn op z'n zachtst gezegd ingewikkeld, omdat ze versnipperd zijn over talloze instanties en meerdere beleidsniveaus. De complexiteit van de materies, het grote aantal gezondheidsberoepen en onze overlegcultuur maken een dergelijk ecosysteem zonder twijfel noodzakelijk. **Deze omgeving werkt echter het afschuiven van verantwoordelijkheid, een gebrek aan focus en de werking in silo's in de hand. Ze verhindert een flexibele manier van werken** en belemmert de arbitrage die voortvloeit uit de evolutie van de behoeften, de medische praktijk of de budgettaire beperkingen. Zowel in het domein van de geneeskundige verzorging als van de uitkeringen zou het nuttig zijn om na te denken over hoe de bestaande instanties hervormd kunnen worden (of hoe nieuwe kunnen worden opgericht), zodat ze in staat zijn een prospectief beleid op basis van macro-gezondheidsdoelstellingen te voeren.

ANALYSE VAN DE IMPACT VAN NIEUWE WETGEVINGEN OP DE GEZONDHEID

Het concept 'Health in All Policies' (HiAP) gaat ervan uit dat veel (niet-medische) factoren een invloed kunnen hebben op onze gezondheid. **Onderwijs, werk, omgevingsfactoren, voedingsgewoonten, toegang tot gezonde voeding bijvoorbeeld zijn determinanten die onze gezondheid in positieve of negatieve zin kunnen beïnvloeden.** Wil men de volksgezondheid verbeteren en de gezondheidskloof verkleinen, dan zou er idealiter bij de belangrijkste beleidsbeslissingen in domeinen buiten de gezondheidssector systematisch rekening gehouden moeten worden met de implicaties van de beslissingen op gezondheidsvlak.



7

Bibliografie

1. Health at a Glance: Europe 2018, State of Health in the EU Cycle, OECD/European Union, 2018.
2. Onafhankelijke Ziekenfondsen, study 'Kosten chronische ziektes blijven stijgen', 2016.
3. Federaal Planbureau, Hoge Raad van Financiën - Studiecommissie voor de vergrijzing - Jaarlijks verslag, juli 2017.
4. Vlerick Policy Paper Series, Walter Van Dyck, Jacques De Grève, Rik Schots, Ahmad Awada, Tine Geldof, 'The Future of Access to Innovative Medicines in Cancer Therapy: Towards Conditional Dialogue Fostering Affordable Therapeutic Innovation', September 2016.
5. Bevraging van de burgers :
 - Onafhankelijke Ziekenfondsen, enquête 'Meer dan 7 op de 10 Belgen willen dat de overheid zich met hun gezondheid bemoeit', 2017.
 - Mark Elchardus & Petrus te Braak, 'Uw gezondheidszorg, Uw mening telt! Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) naar aanleiding van zijn gouden jubileum', eindverslag, RIZIV, 2016.
 - Peter Raeymaekers, 'Burgers als leidraad bij terugbetalingen in de gezondheidszorg', D/2893/2015/16, KBS, 2015.
6. Interministeriële Conferentie duurzame ontwikkeling, Nationale Strategie Duurzame Ontwikkeling, 2016.
7. Federaal Planbureau, 'De mondiale duurzame ontwikkelingsdoelstellingen concretiseren', Federaal rapport inzake duurzame ontwikkeling, December 2017.
8. Koninklijk besluit houdende vaststelling van de federale beleidsvisie op lange termijn inzake duurzame ontwikkeling, 18 juli 2013.


Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, Algemene beleidsnota – Gezondheidszorg, DOC 54 0588/007, November 2014.
9. Agenschap Zorg & Gezondheid, Gezondheidsdoelstellingen, Vlaanderen.
10. Gouvernement Wallon, Plan wallon de prévention et de promotion, 'Ensemble pour une vie de qualité en Wallonie', 2018.
11. Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Feiten en Cijfers, 2015.
12. C. Maertens de Noordhout, H. Van Oyen, N. Speybroeck and B. Devleeschauwer, 'Changes in health in Belgium, 1990–2016: a benchmarking analysis based on the global burden of disease 2016 study', Research Article, BMC Public Health, 2018.

