

# Zichtbaar maken

## Editio



Sinds de invoering ervan, spreekt iedereen zich uit over de overeenkomst voor eerstelijnspsychologen. De meningen lopen uiteen, gaande van zij die vinden dat het niet snel genoeg gaat tot zij die de territoriale uitrol ervan betreuren, gaande van de enthousiastelingen die blij zijn dat er binnen de verplichte verzekering eindelijk een aanbod is voor psychologische zorg tot zij die vinden dat er te weinig wordt gedaan voor kinderen en jongeren. In deze veelheid aan meningen gingen we na wat er werkelijk gebeurt binnen de overeenkomst. In onze studie *De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg*, onderzochten we alle prestaties geregistreerd binnen de overeenkomst. Op die manier wilden we nagaan of deze haar oorspronkelijke doelstellingen haalde, welke groepen erdoor bereikt worden en hoe het aanbod is verdeeld. Volgens ons is een echte evaluatie enkel mogelijk vanuit de objectiviteit van de gebruiksgegevens. We werkten voor deze studie ook samen met Sciensano om inzicht te krijgen in de prevalentie van geestelijke gezondheidsbehoeften. Ten slotte hebben we de overeenkomst gesitueerd in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg in België en de specifieke rol ervan aangetoond voor de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg.

Onze studie toont in de eerste plaats dat een dergelijke overeenkomst absoluut noodzakelijk was. Met meer dan 88.400 CM-leden die eindelijk toegang konden hebben tot terugbetaalde psychologische zorg, is dit een enorme stap

voorwaarts in termen van een betaalbaar aanbod voor patiënten. We stellen ook vast dat onder de gebruikers van de overeenkomst het aantal mensen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (het administratieve statuut dat ons toelaat onze meest kwetsbare leden te identificeren) proportioneel hoger ligt. We tonen eveneens aan dat vrouwen er meer gebruik van maken, evenals de leeftijdsgroep jonger dan 25 jaar. Deze gegevens laten toe de reële vooruitgang te benadrukken die gerelateerd is aan de overeenkomst, maar ze tonen ook de inspanningen die nog nodig zijn om geestelijke gezondheidszorg echt toegankelijk te maken. De verzadiging van het psychiatrisch aanbod voor volwassenen bijvoorbeeld, zorgt natuurlijk voor wachtlijsten voor dit nieuwe aanbod aan psychologische zorg, ook al is het beantwoorden van psychiatrische noden niet het hoofddoel van de overeenkomst. En tegelijkertijd neemt het gebruik van het psychiatrisch aanbod niet af als gevolg van de verzadiging, omdat patiënten die wachtten op een plaats, er gebruik van maken zodra er een beschikbaarheid is. We hebben ook aangetoond dat veel mensen die beroep deden op de overeenkomst, hun gebruik van geestelijke gezondheidszorg hebben gewijzigd door hun medicatiegebruik te verminderen. Dit is een belangrijke vooruitgang, die in lijn is met een brede visie op geestelijke gezondheid waarbij voorrang wordt gegeven aan preventie en lichte vormen van ondersteuning wanneer de situatie van de patiënt dit toelaat. Door het werkelijke gebruik van de overeenkomst te analyseren, konden we de vooruitgang zien, en ook de uitdagingen in kaart brengen waarmee de sector geconfronteerd werd en nog steeds wordt.

Tijdens een toespraak over de onzichtbaarheid van schoonmaakpersoneel, zei Laurent Vogel, onderzoeker bij het *European Trade Union Institute*: "Onwetendheid is vaak het resultaat van een sociale constructie. We weten niet wat we niet willen weten" (eigen vertaling). Dit citaat

beschrijft perfect de moeilijkheid die we ervaren bij het uitvoeren van onze studie *Vrouwen en gezondheidszorg in België*, die kijkt naar gendervooroordelen in gezondheid. Met deze studie wilden we kennis ontwikkelen over de specifieke verschillen in de prestaties van het gezondheidszorgsysteem ten aanzien van mannen en vrouwen. Helaas is dit nog grotendeels onontgonnen gebied. We werden al snel geconfronteerd met het ongemak dat gepaard gaat met de volgende kwestie: accepteren dat het systeem genderongelijkheid produceert, betekent toegeven dat er vooroordelen aan het werk zijn in de kennis over gezondheid. Bij het ontwikkelen van deze onderzoekslijn zagen we al snel dat het probleem veel vormen aanneemt: van het verzamelen van gegevens over de deelname van vrouwen aan bepaalde klinische studies tot de samenstelling van de bestuursorganen in de gezondheidszorg, lijkt de genderkwestie een thema dat amper aan bod komt binnen de gezondheidszorg in België. Het vermijden ervan heeft gevolgen voor de studies die kunnen worden uitgevoerd. Het is nooit eenvoudig om een afwezigheid aan te tonen. In onze studie analyseerden we eerst alle beschikbare gegevens over gender in de gezondheidszorg, maar onze uitdaging was om de gegevens te identificeren die we niet hadden (omdat de resultaten niet gepubliceerd zijn, omdat de variabele niet opgenomen was). Dankzij deze eerste analyse konden we echte verschillen in prestaties tussen mannen en vrouwen waarnemen, zoals de levensverwachting in goede gezondheid of de prevalentie van chronische ziekten. Onze invalshoek van de gezondheid van vrouwen bracht ons al snel bij de rol van intersectionaliteit: we stelden onder meer vast dat vrouwen met een beperking minder preventieve zorg ontvangen dan vrouwen zonder beperking. We willen daarom de echte oorzaken van de bestaande gezondheidskloven blijven bestuderen, zodat we een aanpak volgens het principe van proportioneel universalisme in de gezondheidszorg kunnen blijven bevorderen.

Tot slot brengt onze studie *Aanhoudend stijgende uitgaven voor geneesmiddelen*, over de duurste geneesmiddelen eveneens aan het licht wat anders onopgemerkt blijft: de gigantische cumulatieve kost van geneesmiddelen voor ambulante patiënten, die dus geen nacht in het ziekenhuis verblijven. Een analyse van de bruto-uitgaven voor geneesmiddelen voor deze groep laat zien dat deze jaar na jaar blijven stijgen. In 2022 bedraagt het totale bedrag aan terugbetalingen ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor farmaceutische specialiteiten voor deze doelgroep naar schatting bijna drie miljard euro. Deze uitgaven zijn geconcentreerd op een beperkt aantal geneesmiddelen: tien moleculen, waarvan zes nieuwe, waren goed voor 43% van de totale uitgaven in 2022, en het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen zal niet voldoende zijn om deze uitgaven te verminderen. Deze bevindingen doen vragen rijzen over de last die dergelijke uitgaven betekenen voor het budget van de gezondheidszorg. Er wordt voortdurend onderzoek gedaan naar nieuwe moleculen en de resultaten kunnen een grote impact hebben op de overlevingskansen van patiënten. Toch zou het nuttig zijn om ons af te vragen of de motivatie om ze terug te betalen nog steeds ingegeven is door een nood voor de volksgezondheid (vraaggestuurd beleid) of gewoon de erkenning is van het bestaan van deze moleculen op de markt (aanbodgestuurd beleid). Wij zijn van mening dat, in een gezondheidszorgbeleid dat steeds meer gericht is op gezondheidsdoelstellingen, de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten ook een echt antwoord moet zijn op een reële behoefte van patiënten en op gezondheidsdoelstellingen, alvorens het kansen voor nieuwe markten kunnen zijn.

Élise Derroitte  
Directie Beleid en Studies