

GEZONDHEID & SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

- 06** Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid:
de paradox van terugkeer naar het werk
- 30** Doelstellingen bepalen voor een betere dekking
van de gezondheidszorgbehoeften
- 58** Budget gezondheidszorg 2025:
de meerwaarde van het sociaal overleg

14 De gezondheidszorg aansturen

juli 2025

De gezondheidszorg aansturen

Editio



We ordenen de wereld door categorieën te creëren die we nuttig vinden en die ons toelaten ons in een gestructureerde versie ervan te ontwikkelen. We classificeren woorden (zelfstandige naamwoorden, voornaamwoorden, werkwoorden) op basis van hun functie in een zin, we categoriseren dieren op basis van hun fysieke en genetische kenmerken, we ordenen de openbare ruimte door woonwijken, winkelgebieden en beschermde zones af te bakenen. Dit wijdverbreide fenomeen van categorisering is precies het onderwerp van het werk van twee sociologen, Susan Leigh Star en Geoffrey Bowker, die in hun boek *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences* (2000) zijn nagegaan hoe samenlevingen categorieën ontwikkelen om orde te scheppen in kleine werelden, om deze kleine werelden te begrijpen en een duidelijker overzicht te krijgen van de grote wereld.

Maar in plaats van de verwachte kritische houding aan te nemen, waarbij ze het cliché zouden herhalen dat we moeten 'decompartmenteren' en 'uit de silo's stappen', nodigen Leigh Star en Bowker ons uit ons te verdiepen in de omstandigheden waarin de categorieën die we dage-

lijks gebruiken ontstaan en bestaan, zowel om te identificeren wat ze stabiliseren in ons begrip van de wereld en de manier waarop we ons daarin ontwikkelen (stel je een supermarkt voor waar alle producten willekeurig door elkaar liggen), als wat ze bemoeilijken. Begrijpen waarom een categorie bestaat of is ontstaan, of zich afvragen in welke context ze is ontstaan, laat toe de drijfveren ervan te begrijpen en eventueel te overwegen om ze op een zinvolle wijze te herconfigureren.

Onze aandacht viel op het werk van Leigh Star en Bowker omdat ze zich interesseren in volksgezondheidsthema's om hun denkoefening te voeden. Ze onderzoeken en wijzen bijvoorbeeld op de volledig biomedische manier waarop ziekten worden geclassificeerd, a priori zonder rekening te houden met de verschillen in fysieke, sociale en economische last die ze kunnen betekenen naargelang wie eraan lijdt (is men dezelfde persoon met diabetes als men een alleenstaande moeder in een precare situatie is dan wel een hoogopgeleide kadermedewerker met een vaste job en een groot sociaal netwerk?). Ze kijken ook naar de manier waarop verpleegkundige zorg wordt gecategoriseerd, waardoor deze kan worden onderscheiden van andere zorg die op een andere manier door de sociale zekerheid wordt vergoed, maar ook tot meer controle op de werktijden van verpleegkundigen leidt. Met andere woorden, de categorie 'verpleegkundige zorg' doet het beroep van verpleegkundige bestaan, net zoals het beroep zelf deze zorg verleent en daarmee betekenis geeft aan deze categorie.

Deze kwestie van categorisering en wat categorieën ons laten doen, komt als een rode draad naar voren in de artikels van dit nummer van *Gezondheid & Samenleving*. Dat is zeker niet onlogisch, aangezien categorieën overal voorkomen. Maar wat opvalt, is de manier waarop ze in hun dynamische ontwikkeling worden meegenomen in de verschillende onderzochte onderwerpen.

Vooreerst leidt de vraag naar het bestaan van categorieën natuurlijk tot de vraag over de overgang van de ene categorie naar de andere. Sommige grenzen zijn zeer strikt (een hond zal nooit een kat zijn, volgens de criteria die we gebruiken om ze van elkaar te onderscheiden), andere zijn meer poreus. Hoe kan een zieke persoon in invaliditeit zich weer integreren in de categorie van werkenden? Onder welke omstandigheden is dergelijke overgang aangewezen en verloopt die vlot, of welke factoren kunnen de terugkeer naar het werk juist belemmeren? Het artikel *Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid: de paradox van terugkeer naar het werk*, gaat in op de kwestie van discriminatie in deze context. Deze longitudinale studie, gebaseerd op de antwoorden van 506 deelnemers, toont aan dat bijna een op de tien respondenten aangeeft dat die bij de terugkeer naar het werk te maken had met discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid. Uit de studie blijkt bovendien dat discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid nog negatievere gevolgen heeft wanneer de slachtoffers van buitenlandse afkomst zijn. Indirect verhoogt dit soort discriminatie namelijk het risico op een terugval in arbeidsongeschiktheid: het percentage terugvallen in arbeidsongeschiktheid onder personen van

buitenlandse afkomst bedraagt 29%, tegenover 13% onder personen van Belgische afkomst. Dit resultaat, dat uiteraard moet worden gezien in het bredere en intersectionele kader van discriminatie, is verontrustend. Terwijl de huidige federale regering de re-integratie van personen in arbeidsongeschiktheid tot een prioriteit heeft gemaakt, brengt dit artikel de grote wereld binnen de kleine wereld van de categorieën arbeid en arbeidsongeschiktheid en voegt het andere kwesties toe aan de problematiek die sommigen op een vereenvoudigde manier willen aanpakken, of zelfs oplossen.

Vervolgens nodigt de dynamiek die in het artikel *Doelstellingen bepalen voor een betere dekking van de gezondheidszorgbehoeften* wordt geschetst, uit tot een heroverweging van de klassieke categorieën van zorgorganisaties door de focus te leggen op doelstellingen. Met de prestatie van het gezondheidszorgsysteem als uitgangspunt, beschrijft het artikel hoe nieuwe vragen kunnen worden gesteld aan de verschillende zorgsectoren, de verschillende behandelingen en de verschillende vormen van zorg. Het gaat er niet langer om de werking ervan afzonderlijk te bekijken, binnen elke overeenkomstcommissie, maar om te begrijpen in hoeverre de gezondheidszorg performant is in de grote wereld, die ook de sociale gradiënt, het milieu, de leefomgeving, de chroniciteit van ziekten, de financiële last die ze met zich meebrengen, enz. omvat. Het doel van de methodologie die in het artikel wordt voorgesteld, is zeker niet om de huidige denkkaders of de werking in categorieën van het paritaire beheer dat we kennen, overboord te gooien.

Het doel is veeleer om de reikwijdte ervan gedeeltelijk te heroverwegen, met het besef van hun sterktes en beperkingen, met de ambitie om hun slagkracht te versterken en richting te geven aan het zorgsysteem.

Deze dynamiek, gericht op gezondheidszorgdoelstellingen om de performantie ervan te verbeteren, zou trouwens de katalysator kunnen worden voor de toekomstige begrotingswerkzaamheden, zoals beschreven in het artikel *Budget gezondheidszorg 2025: de meerwaarde van het sociaal overleg*. Dit artikel komt terug op de begrotingswerkzaamheden van de voorbije jaren en beschrijft de oefening om de RIZIV-begroting 2025 voor de uitgaven voor gezondheidszorg op te stellen. Maar het gaat ook in op de centrale rol die de huidige regering wil toekennen aan de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen. Deze heeft precies tot taak de logica, beschreven in het eerder vermelde artikel, in praktijk te brengen. Van de theorie naar de praktijk ...

Het zou in deze edito gemakkelijk zijn geweest om te pleiten voor een 'ontschotting van de gezondheidszorg'. Dat is ongetwijfeld een lovenswaardig project. Maar de bescheiden ambitie van de verwijzing naar het werk van Leigh Star en Bowker is een andere. Hoewel het categoriseren van woorden, dieren, ziekten en gezondheidszorg nuttig is om ons te helpen de weg te vinden in deze wereld, lijkt het ook van fundamenteel belang om de tijd te nemen om de omstandigheden waarin categorieën ontstaan, wat ze doen en wat ze belemmeren, en de dynamiek van de overgang van de ene naar de andere categorie te onderzoeken. De problematiek van discriminatie bij de terugkeer naar het werk na een periode van arbeidsongeschiktheid is hiervan een illustratie. Hetzelfde geldt voor de dynamiek van het vaststellen van gezondheidszorgdoelstellingen. Dit geldt des te meer wanneer het gaat om het opbouwen van de gezondheidszorg van morgen, aangezien deze transversale dynamiek een groot potentieel in zich draagt om het systeem een kompas te geven en het zo performanter te laten worden. Voortbouwen op categorieën, zich oriënteren aan de hand van doelstellingen, richting geven aan de gezondheidszorg: dat is de ambitie.

Nicolas Rossignol
Verantwoordelijke Studiedienst CM-MC

Bibliografie

Bowker, G. C., & Star, S. L. (2000). *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.



Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid: de paradox van terugkeer naar het werk

Enquête bij CM-leden over hun ervaringen bij de terugkeer naar het werk

Hélène Henry — Studiedienst CM-MC

Met dank aan Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Stijn Vos, Sophie Cès en Svetlana Sholokhova

Samenvatting

De druk om langdurig zieken weer aan het werk te krijgen, neemt alsmaar toe. In deze studie gaan we na hoe deze langdurig zieken hun terugkeer naar het werk ervaren.

We onderzoeken meer specifiek of mensen die na een periode van arbeidsongeschiktheid weer aan het werk gingen, zich bij hun werkhervatting gediscrimineerd voelden wegens hun arbeidsongeschiktheid. Vervolgens bestuderen we de mogelijke effecten van de discriminatie die ze ervaren op hun perceptie van hun professionele toekomst en op hun risico om opnieuw arbeidsongeschikt te worden. Omdat mensen van buitenlandse origine sneller het slachtoffer zijn van discriminatie op het werk dan mensen met een Belgische achtergrond, gaan we tot slot ook na of zij negatiever beïnvloed worden door dit type van discriminatie.

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, voerden we een longitudinaal onderzoek uit (een vragenlijst die tweemaal werd afgenomen, met een tussentijd van acht maanden). Zo verzamelden we de standpunten van 506 respondenten, waarop regressieanalyses werden uitgevoerd.

Uit de resultaten blijkt dat een aantal mensen, wanneer ze opnieuw aan het werk gaan, zich gediscrimineerd voelt omdat ze arbeidsongeschikt zijn geweest. Die discriminatie zal vervolgens een negatieve invloed hebben op de manier waarop ze hun professionele toekomst zien, zeker als ze van buitenlandse afkomst zijn. Deze processen kunnen onrechtstreeks bijdragen aan een hoger risico op herval in arbeidsongeschiktheid voor mensen met een buitenlandse achtergrond.

Deze resultaten geven een beter inzicht in de context waarin mensen opnieuw aan het werk gaan na een periode van arbeidsongeschiktheid door ziekte, en de oorzaken die kunnen bijdragen aan hun herval in arbeidsongeschiktheid.

Op basis van deze resultaten worden verschillende aanbevelingen geformuleerd om een duurzame en kwalitatieve terugkeer naar het werk te bevorderen.

Sleutelwoorden: Arbeidsongeschiktheid, perceptie van de professionele toekomst, discriminatie, afkomst, herval in arbeidsongeschiktheid, kwantitatieve studie, longitudinale analyse, enquête

Inleiding

Het aantal langdurig zieken is de voorbije jaren zeer snel gestegen (526.507 in 2023 tegenover 221.417 in 2004) (INAMI, 2024). Arbeidsongeschiktheid is daardoor een belangrijk politiek thema geworden. Sinds enkele jaren neemt de Belgische regering dan ook maatregelen om een deel van deze mensen opnieuw aan het werk te krijgen. De vraag is echter hoe de Belgische arbeidsmarkt hen kan re-integreren. Hoewel de maatregelen van de regering erop gericht zijn om alle actoren betrokken bij de terugkeer naar werk te responsabiliseren, kunnen mensen die na een periode van arbeidsongeschiktheid weer aan het werk willen gaan met verschillende obstakels te maken krijgen. Voor veel mensen is het bijvoorbeeld nog steeds moeilijk om aanpassingen te verkrijgen die noodzakelijk zijn voor hun gezondheidstoestand (Henry, Avalosse, & Vancorenland, 2024). Een ander obstakel is de discriminatie die ze kunnen ondervinden als gevolg van hun afwezigheid door arbeidsongeschiktheid. Professor Baert zei daarover het volgende: “(...) mensen die na langdurige ziekte bij dezelfde werkgever het werk hervatten, hebben doorheen hun carrière minder kans op promotie. Daarnaast lopen ze ook nog eens meer risico op ontslag na de periode waarin ze wettelijk beschermd zijn” (Vandamme, 2024).

Ondanks die vaststelling is discriminatie die wordt ervaren wegens arbeidsongeschiktheid, specifiek bij de terugkeer naar werk, tot op heden weinig onderzocht, met uitzondering van enkele studies in de context van rekrutering (bijvoorbeeld Baert, De Visschere, Schoors, & Omeij, 2016; Sterkens, Baert, Rooman, & Derous, 2021). Het zijn net die situaties – waarbij mensen aangeven het slachtoffer te zijn geweest van een negatieve gedifferentieerde behandeling wegens hun arbeidsongeschiktheid wanneer ze opnieuw aan het werk gingen – die in onze studie aan bod komen. **De eerste doelstelling van deze studie is de omvang van dit fenomeen in België kwantificeren: we bestuderen hoeveel van de bevraagde personen dit type discriminatie hebben ervaren wanneer ze opnieuw aan het werk gingen.**

Wanneer iemand opnieuw aan het werk gaat na een periode van arbeidsongeschiktheid, is er bovendien geen garantie dat die werkhervatting duurzaam is. Volgens wetenschappelijke studies kan het percentage herval in arbeidsongeschiktheid 13 tot 26% bedragen bij werkhervattingen na

geestelijke gezondheidsproblemen (Nielsen, Yarker, Munir, & Bültmann, 2018; Massart, Mesters, & Bugli, 2023; Corbière M., et al., 2024). Dat herval in arbeidsongeschiktheid kan pijnlijk zijn voor het individu en diens omgeving, niet alleen op het vlak van gezondheid, maar ook financieel. Het is dan ook belangrijk te bestuderen welke factoren een herval in arbeidsongeschiktheid voorspellen. **De tweede doelstelling van deze studie is bijgevolg identificeren wat de effecten zijn van discriminatie bij de terugkeer naar werk op de perceptie van de professionele toekomst en op het risico op herval in arbeidsongeschiktheid.**

Tot slot hebben verschillende studies al aangetoond dat mensen van buitenlandse origine het slachtoffer zijn van discriminatie op de Belgische arbeidsmarkt (lagere werkgelegenheidsgraad, jobs van mindere kwaliteit) (Baert, 2014; UNIA, 2022). In deze studie onderzoeken we of de gevolgen van discriminatie bij terugkeer naar werk variëren naargelang de afkomst van de personen. Meer bepaald is de **derde doelstelling van deze studie onderzoeken of discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid negatievere gevolgen heeft voor mensen met een buitenlandse achtergrond.**

1. Literatuuroverzicht

Voor we de methode en de resultaten van het onderzoek voorstellen, lichten we enkele studies toe uit de wetenschappelijke literatuur, waarin de kwestie van discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid (deel 1.1.), de effecten ervan (deel 1.2.) en de dubbele discriminatie van mensen van buitenlandse afkomst met een handicap of ziekte (deel 1.3.) werden onderzocht.

1.1. Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid

1.1.1. Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid door een psychische aandoening

Uit een aantal studies in België is gebleken dat kandidaten die een voorgeschiedenis van burn-out (Sterkens, Baert, Rooman, & Derous, 2021) of depressie¹ (Baert, De Visschere,

¹ Merk op dat het discriminatiegedrag in deze studie varieerde naargelang het geslacht van de *recruiter*: het was alleen significant en had dus enkel een negatieve invloed op de beslissingen in het rekruteringsproces van mannelijke *recruiters*.

Schoors, & Omeij, 2014) onthullen tijdens een selectieprocedure, **minder kans hebben om te worden aangeworven**. Volgens Sterkens et al. (2021) hebben sommige werkgevers negatieve percepties van mensen die een burn-out hebben gehad. Ze denken bijvoorbeeld dat ze aanpassingen nodig zouden hebben, minder prettige samenwerkingen zouden hebben, in minder goede gezondheid zouden verkeren of minder goed in staat zouden zijn om onder druk te werken. Deze voorbeelden zouden verklaren waarom het minder waarschijnlijk is dat kandidaten die een burn-out hebben gehad, worden uitgenodigd voor een gesprek.

Uit studies uitgevoerd in andere landen, zoals Australië (Reavley, 2017), het Verenigd Koninkrijk (Kemp & Davidson, 2010) of Canada (Lyubikh, Turner, Barling, Reich, & Batten, 2021), is ook gebleken dat mensen die arbeidsongeschikt zijn en stappen ondernemen om een job te vinden, worden geconfronteerd met **vooroordelen en negatieve houdingen** in hun werkomgeving door hun (vroegere) gezondheidsproblemen. In het bijzonder voelen mensen die aan deze aandoeningen lijden (of hebben geleden) en weer aan het werk gaan, zich **minder gesteund** vanuit hun werkomgeving bij hun werkhervatting (Boštjančič & Koracin, 2014) of voelen ze zich zelfs **sociaal uitgesloten** op het werk (Frank, et al., 2022).

Andere vormen van discriminatie die mensen met mentale gezondheidsproblemen op het werk ervaren, zijn onder meer **een minachtende behandeling** of **onbegrip voor de ziekte**, het feit dat ze worden gedwongen om **van verantwoordelijkheden te veranderen** of **dat hen op het werk kansen worden geweigerd** en het feit dat ze **geen redelijke aanpassingen krijgen** die ze hebben gevraagd in het kader van hun geestelijke gezondheidsproblemen (Reavley, 2017). Amerikaanse onderzoekers (Baldwin & Marcus, 2006) schatten dat ongeveer 20% van de bevroegde werknemers met een mentale aandoening aangaf een soort werkgerelateerd stigma te hebben ervaren, zoals **een job (3,1%), een promotie (2,8%) of een opleiding (1,4%) die hen werd geweigerd**.

1.1.2. Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid door een fysieke aandoening

Wat fysieke aandoeningen zoals **kanker** betreft, hebben studies aangetoond dat mensen die met deze ziekte te maken kregen het slachtoffer kunnen zijn van discriminatie, zowel bij het zoeken naar een job als bij de terugkeer naar werk. Zo bleek uit een onderzoek in België dat een onderbroken periode op het cv als gevolg van kanker **de kansen op een aanwerving verkleint** (Baert, Caers, De Couck,

Sharipova, & Sterkens, 2023). Volgens onderzoekers zou vooral de vrees dat mensen die kanker hebben gehad opnieuw afwezig zullen zijn door ziekte hun lagere kansen om te worden aangeworven verklaren.

Een andere studie uitgevoerd in België (Tiedtke, et al., 2012) en een literatuuroverzicht (Tiedtke, de Rijk, Dierckx de Casterlé, Christiaens, & Donceel, 2010) hebben dan weer aangetoond dat sommige vrouwen die borstkanker hebben (gehad) zich **gesteund voelden** door hun collega's en leidinggevenden wanneer ze weer aan het werk gingen, terwijl anderen werden geconfronteerd met **discriminatiegedrag**. Dit was met name het geval wanneer hun collega's niet op de hoogte waren van de diagnose en verbaasd waren te horen dat de persoon al zo lang afwezig was van het werk (Tiedtke, et al., 2012). Volgens een onderzoek dat in Frankrijk werd uitgevoerd, waren het de vrouwen die op het werk aanpassingen hadden gekregen, die zich niet gesteund voelden door hun collega's en/of die weer aan het werk waren gegaan uit angst hun job te verliezen, die zich vaker gediscrimineerd voelden (De Azua, et al., 2022).

1.2. De negatieve effecten van discriminatie op het werk

Uit verschillende studies blijkt dat **discriminatie of sociale uitsluiting op het werk** een **schadelijke invloed hebben op de gezondheid en het welzijn**. Zo wordt het gevoel blootgesteld te zijn aan discriminatie op het werk in verband gebracht met een hoog risico op ziekteverzuim (Clark, et al., 2021), een minder goede fysieke en emotionele gezondheid (bij vrouwen), meer stress en een minder tevreden gevoel op het werk en in het dagelijkse leven, meer chronische ziekten en depressies, angst en zelfdodingsgedachten (Xu & Chopik, 2020), een lager welzijn en minder veerkracht (Stratton, Player, Dahlheimer, Choi, & Glozier, 2020).

In enkele studies bogen de onderzoekers zich over de effecten van **discriminatie specifiek op basis van een ziekte**, en de gezondheid. Ze ontdekten dat discriminatie op het werk op grond van een **mentale stoornis** een veel voorkomend probleem is in tal van landen. Mensen die hieraan lijden, **willen soms niet meer solliciteren voor een job, opleiding of stage**, uit **angst om gediscrimineerd te worden** (Brouwers, et al., 2016). En mensen die zich sociaal uitgesloten voelen op het werk door een ernstige psychische aandoening, lopen een groter risico op **ziekteverzuim** (Frank, et al., 2022).

Negatieve percepties over mensen die opnieuw aan de slag gaan na **kanker**, kunnen bij deze mensen leiden tot een **verminderd zelfvertrouwen, zelfstigmatisering, een schuldgevoel of gevoel van schaamte, de neiging om hun ziekte te minimaliseren en terughoudendheid om werkaanpassingen te vragen die ze nodig hebben** (Stergiou-Kita, Qie, Yau, & Lindsay, 2017). Deze percepties kunnen ook leiden tot discriminatie op de werkplek, met name in de vorm van **pesterijen, jobverlies of beperkingen in de loopbaanmogelijkheden** (Stergiou-Kita, Qie, Yau, & Lindsay, 2017), of een **groter risico op werkloosheid, vervroegd pensioen en een kleinere kans om opnieuw in dienst te worden genomen** (Mehnert, 2011).

1.3. Dubbele discriminatie: op basis van afkomst en arbeidsongeschiktheid/ ziekte, op de arbeidsmarkt

Er bestaan heel wat studies over discriminatie op het werk op basis van afkomst. Zowel in België als in andere landen, zoals Duitsland of de Verenigde Staten, hebben deze studies aangetoond dat **kandidaten die solliciteren voor een job met een 'autochtone' naam vaker antwoord krijgen dan kandidaten met een 'allochtone' naam** (Baert & De Pauw, 2014). Uit een meta-analyse blijkt dat de leden van etnische minderheden ongeveer 50% meer cv's moesten versturen om te worden uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek dan kandidaten uit de etnische meerderheid met hetzelfde kwalificatieniveau (Zschirnt & Ruedin, 2016).

Mensen met een buitenlandse achtergrond hebben niet alleen minder kansen om te worden aangeworven, maar zijn – zodra ze zijn aangeworven – ook vaker het slachtoffer van discriminerend gedrag op de werkvloer. Ze worden bijvoorbeeld **uitgesloten van belangrijke sociale netwerken** of zijn **minder goed betaald** (Lippens, Baert, Ghekiere, Verhaeghe, & Derous, 2022). In België doet UNIA (2022) dezelfde vaststellingen: in vergelijking met mensen van Belgische origine, hebben mensen van buitenlandse origine een lagere werkgelegenheidsgraad, minder duurzame en minder kwalitatieve jobs en worden ze minder goed betaald, vooral als ze ouder dan 55, vrouw, moeder en/of recente migrant-e zijn (UNIA, 2022).

Ook de gevolgen van deze discriminatie op grond van afkomst voor de gezondheid werden bestudeerd. Verschillende onderzoeken wijzen op negatieve effecten op de **geestelijke gezondheid** (Gee, Ryan, Laflamme, & Holt, 2006), het risico op **hart- en vaatziekten** (Wyatt, et al., 2003) of **een verstoorde bloeddruk** (Brondolo, Rieppi, Nelly, & Gerin, 2003).

Hoewel er veel studies bestaan over discriminatie op grond van afkomst, gingen minder studies dieper in op de discriminatie van **mensen die zowel tot de groep van mensen met een handicap of ziekte behoren als tot de groep van geracialiseerde personen** (Fuentes, Hsu, Patel, & Lindsay, 2023; Berghs & Dyson, 2022).

Die aandacht voor de impact van het behoren tot meerdere sociale identiteiten verwijst naar een **intersectionele benadering**. Dit is “een theoretisch kader dat stelt dat meerdere sociale categorieën (zoals ras, etniciteit, geslacht, seksuele geaardheid of sociaaleconomische status) elkaar kruisen op het microniveau van de individuele ervaring en zo verschillende systematische vormen van privilege en onderdrukking weerspiegelen die nauw met elkaar verbonden zijn op macro- en sociostructureel niveau (zoals racisme, seksisme of heteroseksisme)” (Bowleg, 2012, p.1, eigen vertaling). Het concept werd aanvankelijk voorgesteld door Kimberlé Crenshaw in 1989 om te beschrijven hoe Afro-Amerikaanse vrouwen het slachtoffer waren van zowel racisme als seksisme. Een intersectionele benadering herleidt mensen niet tot een geheel van individuele kenmerken, maar verzekert een dynamische analyse van de discriminerende mechanismen en structuren (UNIA, 2025a). Bovendien benadrukt het concept van intersectionaliteit het feit dat verschillende discriminatiegronden niet alleen maar worden gecumuleerd, maar elkaar ook versterken en zo kunnen leiden tot nog scherpere vormen van discriminatie. Eenvoudig gezegd verwijst intersectionaliteit naar een aanpak waarbij men **de unieke situatie begrijpt van mensen die tegelijkertijd met verschillende vormen van discriminatie worden geconfronteerd**.

Onlangs nog voerden Fuentes, Hsu, Patel en Lindsay (2023) een literatuurstudie uit over dubbele discriminatie van mensen die zowel tot de groep van mensen met een handicap als tot de groep van geracialiseerde personen behoren. Uit de meeste studies blijkt dat **het gerapporteerde discriminatiepercentage op de werkvloer hoger is bij geracialiseerde personen met een handicap** dan bij witte personen met een handicap. De resultaten wijzen er eveneens op dat **de kruising tussen validisme (ableism) of discriminatie van mensen met een beperking en racisme negatieve gevolgen heeft** op het vlak van werkgelegenheid en arbeidsomstandigheden (zoals een lagere werkgelegenheidsgraad en een lager inkomen), welzijn op het werk (bijvoorbeeld een gering veiligheidsgevoel op het werk, een minder goede geestelijke en/of lichamelijke gezondheid) en doorgroeimogelijkheden (bijvoorbeeld minder promoties).

Geracialiseerde mensen met een handicap krijgen met andere woorden te maken met negatievere ervaringen op de arbeidsmarkt op het vlak van gezondheid, welzijn en carrièremogelijkheden, vergeleken met witte mensen met een handicap. Andere onderzoekers (Berghs & Dyson, 2022) benadrukten ook dat zwarte personen met een handicap negatiever worden behandeld in verband met hun handicap dan witte personen met een handicap en dat het wetenschappelijk onderzoek tot nu toe nog niet voldoende aandacht heeft besteed aan deze problematiek.

Voor zover ons bekend, werd ook de **intersectie tussen discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid en andere variabelen zoals geslacht of leeftijd** niet voldoende bestudeerd. Sommige onderzoekers onderstrepen dan ook dat vrouwen met een handicap dubbel worden gediscrimineerd. Daardoor komen ze in een ongelijke positie terecht vergeleken met de algemene bevolking en vergeleken met mannen met een handicap in het bijzonder (Cano & de la Fuente Robles, 2016). De kwestie van dubbele discriminatie op basis van leeftijd en handicap verdient ook verder onderzoek in toekomstige studies (Cichy, Li, McMahon, & Rumrill, 2015). Hoewel dit onderzoek zich richt op de kruising tussen discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid en afkomst, zullen we ook nagaan of discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid varieert naargelang het geslacht en de leeftijd, en andere mogelijk relevante variabelen.

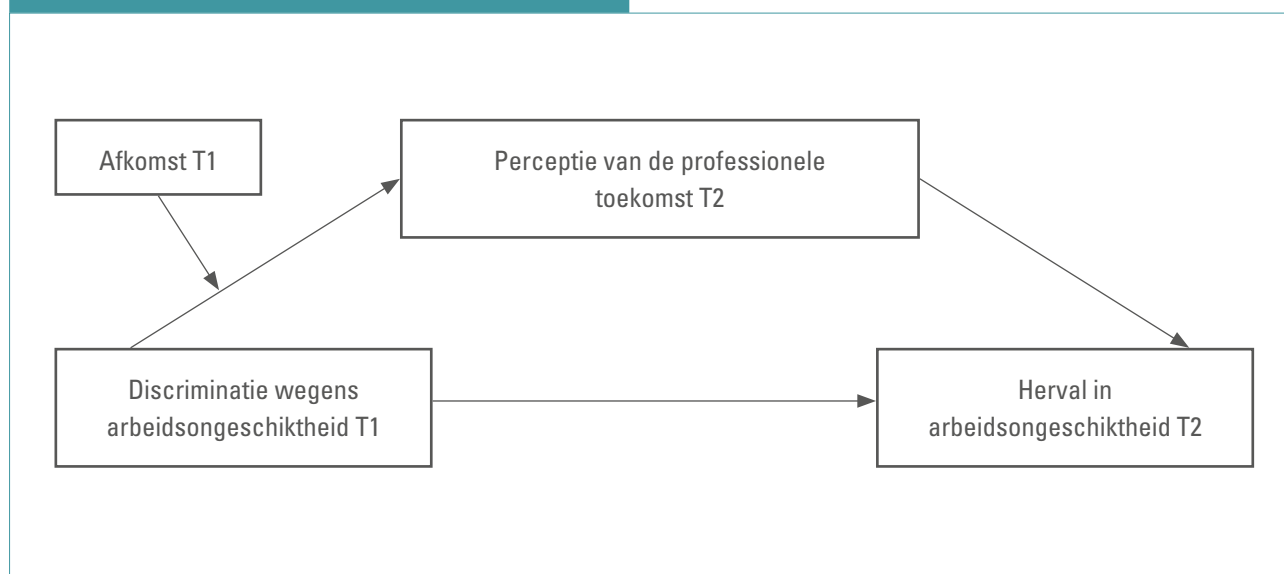
2. Ontwikkeling van de onderzoekshypothesen

In dit deel lichten we de redenering toe die heeft geleid tot de ontwikkeling van de onderzoekshypothesen, op basis van de wetenschappelijke literatuur. Figuur 1 bevat een overzicht van het onderzoeksmodel.

2.1. De effecten van discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid op de perceptie van de professionele toekomst en het herval in arbeidsongeschiktheid

In deze studie onderzoeken we de effecten van discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid op de perceptie van de professionele toekomst en op het herval. In de wetenschappelijke literatuur wordt de perceptie van de professionele toekomst gedefinieerd als de perceptie van de tijd en resterende mogelijkheden in de professionele carrière (Zacher & Frese, 2009). Verschillende studies hebben aangetoond dat een positieve perceptie van de professionele toekomst **positieve effecten heeft op de gezondheid** (bijvoorbeeld minder mentale problemen) en het **welzijn** (bijvoorbeeld een groter gevoel van zelfeffectiviteit in het leerproces), alsook **positieve gevolgen op het werk** (zoals meer jobtevredenheid, meer inzet op het werk, grotere inzetbaarheid) (Henry, Zacher, & Desmette, 2017).

Figuur 1: Onderzoeksmodel



Verschillende factoren **kunnen een positieve invloed hebben op** deze perceptie van de professionele toekomst (Henry, Zacher, & Desmette, 2017) en ervoor zorgen dat werknemers meer opportuniteiten zien in hun job. Denk bijvoorbeeld aan **individuele factoren** (zoals jong, gezond en optimistisch zijn) of **contextuele factoren** (zoals een bedrijfsklimaat waar leeftijdsdiversiteit wordt ondersteund).

We hebben eerder gezien (deel 1.2.) dat discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid schadelijk kan zijn voor de werkgelegenheids- en carrièreperspectieven van mensen die er slachtoffer van zijn (bijvoorbeeld Brouwers et al., 2016). Op basis van deze studies nemen we daarom aan als **eerste hypothese (H1) dat gediscrimineerd worden bij terugkeer naar werk wegens arbeidsongeschiktheid een negatieve impact heeft op de perceptie van de professionele toekomst.**

We hebben ook gezien dat discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid en het risico op langdurig ziekteverzuim kan verhogen (Frank, et al., 2022). Op basis van deze studies formuleren we onze **tweede hypothese (H2): discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid verhoogt het risico op een herval in arbeidsongeschiktheid.**

Tot slot suggereren verschillende studies (Black, Sim, Collier, & Smith, 2017; Etuknwa, Daniels, & Eib, 2019; Cancelliere, et al., 2016) dat concepten die verband houden met de perceptie van de professionele toekomst, zoals een gevoel van zelfeffectiviteit² en optimistische verwachtingen over het herstel en de terugkeer naar werk, kunnen bijdragen aan een duurzame werkhervatting. Op basis van deze studies kunnen we daarom als **derde hypothese (H3)** stellen dat **een positieve perceptie van de professionele toekomst het risico op herval in arbeidsongeschiktheid verlaagt.**

2.2. De invloed van afkomst

Op basis van studies die suggereren dat mensen van buitenlandse afkomst met een handicap, ziekte of die arbeidsongeschikt zijn in het bijzonder te maken kunnen krijgen met discriminatie op het werk (Berghs & Dyson, 2022;

Fuentes, Hsu, Patel, & Lindsay, 2023), gaan we ervan uit dat ze negatiever zullen worden beïnvloed door discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid wanneer ze weer aan het werk gaan. Zo **veronderstellen we als vierde hypothese (H4) dat discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid een grotere negatieve impact heeft op de perceptie van de professionele toekomst van personen van buitenlandse origine.** Bovendien – voor zover we aannemen dat een positieve perceptie van de professionele toekomst het risico op herval verlaagt (H2) – **veronderstellen we als vijfde en laatste hypothese (H5) dat discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid het risico op herval in arbeidsongeschiktheid voor mensen van buitenlandse origine onrechtstreeks verhoogt, via het negatieve effect op de perceptie van de professionele toekomst (hypothese met gematigd onrechtstreeks effect).**

3. Methode

3.1. Steekproef

Deze studie volgt op een eerdere studie van de CM-studiedienst (Henry, Avalosse, & Vancorenland, 2024), waarbij 5.100 deelnemers³ een vragenlijst hadden ingevuld over hun ervaringen tijdens de begeleiding bij de terugkeer naar werk. Die vragenlijst werd hen midden november 2023 (eerste meetmoment 'T1') toegestuurd.

Van deze 5.100 respondenten gaven er 3.322 hun toestemming om opnieuw te worden gecontacteerd in het kader van deze studie. Begin juli 2024 ontvingen deze respondenten een tweede vragenlijst over hetzelfde thema (tweede meetmoment 'T2'). Van deze respondenten hebben er 1.727 de tweede vragenlijst volledig beantwoord (responsgraad van 52%).

Om te worden opgenomen in de steekproef die in deze studie werd geanalyseerd, moesten de deelnemers voldoen aan verschillende criteria die noodzakelijk waren voor het testen van het onderzoeksmodel. Die criteria waren:

-
- 2 Het gevoel van zelfeffectiviteit (of *self efficacy*) wordt gedefinieerd als het vertrouwen van een individu in het eigen vermogen om specifieke taken succesvol uit te voeren (Bandura, 1977).
 - 3 Deze deelnemers voldeden aan de volgende inclusiecriteria: ofwel waren ze minimaal drie maanden en maximaal vier jaar arbeidsongeschikt; ofwel waren ze opnieuw aan het werk gegaan na een periode van arbeidsongeschiktheid van minimaal drie maanden en maximaal vier jaar, die maximaal twaalf maanden voor de datum van verzending van de enquête was beëindigd.

