

Een systeem onder druk

Editio



Iedereen is het erover eens dat de vergrijzing van de bevolking de grootste uitdaging vormt die we de komende jaren moeten aangaan. De impact van een langere levensverwachting, in samenhang met een vertraging in het geboortecijfer, zal voelbaar zijn in elk aspect van ons leven. Deze evolutie zet ons pensioenstelsel onder druk, beïnvloedt de manier waarop we onze loopbaan uitbouwen en verandert de relatie tussen generaties. Maar deze evolutie zal in de eerste plaats voelbaar zijn in het gezondheidszorgsysteem. Als we weten dat 51% van de uitgaven voor gezondheidszorg die we in onze gegevens opnemen, betrekking heeft op een kwart van onze leden, dat wil zeggen de 65-plussers, zonder rekening te houden met de uitgaven voor de voorzieningen voor ouderen zoals de woonzorgcentra, en dat 44% van de 75-plussers chronisch ziek is, zal de zorg voor mensen in de laatste fase van hun leven de uitdaging van de komende decennia zijn.

In dit domein zullen fundamentele ethische vragen rijzen, te beginnen met ons begrip van wat gezondheid is. Sinds de Verlichting heeft de westerse filosofische traditie het moderne zelf altijd geassocieerd met het idee van autonomie, en in het industriële tijdperk met productiviteit. We moeten vaststellen dat het deze antropologie is die overheerst in het domein van de gezondheidszorg. We zien gezondheidsinterventies als gericht op het herstellen van het individu of om die in staat te stellen weer een actieve rol op te nemen in het productiesysteem. We vergeten de

andere dimensies die mee de levenskwaliteit van mensen bepalen. Wanneer er afhankelijkheden optreden, hebben we het er voor onszelf en voor anderen heel moeilijk mee dit te aanvaarden. We onderschatten ook de zorgberoepen en erkennen niet het essentiële werk van verpleegkundigen en gezinshulpverleners of alle mantelzorgers, die vaak ten koste van de eigen gezondheid voor anderen zorgen. We moeten onze benadering van de laatste levensfase radicaal veranderen, zodat we 'passende zorg' kunnen bieden op basis van de behoeften van de persoon en de mantelzorgers die deze omringen. We moeten afstappen van een te enge benadering van gezondheid, en de vraag durven stellen naar de levenskwaliteit zoals de persoon die zou willen ervaren. Als gezondheidsfondsen geloven we niet dat er één benadering zal zijn die voor iedereen geschikt is: sommigen zullen thuis kunnen blijven en de nodige formele of informele ondersteuning vinden, anderen zullen in het ziekenhuis moeten worden opgenomen, nog anderen zullen in een collectieve of intergenerationele woonvorm verblijven. Om de levenskwaliteit in de laatste levensjaren te meten, zal het belangrijk zijn om te zien in welke mate deze keuzes volledig vrijwillig zijn, dan wel of ze beperkt zijn door externe zaken zoals een gebrek aan beschikbare infrastructuur, een tekort aan zorgpersoneel, isolement of financiële kwetsbaarheid.

Om echte keuzes mogelijk te maken, moeten we bestuderen wat er vandaag in de laatste levensjaren gebeurt op het vlak van zorg. Dit is dan ook de focus van ons uitgebreid onderzoek naar de profielen en de evolutie in de situatie van mensen in de laatste fase van hun leven. Onze studie *Gezondheidsprofiel van onze ouderen* is er het eerste deel van. We hebben ervoor gekozen om te starten met een schets van het profiel van ouderen: welk verschil is er tussen de meest kwetsbare en de meest begoede personen en bij welke zorgverleners komen ze het meest? Gebruiken ze veel geneesmiddelen?

Deze eerste studie stelt ons in staat om de constanten en variaties in groepen van oudere patiënten te zien, evenals hoe deze groepen zijn veranderd in de afgelopen jaren, en om aanbevelingen te formuleren over zorg aan het einde van het leven.

Bij het lezen van het begin van deze edito, zult u al begrepen hebben dat het vraagstuk van de laatste levensfase niet los kan gezien worden van onze visie op gezondheidszorg en de doelstellingen die ermee verbonden zijn. Sinds twee jaar neemt CM de intermutualistische coördinatie op zich van de voorbereiding van de gezondheidszorgbegroting. Zoals we al hebben toegelicht in de studie *Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg* (Cès, 2022), steunen we het idee dat deze begroting geen lineaire voortzetting moet zijn van wat voorafging, maar een visie op de toekomst van de gezondheidszorg moet weerspiegelen. Het nieuwe meerjarenbegrotingskader heeft nu in de wet opgenomen dat de begroting ook de verwezenlijking van gezondheidsdoelstellingen voor de Belgische bevolking moet ondersteunen. Het zou inderdaad een illusie zijn te geloven dat de zorg en ondersteuning in de laatste levensjaren alleen kan worden aangepakt door de inspanningen van artsen zonder ook verpleegkundigen te betrekken, in het ziekenhuis zonder woonzorgcentra in te schakelen, of nog dat de mentale gezondheid van jongeren alleen een zaak is van psychiaters of psychologen. Een volksgezondheidsbeleid moet erin slagen alle actoren te mobiliseren om gemeenschappelijke doelen te bereiken. Dankzij dit nieuwe beleid hebben we een proces van co-constructie met zorgverleners kunnen opzetten om samen de transversale doelstellingen voor het budget te definiëren. Hoewel deze dynamiek van co-constructie nog nieuw is voor alle actoren die betrokken zijn bij het begrotingsproces, heeft ze ons toch in staat gesteld om de verdeeldheid tussen de belangrijkste begrotingssectoren opzij te schuiven. Het liet ons toe samen te werken aan manieren om de sectoren

te ondersteunen die dit het meest nodig hebben, bijvoorbeeld door samen te besluiten om de 'conventiepremie' te bundelen en deze solidair toe te wijzen aan bepaalde prioritaire sectoren.

We zijn er ons van bewust dat er nog veel stappen moeten worden gezet. Zo hopen we dat we door onze betrokkenheid bij de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen nog verder kunnen gaan in het bepalen van doelstellingen voor alle sectoren, en we hopen dat dit zich zal vertalen in gezondheidsdoelstellingen die op korte termijn verder zullen gaan dan enkel de gezondheidszorgsector. We weten ook dat het tijd kost om een beleidsverandering te evalueren, vooral door de integratie van meer preventie in zorgpaden, en dat alle inspanningen die al zijn geleverd nog tot uiting moeten komen in gezondheidswinst en in een verkleining van de gezondheidskloof. We hopen alleen maar dat onze visie op gezondheidszorg vertaald blijft worden in concrete veranderingen, zodat we samen de vele uitdagingen van de komende jaren het hoofd kunnen bieden. Ons artikel *Budget gezondheidszorg 2024: 'eerst de inhoud'*, maakt de balans op van de begrotingsopmaak voor 2024 en zet de krijtlijnen uit voor een verdere versterking van dit kader in de komende jaren.

Élise Derroitte
Directie Beleid en Studies

Bibliografie

Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.