13. World Health Organization, Non communicable Diseases (NCD), country Profiles, Belgium, 2014.
14. World Health Organization, Global status report on non communicable diseases, 2014.
15. Europese Commissie, State of Health in the EU: Belgium Landenprofiel Gezondheid 2017.
16. Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L. (2016). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. Antwerpen: Maklu.
17. World Health Organization, 'The case for investing in public health', Public Health summary report for EPHO8, 2014.
18. Vancorenland, S., Avalosse, H., et. al, 'De gezondheidsvaardigheden van de Belgen in kaart gebracht', CM-Informatie, 258, 2014, 47-54.
19. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 259A. D/2015/10.273/01.
20. Onafhankelijke Ziekenfondsen, 'Studie over de kwaliteit van de communicatie tussen huisartsen en patiënten', 2016.
21. Country Health Profiles 2017, OECD.
22. Cindy Brach, Debra Keller, Lyla M. Hernandez, Cynthia Baur, Ruth Parker, Benard Dreyer, Paul Schyve, Andrew J. Lemerise, and Dean Schillinger, 'Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations', June 2012.
23. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 289As. D/2017/10.273/42.
24. Livre mauve de la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS), 2018.
25. Livre mauve de la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS), 2018.
26. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

27. Dawson RS. 'Depression in Children and Adolescents: The Pediatrician at the Front Lines'. *Pediatr Ann.* 2018 Jul 1; 47(7):e261-e265.
28. Clark DM, Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience, *Int Rev Psychiatry.* 2011 Aug; 23(4):318-27.
29. Brandon A, Gaudiano, Ivan W. Miller, The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead, *Clinical Psychology Review*, Volume 33, Issue 7, November 2013, Pages 813-824 - R. Kathryn McHugh, Ph.D.,^{1,2} Sarah W. Whitton, Ph.D.,³ Andrew D. Peckham, B.A.,⁴ Jeffrey A. Welge, Ph.D.,⁵ and Michael W. Otto, Ph.D.⁶, Patient Preference for Psychological vs. Pharmacological Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review, *J Clin Psychiatry.* 2013 Jun; 74(6): 595-602.
30. Helen-Maria Vasiliadis and Anne Dezetter, Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre, *Volume40, Issue4, Hiver, 2015*, p. 101-118.
31. Vlerick Policy Paper Series, Walter Van Dyck, Jacques De Grève, Rik Schots, Ahmad Awada, Tine Geldof, 'The Future of Access to Innovative Medicines in Cancer Therapy: Towards Conditional Dialogue Fostering Affordable Therapeutic Innovation', September 2016.
32. Beheerscomité van de Uitkeringsverzekering voor werknemers, Maandelijkse opvolging van het budget 2018 en opvolging van de arbeidsongeschiktheidsdossiers, *Nota BU 2018/66*, November 2018.
33. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van de Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S., Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025 - Samenvatting. *Health Services Research (HSR). Brussel Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) 2011. KCE. Reports 167B. D/2011/10.273/66.*
34. Anthierens S, Willemse E, Remmen R, Schmitz O, Macq J, Declercq A, Arnaut C, Forest M, Denis A, Vinck I, Defourny N, Farfan-Portet MI. Ondersteuning van mantelzorgers – Een verkennend onderzoek – Synthese. *Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 223As. D/2014/10.273/37.*
35. World Health Organization, '9 out of 10 people worldwide breathe polluted air, but more countries are taking action', *News Release, Mai 2018* <https://www.who.int/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>.
36. Rapport senaat: Informatieverslag betreffende de noodzakelijke samenwerking tussen de federale overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten inzake de preventie en de eliminatie van hormoonverstorende stoffen in de consumptie, met het oog op de bevordering van de volksgezondheid, S. 6-303, 23/3/2018.



Lenniksebaan 788A
1070 Brussel - België
T 02 778 92 11

Volg ons op Twitter 
@Onafh_Zf

Ontdek onze andere voorstellen op www.mloz.be/nl/verkiezingen2019

© Onafhankelijke Ziekenfondsen/Brussel, maart 2019
Ondernemingsnummer: 411.766.483

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