Tabel 1: Beschrijving van deelnemers die enkel reageerden op het eerste meetmoment (T1) en deelnemers die reageerden op beide meetmomenten (T1 en T2) (Bron: CM)

	T1			T1 en T2		
	N	%	Gemiddelde (Standaarddeviatie)	N	%	Gemiddelde (Standaarddeviatie)
Leeftijd	2.133		48,5 (10,2)	506		49,1 (9,8)
Geslacht						
Vrouwen	1.485	69,6		361	71,3	
Mannen	648	30,4		145	28,7	
Afkomst						
Belgisch, zonder migratieachtergrond	1.942	91,5		468	92,5	
Belgisch, met migratieachtergrond of niet-Belgisch	191	9,5		38	7,5	
Verblijfsregio						
Vlaanderen	1.543	72,3		362	71,5	
Wallonië	508	23,8		130	25,7	
Brussel	57	2,7		12	2,4	
Buiten België	25	1,2		2	0,4	
Taal						
Frans	581	27,2		142	28,1	
Nederlands	1.552	72,8		364	71,9	
Opleidingsniveau						
Basisonderwijs, lager of hoger secundair onderwijs	1.010	47,4		175	34,6	
Hoger onderwijs	1.123	52,6		331	65,4	
Arbeidstijd						
Deeltijds	802	37,6		174	34,4	
Voltijds	1.331	62,4		332	65,6	
Type werk						
Intellectueel werk	1.190	55,8		337	66,6	
Handenarbeid	943	44,2		169	33,4	
Pathologieën als oorzaak van de ongeschiktheid						
Fysiek	1.363	63,9		293	57,9	
Mentaal	770	36,1		213	42,1	
Aantal maanden arbeidsongeschiktheid			11,3 (9,7)			12,8 (10,6)
Subjectieve gezondheid			3,1 (0,8)			3,2 (0,8)

- het referentienummer correct hebben ingevoerd (dit nummer was hetzelfde voor het eerste en tweede meetmoment)⁴;
- opnieuw aan het werk zijn gegaan als werknemer⁵ op het eerste meetmoment;
- ofwel nog steeds aan het werk zijn, ofwel opnieuw arbeidsongeschikt zijn op het tweede meetmoment⁶.

Na toepassing van deze verschillende criteria bestond de uiteindelijke steekproef voor dit onderzoek uit 506 deelnemers, met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar (standaarddeviatie = 10 jaar). De meeste deelnemers in de steekproef waren vrouwen (71%), van Belgische afkomst (93%), die in Vlaanderen wonen (72%) en intellectueel werk uitoefenen (67%). De meerderheid (58%) van de deelnemers leed aan

4 Op die manier konden we hun antwoorden van het tweede meetmoment koppelen aan de antwoorden van het eerste meetmoment.

5 Aangezien discriminatie bij werkherhvatting voornamelijk verwijst naar gedrag van collega's en de leidinggevende, werden de vragen om de discriminatie te meten uitsluitend gesteld aan personen die actief waren als werknemer (niet aan zelfstandigen).

6 Aangezien de afhankelijke variabele in deze studie het herval is, was het noodzakelijk om in de steekproef mensen op te nemen die ofwel nog steeds aan het werk waren op het tweede meetmoment (geen herval), ofwel die opnieuw arbeidsongeschikt waren op het tweede meetmoment (herval).

fysieke pathologieën (aandoeningen van het bewegingsstelsel en bindweefsel, kanker, verstuikingen, breuken en letsels, enz.); 42% leed aan mentale pathologieën (burn-out, psychologische aandoeningen, enz.). Tabel 1 geeft een beschrijving van deze steekproef en van de basissteekproef die enkel deelnam op het eerste meetmoment en voldeed aan bovenstaande inclusiecriteria. Deze tabel bevat ook andere sociodemografische en werkgelegenheidsvariabelen die de steekproef beschrijven. De meting van deze variabelen wordt beschreven in paragraaf 3.2.

Er werden *attrition bias*-analyses uitgevoerd (het bestuderen van het verlies van deelnemers in de loop van de studie) om na te gaan of de deelnemers die enkel op het eerste meetmoment hebben geantwoord significant verschillen van de deelnemers die op de twee meetmomenten hebben deelgenomen op het vlak van leeftijd, afkomst, pathologie, regio, geslacht en type werk. Het enige significante verschil tussen deze variabelen betreft het soort werk: deelnemers met overwegend intellectueel werk zijn proportioneel sterker vertegenwoordigd in de groep die op beide meetmomenten deelnam, in vergelijking met de groep deelnemers die enkel op het eerste meetmoment deelnam (significante chi-kwadraattoets). Om rekening te houden met deze mogelijke vertekening, zal de variabele 'type werk' worden gecontroleerd in de verdere analyses om het onderzoeksmodel te testen.

3.2. Metingen

De onafhankelijke variabelen⁷ van het onderzoeksmodel (discriminatie en afkomst) werden gemeten tijdens de eerste fase van gegevensverzameling, terwijl de afhankelijke variabelen⁸ (perceptie van de professionele toekomst en herval in arbeidsongeschiktheid) (opnieuw) werden gemeten op het tweede meetmoment. Het feit dat de variabelen werden gemeten met een tussentijd van acht maanden tussen de twee meetmomenten (longitudinaal ontwerp) maakt het mogelijk om een temporele volgorde tussen de

variabelen vast te stellen. Dat biedt de mogelijkheid om mogelijke causale verbanden te onderzoeken, aangezien er sprake is van temporele voorafgaandheid. Het is echter belangrijk te benadrukken dat dit op zich niet volstaat om definitief uitsluitel te geven over de richting van de invloeden. Bidirectionele effecten of versturende variabelen kunnen eveneens een rol spelen.

De **discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid bij de terugkeer naar werk** (T1⁹) werd gemeten met behulp van een schaal van negen items aangepast aan de arbeidsongeschiktheid van Georges en Desmette (2025), op basis van een schaal die de discriminatie op het werk op grond van leeftijd meet (Marchiondo, Gonzales, & Ran, 2016). Aan de deelnemers werd gevraagd om op een Likert-schaal variërend van één (nooit) tot vijf (altijd) aan te geven in welke mate ze het slachtoffer zijn geweest van een aantal situaties bij of sinds hun terugkeer naar het werk. Bijvoorbeeld: "Ik werd onjuist verwijderd van een rol/taak wegens mijn arbeidsongeschiktheid". Een hoge score op deze schaal geeft aan dat de persoon zich gediscrimineerd voelde door diens arbeidsongeschiktheid toen die opnieuw aan het werk ging. De factoranalyses¹⁰ die werden uitgevoerd op meetmoment 1 wezen erop dat alle items een verzadiging hadden boven de drempel van 0,40 op één enkele factor, en een interne consistentie-index (*Cronbach's Alpha*¹¹) ruim boven de drempel van 0,70 zoals aanbevolen door Nunnally (1978) ($\alpha = 0,92$).

De **perceptie van de professionele toekomst** (T2¹²) werd gemeten op een Likert-schaal variërend van één (helemaal niet mee eens) tot vijf (helemaal mee eens) met zes items uit de schaal van Zacher en Frese (2009). De deelnemers moesten aangeven in welke mate ze het eens waren met items zoals "Er staan me veel opportuniteiten te wachten in mijn professionele toekomst". Hoe hoger de totaalscore, hoe sterker de deelnemers het gevoel hebben dat hen nog tijd en opportuniteiten te wachten staan in hun professionele toekomst. Alle items satureerden correct op hun factor ($> 0,40$) en hadden een bevredigende interne consistentie-index ($\alpha = 0,89$).

7 Onafhankelijke variabelen zijn variabelen waarvan wordt aangenomen dat ze een effect zullen hebben op de afhankelijke variabelen.

8 Afhankelijke variabelen zijn variabelen waarvan wordt aangenomen dat ze worden beïnvloed door de onafhankelijke variabelen.

9 We gebruiken de afkorting 'T1' om te verwijzen naar het eerste meetmoment.

10 De factoranalyse is een statistische methode die wordt gebruikt om de dimensionaliteit van een gegevensmatrix, verkregen uit een gesloten vragenlijst te verminderen. Het doel is om gemeenschappelijke factoren te extraheren die een groot deel van de totale variantie in de gegevens verklaren. Deze methode maakt het met andere woorden mogelijk om de verschillende vragen over hetzelfde thema te groeperen in belangrijke factoren, die elk een afzonderlijk thema vertegenwoordigen.

11 Met *Cronbach's Alpha* wordt de interne consistentie (of homogeniteit) gemeten van een schaal die uit verschillende items bestaat. De antwoorden op de items van eenzelfde schaal over hetzelfde thema moeten gecorreleerd zijn. *Cronbach's Alpha* geeft aan in welke mate de items van een schaal een gelijkwaardige meting van eenzelfde concept vormen.

12 We gebruiken de afkorting 'T2' om te verwijzen naar het tweede meetmoment.

De variabele **herval in arbeidsongeschiktheid** (T2) werd gemeten door aan de respondenten te vragen het antwoord aan te kruisen dat het best overeenstemde met hun werksituatie op het ogenblik van de tweede enquête (zomer 2024). Zij konden kiezen uit de volgende vier antwoordmogelijkheden:

1. ik ben nooit opnieuw aan het werk gegaan, mijn situatie is dezelfde als eind 2023;
2. ik was vóór eind 2023 opnieuw aan het werk gegaan, maar ik ben intussen hervallen en ben momenteel opnieuw arbeidsongeschikt;
3. ik was vóór eind 2023 opnieuw aan het werk gegaan en ik werk momenteel nog steeds;
4. ik was eind 2023 arbeidsongeschikt, maar tussen eind 2023 en augustus 2024 heb ik het werk hervat en ik werk momenteel nog steeds.

Aangezien deze steekproef alleen mensen omvat die aan het werk waren op het eerste meetmoment¹³, werden de deelnemers die het eerste of vierde antwoord aanvinkten niet opgenomen in de analyse. De variabele **herval**¹⁴ in arbeidsongeschiktheid krijgt de code 0 voor 'geen herval' en code 1 voor 'herval'.

De variabele **afkomst** (T1) krijgt de code 0 om te verwijzen naar mensen van Belgische origine en de code 1 om te verwijzen naar mensen van buitenlandse origine of van Belgische origine met een migratieachtergrond. Deze variabele werd samengesteld op basis van de variabele nationaliteit (1 = Belgische nationaliteit; 2 = niet-Belgische nationaliteit van een land van de Europese Unie en 3 = niet-Belgische nationaliteit van een land buiten de Europese Unie) en de variabele immigratie, waarbij aan mensen met de Belgische nationaliteit werd gevraagd of ze een migratieachtergrond hadden.

De **controlevariabelen** die in de analyses werden opgenomen waren, in overeenstemming met de aanbevelingen van Becker (2005), de variabelen die significant correleerden met de twee afhankelijke variabelen (perceptie van de professionele toekomst en herval in arbeidsongeschiktheid) uit de lijst van variabelen die deze waarschijnlijk beïnvloeden (geïdentificeerd op basis van de wetenschappelijke literatuur). De volgende variabelen correleerden met ofwel de perceptie van de professionele toekomst, ofwel met herval in arbeidsongeschiktheid, ofwel met beide:

- taal (0 = Frans en 1 = Nederlands);
- type werk (0 = handenarbeid en 1 = intellectueel werk);
- duur van de arbeidsongeschiktheid (gemeten in aantal maanden);
- subjectieve gezondheid (beoordeeld op een schaal van 1 = zeer slecht tot 5 = zeer goed);
- leeftijd (gemeten in aantal jaren);
- geslacht (0 = man en 1 = vrouw);
- opleidingsniveau (beoordeeld op een schaal van 1 = basisonderwijs tot 5 = hoger onderwijs van het lange type);
- arbeidstijd (beoordeeld op een schaal van 1 = minder dan halftijds tot 5 = voltijds);
- type pathologie (0 = fysiek en 1 = mentaal).

Deze variabelen werden dus ingevoerd als controlevariabelen in de eerste fase van de regressieanalyses, die in het volgende deel worden beschreven.

3.3. Analyses

De statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van de software IBM SPSS 23. De modellen met de afhankelijke variabele perceptie van de professionele toekomst werden gecorrigeerd voor taal, type werk, duur van de arbeidsongeschiktheid, subjectieve gezondheid, leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, arbeidstijd en type pathologie. De modellen met herval in arbeidsongeschiktheid als afhankelijke variabele werden gecorrigeerd voor type werk, duur van de arbeidsongeschiktheid en subjectieve gezondheid.

We produceerden beschrijvende statistieken (zie Tabel 1). Aangezien de perceptie van de professionele toekomst een kwantitatieve variabele is, werden de hypothesen (H1 en H4) getest met behulp van een meervoudige lineaire regressieanalyse, met de invoering van de controlevariabelen in de eerste fase, de belangrijkste voorspellers (discriminatie en afkomst op T1) in de tweede fase (zie Tabel 2), en hun interactie in de derde fase (zie Tabel 3). Om de hypothesen (H2 en H3) betreffende de factoren voor herval in arbeidsongeschiktheid (categorische variabele) te testen, werd een meervoudige logistische regressie uitgevoerd volgens dezelfde stappen. De laatste hypothese (H5) is tot slot een hypothese van gemodereerde mediatie (Hayes, 2013). Deze bestaat erin te testen of het effect van de ervaren discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid (onafhankelijke

13 Dit is een noodzakelijke voorwaarde voor het testen van het onderzoeksmodel: zie de beschrijving van inclusiecriteria.

14 In deze studie definiëren we herval als opnieuw arbeidsongeschikt zijn acht maanden na het eerste meetmoment. Dit laat ons toe een breder spectrum aan terugvalsituaties te capteren dan wanneer we zouden vertrouwen op de administratieve definitie van terugval (zelfde oorzaak, binnen de 14 dagen bij primaire arbeidsongeschiktheid en binnen de 3 maanden bij invaliditeit; deze definitie was nog steeds van kracht op het moment van het uitvoeren van deze studie).

variabele) op het risico op hervat in arbeidsongeschiktheid (afhankelijke variabele) gedeeltelijk te wijten is aan het negatieve effect ervan op de perceptie van de professionele toekomst (mediërende variabele), en of dat negatieve onrechtstreekse effect sterker is bij mensen van buitenlandse origine (modererende variabele) (zie Figuur 1). Om deze hypothese te testen, gebruikten we model 7 van de macro SPSS PROCESS van Hayes (2013), met variabelen gecentreerd op het gemiddelde, 5.000 *bootstrap resamples*¹⁵ en 95% betrouwbaarheidsintervallen (zie Tabel 4).

3.4. Beperkingen

Deze studie heeft methodologische beperkingen. Ten eerste werd de ervaren discriminatie bij de terugkeer naar werk **retrospectief gemeten** (dit is door mensen te vragen zich te herinneren of ze het slachtoffer zijn geweest van discriminerend gedrag bij of sinds hun werkhervatting). Het moment waarop ze weer aan het werk gingen, kwam echter niet noodzakelijk overeen met het tijdstip waarop ze de vragenlijst invulden (ze konden enkele maanden voor het invullen van de vragenlijst weer aan het werk zijn gegaan). Een **geheugenbias** is dus mogelijk. Onze steekproef bestond echter uitsluitend uit mensen die op het eerste meetmoment het werk hadden hervat na een periode van arbeidsongeschiktheid, die maximaal twaalf maanden voor de datum van verzending van de enquête was beëindigd. Aangezien de wetenschappelijke literatuur (Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017) aanneemt dat een onderzoek naar een gebeurtenis die drie tot twaalf maanden geleden plaatsvond aanvaardbaar is voor het verkrijgen van nauwkeurige resultaten, zijn we van mening dat het risico dat deze geheugenbias een grote invloed heeft op onze resultaten relatief beperkt is. Discriminatie-ervaringen zijn bovendien traumatiserende gebeurtenissen (en dus belangrijk voor de persoon in kwestie). De kans is dus groot dat zij zich dit zullen herinneren (Coughlin, 1990).

De gegevens van deze studie zijn daarnaast afkomstig van **zelfgerapporteerde** metingen: ze zijn dus gebaseerd op de percepties en de antwoorden van de deelnemers aan de enquête, zoals zij ze aan ons hebben gerapporteerd. Het gaat dus wel degelijk om **subjectieve metingen** (de discriminatie werd bijvoorbeeld gemeten op basis van de erva-

ringen van de persoon in kwestie en van diens interpretatie om die toe te schrijven aan diens arbeidsongeschiktheid). Het gebruik van zelfgerapporteerde metingen is echter volledig gepast in studies die persoonlijke gebeurtenissen meten (Conway & Lance, 2010), zoals de perceptie van de professionele toekomst of de ervaring van discriminatie bij de terugkeer naar werk.

Een andere beperking is dat onze uiteindelijke steekproef **veel minder mensen bevatte van buitenlandse afkomst of mensen die hervallen waren** dan mensen van Belgische origine of mensen zonder hervat. Toch vonden we, ondanks het beperkte aantal mensen in die groepen, op basis van de uitgevoerde analyses statistisch significante effecten tussen deze variabelen. Merk echter op dat de groep mensen met een buitenlandse achtergrond voornamelijk uit vrouwen bestaat (31 van de 38 personen van buitenlandse afkomst in de steekproef). De conclusies die we uit deze studie over de effecten van de afkomst trekken, kunnen **dus vooral worden veralgemeend bij vrouwen van buitenlandse origine**. Deze beperking van het onderzoek kan ook worden gezien als een meerwaarde, aangezien ze een intersectionele aanpak impliceert.

Tot slot herinneren we eraan dat onze steekproef **niet helemaal representatief is voor de populatie van personen in invaliditeit of in primaire arbeidsongeschiktheid in België**. In vergelijking met het aantal personen in invaliditeit in 2023 in de algemene regeling (INAMI, 2024)¹⁶, omvat onze steekproef proportioneel **meer vrouwen**, meer werknemers **jonger dan 45 jaar**, meer mensen die in **Vlaanderen** wonen, **intellectueel werk** uitoefenen en lijden aan een **psychische aandoening**. Dat betekent dat deze mensen oververtegenwoordigd zijn in onze steekproef, vergeleken met hun aantal in de populatie van personen in invaliditeit. Het feit dat we deze variabelen hebben opgenomen als controlevariabelen in de analyses verkleint het risico dat ze de resultaten vertekenen. Toch moeten we benadrukken dat de resultaten van onze studie **in grotere mate te veralgemenen zijn naar mensen die deze kenmerken vertonen**.

15 *Bootstrapping* is volgens Hayes (2013) een statistische methode die wordt gebruikt om te analyseren hoe een variabele een andere beïnvloedt. Deze methode werkt door fictieve steekproeven te genereren uit de oorspronkelijke steekproef om het onrechtstreekse effect in te schatten.

16 We mogen niet vergeten dat onze steekproef ook mensen in primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan 1 jaar) omvat en daarom niet volledig mag worden vergeleken met de steekproef van personen in invaliditeit (arbeidsongeschiktheid van meer dan 1 jaar), wat de enige groep is waarvan we gegevens hebben over de sociaal-demografische kenmerken van de bevolking, gebaseerd op gegevens van het RIZIV.

4. Resultaten

4.1. Beschrijvende resultaten

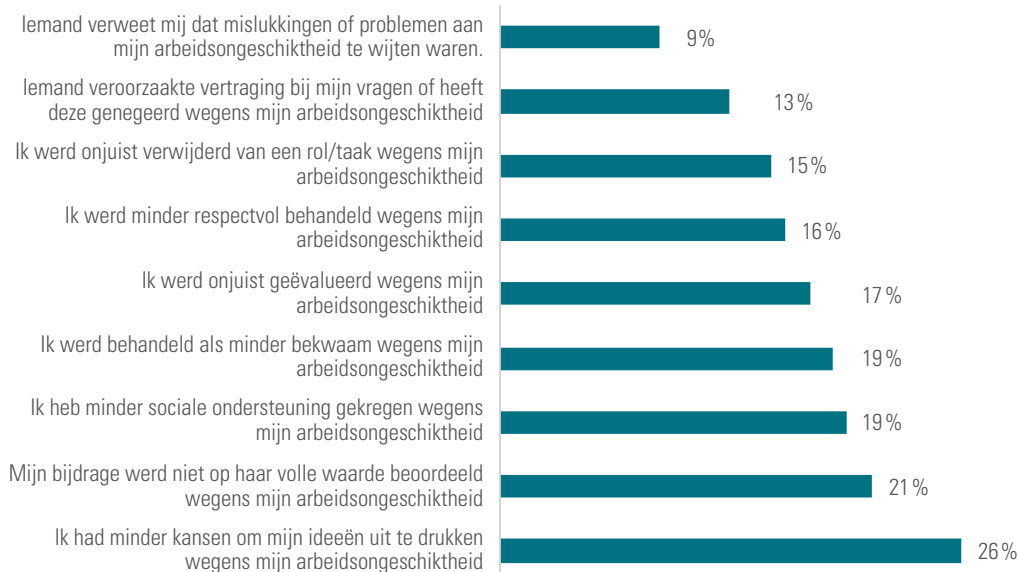
Voor we de resultaten van de statistische modellering presenteren, geven we hieronder de beschrijvende analyses (gemiddelden en frequenties) van de verschillende gebruikte variabelen.

4.1.1. Discriminatie bij de terugkeer naar werk, perceptie van de professionele toekomst en herval in arbeidsongeschiktheid

De deelnemers hadden een gemiddelde score van **ervaren discriminatie bij de terugkeer naar werk** van 1,56 (gemeten op een schaal van 1 tot 5), met een standaard-

deviatie (SD) van 0,76. De resultaten in termen van frequentie voor de items van deze variabele worden voorgesteld in figuur 2. Voor elke stelling werd het percentage mensen dat 'soms', 'vaak' of 'altijd' antwoordde – van de 506 respondenten van de vragenlijst – opgeteld. We stellen vast dat ten minste **9% van de bevroagde personen bevestigt het slachtoffer te zijn geweest (soms, vaak of altijd) van discriminerende situaties wegens hun arbeidsongeschiktheid, bij hun werkhervatting**. Dat is bijna één persoon op de tien. Voor bepaalde discriminerende gedragingen lopen deze percentages zelfs op tot 26%. Zo antwoordde 26% van de respondenten (soms, vaak of altijd) minder kansen te hebben gekregen om hun ideeën te uiten wegens hun arbeidsongeschiktheid en 21% verklaarde (soms, vaak of altijd) dat hun bijdragen niet naar waarde werden geschat wegens hun arbeidsongeschiktheid.

Figuur 2: Percentage respondenten dat aangeeft soms, vaak of altijd te worden gediscrimineerd wegens arbeidsongeschiktheid bij de terugkeer naar werk, volgens vorm van discriminatie (Bron: CM)



We onderzochten eveneens of de mate van discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid verschilt naargelang het geslacht, de afkomst, de leeftijd, het type pathologie, de subjectieve gezondheidstoestand en type werk. We vonden geen significante verschillen op deze variabelen (alle p-waarden lagen boven de drempel van 0,05), met uitzondering van het type werk: mensen die voornamelijk intellectueel werk verrichten, rapporteerden een hogere gemiddelde score voor discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid (gem. = 1,60) dan mensen die overwegend handenarbeid verrichten (gem. = 1,47, $p < 0,05$).

Wat de **perceptie van de professionele toekomst** betreft, score gemeten op een schaal van 1 tot 5, bedroeg de gemiddelde score 2,72 (SD = 0,91). We stellen vast dat de mensen die niet hervallen zijn in arbeidsongeschiktheid hun professionele toekomst positiever inschatten (gem. = 2,78, SD = 0,91) dan mensen die hervallen zijn (gem. = 2,35, SD = 0,78) ($t = 3,79$, $p < 0,001$).

Wat het **herval in arbeidsongeschiktheid** betreft, verklaarden 433 mensen (86%) tot slot dat ze nog steeds aan het werk waren op het tweede meetmoment, terwijl 73 mensen (14%) **verklaarden dat ze opnieuw arbeidsongeschikt waren op het moment dat ze reageerden op het tweede meetmoment**.

4.1.2. Invloed van de afkomst

We onderzochten ook of de gemiddelde scores van mensen met een buitenlandse achtergrond op het vlak van discriminatie, perceptie van de professionele toekomst en herval verschillen van de scores van mensen van Belgische origine. Uit de analyses is **niet gebleken dat mensen van buitenlandse afkomst zich meer of minder gediscrimineerd voelen** wegens arbeidsongeschiktheid bij hun werkhervatting dan mensen van Belgische origine ($t = 1,07$, $p > 0,05$), **noch dat zij hun professionele toekomst positiever of minder positief inschatten** dan deze laatste groep ($t = -0,23$, $p > 0,05$).

Het aandeel hervallen in arbeidsongeschiktheid bij mensen van buitenlandse afkomst (ter herinnering: in deze studie voornamelijk vrouwen) **bedraagt daarentegen 29%, terwijl dit bij de mensen van Belgische afkomst slechts 13% is**. Dat is een significant verschil ($\chi^2 = 7,02$, $p < 0,01$) en betekent dat

er in deze studie **in de groep met mensen van buitenlandse afkomst meer mensen zijn die opnieuw arbeidsongeschikt worden nadat ze het werk hebben hervat**, vergeleken met de groep mensen van Belgische afkomst. **Dat resultaat moet gelezen worden binnen het brede en intersectionele kader van discriminatie. Het mag bovendien in geen geval worden geïnterpreteerd alsof er een rechtstreeks causaal verband bestaat tussen de afkomst en de kans op herval. We komen hierop terug in het volgende deel.**

4.2. Hypothesetest: regressieanalyses en gemodereerde mediatieanalyses

In dit deel bespreken we de resultaten van de hypothesetest van het onderzoeksmodel.

4.2.1. De effecten van discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid op de perceptie van de professionele toekomst en op het risico op herval

De resultaten van de tests van de eerste twee hypothesen, volgens dewelke discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid de perceptie van de professionele toekomst negatief zou beïnvloeden (H1) en het risico op herval in arbeidsongeschiktheid zou verhogen (H2), worden weergegeven in tabel 2. We herinneren eraan dat deze hypothesen werden getest door het potentiële effect van andere versturende variabelen te controleren¹⁷.

In overeenstemming met onze eerste hypothese was de discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid, gemeten op T1, negatief gerelateerd aan een positieve perceptie van de professionele toekomst op T2 ($\beta = -0,12$, $p < 0,01$). Met andere woorden, de personen die op het eerste meetmoment hebben geantwoord dat ze zich gediscrimineerd voelden wegens hun arbeidsongeschiktheid bij hun werkhervatting, scoren ook lager op de schaal van de positieve perceptie van de professionele toekomst op het tweede meetmoment¹⁸. **Deze resultaten bevestigen dus onze eerste hypothese (H1) en suggereren dat de ervaring van dergelijke discriminatie permanente schade kan toebrengen aan de manier waarop mensen vooruitkijken naar hun professionele toekomst.**

17 Op basis van correlatieanalyses ging het over de taal, het opleidingsniveau, het type werk, de arbeidstijd, de duur van de arbeidsongeschiktheid, de subjectieve gezondheid, het geslacht, de leeftijd en het type pathologie voor de perceptie van de professionele toekomst; en over het type werk, de duur van de arbeidsongeschiktheid en de subjectieve gezondheid voor het herval in arbeidsongeschiktheid.

18 Opmerking: wanneer we in deze analyse een controle uitvoeren voor het niveau van perceptie van de professionele toekomst op T1 (zoals het geval is in de analyse in tabel 3), wordt de relatie tussen de discriminatie gemeten op T1 en de perceptie van de professionele toekomst op T2 niet-significant ($\beta = -0,04$, $p = n.s.$). Dat zou kunnen worden verklaard door het feit dat het niveau van de variabele op het eerste meetmoment het grootste deel van het niveau op het tweede meetmoment verklaart.

We hebben echter geen significant verband gevonden tussen de discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid gemeten op T1 en een herval in arbeidsongeschiktheid op T2 (H2) (OR¹⁹ = 1,27, p = 0,15). Met andere woorden, op basis van onze resultaten is het gevoel gediscrimineerd te worden bij de terugkeer naar werk (gemeten op T1) niet rechtstreeks verbonden met een groter risico op herval in arbeidsongeschiktheid (gemeten op T2). Onze tweede hypothese wordt dus niet bevestigd.

Merk echter op dat de controlevariabelen **type werk en subjectieve gezondheid significant verband houden met herval in arbeidsongeschiktheid** (zie Tabel 2). Mensen die intellectueel werk verrichten, hervallen minder vaak dan mensen die handenarbeid verrichten (OR = 0,42, p < 0,001), en hoe beter mensen hun gezondheid op T1 beoordelen, hoe kleiner de kans dat ze op T2 opnieuw arbeidsongeschikt zijn (OR = 0,48, p < 0,001).

4.2.2. Verband tussen perceptie van de professionele toekomst en risico op herval in arbeidsongeschiktheid

In de derde hypothese veronderstelden we dat een positieve perceptie van de professionele toekomst het risico op herval in arbeidsongeschiktheid verlaagt (H3). De resultaten van de test van deze hypothese zijn ook terug te vinden in tabel 2. Door aan het model van de test van de vorige hypothese **de perceptie van de professionele toekomst op T2 toe te voegen** als voorspellende variabele van het risico op herval in arbeidsongeschiktheid, komen we tot het resultaat dat er **geen significant verband is met herval op T2** (OR = 0,75, p = 0,09). Hoewel we niet kunnen zeggen dat onze derde hypothese is bevestigd²⁰, zien we toch een trend²¹ tussen deze twee variabelen, in die zin dat een positieve perceptie van de professionele toekomst het risico op herval in arbeidsongeschiktheid zou kunnen verlagen.

Tabel 2: Resultaten van de regressieanalyses die de perceptie van de professionele toekomst en het herval voorspellen (Bron: CM)

Variabelen	Perceptie van de professionele toekomst T2		Herval T2		
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 3
	β	β	OR	OR	OR
Taal	0,10**				
Opleidingsniveau	0,09				
Type werk	0,02		0,42***		
Arbeidstijd	0,08*				
Duur van de ongeschiktheid	-0,12**		1,01		
Subjectieve gezondheid	0,26***		0,48***		
Geslacht	0,03				
Leeftijd	-0,37***				
Pathologie	-0,07				
Afkomst	0,01		2,53*		
Discriminatie T1		-0,12**		1,27	
Perceptie van de professionele toekomst T2					0,75†

Noot. N = 506. Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β) en odds ratio (OR) worden aangegeven.

De taal wordt gecodeerd als 0 = Frans en 1 = Nederlands; het type werk wordt gecodeerd als 0 = handenarbeid en 1 = intellectueel werk; de duur van de ongeschiktheid wordt gemeten in aantal maanden; de subjectieve gezondheid wordt beoordeeld op een schaal van 1 = zeer slecht tot 5 = zeer goed; de leeftijd wordt gemeten in aantal jaren; het geslacht wordt gecodeerd als 0 = man en 1 = vrouw; het opleidingsniveau wordt beoordeeld op een schaal van 1 = basisonderwijs tot 5 = hoger onderwijs van het lange type; de arbeidstijd wordt beoordeeld op een schaal van 1 = minder dan halftijds tot 5 = voltijds; en het type pathologie wordt gecodeerd als 0 = fysiek en 1 = mentaal. † p < 0,10; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

19 De odds ratio (OR) meet het verband tussen onze onafhankelijke variabele gemeten op T1 (ervaren discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid) en de waarschijnlijkheid om opnieuw arbeidsongeschikt te zijn op T2. Als de OR = 1, is de kans op herval in arbeidsongeschiktheid dezelfde, ongeacht het niveau van ervaren discriminatie; als de OR > 1, is de waarschijnlijkheid dat men zal hervallen groter als het niveau van ervaren discriminatie toeneemt; als de OR < 1, neemt de kans op herval af als het niveau van ervaren discriminatie toeneemt. De OR-coëfficiënten worden dus geïnterpreteerd als indicatoren van de associatie tussen de ervaren discriminatie en het herval in arbeidsongeschiktheid.

20 De p-waarde van de test ligt boven de drempel van 0,05.

21 De p-waarde van de test ligt onder de drempel van 0,10.

4.2.3. Effect van afkomst op het verband tussen ervaren discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid en de perceptie van de professionele toekomst

Volgens de vierde hypothese zou de ervaren discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid een negatiever effect hebben op de perceptie van de professionele toekomst van mensen van buitenlandse origine (H4). **In overeenstemming met deze hypothese**, blijkt uit de resultaten van de statistische tests (zie Tabel 3) dat de regressiecoëfficiënt van de interactieterm tussen discriminatie en afkomst significant is ($\beta = -0,09$, $p < 0,01$)²². Dat betekent dat **het effect van discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid (T1) op de perceptie van de professionele toekomst (T2) verschilt naargelang de afkomst**.

In figuur 3 wordt visueel weergegeven en toegelicht hoe dat effect tot uiting komt. Zo stellen we vast dat discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid een negatiever effect heeft op de perceptie van de professionele toekomst van niet-Belgen of Belgen van buitenlandse origine (**grijze lijn**) ($t = -2,97$, $p < 0,01$), dan van mensen van Belgische origine (**blauwe lijn**) ($t = -0,40$, $p = 0,69$), voor wie het effect negatief maar niet significant is. Deze resultaten **bevestigen dus onze vierde onderzoekshypothese**.

Op basis van de literatuur die suggereert dat vrouwen, ouderen en mensen met een psychische aandoening meer getroffen worden door discriminatie op basis van arbeidsongeschiktheid, hebben we ook getest of het effect van dit type discriminatie varieert naargelang het geslacht, de leeftijd en het type pathologie. Geen van deze interacties was significant (alle p-waarden van de interactietermen waren $> 0,05$).

Tabel 3: Resultaten van de regressieanalyses die de perceptie van de professionele toekomst op basis van de afkomst voorspellen (Bron: CM)

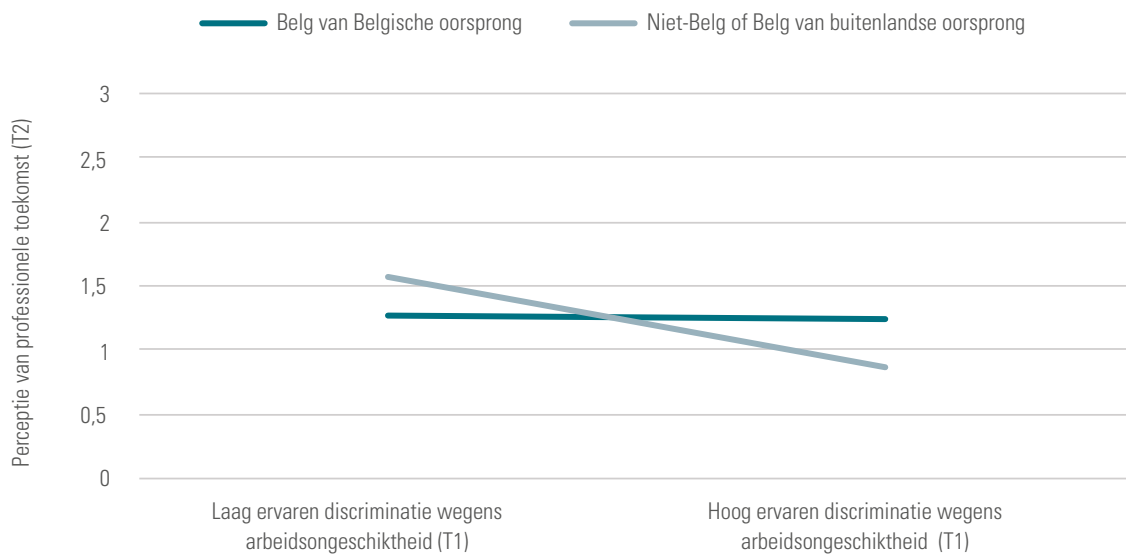
Variabelen	Perceptie van de professionele toekomst T2		
	Model 1	Model 2	Model 3
	β	β	β
Taal	0,07*		
Opleidingsniveau	0,05		
Type werk	-0,01		
Arbeidstijd	0,03		
Duur van de ongeschiktheid	-0,07*		
Subjectieve gezondheid	0,11**		
Geslacht	0,05		
Leeftijd	-0,18***		
Pathologie	-0,01		
Perceptie van de professionele toekomst T1	0,54***		
Discriminatie T1		-0,04	
Afkomst		0,01	
Discriminatie T1 x Afkomst			-0,09**

Noot. $N = 506$. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β) worden aangegeven. De discriminatie werd gecentreerd voor de interactieterm werd berekend. De afkomst wordt gecodeerd met 0 = Belgisch en 1 = niet-Belgisch of Belgisch van buitenlandse origine. Zie de legende onder tabel 2 voor de codering van de andere variabelen.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

²² Merk op dat de interactieterm significant blijft, zelfs wanneer we controleren voor het niveau van de perceptie van de professionele toekomst, op het eerste meetmoment.

Figuur 3: Effect van discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid op de perceptie van de professionele toekomst, op basis van de afkomst (Bron: CM)



4.2.4. Onrechtstreeks effect van discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid op het risico op hervat, via de perceptie van de professionele toekomst, en beïnvloed door de afkomst

Onze laatste hypothese veronderstelt dat de discriminatie die ervaren wordt als gevolg van arbeidsongeschiktheid het risico op hervat in arbeidsongeschiktheid voor mensen van buitenlandse origine verder zal verhogen, via de negatieve impact op de manier waarop ze hun professionele toekomst zien (H5).

In overeenstemming met deze laatste hypothese wijzen de resultaten in tabel 4 erop dat **het onrechtstreekse effect van discriminatie op het risico op een hervat in arbeidsongeschiktheid, via de impact ervan op de perceptie van de professionele toekomst, varieert naargelang de afkomst**. Meer specifiek voor mensen van buitenlandse origine ver-

hoogt dit type discriminatie onrechtstreeks het risico op hervat in arbeidsongeschiktheid, via de negatieve impact op de perceptie van hun professionele toekomst ($B = 0,20^{23}$, 95% BI²⁴ = [0,01; 0,56]). Voor mensen van Belgische afkomst is dit effect niet significant ($B = 0,01$, 95% BI = [-0,03; 0,06]). Met een statistisch significante gemodereerde media-tie-index van 0,20 (95% BI = [0,01; 0,56]) wordt hypothese 5 dus ondersteund. Met andere woorden: onafhankelijk van de andere variabelen die in de analyse zijn ingevoerd²⁵, **zal de discriminatie die ervaren wordt wegens arbeidsongeschiktheid bij de werkhervatting onrechtstreeks het risico op hervat in arbeidsongeschiktheid verhogen voor mensen van buitenlandse origine, via de negatieve impact op hun perceptie van hun professionele toekomst, terwijl dat niet het geval is voor mensen van Belgische origine**. In vergelijking met mensen van Belgische origine zal dit proces dus het risico op hervat in arbeidsongeschiktheid ver-hogen voor mensen van buitenlandse origine (OR = 1,23).

23 Met behulp van de macro van Hayes die werd gebruikt om deze hypothese te testen, worden de coëfficiënten 'B' uit de regressieanalyse uitgedrukt als *log-odds metrics*.

24 BI staat voor 'betrouwbaarheidsinterval'. In deze studie gebruiken we een betrouwbaarheidsinterval van 95%. Dat betekent dat het geschatte interval waarschijnlijk de werkelijke waarde van het effect in de populatie bevat. 95% betekent dat we er 95% zeker van zijn dat het interval de werkelijke waarde van dit effect bevat.

25 Ter herinnering: het gaat om de taal (Frans of Nederlands), het type werk, de duur van de arbeidsongeschiktheid, de subjectieve gezondheid, de leeftijd, het geslacht, het opleidingsniveau, het type pathologie, de arbeidstijd en de perceptie van de professionele toekomst op T1.

Tabel 4: Onrechtstreeks effect van discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid bij werkherhvatting op het hervat, op basis van de afkomst (Bron: CM)

Afkoms	Onrechtstreeks effect	Bootstrap van de standaardfout	Betrouwbaarheidsinterval (bootstrap)	
			Lager niveau	Hoger niveau
Belg met Belgische achtergrond	0,01	0,02	-0,03	0,06
Belg met een buitenlandse of niet-Belgische achtergrond	0,20	0,15	0,01	0,56

Noot. $N = 506$. De effecten worden uitgedrukt in log-odds metrics.

4.2.5. Samenvatting van de resultaten van de hypothesetests

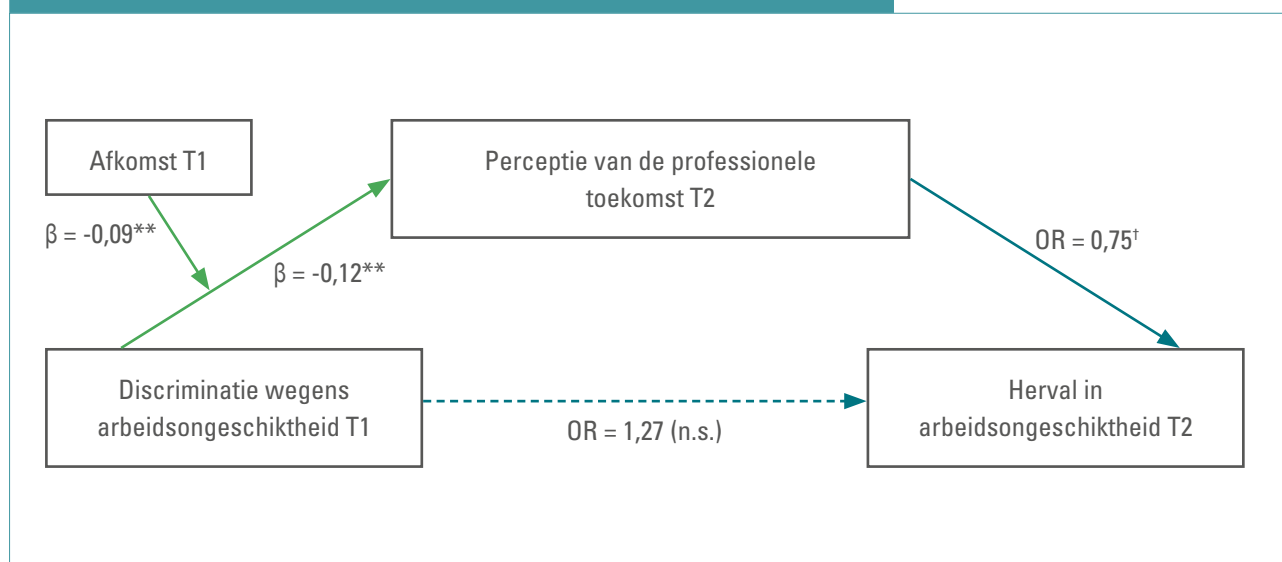
De resultaten wijzen op het volgende: **mensen die zich gediscrimineerd voelen wegens hun arbeidsongeschiktheid nadat ze het werk hervatten, zien hun professionele toekomst minder positief in** (hypothese 1). **Mensen van buitenlandse origine kijken bovendien nog negatiever naar hun professionele toekomst bij discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid dan mensen met een Belgische achtergrond** (hypothese 4).

De resultaten van de test van de effecten op het hervat in arbeidsongeschiktheid waren minder significant. **Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid heeft geen rechtstreekse invloed op het risico op hervat** (hypothese 2), en

de perceptie van de professionele toekomst heeft een beperkte invloed (hypothese 3). De mensen die negatief naar hun professionele toekomst kijken, zouden dus de neiging hebben om sneller te hervallen in arbeidsongeschiktheid.

Tot slot werd er een onrechtstreeks effect gevonden tussen discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid en het hervat, via de perceptie van de professionele toekomst, beïnvloed door afkomst: **wanneer mensen met een buitenlandse achtergrond die het werk hervatten zich gediscrimineerd voelen door hun periode van arbeidsongeschiktheid, kijken ze minder positief naar hun professionele toekomst, wat hun risico op hervat in arbeidsongeschiktheid kan verhogen** (hypothese 5). In figuur 4 worden de resultaten van de hypothesetests voorgesteld op basis van hun significantie.

Figuur 4: Figuur met een samenvatting van de resultaten (Bron: CM)



- De link wordt bevestigd in de analyses
 - Er is een trend tussen deze twee variabelen (marginaal significant link)
 - - - De link wordt niet bevestigd in de analyses
- † $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5. Bespreking van de resultaten en aanbevelingen

Ondanks de politieke wil om langdurig zieken te re-integreren op de arbeidsmarkt, zijn er nog steeds **te weinig studies over de discriminatie** waarmee deze mensen te maken kunnen krijgen als ze na een periode van arbeidsongeschiktheid weer aan het werk gaan. **Discriminatie op basis van arbeidsongeschiktheid of ziekte kan evenwel nadelige gevolgen hebben** op de werkgelegenheidsperspectieven, carrièremogelijkheden en de gezondheid van de mensen die er het slachtoffer van zijn (Brouwers, et al., 2016; Frank, et al., 2022; Stergiou-Kita, Qie, Yau, & Lindsay, 2017). Bovendien werden de **potentieel negatievere effecten** die dit soort discriminatie kan hebben op **mensen met een buitenlandse achtergrond** onvoldoende onderzocht. De resultaten van onze studie stellen ons in staat om aanbevelingen te formuleren die de voorwaarden voor werkhervatting verbeteren, na een periode van arbeidsongeschiktheid door ziekte. Tabel 5 bevat een overzicht van de aanbevelingen.

5.1. Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid

In deze studie toonden we in de eerste plaats aan dat **minstens 9% van de bevroegde personen bevestigt slachtoffer te zijn geweest van situaties van discriminatie wegens hun arbeidsongeschiktheid bij hun werkhervatting. Dit is bijna één op de tien**. Voor bepaalde discriminerende gedragingen was het percentage hoger. Bijna één op de vier mensen (26%) vindt bijvoorbeeld dat ze minder mogelijkheden krijgen om hun ideeën te uiten omdat ze arbeidsongeschikt waren.

Deze resultaten bevestigen de bevindingen van onderzoeken uitgevoerd in de Verenigde Staten (Baldwin & Marcus, 2006) en Canada (Stuart, Patten, Koller, Modgill, & Liinamaa, 2014), maar ook in België (Sterkens, Baert, Rooman, & Deros, 2021), dat mensen die weer aan het werk gaan na een periode van arbeidsongeschiktheid door ziekte, gediscrimineerd kunnen worden wanneer ze weer aan de slag gaan. Uit onze studie blijkt ook dat de gemiddelde score voor discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid hoger is bij mensen die een intellectueel werk hebben, vergeleken met mensen die voornamelijk handenarbeid verrichten.

Onze resultaten tonen ook aan dat **discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid ertoe leidt dat mensen die er het slachtoffer van zijn, hun professionele toekomst negatiever inschatten, ongeacht hun leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en de andere variabelen die in de analyses werden gecontroleerd**.

Hoewel discriminatie op grond van de gezondheidstoestand verboden is in België, worden veel mensen die werk zoeken na een periode van arbeidsongeschiktheid door ziekte nog steeds gediscrimineerd (Baert, Caers, De Couck, Sharipova, & Sterkens, 2023; Sterkens, Baert, Rooman, & Deros, 2021). Daarom moeten de maatregelen tegen deze vorm van discriminatie worden versterkt.

Aanbeveling 1: maatregelen nemen om discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid te verminderen

Hieronder stellen we twee actiemogelijkheden voor om dit type discriminatie te verminderen.

5.1.1. Negatieve stereotypen over langdurig zieken ontkrachten

Volgens de wetenschappelijke literatuur kan discriminatie van mensen met gezondheidsproblemen het gevolg zijn van een **gebrek aan kennis of verkeerde opvattingen van werkgevers over deze aandoeningen** (Lindsay, Fuentes, Tomas, & Hsu, 2023; Laberon, Scordato, & Corbière, 2017). Volgens Professor Baert “worden mensen die een burn-out hadden, gezien als ‘niet stressbestendig’. Daarnaast zijn er nog steeds veel werkgevers die het bestaan van burn-outs ontkennen” (Vandamme, 2024).

Om deze stereotypen en vooroordelen te verminderen, is het in organisaties noodzakelijk om “acties rond kennisontwikkeling, educatie over deze stoornissen, opleidingen en specifieke rollenspellen specifiek gericht op het verminderen van stereotypen **aan te moedigen [...]**” (Laberon, Scordato, & Corbière, 2017, p. 149, eigen vertaling). De onderzoekers bevelen dan ook aan dat organisaties hun niveau van stereotypering en hun motivatie om dat vooroordeel te verminderen evalueren, en dat ze zich bewust worden van de kloof tussen hun waarden, die vaak niet-discriminerend zijn, en hun gedrag, dat vaak wel discriminerend is.

Meer in het algemeen **moeten vooroordelen en negatieve stereotypen over langdurig zieken in de volledige samenleving bestreden worden**. Studies suggereren dat collega's nog negatiever staan tegenover hun collega die afwezig is door langdurige ziekte, wanneer ze de diagnose niet kennen die de afwezigheid rechtvaardigt (Tiedtke, et al., 2012) of wanneer de persoon aanpassingen krijgt bij de terugkeer naar werk (De Azua, et al., 2022). Het gevolg is dat sommige mensen die terugkeren na een lange afwezigheid bang zijn om de aanpassingen te vragen die ze nodig hebben, uit angst om negatief gediscrimineerd te worden (Stergiou-Kita, Qie, Yau, & Lindsay, 2017). De literatuur en deze studie wijzen op de negatieve gevolgen die deze negatieve vooroordelen en discriminerende gedragingen kunnen hebben op de gezondheid en de succesvolle werkherhaling van langdurig zieken. Het is dus hoog tijd **om voor deze mensen een gunstiger klimaat te creëren**.

5.1.2. Werknemers en werkgevers herinneren aan de vervuiming van de antidiscriminatiewet naar de eerdere gezondheidstoestand

Volgens Janssens (2024) houdt het begrip 'arbeidsongeschiktheid door ziekte' verband met het begrip 'handicap', maar ook met het begrip 'gezondheidstoestand' in de antidiscriminatiewetgeving. In 2022 werd deze wet gewijzigd: het criterium 'huidige of toekomstige gezondheidstoestand' werd veranderd in 'gezondheidstoestand' (zonder verdere toevoegingen), zodat ook de eerdere gezondheidstoestand wordt beschermd door de antidiscriminatiewet (UNISOC, 2022). Voortaan is het dus niet alleen verboden om te discrimineren op basis van de huidige of toekomstige gezondheidstoestand van een werknemer, maar ook op basis van een ziekteverleden (Janssens, 2024).

Zo merkt UNIA op (2025b): "Een onderscheid of een andere behandeling op grond van dit criterium kan alleen als dit objectief wordt gerechtvaardigd door een legitiem doel en op voorwaarde dat de middelen om dit doel te bereiken passend en noodzakelijk zijn. In elk ander geval is er sprake van discriminatie". UNIA wijst er ook op dat de betrokken aandoeningen niet noodzakelijk langdurig hoeven te zijn en dat chronische of degeneratieve ziekten, evenals bepaalde psychische aandoeningen, juridisch als een handicap kunnen worden beschouwd en dus recht geven op redelijke aanpassingen. In geval van discriminatie kan het slachtoffer een melding doen op de website van UNIA: <https://www.unia.be/nl/discriminatie-melden?lang=nl>.

5.2. De negatieve effecten van dubbele discriminatie: op grond van arbeidsongeschiktheid en afkomst

Onze resultaten tonen aan dat discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid nog negatievere gevolgen heeft wanneer de slachtoffers mensen met een buitenlandse achtergrond zijn. Onrechtstreeks kan het effect van dit soort discriminatie, via de negatieve impact ervan op de perceptie van de professionele toekomst, hun risico op herval in arbeidsongeschiktheid vergroten. Andere studies hebben ook aangetoond dat de kruising van discriminatie op grond van ziekte of handicap en afkomst bijzonder negatieve gevolgen heeft voor het welzijn en de loopbaanontwikkeling (Fuentes, Hsu, Patel, & Lindsay, 2023).

Aangezien mensen van buitenlandse origine die het slachtoffer zijn van dit soort discriminatie nog negatiever worden getroffen, is het belangrijk om het bewustzijn hierover te verhogen bij alle actoren die betrokken zijn bij de terugkeer naar werk (werkgevers, behandelende artsen, arbeidsgeneesheren, adviserend artsen, terug naar werk-coördinatoren).

Aanbeveling 2: actoren die betrokken zijn bij de terugkeer naar werk bewustmaken van de dubbele discriminatie waarvan mensen met een buitenlandse achtergrond het slachtoffer kunnen zijn na een periode van arbeidsongeschiktheid

Om een inclusief en rechtvaardig terugkeerklimaat voor iedereen te creëren, kunnen er binnen bedrijven opleidingen worden georganiseerd (of kan deze materie in opleidingen worden geïntegreerd) om leidinggevers, professionals in de gezondheidszorg en begeleiders bij de terugkeer naar werk bewust te maken van hun eigen vooroordelen.

Op basis van de aanbevelingen van UNIA (2022) kunnen bedrijven ook zorgen voor een gepast antidiscriminatiebeleid voor elke fase van de arbeidsrelatie (aanwerving, tewerkstelling, promotie en ontslag), inclusief bij de terugkeer naar werk na een periode van arbeidsongeschiktheid.

5.3. Herval in arbeidsongeschiktheid

Wat het herval in arbeidsongeschiktheid betreft, toonde onze studie ook aan dat **één op de zeven personen (14%) die op het eerste meetmoment (eind 2023) hadden aangegeven dat ze weer aan het werk waren, op het tweede meetmoment (zomer 2024) verklaarden dat ze opnieuw arbeidsongeschikt waren.** Uit een onderzoek naar de werkhervatting na een burn-out (Massart, Mesters, & Bugli, 2023) bleek dan weer dat 26% van de ondervraagden binnen de twee jaar na het einde van de arbeidsongeschiktheid hervielen.

De literatuur (bijvoorbeeld Etuknwa, Daniels, & Eib, 2019) en deze studie wijzen erop dat zowel persoonlijke factoren (zoals leeftijd, subjectieve gezondheid en afkomst) als werkgerelateerde factoren (zoals steun van de leidinggevende en collega's, type werk) een invloed kunnen hebben op het feit of mensen duurzaam opnieuw aan de slag gaan, dit is zonder herval in arbeidsongeschiktheid. Om een duurzame terugkeer naar het werk te bevorderen en dus herval in arbeidsongeschiktheid te vermijden, is het dan ook belangrijk dat bedrijven **een collectief re-integratiebeleid invoeren.**

Aanbeveling 3: een re-integratiebeleid invoeren voor een duurzame terugkeer naar het werk

5.3.1. De leidinggevende en collega's betrekken bij de terugkeer naar werk na arbeidsongeschiktheid

Zoals in de wetenschappelijke literatuur wordt benadrukt, speelt de leidinggevende een sleutelrol bij de terugkeer naar werk (Corbière et al., 2020). Enerzijds is het belangrijk dat die de verwachtingen correct overbrengt aan de werknemer die het werk hervat. Anderzijds kan die ook de aanpassingen aanbrengen die nodig zijn voor de werkhervatting. Om dat te doen, raden de onderzoekers aan om – zoals vaak gebeurt – niet uitsluitend te kijken naar strikt werkgerelateerde aanpassingen (aangepaste uurroosters en taken), maar ook aanpassingen door te voeren die de psychosociale risicofactoren op het werk verminderen (zoals reeds eerder bestaande conflicten, werkdruk, gebrek aan sociale ondersteuning), aangezien die factoren kunnen leiden tot veel voorkomende psychische aandoeningen.

Corbière et al. (2020) benadrukken ook hoe belangrijk het is om de collega's te betrekken bij de terugkeer naar het werk van een werknemer. Zo stelden ze vast dat de collega's het terugkeerproces vaak informeel aanpakken, door ervoor te proberen zorgen dat het goed functioneert voor henzelf en voor de werknemer die terugkeert (bijvoorbeeld ondersteuning bieden of de uurroosters herschikken). Het kan mogelijk zijn om hen ook op een formelere manier te betrekken bij het proces, bijvoorbeeld door hen samen met de leidinggevende te laten werken aan de herverdeling van de taken van het team of door hen de kans te bieden om hun bezorgdheden te uiten over de werkhervatting van de afwezige collega en over de gevolgen voor de werklust. Dat kan helpen om een domino-effect op de afwezigheden binnen het team te vermijden.

5.3.2. De invoering van een re-integratiebeleid in bedrijven uitwerken en controleren

Hoewel de invoering van een collectief re-integratiebeleid binnen bedrijven sinds oktober 2022 verplicht is, had 93% van de ondervraagde bedrijven in 2024 nog steeds geen dergelijk beleid (Mensura, 2024). Uit het onderzoek van Mensura blijkt dat één op de vier bedrijven zegt het nut van een dergelijk beleid niet in te zien; één op de vijf zegt niet over de nodige kennis te beschikken om een re-integratiebeleid op te zetten; en vier op de tien vinden het moeilijk om het probleem van werkdruk en stress aan te pakken. In een recent rapport van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2024) werd ook benadrukt dat België slechts matige resultaten behaalt als het gaat om de inclusie van langdurig zieken op de arbeidsmarkt.

Op basis van deze bevindingen bevelen we aan dat beleidsmakers maatregelen nemen om **ervoor te zorgen dat dit beleid effectief wordt ingevoerd in organisaties.** Om hun re-integratiebeleid uit te werken, kunnen bedrijven de hulpmiddelen raadplegen die de FOD Werkgelegenheid heeft ontwikkeld, zoals de checklist re-integratie op het werk (SPF Emploi, 2023a) en de verzameling van goede praktijken in ondernemingen over re-integratie op het werk (SPF Emploi, 2023b).

Tabel 5: Overzicht van de aanbevelingen

Aanbevelingen	Actiemogelijkheden	Politiek	Ziekenfondsen		Vakbonden	Werkgevers	Arbeidsgeneesheren
			Adviserend artsen	Terug naar werk-coördinatoren			
1) Maatregelen nemen om discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid te verminderen	Negatieve stereotypen over langdurig zieken ontkrachten	x	x	x	x	x	x
	Werknemers en werkgevers herinneren aan de verruiming van de antidiscriminatiewet naar de eerdere gezondheidstoestand	x	x	x	x		x
2) Bewustmaken van dubbele discriminatie waarvan mensen met een buitenlandse achtergrond het slachtoffer kunnen zijn na een periode van arbeidsongeschiktheid	Een inclusief en rechtvaardig terugkeerklimaat creëren			x		x	x
3) Een re-integratiebeleid invoeren voor een duurzame terugkeer naar werk	De leidinggevende en collega's betrekken bij de terugkeer naar het werk na arbeidsongeschiktheid					x	x
	Een collectief re-integratiebeleid uitwerken					x	x
	De invoering van een re-integratiebeleid in bedrijven controleren	x					

Conclusie

Ondanks het verbod op **discriminatie op grond van de gezondheidstoestand en afkomst in België** (SPF Emploi, Travail, et Concertation sociale, 2025), en hoewel bedrijven verondersteld worden een doeltreffend re-integratiebeleid uit te werken op collectief niveau (Mensura, 2024), toont onze studie aan dat veel mensen niet de mogelijkheid krijgen om terug aan het werk te gaan in een aangepaste en respectvolle werkomgeving. **Zo varieert het aandeel van gerapporteerde discriminatie van 9% tot 26%, naargelang de vorm van discriminatie die gemeten werd.** In een context waarin mensen onder druk worden gezet om opnieuw aan het werk te gaan, kan die vaststelling van discriminatie bij de terugkeer naar werk paradoxaal lijken. Deze discriminatie heeft vervolgens een negatieve invloed op de manier waar-

op mensen hun professionele toekomst zien, hetgeen op zijn beurt kan leiden tot een groter risico op hervatting in arbeidsongeschiktheid. Bovendien **heeft discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid een negatievere impact op mensen van buitenlandse afkomst.**

Op basis van deze resultaten, deze vaststellingen en de wetenschappelijke literatuur hebben we verschillende aanbevelingen opgesteld. Gezien de prevalentie van discriminatie bij werkhervatting en de negatieve effecten ervan, moeten maatregelen worden genomen door alle actoren die betrokken zijn bij de terugkeer naar werk om ervoor te zorgen dat mensen die opnieuw aan de slag gaan niet het slachtoffer worden van verschillende vormen van discriminatie.

Dat is mogelijk, op voorwaarde dat we **de strijd aanbinden tegen de negatieve vooroordelen die er bestaan over langdurig zieken** en door werknemers en werkgevers te herinneren aan het verbod op discriminatie op basis van gezondheidstoestand, inclusief op basis van de eerdere gezondheidstoestand. Om een duurzame terugkeer naar werk te bevorderen, is het belangrijk dat **de leidinggevende en de collega's worden betrokken bij de werkhervatting** van

de persoon die afwezig was door ziekte, en dat **bedrijven een collectief re-integratiebeleid uitwerken**. Tot slot benadrukken de resultaten over het effect van de afkomst hoe belangrijk het is om **de actoren die betrokken zijn bij de werkhervatting bewust te maken van de dubbele discriminatie** waarvan mensen met een buitenlandse achtergrond die opnieuw aan de slag gaan het slachtoffer kunnen zijn.

Bibliografie

- Baert, S. (2014). Etnischeaanwervingsdiscriminatie in Vlaanderen: evidentie, mechanismen en aanpak. In B. Benyaich, *Klokslag twaalf: tijd voor een ander migratie- en integratiebeleid* (pp. 267-282). Brussel: Itinera Institute.
- Baert, S., & De Pauw, A. S. (2014). Is ethnic discrimination due to distaste or statistics? *Economics Letters*, 125(2), 270-273.
- Baert, S., Caers, R., De Couck, M., Sharipova, A., & Sterkens, P. (2023). Hoe kijken Vlaamse recruiters naar jobkandidaten met een kankerervaring? *Arbeidsvraagstukken*, 39, pp. 4-21.
- Baert, S., De Visschere, S., Schoors, K., & Omey, E. (2014). First Depressed, Then Discriminated against? *IZA Discussion Papers, No 8320*. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA).
- Baldwin, M. L., & Marcus, S. C. (2006). Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatric services*, 57(3), 388-392.
- Becker, T. E. (2005). Potential Problems in the Statistical Control of Variables in Organizational Research: A Qualitative Analysis With Recommendations. *Organizational Research Methods*, 8(3), 274-289.
- Berghs, M., & Dyson, S. M. (2022). Intersectionality and employment in the United Kingdom: Where are all the Black disabled people. *Disability & Society*, 37(4), 543-566.
- Black, O., Sim, M., Collie, A., & Smith, P. (2017). Early-claim modifiable factors associated with return-to-work self-efficacy among workers injured at work: are there differences between psychological and musculoskeletal injuries? *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 59(12), 257-262.
- Boštjančič, E., & Koracin, N. (2014). Returning to work after suffering from burnout syndrome: perceived changes in personality, views, values, and behaviors connected with work. *Psihologija*, 47(1), 131-174.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality — an important theoretical framework for public health. *American journal of public health*, 102(7), 1267-1273.
- Brondolo, E., Rieppi, R., Nelly, K. P., & Gerin, W. (2003). Perceived racism and blood pressure: a review of the literature and conceptual and methodological critique. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 55-65.
- Brouwers, E. P., Mathijssen, J., Van Bortel, T., Knifton, L., Wahlbeck, K., Van Audenhove, C. ..., & Van Weeghel, J. (2016). Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ open*, 6(2), e009961.
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stockkendahl, M., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & al, e. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic Manual Ther.*, 24(32), 1-23.
- Cano, M. D., & de la Fuente Robles, Y. M. (2016). Policies on Gender in Relation to Disability: the Case of Spain. *Trabajo Social UNAM*, 5, 111-128.
- Cichy, K. E., Li, J., McMahon, B. T., & Rumrill, P. D. (2015). The workplace discrimination experiences of older workers with disabilities: Results from the national EEOC ADA research project. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 43(2), 137-148.

- Clark, A., Stenholm, S., Pentti, J., Salo, P., Lange, T., Török, E., . . . Hulvej Rod, N. (2021). Workplace discrimination as risk factor for long-term sickness absence: Longitudinal analyses of onset and changes in workplace adversity. *PLoS One*, 16(8), e0255697.
- Conseil supérieur de l'emploi. (2024). *Incapacité de travail et réintégration des salariés sur le marché de l'emploi*. Bruxelles: Conseil supérieur de l'emploi.
- Conway, J. M., & Lance, C. E. (2010). What reviewers should expect from authors regarding common method bias in organizational research. *Journal of Business and Psychology*, 25(3), 325–334.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., . . . Lecomte, T. (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), 381-419.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Lecomte, T., Guay, S., Panaccio, A., & Giguère, C.-E. (2025). Web-Enhanced Return-to-Work Coordination for employees with common mental disorders: Reduction of sick leave duration and relapse. *BMC Public Health*, 25(676); 1-10.
- Coughlin, S. (1990). Recall bias in epidemiological studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(1), 87-91.
- De Azua, G. R., Vaz-Luis, I., Bovagnet, T., Di Meglio, A., Havas, J., Caumette, E., . . . Menvielle, G. (2022). Perceived discrimination at work: examining social, health and work-related factors as determinants among breast cancer survivors – evidence from the prospective CANTO cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(11), 918-924.
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700.
- Frank, B. P., Theil, C. M., Brill, N., Christiansen, H., Schwenck, C., Kieser, M., . . . COMPARE-family Research Group. (2022). Leave Me Alone With Your Symptoms! Social Exclusion at the Workplace Mediates the Relationship of Employee's Mental Illness and Sick Leave. *Frontiers in public health*, 10, 892174.
- Fuentes, K., Hsu, S., Patel, S., & Lindsay, S. (2023). More than just double discrimination: a scoping review of the experiences and impact of ableism and racism in employment. *Disability and Rehabilitation*, 46(4), 650-671.
- Gee, G. C., Ryan, A., Laflamme, D., & Holt, J. (2006). Self-reported discrimination and mental health status among African American descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 initiative: the added dimension of immigration. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1821-1825.
- Georges, L., & Desmette, D. (2025). De rol van de manager in de kwaliteit van de terugkeer naar werk. *Gezondheid & Samenleving*, 12, 84-89.
- Hamano, J., Morita, T., Mori, M., Igarashi, N., & Shima, Y. (2017). Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: A nationwide survey of bereaved family members. *Psycho-Oncology*, 27(1), 302-308.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis*. New York, NY: The Guilford Press.
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). Hoe ervaren CM-leden de begeleiding bij de terugkeer naar het werk? Resultaten van de CM-enquête onder haar leden in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit in november 2023. *Gezondheid & Samenleving*, 11, 42-70.
- Henry, H., Zacher, H., & Desmette, D. (2017). Future Time Perspective in the Work Context: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Frontiers in Psychology*, 8, 413.
- INAMI. (2024, 12 19). *Statistiques sur les indemnités d'incapacité de travail en 2023*. Opgehaald van INAMI: <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/statistiques-2023>.
- Janssens, Y. (2024). Het onderscheid tussen ziekte en handicap in het licht van het re-integratietraject 2.0. *Arbeidsrecht Journaal*.
- Kemp, P. A., & Davidson, J. (2010). Employability trajectories among new claimants of Incapacity Benefit. *Policy studies*, 31(2), 203-221.
- Laberon, S., Scordato, N., & Corbière, M. (2017). Représentations du «trouble psychique» et adéquation à l'emploi perçue par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 133-153.
- Lindsay, S., Fuentes, K., Tomas, V., & Hsu, S. (2023). Ableism and workplace discrimination among youth and young adults with disabilities in the workforce: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33, 20-36.
- Lippens, L., Baert, S., Ghekiere, A., Verhaeghe, P. P., & Derous, E. (2022). Is labour market discrimination against ethnic minorities better explained by taste or statistics? A systematic review of the empirical evidence. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 48(17), 4243-4276.
- Lyubikh, Z., Turner, N., Barling, J., Reich, T. C., & Batten, S. (2021). Employee disability disclosure and managerial prejudices in the return-to-work context. *Personnel Review*, 50(2), 770-788.
- Marchiondo, L. A., Gonzales, E., & Ran, S. (2016). Development and validation of the workplace age discrimination scale. *Journal of Business and Psychology*, 31(4), 493513.
- Massart, A.-C., Mesters, P., & Bugli, C. (2023). Impact du burnout sur la trajectoire professionnelle de l'individu. Etude Pilote. *Bulletin Juridique & Social*, 707, 16-22.
- Mehnert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical reviews in oncology/hematology*, 77(2), 109-130.
- Mensura. (2024). *Plus de 9 entreprises sur 10 doivent faire face au retour de travailleurs en maladie de longue durée*. Opgehaald van Mensura: <https://news.mensura.be/plus-de-9-entreprises-sur-10-doivent-faire-face-au-retour-de-travailleurs-en-maladie-de-longue-duree>.
- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., & Bültmann, U. (2018). IGL00: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 32(4), 400-417.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill.

- Reavley, N. J. (2017). Discrimination and positive treatment toward people with mental health problems in workplace and education settings: Findings from an Australian National Survey. *Stigma and Health*, 2(4), 254.
- SPF Emploi. (2023a). *Checklists Réintégration au travail*. Opgehaald van SPF Emploi: <https://emploi.belgique.be/fr/publications/checklists-reintegration-au-travail>.
- SPF Emploi. (2023b). *2023 – Réalisation d'un recueil de bonnes pratiques au sein d'entreprises en matière de retour au travail*. Opgehaald van SPF Emploi: <https://emploi.belgique.be/fr/propos-du-spf/services-offerts/projets-de-recherche/2023-realisation-dun-recueil-de-bonnes>.
- SPF Emploi, Travail, et Concertation sociale. (2025). *Non-discrimination et diversité: principes généraux*. Opgehaald van emploi.belgique.be: <https://emploi.belgique.be/fr/themes/egalite-et-non-discrimination/non-discrimination-et-diversite/principes-generaux>.
- Stergiou-Kita, M., Qie, X., Yau, H. K., & Lindsay, S. (2017). Stigma and work discrimination among cancer survivors: A scoping review and recommendations: Stigmatisation et discrimination au travail des survivants du cancer: Examen de la portée et recommandations. *Canadian journal of occupational therapy*, 84(3), 178-188.
- Sterkens, P., Baert, S., Rooman, C., & Derous, E. (2021). As if it weren't hard enough already: Breaking down hiring discrimination following burnout. *Economics and Human Biology*, 43, p. 101050.
- Stratton, E., Player, M. J., Dahlheimer, A., Choi, I., & Glozier, N. (2020). Prevalence and association of discrimination and bullying and the impact on mental health in an occupational setting. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(14), 32-49.
- Stuart, H., Patten, S. B., Koller, M., Modgill, G., & Liinamaa, T. (2014). Stigma in Canada: results from a rapid response survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 27-33.
- Tiedtke, C., de Rijk, A., Dierckx de Casterlé, B., Christiaens, M. R., & Donceel, P. (2010). Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology*, 19(7), 677-683.
- Tiedtke, C., Donceel, P., Knops, L., Désiron, H., Dierckx de Casterlé, B., & de Rijk, A. (2012). Supporting return-to-work in the face of legislation: stakeholders' experiences with return-to-work after breast cancer in Belgium. *Journal of occupational rehabilitation*, 22, 241-251.
- UNIA. (2022). *Marché du travail et origine*. Bruxelles: UNIA.
- UNIA. (2025a). *Intersectionnalité et discrimination*. Opgehaald van UNIA: <https://www.unia.be/fr/dossiers/intersectionnalite-et-discrimination>.
- UNIA. (2025b). *Discrimination sur base de l'état de santé*. Opgehaald van UNIA: <https://www.unia.be/fr/discrimination-et-etat-de-sante>.
- UNISOC. (2022). *Non-discrimination : le critère protégé « état de santé actuel ou futur » devient « état de santé »*. Opgehaald van UNISOC: <https://www.unisoc.be/articles/fr/public/non-discrimination-le-critere-protege-etat-de-sante-actuel-ou-futur-devient-etat-de-sante>.
- Vandamme, T. (2024). *Tony, Kimberly, Valerie en Anouk kunnen niet werken door ziekte: «Mensen gaven kritiek op mijn trouwfeest, moest ik niet thuiszitten?»*. Opgehaald van VRT: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/05/25/langdurig-zieken-nemen-toe-vooroordelen-ook-bij-mijn-terugkeer/>.
- Wyatt, S. B., William, D. R., Calvin, R., Henderson, F. C., Walker, E. R., & Winters, K. (2003). Racism and cardiovascular disease in African Americans. *American Journal of Medical Sciences*, 325, 315-331.
- Xu, Y., & Chopik, W. (2020). Identifying Moderators in the Link Between Workplace Discrimination and Health/Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 11(458), 1-14.
- Zacher, H., & Frese, M. (2009). Examining time and opportunities at work: Relationships between age, work characteristics, and occupational future time perspective. *Psychology and Aging*, 24, 478-493.
- Zschirnt, E., & Ruedin, D. (2016). Ethnic discrimination in hiring decisions: A meta-analysis of correspondence tests 1990-2015. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 42(7), 1-19.

Doelstellingen bepalen voor een betere dekking van de gezondheidszorgbehoeften

Sophie Cès, Clara Noirhomme – Studiedienst CM-MC

Met dank aan Prof. Dr. Chantal Mathieu (KU Leuven), Svetlana Sholokhova, Nicolas Rossignol en Rebekka Verniest (Studiedienst CM-MC)

Samenvatting

Hoe kunnen we het gezondheidszorgsysteem transformeren om beter aan de behoeften van de Belgische bevolking te voldoen? De vele uitdagingen waarmee het systeem wordt geconfronteerd, zetten ons ertoe aan de *governance* van het gezondheidszorgbeleid te herzien rond gedeelde doelstellingen om de bevolking beter te verzorgen.

De identificatie van de performantieproblemen van het gezondheidszorgsysteem is een essentiële stap om doelstellingen te definiëren, aangezien de tekortkomingen dankzij specifieke doelstellingen kunnen worden gecorrigeerd. Het uitgangspunt is dat de problemen in de dekking van de zorgbehoeften goed gedocumenteerd zijn, maar dat deze kennis gefragmenteerd blijft en weinig toegankelijk is voor de beleidsmakers.

Het artikel definieert eerst de missie van het gezondheidszorgsysteem en beschrijft de verschillende performantiedomeinen van de zorg, samen met de evaluatiebenadering die wordt gebruikt om SMART-doelstellingen te formuleren. Aan de hand van dit analysekader belicht een literatuuroverzicht van twee chronische ziekten – diabetes en hart- en vaatziekten bij vrouwen – onvoldoende gedekte zorgbehoeften waarvoor een beter gebruik van de zorg gezondheidswinsten zou kunnen opleveren.

Tot slot beveelt het artikel aan dat deze aanpak met het bepalen van doelstellingen deel moet uitmaken van een breder governanceproces, gebaseerd op een volledig en geformaliseerd systeem, inclusief een wetenschappelijke analyse, een collectieve participatie en een evaluatie in het kader van cyclussen van continue verbetering van het gezondheidszorgbeleid.

Een betere omkadering van de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid is een krachtige hefboom voor een betere dekking van zorgbehoeften, de vermindering van gezondheidsongelijkheden en de versterking van het vermogen van het systeem om op huidige en toekomstige uitdagingen te reageren.

Sleutelwoorden: Gezondheidszorgsysteem, performantie, gezondheidszorgbeleid, *governance*, gezondheidszorgdoelstellingen, zorgbehoeften, volksgezondheid, kritische analyse

Inleiding

Sinds 1948 is **toegang tot gezondheidszorg erkend als een fundamenteel mensenrecht** (Nations Unies, 1948). Maar het garanderen van toegang tot gezondheidszorg voor iedereen in de zin van de Universele Gezondheidsdekking¹, blijft een grote uitdaging in het licht van de vele huidige en toekomstige problemen. De Belgische gezondheidszorg heeft zich tijdens de COVID-19-gezondheids crisis vrij krachtig getoond. Gezien de epidemiologische evolutie is het echter van vitaal belang om over een robuust gezondheidszorgsysteem te beschikken dat aan de evolutie van de zorgbehoeften van de bevolking kan voldoen, met behoud van de voorwaarden voor de toegang tot en de kwaliteit van de zorg. Een combinatie van verscheidene factoren dreigt immers het gezondheidszorgsysteem te destabiliseren. De vergrijzing heeft niet alleen gevolgen voor de zorgbehoeften, maar ook voor het zorgaanbod. Dit zal naar verwachting vooral grote gevolgen hebben voor de langdurige zorg, waar nog meer gezondheidswerkers nodig zullen zijn. Immers, de inzet van mantelzorgers zal in de toekomst waarschijnlijk afnemen door maatschappelijke evoluties (minder beschikbaarheid van mantelzorgers en hun materiële middelen, eenoudergezinnen, kleinere woningen, enz. (Belgium.be, 2025)). Tegelijkertijd dreigt de aanzienlijke toename van chronische ziekten en multimorbiditeit de druk op de gezondheidszorg te vergroten. Tot slot is het van vitaal belang dat technologische en medische innovatie wordt gefinancierd, om een gezondheidszorgsysteem te ontwikkelen dat de patiënten toegang tot zorg van hoge kwaliteit kan garanderen.

Deze bevindingen vragen om een hervorming van de governance² van het gezondheidsbeleid in België, om zo beter tegemoet te komen aan de huidige en toekomstige behoeften van de bevolking (INAMI, 2022; Cès, 2022; Schokkaert, et al., 2022).

De verplichte ziekteverzekering wordt gezamenlijk beheerd door de sociale partners (werkgevers en werknemers), de ziekenfondsen, de zorgverleners en de overheid, in het zogenaamde sociaal overleg. Omdat het tot 2023 georganiseerd was per beroepssector, met afzonderlijke commissies, kon het sociaal overleg moeilijk transversa-

le gezondheidsproblemen behandelen zoals de integratie van zorg of de financiële toegang tot zorg. Deze problemen overschrijden de specifieke bekommernissen van elke sector en kunnen niet worden opgenomen in de partiële begrotingsdoelstellingen. Bovendien beperkt de jaarlijkse begrotingshorizon de ontwikkeling van een investeringsbeleid op middellange termijn.

Om deze tekortkomingen te verhelpen, worden met de wet van 6 november 2023 gedeelde prioritaire doelstellingen vastgelegd om de prestatie van de gezondheidszorg te verbeteren door een meer strategische toewijzing van de begrotingsmiddelen. Ze definieert een gezondheidszorgdoelstelling als volgt: "een doelstelling die bijdraagt tot het realiseren van een gezondheidsdoelstelling en die erin voorziet dat het gezondheidszorgsysteem zijn centrale rol zo goed en duurzaam als mogelijk kan vervullen betreffende de verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking op basis van hun gezondheidsbehoeften, de verbetering van de door het individu ervaren kwaliteit van de zorgverlening, het efficiënter gebruiken van de beschikbare middelen, de vermindering van de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid en het verbeteren van het welzijn van de zorgverleners. De verwezenlijking van een gezondheidszorgdoelstelling gebeurt aan de hand van concrete initiatieven". Volgens deze wet moeten bij elke ontbinding van de Kamer van volksvertegenwoordigers de prioriteiten voor de volgende legislatuur worden besproken en opnieuw worden geëvalueerd door middel van een brede raadpleging van de actoren van het gezondheidszorgsysteem, ook gebaseerd op wetenschappelijke gegevens over de behaalde performantieresultaten. Om deze raadpleging te organiseren en een advies uit te brengen over de prioritaire doelstellingen voor de volgende legislatuur, voorziet de wet in de oprichting van een Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD). Deze commissie, die een adviserende rol heeft, deelt haar adviezen mee aan de Algemene Raad van het RIZIV, die de uiteindelijke keuze maakt en de doelstellingen aanpast in het kader van de begroting van de verplichte ziekteverzekering. De werkzaamheden van deze commissie, die in 2024 van start zijn gegaan, vergen nog de ontwikkeling van de methodologie voor de doelstellingen. Dit artikel is een bijdrage aan die reflectie.

1 De Universele Gezondheidsdekking houdt in dat "iedereen zonder discriminatie toegang heeft tot een reeks op nationaal niveau vastgestelde noodzakelijke preventieve, curatieve, revaliderende en palliatieve gezondheidsdiensten en tot essentiële geneesmiddelen en vaccins die veilig, betaalbaar, doeltreffend en van goede kwaliteit zijn, waarbij ervoor wordt gezorgd dat het gebruik van deze diensten de gebruikers niet blootstelt aan financiële problemen, met een bijzondere nadruk op arme, kwetsbare en gemarginaliseerde bevolkingsgroepen" (Verenigde Naties, 2019, p. 1, eigen vertaling).

2 "De governance heeft tot doel de prestatie van het gezondheidszorgsysteem en de organisaties die er deel van uitmaken voortdurend te verbeteren en verantwoording te kunnen afleggen over het succes ervan" (Contandriopoulos, 2008, p. 196, eigen vertaling).

Het bepalen van gezondheidszorgdoelstellingen maakt het mogelijk om een strategische visie voor de middellange en lange termijn vast te stellen, en biedt daarmee de essentiële instrumenten voor de sturing en de coördinatie van het gezondheidsbeleid (dit is het geheel van beleidsmaatregelen met een impact op de gezondheid van de bevolking). De strategische prioriteiten moeten, waar mogelijk, worden vastgesteld in de vorm van SMART³-doelstellingen (Cès, 2022; INAMI, 2022), om binnen een jaarlijks en meerjarig begrotingskader actieprogramma's te ontwikkelen en de effecten ervan te meten.

Dit artikel licht toe hoe het werken met doelstellingen kan bijdragen aan een hervorming van het gezondheidszorgsysteem. Het reikt een analysekader aan om gezondheidszorgdoelstellingen te concipiëren en te definiëren, om beter tegemoet te komen aan de zorgbehoeften van de Belgische bevolking. De identificatie van de op te lossen problemen is een essentiële stap voor de verbetering van het gezondheidszorgsysteem door middel van prioritaire doelstellingen (Ogbeiwi, 2021). Dit artikel vertrekt van de vaststelling dat het essentieel is om de bestaande wetenschappelijke kennis over de dysfuncties van het gezondheidszorgsysteem te integreren. De studie gaat voornamelijk over de sterke aanwijzingen die de identificatie van problemen in de dekking van zorgbehoeften mogelijk maken en die de weg wijzen naar de potentiële verbetering van de gezondheidszorg. De hypothese is dat deze kennis wel goed ontwikkeld is, maar gefragmenteerd blijft en weinig toegankelijk is voor de beleidsmakers. In dit artikel richt onze analyse zich uitsluitend op de verantwoordelijkheden van de Belgische gezondheidszorgsector. We gaan niet in op de rol die het overheidsbeleid in andere sectoren kan spelen in de bescherming van de volksgezondheid (*Health in All Policies*⁴).

Het eerste deel benadrukt het feit dat het bepalen van gezondheidszorgdoelstellingen een duidelijke definitie vereist van de missie en de waarden van de gezondheidszorg. Op basis van de wetenschappelijke literatuur leggen we uit hoe men een performant gezondheidszorgsysteem kan definiëren en de tekortkomingen in de verwezenlijking van zijn missie kan identificeren. In het tweede deel identificeren we de performantieproblemen van het Belgische gezondheidszorgsysteem (aan de hand van een narratief

overzicht van de grijze en wetenschappelijke literatuur) waarop doelstellingen zouden kunnen worden gericht, in de context van de verbetering van zorg voor twee chronische ziekten (met uitzondering van het domein van de primaire preventie, die tot doel heeft het ontstaan van de ziekte te voorkomen): diabetes en hart- en vaatziekten bij vrouwen. Het is de bedoeling om tekortkomingen in de dekking van de zorgbehoeften vast te stellen en (al dan niet bestaande) indicatoren te identificeren met het oog op het bepalen van SMART-doelstellingen. In het derde deel bespreken we de wijziging van de *governance* gebaseerd op een strategische visie die gestructureerd is rond doelstellingen voor de ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid. Op basis van de resultaten van het tweede deel stellen we in de eerste plaats aanbevelingen voor om de evaluatie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem te versterken, teneinde doelstellingen te definiëren die meer gericht zijn op nog onvoldoende gedekte behoeften. Tot slot integreren we de fase van de identificatie van de performantieproblemen en de definitie van de doelstellingen in een *governance*-cyclus voor continue verbetering.

1. Analysekader van de dekking van de zorgbehoeften

In de toekomst zullen ecologische, demografische, energie- en economische beperkingen steeds meer invloed hebben op de politieke besluitvorming. Bovendien zal de medische en technologische vooruitgang onvoorspelbare gevolgen hebben voor zowel de zorgbehoeften als de zorgverlening. De transformaties van het gezondheidszorgsysteem zullen sterk afhangen van de manier waarop de problemen worden aangepakt en van de middelen die eraan worden besteed. Daarom is het cruciaal om voortaan duidelijke doelstellingen vast te stellen die richting geven aan het gezondheidszorgbeleid in het kader van de verplichte ziekteverzekering, om zo een performant gezondheidszorgsysteem te garanderen dat kan voldoen aan de zorgbehoeften van de bevolking in een sterk fluctuerende context.

3 Specifiek (gedefinieerd, ondubbelzinnig), Meetbaar (kwantificeerbaar door een indicator), Acceptabel (gegeven de mogelijke acties, het gestelde probleem), Realistisch (haalbaar gegeven het tijdsbestek), Tijdgebonden (met een precieze tijdslimiet).

4 "HiAP is een gezamenlijke aanpak van het overheidsbeleid in verschillende sectoren waarbij systematisch de gevolgen van beslissingen voor de gezondheid worden overwogen, vormen van synergie worden gezocht en nadelige gevolgen voor de gezondheid worden vermeden om de gezondheid van de bevolking en de billijkheid in de gezondheid te verbeteren" (Health in All Policies, 2025, eigen vertaling).

Hoe definiëren we een performant gezondheidszorgsysteem? Hoe bepalen we doelstellingen? Na het definiëren van de missie van het gezondheidszorgsysteem en het beschrijven van de verschillende performantiedomeinen van de gezondheidszorg, beschrijft dit deel het evaluatieproces voor het formuleren van SMART-doelstellingen.

1.1. Definitie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem

1.1.1. Definitie van de missie van het gezondheidszorgsysteem

Het begrip performantie is meerduidig. De betekenis hangt af van de context en verwijst vaak naar het idee van optimalisatie, rendement en productiviteit. Volgens Contandriopoulos is de performantie “van een systeem of organisatie een multidimensionale constructie die de verschillende belanghebbenden in staat moet stellen om te debatteren en een oordeel te ontwikkelen over de essentiële en specifieke kwaliteiten van het systeem of de organisatie, op basis van hun overtuigingen, kennis, verantwoordelijkheden, belangen en projecten, om zo bij te dragen aan de *governance* ervan” (Contandriopoulos, 2008, p. 198, eigen vertaling). Deze definitie benadrukt de subjectieve aard van de performantie, afhankelijk van het gekozen referentiekader. Volgens deze auteur moet een gezondheidszorgsysteem of -organisatie echter vier functies kunnen vervullen om performant te zijn:

- het bereiken van de doelen, namelijk het vermogen om **de missie te realiseren** (*goal achievement*), voornamelijk de toegevoegde waarde voor de gezondheid;
- de aanpassing, “het vermogen van de organisatie om financiële middelen en personeel te verwerven, te innoveren, zichzelf te transformeren, zich **aan te passen aan de behoeften** van de bevolking [...]”;
- de productie, namelijk het vermogen om **kwaliteitsdiensten** te leveren met productiviteit;
- de **handhaving en creatie van waarden en normen**, de organisatiecultuur, die het bereiken van de vorige drie functies vergemakkelijkt of belemmert.

De evaluatie van de performantie houdt dus de beoordeling in of de gezondheidszorg effectief zijn missie om de gezondheid van de bevolking te verbeteren vervult, door eventuele bestaande verschillen aan het licht te brengen tussen wat wordt bereikt en wat zou kunnen worden bereikt, rekening houdend met de actuele stand van de klinische kennis, de waarden en de normen. Dit komt neer op het beantwoorden van de vraag: **dekt het zorgaanbod van de verplichte ziekteverzekering in voldoende mate de heterogeniteit van de zorgbehoeften van alle subgroepen waaruit de bevolking bestaat?**

1.1.2. Het begrip zorgbehoefte

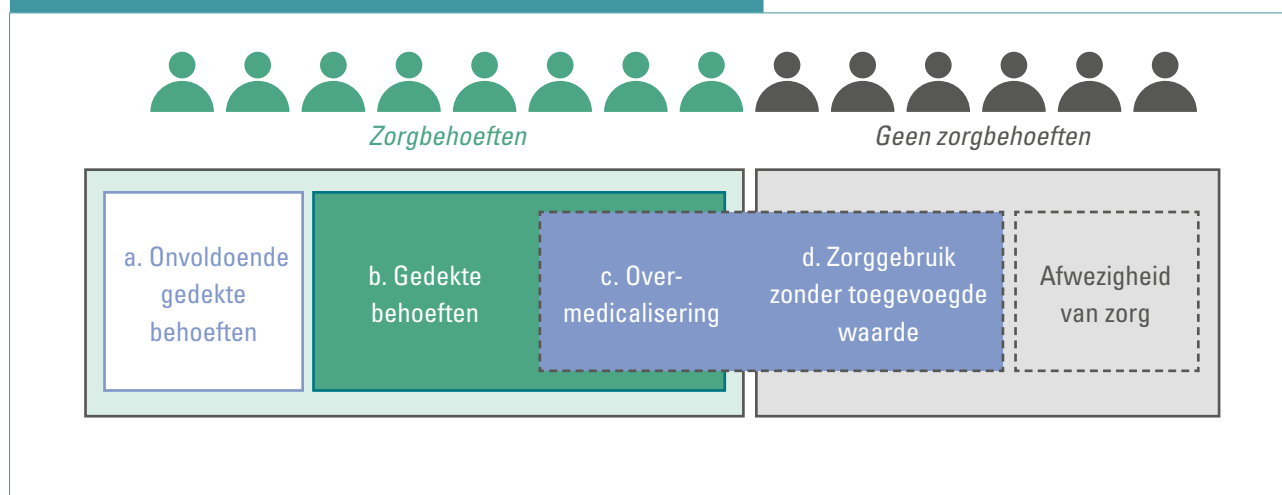
In de context van onze analyse verwijst het begrip **zorgbehoeften uitsluitend naar klinisch gevalideerde behoeften**⁵, namelijk zorgbehoeften, al dan niet gepercipieerd door de patiënten, waarvoor een toegestane en terugbetaalde behandeling bestaat (Cès, 2021; Maertens de Noordhout, et al., 2024). Dit concept impliceert het voldoen aan twee voorwaarden: enerzijds het bestaan van een somatisch en/of psychisch gezondheidsprobleem of risico op een probleem, en anderzijds het bestaan van een behandeling in de brede zin van het woord (preventief, curatief, palliatief, enz.) om de gezondheidstoestand te verbeteren, de levenskwaliteit te behouden of een verslechtering van de gezondheidstoestand te voorkomen. We wijzen er hierbij op dat het klinisch oordeel in de loop der tijd kan veranderen als gevolg van de medische vooruitgang.

De dekking van de zorgbehoeften kan worden samengevat in de vorm van verschillende scenario's (zie Figuur 1). Vanuit klinisch oogpunt, bij de huidige stand van de kennis, zijn dit de gevallen waarin de gezondheidszorg:

- a) onvoldoende voorziet in de behoeften van bepaalde subgroepen van de bevolking en waarvoor negatieve gevolgen voor de gezondheid kunnen worden geïdentificeerd;
- b) de behoeften voldoende dekt;
- c) de behoeften onevenredig dekt, door zorg te verlenen zonder toegevoegde waarde, met of zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid;
- d) onbestaande zorgbehoeften dekt, door zorg te verlenen zonder toegevoegde waarde, met of zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid.

⁵ Merk op dat klinisch gevalideerde zorgbehoeften verschillen van het concept van behoefte dat is ontwikkeld in het kader van ‘*NEED: evaluatie van onvervulde gezondheidsbehoeften van patiënten en samenleving*’ (Maertens de Noordhout, et al., 2024). In het kader van NEED is het begrip behoefte breder en omvat het de gepercipieerde behoeften waarvoor nog geen behandeling of onvoldoende behandeling bestaat (behandeling verwijst naar therapieën en secundaire preventiemaatregelen). Palliatieve zorg en ondersteunende interventies (zoals het communiceren van gezondheidsinformatie of het verbeteren van de toegang tot zorg) zijn ervan uitgesloten.

Figuur 1: Dekking door het gezondheidszorgsysteem van klinisch gevalideerde behoeften



Het artikel richt zich voornamelijk op het probleem van de klinisch gevalideerde zorgbehoeften die niet of onvoldoende worden gedekt door het gezondheidszorgsysteem (a). Dit probleem creëert een kloof tussen **“de gezondheidstoestand waargenomen binnen de bevolking, rekening houdend met het bestaande zorgaanbod en met het feit dat dit om verschillende redenen niet noodzakelijk optimaal gebruikt wordt”** en **“de haalbare gezondheidstoestand, d.w.z. de beste gezondheidstoestand die kan worden bereikt, uitgaande van een optimale toegang tot en gebruik van de gezondheidszorg”** (Maertens de Noordhout, et al., 2024, p. 8).

1.2. Evaluatie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem

1.2.1. Dimensies van performantie en *Quintuple Aim*

Hoewel het werken met doelstellingen een innovatie is in het beheer van het Belgische gezondheidszorgsysteem, wordt de evaluatie van zijn performantie, *‘Health System Performance Assessment (HSPA)’*, al sinds 2010 regelmatig uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (Vlayen, et al., 2010) en uitgebreid naarmate publicaties verschijnen. Deze beoordeling komt voort uit de verbintenis van de lidstaten van de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie in het Handvest van Tallinn (WHO Regional Office for Europe, 2008).

De regelmatige performantiebeoordelingen door het KCE zijn bedoeld om de politieke besluitvorming te ondersteunen. “De rol van een HSPA-project in het beleid is van

het grootste belang. Een beleidvormingsproces wordt traditioneel opgedeeld in een agendabepaling (probleem-erkenning en prioriteiten stellen), beleidsformulering (voorstellen van oplossingen), besluitvorming (keuze van oplossing), beleidsinvoering (oplossingen omzetten in praktijk) en beleidsevaluatie (monitoren van de resultaten)” (Vrijens, et al., 2015, p. 62). De wet van 3 november 2023 maakt het mogelijk om een governanceproces te formaliseren met het oog op de monitoring van de performantie van het gezondheidszorgsysteem. Het is de bedoeling het gezondheidszorgbeleid te kunnen aanpassen om prioritaire doelstellingen te bereiken.

Om de performantie van de gezondheidszorg te evalueren, wordt een conceptueel kader ontwikkeld dat de verschillende domeinen beschrijft die geëvalueerd moeten worden, en dat regelmatig wordt verrijkt door het KCE. Het is gestructureerd in verschillende dimensies: principes die “verwijzen naar de elementen die als essentieel worden beschouwd voor een goed functionerend en performant gezondheidssysteem, d.w.z. toegankelijkheid, kwaliteit enz.” (Gerkens, et al., 2024a, p. 15). Daarom is dit kader een onmisbaar hulpmiddel voor de reflectie over het definiëren van doelstellingen voor het gezondheidszorgsysteem. Het maakt het mogelijk om een gedetailleerde lijst op te stellen van de domeinen die moeten worden aangepakt om de performantie van de gezondheidszorg te verbeteren. Hoewel het kader regelmatig wordt aangevuld, lijkt het ons nodig om dieper in te gaan op een centrale dimensie van de zorgperformantie: de toegankelijkheid. Daarom stellen we voor om de subdimensies die we hebben geïdentificeerd aan de definitie toe te voegen (Cès, 2021).

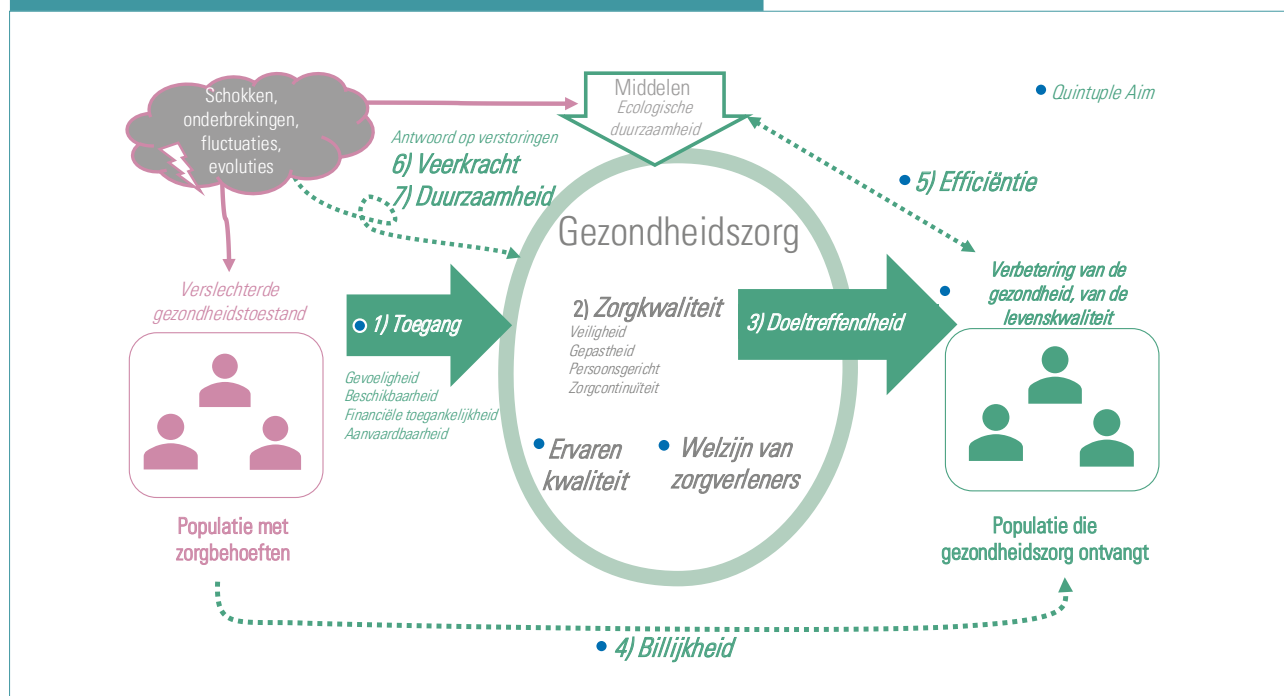
Om de lacunes in de dekking van zorgbehoeften te karakteriseren, stellen we voor gebruik te maken van het Belgische conceptuele kader voor de evaluatie van de prestatie van het gezondheidszorgsysteem, zoals ontwikkeld door het KCE, aangevuld met de dimensies van toegankelijkheid van zorg. Figuur 2 toont gedetailleerd hoe de dimensies van de beoordeling van de prestatie en de toegankelijkheid zich verhouden tot elkaar en tot de *Quintuple Aim*⁶, een waardenkader dat sinds 2021 als leidraad dient voor het gezondheidszorgbeleid. Merk op dat de *governance* een aparte dimensie is en daarom niet is opgenomen in figuur 2. Dit komt omdat het niet rechtstreeks betrekking heeft op de zorglening, maar veeleer op de manier waarop beleidsbeslissingen worden genomen: “het vermogen van de besluitvormers in de gezondheidszorg om verantwoordelijkheid en vertegenwoordiging, transparantie, geschikte instellingen en een antwoord op de behoeften van de bevolking te verzekeren” (Gerkens, et al., 2024a, p. 68). Op federaal niveau verwijst het naar de regulering van het gezondheidszorgsysteem als geheel en de relatie met het gezondheidszorgbeleid in de andere sectoren.

Het KCE gebruikt zeven dimensies om de prestatie van het gezondheidszorgsysteem te beoordelen: vijf statische en twee dynamische. We maken een onderscheid tussen statische dimensies, die betrekking hebben op de prestatie van het gezondheidszorgsysteem op een bepaald moment in een bepaalde context, en dynamische dimensies, die betrekking hebben op het vermogen van het systeem om zich aan te passen aan veranderingen in de context als gevolg van verschillende fluctuaties (epidemie, schaarste van middelen, extreme klimaatgebeurtenis, technologische onderbreking, economische context, enz.).

1.2.2. De statische dimensies

De toegang tot de zorg wordt gedefinieerd als het krijgen van een behandeling, in de breedste zin van het woord, wanneer er een klinisch objectieve zorgbehoefte is. De eerste dimensie van de prestatie is dus die van de **toegankelijkheid** van zorg, begrepen door vier subdimensies van waaruit men verbeteringen van toegang kan overwegen (Cès, 2021):

Figuur 2: De structurering van de prestatiedimensies van het gezondheidszorgsysteem en de *Quintuple Aim*



⁶ De doelstellingen van de *Quintuple Aim* zijn: “de gezondheid van de bevolking (1), de kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon die zorg en assistentie nodig heeft (2), de kosteneffectiviteit, d.w.z. de verhouding tussen de aangewende middelen en de gerealiseerde waarden (3), de rechtvaardigheid in de samenleving, met specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (dus niet alleen financieel) en voor de inclusie van verschillende diversiteitsvormen (4) en het welzijn van gezondheidszorgbeoefenaars (5)” (INAMI, 2022, p. 55, eigen vertaling).

- De gevoeligheid voor de zorgbehoeften komt overeen met het vermogen om objectieve behoeften te identificeren vanuit een klinisch oogpunt (ongeacht of ze worden geïdentificeerd door de persoon zelf en/of door de zorgverleners);
- De beschikbaarheid komt overeen met het feit dat de diensten binnen een redelijke afstand, binnen een redelijke termijn, met een voldoende ruime keuze aan uren en met een gemakkelijke contactname bereikbaar zijn voor de gehele bevolking, zonder discriminatie, en onder voorwaarden aangepast aan de behoeften van de patiënten (bijvoorbeeld door communicatie in de taal van de patiënt-e te garanderen of door het bestaan van faciliteiten voor personen met beperkte mobiliteit);
- De financiële toegankelijkheid komt overeen met enerzijds het feit dat de eigen bijdragen om zorg te ontvangen voldoende beperkt zijn om het gebruik van zorg niet te ontmoedigen en anderzijds dat het gebruik van gezondheidsdiensten niet resulteert in financiële moeilijkheden voor de patiënten;
- De aanvaardbaarheid komt overeen met het vermogen om zorg te verlenen die voldoet aan de behoefte aan ervaren minimale kwaliteit, zodat mensen aanvaarden om gebruik te maken van de gezondheidszorg.

De tweede dimensie van de beoordeling van de performantie is de **kwaliteit** van zorg. Ze wordt bepaald door de omstandigheden waaronder de zorg wordt verstrekt, die men kan groeperen rond vier subdimensies (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006):

- De veiligheid van de zorg: “de mate waarin het systeem de patiënt niet schaadt” (Gerkens, et al., 2024a, p. 28).
- De gepastheid van de zorg: “de mate waarin de verleende gezondheidszorg relevant is voor de klinische behoeften, gelet op de huidige kennis” (Gerkens, et al., 2024a, p. 30).
- De persoonsgerichtheid van de zorg, dit is zorg aangepast aan elke situatie: “[...] een systeem dat individuen in staat stelt om weloverwogen beslissingen te nemen over hun gezondheid en zorg, waardoor ze hun welzijn met succes kunnen beheren” (Gerkens, et al., 2024a, p. 40).
- De continuïteit van de zorg: “de mate waarin gezondheidszorg voor specifieke gebruikers over verloop van tijd goed wordt georganiseerd binnen en tussen zorgverleners, instellingen en gewesten, en in welke mate het volledige ziekte-traject wordt opgevolgd” (Gerkens, et al., 2024a, p. 36).

Het is belangrijk op te merken dat deze dimensies sterk van elkaar afhankelijk zijn. Een laag niveau van ervaren zorgkwaliteit heeft bijvoorbeeld een impact op de financiële toegankelijkheid, aangezien patiënten minder geneigd zullen zijn om de kosten te betalen als de ervaren kwaliteit niet bevredigend is. Ook moeilijkheden om toegang te krijgen tot bepaalde behandelingen (die leiden tot uitstel of het gedeeltelijk afzien ervan) hebben een invloed op de behandeling die daadwerkelijk verkregen zal worden, en die wellicht zal worden beoordeeld op basis van andere dan klinische overwegingen (bijvoorbeeld op basis van vervoersbeperkingen of kosten ten laste van patiënten) (Cès & Baeten, 2020).

Ten derde kan de performantie worden beoordeeld in termen van de invloed van het gezondheidszorgsysteem op de gezondheid van de bevolking, dus de **doeltreffendheid** van de zorg. Dit is de “mate waarin wenselijke resultaten worden bereikt, uitgaande van de correcte verstrekking van op bewijs gebaseerde gezondheidszorgdiensten aan iedereen die er baat bij zou kunnen hebben, maar niet aan degenen die er geen baat bij hebben” (Gerkens, et al., 2024a, p. 24).

De **billijkheid** van de toegang tot of het gebruik van de zorg⁷ is de vierde dimensie voor de beoordeling van de performantie. Dit concept komt voort uit de Universele Gezondheidsdekking en verwijst naar een normatief oordeel over ongelijkheden. Horizontale rechtvaardigheid betekent “dat mensen met identieke zorgbehoeften dezelfde (toegang tot) behandeling krijgen, ongeacht andere kenmerken zoals inkomen, opleidingsniveau, woonplaats, herkomst, enz.” (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020, p. 11, eigen vertaling).

Ten vijfde koppelt het begrip **efficiëntie** de doeltreffendheid aan de middelen die aan zorg worden besteed: “Efficiëntie in de gezondheidszorg betreft meestal de relatie tussen inputs (d.w.z. duurzaamheidsindicatoren zoals financiële middelen, personeel, infrastructuur) en intermediaire outputs (d.w.z. toegankelijkheids- en kwaliteitsindicatoren zoals wachttijden enz.) of uiteindelijke gezondheidsresultaten (d.w.z. gezondheidstoestandindicatoren zoals de gewonnen levensjaren [...])” (Gerkens, et al., 2024a, p. 71).

De belangrijkste missie van de gezondheidszorg is het verbeteren van de gezondheid van de bevolking door alle gezondheidszorgbehoeften te dekken. Dat is het doel van

7 De gezondheidsongelijkheden worden niet direct behandeld in dit artikel. De kwestie van de verticale billijkheid (verschillende zorgbehoeften krijgen verschillende aangepaste behandelingen) wordt hier evenmin behandeld.

de Universele Gezondheidsdekking¹. Dit wordt bereikt wanneer de voorwaarden voor toegang tot zorg – bepaald door de gevoeligheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid van de zorg – iedereen in staat stellen toegang te krijgen tot kwaliteitszorg, dus door de veiligheid, de aangepastheid, de persoonsgerichtheid en de continuïteit van de zorg te garanderen. Het resultaat wordt beoordeeld op basis van de doeltreffendheid, billijkheid en efficiëntie.

1.2.3. De dynamische dimensies

De definitie van Contandriopoulos van performantie voorziet twee andere performantiedomeinen van gezondheidszorgsystemen: de **veerkracht en de duurzaamheid** (zesde en zevende dimensie in Figuur 2).

De **veerkracht**, geanalyseerd als een op zichzelf staande dimensie, wordt gedefinieerd als “het vermogen van een gezondheidssysteem om (a) te anticiperen op schokken, (b) deze te absorberen en (c) zich hieraan aan te passen (...) op een manier die het mogelijk maakt om (i) de vereiste activiteiten te blijven leveren, (ii) zo snel mogelijk terug te keren naar een optimaal performantieniveau, (iii) de structuur en functies aan te passen om het systeem te versterken, en (iv) (eventueel) de kwetsbaarheid voor toekomstige soortgelijke schokken en structurele veranderingen te beperken” (Gerkens, et al., 2024a, p. 88).

Het begrip **duurzaamheid** ligt dicht bij veerkracht en heeft betrekking op zowel de middelen als het doel. Er zijn verschillende definities mogelijk:

- “Duurzaamheid kan worden gedefinieerd als het vermogen van het systeem om duurzaam gefinancierd te blijven uit openbare bronnen; om personeel (bv. door middel van onderwijs en opleiding), infrastructuur en apparatuur te leveren en te behouden; om innovatief te zijn; om in te spelen op nieuwe behoeften en om de milieu-impact ervan te verminderen” (Gerkens, et al., 2024a, p. 58).
- Er kan een meer volledige definitie worden voorgesteld: “het vermogen van een gezondheidszorgsysteem om zijn essentiële functies – dienstenaanbod, levering van personeel en materiaal, financiering en beheer – in stand te houden en tegelijkertijd de beginselen van billijke financiering, gelijke toegang tot zorg en doeltreffendheid te integreren met als doel de gezondheid van bevolkingsgroepen te verbeteren en in hun behoeften te voorzien” (Or, Gandré, & Wharton, 2022, p. 8, eigen vertaling). Deze

definitie omvat het feit dat de grondbeginselen van het gezondheidszorgsysteem niet in twijfel mogen worden getrokken. Ze onderstreept het belang van het behoud van de voorwaarden van de Universele Gezondheidsdekking.

Milieuduurzaamheid wordt beschouwd als een subdimensie van duurzaamheid: “het vermogen van het systeem om negatieve effecten op het milieu te beperken en kansen te benutten om het te herstellen en te verbeteren ten voordele van de gezondheid en het welzijn van huidige en toekomstige generaties” (Gerkens, et al., 2024a, p. 70).

Het systeem moet zich aanpassen om ervoor te zorgen dat de behoeften worden gedekt in geval van een externe verstoring, van welke aard ook (economisch, gezondheid, politiek, demografisch, sociaal, milieu, enz.). Dit heeft een potentiële impact op de middelen in brede zin (elke input die nodig is voor de productie van zorg, zoals personeel, energie, gebouwen, enz.) en op de zorgbehoeften van de bevolking, het domein van de duurzaamheid en de veerkracht.

Veerkracht en duurzaamheid zijn intrinsiek met elkaar verbonden. Als bijvoorbeeld de zorginfrastructuur of het aantal gezondheidswerkers in normale tijden ontoereikend zijn, zal de gezondheidszorg nog minder goed in staat zijn om een snelle toename van de gezondheidsbehoeften van de bevolking op te vangen. Deze twee begrippen verwijzen naar het probleem van het aanpassingsvermogen van het gezondheidszorgsysteem ten aanzien van verstoringen met een mogelijke invloed op zowel de zorgbehoefte als de omstandigheden waarin de zorg wordt verleend (bijvoorbeeld bij schaarser wordende middelen in ruime zin). De gezondheidscrisis is een treffend voorbeeld van een ernstige verstoring in de zorgbehoeften die de Europese gezondheidszorgsystemen het hoofd moesten bieden met ongelijke mogelijkheden, vooral rond de beschikbaarheid van eenheden voor kritieke zorg, de geografische spreiding en het aantal gezondheidswerkers (Sagan, et al., 2024). Duurzaamheid betekent ook anticiperen op toekomstige schommelingen, bijvoorbeeld als gevolg van demografische veranderingen, milieu- of sociaaleconomische factoren, enz. Wanneer de verstoringen niet kunnen worden voorspeld, kan men de voorwaarden scheppen om de robuustheid van het gezondheidszorgsysteem te waarborgen, hetzij voor een specifiek risico, zoals extreme weersomstandigheden, hetzij voor een groep risico's waarvoor een gemeenschappelijke aanpak mogelijk is (Witter, et al., 2023).

1.3. Problemen in de dekking van zorgbehoeften

Aan de hand van het voorgestelde kader van performantiedimensies van het gezondheidszorgsysteem, kan men de performantieproblemen aangaande de dekking van zorgbehoeften volledig identificeren (zie Figuur 3). De dekking hangt vooral af van de toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarom richten we ons hier voornamelijk op deze twee hoofddimensies. Een ontoereikende dekking van de behoeften in een van deze dimensies zal waarschijnlijk leiden tot problemen inzake doeltreffendheid, efficiëntie en billijkheid.

1.3.1. Soorten onvoldoende gedekte behoeften

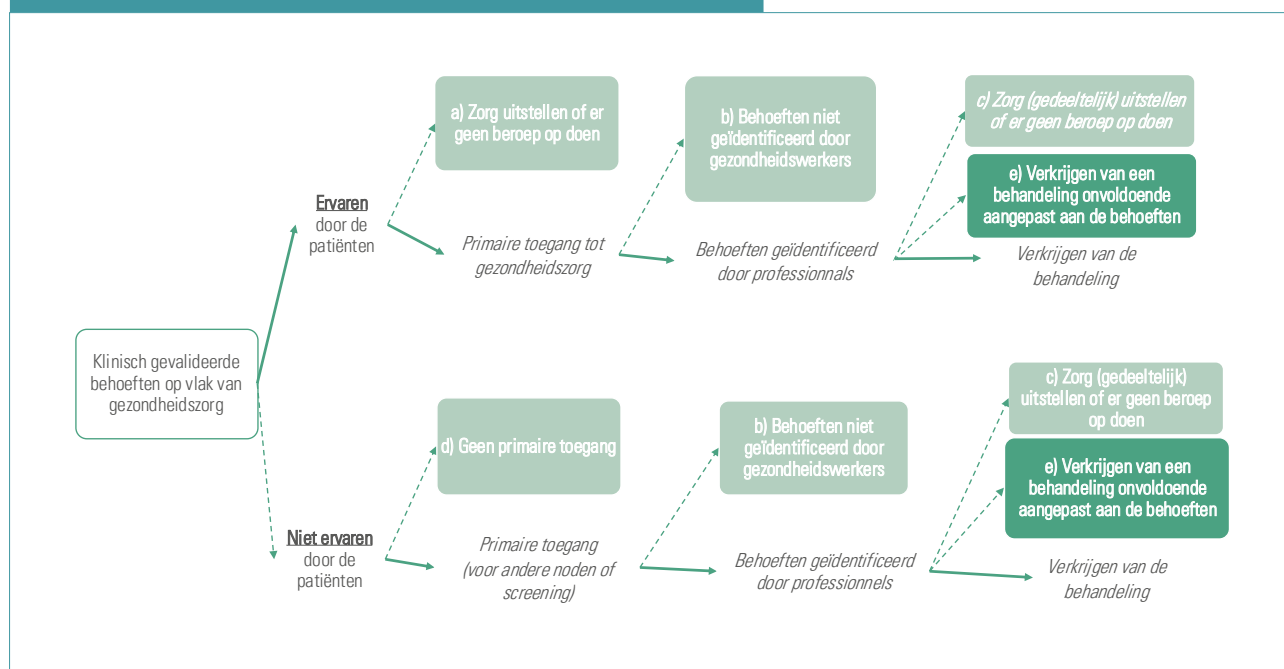
Verskillende soorten onvoldoende gedekte behoeften kunnen worden geïdentificeerd:

a) De persoon ervaart een zorgbehoefte, maar moet gezondheidsdiensten noodgedwongen uitstellen of ervan afzien, bijvoorbeeld vanwege financiële moeilijkheden, niet-beschikbaarheid van diensten of andere redenen die niet kunnen worden gerechtvaardigd in termen van het beginsel van Universele Gezondheidsdekking;

- b) De zorgbehoefte wordt niet geïdentificeerd omdat de diagnose niet is gesteld door een gezondheidswerker, ongeacht of de persoon zich bewust is van het probleem, bijvoorbeeld in geval van een zeldzame ziekte;
- c) Hoewel de diagnose gesteld is, moet de persoon de behandeling uitstellen of er (gedeeltelijk) van afzien om redenen die niet kunnen worden gerechtvaardigd in termen van het beginsel van Universele Gezondheidsdekking;
- d) De persoon ervaart geen zorgbehoefte en heeft geen contact met een zorgverlener (primaire toegang);
- e) De diagnose is gesteld, maar de voorgestelde behandeling is niet voldoende veilig (behandelingsvoorwaarden in brede zin, bijvoorbeeld niveau van hygiëne, interacties tussen geneesmiddelen), of niet adequaat met betrekking tot klinische aanbevelingen, of niet voldoende persoonsgericht of niet geleverd met een voldoende continuïteit van de zorg.

De eerste vier gevallen hebben betrekking op problemen met de toegang tot zorg, terwijl het laatste betrekking heeft op de andere performantiedimensies van het gezondheidszorgsysteem inzake de voorwaarden waaronder gezondheidszorg wordt verleend, namelijk de zorgkwaliteit. In de praktijk kunnen deze problemen samengaan, bijvoorbeeld in het geval van een vertraagde diagnose in combinatie met een inadequate behandeling.

Figuur 3: Verschillende soorten onvoldoende gedekte zorgbehoeften



1.3.2. Selectiecriteria van potentiële verbetergebieden in de gezondheidszorg

Het is strategisch noodzakelijk om de performantieproblemen te selecteren die met voorrang gecorrigeerd moeten worden en waarvoor dus doelstellingen worden bepaald.

Het eerste selectie criterium is de **wetenschappelijke objectivering van het performantieprobleem** (Martini & Davesne, 2024). De vraag die we hier willen beantwoorden is: is het performantieprobleem voldoende gedocumenteerd? Hebben we genoeg informatie?

Het tweede criterium gaat over de **dekking van de gezondheidsbehoeften en de gezondheidswinsten op korte tot middellange termijn**. De gestelde vraag is: leidt de huidige aanpak van de gezondheidsproblemen in het kader van de ziekteverzekering tot een kloof tussen de waargenomen gezondheidstoestand en “de beste gezondheidstoestand [...] uitgaande van een optimale toegang tot en gebruik van de gezondheidszorg” (zie deel 1.1.)? Als het antwoord ja is, betekent dit dat een betere dekking van de zorgbehoeften zou leiden tot betere resultaten voor de volksgezondheid.

Dit veronderstelt **het kunnen documenteren van de kloof tussen de waargenomen gezondheidstoestand en de dankzij de zorg haalbare gezondheidstoestand, aan de hand van indicatoren of op een kwalitatieve manier in een breed begrip van gezondheid** dat verder gaat dan louter klinische overwegingen, dus inclusief de levenskwaliteit in al haar dimensies. De voorbeelden die in deze studie worden aangehaald, worden voornamelijk geanalyseerd vanuit een kwantitatief oogpunt. De vraag is: heeft het vastgestelde performantieprobleem van de gezondheidszorg negatieve gevolgen voor de mortaliteit⁸, de morbiditeit⁹, de risicofactoren voor de gezondheid die door de gezondheidszorg kunnen worden gewijzigd en voor de levenskwaliteit (gezinsleven, werk, vrije tijd, sociaal leven, school, enz.)?

Afhankelijk van het domein kan het meer of minder moeilijk zijn om de performantiekloof vast te stellen (internationale vergelijkingen, vergelijkingen tussen bevolkingsgroepen, geografische vergelijkingen, vergelijkingen met klinische

aanbevelingen, feedback uit ervaringen op het terrein¹⁰, enz.). Het meten van een kloof impliceert noodzakelijkerwijs het begrip ‘drempel’. Boven welke drempel is actie ondernemen gunstig? Er bestaat niet noodzakelijk een eenduidig antwoord op deze vraag, vooral wanneer het probleem complex is. Het komt er dan veeleer op aan een reeks bewijzen te verzamelen die aantonen dat beter aan de zorgbehoeften kan worden voldaan, met een aanzienlijke gezondheidswinst, door de organisatie van de zorg (in de brede zin) te wijzigen.

1.4. Gezondheidszorgdoelstellingen

1.4.1. Verschillende soorten doelstellingen

De identificatie van verbetermogelijkheden in de dekking van zorgbehoeften is het uitgangspunt voor het formuleren van gezondheidszorgdoelstellingen die expliciet gericht zijn op een betere dekking van de behoeften. Om gezondheidszorgdoelstellingen te kunnen bepalen, moet echter eerst de methodologie van de doelstellinggerichte benadering worden uitgelegd.

Men kan verschillende soorten gezondheidszorgdoelstellingen onderscheiden (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017; Martini & Davesne, 2024).

De strategische doelstellingen

- **De einddoelstellingen** zijn gericht op de gezondheidstoestand of de levenskwaliteit. Om informatie voor de verbetering van de gezondheidszorg te verstrekken, leveren dit soort doelstellingen om verschillende redenen een aantal problemen op. Enerzijds kunnen ze moeilijk te interpreteren zijn wegens de vele mogelijke oorzaken van een waargenomen verandering, aangezien de oorzaken niet alleen verband houden met het gezondheidszorgsysteem. Andere factoren kunnen eveneens bijdragen aan veranderingen in de gezondheidstoestand van de bevolking, bijvoorbeeld leefomstandigheden, omgevingsfactoren, enz. Aangezien het hier gaat om een benadering van de gezondheidstoestand op basis van gegevens over het gezondheidszorggebruik, is het anderzijds mogelijk dat een variatie van de indicator niet

8 “Een overlijden wordt vermijdbaar door het zorgsysteem geacht wanneer, in het licht van de medische kennis op het moment van het overlijden, de meeste sterfgevallen door die oorzaken kunnen worden voorkomen door tijdige en doeltreffende zorginterventies, waaronder secundaire preventie en behandeling” (Gerken, et al., 2024a, p. 24).

9 “De incidentie van een ziekte komt overeen met het aantal nieuwe gevallen dat zich gedurende een gegeven periode in een bepaalde populatie voordoet, terwijl de prevalentie overeenkomt met het aantal gevallen dat op een gegeven moment in een bepaalde populatie wordt waargenomen” (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010, p. 18, eigen vertaling).

10 Het is mogelijk dat de performantiekloof op het terrein geïdentificeerd is, maar dat er geen indicator bestaat om ze te meten.

eenduidig kan worden geïnterpreteerd, aangezien de oorzaken meervoudig en gecombineerd kunnen zijn. Zo kan een stijging van het percentage mensen dat voor diabetes wordt behandeld te wijten zijn zowel aan een verbeterde screening als aan een stijging van de prevalentie van diabetes. Ten slotte zullen maatregelen om de gezondheidstoestand te verbeteren waarschijnlijk alleen op de middellange termijn effect hebben (Gregg, et al., 2023).

- **De tussentijdse resultaatdoelstellingen** richten zich op de gezondheidsdeterminanten om de einddoelstellingen te bereiken (bijvoorbeeld gezondheidsvaardigheden of de controle van de bloeddruk) waarvoor een causaal verband met een gezondheidsresultaat goed is aangetoond.

De operationele doelstellingen

- **De procesdoelstellingen** hebben betrekking op de manier waarop de zorg wordt verstrekt om de resultaatdoelstellingen te bereiken. De procesdoelstellingen zijn nuttig voor de monitoring op korte termijn van de implementatie van de programma's.
- **De structurele en organisatorische doelstellingen** hebben betrekking op veranderingen in wetgeving, infrastructuur, personeel, enz.

Deze doelstellingen kunnen worden gedefinieerd op macroniveau (nationaal), mesoniveau (op het niveau van zorgorganisaties) en microniveau (zorgverleners).

1.4.2. Geldige en betrouwbare indicatoren voor het formuleren van een SMART-doelstelling

Om te kunnen beoordelen of de doelstelling daadwerkelijk wordt bereikt, moeten we er ook voor zorgen dat de indicatoren die worden gebruikt om SMART-doelstellingen³ te formuleren, verscheidene criteria valideren (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005):

- Het eenvoudigste selectie criterium is de **beschikbaarheid**. Bestaat de indicator al? Als hij niet bestaat, bestaan er dan de gegevens die nodig zijn voor zijn berekening? Moeten nieuwe gegevens worden verzameld en wat kost dat? De meerkosten moeten voldoende gerechtvaardigd zijn door het nut van de indicator.
- De **betrouwbaarheid** is een ander belangrijk criterium. Meet de indicator "een verschijnsel betrouwbaar, dus zonder te veel willekeurige variatie" (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005,

p. 60, eigen vertaling)? Een betrouwbare indicator geeft duidelijk aan hoe de gegevens worden verzameld en welke teller en noemer worden gebruikt, om subjectiviteit zoveel mogelijk te vermijden.

- De **geldigheid** is het feit dat de indicator het onderzochte fenomeen daadwerkelijk meet, dit is dat hij zorgt voor consistentie tussen wat werkelijk wordt gemeten en wat theoretisch is gedefinieerd.

Een variatie van de indicator moet voldoende robuust en ondubbelzinnig kunnen worden toegeschreven aan de gezondheidszorg, ook al is het causale verband niet altijd zeker. Een toename van de prevalentie (zelfgerapporteerd of berekend op basis van administratieve gegevens over zorgconsumptie) kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van acties die een betere screening of een betere financiële toegang bevorderen, maar ook van een verslechtering van de gezondheidstoestand, of zelfs van beide tegelijk. Het gebrek aan geldigheid is ook mogelijk als de referentiepopulatie theoretisch gezien niet gepast is. Om bijvoorbeeld de effectiviteit van de chronische zorg in het vermijden van ernstige complicaties te beoordelen op basis van het aantal ziekenhuisopnames, moet dit aantal worden gerelateerd aan de subgroep van patiënten die daadwerkelijk lijden aan de chronische ziekte en niet aan de bevolking als geheel. Als dit percentage gerelateerd is aan de bevolking als geheel, dus met inbegrip van de mensen die de ziekte niet hebben, kan een variatie ook duiden op een verandering in de prevalentie. De constructie van nieuwe indicatoren voor de formulering van SMART-doelstellingen moet aan de twee criteria voldoen: betrouwbaarheid en geldigheid.

1.4.3. De streefwaarde

Om SMART-doelstellingen³ te formuleren, moet de geselecteerde indicator een verschil aantonen met wat theoretisch voor het gezondheidszorgsysteem haalbaar is. Dit is het begrip van de drempel waarnaar eerder is verwezen (deel 1.3.2.), waarboven het wenselijk is om in te grijpen om de zorg te verbeteren. **Een SMART-doelstelling stelt een vermindering van het verschil voor in de vorm van een streefwaarde.** Hoewel er verschillende methoden bestaan om een streefwaarde te bepalen, moet ervoor worden gezorgd dat de streefwaarde realistisch genoeg is om belanghebbenden te betrekken. Daarom moet de huidige waarde van de indicator de basis zijn voor de reflectie. Het zou onrealistisch zijn om een streefwaarde voor te stellen zonder rekening te houden met de referentiewaarde.

De te bereiken streefwaarde kan op verschillende manieren worden gekozen (Gregg, et al., 2023):

- in absolute of relatieve waarde ten opzichte van de referentiewaarde (*baseline*);
- door een statistisch significante minimale verandering te berekenen;
- ten opzichte van een waargenomen referentietrend (hetzij in continuïteit, hetzij door een procentuele verbetering voor te stellen ten opzichte van de waargenomen trend);
- in lijn met de klinische aanbevelingen;
- door consensus en het gebruik van meervoudige criteria;
- in het geval van *biomarkers* (bijvoorbeeld het aandeel van de doelgroep met een bloeddruk onder een bepaald niveau) moet ook het gewenste niveau worden geanalyseerd (vaak in relatie tot de klinische aanbevelingen en de bijbehorende gezondheidsrisico's);
- door het beste resultaat toe te passen vastgesteld in de subgroepen van de populatie.

Het is essentieel te beoordelen in welke mate het gezondheidszorgsysteem de zorgbehoeften van de bevolking voldoende dekt. Als de uitvoering van die missie tekortschiet, is het resultaat een slechtere gezondheidstoestand dan theoretisch mogelijk is op basis van de huidige medische kennis. Verschillende dimensies worden gedefinieerd voor de beoordeling van de performantie van het systeem op vlak van de dekking van zorgbehoeften. De toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg zijn de belangrijkste dimensies voor de opsporing van tekortkomingen in de dekking van de behoeften. Het systeem slaagt er niet in om gevalideerde klinische behoeften te dekken wanneer er problemen zijn met de toegang tot en/of de kwaliteit van de zorg. Doeltreffendheid, billijkheid en efficiëntie, de meer horizontale dimensies, worden gebruikt om de impact van deze problemen te meten. Het bepalen van doelstellingen is een strategie om bepaalde performantieproblemen met voorrang aan te pakken.

Dit kader wordt getest om het beheer van diabetes en hart- en vaatziekten te analyseren en zo het proces voor het bepalen van doelstellingen voor de verbetering van de zorgperformantie te verduidelijken.

2. Betere dekking van de zorgbehoeften voor chronisch zieken

Om te tonen hoe een evaluatie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem kan worden geïmplementeerd, bestuderen we hier twee gevallen van zorg¹¹ voor chronisch zieken in België, waarbij we het eerder beschreven analysekader toepassen. Als gevolg van de snelle epidemiologische veranderingen in de afgelopen twee decennia zijn chronische ziekten¹² sinds 2021 een beleidsprioriteit¹³.

We zien inderdaad een aanzienlijke toename van het aandeel mensen (ouder dan 15 jaar) dat zegt minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben naar 29% in 2018, een stijging met 17% ten opzichte van 2001¹⁴. De mensen met de laagste inkomens (eerste inkomenskwintiel) ervaren een nog snellere verslechtering van hun gezondheidstoestand, met een stijging met 52% tussen 2001 en 2018 van het aantal mensen met chronische aandoeningen (zelfgerapporteerd).

De gezondheidsverliezen zijn ook ongelijk verdeeld over de bevolking. Bepaalde groepen, zoals vrouwen, ouderen en de meest kwetsbaren, ondergaan een grotere verslechtering van hun gezondheid in het geval van een chronische ziekte (Van Wilder, et al., 2022). Daarom is het essentieel dat deze ongelijkheden en mogelijke tekortkomingen in de zorg worden geïdentificeerd om de last van de chronische ziekten te verminderen.

11 Primaire preventie wordt niet direct behandeld in de analyse.

12 Hoewel er strikt genomen geen definitie bestaat van chronische ziekte in België: "een chronische ziekte kan worden gedefinieerd als een gezondheidsprobleem dat 'lang' duurt" (Maertens de Noordhout, et al., 2022, p. 17, eigen vertaling).

13 In maart 2021 werden een *taskforce* Gezondheidszorgdoelstellingen, een *taskforce* *Appropriate Care*, een *taskforce* Dynamisch Meerjarenkader, een Wetenschappelijk Comité en een Stuurcomité gelanceerd om een concrete methodologie te ontwikkelen voor de integratie van gezondheidsdoelstellingen in de keuzes van de verzekering voor geneeskundige verzorging en voor het opstellen van een doeltreffend zorgplan. Deze raadpleging resulteerde in 2022 in een verslag (INAMI, 2022).

14 Zie: <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia#health-and-quality-of-life>.

2.1. Diabetes

2.1.1. Ziekte last

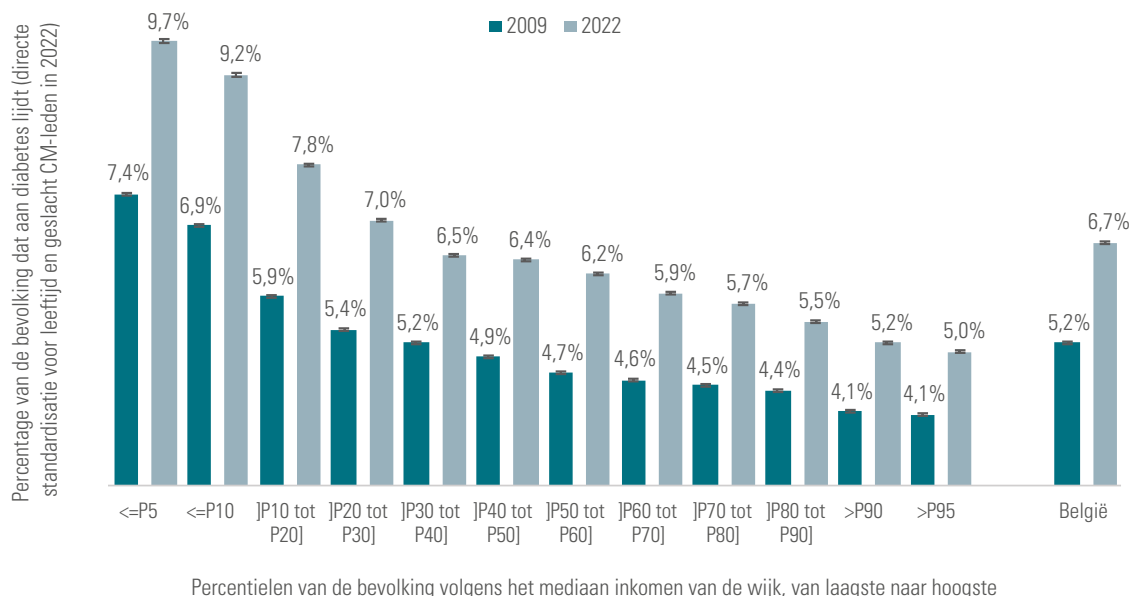
Diabetes¹⁵ is een chronische ziekte gekenmerkt door het onvermogen om een teveel aan glucose te reguleren. Een slechte behandeling kan leiden tot acute gezondheidsproblemen die geassocieerd worden met hyperglykemie (vermoeidheid, prikkelbaarheid, vaak plassen, intense dorst, terugkerende schimmelinfecties, trage wondgenezing, wazig zicht, ketoacidose) of hypoglykemie (spierzwakte, trillen, hartkloppingen, wazig zicht). Hyperglykemie heeft grote gevolgen voor de gezondheid op de lange termijn, zoals hart- en vaatziekten, zenuw schade, gezichtsverlies en nierfalen. Diabetes is een chronische ziekte waarvoor effectieve behandelstrategieën bestaan. Een juiste behandeling kan de geassocieerde complicaties voorkomen (Gregg, et al., 2023).

2.1.2. Sociale gradiënt

In 2022 krijgt 6,7% van de bevolking een diabetesbehandeling (methodologie gebruikt door het Inter mutualistisch Agentschap om diabetespatiënten te identificeren¹⁶, toegepast op CM-gegevens en gewogen volgens de structuur van de Belgische bevolking). In 2009 bedroeg de prevalentie 5,2%. Er is tussen 2009 en 2022 dus een toename met 22% (zie Figuur 4).

Er is een sterke sociale gradiënt in de prevalentie van gediagnosticeerde diabetes (gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht), die toeneemt met de tijd. In 2009 bedroeg de prevalentiekloof 83% tussen de armste en de rijkste buurten¹⁷: 7,4% in percentiel 5 en 4,1% in percentiel 95. In 2022 was deze kloof vergroot tot 93%, wat betekent dat de prevalentie bijna twee keer zo hoog was in de armste buur-

Figuur 4: Evolutie van diabetes (gediagnosticeerd¹⁸) in België tussen 2009 en 2022 volgens het mediaan fiscaal inkomen van de buurt waar de personen wonen (bron: CM-gegevens gewogen volgens leeftijd, geslacht, provincie en VT-statut van de Belgische bevolking)



15 De analyse verwijst voornamelijk naar diabetes type 2 (behalve waar het onderscheid expliciet wordt vermeld), die het meest voorkomt (geschat op 85% tot 90% volgens de Belgische *Association du diabète*: <https://www.diabete.be/le-diabete-2/diabete-de-type-2-13/definition-61#gsc.tab=0>).

16 "De prevalentie van gediagnosticeerde diabetes (type 1 of 2) wordt geschat op basis van het aantal verzekerden die antidiabetica (ATC-code A10) of een andere naar diabetes verwijzende nomenclatuur hebben ontvangen (diabetesconventie, diabetespaspoort, diabeteszorgtraject)"; https://atlas.aim-ima.be/info/metadataPDF/METADATA_002_001_NL.pdf.

17 Dit is het mediane belastinginkomen per belastingaangifte voor de statistische sectoren in 2022 (Bron: Statbel). Merk op dat de belastingaangiften zonder inkomen niet worden meegenomen in de berekening.

18 De methodologie voor de identificatie van de diabetespatiënten is die welke wordt gebruikt voor de evaluatie van de prestatie van het Belgische gezondheidszorgsysteem (Gerkens, et al., 2024b, p. 123): personen ouder dan 18 jaar met ATC= A10A of ATC=A10B codes (met een minimale dagelijkse dosisdrempel) en met uitsluitingsvoorwaarden om het niet-gebruik niet te overschatten (niet continu lid zijn van CM tijdens de bestudeerde periode en overlijden tijdens de periode).

ten (9,7% in percentiel 5) dan in de rijkste buurten (5% in percentiel 95). Tussen 2009 en 2022 steeg de prevalentie met 31% in de armste buurten (van 7,4% naar 9,7% in percentiel 5), en met 23% in de rijkste buurten (van 4,1% naar 5% in percentiel 95). Het valt op dat de prevalentie snel toeneemt in de meer welvarende buurten, waar de leefomstandigheden gunstiger zijn voor een goede gezondheid. Nog opmerkelijker is dat er ook een progressie is volgens het welvaartsniveau van de buurt: de prevalentie neemt toe naarmate het inkomen van de woonbuurt daalt. Deze verschillen zullen in werkelijkheid waarschijnlijk nog groter zijn wegens het risico op onderscreening in kansarme buurten en het feit dat mensen niet worden ingedeeld op basis van hun individuele inkomen, maar op basis van het mediane belastinginkomen van hun woonplaats.

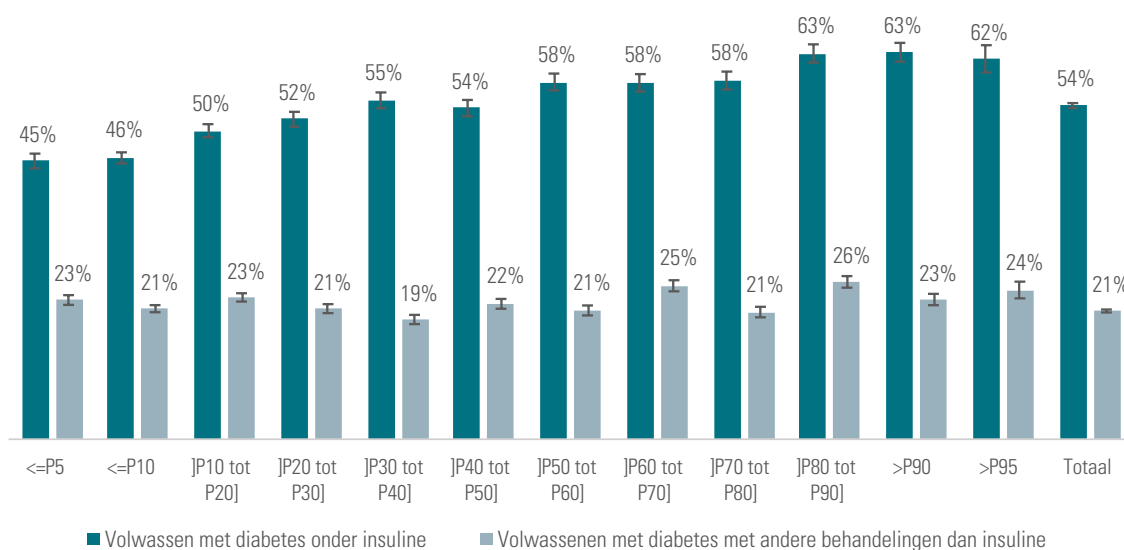
Een recente studie in België toont ook aan dat de sociaaleconomische status een belangrijke factor is in de ongelijkheid voor diabetes (Van Wilder, et al., 2022). Voor de groep met een gemiddelde sociaaleconomische status wordt een verlies van 2,2 keer meer voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALY) waargenomen in vergelijking met de meest bevoorrechte groep. De minst bevoorrechtten lijden ondertussen het grootste verlies aan QALY, met 4,4 keer zoveel verloren voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren als de meest bevoorrechte groep.

2.1.3. Onvoldoende gedekte zorgbehoeften

Ondanks de snelle stijging van de prevalentie tussen 2009 en 2022, blijft 30% van de mensen met diabetes niet-gediagnosticeerd (schatting op basis van urine- en bloedmonsters (Belgium.be, 2024b)). Dit wijst erop dat de toegang tot diabeteszorg in België nog niet optimaal is. Er moet ook op worden gewezen dat de minder bevoorrechte subgroepen, die meer door de ziekte worden getroffen, waarschijnlijk nog minder goed worden opgespoord vanwege hun meer beperkte toegang tot de zorg (Cès & Baeten, 2020).

Wat de behandeling betreft, verbetert de opvolging (Gerkens, et al., 2024a), maar zou ze beter kunnen gezien de soms ontoereikende frequentie van de vervolgonderzoeken. Vervolgonderzoeken zijn nochtans essentieel omdat ze in verband worden gebracht met een significante verlaging van de mortaliteit (Holman, et al., 2021). Men kan het aandeel meten van de diabetespatiënten ouder dan 18 jaar, gediagnosticeerd als type 1 of 2, die een correcte opvolging krijgen, gedefinieerd door de uitvoering van vijf tests (creatinine, lipidenprofiel, HbA1c of geglyceerde hemoglobine, albumine, oftalmologisch onderzoek) gedurende 15 maanden (zie Figuur 5).

Figuur 5: Percentage diabetespatiënten in 2022 met een correcte opvolging tussen januari 2023 en maart 2024 (KCE-methodologie¹⁹ toegepast op CM-gegevens gewogen volgens Belgische bevolkingsstructuur in 2022, standaardisatie naar leeftijd en geslacht)



¹⁹ Om patiënten te identificeren die gedurende vijftien maanden een correcte opvolging kregen, werd de methodologie van de prestatie-evaluatie van het Belgische gezondheidssysteem toegepast (Gerkens, et al., 2024b, p. 122).

Er wordt een significant verschil vastgesteld op basis van het inkomensniveau van de woonbuurt van de patiënten (2022). In de rijkste buurten is het percentage patiënten met insuline dat adequaat wordt opgevolgd veel hoger: 63% van deze patiënten krijgt een gepaste opvolging (percentiel 90), tegenover slechts 46% van de patiënten in de armste buurten (percentiel 10). Er is geen significant verschil volgens het inkomensniveau van de woonbuurt voor de diabetespatiënten die andere medicatie dan insuline gebruiken.

In 2021 was in totaal 86% van de volwassenen met diabetes die insuline gebruiken, geregistreerd in een van de zorgprotocollen voor diabetes (diabetespaspoort, zorgtrajecten voor 'chronische ziekten' en conventie voor zelfregulatie voor de meest complexe patiënten²⁰). Dit is een hoog cijfer, maar het betekent ook dat 14% van de diabetici die insuline gebruiken geen zorgprotocol heeft (de verschillen volgens VT-statuuat blijven klein). We zien grote verschillen: het percentage loopt op tot 19% in Brussel en tot 30% voor mensen die in voorzieningen verblijven (Gerkens, et al., 2024a).

Voor mensen met een andere behandeling dan insuline, blijft het percentage patiënten met een zorgprotocol voor diabetes (een paspoort/voorzorgtraject of zorgtraject) laag: slechts 26,6% in 2021 (Wallonië is de regio met het laagste percentage: 17,7%). De kleine verschillen volgens sociaaleconomisch niveau tonen aan dat dit waarschijnlijk minder een probleem is van toegankelijkheid dan van gepastheid van zorg.

2.1.4. Evolutie van de complicaties

Het aantal ziekenhuisopnames voor diabetescomplicaties (in geval van ongecontroleerde diabetes of diabetesgerelateerde complicaties)²¹ blijft met 136,4 in 2021 hoog, vergeleken met het Europese gemiddelde²² (EU-17-landen: 104 per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht). Niettemin wordt tussen 2010 en 2020 een daling waargenomen (niet gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht), behalve voor het jaar 2021 (laatste beschikbare jaar) (Gerkens, et al., 2024b).

Bij de mensen met diabetes is de incidentie van amputaties aan de onderste ledematen tussen 2009 en 2018 gedaald (gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, tussen 24 en 29% (Lauwers, et al., 2022; Claessen, et al., 2018)). De daling was groter bij vrouwen dan bij mannen. De grote amputaties namen in dezelfde periode significant af (45%), terwijl de kleine amputaties niet significant afnamen (Lauwers, et al., 2022). Deze trend wordt ook waargenomen in de buurlanden. Het significante verschil in het risico op amputatie tussen vrouwen en mannen zou verklaard kunnen worden door verschillende cardiovasculaire en psychosociale risicofactoren (Vanherwegen, et al., 2023). Het secundaire amputatiepercentage bedraagt 31,3% na een kleine amputatie en 18,4% na een grote amputatie (Lauwers, et al., 2022). Achter dit totaalcijfer gaat een meer gemengde realiteit schuil, aangezien bepaalde kwetsbare groepen een groter risico op meerdere amputaties lopen.

De verschillen in het risico op amputatie kunnen duidelijk worden afgelezen uit de gegevens van volwassen CM-leden met en zonder VT (zie Figuur 6). Voor de amputaties bij diabetici tussen 2022 en 2024 is een hoger percentage amputaties vastgesteld bij de begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming dan bij de anderen:

- 1,4% van de diabetespatiënten met VT die insuline gebruikten, onderging ten minste één amputatie, vergeleken met slechts 0,8% van de patiënten zonder VT. Hoewel het aandeel klein is, is het bijna twee keer hoger bij diabetespatiënten met VT dan bij deze zonder VT.
- bij de diabetespatiënten die geen insuline gebruiken, wordt een verschil waargenomen, ondanks hun kleine aandeel: 0,23% voor patiënten zonder VT en 0,34% voor deze met VT.

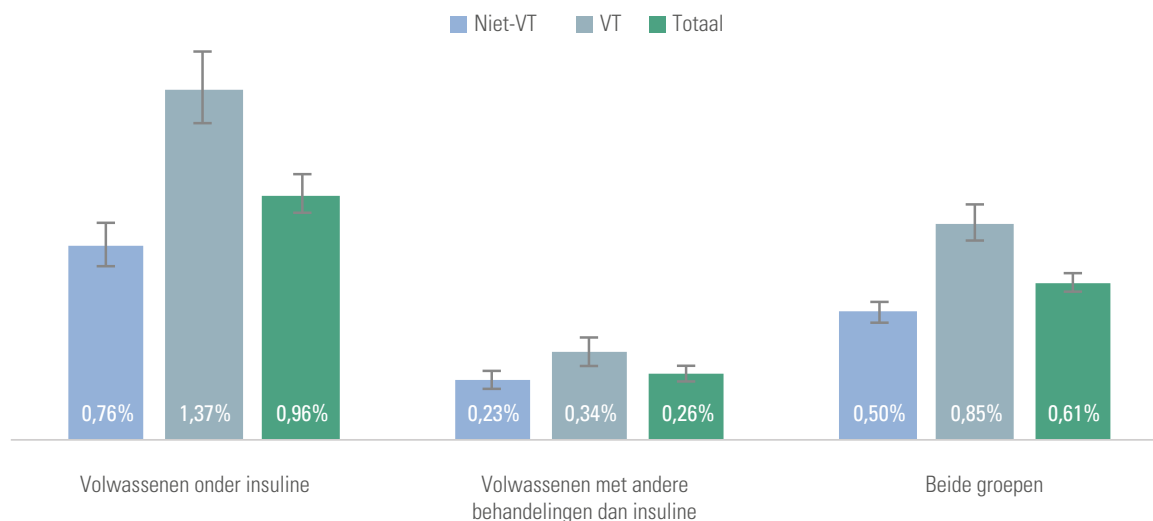
Daarnaast melden maatschappelijk werkers die in ziekenhuizen werken dat personen met het meest kwetsbare sociaaleconomisch profiel vaker meerdere amputaties ondergaan, wegens een gebrek aan de voor de patiënten te dure wondzorg (Cès & Baeten, 2020). Dergelijke complicaties zijn tragisch voor de patiënten en vormen mogelijk een efficiëntieprobleem vanwege de hoge behandelkosten, die vermeden zouden kunnen worden door een betere toegang tot de zorg.

20 Zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/diabetes-terugbetaling-van-verschillende-begeleidingen#andere-specifieke-begeleidingsprogramma-s>.

21 De indicator van de opnames voor diabetesgerelateerde complicaties is gebaseerd op de som van drie indicatoren: opnames voor kortetermijncomplicaties (ketoacidose, hyperosmolariteit), voor langetermijncomplicaties (nier-, oog-, neurologische, circulatoire of andere niet-gespecificeerde) en voor ongecontroleerde diabetes (Gerkens, et al., 2024b, p. 42).

22 Een beperking van de internationale vergelijking is dat een lager opnamepercentage een lagere prevalentie van diabetes zou kunnen weerspiegelen en niet een betere behandeling, omdat het niet gerelateerd is aan de diabetespopulatie.

Figuur 6: Percentage diabetespatiënten (ouder dan 18 jaar, inclusief de personen die in de periode zijn overleden) die tussen 2022 en 2024 ten minste één amputatie ondergingen (Bron: CM-gegevens gewogen volgens de Belgische bevolkingsstructuur in 2022, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht)



2.1.5. Impact van de ziekte op de financiële last van de zorg

Op basis van de gegevens van CM-leden kan de financiële last van de eigen bijdragen van diabetespatiënten ingeschat worden, door hun zorgkosten te vergelijken met die van niet-diabetici. De eigen betalingen “omvatten remgelden, supplementen [extra facturering boven op het tarief zoals in de nomenclatuur bepaald] en directe betalingen voor niet-gedekte producten en diensten” (Gerkens, et al., 2024a, p. 45). Buiten de ziekenhuisopnames zijn de kosten van niet-gedekte producten en diensten niet bekend en daarom niet opgenomen in de schatting. Dit is dus een minimale schatting van de kosten van de ziekte.

De gemiddelde totale kost voor de patiënten²³ (gegevens 2023-2024 over 15 maanden voor alle patiënten gedetecteerd in 2022²⁴) bedragen:

- 880 euro voor de diabetespatiënten zonder VT die insuline gebruiken gedurende 15 maanden, vergeleken met 624 euro voor de niet-diabetespatiënten zonder VT, dus een verschil van 256 euro dat kan worden toegeschreven aan de diabetes. 25% van de diabetespatiënten maakt totale kosten van meer dan 960 euro (vergeleken met 657 euro voor niet-diabetici).
- 583 voor de diabetespatiënten met VT die insuline gebruiken, vergeleken met 426 euro voor niet-diabetespatiënten met VT, dus 157 euro bijkomende kosten die kunnen worden toegeschreven aan de diabetes. 25% van de diabetespatiënten met VT die insuline gebruiken, maken totale kosten van meer dan 644 euro (vergeleken met 435 euro voor niet-diabetespatiënten met VT).

De geschatte minimumkosten voor behandeling (zonder rekening te houden met niet-terugbetaalde, niet-geregistreerde kosten) lopen op en vormen een aanzienlijke financiële last, vooral voor personen met VT. Het VT-statuuut verlaagt de kosten, maar slechts in beperkte mate.

²³ Netto-remgeld (na toepassing van de maximumfactuur) en supplementen geregistreerd in het kader van de uitvoering van verplichte ziekteverzekering (gedeeltelijke registratie). De niet door de verplichte ziekteverzekering terugbetaalde gezondheidszorg is niet opgenomen in de analyse. Dit is dus een onderschatting van het totale bedrag dat door patiënten wordt betaald.

²⁴ Patiënten ouder dan 18 jaar in 2022, met uitzondering van in de periode 2022-2024 overleden patiënten en patiënten die tijdens de periode niet continu lid waren van CM. 1:2 matching van de controlegroep (met uitsluiting van alle mensen die tussen 2021 en 2025 diabetesgerelateerde prestaties/medicatie gebruiken) op basis van leeftijd, geslacht, provincie en VT-statuuut.

2.1.6. Verbetermogelijkheden

Diabetes is een volksgezondheidsprobleem met een hoge prevalentie. De aandoening wordt nog steeds onvoldoende opgespoord, hoewel het aantal gevallen in de komende jaren waarschijnlijk zal toenemen. Er is een sterke sociaaleconomische gradiënt vastgesteld: de prevalentie van diabetes neemt aanzienlijk toe naarmate het sociaaleconomische niveau daalt, met een groter verlies van QALY dan in de meest bevoorrechte groep. Voor de meest kwetsbaren is het risico op inadequate zorg groter: ze hebben minder kans op een regelmatige en volledige opvolging en een hoger risico op ernstige complicaties, mede door een slechtere toegang tot de zorg. Voor mensen met een lagere sociaaleconomische status zal een aangepaste behandeling waarschijnlijk beter tegemoetkomen aan hun grotere zorgbehoeften. Op basis van deze bevindingen kan men verbeteringen voorstellen in de vorm van doelstellingen (te bereiken binnen vijf jaar), ter illustratie:

- a) **Einddoelstelling:** daling van de incidentie van ziekenhuisopnames wegens diabetescomplicaties bij de gediagnosticeerde personen en volgens de sociaaleconomische status: daling voor de volledige groep diabetici en wegwerking van de kloof tussen de sociaaleconomische groepen, bijvoorbeeld de meest kwetsbaren (< dan percentiel 50) bereiken de waarde van percentiel 80-90? (streefwaarde te bepalen op basis van de waarde van het referentiejaar volgens de sociaaleconomische groep).
- b) **Tussentijdse resultaatdoelstellingen:** 80% glykemische controle (HbA1c < 8%) en bloeddruk (< 140/90) bereiken bij de gediagnosticeerde personen (Wereldgezondheidsorganisatie (Gregg, et al., 2023)).
- c) **Operationele procesdoelstellingen:**
De toegang tot de zorg verbeteren volgens het beginsel van proportioneel universalisme²⁵:
 - De gevoeligheid voor de zorgbehoefte verbeteren door een vroegtijdige opsporing, in het bijzonder in de groepen met het hoogste risico.
 - De financiële toegankelijkheid verbeteren: de eigen bijdragen van patiënten voor de behandeling van diabetes verlagen.

Verbetering van de voorwaarden van de zorgverlening:

De kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd door te verzekeren dat meer, en in het bijzonder niet-insulineafhankelijke patiënten regelmatig worden onderzocht:

- Stijging van het aandeel mensen met diabetes die insuline gebruiken en follow-uponderzoeken ondergaan over een periode van 15 maanden: van 54% in 2022 naar 75% over vijf jaar, en vermindering van de waargenomen kloof tussen de subgroepen van de bevolking volgens sociaaleconomisch niveau naar maximaal 10 punten²⁶ verschil (vergeleken met 18 punten verschil in 2022);
- Stijging met vijf punten van het percentage patiënten die insuline gebruiken met een zorgprotocol voor diabetes, naar 91% (86% in 2021);
- Stijging met 20 punten van het percentage diabetespatiënten die worden behandeld met een ander zorgprotocol dan insuline, naar 46% (26,6% in 2021).

2.2. Hart- en vaatziekten bij vrouwen

In 2020 is de voor leeftijd gecorrigeerde incidentie van myocardinfarct (vernietiging van de hartspeer door verstopping van een kransslagader) lager bij vrouwen (91/100.000) dan bij mannen (135/100.000) (Belgium.be, 2024a). De zelfgerapporteerde prevalentie van angina pectoris (veroorzaakt door vernauwing van de kransslagaders) is 2,5% bij vrouwen en 5,9% bij mannen ouder dan 65²⁷. De hart- en vaatziekten (een geheel van pathologieën) zijn de eerste doodsoorzaak bij vrouwen (24,9% in 2022 (Statbel, 2025)).

2.2.1. Onvoldoende gedekte zorgbehoeften

Hoewel het sterftecijfer op 30 dagen na een acuut myocardinfarct in de algemene bevolking tussen 2000 en 2014 globaal verbeterd is (Gerkens, et al., 2024a), hebben twee studies aangetoond dat het sterfterisico na een percutane coronaire interventie significant hoger is bij vrouwen in België, na aanpassing voor de risicofactoren voor overlijden (in het bijzonder de leeftijd). Zo stelt men een 35% hoger sterfterisico in het ziekenhuis vast na een coronaire interventie bij vrouwen in vergelijking met mannen (Lempereur, et al., 2016). Een ander onderzoek toont een verschil in sterfterisico van bijna 50% bij vrouwen met een

25 Dit beginsel stelt voor de interventies te moduleren op basis van de sociale gezondheidsgradiënt om tegemoet te komen aan de verschillende behoeften van subgroepen van de bevolking: "De maatregelen moeten universeel zijn, maar met een intensiteit en op een schaal die evenredig zijn met het niveau van het nadeel" (Francis-Oliviero, Cambon, Wittner, Marmot, & Alla, 2020, eigen vertaling).

26 Een punt komt overeen met het rekenkundige verschil tussen twee percentages: als een percentage bijvoorbeeld stijgt van 20% naar 30%, komt dat overeen met een verschil van 10 punten.

27 Zie <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia#health-and-quality-of-life>.

myocardinfarct met een verhoogd ST-segment vergeleken met mannen (Gevaert, et al., 2014). Een dergelijk resultaat werd al in 2005 aangetoond in België (voor leeftijd gecorrigeerde mortaliteit (Van Brabant, et al., 2005)).

Waarom is de prognose minder gunstig voor vrouwen? Verschillende factoren verklaren samen het verschil in sterfterisico dat wordt waargenomen bij vrouwen na een percutane coronaire interventie, in de eerste plaats de factoren die de tijd beïnvloeden die nodig is om een behandeling voor het myocardinfarct te krijgen.

De wachttijd voor de behandeling is een van de meest bepalende factoren voor de overleving bij een volledige verstopping van de kransslagader (60 tot 90 minuten na het eerste contact (Beauloye, 2017)). Nu is het zo dat vrouwen hun symptomen later herkennen dan mannen, vanwege een gebrek aan bewustmaking of vanwege belemmeringen bij de toegang tot de zorg (Vogel, et al., 2021). Na het eerste contact moet de hele zorgketen zich organiseren om de tijd tot het krijgen van een behandeling te verkorten. Het gebrek aan prioritering kan al beginnen bij de ambulancediensten, aangezien de wachttijden gemiddeld langer zijn voor vrouwen (Melberg, Kindervaag, & Rosland, 2013), ondanks vergelijkbare symptomen en een identieke diagnose (merk op dat een op criteria gebaseerd instrument de prioritering van de patiënten verbetert).

De diagnose van hart- en vaatziekten bij vrouwen zou ook worden vertraagd doordat vrouwelijke symptomen (die verschillend zijn van deze bij mannen) niet worden herkend en de artsen het risico bij jonge vrouwen onderschatten (Gevaert, et al., 2014; Sholokhova, 2023; Pasquet, 2022).

Wat de secundaire preventie van recidive betreft, worden de risicofactoren bij vrouwen onvoldoende onder controle gehouden (minder lichaamsbeweging, hogere prevalentie van obesitas, slechtere controle van cholesterol en geglyceerde hemoglobine) (Vynckier, et al., 2022; Pasquet, 2022). De aanbevelingen voor de secundaire preventie, voornamelijk ontwikkeld op basis van klinische onderzoeken waaraan in meerderheid mannen deelnemen, zijn onvoldoende aangepast aan het risicoprofiel van vrouwen. Er moet ook worden opgemerkt dat de respons op de medicatie verschilt volgens geslacht (voor de behandeling met anticoagulantia en anti-aggregantia) (Vogel, et al., 2021; Pasquet, 2022). Meer op vrouwen gericht onderzoek is onmisbaar om deze leemte in de medische kennis te vullen. Deze bevindingen

weerspiegelen een structurele ongelijkheid in de behandeling van cardiovasculaire problemen, zowel wat betreft de toegang tot de zorg als de juiste behandeling.

2.2.2. Verbetermogelijkheden

De studies benadrukken het feit dat de zorg onvoldoende aangepast is aan de specifieke klinische behoeften van vrouwen in alle fasen van de zorg (diagnose, behandeling en secundaire preventie).

De verbetering van de toegang tot de zorg is de sleutel tot het terugdringen van de sterfte bij vrouwen, in het bijzonder door in te spelen op de gevoeligheid (het vermogen om een vroegtijdige diagnose te stellen, vanuit het oogpunt van zowel de zorgverleners als de patiëntes). Het verkorten van de tijd tussen de eerste symptomen en de behandeling is een belangrijke uitdaging om de overlevingskansen van vrouwen te verbeteren.

Wat betreft de **kwaliteit van zorg** (de omstandigheden van de zorgverlening): de aangepastheid van de zorg zou kunnen worden verbeterd met het oog op een behandeling die beter is afgestemd op de specifieke risicofactoren van vrouwen. Maar het is niet alleen een kwestie van de aangepastheid van de zorg. Onderzoek moet met name zorgen voor een beter wetenschappelijk inzicht in de zorgbehoeften en specifieke behandelingen voor hart- en vaatproblemen bij vrouwen.

Op basis van deze bevindingen kunnen verbeteringen worden geformuleerd in de vorm van doelstellingen die binnen vijf jaar moeten worden bereikt (ter illustratie).

- a) **Einddoelstelling:** de sterfte op 30 dagen bij vrouwen²⁸ met myocardinfarct verminderen.
- b) **Operationele procesdoelstellingen:**
 - De zorgverleners informeren over de symptomen van hart- en vaatziekten bij vrouwen en over de juiste behandeling bij vrouwen;
 - De tijd verkorten tussen het eerste contact met een zorgverlener en de behandeling, op ziekenhuis- en macroniveau (indicator a priori nog niet beschikbaar, te ontwikkelen);
- c) **Operationele structuurdoelstellingen:** het onderzoek naar de cardiovasculaire gezondheid van vrouwen ontwikkelen.

28 Deze indicator is alleen beschikbaar voor de gehele bevolking ouder dan 45, niet uitgesplitst naar geslacht (Gerken, et al., 2024b). Daarom is het moeilijk om een streefwaarde vast te stellen.

3. De governance van het gezondheidszorgsysteem op basis van het werken met doelstellingen

De doelstellinggerichte aanpak om de prestatie van de gezondheidszorg te verbeteren moet gestructureerd worden benaderd, vertrekkend van de mobilisatie van de kennis, de participatie van de belanghebbenden en de continue evaluatie.

Vooreerst benadrukken we een aantal belangrijke factoren waarmee men rekening moet houden om de prestatie van het gezondheidszorgsysteem beter te evalueren en rekening te houden met nog onvoldoende gedekte zorgbehoeften.

Dit deel toont ook hoe het bepalen van doelstellingen voor de oplossing van prestatieproblemen geïntegreerd moet worden in een governancecyclus. De *governance* moet de betrokkenheid van alle belanghebbenden bij de prioritaire doelstellingen waarborgen. Het bereiken van de doelstellingen hangt immers niet alleen af van de beschikbare middelen. Het is sterk afhankelijk van de manier waarop de belanghebbenden worden betrokken bij alle stadia van de ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid.

3.1. De prestatie van het gezondheidszorgsysteem beter evalueren

In het eerste deel van onze studie hebben we gezien dat het vermogen om een gezondheidszorgbeleid te ontwikkelen dat beter aan de zorgbehoeften van de bevolking voldoet, in de eerste plaats zal afhangen van **de evaluatie van de prestatie van de zorg**, die het mogelijk moet maken om na te gaan of het gezondheidszorgsysteem zijn missie realiseert. De resultaten tonen aan dat een betere dekking van de gezondheidsbehoeften van de bevolking in alle prestatiedimensies moet worden beschouwd. Dit houdt in dat in de eerste plaats de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg onderzocht worden, evenals de gevolgen voor de doeltreffendheid, de billijkheid en de efficiëntie. Het door het Federaal Expertisecentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ontwikkelde conceptuele kader voor de evaluatie van de prestatie van het ge-

zondheidszorgsysteem en de vier dimensies van toegankelijkheid, blijken relevante analytische instrumenten voor de identificatie van zowel problemen als verbetermogelijkheden. De hierboven geanalyseerde voorbeelden van problemen met de dekking van zorg laten echter zien dat het nodig is om enerzijds **de reikwijdte van de evaluatie van de prestatie van de zorg nog verder uit te breiden en anderzijds ze te verfijnen**, om de dekking van de zorgbehoeften beter te begrijpen en het gezondheidszorgsysteem te steunen in zijn missie.

Het is ook belangrijk om te benadrukken dat de evaluatie van de prestatie niet alleen gebaseerd mag zijn op het werk van het KCE. De bestudeerde voorbeelden van chronische ziekten tonen dat men een relevante samenvatting van de prestatieproblemen kan maken door resultaten uit verschillende bronnen samen te brengen. Dit geeft een breed en gedetailleerd beeld dankzij de complementariteit van de bronnen, en versterkt de geldigheid van de resultaten wanneer ze convergeren.

3.1.1. Onderzoek en continue bijscholing van de gezondheidswerkers

Een prestatiedomein van het gezondheidszorgsysteem dat minder aandacht krijgt, is het wetenschappelijk **onderzoek** rond gezondheid. De geanalyseerde voorbeelden van chronische ziekten tonen dat er, ondanks het bestaan van behandelingen, nog steeds grote leemten in de zorg zijn. Het voorbeeld van de behandeling van hart- en vaatziekten illustreert de hardnekkige gendervooroordelen in de gezondheidszorg, die de kwaliteit van wetenschappelijke kennis ondermijnen en grote risico's met zich meebrengen voor de gezondheid van vrouwen. Deze vooroordelen beïnvloeden alle stadia van het onderzoek, van de ontwikkeling van het protocol tot de uitvoering van de aanbevelingen (Sholokhova, 2023). **Daarom is het belangrijk na te denken over de evaluatie van de kwaliteit van het onderzoek, aansluitend op de evaluatie van de prestatie van de gezondheidszorg.**

Naast de manier waarop het onderzoek wordt uitgevoerd, moet ook het **verband tussen de ziektelast en de financiering van het onderzoek** worden geanalyseerd om de financiering beter te richten op domeinen die mogelijk te weinig worden gefinancierd in verhouding met hun impact op de volksgezondheid. De vraag van de financiering van het onderzoek is vooral relevant voor nieuwe gezondheidskwesties, zoals het PFAS-gezondheidsschandaal, de 'blijvende

verontreinigende stoffen²⁹. Het herinnert ons aan de vele gevaren voor de volksgezondheid die de aantasting van het milieu veroorzaakt. Milieugerelateerde gezondheidsrisico's zoals extreme weersomstandigheden of blootstelling aan een breed scala aan verontreinigende stoffen (pesticiden, hormoonverstoorders, oplosmiddelen, zware metalen, microplastics, enz.) vormen wegens hun complexe impact op de gezondheid een grote uitdaging voor de volksgezondheid. Recente rapporten schatten dat de aantasting van het milieu de oorzaak is van veel vroegtijdige sterfgevallen (hartaanvallen, kanker) en stofwisselings- of voortplantingsziekten (Levy, 2020). Een beter begrip van deze kwesties dankzij onderzoek, zeker op het gebied van preventie en diagnose, is essentieel om te anticiperen en het gezondheidszorgsysteem aan te passen aan de nieuwe behoeften en de publieke actie met de andere sectoren te coördineren.

De voorbeelden van problemen met de dekking van zorgbehoeften van de twee onderzochte chronische ziekten benadrukken ook de belangrijke rol van de bijscholing van de zorgverleners voor de verbetering van de zorg, zowel in de diagnose als de behandeling of de relatie met de patiënt-e. In een context die gekenmerkt wordt door een snelle evolutie van de kennis (medisch, epidemiologisch, enz.) en de technologische vooruitgang, is het ook essentieel voldoende en onafhankelijke bijscholing te garanderen om een hoog kwaliteitsniveau te handhaven. Het regelmatig bijwerken van de competenties van de gezondheidswerkers in de context van de versnelling van de wetenschappelijke en technische vooruitgang, is dan ook een grote uitdaging voor de garantie van de zorgkwaliteit en de best mogelijke gezondheidsresultaten. Het is daarom cruciaal dat de bijscholing als een integraal onderdeel van de performantie van het gezondheidszorgsysteem wordt erkend en regelmatig wordt geëvalueerd.

3.1.2. De onvoldoende gedekte behoeften beter identificeren

De analyse van het zorggebruik bij diabetes toont het voortbestaan van een verontrustende paradox in het Belgische gezondheidszorgsysteem: het gebruik van gezondheidszorg (zie Figuur 5) neigt omgekeerd evenredig te zijn met de behoefte aan gezondheidszorg (zie Figuur 4) volgens een sociale gradiënt: elke subgroep wordt meer getroffen door de ziekte dan de subgroep in de aangrenzende hogere sociaaleconomische klasse. De prevalentie van

gediagnosticeerde diabetes is 9,7% in kwetsbare wijken, vergeleken met slechts 5% in welvarende gebieden, terwijl de toegang tot hoogwaardige zorg er lager is. Dit billijkheidsprobleem is al aangetoond in andere, meer gedetailleerde onderzoeken (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022; Gerkens, et al., 2024a). Performantie-indicatoren die alleen voor de bevolking als geheel worden berekend, kunnen echter niet rapporteren over het bestaan van structurele ongelijkheden in de toegang tot de zorg of in de andere performantiedimensies, in het bijzonder de gepastheid of doeltreffendheid van de zorg. Een voor de algemene bevolking berekende indicator weerspiegelt het idee van een veronderstelde homogene bevolking en de afwezigheid van vooroordelen in de zorgverlening (zie de analyse van myocardinfarct bij vrouwen). Daarom is het **essentieel dat we indicatoren ontwikkelen die in staat zijn om op een voldoende fijne wijze het heterogene karakter van de performantieresultaten te beschrijven voor de subgroepen van de populatie**, in het bijzonder volgens geslacht en sociaaleconomisch niveau.

Voor de meest kwetsbare groepen, zoals daklozen of migranten, is het ook belangrijk om te verzekeren dat gegevensbronnen beschikbaar zijn om de routinematig verzamelde gegevens aan te vullen, aangezien de grootste problemen waarmee zij te maken hebben mogelijk niet worden geïdentificeerd, vooral vanwege hun ondervetgenwoordiging en hun verschillende aard.

Wat de toegang tot zorg betreft, moeten we de vier subdimensies – gevoeligheid, financiële toegankelijkheid, beschikbaarheid, aanvaardbaarheid – beter evalueren door nieuwe indicatoren te ontwikkelen. De **gevoeligheid** voor de zorgbehoeften moet verder worden bestudeerd om zwakke punten in de vroegtijdige opsporing van chronische ziekten te beoordelen, bijvoorbeeld voor diabetes of hart- en vaatproblemen bij vrouwen.

Voor de chronische ziekten is het ook van vitaal belang de **financiële last** te analyseren die patiënten dragen, in functie van de chronische pathologieën. Er zijn echter weinig indicatoren beschikbaar voor de eigen bijdragen per pathologie, met inbegrip van wat niet wordt terugbetaald. Dit type analyse moet het mogelijk maken om de financiële toegankelijkheid van zorg die onmisbaar is voor de gezondheid van chronisch zieken te beoordelen en om de financiële beschermingsmaatregelen te verbeteren.

29 Zie: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/02/23/polluants-eternels-explorez-la-carte-d-europe-de-la-contamination-par-les-pfas_6162942_4355770.html

Men moet voorkomen dat patiënten om financiële redenen een behandeling uitstellen en, als ze zich toch laten behandelen, niet langer financieel in staat zijn om in hun basisbehoeften te voorzien. Dit risico is des te groter voor de kwetsbare groepen.

Voor de **beschikbaarheid** van zorg moeten de wachttijden beter worden gedocumenteerd, in het bijzonder voor het krijgen van een afspraak bij een huisarts of specialist en volgens de conventioneringsstatus.

De **aanvaardbaarheid**, de vierde subdimensie van toegankelijkheid, is eveneens een domein dat grondig moet worden bestudeerd om een beter inzicht te krijgen in de problemen waarmee patiënten worden geconfronteerd, zoals discriminerend gedrag of een verkeerde voorstelling van bepaalde sociale groepen, bijvoorbeeld vrouwen, mensen met mentale gezondheidsproblemen, kwetsbare ouderen, mensen met een handicap, mensen in preciaire situaties, mensen van buitenlandse afkomst, enz.

Om de te bereiken doelstellingen te definiëren, moet men de performantie grondig evalueren om de diversiteit van de problemen in de dekking van zorgbehoeften van de subgroepen van de bevolking volledig in kaart te brengen. Zo kan men verbeteracties ondernemen volgens het beginsel van proportioneel universalisme. Deze aanpak is erop gericht de sociale ongelijkheden in gezondheid te verminderen en de gezondheidsresultaten universeler te maken, door middel van acties die voor iedereen toegankelijk zijn, maar aangepast zijn aan de mate van het sociaal nadeel. Immers, “de gezondheidsongelijkheden hebben niet alleen betrekking op de slechte gezondheid bij personen in armoede, maar bestrijken het hele scala aan gezondheidsgradaties, ongeacht waar we ons bevinden op de sociale ladder. Het gaat niet om ‘zij’, personen in armoede, en ‘wij’, personen die niet in armoede leven; het gaat om iedereen onder het hoogste sociale niveau die een slechtere gezondheid heeft dan zou kunnen” (Marmot, 2015, p. 27, eigen vertaling).

Naast het definiëren van de te bereiken doelstellingen, vereist de verbetering van het gezondheidszorgbeleid het opzetten van een governancekader dat een collectieve en proactieve reflectie aanmoedigt over de acties die moeten worden ondernomen om deze doelstellingen te bereiken (Martini & Davesne, 2024).

3.2. Gezondheidsdoelstellingen en governance van het gezondheidszorgbeleid

De transformatie van het gezondheidszorgsysteem moet worden gezien in de vorm van iteratieve verbetercyclussen in verschillende fasen: de identificatie van de problemen in de dekking van zorgbehoeften, de keuze van prioriteiten door het stellen van doelen, de ontwikkeling van actieprogramma's, de uitvoering en de evaluatie (Cès, 2022).

3.2.1. Kennis verzamelen over de problemen in de dekking van klinisch gevalideerde zorgbehoeften

Als eerste stap is het essentieel de bestaande kennis over performantieproblemen te verzamelen en te bespreken, om zo de beleidscapaciteit te versterken om te anticiperen op volksgezondheidsproblemen en ze op te lossen.

In de twee onderzochte voorbeelden van chronische ziekten is de dekking van de zorgbehoeften nog steeds ontoereikend, wat resulteert in grote gezondheidsrisico's. Dit betekent dat **aanhoudende tekortkomingen in verschillende domeinen van de performantie van de zorg tot een vermijdbare ziektelast leiden**, namelijk oversterfte bij vrouwen door hart- en vaatproblemen en een risico op een verslechtering van de gezondheidstoestand bij mensen met diabetes.

In het licht van deze resultaten en de epidemiologische evolutie is het essentieel om deze nog onvolledige analyse voort te zetten voor andere chronische ziekten, te beginnen met de ziekten die het grootste aantal mensen treffen en een grote impact hebben op de gezondheid, om gezondheidsproblemen te identificeren die de zorg kan voorkomen. **Daartoe pleiten we voor de creatie (en bijwerking) van een synthetisch instrument voor elke chronische ziekte, om de bestaande wetenschappelijke kennis over de problemen in de dekking van de zorgbehoeften en de bijbehorende gezondheidsrisico's te verzamelen.** De structuur van dit instrument moet het mogelijk maken om de last van chronische ziekten te beschrijven (zoals mortaliteit, morbiditeit en levenskwaliteit), de zorgbehoeften die onvoldoende worden gedekt en de gevolgen voor de gezondheid of voor de financiële last van de zorg, evenals de verbetermogelijkheden.

We pleiten ook voor een soortgelijke, meer transversale analyse van elk van de performantiedimensies, met prioriteit voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, om een synthese te maken van de specifieke problemen in soms minder bestudeerde domeinen, zoals de veiligheid of de aanvaardbaarheid van de zorg.

De identificatie van de problemen in de dekking van de zorgbehoeften op basis van de wetenschappelijke kennis moet worden **aangevuld met een discussie tussen de belanghebbenden** om de resultaten eventueel te corrigeren, aan te vullen of te nuanceren op basis van de kennis van experts (deskundigen, actoren op het terrein en ervaringsdeskundigen³⁰, in het bijzonder van de patiënten). Enerzijds is het nuttig om de wetenschappelijke kennis kritisch te analyseren vanwege de mogelijke beperkingen van de publicaties (onvolledigheid, belangenconflicten, problemen met de kwaliteit van onderzoeksprotocollen, kwaliteit van de indicatoren, enz.). Anderzijds kan men niet alle problemen in de dekking van de zorg bestuderen. In dit stadium is het essentieel dat de performantieproblemen zo volledig mogelijk in kaart worden gebracht, om een gemeenschappelijke kennis op te bouwen en over de prioriteiten te kunnen beslissen. Er moet ook worden opgemerkt dat het hier niet de bedoeling is om een diepgaande analyse uit te voeren van de vele onderliggende oorzaken van de problemen in de dekking van de behoeften. Dit soort reflectie is nuttig in een later stadium, om na de selectie van de prioritaire doelstellingen verbeteracties te ontwikkelen.

De definitieve selectie van de prioritaire doelstellingen voor het gezondheidszorgsysteem zal in een later stadium plaatsvinden. Hiervoor moet nog een methodologie worden ontwikkeld waarbij alle belanghebbenden van het gezondheidszorgsysteem worden betrokken. Dit proces, dat politiek van aard is, moet rekening houden met andere overwegingen, zoals de verbetering van de billijkheid, de publieke perceptie, ethische kwesties, enz. (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017; Martini & Davesne, 2024). De verduidelijking van de criteria en de transparantie van het proces voor de selectie van de prioriteiten zijn sleutelfactoren om te verzekeren dat de belanghebbenden voor gemeenschappelijke doelstellingen worden gemobiliseerd.

Door een duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende stadia – de diagnose van de performantieproblemen, de prioritering van het beleid en het zoeken naar mogelijke oplossingen – kan de collectieve reflectie op elk stadium focussen. Deze aanpak bevordert een duidelijke afbakening van het behandelde onderwerp en een grotere transparantie. De voorgestelde oplossingen zijn immers op de eerste plaats ontworpen als antwoord op problemen die duidelijk zijn geïdentificeerd en collectief zijn geprioriteerd.

Het bepalen van gezondheidszorgdoelstellingen is echter geen doel op zich noch de sleutel tot succes. Het is slechts een instrument voor de coördinatie van het gezondheidszorgbeleid, dat moet worden geïntegreerd in een passend ruimer governancekader, zowel om tekortkomingen in de dekking van de zorgbehoeften vast te stellen als om de geboekte vooruitgang te beoordelen en de acties bij te sturen.

3.2.2. Iteratieve verbetercyclussen

Gelet op de belangen die op het spel staan en de complexiteit van de uitdagingen, moet een nieuwe *governance* de collectieve reflectie opnemen in een continu verbeteringsproces voor de aanpassing van het gezondheidszorgbeleid. Deze nieuwe aanpak moet worden begeleid door een volledig participatiesysteem, gebaseerd op een reeks waarden (zoals vertrouwen, transparantie, integriteit) en geformaliseerd (methodologieën, instrumenten, processen, verantwoordelijkheden, respectieve rollen van belanghebbenden, enz.) (Cès, 2022).

Vertrekkend van de beleidsprioriteiten die zijn vastgesteld in de vorm van doelstellingen op middellange en lange termijn, is de volgende stap het ontwerpen van actieprogramma's om ze te bereiken. Vooral ontwerpmethodologieën worden aanbevolen om de complexe problemen aan te pakken en de gezamenlijke ontwikkeling van innovatieve oplossingen te stimuleren, waarbij de ervaring van de begunstigden centraal staat (Cès, 2022). Deze programma's moeten vervolgens op jaarlijkse of meerjarenbasis worden uitgevoerd, afhankelijk van de budgettaire mogelijkheden.

30 Een begrip dat "verwijst naar het idee dat (i) mensen zonder academische opleiding in een onderwerp – maar die er wel bij betrokken zijn omdat ze er persoonlijke ervaring mee hebben – specifieke kennis en analyses kunnen ontwikkelen; en dat (ii) met deze kennis en deze analyses rekening kan en moet worden gehouden in de besluitvormingsprocessen, ongeacht of de beslissingen betrekking hebben op individuen, de ontwikkeling van protocollen, de organisatie van het gezondheidszorgsysteem of het gezondheidszorgbeleid in het algemeen" (Akrich & Rabeharisoa, 2012, p. 70, eigen vertaling).

De volgende stap is de evaluatie van de impact van de acties, een essentiële component voor de ondersteuning van het gezondheidszorgbeleid in een proces van continue verbetering. Vanwege de complexiteit van de factoren die de performantie van het gezondheidszorgsysteem beïnvloeden, moet de evaluatie van de verwezenlijking van de doelstellingen het mogelijk maken om zowel de feitelijke uitvoering van de acties als de gehele vooruitgang te beoordelen. Ze mag niet beperkt blijven tot het bereiken van de SMART-doelstelling, omdat dit het risico inhoudt dat de complexiteit van situaties wordt gereduceerd tot simplistische oordelen. Bovendien stelt de 'wet van Goodhart': "wanneer een maatregel een doel wordt, is het niet langer een goede maatregel", omdat hij dan onderhevig wordt aan directe of indirecte manipulatie.

Het gaat er dus niet om een dwingend systeem op te zetten om de zorgverleners te controleren aan de hand van een beperkt aantal indicatoren, die intrinsiek voor verbetering vatbaar zijn in het licht van een complexe realiteit. Een systemische en interdisciplinaire aanpak, die een verscheidenheid aan indicatoren en het perspectief van alle belanghebbenden omvat, is nodig om de soms complexe realiteit van de performantieproblemen volledig te begrijpen.

Conclusie

Deze studie maakt deel uit van een bredere collectieve reflectie over de transformatie van het gezondheidszorgsysteem, geformaliseerd door middel van prioritaire doelstellingen. Deze niet-exhaustieve samenvatting van de performantie van het gezondheidszorgsysteem aan de hand van twee voorbeelden van chronische ziekten toont dat er een aanzienlijk potentieel voor de verbetering van de volksgezondheid bestaat. Vertrekkend van de identificatie van dit potentieel in de sector gezondheidszorg en van de meer systemische factoren die de performantie van het gezondheidszorgsysteem belemmeren, kan men gezondheidszorgdoelstellingen voorstellen. Het nastreven van deze doelstellingen zou niet alleen grote gezondheidswinsten opleveren maar ook, bij de huidige stand van de medische kennis, een betere preventie mogelijk maken van gezondheidsproblemen die door de zorg kunnen worden vermeden, en zo een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van de efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem. Voor een aantal nog onvoldoende gedekte behoeften, zou een investeringsinspanning de zorgkosten kunnen verlagen, bijvoorbeeld door de complicaties van diabetes te verminderen.

Het bepalen van doelstellingen is echter geen doel op zich, noch de sleutel tot succes. Het is slechts een instrument voor de coördinatie van het gezondheidszorgbeleid, dat moet worden geïntegreerd in een passend governancekader, zowel om tekortkomingen in de dekking van de zorgbehoeften vast te stellen als om de geboekte vooruitgang te beoordelen en de acties bij te sturen. Deze fase moet deel uitmaken van een breder governanceproces, gebaseerd op een volledig en geformaliseerd systeem, inclusief wetenschappelijke analyse, collectieve participatie en evaluatie in het kader van cyclussen van continue verbetering.

Een betere begeleiding van de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid is een krachtige hefboom voor een betere dekking van de zorgbehoeften, de vermindering van de ongelijkheden in de zorg en de versterking van het vermogen van het systeem om op huidige en toekomstige uitdagingen te reageren.

Bibliografie

- Akrich, M., & Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de la démocratie sanitaire. *Santé publique*, 24(1), 69-74.
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-31.
- Beauloye, C. (2017). Traitement de l'infarctus myocardique. *La Revue de Louvain Médicale*, 136, 474-477.
- Belgium.be. (2024a). *Coronaire hartziekte*. Opgehaald van: Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/coronaire-hartziekte>.
- Belgium.be. (2024b). *Diabète*. Opgeroepen op mei 5 2025, van: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/diabetes>.
- Belgium.be. (2025). *Soins aux personnes âgées*. Opgeroepen op 24 maart 2025, van: Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen>.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Éléments d'épidémiologie, deuxième édition*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). KCE reports 334*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS (Evaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*. Québec: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Claessen, H., Avalosse, H., Guillaume, J., Narres, M., Kvitkina, T., Arend, W., . . . Ickx, A. (2018). Decreasing rates of major lower-extremity amputation in people with diabetes but not in those without: a nationwide study in Belgium. *Diabetologia*, 61, 1966-1977.
- Contandriopoulos, A. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), 191-199.
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittner, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate. *Pan American Journal of Public Health*, 44, 1-11.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024a). *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Health Services Research (HSR). KCE Reports 376A*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024b). *Performance of the Belgian health system : Report 2024 – Supplement: technical sheets for indicators - dimensions. Health Services Research (HSR). KCE Reports 376S1*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Gevaert, S., De Bacquer, D., Evrard, P., Convens, C., Dubois, P., Boland, J., . . . Claeys, M. (2014). Gender, TIMI risk score and in-hospital mortality in STEMI patients undergoing primary PCI: results from the Belgian STEMI registry. *EuroIntervention*, 9(9), 1095-1101.
- Greer, S. L., Wismar, M., Figueras, J. (2016). *Strengthening Health System Governance, Better policies, stronger performance, European Observatory on Health Systems and Policies Series 2016*. The European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire: Open University Press.
- Gregg, E., Buckley, J., Ali, M., Davies, J., Flood, D., Metha, R., . . . Shaw, J. (2023). Improving health outcomes of people with diabetes mellitus: global target setting to reduce the burden of diabetes mellitus by 2030. *Lancet*, 401(10384), 1302-1312.
- Health in All Policies. (2025). Opgeroepen op 25 maart 2025, van: Pan American Health Organization: <https://www.paho.org/en/topics/intersectoral-action-health-all-policies>.
- Holman, N., Knighton, P., O'Keefe, J., Wild, S., Brewster, S., Price, H., & ... Sattar, N. (2021). Completion of annual diabetes care processes and mortality : a cohort study using the National Diabetes Audit for England and Wales. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 23(12), 2728-2740.

- INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024. Rapport final*. Bruxelles: INAMI.
- Lauwers, P., Wouters, K., Vanoverloop, J., Avalosse, H., Hendricks, J., Nobels, F., & Dirinck, E. (2022). Temporal trends in major, minor and recurrent lower extremity amputations in people with and without diabetes in Belgium from 2009 to 2018. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 189, 109972.
- Lebbe, C., Ntahonganyira, R.-M., & Vandenberghe, J. (2017). De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een diagnose van ADHD. *CM-Informatie*, 269, 41-45.
- Lempereur, M., Magne, J., Cornelis, K., Hanet, C., Taeymans, Y., Vrolix, M., & Legrand, V. (2016). Impact of gender difference in hospital outcomes following percutaneous coronary intervention. Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC). *EuroIntervention: Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC) registry*, 12(2), 216-223.
- Levy, Y. (2020). Les considérables progrès de la santé environnementale. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(9), 1061-1068.
- Maertens de Noordhout, C., Devos, C., Adrianenssens, J., Bouckaert, N., Ricour, C., & Gerkens, S. (2022). *Évaluation de la performance du système de santé : soins des personnes vivant avec des maladies chroniques. Health Services Research (HSR). KCE reports 352B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Maertens de Noordhout, C., Levy, M., Claerman, R., De Jaeger, M., De Pauw, R., Kohn, L., ... Cleemput, I. (2024). *NEED: evaluatie van on- vervulde gezondheidsgerelateerde behoeften van patiënten en samenleving. Synthese. Health Services Research (HSR). KCE Reports 377As*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Marmot, M. (2015). *The health gap*. Dublin: Bloomsbury Paperbacks.
- Martini, J., & Davesne, A. (2024). *Health and health care targets. What lessons can Belgium learn from other countries? OSE Paper Series, Research Paper No. 65*. Brussels: European Social Observatory.
- Melberg, T., Kindervaag, B., & Rosland, J. (2013). Gender-specific ambulance priority and delays to primary percutaneous coronary intervention: a consequence of the patients' presentation or the management at the emergency medical communications center? *American heart journal*, 166(5), 839-845.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. Paris: Nations Unies.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). *Exploratory steps for the formulation of Belgian health system target. Health Services Research (HSR). KCE Reports 292*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Ogbeiwi, O. (2021). General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *Journal of Management & Organization*, 27(2), 324-341.
- Or, Z., Gandré, C., & Wharton, G. (2022). *Soutenabilité et résilience du système de santé français. Document de travail n° 88*. Paris : IRDES.
- Pasquet, A. (2022). Le cœur a-t-il un sexe? *Cœur & Artères. Journal de la ligue cardiologique belge*, 3-4.
- Rudkin, J.-E., & Rancati, A. (2020). Chapter 13: Design for Policy. In V. Sucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 144-151). Brussels: Elsevier.
- Sagan, A., Greer, S., Webb, E., McKee, M., Muscat, N., Lessof, S., & de la Mata, I. (2024). Renforcer la résilience des systèmes de santé à l'ère de la COVID-19. *Eurohealth*, 28(1), 4-9.
- Saracci, C., Mahamat, M., & Jacquéroz, F. (2019). How to write a narrative literature review article ? *Revue médicale suisse*, 15 (664), 1694-1698.
- Schokkaert, E., Baeten, R., Bruffaerts, R., De Maeseneer, J., Geerts, J., Godderis, L., ... Vandewaetere, S. (2022). *Vers un budget pluri- annuel pour les soins de santé assorti d'objectifs de soins de santé*. Bruxelles : INAMI.
- Sholokhova, S. (2023). Vrouwen en gezondheidszorg in België. Wat zijn de gendervooroordelen in de gezondheidszorg en hoe kunnen ze worden verholpen? *Gezondheid & Samenleving*, 7, 40-63.
- Statbel. (2025). *Aandoeningen van de bloedsomloop en tumoren vormen bijna de helft van alle sterfgevallen in 2022*. Opgehaald van: Doodsoorzaken: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken>.
- Van Brabandt, H., Camberlin, C., Vrijens, F., Parmentier, Y., Ramaekers, D., & Bonneux, L. (2005). *Variations des pratiques médicales hos- pitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique. KCE Report 14B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé (KCE).
- Van Wilder, L., Devleeschauwer, B., Clays, E., Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Scohy, A., & De Smedt, D. (2022). QALY losses for chronic diseases and its social distribution in the general population: results from the Belgian Health Interview Survey. *BMC Public Health*, 22(1), 1-9.

- Vanherwegen, A., Lauwers, P., Lavens, A., Doggen, K., & Dirinck, E. (2023). Sex difference in diabetic foot ulcer severity and outcome in Belgium. *PLoS One*, 18(2), 1-13.
- Verenigde Naties. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Vlayen, J., Vanthomme, K., Camberlin, C., Piérart, J., Walckiers, D., Kohn, L., . . . Leonard, C. (2010). *Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. Health Services Research (HSR). KCE Reports 128B*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- Vogel, B., Acevedo, M., Appelman, Y., Merz, C., Chierfo, A., Figtree, G., . . . Mehran, R. (2021). The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet*, 397(10292), 2385-2438.
- Vrijens, F., Renard, F., Camberlain, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., . . . Meeus, P. (2015). *La performance du système belge : rapport 2015. Health Service Research (HSR). KCE Reports 376B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Vynckier, P., Ferrannini, G., Ryden, L., Jankowski, P., De Backer, T., Gevaert, S., & EUROASPIRE V Investigators group. (2022). Gender gap in risk factor control of coronary patients far from closing: results from the European Society of Cardiology EUROASPIRE V registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29(2), 344-351.
- Wet van 6 november 2023 houdende een meerjarencader en gezondheidszorgdoelstellingen. *Belgisch Staatsblad*, 109878-109881.
- WHO Regional Office for Europe. (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Witter, S., Thomas, S., Topp, S., Barasa, E., Chopra, M., Cobos, D., . . . Ager, A. (2023). Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1454-e1458.



Budget gezondheidszorg 2025: de meerwaarde van het sociaal overleg

Saskia Mahieu – Cel Expertise Gezondheidsbeleid CM-MC

Samenvatting

Het budget voor de gezondheidszorg 2025 werd opgemaakt in een periode dat de regering-De Croo in lopende zaken was. Hoewel volledig bevoegd om dit budget op te maken, leek deze regering soms te aarzelen over de richting die ze in dit begrotingstraject moest inslaan, met name omdat op hetzelfde moment over een nieuwe coalitie en een nieuw regeerakkoord werd onderhandeld. Echter, wanneer tegen eind 2024 geen budget zou zijn goedgekeurd, was de indexering van de honoraria vanaf 1 januari 2025 niet helemaal zeker. Deze onzekerheid beïnvloedde het proces sterk, aangezien zorgverleners er in december 2024 mee dreigden hun overeenkomst of akkoord op te zeggen.

Deze specifieke elementen moeten gezien worden in de bredere budgettaire context van de verslechterende overheidsfinanciën. Het activiteitsniveau nam na de coronapandemie gestaag toe, met een lichte overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg in 2024 tot gevolg. De Europese Commissie formuleerde bijkomende aanbevelingen opdat België haar overheidstekort zou bedwingen. Bovendien deden conflicten – meer bepaald in Oekraïne – de druk toenemen voor grote investeringen in defensie.

Ondanks deze moeilijke context, functioneerde het sociaal overleg goed. Sterk toenemende uitgaven werden geanalyseerd en als die niet in lijn waren met het beoogde gezondheidszorgbeleid, werden gepaste maatregelen getroffen waarbij de patiënt-e en de zorgverlener werden beschermd. Na heel wat moeilijkheden overwonnen te hebben, legde een nieuwe ministerraad onder leiding van premier De Wever op 28 februari 2025 het budget voor de gezondheidszorg voor 2025 vast. Het Verzekeringscomité werd, met uitzondering van aanpassingen op het vlak van de besparingen in de sector van de geneesmiddelen, in haar voorstel van begin oktober gevolgd.

Sleutelwoorden: Budget, gezondheidszorg, gezondheidszorgdoelstellingen, besparingen, hervormingen, *governance*, overlegmodel, kritische analyse

1. Het Belgische sociale DNA

Het Belgische sociale zekerheidssysteem is gebaseerd op het Bismarckiaanse stelsel van sociale zekerheid dat in de late negentiende eeuw in Duitsland werd ontwikkeld. Dit houdt in dat de financiering van de sociale zekerheid grotendeels door sociale bijdragen in verhouding tot het loon gebeurt. Het systeem is gebaseerd op een sterke solidariteit tussen actieve en inactieve mensen en tussen zieke en gezonde mensen. Het beheer van de sociale zekerheid ligt logischerwijze bij de werkgeversorganisaties en de vakbonden, vertegenwoordigers van de werknemers, die het financieren, het zogenaamd systeem van paritair beheer. In 1963¹ wordt het paritair beheer uitgebreid naar de ziekenfondsen en de zorgverleners, en wordt de logica van medebeheer op de ganse ziekteverzekering toegepast waarbij de overeenkomsten en akkoorden tussen de zorgverleners en de ziekenfondsen als vertegenwoordigers van de rechthebbenden de centrale vorm van regulering van de gezondheidszorg worden (van Cutsem, 2016).

In het paritair beheersmodel worden de behoeften van de bevolking op basis van het sociaal overleg vastgelegd. Het medebeheer, waarbij alle betrokkenen samen het gezondheidszorgbeleid vormgeven, is meer ontvankelijk voor de evolutie in de behoeften van de bevolking dan een model zonder sociaal overleg en speelt daarom een belangrijke rol in de oriëntatie van niet alleen de beleidsmaatregelen, maar ook van de budgettering in de ziekteverzekering. Dit medebeheer heeft het mogelijk gemaakt om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg, met oog voor de meest kwetsbare patiëntengroepen, tot op heden zo goed mogelijk te garanderen. We verwijzen naar Prof. Dr. Herman Deleeck die, onder meer met zijn boek *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken* (2001), de idee in vraag

stelt dat sociale zekerheid een pure staatsaangelegenheid zou zijn en die de rol van sociale partners en het pluralistische karakter van het systeem benadrukt (van Cutsem, 2016).

In de loop der jaren ontstond een tripartite beheer van de sociale zekerheid en nam de Staat meer de rol op van politiek en financieel beheerder, naast de actoren van het sociaal overleg. De regering beslist over de groeinorm voor het budget gezondheidszorg en heeft een vetorecht in de Algemene Raad² van het RIZIV wanneer het budget voor de gezondheidszorg wordt beslist. Het Verzekeringscomité³ heeft inmiddels nog maar weinig tijd voor de bespreking van een voorstel van budget voor de gezondheidszorg, omdat de herziene technische ramingen⁴ pas half september gekend zijn en het financieel voorstel al tegen ten laatste de eerste maandag van oktober moet ingediend worden.

De begrotingsprocedure werd vanaf 2017 aangepast, enerzijds om de Belgische budgettaire kalender in overstemming met de Europese begrotingskalender te brengen en anderzijds om de overeenkomsten- en akkoordencommissies te verplichten om compensaties te formuleren bij een overschrijding van hun begrotingsdoelstelling of bij een aanvraag tot investering van nieuwe middelen. Hiermee waren zowel het bezuinigen als de silowerking in de ziekteverzekering geïntroduceerd (van Cutsem, 2017). Intussen probeerden de ziekenfondsen opnieuw silodoorbrekend te werken. In 2022 gaven de ziekenfondsen samen met de zorgverleners de methodologie van gezondheids(zorg) doelstellingen⁵ concreet gestalte met een nieuwe begrotingslijn. De ambities van CM op het vlak van co-constructie⁶ waren groot, enerzijds voor het sociaal overlegmodel en anderzijds voor het engageren van alle betrokken partijen om gezondheidszorgdoelstellingen te realiseren.

1 Wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg.

2 De Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging bepaalt de algemene beleidslijnen inzake geneeskundige verzorging. De vertegenwoordigers van diegenen die instaan voor de financiering van de verzekering, met name werkgevers, werknemers, zelfstandigen en vertegenwoordigers van de Regering, hebben in de Algemene raad 3/4 van de mandaten. De verzekeringsinstellingen hebben 1/4 van de mandaten. De vertegenwoordigers van de zorgverleners hebben in de raad enkel een adviserende stem. Voor meer informatie over de organen bij het RIZIV, zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/onze-organen>.

3 Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging staat in voor de taken die nauwer verbonden zijn met de zorgverleners en de geneeskundige verstrekkingen. Het is samengesteld uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de zorgverleners. De vertegenwoordigers van de sociale partners hebben hierin een adviserende stem. Voor meer informatie over de organen bij het RIZIV de website van het RIZIV, zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/onze-organen>.

4 De technische ramingen zijn de berekeningen van het actuaariaat van het RIZIV over de verwachte uitgaven voor de gezondheidszorg in het volgende jaar op basis van een analyse van de uitgaven in de voorbije vijf jaar en rekening houdend met de effectieve implementatie van voorbije budgetbeslissingen.

5 Globale gezondheidsdoelstellingen kaderen in een meer algemeen gezondheidsbeleid dat gericht is op alle beleidsdomeinen (*Health in All Policies*). Ze worden door de federale overheid en de overheden van gemeenschappen en gewesten samen opgesteld om in de toekomst een samenhangend en geordend gezondheidsbeleid te realiseren. Binnen het beleidsdomein gezondheidszorg moeten er gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd worden. Deze helpen mee de globale gezondheidsdoelstellingen te realiseren (Mahieu, Cès, & Lambert, 2022).

6 Co-constructie wordt gedefinieerd als de samenwerking tussen verschillende actoren (zorgverleners, zorgorganisaties, patiëntenverenigingen, deskundigen, mutualiteiten) rond complexe vraagstukken in verband met de volksgezondheid en de performantie van het gezondheidszorgsysteem, teneinde actieprogramma's voor te stellen om gedeelde prioritaire doelstellingen te verwezenlijken en de effecten ervan te monitoren (Cès, 2022).

Vanaf 2025 is het sociaal overleg, dankzij de nieuwe Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD), ondersteund met een wetenschappelijke onderbouwing van de prioritaire aanpassingen in de verdeling van het budget voor de gezondheidszorg (zie Kader).

Budgettaire beperkingen in de gezondheidszorg verhogen het risico op een groter eigen aandeel van de patiënt-e in de kosten voor diens zorg. Het risico bestaat dat een regering in perioden van schaarste de gezondheidszorg deels privatiseert en ter compensatie bijkomende maatregelen ter bescherming van de allerzwaksten in de samenleving neemt. Dit neigt echter een zorg in twee snelheden te bevorderen. Het resultaat is een meer liberale dan Bismarckiaanse sociale zekerheid omwille van een “sociale bijstand” die stigmatiserend is voor de allerarmsten en een meer vermarkt systeem voor de anderen” (van Cutsem, 2017, p. 5). Ook beperkt een te gering budget voor de gezondheidszorg de kansen op de hervorming ervan. Het verbeteren van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem is nochtans een doelstelling van het sociaal overleg.

In het nieuwe federale regeerakkoord van 31 januari 2025 staat genoteerd dat “Basisdocumenten in het kader van de begrotingsopmaak, zoals de Technische Ramingen van juni en september, eerst in de ministerraad besproken worden. Op basis van deze bespreking en van de werkzaamheden van de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen, formuleert de Regering een opdrachtenbrief, waarin duidelijk de beleidsprioriteiten vermeld zijn evenals het budgettair kader en een heldere tijdslijn waarbinnen het Verzekeringscomité haar wettelijke opdracht tot het opstellen van een eerste voorstel tot begrotingsontwerp dient uit te voeren”⁸ (Regering De Wever, 2025). Hoewel de regering blijft steunen op het sociaal overleg, maakt ze de implementatie ervan moeilijk omdat er onvoldoende tijd resteert om een kwaliteitsvol begrotingsproces met de betrokken partijen te voeren.

2. Beheer van de ziekteverzekering door de regering-De Croo

Op 2 februari 2020 werd België voor het eerst met de coronacrisis geconfronteerd. Kort daarna werden de ziekenhuisnoodplannen opgestart en werden niet dringende consultaties, onderzoeken en ingrepen in alle ziekenhuizen tijdelijk opgeschort. De eerste opdracht van de nieuwe regering-De Croo was de bescherming van de volksgezondheid. Daarop volgden bijzondere begrotingsoefeningen, waarvan we hierna een overzicht geven.

2.1. Keuze voor de gezondheidszorg in 2020

Wanneer de regering-De Croo op 30 september 2020 aantreedt, zijn enkele maatregelen om de gezondheidszorg te ondersteunen al beslist, niet alleen op het vlak van het bestrijden van COVID-19, maar ook op het vlak van het wegwerken van het tekort aan zorgverleners⁹ en het invullen van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. De regering financiert de benodigde 1,2 miljard euro voor een groot deel op basis van btw-inkomsten en alternatieve financieringsbronnen¹⁰ (zie Tabel 2). Deze investering komt overeen met een nominale groei van de begrotingsdoelstelling met 5,57% tussen 2020 en 2021 (Mahieu & Lambert, 2021).

7 “De theoretici van de systemen van de sociale zekerheid maken een onderscheid tussen de sociale zekerheid en de sociale bijstand die beide voortvloeien uit een andere geschiedenis en logica. De sociale zekerheid vertegenwoordigt een verzekeringsmechanisme ten opzichte van de sociale risico's dat in de Bismarckiaanse systemen solidair wordt gefinancierd en zich richt op iedereen afhankelijk van de behoeften. De sociale bijstand vertegenwoordigt het vangnet van laatste toevlucht, toegekend aan personen met onvoldoende middelen, gefinancierd door de belastingen en betaald door de lokale overheden zonder dat daarvoor een bijdrage verschuldigd is” (van Cutsem, 2017, p. 5).

8 Zie regeerakkoord na goedkeuring door federale parlement, p. 125 (https://www.belgium.be/nl/over_belgie/overheid/federale_overheid/federale_regering/beleid/regeerakkoord).

9 Verpleegkundigen staan in de drie Belgische gewesten al meer dan tien jaar op de lijst van knelpuntberoepen (Janssens & Lavergne, 2024).

10 Alternatieve financieringsbronnen: een percentage van de btw-ontvangsten en andere fiscale inkomsten zoals accijnzen en de personen- en vennootschapsbelasting, in plaats van arbeid te belasten.

De voorstellen van het Verzekeringscomité aan de Regering

Het Rekenhof verwees zowel in haar verslag van 2006 als in dat van 2011 over het begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging naar de 'elementaire basisbeginselen' van de Wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering: "In de toelichting over de 'elementaire basisbeginselen' van de Wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering is nadrukkelijk gesteld dat het vastleggen van de grote budgettaire enveloppen van de ziekteverzekering chronologisch moet losgekoppeld worden van het budgettair regeringsconclaaf" en dat "de beslissingen zo dicht mogelijk bij de dagelijkse realiteit moeten genomen worden: de minister van Sociale Zaken mag slechts in allerlaatste instantie optreden" (Rekenhof, 2006; Rekenhof, 2011, p. 27). De begrotingsprocedure diende weliswaar aangepast te worden aan de Europese begrotingskalender. Dit neemt niet weg dat het aangewezen is om het sociaal overleg de beslissingen over het budget voor de gezondheidszorg inhoudelijk te laten voorbereiden.

In de voorbije tien jaren is het voorstel van budget voor de gezondheidszorg van het Verzekeringscomité tijdens de verdere besluitvormingsprocedure zes keer gerespecteerd geworden. Het budget voor de gezondheidszorg is vier keer niet in het kader van het sociaal overleg door de Algemene Raad van het RIZIV beslist, maar wel door de Ministerraad (zie Tabel 1).

Tabel 1: Respect voor het sociaal overleg in het kader van de opmaak van het budget gezondheidszorg

	Voorstel Verzekeringscomité	Voorstel Algemene Raad lijkt op voorstel Verzekeringscomité	Goedkeuring van het budget voor de gezondheidszorg door de Algemene Raad	Beslissing over het budget voor de gezondheidszorg door de Ministerraad
2016	X			X
2017				X
2018	X	X	X	
2019	X		X	
2020	X			X
2021	X	X	X	
2022	X	X	X	
2023	X	X	X	
2024	X	X	X	
2025	X	X		X

Tabel 2: Overzicht politieke beslissingen budget gezondheidszorg 2020

Overzicht parlementaire beslissingen	Totale meerkost op jaarbasis in miljoen euro
Zorgpersoneelsfonds	402
Mobiele equipes ziekenhuizen	22
Uitbreiding geestelijke gezondheidszorg	200
Uitbreiding contraceptie	11,5
Sociaal akkoord	600
Totaal	1.235,5



Nieuwe Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD)

De wet van 6 november 2023 houdende een meerjarenkader en gezondheidszorgdoelstellingen legde de volgende opdrachten voor de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD) vast.

- De CGZD legt binnen de veertig dagen volgend op elke ontbinding van de Kamer van volksvertegenwoordigers een rapport voor met de gezondheidszorgdoelstellingen die gedurende de termijn van de volgende legislatuur prioritair nagestreefd zouden moeten worden. Ze doet dit op basis van enerzijds een gestructureerde bevraging bij het brede werkveld van de gezondheidszorg en anderzijds wetenschappelijke evidentie en alle beschikbare nationale en internationale gegevens en rapporten betreffende de performantie van gezondheidssystemen, gezondheidszorgsystemen en sociale zekerheidssystemen inzake gezondheid. Ook houdt ze daarbij rekening met zowel de gezondheidsdoelstellingen als de gezondheidszorgdoelstellingen die voor de vorige legislatuur golden. De Commissie maakt terzelfdertijd een evaluatie van de realisatie van de gezondheidszorgdoelstellingen uit de voorgaande legislatuur.
- Op uiterlijk 30 juni brengt de Commissie een jaarlijks rapport uit over de voortgang van de realisatie van de voor die legislatuur door de Algemene Raad bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen.
- De Commissie brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober aan de Algemene Raad een advies uit over de conformiteit van het globale voorstel van het Verzekeringscomité voor het budget gezondheidszorg met de gezondheidszorgdoelstellingen. Dit advies wordt tegelijkertijd toegezonden aan het Verzekeringscomité, dat vóór de derde maandag van oktober bijeen kan komen om eventueel haar voorstel aan te passen.

Aangezien de CGZD pas na de zomer van 2024 gevormd is, zal haar eerste rapport pas in het eerste semester van 2025 beschikbaar zijn. Op basis van onder meer dit rapport zal de Algemene Raad, rekening houdend met de budgettaire context, de voor de legislatuur prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering bepalen. De Algemene Raad wordt geacht hiertoe het Verzekeringscomité te raadplegen dat haar advies binnen de dertig dagen volgend op de vraag van de Algemene Raad moet geven.

De Algemene Raad verifieert ook de afstemming van de overeenkomsten en akkoorden op de gezondheidszorgdoelstellingen die ze bepaalt.

De nieuwe Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen is als volgt samengesteld:

- Stemgerechtigd: de voorzitter, één lid van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), één lid van Sciensano, één lid van de Hoge Gezondheidsraad en zes leden die de academische en wetenschappelijke sector vertegenwoordigen;
- Met raadgevende stem: één lid van het RIZIV, één lid van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, één lid van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, drie leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en drie leden die de zorgverleners vertegenwoordigen.

2.2. Impact van COVID-19 op de opmaak van het budget gezondheidszorg 2021-2024

Wanneer 2020 met 2019 wordt vergeleken, dan wordt in nagenoeg alle sectoren, behalve in de thuisverpleging, een vermindering van de uitgaven vastgesteld. Bijvoorbeeld voor de maand april: -29% in de sector van de ziekenhuizen, -49,9% op de honoraria van de huisartsen, -93,5% op de honoraria van de tandartsen, -4,7% op de honoraria van de artsen-specialisten, -74,1% bij de kinesitherapeuten, -92,4% bij de opticiens, -50,1% bij de audiciens, enz. Aan gezien de pandemie niet meteen bestreden geraakt, beslist het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) geen rekening te houden met de evolutie van de uitgaven in 2020 om de uitgaven bij constant beleid te ramen voor 2021, 2022 en 2023. Vanaf 2024 raamt het RIZIV de gezondheidszorguitgaven wel opnieuw rekening houdend met de cijfers tot 31 december van het voorbije jaar. Uiteindelijk zal blijken dat de activiteiten in de zorgsector ook in 2023 nog niet helemaal hernomen zijn (zie deel 3.2).

Heel wat maatregelen worden genomen om COVID-19 te bestrijden: beschermingsmaatregelen, afname- en triagecentra, schakelzorgcentra¹¹, testcapaciteit, cohortzorg¹², vaccins, zorg op afstand, administratieve vereenvoudiging, versoepeling van procedures, *contact tracing*, enz. Deze maatregelen worden in de periode 2020 tot en met 2022 bovenop het budget voor de gezondheidszorg gefinancierd. Daarna wordt de meerkost ervan ingekanteld in het budget voor de gezondheidszorg: in 2023 wordt 91 miljoen euro voorzien en in 2024 wordt 18,8 miljoen begroot. Tot slot worden de ziekenhuizen in 2020, 2021 en 2022 financieel ondersteund met in totaal 2,071 miljard euro in de vorm van voorschotten aan de algemene en psychiatrische ziekenhuizen, deels voor de artsen-specialisten. Op basis van de stand van zaken van de huidige afrekeningen, zal bijkomend 138 miljoen euro via het Budget Financiële Middelen bij de ziekenhuizen geregulariseerd worden (RIZIV, 2025).

2.3. Ad hoc beheer van het budget gezondheidszorg

De pandemie, gevolgd door de energiecrisis, hebben tot gevolg dat de Belgische economie krimpt en een gat ontstaat in de algemene federale begroting. De regering komt in 2022 steeds meer onder druk te staan om een evenwicht te vinden tussen budgettaire inspanningen om het begrotingstekort te verminderen en meeruitgaven om de koopkracht van de gezinnen en het concurrentievermogen van de bedrijven te behouden. Dit geeft aanleiding tot *ad hoc* beslissingen op het vlak van het budget voor de gezondheidszorg naarmate informatie over de evolutie van de gezondheidszorguitgaven beschikbaar wordt. Een overzicht van de bedragen is opgenomen in tabel 3.

- Bij de opmaak van het regeerakkoord van 30 september 2020, beslist de regering over een structureel besparingstraject in de sector van de farmaceutische specialiteiten, beginnend bij 150 miljoen euro in 2021 tot in totaal 250 miljoen euro in 2024. De begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg wijzigt niet, maar de middelen mogen niet elders in de gezondheidszorg besteed worden. Er wordt een 'negatieve uitgave' bij het RIZIV ingeschreven ten behoeve van het begrotingssaldo van de federale regering;
- Regelmatig wordt een bedrag verschoven van binnen naar buiten de begrotingsdoelstelling, zoals in het kader van de wet op de ziekenhuizen of voor het sociaal akkoord;
- De regering brengt op het moment van de begrotingsopmaak, maar ook doorheen het jaar, technische correcties op de ramingen van het RIZIV aan, ervan uitgaand dat het budget voor de gezondheidszorg onderbenut zal worden;
- Het Verzekeringscomité engageert zich om 80 miljoen euro efficiëntiewinsten ('*appropriate care*')¹³ in 2024 te realiseren, maar de regering beslist dat de helft daarvan niet geherinvesteerd mag worden;

11 Schakelzorgcentra kunnen patiënten met COVID-19 tijdelijk opvangen na hun verblijf in het ziekenhuis of na onderzoek in een triagecentrum, in afwachting dat zij weer naar hun thuissituatie kunnen (zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema/covid-19-financiering-van-de-zorg-in-schakelzorgcentra>).

12 Patiënten (vermoedelijk) besmet met COVID-19 hebben soms nood aan thuisverpleging. Binnen het kader van cohortzorg staat een vaste equipe van verpleegkundigen in voor de thuisverpleging van die patiëntengroep tijdens hun besmettingsperiode. Door het afscheiden van die zorgverleners en van de betrokken patiënten wordt zorgcontinuïteit geboden terwijl de kruisbesmetting met niet-besmette patiënten en collega-zorgverleners wordt vermeden. Bovendien kan dankzij cohortzorg het specifiek vereiste beschermingsmateriaal optimaal worden ingezet (zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema/1-november-2022-einde-overeenkomst-thuisverpleegkundige-cohortzorg-voor-covid-19-patiënten#voordelen-van-cohortzorg-in-de-thuisverpleging-tijdens-de-covid19pandemie>).

13 *Appropriate care* heeft als doelstelling bijkomende '*health value*' te creëren en is gebaseerd op principes zoals de juiste zorg op de juiste plaats. Dit impliceert *desinvestment* in '*inappropriate care*', terugdringing praktijkvariëaties, *recycling* van middelen uit '*overuse*' en herinvestering in '*underuse*'. Over- en onderconsumptie van zorg en geneesmiddelen worden bestreden, onder meer door technologische innovatie te bevorderen (RIZIV, 2022).

Tabel 3: Overzicht van de niet te besteden bedragen in het budget gezondheidszorg, in miljoen euro (Bronnen: RIZIV 2020, 2021, 2022, 2023)

Maatregel	2021	2022	2023	2024
Besparingstraject farmaceutische specialiteiten	150	180	210	250
Transfers buiten doelstelling	/	206,5	116,7	108,4
Technische correcties	/	/	55,4	255,5
Besparing op <i>appropriate care</i>	/	/	/	40
Vermindering van de groeinorm	/	/	/	169
Totaal	150	386,5	382,1	822,9

- Tot slot verlaagt de regering de groeinorm voor het budget gezondheidszorg in 2024 uitzonderlijk van 2,5% naar 2% (Mahieu, 2024).

Niet alleen kunnen heel wat middelen binnen de groeinorm uiteindelijk niet voor gezondheidszorg worden besteed. Ook is het budget voor de gezondheidszorg steeds minder transparant omdat het niet altijd duidelijk is of een beslissing van een regering enkel voor het lopende jaar geldt, dan wel structureel van aard is. Dit bemoeilijkt de onderhandelingen voor de opmaak van de begroting voor de gezondheidszorg, omdat de aandacht afgeleid wordt van gezondheidszorgbeleid naar het oplossen van budgettaire problemen.

3. Begrotingsdoelstelling 2025 en technische ramingen

3.1. Globale begrotingsdoelstelling

De berekeningswijze voor de globale begrotingsdoelstelling voor een volgend jaar ligt bij wet vast. Elk jaar wordt deze berekend door de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar

- te vermeerderen met de wettelijke groeinorm die de regering bij aanvang van de legislatuur vastlegt (voor 2025 is die groeinorm 2,5%) en met de indexmassa;
- aan te passen voor een raming van de inkomsten artikel 111/81 in de sector geneesmiddelen¹⁴.

Tabel 4 bevat de toepassing van deze principes voor de globale begrotingsdoelstelling 2025.

Tabel 4: Samenvatting van de berekening van de globale begrotingsdoelstelling voor 2025, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2024)

Globale begrotingsdoelstelling 2024	37.825
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2024	-1.842
Strikte norm	35.982
Reële groeinorm 2,5%	+900
Subtotaal	36.882
Gezondheidsindex (3,34%)	+742
Spilindexmassa 2024 (meerkost in 2025 ten opzichte van doelstelling 2024)	+55
Spilindexmassa 2025	+132
Subtotaal	37.812
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2025	+2.001
Voorstel begrotingsdoelstelling 2025	39.812

¹⁴ Hiermee wordt verwezen naar art. 111 en volgende (vroeger art. 81 en volgende) van het koninklijk besluit van 1 februari 1918 op basis waarvan de staat geneesmiddelen, die over het algemeen zeer duur zijn en waarvan de therapeutische werking nog onzeker is, terugbetalen, zodat patiënten er zo snel mogelijk van kunnen genieten.

In de begrotingsdoelstelling voor 2025 zitten niet te besteden bedragen vervat. De besparingsmaatregelen in het domein geneesmiddelen zijn structureel van aard en bedragen 250 miljoen euro in 2025. Ook zijn er de technische correcties op de ramingen van het RIZIV die door de regering worden aangebracht vanuit het vermoeden dat het budget gezondheidszorg zal onderbenut worden. Eén van deze reeds besliste technische correcties die in 2025 nog geldt, bedraagt 62,5 miljoen euro. Vervolgens engageerde het Verzekeringscomité zich om vanaf 1 oktober 2023 op kruissnelheid 80 miljoen euro efficiëntiewinsten (*'appropriate care'*) te realiseren, maar de regering besloot dat 40 miljoen euro niet geherinvesteerd mocht worden. Tot slot staat er voor 2025 aanvankelijk een transfert van middelen van binnen naar buiten de begrotingsdoelstelling van 162,482 miljoen euro als niet te besteden bedrag goedgekeurd. Het RIZIV besliste met het oog op een transparanter budget enkele correcties te doen, waaronder de groepering van de uitgaven voor het sociaal akkoord binnen het begrotingsobjectief en van de uitgaven voor stagemeeesters in de respectievelijke partiële begrotingsdoelstellingen voor artsen en tandartsen. Deze correcties herleiden – samen met de annulering van een interne overdracht binnen het RIZIV, in totaal 152,482 miljoen euro – het niet te besteden bedrag tot 200,018 miljoen euro. Het te besteden budget bedraagt 39,612 miljard euro.

3.2. Technische ramingen en vergelijking met de normberekening

Het RIZIV raamt de gezondheidszorguitgaven voor 2025 bij constant beleid half september op 39,973 miljard euro. In de vergelijking met de gefinancierde globale begrotingsdoelstelling voor 2025, met name 39,612 miljard euro, wordt een tekort van 361 miljoen euro vastgesteld. Tegelijkertijd wordt verwacht dat enkele nieuwe initiatieven later dan op 1 januari 2025 in werking zullen treden en dat sommige nieuwe initiatieven in 2025 nog niet op kruissnelheid zullen zijn, wat vermoedelijk overeenkomt met respectievelijk 30,148 miljoen euro en 114,401 miljoen euro. Daarmee rekening houdend bedraagt het tekort bij een vergelijking van de technische ramingen en de begrotingsdoelstelling voor 2025 'slechts' 216,8 miljoen euro (zie Tabel 5). Dit verwachte tekort ligt in september, op basis van recentere cijfers over de evolutie in de uitgaven voor gezondheidszorg, veel hoger dan wat met de initiele technische ramingen voor 2025 werd verwacht, toen 79,117 miljoen euro (RIZIV, 2024a). De stijgende trend in de gezondheidszorguitgaven is vermoedelijk groter dan verwacht omdat de activiteiten in de zorgsector in 2023 nog niet helemaal van de coronapandemie hersteld waren en de heropname van de activiteiten zich dus in 2024 nog verderzette.

Tabel 5: Herziene technische ramingen van de gezondheidsuitgaven voor 2025, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2024)

	Simulatie begrotingsdoelstelling 2025	Herziene technische ramingen 2025	Vershil
Resultaat in prijzen 2024	39.612	39.096	
Indexmassa			
• Gezondheidsindex (3,34%)		746	
• Spilindex 2025		132	
Resultaat excl. niet te besteden bedragen	39.612	39.973	-361
Gereserveerde bedragen in prijzen 2025		-30	
Onderbenuttingen 2025 in prijzen 2025		-114	
Resultaat incl. gereserveerde bedragen en onderbenuttingen 2025	39.612	39.829	-217
Niet te besteden bedrag (farma)	250		
Technische correctie 125 miljoen euro: 50% binnen doelstelling	62,5		
Niet te besteden bedrag: <i>appropriate care</i>	40		
Correctie niet te besteden bedrag	-152		
Resultaat in prijzen 2025	39.812		

4. Voorstel 2025 van het Verzekeringscomité en beslissing van de ministerraad

4.1. Politieke context

Bij de opmaak van de begroting voor de gezondheidszorg 2025, was de federale regering in lopende zaken. Hoewel bevoegd, bemoeilijkt de politieke situatie haar werkzaamheden en dus was de uitkomst van de besprekingen in de Algemene Raad onzeker. Het niet vastleggen van een begrotingsdoelstelling tegen 31 december 2024 kon het zorgsysteem in een periode van onzekerheid brengen en daarom speelde het sociaal overleg een cruciale rol in de opmaak van het budget voor de gezondheidszorg in 2025.

Bovendien is de Europese *governance* van het economisch bestuur van de lidstaten hervormd. Het stabiliteitsprogramma bestaat sinds het Verdrag van Maastricht van 1992, maar voortaan zal de Europese Commissie ook een 'referentietraject' voorleggen aan lidstaten met een overheidsschuld hoger dan 60% van het bruto binnenlands product (bbp) of een overheidstekort hoger dan 3% van het bbp. Op basis van het referentietraject nemen de betrokken lidstaten vervolgens het budgettaire aanpassingstraject, uitgedrukt als netto uitgaventrajecten, in hun nationale structurele begrotingsplannen op. De nieuwe regels zullen structurele hervormingen en overheidsinvesteringen in duurzaamheid en groei verder aanmoedigen. De lidstaten kunnen vragen om een verlenging van de vierjarige budgettaire aanpassingsperiode tot maximaal zeven jaar, indien zij bepaalde hervormingen en investeringen doorvoeren die de veerkracht en het groeipotentieel verbeteren, de budgettaire houdbaarheid ondersteu-

nen en gemeenschappelijke prioriteiten van de Europese Unie aanpakken. Daartoe behoren het realiseren van een eerlijke, groene en digitale transitie, het waarborgen van energiezekerheid, het versterken van de sociale en economische veerkracht en, waar nodig, het opbouwen van defensiecapaciteit (Europese Raad, 2024).

België behoort tot de landen met een buitensporig overheidstekort. Dit betekent conform de Verordening het volgende: "Indien de procedure bij buitensporige tekorten is ingesteld op grond van het tekortcriterium, geldt voor de jaren waarin het algemene overheidstekort de referentiewaarde naar verwachting zal overschrijden, als benchmark voor het correctieve netto-uitgaventraject een minimale jaarlijkse structurele aanpassing van ten minste 0,5% van het bbp" (Europese Raad, 2024).

Het nieuwe federale regeerakkoord van 31 januari 2025 bevestigt dat de inspanning die nodig is om de publieke financiën opnieuw gezond te maken bijzonder groot is en meer dan één legislatuur zal vragen.

4.2. Budgettaire context

Uit de herziene technische ramingen van september 2024 blijkt dat de globale begrotingsdoelstelling voor 2024 naar alle verwachting met 153,768 miljoen euro zal overschreden worden. Sommige sectoren onderschrijden hun partiële begrotingsdoelstelling. De totale overschrijding van de sectoren die overschrijden, bedraagt 546,125 miljoen euro (zie Tabel 6).

Voor het jaar 2024 kunnen er in het najaar niet voldoende maatregelen meer genomen worden, maar om te vermijden dat deze overschrijdingen zich in 2025 zullen herhalen,

Tabel 6: Overzicht verwachte overschrijding van de partiële begrotingsdoelstellingen in 2024 op basis van de herziene technische ramingen van september 2024 (Bron: Commissie voor Begrotingscontrole, 2024)

Sectoren met een aanzienlijke overschrijding	Overschrijding in miljoen euro	Aandeel in de overschrijding
Totaal	546,1	100,0%
Honoraria van artsen	185,4	33,9%
Tandartsen	21,3	3,9%
Farmaceutische specialiteiten NETTO	214,6	39,3%
Magistrale bereidingen	1,3	0,2%
Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen	80,2	14,7%
Medische huizen	19,9	3,6%
COVID-maatregelen	23,5	4,3%

dienen correctiemaatregelen genomen te worden met een recurrente impact vanaf 1 januari 2025.

4.3. Voorstel van het Verzekeringscomité

Besparingsmaatregelen moeten steeds goed overwogen worden, daarbij de *Quintuple Aim* voor het gezondheidszorgbeleid van het *Institute for Health Care Improvement* respecterend. Deze vijf doelstellingen zijn:

- Kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- Gezondheid van de bevolking;
- Kosteneffectiviteit, dit is de verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden;
- Rechtvaardigheid in de samenleving met speciale aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (dus niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit;
- Welzijn van de zorgprofessionals (RIZIV, 2022).

Inefficiënties opsporen en vertalen naar maatregelen vergt tijd. De analyse van mogelijke verspilling van middelen moet grondig gebeuren en het implementatietraject moet wel overwogen worden zodat de patiënt-e en de zorgverlener beschermd worden.

In september 2024 vond veelvuldig overleg plaats tussen de ziekenfondsen en de betrokken zorgverleners om ongewenste trends in de uitgavenevolucie te detecteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen. Het overleg concentreerde zich op de volgende sectoren omdat deze hun partiële begrotingsdoelstelling in 2024 overschreden en samen verantwoordelijk waren voor 92% van de overschrijding: honoraria van de artsen, honoraria van de tandartsen, farmaceutische specialiteiten en implantaten. Tegelijkertijd werd, omwille van de moeilijke politieke en budgettaire situatie, beslist om in 2025 geen nieuwe initiatieven te nemen.

Het Verzekeringscomité stelde de volgende besparingsmaatregelen voor (zie Tabel 7).

Tabel 7: Overzicht besparingsmaatregelen geadviseerd door het Verzekeringscomité, in miljoen euro (Bron: RIZIV)

Tekort zonder besparingen	- 217
Besparingen sector geneesmiddelen	113,4
• Deelbudget oncologische geneesmiddelen	88,4
• Prijsdaling oude, dure weesgeneesmiddelen	9
• Rationeel voorschrijven	16
Besparingen sector honoraria voor de artsen	73,4
• Opschorten teleconsultatie	68,4
• Vermindering sleutelletterwaarde voor de prestaties	
- cerebrale angiografie	0,5
- bilateraal kleurenduplexonderzoek	2,5
- complete urinaire echografie	1,5
- heeldkunde op het abdomen	0,5
Besparingen sector implantaten	10
Besparingen sector tandzorg	19,989
Beschikbare marge met besparingen	0

Sector geneesmiddelen

De totale kost van de oncologische geneesmiddelen in de ziekteverzekering neemt sterk toe. Het Verzekeringscomité vroeg daarom aan de regering een besparing van 88,432 miljoen euro netto op jaarbasis en een beter beheer van deze gezondheidszorguitgaven aan de hand van een daarvoor vast te leggen deelbudget. Ook is het zo dat sommige weesgeneesmiddelen of geneesmiddelen die als weesgeneesmiddelen op de markt gebracht werden, al meer dan 12 jaar worden terugbetaald en voor de ziekteverzekering een zeer hoge kost per patiënt-e kennen. Veel van deze geneesmiddelen zijn niet langer door een patent beschermd en dus zou het systeem van wettelijke prijsdalingen kunnen functioneren, maar er is helaas geen generiek geneesmiddel beschikbaar. Hierdoor hebben die 'oude' geneesmiddelen de prijsdaling gelinkt aan de *patent cliff*¹⁵ niet ondergaan, terwijl het onderzoek ervoor ondertussen afgeschreven is. De bezorgdheid over onbeschikbaarheden goed in acht nemend, stelde het Verzekeringscomité bijgevolg voor om de prijs van deze 'oude' geneesmiddelen met 20% te verlagen met het oog op een opbrengst van 9 miljoen euro. Tot slot werd voorgesteld om vóór het einde van 2024 een 'mini-Task force' met de betrokkenen bij de beheersing van het volume van geneesmiddelen te laten beslissen over concrete maatregelen voor het rationeler voorschrijven van geneesmiddelen vanaf 1 januari 2025. Dit zou in voor het publiek opengestelde apotheken structureel 16 miljoen euro op jaarbasis opbrengen met een budgetgarantie vanwege de sector van de artsen.

Sector honoraria voor de artsen

De uitgaven voor de telefonische consultaties van huisartsen, en in mindere mate van artsen-specialisten, namen spectaculair toe tot ruim 68 miljoen euro. Dit niet-tegenstaande bij invoering geen budgettaire impact verwacht werd aangezien het de bedoeling was dat ze fysieke raadplegingen zouden vervangen. Hoewel dit aantoonde dat artsen veel tijd besteden aan telefonische interacties, werden de middelen voor de honoraria van artsen hiermee niet optimaal ingezet. Niet alle telefonische consultaties hadden een even grote meerwaarde. Het was noodzakelijk om de vergoeding voor telefonische consultaties te herzien en dit met duidelijkere richtlijnen. Het Verzekeringscomité stelde voor om de huidige werkwijze vanaf 1 januari 2025 te schrappen en vanaf 1 januari

2026 een nieuwe werkwijze in te voeren, indien mogelijk met een overgangsperiode van 1 januari tot 31 december 2025. De videoconsultaties blijven wel bestaan. Een bijkomende besparing van afgerond 6 miljoen euro zou vanaf 1 januari 2025 worden gerealiseerd aan de hand van een tariefdaling voor meerdere prestaties van artsen-specialisten.

Sector implantaten

De herziene technische ramingen voor de gezondheidszorguitgaven in 2025 bevatten 19 miljoen euro voor nieuwe initiatieven in 2025. Dit budget voor nieuwe initiatieven werd met 10 miljoen euro verminderd.

Sector tandzorg

De analyse van het auditrapport 2023 liet een exponentiële groei in het gebruik van de *Dutch Periodontal Scoring Index* (DPSI) test zien. In 2024 zal het aantal DPSI-testen vermoedelijk 1,9 miljoen bedragen, wat zou neerkomen op 47,2 miljoen euro of 80% van de parodontale uitgaven in 2024. De vergoeding voor de in 2006 ingevoerde DPSI kan bovendien worden gecombineerd met de vergoeding voor het jaarlijkse mondonderzoek. Op basis van de prestatiegegevens 2023 bleek dat 1.285.345 (88%) van de in totaal 1.455.155 DPSI-verstrekkings op dezelfde dag als een jaarlijks preventief mondonderzoek bij de patiënt-e werden uitgevoerd. Bijgevolg stelde het Verzekeringscomité voor om de DPSI te integreren in het tarief voor het jaarlijkse mondonderzoek, dat al een hele reeks diagnostische en preventieve akten omvatte (bijvoorbeeld intra-orale röntgenfoto's, tandplakverwijdering, lichte tandsteenverwijdering, enz.). Daarvoor werd de vergoeding van het mondonderzoek met 10 euro verhoogd. Ook werd de DPSI-vergoeding die niet in een mondonderzoek kaderde, verlaagd van 28,5 euro naar 24,5 euro om rekening te houden met de gemiddelde tijd die nodig is om de test af te nemen.

4.4. Beslissing van de ministerraad op 28 februari 2025

Het voorstel van het Verzekeringscomité is quasi unaniem positief gestemd geworden: enkel de vroedvrouwen stemden tegen omdat hun honorarium – in tegenstelling tot alle andere sectoren – in 2025 afnam ten opzichte van

15 In België gelden wettelijk opgelegde prijsdalingen waarbij de tegemoetkoming vanuit de ziekteverzekering voor een geneesmiddel vermindert als er een goedkopere specialiteit voor beschikbaar is. Als in België een 'referentiecluster' wordt geopend, dan houdt dat in dat de prijs en de vergoedingsbasis van de originele specialiteit met een percentage variërend tussen 44,75% en 51,52% verminderen. Dit is de toepassing van de zogenaamde *patent cliff*. De prijsdaling is van toepassing op het generiek zowel als op het origineel geneesmiddel.

2024. De reden daarvoor was de stopzetting van de tijdelijke 'conventiepremie'. Die was enkel en alleen voor de vroegvrouwen met één jaar in 2024 verlengd in afwachting van de realisatie van het perinatale zorgprogramma. Ook onthield een van de leden van de artsensyndicaten zich.

Tijdens de vergadering van de Algemene Raad van 21 oktober 2024 werd door de regering geen voorstel van budget voor de gezondheidszorg in 2025 neergelegd. Bijgevolg werd het voorstel van budget van het Verzekeringscomité gestemd. Hoewel gedragen door 14 op 21 stemmen, werd er geen budget goedgekeurd omdat twee regeringspartijen hun vetorecht inzetten¹⁶.

Vanuit een engagement om de continuïteit in de opdrachten van het RIZIV vanaf 1 januari 2025 te verzekeren, vergaderde het Algemeen Beheerscomité¹⁷ van het RIZIV op 4 december 2024 over de ontwerpbegroting voor de geneeskundige verzorging. De vertegenwoordigers van de werkgeversbank onthielden zich, maar het voorstel van budget van het Verzekeringscomité werd op basis van het koninklijk besluit van 3 april 1997 inzake de responsabilisering van Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid (OISZ)¹⁸, en in afwachting van een beslissing door de ministerraad, goedgekeurd. Enkel nieuwe uitgaven waren niet mogelijk. De beroepsorganisaties voor de vroegvrouwen en de Belgische beroepsvereniging voor kinesitherapeuten zegden de overeenkomst met betrekking tot de vergoeding van hun interventies in december 2024 op¹⁹.

Op 28 februari 2025 keurde de ministerraad, op voorstel van de bevoegde minister voor Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke, het budget voor de gezondheidszorg in 2025 goed. De finale beslissing week slechts weinig af van het voorstel van het Verzekeringscomité, maar betrok de artsen, apothekers en mutualiteiten in de besparingen op het vlak van het gebruik van geneesmiddelen. Het verschil met het voorstel van het Verzekeringscomité was als volgt (zie Tabel 8; RIZIV, 2025). De besparingen via het deelbudget op oncologische geneesmiddelen en de prijsdaling op 'oude' weesgeneesmiddelen werden geschrapt (97,432 miljoen euro). Ter compensatie werd de economische marge voor de apothekers niet geïndexeerd en is de indexmassa op hun honoraria verminderd. Het afbouwprogramma inzake benzodiazepines werd wel verdergezet (-7,069 miljoen euro). Ook werd beslist dat door de verzekeringsinstellingen, in samenspraak met en met steun van het RIZIV en onder coördinatie van de Hoge raad van artsen-specialisten en van huisartsen, een controleprogramma op de naleving van Hoofdstuk IV-geneesmiddelen zal worden bepaald (-10 miljoen euro). Er gaat in het bijzonder minstens aandacht naar de semaglutiden en tweede- en derdelijns diabetesmedicatie, de geneesmiddelen voor familiale hypercholesterolemie, dure oncolytica en orale anticoagulantia. In 2025 zal een *claw forward* 80,363 miljoen euro opbrengen in plaats van de maatregelen in de farmasector, voorzien door het Verzekeringscomité. Een structurele mindering voor geneesmiddelen zal als alternatief voor deze *claw forward* tegen 1 januari 2026 uitgewerkt worden. Mocht de industrie hier tegen de zomer van 2025 onvoldoende alternatieve maatregelen voorstellen, dan zal een algemene prijsdaling voor alle geneesmiddelen toegepast worden en zal er een vangnet voor onbeschikbaarheden worden uitgewerkt.

16 De Algemene Raad stemde over het voorstel van budget gezondheidszorg van het Verzekeringscomité: vijf stemmen voor bij de werknemers, drie stemmen voor bij de mutualiteiten, één stem voor vanwege de voorzitter van de Algemene Raad, vijf stemmen voor bij de regeringsleden, vijf onthoudingen bij de werkgevers, één onthouding vanwege *Mouvement Réformateur* (MR) en één stem tegen vanwege Open VLD. Elk regeringslid dient voor te stemmen opdat het voorstel van budget door de Algemene Raad zou kunnen goedgekeurd worden.

17 De bevoegdheden van het Algemeen beheerscomité hebben hoofdzakelijk betrekking op het bijhouden van de rekeningen, het opmaken van de begroting van de administratiekosten en de beslissingen in verband met het personeel. Het Algemeen beheerscomité is samengesteld uit vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties en de organisaties van de zelfstandigen, vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties en vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. Ook drie vertegenwoordigers van de regering wonen de vergaderingen bij. Zij worden door de koning benoemd op voordracht van de ministers die Sociale Zaken, Begroting en Middenstand onder hun bevoegdheid hebben.

18 Dit besluit bepaalt dat:

- de ontwerpbegroting van de openbare instellingen van sociale zekerheid door het beheersorgaan wordt opgesteld;
- de jaarlijkse begroting van elke Openbare Instelling van de Sociale Zekerheid (OISZ) bestaat uit:
 - een opdrachtenbegroting die de uitgaven en ontvangsten bevat die betrekking hebben op de wettelijke opdrachten van de instelling;
 - een beheersbegroting die de uitgaven en ontvangsten omvat voor het beheer van de instelling.

19 Zoals de procedure het voorziet, legde het RIZIV aan het Verzekeringscomité een andere overeenkomststekst voor. Deze nieuwe teksten bevatten een indexering van de honoraria vanaf 1 februari 2025. Voor beide sectoren zijn de overeenkomsten op 27 januari 2025 door de Algemene Raad goedgekeurd en in februari 2025 door de ministerraad. Intussen zijn de overeenkomststeksten aan elke vroegvrouw, respectievelijk kinesitherapeut, voorgelegd. Niets belet de betrokken overeenkomstencommissies om alsnog een nieuwe overeenkomst te onderhandelen die dan later van toepassing wordt.

Tabel 8: Verschil tussen de besparingsmaatregelen geadviseerd door het Verzekeringscomité en beslist door de ministerraad, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2025)

	Voorstel Verzekeringscomité	Beslissing ministerraad
Beschikbare marge zonder besparingen	- 217	- 217
Besparingen sector geneesmiddelen:	113,4	113,4
• Deelbudget oncologische geneesmiddelen	88,4	
• Prijsdaling oude, dure weesgeneesmiddelen	9	
• Rationeel voorschrijven	16	16
• Apothekers		7,069
• <i>Claw forward</i>		80,4
• Conformiteit - Hoofdstuk IV		10
Besparingen sector honoraria voor de artsen	73,4	73,4
• Opschorten teleconsultatie	68,4	68,4
• Vermindering sleutelletterwaarde voor de prestaties		
- cerebrale angiografie	0,5	0,5
- bilateraal kleurenduplexonderzoek	2,5	2,5
- complete urinaire echografie	1,5	1,5
- heilkunde op het abdomen	0,5	0,5
Besparingen sector implantaten	10	10
Besparingen sector tandzorg	19,989	19,989
Beschikbare marge met besparingen	0	0

Dankzij deze *claw forward* daalt het niet te besteden bedrag van 200,018 miljoen euro tot 119,655 miljoen euro. De uitgaven voor gezondheidszorg mogen in 2025 daarom 39,692 miljard euro bedragen in plaats van 39,612 miljard euro (zie deel 3.1).

Echter, omwille van de laattijdige beslissing over het budget gezondheidszorg, zijn de meeste maatregelen niet op 1 januari 2025 van start gegaan²⁰. Dit – samen met de nog steeds sterker toenemende gezondheidszorguitgaven dan verwacht – wijst, dankzij de nieuwe technische ramingen van het RIZIV van januari 2025, op een verwachte overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling voor 2025 met (momenteel) 46 miljoen euro (RIZIV, 2025).

Tot slot wijst de regering de Commissie voor Begrotingscontrole, het Verzekeringscomité en de akkoorden- en overeenkomstencommissies op hun verantwoordelijkheid om het budget voor de gezondheidszorg voor 2026 veilig te stellen (RIZIV, 2025). De minister zal alvast de besparingsmaatregelen voor de berekende, tijdelijke gereserveerde bedragen en onderbenutting van 144,401 miljoen euro initiëren (zie deel 3.2). Zonder aanpassing van het beleid, kunnen deze initiatieven vanaf 1 januari 2026 immers niet onderbenut zijn en op kruissnelheid geraken en vooralsnog 144,401 miljoen euro kosten.

²⁰ Enkel de tariefdaling voor enkele interventies bij de artsen-specialisten werd op 1 januari 2025 geïmplementeerd. Ook werden de werkzaamheden voor een controleprogramma op de naleving van hoofdstuk IV-geneesmiddelen in het najaar van 2024 opgestart: de controle op de naleving van de terugbetalingscriteria voor diabetesmedicijnen behoeven op 1 maart enkel nog een beslissing van de minister en zal op korte termijn worden ingevoerd.

Conclusie

Dankzij een goed functionerend sociaal overleg, heeft de nieuwe regering een maand na aantreden al een budget voor de gezondheidszorg in 2025 kunnen goedkeuren waarin de nodige besparingsmaatregelen waren vervat. Het sociaal overleg lette nauwgezet op de duurzaamheid van het Belgische gezondheidszorgsysteem en de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor de patiënt-e op korte termijn. De besparingsmaatregelen waren weloverwogen en onderscheidden zich van de in het verleden vaak lineaire correcties die als consequentie hadden dat ze het volume in zorg en de supplementen voor de patiënten opdreven ten nadele van een performant en duurzaam gezondheidszorgsysteem.

Net zoals in de andere Europese landen, is de economische groei in België de komende jaren beperkt en fragiel, in eerste instantie omwille van de oorlog in Oekraïne, maar ook omwille van de oorlog tussen Israël en Palestina, de toenemende risico's van de klimaatverandering en momenteel mogelijks een handelsoorlog met de Verenigde Staten van Amerika. Het Belgische overheidstekort zou onder invloed van enerzijds de uitgaven voor pensioenen en gezondheidszorg en anderzijds de stijgende rentelasten elk jaar toenemen tot 6% van het bbp in 2029 (Monitoringcomité, 2025). De referentiewaarde voor het Europese stabiliteitspact is echter een overheidstekort van maximum 3% van het bbp.

De regering-De Wever besloot de groeinorm voor 2026 en 2027 van 2,5% naar 2% te verlagen en hem nadien vast te leggen op 2,6% in 2028 en 3% in 2029. Echter, bijkomende besparingsmaatregelen staan genoteerd, voorlopig buiten norm, maar het is wachten op een beslissing over hoeveel hiervan binnen het budget gezondheidszorg zal moeten gerealiseerd worden. Ter vergelijking, de vermindering van de groeinorm van 2,5% naar 2% in 2026 komt overeen met 192 miljoen euro. Het wordt voor het sociaal overleg dus een hele uitdaging om een budget voor de gezondheidszorg voor 2026 voor te stellen dat voldoende door de zorgverleners gedragen wordt en rekening houdt met een accuraat gezondheidszorgbeleid waarbij een modern en performant gezondheidszorgsysteem wordt nagestreefd. *Business as usual* zal dus niet lukken. Als we de welvaartsstaat en een betere levenskwaliteit voor iedereen willen realiseren, dan moet ons beleid rond gezondheid en gezondheidszorg wijzigen. Grondige hervormingen die inefficiënties vermijden en meerwaarde voor de patiënt-e als focus hebben, zijn dringend. Het sociaal overleg concretiseerde deze nieuwe visie en aanpak op besparingsmaatregelen met het budget voor de gezondheidszorg in 2025. De mutualiteiten zetten daar verder hun schouders onder voor 2026 en de daarop volgende jaren.

Bibliografie

- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Commissie voor begrotingscontrole. (2024). *Rapport van de Commissie voor begrotingscontrole in het kader van de vaststelling van het budget voor geneeskundige verzorging voor het jaar 2025*. Brussel: RIZIV.
- Europese Raad. (2024). *Evaluatie economische governance: Raad en Parlement akkoord over hervorming begrotingsregels*. Opgehaald van Europese Raad: <https://www.consilium.europa.eu/nl/press/press-releases/2024/02/10/economic-governance-review-council-and-parliament-strike-deal-on-reform-of-fiscal-rules/>.
- Janssens, H. & Lavergne, T. (2024). Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'. *Gezondheid & Samenleving*, 10, 4-37.
- Mahieu, S. (2024). Budget gezondheidszorg 2024: "eerst de inhoud". *Gezondheid & Samenleving*, 9, 44-55.
- Mahieu, S., & Lambert, L. (2021). Budget 2021: Zorgverstrekkers, zorgvoorzieningen en ziekenfondsen gaan samen voor noodzakelijke hervormingen. *CM-Informatie*, 283, 4-11.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg in België. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 6-17.
- Monitoringcomité. (2025). *Voorlopige realisaties 2024 - Raming 2025 - Meerjarenraming 2026 – 2029 Entiteit I*. Brussel: BOSA.
- Regering De Wever. (2025). *Federaal regeerakkoord 2025-2029*. Brussel: Federale regering.
- Rekenhof. (2006). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers*. Brussel: Rekenhof.
- Rekenhof. (2011). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - opvolgingsaudit*. Brussel: Rekenhof.
- RIZIV. (2020, 10 19). Nota ARGV_2020_066. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2021, 10 18). Nota ARGV_2021_069. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2022). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024, finaal rapport*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2022, 10 17). Nota ARGV_2022_064. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2023, 10 16). Nota ARGV_2023_080. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2024a). *Nota CGV_2024_177*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2024b). *Nota CGV_2024_265*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025, 01 17). Nota ARGV 2025_007. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2025, 03 10). Nota ARGV_2025_011. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2025). *Nota ARGV-2025-009*. Brussel: RIZIV.
- van Cutsem, P. (2016). Federale begroting 2016 van de Gezondheidszorg. *CM-Informatie*, 263, 26-39.
- van Cutsem, P. (2017). Besparingen in de gezondheidszorg en crisis van tariefovereenkomsten: naar een liberalisering van onze sociale zekerheid? *CM-Informatie*, 267, 3-18.
- Wetenschappelijk Comité. (2022). *Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. Brussel: RIZIV.



Gezondheid & Samenleving is het driemaandelijkse tijdschrift van de Studiedienst van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van de belangrijkste CM-studies evenals achtergrondinformatie over de regionale en federale systemen van sociale bescherming, andere takken van de sociale zekerheid en het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Het adressenbestand wordt uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van het tijdschrift en wordt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) beheerd en bewaard. Je kan op elk moment vragen om je persoonsgegevens te raadplegen, aan te passen of te verwijderen. Onjuiste of onvolledige gegevens kan je bovendien kosteloos laten verbeteren. Voor meer informatie in verband met de verwerking van je persoonsgegevens en de uitoefening van je rechten, kan je de privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

Indien je vragen hebt over het rechtmatig verwerken van je persoonsgegevens, kan je contact opnemen met onze Data Protection Officer. Dit kan zowel:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van de data protection officer naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek, België
- Per mail: naar privacy@cm.be

Indien je klachten hebt, dan kan je je eveneens tot de CM-Ombudsman richten:

- Schriftelijk door een brief te sturen ter attentie van CM-Ombud naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar cm.ombud@cm.be

Indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, kan je dit laten weten:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van Mieke Hofman naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – Studiedienst, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar GezondheidEnSamenleving@cm.be

Inhoud

Editio:	De gezondheidszorg aansturen · 02
Studie:	Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid: de paradox van terugkeer naar het werk · 06
	Literatuuroverzicht · 08
	Ontwikkeling van de onderzoekshypothesen · 11
	Methode · 12
	Resultaten · 17
	Bespreking van de resultaten en aanbevelingen · 23
Analyse:	Doelstellingen bepalen voor een betere dekking van de gezondheidszorgbehoeften · 30
	Analysekader van de dekking van de zorgbehoeften · 33
	Betere dekking van de zorgbehoeften voor chronisch zieken · 42
	De <i>governance</i> van het gezondheidszorgsysteem op basis van het werken met doelstellingen · 49
Analyse:	Budget gezondheidszorg 2025: de meerwaarde van het sociaal overleg · 58
	Het Belgische sociale DNA · 59
	Beheer van de ziekteverzekering door de regering-De Croo · 62
	Begrotingsdoelstelling 2025 en technische ramingen · 64
	Voorstel 2025 van het Verzekeringscomité en beslissing van de ministerraad · 66

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel
Hoofdredactie	Nicolas Rossignol
Eindredactie	Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova
Redactiecomité	Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest
Lay-out	Gevaert Graphics
Druk	Albe De Coker
Retouradres	CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel
Copyright	De studies van Gezondheid & Samenleving worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd"