

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

06 Meer begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming

34 Gezondheidsongelijkheden beginnen bij de geboorte

50 Implementatie van BelRAI

62 Begroting voor gezondheidszorg 2023

5 - april 2023

De meest kwetsbaren beschermen

De meest kwetsbaren beschermen

Editio



Als we het over kwetsbaarheid hebben, gaan sommigen ervan uit dat we het over een minderheidsthema hebben, dat slechts betrekking heeft op een beperkte groep mensen die gemakkelijk te identificeren en reeds gekend is. Maar kwetsbaarheid is geen randverschijnsel. Kwetsbaarheid ontstaat omdat een levenssituatie verandert, omdat er duizenden kilometers verderop een oorlog uitbreekt, omdat een kind of een ouder ziek wordt. En zo kunnen de dingen ineens veranderen. Iedereen kan hier dus op verschillende momenten in het leven mee geconfronteerd worden. Voor deze veranderende situaties hebben we een sterk, efficiënt systeem nodig, dat in staat is het risico en de negatieve impact van de omstandigheden op te vangen. Een systeem dat in staat is degenen die het nodig hebben te ondersteunen. Dit nummer van *Gezondheid & Samenleving* heeft aandacht voor verschillende vormen van kwetsbaarheid.

Eerst en vooral hebben we het over mensen die in armoede leven. Sinds afgelopen najaar en na de energiecrisis veroorzaakt door de oorlog in Oekraïne is veel aandacht besteed aan het mechanisme van de

verhoogde tegemoetkoming. Dit mechanisme opent een aantal rechten binnen de ziekteverzekering (met name het derde betalerssysteem), maar ook in andere economische sectoren (zoals het recht op het sociale energietarief, korting op het openbaar vervoer, enz.). In onderzoek rond volksgezondheid wordt het mechanisme van verhoogde tegemoetkoming ook gebruikt als een proxy (dit is een variabele waarmee we een andere variabele kunnen meten waartoe we geen toegang hebben of die niet meetbaar is) voor de economische kwetsbaarheid van mensen. Historisch gezien waren het voornamelijk ouderen die recht hadden op deze tegemoetkoming. De cijfers van de laatste jaren laten een trendbreuk zien: mensen met het recht op verhoogde tegemoetkoming worden jonger en wonen in de steden.

Uit onze studie, *Meer begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming: interpretatie van de grote tendensen van de laatste jaren in België*, blijkt dat vandaag bijna 19% van de Belgische bevolking dit statuut heeft, tegenover 15% in 2008. Van diegenen voor wie het recht niet automatisch wordt toegekend op basis van een statuut en die het recht verkrijgen op basis van hun inkomen, maakt naar schatting tot 40% er geen gebruik van.

Deze evolutie is zorgwekkend omdat het erop kan wijzen dat de bevolking armer wordt. In Antwerpen heeft bijna 40% van de jongeren onder de 18 jaar dit statuut. Wij weten dat een leven beginnen in armoede een sterke indicator is voor een slechte gezondheid op volwassen leeftijd. Bovendien wordt deze status verkregen door het

hebben van een ander statuut die het recht hierop opent, of door een onderzoek naar het gezinsinkomen. Deze tweede voorwaarde leidt tot een groot niet-gebruik van het statuut omdat deze niet altijd bekend is bij de mensen die er zouden kunnen gebruik van maken. Er wordt met veel onderzoek en initiatieven getracht deze onderbenutting (non take-up) te verminderen. Zo probeert men proactieve signalen te vermeerderen zodat de mutualiteiten potentiële begunstigten kunnen identificeren, maar er moet nog veel werk worden verzet om ervoor te zorgen dat kwetsbare mensen van dit recht kunnen genieten.

Onze vierde studie over perinatale trajecten, *Gezondheidsongelijkheden beginnen bij de geboorte: kwantitatieve analyse van factoren die van invloed zijn op het risico van heropname van pasgeborenen in het ziekenhuis*, bevestigt dat geboren worden in een precaire economische situatie een gezondheidsrisico inhoudt. Het krijgen van een kind is voor elk gezin een kwetsbaar moment, dat kan leiden tot grotere zorgbehoeften. In deze studie proberen we de variabele te vinden die de meeste invloed heeft op heropnames. Via onze statistische methode (regressieanalyse) kunnen wij het effect van verschillende variabelen op de terugkeer van pasgeborenen naar het ziekenhuis testen. De factor die leidt tot de grootste kans op heropname na een geboorte is de sociaaleconomische status van het gezin (gebaseerd op het al dan niet recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming van het gezin). Er moet bijzondere aandacht gaan naar deze gezinnen die de kortste ziekenhuisverblijven hebben en de grootste moeilijkheden ondervinden om de postnatale

opvolging thuis te garanderen. Wij stellen verschillende aanbevelingen voor om deze gezinnen specifiek te ondersteunen in hun gezondheidszorgbehoeften rond de geboorte.

Het levenseinde is eveneens een moment bij uitstek van kwetsbaarheid, niet alleen omwille van de doorgaans verslechterende gezondheid, maar ook gezien de stagnatie of achteruitgang van de socio-economische situatie van mensen. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, ook aan het einde van het leven, worden inschalingsinstrumenten voor zorgzwaarte ingezet onder impuls van de overheid. In België is de principiële keuze gemaakt voor de invoering van BelRai, een aanpassing van het Amerikaanse Resident Assessment Instrument (RAI), dat daar in de jaren negentig geleidelijk werd ingevoerd in de ouderenzorg. Voor België is de invoering ervan als actiepunt opgenomen in het actieplan e-gezondheid 2013-2018. Het instrument brengt de zorgbehoeften van onder meer ouderen zo nauwkeurig mogelijk in kaart. Ons artikel, *Implementatie van BelRAI: stap voor stap dichterbij een nieuw uniform inschalingsinstrument voor onze zorg*, schetst de ontwikkelingen in de implementatie van het instrument, de sterke punten en de beperkingen ervan. In Vlaanderen werd in 2021 ook een vereenvoudigde BelRAI screener in de praktijk gebracht in het kader van rechtentoekeuring. Niet iedereen was even enthousiast over dit gebruik, maar na evaluatie vond een bijsturing plaats. In Vlaanderen is voor 2023 als doel gesteld om twee volledige instrumenten voor thuiszorg en rusthuizen in te voeren om zo de zorgplanning en kwaliteitsmonitoring te optimaliseren.

Ten slotte wordt sinds twee jaar in de begroting voor gezondheidszorg een nieuwe methode toegepast om de begrotingsmarge te verdelen volgens gezondheidszorgdoelstellingen. Deze doelstellingen zijn gebaseerd op de quintuple aim (vijfluk aan doelstellingen) van de gezondheidszorg: verhoging van de kwaliteit van de door de patiënten ervaren zorg, het verbeteren van de volksgezondheid, werken aan een betere efficiëntie, verhoging van de rechtvaardigheid in de zorg door de toegankelijkheid in al haar dimensies te vergroten en verhoging van het welzijn van de gezondheidswerkers. Ons artikel, *Begroting voor gezondheidszorg 2023: ondersteuning van de zorgverstrekkers en van de patiënten*, richt zich in het bijzonder op de vertaling van deze doelstellingen in gezondheidszorgdoelstellingen,

maar ook op de governance die binnen het overleg is opgezet om de verschillende actoren te mobiliseren bij het realiseren ervan. 2023 wordt een uitdagend jaar vanwege de gespannen economische context met de energiecrisis en de hoge inflatie. Aangezien de groeinorm voor het budget voor een jaar herzien wordt van 2,5 naar 2%, zullen de hieruit voortvloeiende besparingen ten belope van 169 miljoen euro vooral raken aan de nochtans noodzakelijke investeringen in de zorg. De marge van 2% zal immers snel worden opgeslokt door de structurele toename van de zorgbehoefte. Reeds in 2023 zou de verbetering van de performantie van het gezondheidszorgsysteem vorm kunnen krijgen om investeringscapaciteit vrij te maken door efficiëntiewinsten te realiseren in het kader van doelmatige zorg (*appropriate care*). Doelmatige zorg

verwijst naar zowel het schrappen van activiteiten met weinig toegevoegde waarde, het beperken van het gebruik van middelen of ze te vervangen door minder dure, als naar het bestrijden van vermijdbare ziekte door de toegang tot zorg voor kwetsbare groepen te verbeteren.

Dit nummer biedt u de kans om verschillende vormen van kwetsbaarheid meer in detail te begrijpen, waardoor u samen met ons zal besluiten dat we de meest kwetsbaren moeten beschermen, op verschillende momenten in het leven.

Élise Derroitte
Directie Studiedienst



Meer begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming in België

Interpretatie van de grote tendensen van de laatste jaren in België

Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene — Studiedienst

Tom De Spiegeleer — Directie Beleid

Met dank aan Werner Cremer, Serge Jacquinet en Clara Noirhomme

Samenvatting

Om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, voorziet de verplichte ziekteverzekering (VP) in een speciale regeling voor huishoudens die slechts over een laag inkomen beschikken: het statuut van de verhoogde tegemoetkoming (VT). Dankzij dit statuut zijn de terugbetalingen van de VP hoger en de remgelden ten laste van de patiënten bijgevolg lager. Bovendien geeft dit statuut buiten de VP ook toegang tot andere voordelen. Zo werd, om de energiecrisis het hoofd te bieden, het recht op het sociaal energietarief opengesteld voor VT'ers. In 2021 heeft 19% van de Belgische bevolking het VT-statuuut. In 2008 was dit percentage nog 15%. Een dergelijke toename rechtvaardigt een nadere bestudering van de evolutie van dit statuut en zijn rechthebbenden.

Als we de CM gegevens bekijken, zien we dat bepaalde categorieën van de bevolking meer kans hebben om voor dit statuut in aanmerking te komen: alleenstaanden, éénoudergezinnen, vrouwen, invaliden, werklozen, ouderen, maar ook jongeren. Opvallend is dat in respectievelijk Brussel en Antwerpen 37% en 40% van de jongeren onder de 18 VT'ers zijn. In 15 jaar tijd zien we de VT'ers over het algemeen jonger worden, hoewel gepensioneerden nog altijd de overhand hebben.

Deze opmars van VT'ers onder de bevolking komt niet alleen door een verarming van bepaalde bevolkingsgroepen, maar ook door ontwikkelingen op wetgevend gebied: het recht is geleidelijk uitgebreid, zodat elk huishouden met een laag inkomen het nu kan aanvragen. Bepaalde risicogroepen voor VT, zoals invaliden en rechthebbenden op het leefloon, nemen

toe in aantal. Om de *non-take-up* (het feit dat sommige mensen hun recht niet vragen of ontvangen, ook al komen ze er wel voor in aanmerking) terug te dringen, zijn er bovendien innovatieve administratieve procedures uitgewerkt, op basis van informatie-uitwisselingen tussen verschillende instanties:

- Het **automatisch recht** op het VT-statuuut geldt voor personen die al een specifiek sociaal recht (bijvoorbeeld het leefloon) ontvangen van een andere administratie die daarvoor een inkomensonderzoek heeft verricht, zonder dat aanvullende stappen nodig zijn;
- De **proactieve flux** maakt gebruik van fiscale gegevens, waardoor het mogelijk wordt om huishoudens met een potentieel recht op het VT-statuuut te detecteren. Vervolgens worden ze gecontacteerd door hun ziekenfonds en uitgenodigd om een aanvraag in te dienen.

Het terugdringen van de *non-take-up* is een collectieve inspanning. De proactieve flux helpt daar zeker bij, maar heeft ook beperkingen: fiscale gegevens vertonen altijd een zekere vertraging en ook moet de gecontacteerde persoon toch nog zelf actie ondernemen. Voor bepaalde categorieën van de bevolking is echter meer recente informatie over het inkomen beschikbaar. Door de ziekenfondsen toegang tot deze informatie te geven, zouden die dan het recht "ambtshalve" kunnen openen. Een slim gebruik van gegevens, automatisering en proactiviteit blijven dus nog op de agenda staan.

Sleutelwoorden: Verhoogde tegemoetkoming, evolutie, non-take-up, automatisch recht, ambtshalve opening, proactieve flux, armoede, kwantitatieve studie

1. Inleiding

Onder meer energie en voedsel hebben zwaar te lijden onder meerdere wereldwijde crisissen (zoals de oorlog in Oekraïne, de economische gevolgen van de COVID-19-pandemie). Eén van de gevolgen is dat de inflatie in heel Europa explosief is gestegen, met percentages die we niet meer hadden gezien sinds de oliecrisissen van eind jaren zeventig (Statbel, 2022a). Bij een inflatie van meer dan 10% in België (Statbel, 2022a), net als in tal van andere landen, worden veel gezinnen geconfronteerd met een drastische daling van hun koopkracht. Zo is de cruciale kwestie van de armoede in één klap terug in het publieke debat.

Voor de ziekenfondsen heeft deze kwestie helaas niets nieuws: de correlatie tussen armoede of kwetsbaarheid enerzijds en gezondheid anderzijds hoeft al lang niet meer aangetoond te worden. Kortom, Belgen die met de ene of andere kwetsbaarheid kampen, hebben een slechtere gezondheid en maken minder gebruik van essentiële zorg dan anderen (Avalosse, et al., 2022).

De verplichte ziekteverzekering (VP) bevat verschillende regelingen om de betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. Het statuut van de verhoogde tegemoetkoming (VT) is daar één van. Dit statuut, dat door de ziekenfondsen zowel kan worden toegekend op grond van een te laag inkomen als vanwege een sociaal recht (bijvoorbeeld een uitkering voor personen met een handicap), geeft toegang tot een aantal financiële voordelen, zoals het minder betalen voor gezondheidszorg. Het wordt ook gebruikt in het kader van ander overheidsbeleid, om bepaalde tegemoetkomingen toe te wijzen. Zo zal tot juni 2023 het recht op het sociaal tarief voor gas en elektriciteit worden toegekend aan alle VT'ers.

Het VT-statuuut heeft al heel wat veranderingen ondergaan. Aanvankelijk betrof het slechts enkele heel specifieke sociale categorieën. Gaandeweg werd de doelgroep evenwel uitgebreid, zodat momenteel elk type huishouden met een laag inkomen een aanvraag kan indienen. Verder beschikken de ziekenfondsen over meer instrumenten om ervoor te zorgen dat een huishouden dat in aanmerking komt voor het statuut het ook krijgt. En ten slotte worden bepaalde categorieën van de bevolking die meer kans maken op het VT-statuuut (zoals éénoudergezinnen en alleenstaanden), almaar groter. Om al deze redenen wilden we, aan de hand van de gegevens van de Christelijke Mutualiteit (CM) en het Inter mutualistisch Agentschap (IMA) van de afgelopen 15 jaar, het VT-statuuut aan een globaal onderzoek onderwerpen.

In deze studie stellen we eerst het statuut voor, de voorwaarden om het te verkrijgen en de voordelen die het biedt. Vervolgens analyseren we het verband tussen het percentage VT'ers en de armoedepercentages. En behandelen we het cruciale probleem van de *non-take-up*, ofwel het feit dat sommige mensen, die er nochtans recht op hebben, geen aanvraag voor het VT-statuuut doen of dit niet verkrijgen. Daarna bestuderen we de belangrijkste trends van de "VT-populatie" in ons land: welke bevolkingsgroepen lopen het risico VT te worden? En wat is het profiel van de VT'ers zelf? Is dat in de loop van de tijd veranderd, en hoe? Ten slotte buigen we ons over de toename van het aantal begunstigen van dit statuut en de mogelijke redenen daarvoor. Uiteindelijk doen we enkele aanbevelingen.

2. Wat is het VT-statuuut?

Het statuut van de verhoogde tegemoetkoming (VT) bestaat al sinds de invoering van de verplichte ziekteverzekering (in 1963). Oorspronkelijk was het voorbehouden aan bepaalde specifieke sociale categorieën: weduwen en weduwnaars, invaliden, gepensioneerden en wezen (WIGW). In de loop der tijd kwamen hier andere categorieën bij: langdurig werklozen en éénoudergezinnen. In juli 2007 werd het statuut nog verder uitgebreid met mensen die niet onder deze sociale categorieën vallen, maar die niettemin over een laag inkomen beschikken. Zij werden ondergebracht onder het OMNIO-statuuut. Ten slotte werd de wetgeving in 2014 opnieuw herzien. OMNIO werd toen geïntegreerd in en geharmoniseerd met de rest van de wetgeving (sindsdien is de naam OMNIO verdwenen). Hieronder schetsen we de grote lijnen van de huidige wetgeving inzake het VT-statuuut (CM, 2022; Lefevère, et al., 2019; De Spiegeleer, et al., 2013).

2.1. Rechten geopend vanuit het VT-statuuut

Het belangrijkste doel van dit statuut is het garanderen van **een betaalbare gezondheidszorg** voor mensen met **een laag inkomen**. Voor VT'ers zijn de tegemoetkomingen vanuit de verplichte ziekteverzekering (VP) hoger (vandaar de term "*verhoogde tegemoetkoming*"), zodat de resterende bedragen die ten laste blijven, lager uitvallen. Dat geldt evenzeer voor medische of paramedische verstrekkingen als voor ziekenhuisopnamekosten. Voor een consultatie bij een huisarts zal een patiënt zonder verhoogde tegemoet-

koming bijvoorbeeld vier of zes euro uit eigen zak moeten betalen, naargelang hij/zij al dan niet in het bezit is van een globaal medisch dossier (GMD). Deze vier of zes euro vormen het “remgeld”, d.w.z. het verschil tussen het honorarium voor de consultatie en de voorziene terugbetaling vanuit de VP. Als de patiënt echter VT is, wordt het remgeld verlaagd tot één of een en half euro, naargelang hij/zij al dan niet over een GMD beschikt.

Andere VP-maatregelen moeten de problematische toegang tot gezondheidszorg voor VT'ers verbeteren:

- De **maximumfactuur (MAF)** is een systeem waarmee de som van het door de gezinnen te betalen remgeld kan worden beperkt: zodra een bepaald plafond is bereikt, wordt al het verdere remgeld door de VP terugbetaald. Er zijn verschillende soorten MAF, waaronder de sociale MAF, die automatisch wordt toegekend aan VT'ers en waarvoor een vast plafondbedrag geldt van 507 euro remgeld. Bij de inkomens-MAF daarentegen is het plafondbedrag variabel en afhankelijk van het inkomen van het huishouden. Sinds 2022 geldt er voor het remgeld een eerste plafondbedrag van 250 euro voor gezinnen waarvan het inkomen in 2020 niet hoger was dan 11.120 euro netto. Op de betrokken VT-gezinnen wordt in dat geval dit eerste plafondbedrag toegepast;
- De **derdebetalersregeling**: voor hun consultaties bij huisartsen genieten VT'ers van de *verplichte* toepassing van de derdebetalersregeling. Dat betekent dat ze alleen het remgeld voor de verstrekking hoeven te betalen, de rest van het honorarium wordt door het ziekenfonds rechtstreeks aan de zorgverlener vergoed. We wijzen er nog op dat de derdebetalersregeling ook bij niet-VT'ers kan worden toegepast, maar dan moet die wel worden aangevraagd bij de zorgverlener.

In Vlaanderen is daarnaast de jaarlijkse zorgpremie voor de **Vlaamse Sociale Bescherming (VSB)**, minder hoog voor VT'ers (29 euro) dan voor niet-VT'ers (58 euro)¹.

Enkele andere tegemoetkomingen of sociale voordelen die beschikbaar zijn voor VT'ers:

- **Energie en verwarming**: sinds februari 2021 wordt aan VT'ers het sociaal energietarief (elektriciteit, gas) toegekend en deze maatregel is inmiddels verlengd tot juni 2023. VT'ers komen verder in aanmerking voor een ver-

warmingstoelage van het sociaal stookoliefonds;

- **Sociaal telefoontarief**, onder bepaalde voorwaarden (65 jaar en ouder, personen met een handicap, rechthebbende op het leefloon);
- Lagere tarieven in het **openbaar vervoer**;
- Afhankelijk van de gemeente kunnen er specifieke voordelen zijn voor VT'ers, zoals een verlaging van de gemeentebelasting voor het beheer van huishoudelijk afval;
- Ook in het kader van door de ziekenfondsen georganiseerde aanvullende diensten en voordelen kunnen de VT-leden tegemoetkomingen of kortingen ontvangen. Bij CM zijn dat bijvoorbeeld de vakantieverblijven georganiseerd door Ocarina/Kazou, Enéo, Altéo/Samana en de verblijven in herstelcentra.

2.2. Toelatingsvoorwaarden voor het VT-statuut

Voor personen en huishoudens met een laag inkomen zijn er twee manieren waarop ze het VT-statuut kunnen verkrijgen: hetzij op basis van een **sociaal recht** hetzij na een **inkomensonderzoek**. Hierbij moet worden opgemerkt dat het VT-statuut niet alleen wordt toegekend aan de persoon die het recht opent, maar ook aan zijn/haar eventuele partner en zijn/haar/hun personen ten laste.

2.2.1. Op basis van een sociaal recht

Als een persoon al een bepaald **sociaal recht** geniet, wordt ervan uitgegaan dat zijn/haar inkomen door een instelling voor sociale zekerheid of sociale bijstand laag is bevonden en dat het ziekenfonds het VT-statuut dus **automatisch** kan toekennen op basis van dit recht, zonder aanvullend inkomensonderzoek te hoeven verrichten. De hier bedoelde sociale rechten zijn:

- het leefloon of een gelijkwaardige bijstand van het OCMW, gedurende drie volle en ononderbroken maanden;
- de Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO) of het gewaarborgd inkomen voor bejaarden (GIB);
- tegemoetkomingen voor personen met een handicap (integratietegemoetkoming, inkomensvervangende tegemoetkoming of tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden²).

¹ Bedrag van 2023.

² De Duitstalige Gemeenschap heeft de regels voor het toekennen van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden herzien (deze uitkering is overgedragen aan de gefedereerde entiteiten, die er nu de volledige verantwoordelijkheid voor dragen). Vanwege deze hervorming is het inkomensonderzoek sinds 2023 afgeschaft en worden voor het toekennen van deze uitkering enkel nog medische criteria gehanteerd. Het gevolg hiervan is helaas dat het automatische recht op de verhoogde tegemoetkoming voortaan niet meer van toepassing is (CKK, 2022).

Ook kinderen hebben in één van de volgende situaties automatisch recht op het VT-statuuat:

- kinderen die wegens hun handicap een verhoogde kinderbijslag ontvangen;
- niet-begeleide minderjarige vreemdeling (NBMV);
- wezen.

Als de toekenning van het VT-statuuat 'automatisch' verloopt, dan is dat dankzij de administratieve informatie waarover de ziekenfondsen beschikken. Zo worden er verschillende stromen elektronische gegevens (die een einde maken aan de papieren attesten die mensen voorheen moesten inleveren bij hun ziekenfonds), afkomstig van diverse federale of gewestelijke overheidsdiensten, maar ook van het OCMW, aan de ziekenfondsen verstrekt, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) en het Nationaal Inter mutualistisch College (NIC). Het VT-statuuat wordt jaarlijks hernieuwd, op voorwaarde dat het sociaal recht (of voor kinderen, de behartenswaardige situatie) aan de oorsprong van de opening van het recht van kracht blijft.

2.2.2. Op basis van een inkomensonderzoek

Als een persoon niet voor één van in het vorige punt genoemde sociale rechten in aanmerking komt, maar wel van mening is recht op het VT-statuuat te hebben, kan hij/zij dit altijd bij zijn/haar ziekenfonds **aanvragen**. **Deze doet dan een onderzoek naar het inkomen** van de aanvrager, zijn/haar partner (echtgeno(o)t(e), wettelijk samenwonende of op hetzelfde adres wonende partner) en hun personen ten laste. Als het gezinsinkomen onder een bepaald plafond ligt, wordt het VT-statuuat toegekend aan alle leden van het huishouden (zie, voor de geïndexeerde bedragen van deze plafonds, RIZIV, 2023).

In aanmerking genomen inkomsten

Alle inkomsten worden in aanmerking genomen (beroepsinkomen, werkloosheidsuitkeringen, arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, pensioenen, inkomsten uit roerende en onroerende goederen, alimentatie, inkomsten in het buitenland, enz.). Er wordt echter geen rekening gehouden met inkomsten zoals kinderbijslag, tegemoetkomingen voor personen met een handicap, inkomsten van kinderen (vb. studentenjobs), op voorwaarde dat zij nog recht hebben op kinderbijslag.

Referteperiode voor het inkomen

De referteperiode voor het inkomen is in principe één kalenderjaar (het jaar voorafgaand aan de aanvraag). Bij een aanvraag ingediend in 2023 wordt het VT-statuuat toegekend als het **bruto belastbaar inkomen** voor 2022 lager

was dan 23.304 euro, vermeerderd met 4315 euro per extra persoon in het huishouden (en mits het inkomen in de tussentijd niet significant is gestegen).

Voor bepaalde sociale categorieën waarvan het inkomen stabiel wordt geacht, kan de referteperiode worden ingekort tot één maand (de maand voorafgaand aan de aanvraag of de maand waarin de aanvraag werd gedaan). Personen die tot de volgende sociale categorieën behoren, kunnen vragen dat het inkomensonderzoek voor hun huishouden betrekking heeft op een referteperiode van maximaal één maand:

- gepensioneerden;
- personen met een handicap;
- rechthebbenden op een overlevingspensioen;
- rechthebbenden op een invaliditeitsuitkering;
- ambtenaren die in disponibiliteit zijn geplaatst en van wie de ziekteperiode minstens 3 maanden bedraagt;
- militairen die om gezondheidsredenen sinds minimaal drie maanden tijdelijk uit hun ambt ontheven zijn;
- éénoudergezinnen;
- zelfstandigen die sinds minimaal drie maanden het overbruggingsrecht genieten;
- mensen die drie maanden lang onafgebroken arbeidsongeschikt of volledig werkloos zijn, of een combinatie van beide.

Controles

Aangezien inkomens in de loop van de tijd kunnen veranderen, is het de taak van de ziekenfondsen om controles uit te voeren, teneinde na te gaan of nog aan de inkomensvoorwaarden is voldaan. Een controle is bijvoorbeeld nodig als de **gezinssamenstelling** verandert. Als het aantal personen in het huishouden toe- of afneemt, verandert dat immers het toe te passen maximumbedrag en de in aanmerking te nemen inkomsten (de extra persoon brengt mogelijk inkomsten in waarmee rekening moet worden gehouden). De ziekenfondsen waarschuwen de betrokkenen vervolgens dat hun recht op de verhoogde tegemoetkoming behouden blijft tot het einde van het kwartaal volgend op het kwartaal waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaatsgevonden. Dit wordt een periode van "behoud van het recht" genoemd. Gedurende deze periode kunnen de betrokkenen dan een nieuwe aanvraag indienen en wordt er, gezien de nieuwe gezinssamenstelling, een nieuw inkomensonderzoek verricht. Uitzondering: als het huishouden wordt aangevuld met een kind onder de 16 jaar, wordt het recht op het VT-statuuat automatisch verlengd (zo wordt een nieuw inkomensonderzoek bij geboortes of adopties vermeden, want de kans dat het kind inkomsten inbrengt is immers bijna nihil).

Indien het inkomensonderzoek werd uitgevoerd op basis van de **maandelijke referterperiode**, gelden er andere controles. Het ziekenfonds verricht dan een **“tussentijdse controle”**. In het jaar volgend op de toekenning van het VT-statuut moet immers worden gecontroleerd of de betrokkene nog steeds onder één van de hierboven vermelde sociale categorieën valt. Is dat niet het geval, dan wordt die persoon gecontacteerd en uitgenodigd om een nieuwe aanvraag in te dienen (het recht op verhoogde tegemoetkoming blijft tot het einde van het jaar behouden), waarna een nieuw inkomensonderzoek zal worden uitgevoerd.

Doorgaans voert het ziekenfonds ook jaarlijks een controle uit op basis van gegevens van de administratie van de personenbelasting, die via het RIZIV worden uitgewisseld. Dit noemen we een **“systematische controle”**. Deze controle heeft betrekking op iedereen die het VT-statuut heeft verkregen na een inkomensonderzoek. Het gaat er dan om te kijken in hoeverre het inkomen nog onder het plafond ligt. Is dit niet langer het geval, dan vervalt het VT-statuut aan het einde van het jaar waarin de fiscale gegevens zijn ontvangen. De betrokkenen worden op de hoogte gesteld, zodat ze eventueel een nieuwe aanvraag kunnen indienen.

2.2.3. Bron van het recht van CM-leden op het VT-statuut

Hoe zijn de VT'ers verdeeld, al naargelang de manier waarop zij het statuut hebben verkregen? De CM-leden³ die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, hebben dat recht meestal verkregen na een **inkomensonderzoek**: 57% in 2016, **55%** in 2022 (zie Tabel 1). In iets meer dan twee derde van de gevallen is de referterperiode voor het verrichten van het onderzoek één maand.

Wanneer het recht op het VT-statuut **automatisch** wordt geopend (zie punt 2.2.1.), bestaat de bron van dit recht meestal uit uitkeringen voor personen met een handicap. Door deze enkele bron ontving bijna een kwart van onze VT-leden automatisch (zonder extra procedures) het VT-statuut. Een andere belangrijke bron: het leefloon. Deze uitkering vormt steeds vaker de basis: van 11% in 2016 naar 14% in 2022. De overige sociale rechten achter het automatische recht op het VT-statuut zijn van minder groot belang: IGO-GIB (7% van de VT-leden in 2016, 5% in 2022), kinderen die een verhoogde kinderbijslag ontvangen wegens een handicap (1,6% van de VT-leden). De overige situaties die een automatische toegang tot het VT-statuut mogelijk maken (niet-begeleide minderjarige vreemdeling, wezen) zijn vrij marginaal (minder dan 0,1% van de VT'ers).

Tabel 1: Structuur van de VT'ers – naar de bron van het recht (Bron: CM-gegevens)

Bron van het recht		2016	2019	2022
Inkomensonderzoek	Referteperiode: 1 maand	40,3%	36,9%	37,3%
	Referteperiode: 1 jaar	16,4%	18,4%	17,9%
	Totaal =	56,7%	55,2%	55,2%
Automatische opening	Uitkering voor personen met een handicap	24,1%	23,9%	24,2%
	Leefloon	10,8%	12,8%	13,6%
	IGO-GIB	6,8%	6,3%	5,3%
	Verhoogde kinderbijslag	1,5%	1,6%	1,6%
	NBMV, wees	0,06%	0,07%	0,04%
	Totaal =	43,3%	44,8%	44,8%
Totaal		100%	100%	100%

3 We kijken naar alle Nederlands-, Frans- en Duitstalige leden.

2.3. VT-statuut en armoede

Het VT-statuut wordt vaak door de ziekenfondsen gebruikt als proxy om mensen met een laag inkomen of zelfs mensen in armoede mee te identificeren. En inderdaad, alle bronnen van dit recht (laag inkomen, handicap, niet-begeleide minderjarige, enz.) verwijzen naar moeilijke en enigszins kwetsbare situaties. Maar sluit het VT-statuut wel aan bij de armoede-indicatoren die elders bestaan?

Er zijn verschillende indicatoren om armoede te meten. De bekendste indicator is het risico op monetaire armoede. Een persoon loopt het risico op monetaire armoede als het equivalente beschikbare inkomen van zijn/haar huishouden onder de armoededrempel ligt. Die grens komt overeen met 60% van het nationaal mediaan equivalent beschikbaar inkomen, na sociale transfers. Meer concreet bedraagt de armoededrempel in 2021 15.513 euro beschikbaar inkomen voor een alleenstaande en 32.577 euro voor een huishouden van twee volwassenen en twee kinderen (Statbel, 2022b). Volgens deze indicator loopt 12,7% van de Belgische bevolking in 2021 dus een armoederisico. Het meest blootgesteld worden mensen die in dichtbevolkte gebieden wonen (20,4%), mensen met een laag opleidingsniveau (23,8%), werklozen (38%), huurders (26,5%) en leden van éénoudergezinnen (25,5%) (Statbel, 2022b). Het belangrijkste voordeel van deze indicator is de vergelijkbaarheid van bijvoorbeeld de armoedecijfers in de Europese Unie, maar het feit dat hij wordt gebaseerd op het mediaan beschikbaar inkomen, roept toch wel vragen op. “Als de situatie van een groot deel van de bevolking verslechtert, dalen de inkomens globaal genomen ook. In dat geval daalt het mediaan inkomen, en de armoededrempel ook. Bij gelijke levensstandaard zijn sommige personen die voorheen als arm werden beschouwd, dat dan niet langer” (INSEE, 2012, p. 6, eigen vertaling). Bovendien is de drempel van ‘60% van het mediaan inkomen’ geheel willekeurig: een paar euro boven deze drempel zitten, betekent nog niet dat men comfortabel leeft, integendeel! (INSEE, 2012).

Aangezien de armoededrempel gebaseerd is op het gezinsinkomen, kunnen we proberen hem te vergelijken met het plafond dat wordt gebruikt voor het toekennen van het VT-statuut na een inkomensonderzoek. Om in aanmerking te komen voor het VT-statuut, moet in 2021 het **bruto belastbaar inkomen** lager zijn dan 19.892 euro, vermeerderd met 3683 euro per extra persoon in het huishouden, gedurende een jaarlijkse referentieperiode. Bij een maandelijkse referentieperiode wordt het plafond vastgelegd op 20.764 euro, vermeerderd met 3844 euro per extra persoon in

het huishouden (bedragen op 09/2021). Helaas wordt het begrip ‘inkomen’ niet op dezelfde manier geïnterpreteerd: bij de armoededrempel hebben we het over *beschikbaar* inkomen (dus, na aftrek van belastingen en transfers naar andere huishoudens) en *equivalent* inkomen (om rekening te houden met de grootte van het huishouden), terwijl bij het VT-statuut wordt uitgegaan van het *bruto belastbaar inkomen* (de basis waarop de belastingen worden berekend).

Voor alleenstaanden lijkt het vanzelfsprekend dat de armoededrempel lager ligt dan het plafond voor het VT-statuut, gezien het zeer lage belastingtarief voor zulke lage inkomens. Dat wil zeggen dat **alle alleenstaanden die risico op monetaire armoede lopen, in theorie ook VT'ers moeten zijn (maar niet noodzakelijk het tegendeel)**. Als we bedenken hoezeer alleen wonen en kwetsbaarheid samenhangen (zie paragraaf 5.5. voor de VT'ers), is dat een belangrijk punt van overeenkomst tussen mensen in armoede en VT'ers. Wat betreft de gezinnen, is het moeilijker om ons over alle gevallen uit te spreken. Als we kijken naar huishoudens van 4 personen (2 volwassenen en 2 kinderen) in 2021, moet het beschikbare inkomen minder zijn dan 32.577 euro om te worden beschouwd als een risico op monetaire armoede. Om het VT-statuut te verkrijgen, zou datzelfde gezin een bruto belastbaar inkomen moeten hebben van minder dan 30.941 euro of 32.296 euro, naargelang de referentieperiode jaarlijks of maandelijks is. In dit specifieke geval lijkt het maximumbedrag voor het VT-statuut lager te zijn dan dat van de monetaire armoededrempel. Dan zouden alle mensen in een VT-huishouden van vier personen ook moeten worden beschouwd als mensen die het risico lopen op monetaire armoede. Kortom, de twee groepen (VT'ers en personen met risico op monetaire armoede) overlappen elkaar vrij sterk, en dat rechtvaardigt het gebruik van het VT-statuut als proxy, zo niet van armoede, dan toch van kwetsbaarheid.

De overige armoede-indicatoren zijn helaas heel anders opgebouwd dan het VT-statuut. We hebben het dan over ernstige materiële en sociale deprivatie (SMSD) – personen die zich bepaalde goederen/diensten niet kunnen veroorloven die door de meeste individuen als wenselijk of zelfs noodzakelijk worden beschouwd voor een aanvaardbare levensstandaard – en lage werkintensiteit (LWI): personen die in een huishouden wonen waar de leden op beroepsactieve leeftijd minder dan 20% van hun totale potentieel werkten gedurende de voorgaande twaalf maanden. Personen die met ten minste één van deze drie risico's worden geconfronteerd (monetaire armoede, ernstige materiële en sociale deprivatie, lage werkinten-

siteit), worden beschouwd als risico lopend op armoede of sociale uitsluiting (AROPE). Volgens deze indicator liep 18,8% van de inwoners van België in 2021 een risico op armoede of sociale uitsluiting (Statbel, 2022b).

Het is duidelijk dat de risicofactoren voor het VT-statuut op zijn minst gedeeltelijk overlappen met de factoren die het armoederisico in België beïnvloeden. Deze laatste factoren komen zeer dicht in de buurt van de factoren die wij hieronder presenteren (punt 5): onder andere, wonen in dichtbevolkte gebieden (grote steden), werkloos zijn, leven in éénoudergezinnen. Zonder een grondige en uitgebreide bestudering van beide groepen is het echter onmogelijk te zeggen waar VT'ers staan in vergelijking met mensen in armoede en vice versa.

Dit belet ons echter niet de cijfers van elk van de indicatoren te vergelijken. Zoals we zien in tabel 2, is in België het percentage van de bevolking dat risico op armoede loopt (12,7%) lager dan het percentage van de bevolking dat het VT-statuut geniet (18,9%). Hetzelfde geldt op gewestelijk niveau en voor de andere twee indicatoren. Met de globale indicator (AROPE) zijn de percentages beter vergelijkbaar voor de gewesten en bijna identiek voor het nationale niveau. Een dergelijke correlatie is geruiststellend voor de pertinentie om het VT-statuut als indicator voor kwetsbaarheid te gebruiken.

3. Non-take-up van het VT-statuut

3.1. Schatting

We spreken van *non-take-up* of niet-opname als mensen geen aanspraak maken op bestaande sociale rechten, ondanks dat ze daar wel recht op hebben. Volgens de literatuur is dit verschijnsel zeker geen uitzondering en raakt het meerdere westerse landen: het percentage *non-take-up* van uiteenlopende sociale rechten wordt erg hoog ingeschat en kan oplopen tot meer dan 40% (Bouckaert & Schokkaert, 2011, p. 5; Eurofound, 2015, p. 12).

Een studie van het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelde in 2016, met betrekking tot het VT-statuut, dat "een derde van de mensen met een armoederisico niet van dit voordeel genieten, waaronder ook mensen met ernstige materiële deprivatie" (Bouckaert, et al., 2020, p. 19). Een andere schatting werd onlangs gemaakt door onderzoekers van de Universiteit Antwerpen (UAntwerpen), in het kader van het TAKE-project. Aan de hand van een panel van bijna 1900 huishoudens met een laag inkomen (ongeveer 4600 mensen), administratieve gegevens en micros simulaties evalueerden zij het percentage *non-take-up* voor 2019: onder de personen die in aanmerking komen voor het VT-statuut, is dit ongeveer 45% voor 18- tot 64-jarigen en ongeveer 24% voor 65-plussers (Goedemé, et al., 2022a & 2022b).

Tabel 2: Aandeel van de bevolking in België met een armoederisico in 2021, naar de verschillende indicatoren (Bron: STATBEL), aandeel van de bevolking met VT-statuut in 2021 (Bron: IMA)

2021	AROP	SMSD	LWI	AROPE	VT
België	12,7%	6,3%	11,9%	18,8%	18,9%
Brussel	25,4%	11,5%	22,9%	35,3%	31,6%
Vlaanderen	7,8%	4,4%	6,8%	12,4%	15,6%
Wallonië	17,3%	8,0%	17,0%	24,9%	21,2%

Dat zoveel mensen met een laag inkomen geen toegang hebben tot een goedkopere gezondheidszorg is een reëel probleem: het VT-statuut is juist bedoeld om de toegang tot zorg veilig te stellen. Er niet van profiteren hoewel men er recht op heeft, kan het risico op uitstel van zorg alleen maar vergroten. “Bovendien kan non-take-up zorgen voor een niet te rechtvaardigen ongelijkheid tussen personen en gezinnen in een gelijkaardige situatie” (Lefevère et al., 2019, p. 251). Daarom neemt CM al jarenlang, op basis van de administratieve informatie waarover ze beschikt, contact op met haar leden wanneer deze zich in een situatie bevinden waarin het recht op een verhoogde tegemoetkoming geopend zou kunnen worden. Bijvoorbeeld wanneer iemand met pensioen gaat, bij de overgang naar invaliditeit, bij langdurige werkloosheid.

“Over het algemeen kan men stellen dat in de strijd tegen *non-take-up* in België de afgelopen jaren vooral het spoor van de ‘slimme’ inzet van administratieve data is bewandeld” (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 1). Het is dan ook zaak om de bestaande datastromen zo goed mogelijk te benutten en uit te wisselen. Voor het VT-statuut heeft dat geleid tot twee administratieve processen: het automatisch recht en een proactieve flux.

3.2. Automatisch recht

Het **automatisch** recht op het VT-statuut, zoals dat sinds 1997 geleidelijk is ingevoerd, is de meest effectieve strategie om *non-take-up* terug te dringen. De betrokkene hoeft immers geen bijkomende procedures te volgen en er is ook geen verificatie van de inkomensvoorwaarde. Het recht op het VT-statuut wordt immers toegekend op basis van een sociaal recht waarvan we al op de hoogte zijn, dankzij de informatie die via de KSZ aan de ziekenfondsen wordt verstrekt (zie 2.2.1.). In 2022 heeft 45% van de CM-leden die de verhoogde tegemoetkoming ontvangen, dit statuut verkregen dankzij deze automatische procedure.

In hun studie hebben Lefevère et al. (2019) onderzocht of personen die een IGO/GIB, een uitkering voor personen met een handicap of een leefloon ontvingen, tegelijk ook begunstigen waren van de verhoogde tegemoetkoming. Hieruit blijkt dat in 2011 bijna 100% van de rechthebbenden op een IGO/GIB en/of een uitkering voor personen met

een handicap, tevens VT'ers waren. Bij de rechthebbenden op het leefloon daarentegen was dit percentage maar 89% in 2011. Ongeveer 10% van de rechthebbenden op het leefloon genoot de verhoogde tegemoetkoming dus niet. Een mogelijke verklaring is dat hun aansluiting bij een ziekenfonds nog niet in orde was, waardoor de automatische opening van het recht op de verhoogde tegemoetkoming niet mogelijk was (Lefevère, et al., 2019, p. 276-277).

Let op: in de automatische procedure is het recht op een VT-statuut ‘afgeleid’ van een specifiek sociaal recht. Dit sociale recht kan echter zelf ook het voorwerp zijn van een *non-take-up*. Uit enkele vermeldingen in de literatuur blijkt dat deze *non-take-up* zeker niet te verwaarlozen is. Volgens schattingen zou het percentage *niet-opgenomen* leefloon schommelen tussen 57% en 65% (Bouckaert & Schokkaert, 2011, p. 15) of tussen 37% en 51% (Goedemé, et al., 2022a). Met betrekking tot de IGO merkt een studie op dat “non-take-up waarschijnlijk een belangrijk fenomeen [is]” (Van den Bosch & De Vil, 2013, p. 5) en dat deze rond de 67% zou liggen (Goedemé, et al., 2022b). Wat betreft de verhoogde kinderbijslag, concludeert een studie uit 2018 in Vlaanderen “dat minstens 10% van de kinderen met een erkende handicap in Vlaanderen geen verhoogde kinderbijslag ontvangt op federaal niveau omdat voor hen geen aanvraag is ingediend of omdat die procedure halverwege is stopgezet” (Vinck, et al., 2018, p. 25, eigen vertaling).

In al deze gevallen kunnen de betrokkenen bij hun ziekenfonds een aanvraag voor de verhoogde tegemoetkoming indienen op basis van een inkomensonderzoek, maar daarvoor moeten ze wel zelf stappen ondernemen. Het valt dus te vrezen dat *non-take-up* van het sociaal recht zal leiden tot *non-take-up* van de verhoogde tegemoetkoming.

3.3. Proactieve flux

Een andere strategie om *non-take-up* tegen te gaan, is het **automatisch detecteren van potentiële rechthebbenden**. Vervolgens kan dan contact met hen worden opgenomen zodat zij een aanvraag kunnen indienen. Dit is wat we de “**proactieve flux**”⁴ noemen, een proces dat vanaf 2015 werd ingevoerd en dat door alle ziekenfondsen in België gevolgd wordt.

4 De rechtsgrond voor deze flux wordt gevormd door artikelen 19 en 20 van het Koninklijk besluit betreffende de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gecoördineerd op 14 juli 1994. Publicatie in het Belgisch Staatsblad: 29/01/2014.

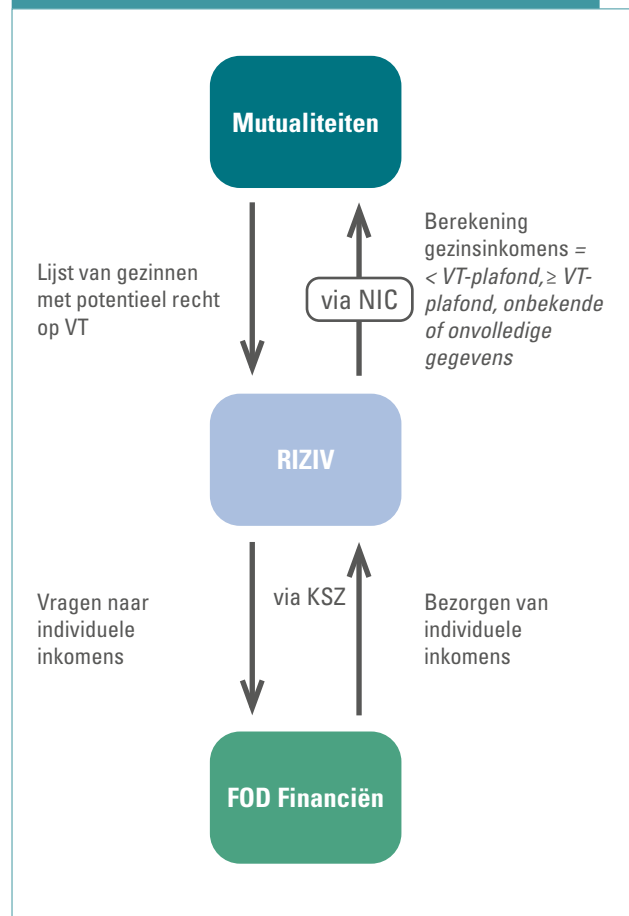
In figuur 1 worden de hoofdlijnen van deze operatie uiteengezet, evenals de datastromen die erbij worden uitgewisseld (INAMI, 2022). In eerste instantie stellen de ziekenfondsen een lijst op van huishoudens die potentieel recht op het VT-statuut hebben. Deze lijst wordt via het RIZIV bezorgd aan de FOD Financiën, die vervolgens voor elke persoon op de lijst de inkomensgegevens toevoegt (als het jaar van de proactieve flux X is, heeft het inkomen betrekking op X-2). De aldus bijgewerkte lijst wordt overhandigd aan het RIZIV, dat het inkomen per huishouden berekent en nagaat in hoeverre het plafond al dan niet is overschreden. Via het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) krijgen de ziekenfondsen deze lijst weer terug. Daarna nemen ze contact op met die huishoudens die een inkomen onder het plafond hebben en nodigen hen uit een aanvraag in te dienen⁵.

De ziekenfondsen nemen echter niet met iedereen contact op, want uit andere, recentere inlichtingen van de ziekenfondsen kan zijn gebleken dat er in de tussentijd een wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaatsgevonden en dat het plafond is overschreden. Voor die huishoudens waarvan de inkomensgegevens onbekend of onvolledig zijn, besluiten de ziekenfondsen zelf of ze contact opnemen op basis van de informatie waarover ze beschikken.

Alvorens dit hele proces te bestendigen, moest het eerst worden geëvalueerd. Heeft de proactieve flux het aantal begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming kunnen verhogen?

- In samenwerking met onderzoekers van UAntwerpen heeft CM de proactieve flux bestudeerd om na te gaan of deze het aantal begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming effectief heeft kunnen verhogen. Er werd een experiment uitgevoerd met 55.400 huishoudens (92.300 mensen) die in zes golven, verspreid tussen november 2015 en mei 2017, werden gecontacteerd. Het resultaat was positief: in september 2016 had 15% tot 20% van de mensen die in het kader van de proactieve flux waren gecontacteerd, het VT-statuut gekregen, tegenover 5% van de mensen die tot dan niet waren gecontacteerd maar die het statuut op eigen initiatief hadden verkregen (Goedemé, et al., 2017; Van Gestel, et al., 2019).
- Op nationaal niveau werd de impact van de proactieve flux voor alle ziekenfondsen zeer positief beoordeeld door het RIZIV: “[...] 833.028 mensen bleken te zijn gecontacteerd na de proactieve flux van 2015. Van deze

Figuur 1: Schema van gegevensuitwisseling in het kader van de proactieve flux



mensen zijn 132.965 mensen vervolgens begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming geworden. [...] In termen van bevolkingsprofiel heeft de proactieve flux ertoe geleid dat de verhoogde tegemoetkoming vaker toegekend kon worden aan alleenstaanden en aan de leeftijdscategorieën van 26-45-jarigen en 70-plussers” (INAMI, 2022, p. 6, eigen vertaling).

Na deze positieve evaluaties werd besloten om de proactieve flux voort te zetten: sinds 2020 wordt jaarlijks een proactieve flux georganiseerd. We beschikken reeds over enkele cijfers betreffende de proactieve flux van 2020. Voor alle ziekenfondsen in België tezamen werden bijna 568.000 mensen gecontacteerd. In november 2021 verkregen na dit contact bijna 43.500 van hen het VT-statuut (d.w.z. 8% van het aantal gecontacteerde personen). Dat lijkt misschien niet veel. Maar laten we niet vergeten

⁵ Helaas is het niet mogelijk om louter op basis van de fiscale informatie het VT-statuut toe te kennen en zal de aanvrager ook nog andere informatie moeten verstrekken, zoals het buitenlandse inkomen dat niet belastbaar is in België (De Spiegeleer et al., 2013, p.7).

dat de periode van 2020 tot 2021 atypisch was vanwege de impact van de COVID-19-pandemie. Bovendien zijn de mutualistische inspanningen rond de proactieve flux van 2020 nog niet voltooid. Het werk gaat nog verder. Zo tellen we in 2022 bijna 193.000 mensen die het VT-statuuut hebben verkregen en die zijn opgenomen in de proactieve flux van 2020. Vanzelfsprekend kunnen hier andere redenen een rol hebben gespeeld, en we kunnen dus niet bevestigen of de opening van het recht op de verhoogde tegemoetkoming het gevolg is van de contactname (INAMI, 2022, p. 25).

3.4. De strijd aanbinden met *non-take-up*

De strijd tegen *non-take-up* moet een politieke prioriteit zijn. Het gaat niet enkel om de *opname* van het VT-statuuut, maar ook om de opname van de sociale rechten waaruit dat statuut is voortgekomen. Het zijn dus niet alleen de ziekenfondsen die inspanningen moeten leveren.

Als we naar het VT-statuuut kijken, is wel duidelijk dat het moeten indienen van een aanvraag het risico op *non-take-up* vergroot. Dat proces is niet eenvoudig: eerst moet je een aanvraagformulier invullen, na twee maanden gevolgd door een verklaring op erewoord over je inkomen en je gezinssamenstelling. En dan moet je ook nog bewijsstukken bijvoegen. Dat alles vooropgesteld dat je zelfs maar op de hoogte bent van het bestaan van het VT-statuuut en van zijn voordelen en voorwaarden, natuurlijk.

Om deze obstakels weg te nemen, doet de wetenschappelijke literatuur verschillende algemene aanbevelingen:

- **Informatie verspreiden:** “*Non-take-up* is vaak te wijten aan een gebrek aan kennis over het bestaan van welzijnsvoorzieningen of over de precieze toegankelijkheidsvoorwaarden of aanvraagprocedures. Informatiecampagnes die hierin duidelijkheid scheppen zijn onontbeerlijk, zowel voor het brede publiek als gerichte acties voor specifieke doelgroepen” (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 5). Hierover informeren is niet alleen een aangelegenheid van de instellingen voor sociale zekerheid of sociale bijstand. In Zweden wordt voor de verspreiding van deze informatie bijvoorbeeld intens samengewerkt met gemeenten en middenveldorganisaties (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 5);
- **Complexiteit vermijden:** “Zo wordt het geheel aan toegangsvoorwaarden best zo overzichtelijk en begrijpelijk mogelijk gehouden. Complexe regelgeving kan rechthebbers afschrikken omdat alle gevolgen van een aanvraag moeilijk te overzien zijn” (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 4). Recente studies tonen boven-

dien aan dat complexiteit aanleiding geeft tot gedrag dat sterk gelieerd is met *non-take-up*, zoals uitstellen of zelfs het vermijden van beslissingen (BELMOD, 2022, p. 24);

- **Eenvoud, duidelijkheid:** De opname van sociale rechten is niet alleen gebaat bij een eenvoudige regelgeving, maar ook bij een simpele en transparante aanvraagprocedure (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 5). De veelheid aan documenten die verzameld moeten worden, wachttijden, vertragingen, enzovoort. al deze elementen zorgen voor bijkomende drempels voor de rechthebbende. Eenvoud en duidelijkheid zijn niet alleen belangrijk in de boodschap aan de potentiële rechthebbende op een sociaal recht, maar ook op de formulieren die mogelijk moeten worden ingevuld om dit recht te verkrijgen. “Een cruciaal onderdeel van een beleid dat de opname van sociale rechten wil stimuleren, is heldere communicatie. Dit betekent onder meer dat er gekozen wordt voor een niet-administratief taalgebruik en dat het communicatiekanaal en de gebruikte talen afgestemd zijn op de doelgroep” (BELMOD, 2022, p. 57). Om deze communicatie begrijpelijker te maken, zou de input van mensen die vanwege deze moeilijkheid hun sociale rechten niet hebben opgenomen, vast en zeker kunnen helpen (Eurofound, 2015, p. 30);
- **Begeleiding:** Omdat de aanvraagprocedures vaak zo complex zijn, is persoonlijke begeleiding, zoals helpen bij het invullen van formulieren, erg nuttig (Eurofound, 2015, p. 34). Mensen in armoede hebben vooral nood aan persoonlijke begeleiding (BELMOD, 2022, p. 50). Over het algemeen blijkt het aanbieden van deze persoonlijke begeleiding “een bijzonder effectieve maatregel om *non-take-up* terug te dringen” (Van Mechelen & Van Der Heyden, 2017, p. 5).

Automatisering, dankzij een slim en innovatief gebruik van de datastromen en administratieve databanken, blijft de meest effectieve strategie. De automatische toekenning van het VT-recht aan bepaalde sociale categorieën is daar een goed voorbeeld van. Proactieve flux is een andere innovatie die een stap in de goede richting is. Met deze administratieve procedure wordt de detectie van personen met een potentieel recht op een VT-statuuut geautomatiseerd. De proactieve flux vertoont echter een belangrijk nadeel: de inkomensgegevens lopen twee jaar achter op het jaar van de flux (de proactieve flux van 2020 is bijvoorbeeld gebaseerd op het inkomensjaar 2018).

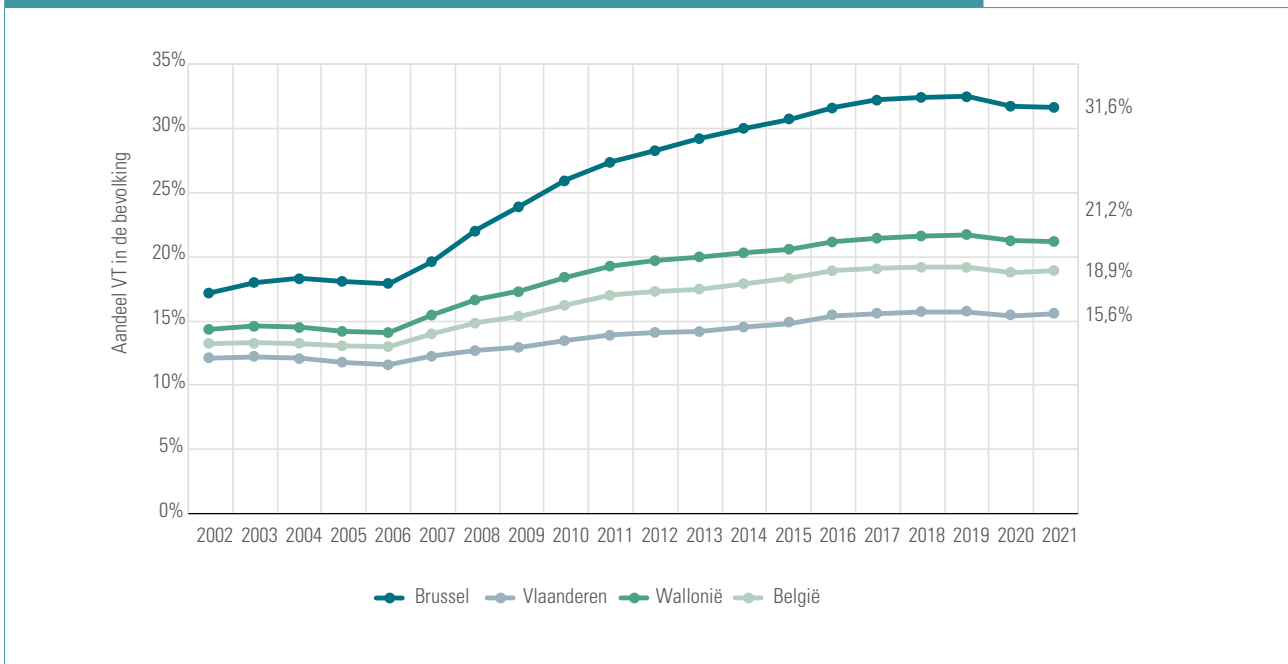
4. VT'ers in België

Volgens gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) steeg het aantal VT'ers in België tussen 2002 en 2021 van 1.385.000 tot 2.137.000: een stijging van 54% (IMA-AIM, Atlas van het Intermutualistisch Agentschap, 2023). Als percentage van de totale bevolking gingen we van **13,2%** in 2002 naar **18,9%** in 2021. Het aandeel is altijd hoger in Brussel (31,6% in 2021) en Wallonië (21,2%) dan in Vlaanderen (15,6%). Zoals we zien in figuur 2, is dit aandeel in

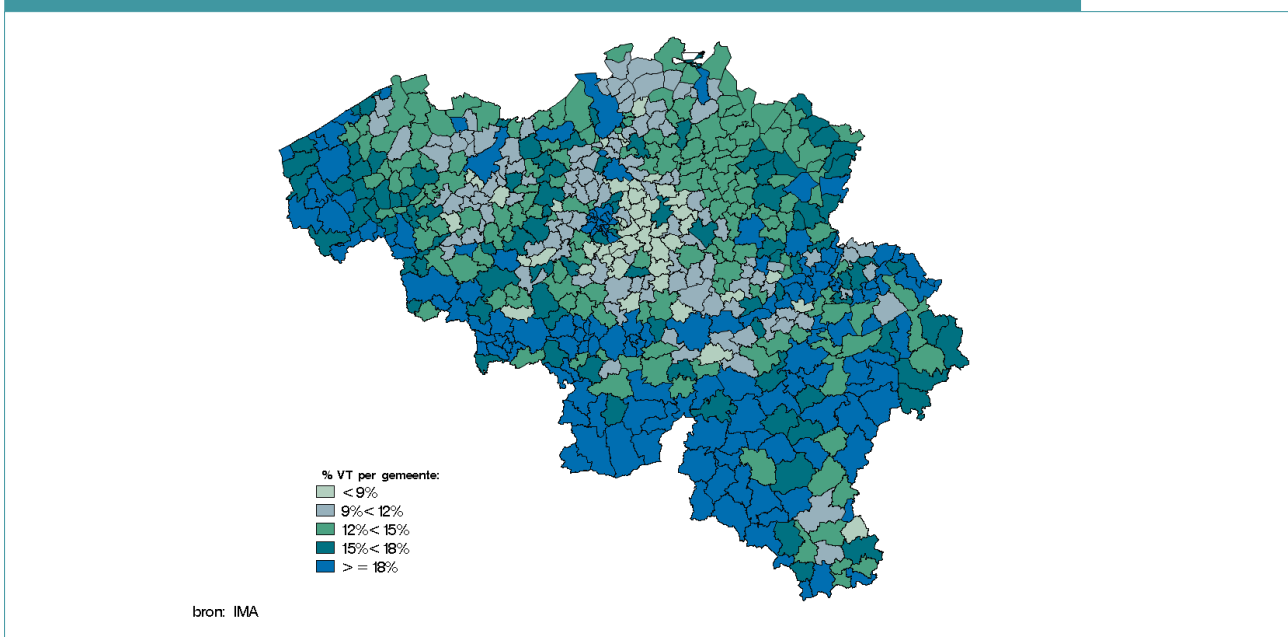
de loop van de tijd aanzienlijk gestegen, maar vooral sinds 2007, toen het OMNIO-statuut werd ingevoerd.

Figuur 3 toont het percentage VT'ers in 2021 voor alle gemeenten in het land. We zien de hoogste percentages langs de Waalse ruggengraat (de as Doornik-Bergen-Charleroi-Namen-Luik), in grote agglomeraties als Brussel, Gent (19,6%), Antwerpen (28,5%), Luik (35,1%) en Charleroi (34%), maar ook in de laars van Henegouwen en een flink deel van Luxemburg, West-Vlaanderen en Limburg.

Figuur 2: Aandeel VT'ers in de bevolking, 2002-2021 (Bron: IMA-gegevens)



Figuur 3: Aandeel VT'ers in de bevolking, naar gemeente, 2021 (Bron: IMA-gegevens)



5. Profiel van de VT'ers bij CM

5.1 Methodologie van de kwantitatieve studie

In onze verdere analyse zullen we ons concentreren op de ledenpopulatie van de christelijke mutualiteit (CM)⁶. Voor de identificatie van het VT-profiel zullen we gebruikmaken van twee complementaire uitgangspunten:

1) Het aandeel VT'ers onder de CM-leden

Hierbij wordt de verhouding tussen het aantal VT'ers en het totale aantal in aanmerking genomen leden berekend. We berekenen dit aandeel VT'ers op grond van verschillende analysecriteria: per leeftijdsgroep, geslacht, provincie, voor vijf grote steden, volgens nationaliteit, volgens het aantal personen in het huishouden, volgens het sociaal statuut van de titularis. Zo kunnen we de sociale groepen identificeren die het meeste risico op het VT-statuut lopen. We kijken eveneens hoe het aandeel VT'ers is veranderd in de tijd (van 2008 tot 2022). Alle berekende verhoudingen staan vermeld in tabel 3.

2) De structuur van de VT'ers bij CM

We onderzoeken hier de populatie van rechthebbenden op het VT-statuut. Ons doel is te kijken hoe deze specifieke populatie is opgebouwd en hoe ze is geëvolueerd. Deze analyse wordt uitgevoerd voor de volgende analysecriteria: leeftijd en geslacht, sociaal statuut van de titularis, aantal personen in het huishouden.

Voor het begrip 'huishouden' baseren we ons op de betekenis die er in het kader van de MAF aan wordt gegeven. Dat begrip stemt overeen met het feitelijke gezin, d.w.z. alle personen die op hetzelfde adres wonen. Het is een proxy, want in het kader van het VT-statuut wordt een preciezer begrip gehanteerd: titularis, zijn/haar partner, hun persoon/personen ten laste. Pas op, met betrekking tot de verderop gepresenteerde resultaten (punt 5.5.) is de meeteenheid wel degelijk het huishouden. We spreken van een VT-huishouden als ten minste één van de personen in dat huishouden een begunstigde van de verhoogde tegemoetkoming is. Een niet-VT-huishouden is dus een huishouden waar niemand het VT-statuut heeft. We beperken ons tot huishoudens van maximaal 10 personen (het aantal huishoudens boven de 10 personen is maar van marginaal belang). Onder de huishoudens richten we ons in het bijzonder op éénoudergezinnen. We verstaan hieronder huishoudens die bestaan uit een titularis (volwassene) met één of meerdere kinderen ten laste.

6 Zowel de Frans- en Duitstalige leden als de Nederlandstalige leden.

Tabel 3: Aandeel VT'ers onder de CM leden volgens verschillende criteria, 2008-2022
(in juni van elk jaar, behalve * die de situatie in december aangeeft)
(Bron: CM-gegevens)

Analysecriterium		2008	2009	2014	2015	2020	2021	2022
Alle leden van CM		13,0%	13,2%	14,5%	14,6%	15,2%	15,2%	15,5%
Leeftijd	0-18	7,6%	8,3%	12,2%	12,6%	14,6%	14,5%	14,9%
	19-35	6,2%	6,7%	9,3%	9,8%	11,5%	11,6%	12,0%
	36-49	6,1%	6,6%	9,1%	9,4%	10,6%	10,7%	11,0%
	50-65	11,7%	11,6%	11,6%	11,6%	12,4%	12,5%	12,9%
	66-75	26,1%	24,8%	19,7%	18,7%	16,6%	16,7%	17,1%
	76+	46,2%	45,1%	40,3%	39,1%	34,6%	33,9%	33,3%
Geslacht	Mannen	10,7%	10,9%	12,3%	12,5%	13,2%	13,2%	13,5%
	Vrouwen	15,3%	15,4%	16,6%	16,6%	17,0%	17,0%	17,4%
Geografische zone	Antwerpen	12,0%	12,4%	14,4%	14,8%	15,8%	15,7%	16,2%
	Vlaams-Brabant	9,4%	9,4%	9,5%	9,7%	10,3%	10,4%	10,8%
	Limburg	12,6%	12,7%	13,6%	13,5%	13,4%	13,4%	13,6%
	Oost-Vlaanderen	12,2%	12,2%	12,8%	12,9%	13,2%	13,2%	13,7%
	West-Vlaanderen	14,3%	14,3%	14,8%	14,8%	15,5%	16,0%	16,2%
	Waals-Brabant	9,7%	10,2%	11,1%	11,1%	11,9%	11,7%	12,3%
	Henegouwen	16,5%	16,9%	19,1%	19,1%	19,9%	19,7%	20,1%
	Luik	16,5%	17,1%	19,1%	19,2%	19,9%	19,7%	20,0%
	Luxemburg	15,1%	15,3%	16,1%	16,1%	16,0%	15,8%	15,9%
	Namen	13,6%	13,8%	15,3%	15,2%	14,9%	14,6%	15,0%
	Brussel	20,6%	21,9%	26,8%	27,3%	28,8%	29,1%	30,1%
Grote steden	Antwerpen	17,6%	19,3%	25,3%	26,4%	28,1%	27,6%	28,2%
	Gent	14,6%	14,8%	16,4%	17,1%	17,5%	17,2%	17,4%
	Charleroi	20,4%	21,2%	26,4%	26,5%	28,7%	28,6%	29,4%
	Luik	25,0%	25,5%	27,9%	27,8%	29,4%	29,3%	29,4%
Nationaliteit	Belg	12,6%	12,9%	13,8%	13,8%	14,0%	14,1%	14,3%
	Europa⁷	14,5%	14,9%	16,4%	16,6%	15,9%	15,4%	15,5%
	Andere landen⁸	38,4%	39,7%	45,4%	46,8%	50,4%	48,2%	51,7%
Samenstelling van het MAF-huishouden	1 persoon	31,9%	31,7%	32,4%	32,4%	30,7%	30,4%	30,6%
	2 personen	16,8%	16,2%	13,9%	13,5%	11,7%	11,6%	10,9%
	3 personen	12,4%	12,1%	11,7%	12,0%	12,6%	12,6%	12,1%
	4 personen	6,1%	6,2%	7,4%	7,6%	8,2%	8,0%	7,7%
	5 personen	9,3%	9,5%	12,5%	13,1%	15,4%	15,4%	14,7%
	6 personen	17,2%	17,6%	23,0%	24,7%	30,0%	30,2%	29,1%
	7 tot 10 personen	32,2%	33,6%	40,3%	42,5%	47,6%	47,6%	46,9%
	Eénoudergezinnen	20,1%	22,1%	27,8%	28,3%	29,0%	29,1%	27,7%
	Eénoudergezinnen – 2 personen	21,0%	22,4%	28,5%	28,8%	29,1%	29,1%	28,3%
	Eénoudergezinnen – 3 personen	17,2%	18,3%	24,4%	25,2%	25,3%	25,3%	24,7%
	Eénoudergezinnen – 4 personen	22,5%	24,7%	33,1%	34,4%	37,5%	37,5%	36,7%
	Eénoudergezinnen – 5 tot 10 personen	37,4%	40,9%	54,2%	56,6%	63,0%	63,3%	61,5%
	Andere gezinnen (meerdere titularissen + kind(eren) ten laste)	4,6%	4,8%	5,8%	5,9%	6,6%	6,7%	6,1%

7 Europa: de nationaliteiten van de landen van de Europese Unie, Zwitserland, Noorwegen, IJsland en het Verenigd Koninkrijk.

8 Andere landen: noch Belgisch, noch de nationaliteit van een van de in de vorige voetnoot genoemde Europese landen.

Analysecriterium		2008	2009	2014	2015	2020	2021	2022
Titularissen in het algemene stelsel	AT⁹	3,7%	4,1%	5,6%	5,6%	5,5%	5,4%	5,5%
	AT – arbeiders	8,8%	9,4%	12,6%	13,0%	13,8%	13,7%	14,0%
	AT – bedienden	3,0%	3,2%	4,2%	4,2%	4,4%	4,4%	4,7%
	AT – ambtenaren	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,8%
	AT – niet werkloos*	2,6%	1,6%	2,2%	3,0%	4,4%	4,1%	10
	AT – max. 3 maanden werkloos*	3,8%	4,1%	7,0%	7,7%	5,1%	6,0%	
	AT – 3 tot 6 maanden werkloos*	8,9%	8,4%	15,0%	16,3%	10,2%	12,2%	
	AT – meer dan 6 maanden werkloos*	19,3%	19,7%	26,3%	27,6%	28,4%	30,4%	
	Verblijvende¹¹	70,6%	66,7%	65,5%	68,1%	83,3%	85,2%	
	Invaliden	41,7%	42,2%	42,1%	41,9%	41,1%	41,0%	41,7%
	Gehandicapten	98,6%	98,5%	98,6%	98,7%	99,1%	99,1%	99,2%
	Gepensioneerden	22,7%	22,0%	20,3%	19,7%	18,5%	18,5%	18,8%
	Weduwen/Weduwnaars	46,8%	46,3%	44,5%	43,9%	42,8%	42,7%	43,3%
Alle titularissen	13,7%	13,6%	14,4%	14,4%	14,7%	14,8%	15,2%	
Titularissen in het stelsel van zelfstandigen	AT	0,8%	0,9%	1,4%	1,5%	2,3%	2,3%	2,5%
	Invaliden	33,5%	33,0%	27,9%	26,5%	26,7%	26,8%	27,3%
	Gepensioneerden	55,5%	53,6%	44,5%	43,2%	35,6%	35,0%	33,7%
	Weduwen/Weduwnaars	76,4%	75,6%	72,0%	71,7%	68,6%	68,7%	68,6%
	Alle titularissen	15,4%	14,8%	12,2%	11,7%	9,9%	9,6%	9,3%

5.2. Geslacht en leeftijd

Voor alle ledentypes tezamen steeg het aandeel VT'ers van **13,0%** in 2008 tot **15,5%** in 2022. Met betrekking tot deze algemene referentie kunnen we in tabel 3 zien dat het aandeel VT'ers onder mannen systematisch lager is. Bij vrouwen daarentegen is dat aandeel stelselmatig hoger (bijna 4 punten verschil ten opzichte van mannen). Dat vrouwen meer risico lopen om begunstigde van de verhoogde tegemoetkoming te zijn, hangt samen met hun werkgelegenheidsmogelijkheden en arbeidsomstandigheden: lagere tewerkstellingsgraad bij vrouwen (Federaal Planbureau., 2022a), meer deeltijds werk bij vrouwen (ACV, 2022), aanhoudend ongunstige loonkloof met mannen (Statbel, 2022c), hetgeen zich vertaalt in lagere pensioenen dan die van mannen (ACV, 2022).

Per leeftijdscategorie zien we dat het aandeel VT'ers in de eerste drie categorieën (0-18, 19-35, 36-49) sterk is gestegen: tussen 2008 en 2022 is het aandeel VT'ers bijna verdubbeld. In de laatste twee (66-75, 76+) is het aandeel VT'ers

daarentegen met ongeveer 30% gedaald. Het gevolg is een relatieve **verjonging** van de VT-populatie. Toch treffen we bij de ouderen (76+) de hoogste percentages VT'ers aan: **46,2%** in 2008, **33,3%** in 2022.

Deze verjonging van de VT-populatie is duidelijk waar te nemen als we de opbouw van de leeftijds piramide vergelijken voor de jaren 2008 en 2022 (situatie in juni, zie figuur 4). Ongeacht het bestudeerde jaar maken vrouwen de meerderheid van de VT'ers uit, en het aandeel vrouwen is bovendien maar nauwelijks veranderd tussen 2008 (58%) en 2022 (60%). De grootste veranderingen zien we in de leeftijdsstructuur:

- In juni 2008 telden we 581.000 VT-leden: zo'n **31,7%** (=21,8%+9,9%) van hen was 76 jaar of ouder, en **11,6%** (=5,6%+6,0%) van hen was 18 jaar of jonger.
- In juni 2022 waren deze percentages voor bijna 706.000 VT-leden respectievelijk **23,5%** (=16,0%+7,5%) en **18,1%** (=8,8%+9,3%).

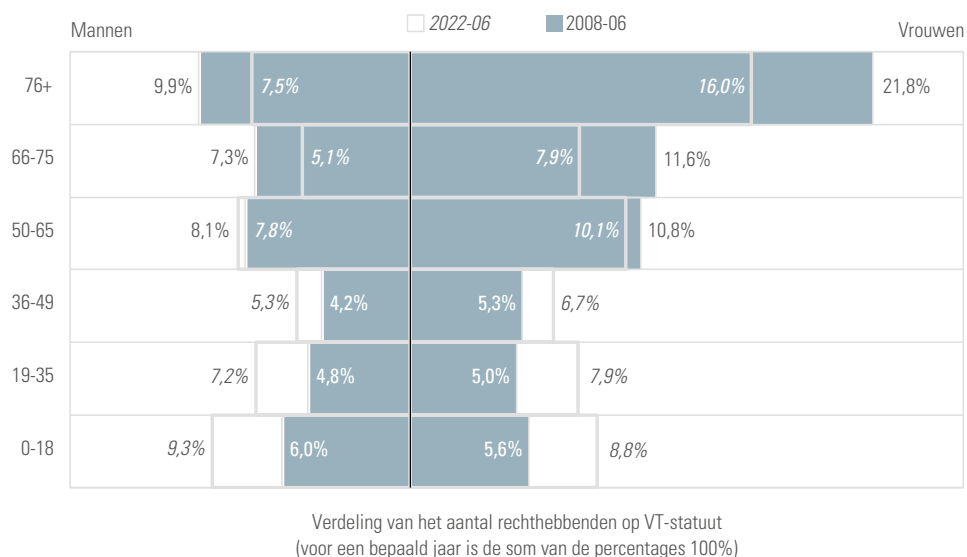
De eerste drie leeftijdsgroepen (0-18, 19-35, 36-49) zijn in feite almaar sterker vertegenwoordigd, en de laatste twee (66-75, 76+) almaar minder sterk.

9 AT: actieve titularis, d.w.z. werknemers die worden beschouwd als actief of op zoek naar werk.

10 Het aantal dagen werkloosheid is niet beschikbaar voor 2022.

11 De hoedanigheid van verblijvende in België geeft recht op geneeskundige verstrekkingen binnen het algemene stelsel. In de praktijk zijn dit mensen die wel een verblijfsrecht in België maar geen enkele band met de sociale zekerheid hebben (dus geen sociale bijdrage leveren). Afhankelijk van hun inkomen moeten zij een wettelijke en persoonlijke bijdrage betalen aan hun ziekenfonds (als het inkomen laag is of als de persoon in aanmerking komt voor het VT-statuuut, is deze bijdrage gelijk aan nul). Achter deze hoedanigheid gaan vaak mensen schuil in een kwetsbare situatie (bijvoorbeeld vluchtelingen, rechtshabenden op het leefloon).

Figuur 4: Opbouw van de leeftijdspiramide van alle leden met VT-statuut, in 2008 en 2022, situatie in juni (Bron: CM-gegevens)



Waarom lopen ‘jongeren’ meer risico om VT’er te worden? Hiervoor zijn verschillende redenen aan te voeren.

- Het werkloosheidscijfer is 2,6 (in 2008) tot 2,9 (in 2021) keer hoger in de leeftijdsgroep 15-24 jaar, vergeleken met het werkloosheidscijfer voor de gehele actieve bevolking (NBB, 2022).
- Ook stellen we vast dat het aantal ‘jonge’ rechthebbenden op een leefloon stijgt. Zo steeg in België het gemiddeld maandelijks aantal leefloners tussen 18 en 24 jaar van ongeveer 24.000 in 2008 tot 52.000 in 2021. Evenzo steeg voor de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar het gemiddeld maandelijks aantal leefloners van 31.000 in 2008 tot 65.500 in 2021 (Federaal Planbureau, 2022b).

Ten aanzien van de ‘ouderen’, waar het aandeel VT’ers afneemt, kan gesteld worden dat we door de stijging van de levensverwachting vaker te maken hebben met huishoudens met twee pensioenen (Bellens, 2022). Hierdoor wordt het inkomensplafond om voor het VT-statuut in aanmerking te komen, vaker overschreden. Daarnaast zijn er de afgelopen jaren diverse maatregelen genomen om de pensioenen te verhogen, zoals de welvaartsaanpassing.

5.3. Provincies en grote steden

Het aandeel VT’ers varieert naargelang van het geografische gebied. Globaal genomen en voor de periode 2020 tot 2022 is bijna 15% van de CM-leden VT, maar dit aandeel is iets hoger in de provincies Antwerpen, West-Vlaanderen en Luxemburg (16%), beduidend hoger in de provincies Henegouwen en Luik (20%) en vooral veel hoger in Brussel (30%). In de andere provincies ligt het VT-aandeel onder CM-leden lager (Vlaams-Brabant: 10 tot 11%; Waals-Brabant: 12%; Oost-Vlaanderen en Limburg: 13 tot 14%) of van dezelfde orde van grootte als in het hele land (Namen). Het zal geen verrassing zijn dat de laagste percentages VT’ers worden waargenomen in de provincies Vlaams- en Waals-Brabant: dit zijn immers de twee provincies met het hoogste gemiddelde inkomen per inwoner in ons land (Statbel, 2022d). Ten slotte kenden Brussel en de provincie Antwerpen in de periode 2008 tot 2022 een sterke stijging van het aandeel VT’ers: zo’n 50% voor Brussel (waar het aandeel VT’ers steeg van 20,6% tot 30,1%) en zo’n 35% voor de provincie Antwerpen (waar hetzelfde aandeel steeg van 12,0% tot 16,2%).

Wanneer we het percentage VT’ers onder CM-leden tegelijkertijd bestuderen op basis van geografisch gebied en

van drie leeftijdsgroepen, zien we enkele bijzonderheden (zie Figuur 5).

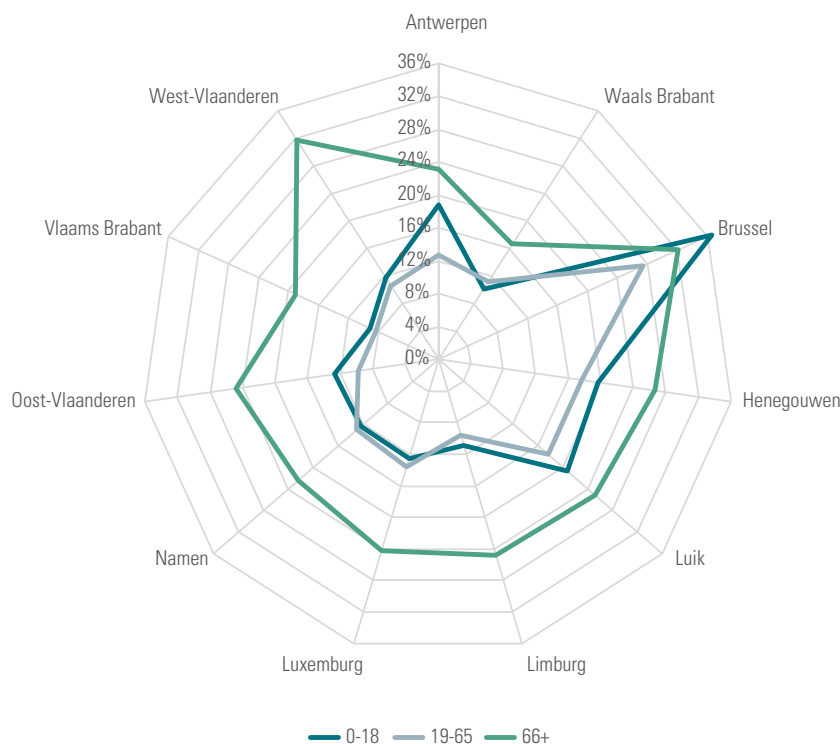
- In Brussel is bijna 37% van de jongeren (18 jaar en jonger) VT en in de provincies Luik, Henegouwen en Antwerpen schommelt het aandeel VT-jongeren tussen 19 en 21%, een relatief hoog percentage vergeleken met de overige provincies (tussen 9,1% en 12,7%).
- Een andere bijzonderheid zien we in West-Vlaanderen: zo'n 32% van de leden van 66 jaar en ouder die daar wonen, is VT. In vergelijking met Brussel, dat een vergelijkbaar aandeel heeft, stellen we vast dat het VT-percentage in West-Vlaanderen extra hoog is voor 76-plussers (44%), een verschil dat we niet zien in Brussel, waar het aandeel VT'ers in dit segment 31% bedraagt.

Zijn de percentages VT'ers per leeftijdsgroep, waargenomen in Brussel, vergelijkbaar met die in andere grote steden zoals Antwerpen, Gent, Luik en Charleroi? Zoals te zien is in figuur 6, liggen de percentages VT'ers per leeftijdsgroep in Antwerpen, Luik en Charleroi vrij dicht bij die van Brussel (uitzondering is de stad Gent). We zien zelfs dat het aandeel jongeren (18 jaar en jonger) met het VT-statuuut in de stad Antwerpen hoger is (40%) dan in Brussel (37%). Voor Luik en Charleroi is datzelfde aandeel respectievelijk 34% en 35%. Voor de leeftijdsgroep van 66

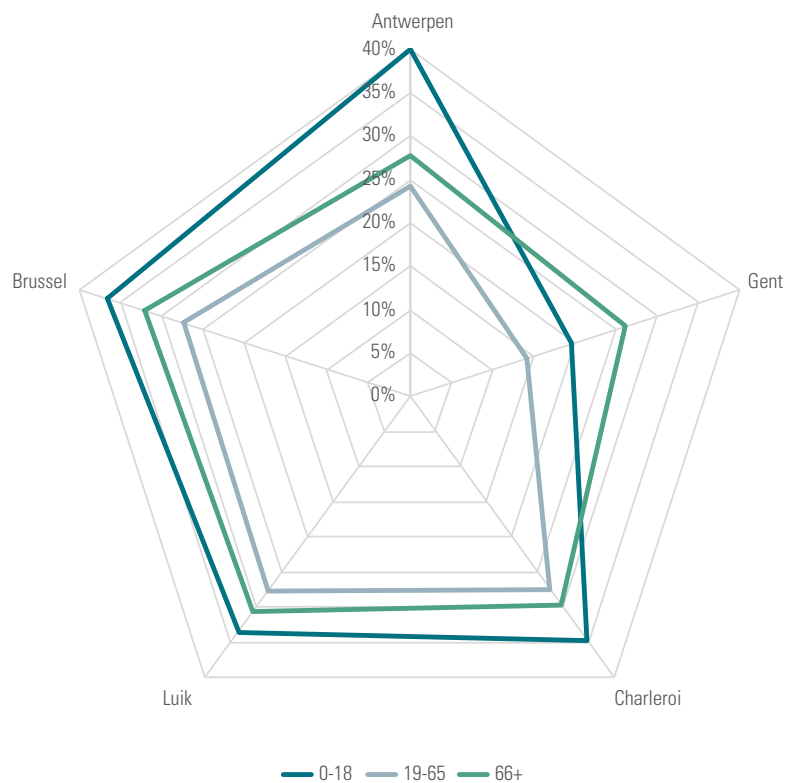
jaar en ouder ligt het aandeel VT'ers op 31% in Luik, zeer dicht in de buurt van dat van Brussel (32%). Dit aandeel is lager in Charleroi (30%) en Antwerpen (28%).

We kunnen een parallel trekken met het gemiddelde inkomen per inwoner in deze verschillende steden. Voor heel België ligt het gemiddelde inkomen per inwoner in 2020 op 19.671 euro. Voor de inwoners van de stad Antwerpen ligt het 12% lager (17.212 euro). Idem voor de inwoners van Luik (15.882 euro, of 19% minder dan het nationale gemiddelde), het Brussels Gewest (15.444 euro, of 21% minder dan het nationale gemiddelde) en Charleroi (14.140 euro, of 28% minder dan het nationale gemiddelde). De inwoners van de stad Gent daarentegen hebben een gemiddeld inkomen van 20.266 euro, ofwel 3% meer dan het nationale gemiddelde (Statbel, 2022d). Nog een verklarend element, vooral voor de 'jongeren': de tewerkstellingsgraad (voor 20- tot 64-jarigen). In Brussel is dat in 2020 ongeveer 59%. Voor de andere vier grote steden "is de tewerkstellingsgraad lager dan de tewerkstellingsgraad van hun gewest, maar de tewerkstellingsgraad van Gent (72,5%) ligt relatief dicht bij die van Vlaanderen (75%); de stad Antwerpen (67%) heeft daarentegen een tewerkstellingsgraad die dicht bij die van Wallonië ligt (66%)" (Defeyt, 2022, eigen vertaling).

Figuur 5: Aandeel CM-leden dat in juni 2022 recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming, naar geografisch gebied en naar leeftijd (Bron: CM-gegevens)



Figuur 6: Aandeel CM-leden dat in juni 2022 recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming, naar leeftijd en voor 5 grote steden (Bron: CM-gegevens)



5.4. Nationaliteit

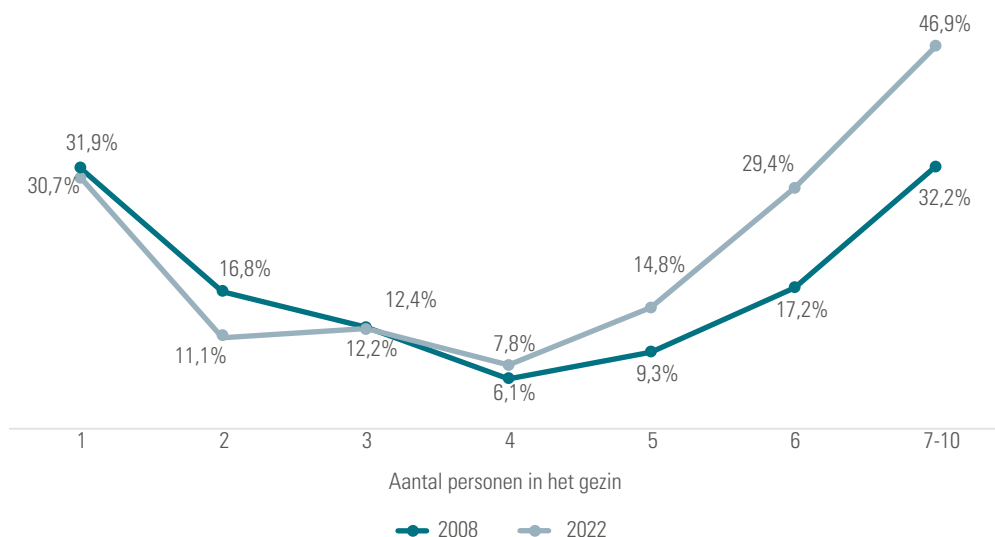
We zien geen verschil tussen het aandeel VT'ers al naargelang we kijken naar een populatie met de Belgische nationaliteit of met de nationaliteit van een West-Europees land (lidstaten van de Europese Unie, Zwitserland, Noorwegen, IJsland en Verenigd Koninkrijk). Voor 2022 is het aandeel VT'ers bijvoorbeeld 14,3% voor onze leden met de Belgische nationaliteit en 15,5% voor onze leden met de nationaliteit van een ander West-Europees land. Voor leden uit andere landen is het aandeel VT'ers daarentegen 51,7%: **3,6** meer dan bij CM-leden met de Belgische nationaliteit.

Dat deze personen, die noch de Belgische nationaliteit, noch die van een West-Europees land hebben, vaker begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming zijn, kan voor een deel worden verklaard doordat het voor hen moeilijker is om werk te vinden. In 2021 bedraagt de tewerkstellingsgraad (20 tot 64 jaar) van 'onderdanen van landen buiten de Europese Unie' namelijk 43,3%, terwijl die voor personen met de Belgische nationaliteit 71,9% bedraagt (NBB, 2023).

5.5. Aantal personen in het huishouden

Zoals we zien in figuur 7, vertoont het aandeel huishoudens waar ten minste één persoon VT is een U-vormige curve, al naargelang het aantal personen in dit huishouden en ongeacht het statuut van deze personen (titularis of persoon ten laste). Bij alleenstaanden is het aandeel VT'ers erg hoog: **32%** in 2022. Vervolgens neemt dit aandeel af naarmate het huishouden groter wordt. Maar vanaf huishoudens met 5 personen neemt het aandeel weer toe. Het hoogste aandeel zien we bij huishoudens van 7 tot 10 personen: in 2022 is **47%** daarvan een VT-huishouden. Ook merken we op dat het aandeel VT-huishoudens tussen 2008 en 2022 licht daalt als het aantal personen niet hoger is dan 3. Vanaf 4 personen vertoont het aandeel VT-huishoudens in deze periode echter weer een stijgende lijn. Deze stijging is vooral uitgesproken in grote huishoudens: voor huishoudens van 6 personen steeg het aandeel VT-huishoudens van 17% in 2008 tot 29% in 2022; voor huishoudens van 7 tot 10 personen steeg dat aandeel van 32% in 2008 tot 47% in 2022.

Figuur 7: Aandeel huishoudens waar minstens één persoon VT is, 2008 en 2022, situatie in juni – naar het aantal personen in het huishouden (Bron: CM-gegevens)

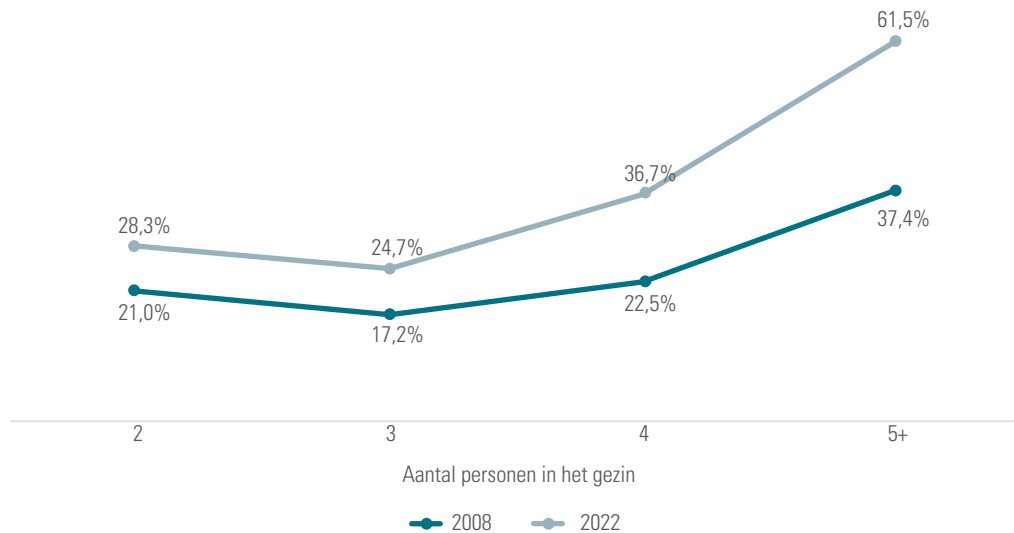


Als we naar de opbouw van VT-huishoudens kijken, naar gelang van het aantal personen in het huishouden, dan zien we dat het merendeel daarvan alleenstaanden zijn (55% in 2008, 61% in 2022). De op één na grootste groep VT-huishoudens bestaat uit twee personen (27% in 2008, 19% in 2022). In totaal is het aandeel van deze twee types huishoudens in de VT-huishoudens heel stabiel gebleven in de tijd (ongeveer 80%).

Eén categorie huishoudens is veel vaker begunstigde van de verhoogde tegemoetkoming: éénoudergezinnen. Hier zien we een significante stijging van het percentage huishoudens waar ten minste één persoon VT heeft: van **20%** in 2008 tot **28%** in 2022. Laten we ter vergelijking eens naar de ‘andere gezinnen’ kijken, d.w.z. huishoudens met meerdere volwassen titularissen en met één of meer kinderen ten laste. Het aandeel van deze huishoudens waar ten minste één persoon VT is, is veel lager: 4,6% in 2008, 6,1% in 2022. Het feit dat het huishouden meerdere titularissen bevat, is dus een beschermende factor. En dat is normaal, want een huishouden met meerdere titularissen heeft ook meerdere inkomstenbronnen.

In figuur 8 bestuderen we het aandeel éénoudergezinnen waar minstens één persoon VT heeft, naar het aantal personen in het huishouden (er is per definitie altijd één titularis, de overige personen zijn kinderen ten laste). We zien dat het aandeel éénoudergezinnen met de verhoogde tegemoetkoming iets afneemt zodra ze van 2 naar 3 personen gaan, maar vanaf 3 personen stijgt het weer heel snel: in 2022 is dit aandeel 25% voor éénoudergezinnen van drie personen, 37% bij 4 personen en 62% bij 5 personen en meer (dit laatste type éénoudergezin komt echter minder vaak voor). Tussen 2008 en 2022 is het aandeel VT-éénoudergezinnen, vooral voor éénoudergezinnen van minstens 4 personen, gestegen.

Figuur 8: Aandeel éénouderhuishoudens waar minstens één persoon VT is, 2008 en 2022, situatie in juni – naar het aantal personen in het huishouden (Bron: CM-gegevens)



5.6. Sociaal statuut van de titularissen

We nemen hier alleen de populatie van **titularissen** van CM in aanmerking, d.w.z. mensen die VP-rechten openen voor zichzelf en voor hun eventuele personen ten laste (de laatsten genieten dan afgeleide rechten op grond van hun verwantschap of het feit dat ze met de titularis samenwonen). Alle types titularissen meegerekend, zien we dat het aandeel begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming onder de titularissen van het stelsel van zelfstandigen gedaald is (van 15,4% in 2008 tot 9,3% in 2022). In het algemene stelsel (dat de werknemers beslaat) steeg het aandeel titularissen met VT-statuut daarentegen (van 13,7% in 2008 tot 15,2% in 2022).

Het is interessant om deze verhoudingen te bekijken naar type titularis (zie Tabel 3):

- Onder de **actieve titularissen** (AT, ofwel titularissen die aan het werk zijn of werk zoeken) vinden we de minste begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming: het aandeel VT'ers onder de actieve titularissen bedraagt zo'n 3,7% tot 5,6% in het algemene stelsel en 1% tot 2,5% in het stelsel van zelfstandigen;
- Binnen het algemene stelsel zien we dat het aandeel VT'ers onder de actieve titularissen niet gelijk is naar gelang het type werknemer. Zo is onder **statutaire ambtenaren** het aandeel VT'ers het laagst (<1%). Het is daarentegen hoger voor **bedienden** (3% tot 5%), en nog hoger voor **arbeiders**, waar het aandeel bovendien enorm gestegen is: van 8,8 % in 2008 tot 14,0 % in 2022. Dat arbeiders meer risico lopen om VT te worden, komt doordat hun lonen lager zijn dan die van bedienden en ook minder snel stijgen. Volgens de gegevens van Statbel steeg het gemiddelde brutoloon van een voltijdse arbeider van 2.492 euro in 2008 tot 3.023 euro in 2020 (een stijging van 531 euro of 21%). In dezelfde periode steeg het gemiddelde brutoloon van een voltijdse bediende van 3.312 euro tot 4.314 euro (een stijging van 30%, wat neerkomt op bijna duizend euro). En de loonkloof wordt alleen maar groter: in 2008 was het verschil tussen het gemiddelde brutoloon van een arbeider en een bediende nog 25%. In 2020 is die kloof 30% (Statbel, 2022e);
- Voor de actieve titularissen in het algemene stelsel geldt bovendien dat **werkloosheid** en het aantal dagen dat die werkloosheid in het betrokken jaar duurt, risicofactoren zijn voor het statuut van de verhoogde tegemoetkoming.

In 2021 is van de actieve titularissen die in de loop van het jaar minstens 6 maanden werkloos zijn, 30% VT (zie figuur 9). Dit aandeel is maar 6% als de werkloosheid niet langer duurt dan 3 maanden. Verder zien we dat het percentage VT'ers onder werklozen tussen 2008 en 2021 is gestegen, en dan vooral voor diegenen die gedurende het jaar minstens 6 maanden werkloos zijn. In deze laatste categorie vinden we tevens degenen die het hele jaar werkloos zijn geweest, dus mensen met een laag inkomen. Daarnaast moet rekening worden gehouden met het feit dat in 2012 de degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen in werking trad, wat van invloed was op de ontvangen uitkeringen (Segaert & Nuyts, 2022). Tot slot mag niet worden vergeten dat de minimum werkloosheidsuitkeringen onder de armoededrempel liggen (FOD Sociale Zekerheid, 2021);

- In beide stelsels zien we voor titularissen die **gepensionneerd** of **weduwe/weduwenaar** zijn, een afname van het aandeel VT'ers (wat aansluit bij punt 5.2.). Maar in het stelsel van zelfstandigen is het aandeel titularissen met VT-statuuat groter;
- Als de titularissen **invalide** – d.w.z. langer dan een jaar arbeidsongeschikt – zijn, is onder hen het aandeel VT'ers hoger in het algemene stelsel (ongeveer 42%) dan

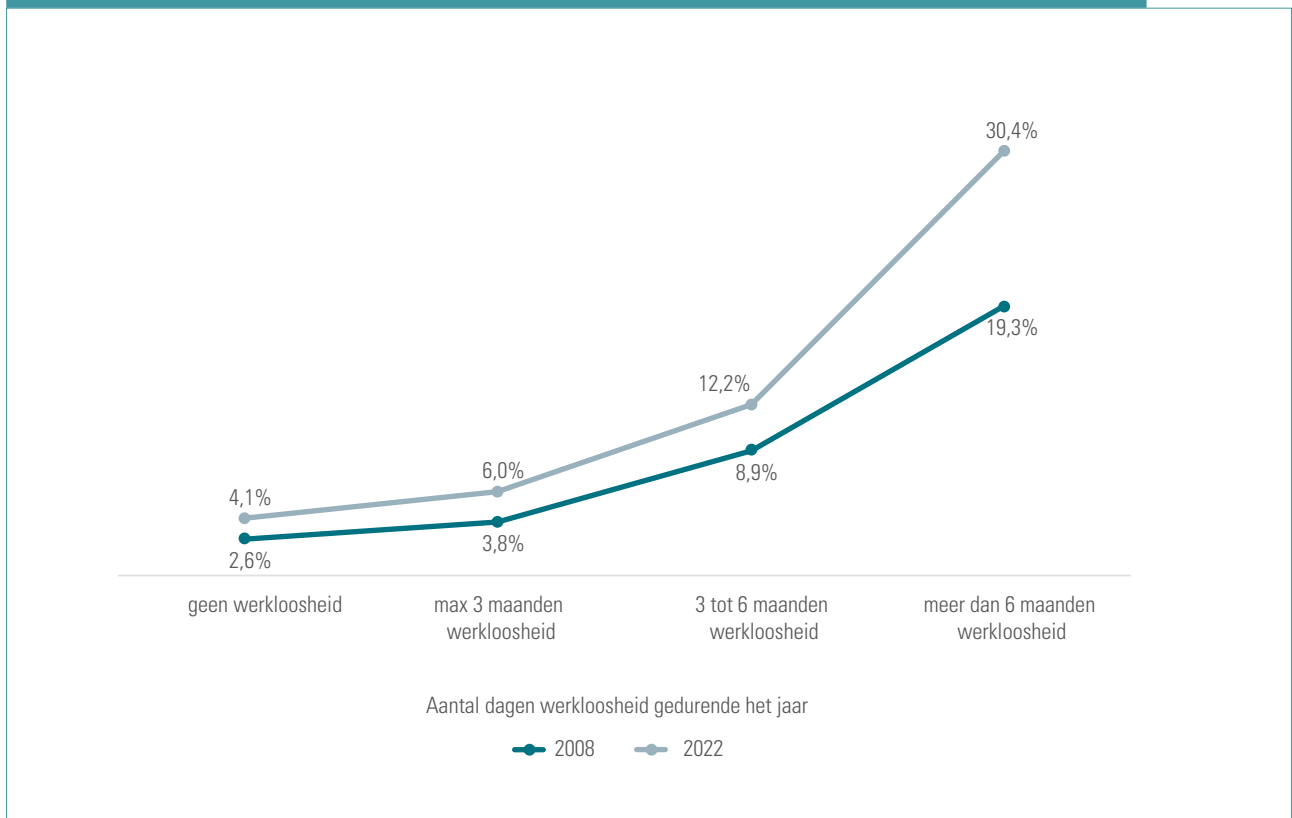
in het stelsel van zelfstandigen (waar het percentage is gedaald van 34% in 2008 tot 27% in 2022);

- Er zijn twee categorieën titularissen die we alleen aantreffen in het algemene stelsel: **personen met een handicap**, die bijna allemaal VT zijn, en **verblijvenden**. Bij dit laatste type titularis is het aandeel VT'ers zeer hoog én stijgende: 70,6% in 2008, 88,4% in 2022. Achter deze hoedanigheid van verblijvende gaan vaak mensen schuil in een kwetsbare situatie (bijvoorbeeld vluchtelingen, rechthebbenden op het leefloon).

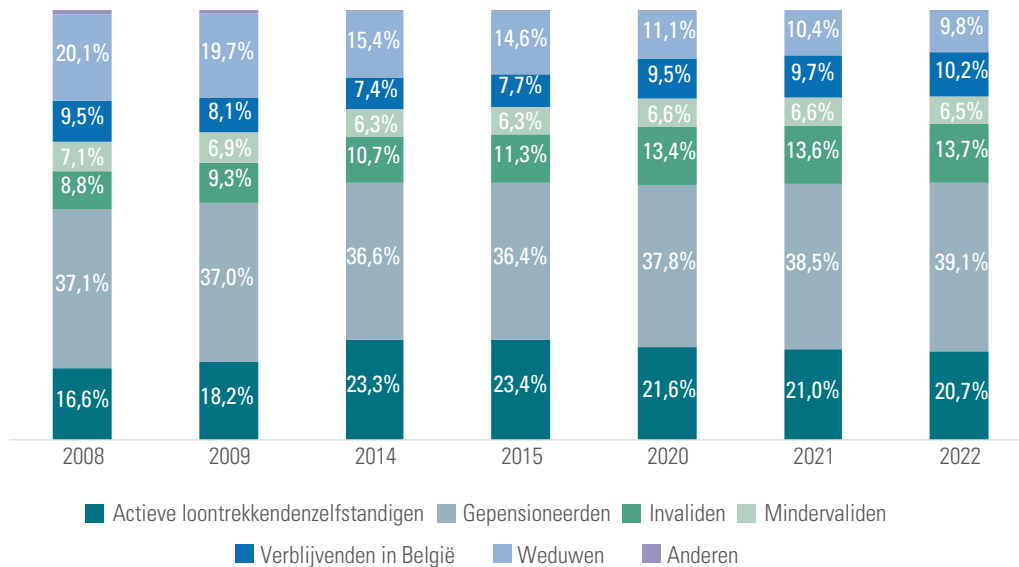
Wat is het profiel van de titularissen die begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming zijn? Het overgrote deel van deze titularissen met VT-statuuat valt onder het algemene stelsel. Toch zien we een merkbare verschuiving: het aandeel titularissen met VT-statuuat die onder het stelsel van zelfstandigen vallen, vertoont een dalende lijn. In 2008 was nog 11,5% van de titularissen met VT-statuuat zelfstandige; in 2022 is dit percentage gedaald tot 6,3%.

In figuur 10, waar beide stelsels tezamen worden bestudeerd, zien we dat de grootste groep titularissen met VT-statuuat bestaat uit gepensioneerden (37% tot 39%). Actieve titularissen met VT-statuuat (d.w.z. werkend of op zoek

Figuur 9: Aandeel VT'ers onder actieve titularissen in het algemene stelsel, 2008 en 2021, situatie in december – naargelang van het aantal dagen dat zij gedurende het jaar werkloos zijn (Bron: CM-gegevens)



Figuur 10: Structuur van de titularissen met VT-statuut – naargelang van hun sociaal statuut, voor het algemene stelsel en het stelsel van zelfstandigen tezamen, 2008-2022 (Bron: CM-gegevens)



naar werk) maakten in 2008 bijna 17% van de titularissen met VT-statuut uit. In 2022 was dat 21%. Het percentage VT-titularissen op invaliditeit (langdurige arbeidsongeschiktheid) is gestegen van 9% in 2008 tot 14% in 2020. De groep VT-titularissen met een handicap vertoont daarentegen een lichte daling: van 7% in 2008 tot 6,5% in 2022. Tot slot is bij titularissen met VT-statuut ook het aandeel weduwen/weduwnaars gedaald: van 20% in 2008 tot 10% in 2022.

6. Toename van het aantal VT'ers in België: een poging tot verklaring

Zoals we in dit artikel hebben aangetoond, stijgt het percentage mensen met VT-statuut. Voor heel België was tussen 2007 en 2022 de stijging om en nabij de 50%. Inmiddels heeft al bijna 20% van de bevolking dit statuut: één op vijf. Deze groei intrigeert ons, maar moeten we erdoor verrast zijn?

Zoals we hebben gezien zijn er vanuit administratief oogpunt tegenwoordig veel meer situaties die voor het VT-statuut in aanmerking komen, en dan vooral op basis van inkomsten. Aanvankelijk kwamen *ruwweg* alleen weduwen/weduwnaars, wezen, enz. (WIGW) ervoor in aanmerking, maar de situatie is nu zo dat iedereen die kan bewijzen dat zijn/haar inkomen onder een bepaald plafond ligt, ervan kan genieten. Dat verklaart ongetwijfeld de toename in de jaren na de invoering van het nieuwe OMNIO-statuut, in juli 2007. Bovendien beschikken ziekenfondsen nu over de proactieve flux om *non-take-up* tegen te gaan (ook al kent deze tool ook zijn grenzen). Het recht wordt automatisch toegekend aan 45% van de VT'ers. Al deze administratieve factoren hebben zeker bijgedragen aan de toename van het aantal VT'ers.

Vanuit het oogpunt van de doelgroep blijkt dat de stijging van het aantal VT'ers ook te wijten is aan een aantal toenemende risicofactoren, zoals jeugdwerkloosheid en de moeilijkere toegang tot de arbeidsmarkt voor mensen van buiten de EU (NBB, 2023). Bovendien nemen bepaalde populaties, die extra risico lopen om het VT-statuut te verkrijgen, toe:

- binnen de Belgische populatie tussen 18 en 64 jaar steeg

het percentage rechthebbenden op een leefloon of een gelijkwaardige financiële bijstand van 1,5% in 2008 tot 2,3% in 2021 (IWEPS, 2022);

- het aantal rechthebbenden op een uitkering voor personen met een handicap (integratietegemoetkoming, inkomensvervangende tegemoetkoming) is gestegen van 143.000 in 2008 tot 217.299 in 2021. Dat is een stijging van 3% per jaar (FOD Sociale Zekerheid, 2022);
- het aantal personen op invaliditeit, dat wil zeggen langdurige arbeidsongeschiktheid, ging van 251.000 in 2008 naar 471.000 in 2020 (Vancorenland, et al., 2021; INAMI, 2021);
- en ten slotte is er nog de toename van het aantal alleenstaanden / éénoudergezinnen. In België maken die in 2019 45% van de gezinnen uit, tegenover 39% in 1999 (Statbel, 2020).

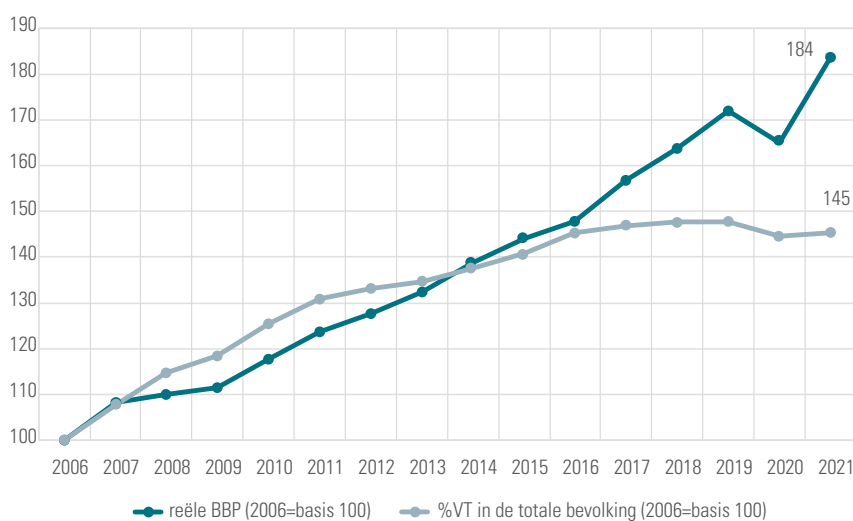
Al deze administratieve en maatschappelijke factoren hebben beslist bijgedragen aan de toename van het aandeel VT'ers binnen de bevolking. Dit wordt ook benadrukt door het KCE: Het aandeel personen met de verhoogde tegemoetkoming nam de laatste jaren aanzienlijk toe. "Dit komt enerzijds door een aanpassing van de voorwaarden en een actieve inspanning om mensen het recht te laten opnemen, maar anderzijds ook doordat het aandeel men-

sen met een laag inkomen in de bevolking toeneemt (met armoederisico of in de lage middenklasse)" (Bouckaert, et al., 2020, p.18). Gezien vanuit deze invalshoeken is het dan ook absoluut geen "verrassing" dat een toenemend aantal mensen in onze bevolking het VT-statuut heeft verkregen.

Vanuit **macro-economisch** oogpunt valt de stijging van het percentage VT'ers moeilijker te verklaren. Hoe is het mogelijk dat, terwijl het globale bbp en het bbp per inwoner al 15 jaar gestaag groeien (behalve in 2009 en 2020, als gevolg van de financiële en sanitaire crisissen), en ze op nominaal en reëel niveau zelfs bijna zijn verdubbeld, ook het aandeel VT'ers in de bevolking (met uitzondering van de laatste jaren) blijft stijgen?

Figuur 11 toont de evolutie van het reële bbp (exclusief inflatie) en het percentage VT'ers in de totale Belgische bevolking (2006=basis 100). We zien dat het reële BBP in 15 jaar met meer dan 80% is gestegen en dat het percentage VT'ers in die tijd met ongeveer 45% is toegenomen. Tussen 2006 en 2016 volgen de curves eenzelfde lijn en daarna lopen ze uit elkaar. De vertraagde stijging – bijna stagnatie zelfs – van het aantal VT'ers tussen 2016 en 2019 kan worden verklaard door het feit dat de proactieve flux toen misschien zijn maximumpotentieel had bereikt, dat minder

Figuur 11: Evolutie van het reële bbp en het aandeel begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming binnen de Belgische bevolking (Bronnen: OESO en IMA)



mensen zelf het VT-statuut aanvragen (vergeleken met 2007-2008, toen het OMNIO-statuut werd geïntroduceerd). Ten slotte daalt het percentage VT'ers weer in 2020 en 2021. Maar dat is vrij 'artificieel' en kan worden toegeschreven aan de COVID-19-crisis, toen de fysieke afspraken op kantoor op een laag pitje stonden (deze daling was in 2022 trouwens alweer bijna helemaal gecompenseerd).

Hoe dan ook, in 15 jaar tijd is het reële bbp blijven stijgen en toch zien we geen afname van het aantal VT'ers. Uit studies naar de performantie van westerse landen op verschillende sociale en welzijnsindicatoren blijkt dat het niet zozeer de absolute hoeveelheid rijkdom is die ertoe doet, maar hoe die rijkdom wordt verdeeld. Doorgaans hebben landen waar de inkomens meer gelijk verdeeld zijn, betere sociale en gezondheidsindicatoren (Wilkinson & Pickett, 2010). Het hoge aandeel VT'ers, dat de afgelopen jaren stabiel is gebleven, wijst erop dat wij een probleem hebben met de verdeling van die extra geproduceerde rijkdom.

7. Aanbevelingen

Het statuut van de verhoogde tegemoetkoming is zonder enige twijfel een beschermingsmechanisme voor mensen met een laag inkomen, dat hen tegen een lagere prijs toegang tot gezondheidszorg verschaft. Een nadeel van dit statuut is echter zijn 'binaire' aspect: je hebt het statuut of je hebt het niet. "Personen met een inkomen dat net boven het plafond voor de verhoogde tegemoetkoming ligt, hebben geen recht op het voordeel. Toch kunnen zij meer financiële moeilijkheden ondervinden om toegang tot gezondheidszorg te krijgen dan mensen met het VT-statuut, met name wanneer zij hoge gezondheidskosten hebben of wanneer zij langdurig in het ziekenhuis worden opgenomen" (Cès & Baeten, 2020, p. 24). Zouden we een ambitieuze hervorming kunnen bedenken waarbij we dat binaire aspect laten varen en de inkomsten op een progressievere manier in aanmerking nemen? Dan zouden we het hele *design* van het VT-statuut volledig moeten herzien.

Op korte termijn en binnen het huidige *design* hebben de verbetervoorstellen vooral betrekking op de toekenning van het VT-statuut. Zo zouden er verschillende mechanismen kunnen worden geactiveerd om de toekenning te vergemakkelijken en de *non-take up* te verminderen. Alle verzekeringsinstellingen (verenigd binnen het NIC Verzekeraarbaarheid) tezamen hebben een concreet voorstel uitgewerkt om in bepaalde zeer specifieke sociale situaties

naar meer automatische toekenning van het recht te gaan en zo te vermijden dat de betrokkenen zelf verdere stappen moet ondernemen (RIZIV, 2022). Dit voorstel is momenteel in discussie bij het RIZIV. Hieronder zullen we het verder toelichten.

Er zijn situaties waarin de ziekenfondsen recentere informatie over de inkomsten van hun leden (kunnen) hebben dan de proactieve flux. Dat geldt bijvoorbeeld voor:

- **personen in arbeidsongeschiktheid** (primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit), want het zijn de ziekenfondsen die de uitkeringen berekenen;
- **werklozen**, want de inkomensinformatie kan worden verkregen via bestaande databanken van de KSZ;
- en **gepensioneerden**, want de hoogte van hun pensioen staat vermeld in het pensioenregister (eveneens in te zien via de KSZ).

In deze laatste twee situaties (werkloosheid en pensioen) zou er een wettelijke basis nodig zijn om de ziekenfondsen in het kader van de verhoogde tegemoetkoming toegang te geven tot deze inkomensinformatie. Voor een nog vollediger beeld van alle inkomsten zouden ze bovendien ook toestemming moeten hebben om bestaande databanken te raadplegen die het kadastraal inkomen bevatten.

Waarom zouden ziekenfondsen, als ze toestemming hebben om al deze inkomensinformatie in het kader van de verhoogde tegemoetkoming in te zien, er niet optimaal gebruik van maken? Als men er zeker van is dat het inkomen onder het plafond ligt, raden we aan het recht op een verhoogde tegemoetkoming "**ambtshalve**" te openen zonder dat de betrokkenen dit hoeft aan te vragen. Het concrete voorstel ziet er zo uit: de huidige wetgeving aanpassen zodat de ziekenfondsen het recht op een VT-statuut "**ambtshalve**" kunnen openen:

- voor **alleenstaanden en eenoudergezinnen** (waardoor er geen ander inkomen dan dat van de titularis in aanmerking hoeft te worden genomen),
- die één van de volgende kenmerken vertonen:
 - **minimaal drie maanden onafgebroken arbeidsongeschikt en/of werkloos zijn;**
 - **invalide zijn;**
 - **gepensioneerd zijn.**

Het voorstel kan nog verfijnd worden om duidelijk binnen de doelgroep van mensen met een laag inkomen te blijven. Hiertoe zouden bepaalde specifieke situaties kunnen worden uitgesloten, zoals:

- Bij werklozen zouden we geen rekening kunnen houden met degenen die in aanmerking komen voor het stelsel

van werkloosheid met bedrijfstoeslag (SWT, vroeger 'brugpensioen' genoemd). De betrokken persoon onder het SWT-stelsel ontvangt dan een inkomenstoeslag van zijn/haar bedrijf (waarvan de hoogte wordt bepaald door een collectieve arbeidsovereenkomst) dat het ziekenfonds niet kent;

- Voor personen in arbeidsongeschiktheid zouden we doelgerichter te werk kunnen gaan en ons allereerst kunnen richten op mensen die geen toegelaten activiteit verrichten. Want bij een gedeeltelijke werkhervatting, toegestaan door de adviserend arts, is het ziekenfonds niet op de hoogte van het inkomen uit deze toegelaten activiteit.

Let op, ook met dit voorstel zullen de ziekenfondsen uiteraard de evolutie van de gezinssituatie van deze mensen blijven volgen, evenals hun inkomen, via tussentijdse en systematische controles (dezelfde als die worden toegepast op iedereen die het VT-statuut heeft verkregen op basis van een inkomensonderzoek). Daarom moeten we hier spreken van een ambtshalve opening van het recht op de verhoogde tegemoetkoming, en niet van een "automatische opening". In het kader van het automatische recht vinden dergelijke inkomenscontroles immers niet plaats (zie punt 2.2.1).

Kunnen we ook verbeteringen doorvoeren in het automatische recht? Tegelijk met het hierboven geschetste voorstel stellen de verzekeringsinstellingen voor om het recht op de verhoogde tegemoetkoming automatisch toe te kennen aan gezinnen met een zware schuldenlast die hiervoor een collectieve schuldenregeling hebben getroffen. Met andere woorden, een juridische schuldbemiddelingsprocedure die, naast het verbeteren van de financiële situatie van de schuldenaar, ten doel heeft om hem/haar en zijn/haar gezin in staat te stellen om een menswaardig leven te blijven leiden. Hiertoe wordt door een gerechtelijke schuldbemiddelaar een "leefgeld" vastgesteld. Het bedrag van dit leefgeld komt overeen met de beschikbare middelen waarvan de persoon met schulden en zijn/haar gezin moeten leven (de rest van het beschikbare inkomen wordt besteed aan het aflossen van de schulden volgens een afbetalingsplan) en waarvan de dagelijkse uitgaven, inclusief gezondheidsuitgaven, moeten worden betaald. Dit leefgeld moet op zijn minst gelijk zijn aan het leefloon, vermeerderd met eventuele kinderbijslag (Steunpunt - Schuldbemiddeling, 2019). Voor deze gezinnen met een zware schuldenlast, met beperkte beschikbare middelen, zou de automatische toekenning van een verhoogde tegemoetkoming, zonder dat ze deze moeten aanvragen, hen helpen toegang tot gezondheidszorg te verkrijgen, conform de doelstelling

om een waardig leven te kunnen blijven leiden. Hiertoe zouden de ziekenfondsen toegang moeten hebben tot de benodigde informatie om die gezinnen op te sporen en hen automatisch het recht op een verhoogde tegemoetkoming te verlenen. In de tussentijd kunnen we overwegen om de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen op basis van een papieren bewijsstuk.

8. Conclusie

Het recht op de verhoogde tegemoetkoming is net zo oud als de verplichte ziekteverzekering. Het heeft al talrijke veranderingen ondergaan zodat de populatie van rechthebbers in de loop der tijd is uitgebreid. Het is een belangrijk en pertinent sociaal recht: samen met andere VP-regelingen verbetert het de financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg voor gezinnen met beperkte inkomsten. Bovendien geeft dit recht toegang tot nog andere tussenkomsten dan alleen gezondheidszorg. Om mensen met een laag inkomen te helpen de inflatie van de energieprijzen het hoofd te bieden, werd bijvoorbeeld het recht op het sociaal tarief tussen februari 2021 en juni 2023 opengesteld voor alle VT'ers.

Het aandeel begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming binnen de Belgische bevolking is behoorlijk gestegen: van 13,2% in 2002 tot 18,9% in 2021. Redenen voor deze toename zijn de evolutie van de wetgeving en de invoering van steeds efficiëntere administratieve processen: automatisch recht voor bepaalde sociale categorieën, automatische detectie in het kader van de proactieve flux. Een andere drijvende kracht achter de stijging is het feit dat bepaalde populaties die het risico lopen VT te worden, zoals rechthebbenden op het leefloon, personen met een handicap, invaliden en alleenstaanden of éénoudergezinnen, almaar groter worden. In de loop der tijd zijn de begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming jonger geworden: de oudere leeftijdsgroepen zien hun aandeel afnemen terwijl de jongere leeftijdsgroepen een steeds grotere plaats innemen.

De grootste uitdaging rond het VT-statuut blijft de strijd tegen *non-take-up*. Door slim gebruik te maken van administratieve databanken is er al veel vooruitgang geboekt. Zo werd voor bijna 45% van onze VT-leden het recht automatisch toegekend, zonder dat zij bijkomende stappen hoefden te ondernemen. Bovendien detecteren de ziekenfondsen op grond van de informatie uit de proactieve flux

potentiële begunstigen, nemen ze contact met hen op en nodigen ze hen uit om een aanvraag in te dienen. Dit lost het probleem van de *non-take-up* niet helemaal op, aangezien er veel mensen zijn die na contact niet reageren. Maar toch heeft de proactieve flux die tussen 2015 en 2017 op experimentele basis werd georganiseerd, tot tal van bijkomende openingen van het recht op de verhoogde tegemoetkoming geleid, zodat deze positief beoordeeld werd. Inmiddels is de proactieve flow stevig verankerd en wordt hij jaarlijks georganiseerd.

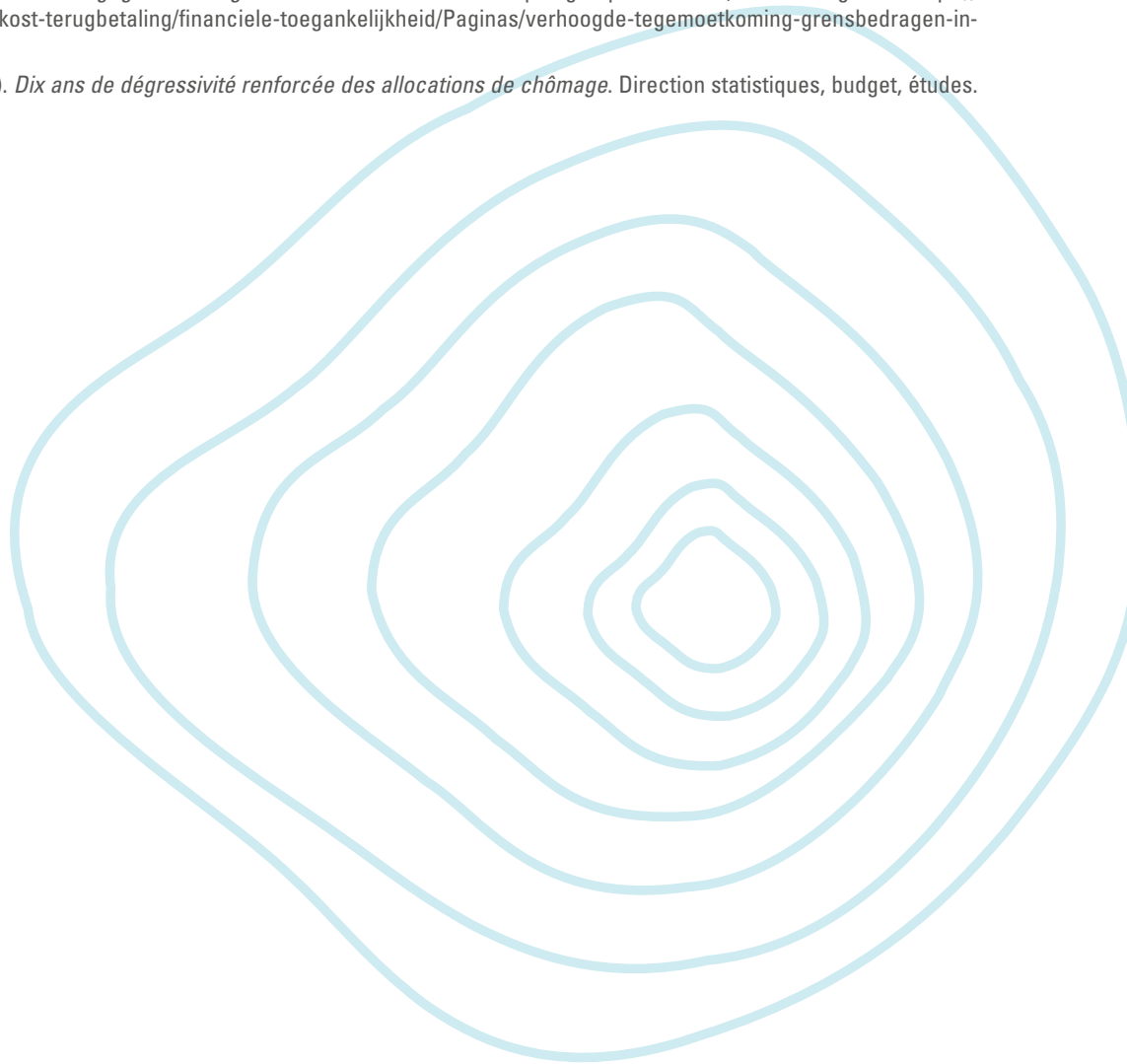
De beste strategie om *non-take-up* te voorkomen, is ervoor te zorgen dat de in aanmerking komende personen

geen complexe inspanningen moeten leveren. De verzekeringsinstellingen doen hieromtrent specifieke voorstellen: een automatische opening van het recht op het VT-statuuut voor gezinnen met een overmatige schuldenlast in een collectieve schuldenregeling, "ambtshalve" opening van het recht voor alleenstaanden en éénooudergezinnen met één van de volgende indicaties: arbeidsongeschikt en/of werkloos (minimaal 3 maanden), invalide of gepensioneerd zijn. Deze voorstellen impliceren wel dat de ziekenfondsen wettelijk gemachtigd zijn om, in het kader van de verhoogde tegemoetkoming, toegang te hebben tot geschikte en bruikbare databanken, die al bestaan of die nog moeten worden opgericht.

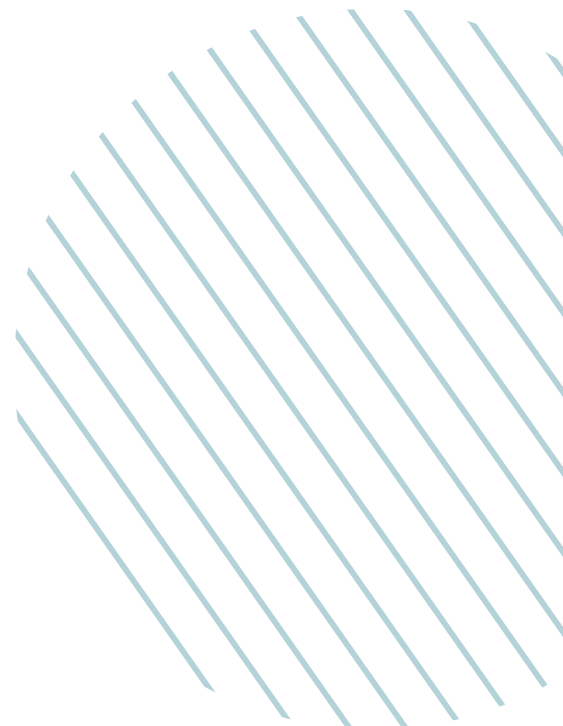
Bibliografie

- 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, 6-30.
- Bellens, S. (2022, 05 11). *Factcheck: het armoederisico voor jongeren stijgt*. Geraadpleegd op 27-09-2022, via Visie.net: <https://visie.net/artikel/factcheck-het-armoederisico-voor-jongeren-stijgt>.
- BELMOD. (2022). *Le non-recours à l'aide sociale en Belgique : propositions politiques. Rapport final du projet BELMOD*. Bruxelles : SPF Sécurité sociale.
- 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 334B. D/2020/10.273/30. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Bouckaert, N., & Schokkaert, E. (2011). *A first computation of non-take-up behaviour in the 'leefloon'*. Flemsi Discussion Papers 6.
- Centre d'Appui-Médiation de Dettes. (2019). *Le règlement collectif de dettes en 10 questions*. Bruxelles : ASBL Centre d'Appui-Médiation de Dettes.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique – Rapport de synthèse*. Bruxelles : Observatoire social européen (OSE).
- CKK. (2022). *Das Pflegegeld benachteiligt schutzbedürftige Senioren*. Geraadpleegd op 12-01-2023, via [ckk-mc.be](https://www.ckk-mc.be/infos-aktuelles/pressemitteilungen/2022/pflegegeld): <https://www.ckk-mc.be/infos-aktuelles/pressemitteilungen/2022/pflegegeld>.
- CSC. (2022). *L'écart de pension entre femmes et hommes reste beaucoup plus important que l'écart salarial!* Geraadpleegd op 19-01-2023, via [lacsc.be](https://www.lacsc.be/page-dactualites/2022/03/04/ecart-de-pension-entre-femmes-et-hommes-reste-plus-important-que-l-ecart-salarial): <https://www.lacsc.be/page-dactualites/2022/03/04/ecart-de-pension-entre-femmes-et-hommes-reste-plus-important-que-l-ecart-salarial>.
- De Spiegeleer, T., Lemkens, R., & Claes, M. (2013). De verhoogde tegemoetkoming vanaf 2014. *CM-Informatie*, 254 (INFOFICHE).
- Eurofound. (2015). *Access to social benefits: Reducing non-take-up*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- Goedemé, T., Van Gestel, R., Janssens, J., & Lefevère, E. (2017). De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren. *CM-Informatie*, 270, 19-25.
- Goedemé, T., Janssens, J., Bolland, M., Corselis, A., Derboven, J., Linchet, S., ..., Vergauwen, J. (2022a). De omvang en kenmerken van de niet-opname van het leefloon, de verhoogde tegemoetkoming en de verwarminstoelage onder 18- tot 64-jarigen in België. In: Coene, J., ... Van Praag, L. (Eds), *Armoede en sociale uitsluiting; Jaarboek 2022* (pp. 139-159). Leuven: Acco.
- Goedemé, T., Bolland, M., Janssens, J., et al. (2022b). *TAKE: The size and characteristics of non-take-up of social benefits in Belgium*. Conférence finale du projet BELMOD et TAKE : 23 juin 2022, Bruxelles.
- Defeyt, .P. (2022). *Le taux d'emploi des 4 grandes villes belges fin 2020*. Notes de l'IDD – 12-12-2022. Namur : IDD (Institut pour un Développement Durable).

- Federaal Planbureau. (2022a). *Werkgelegenheidsgraad*. Geraadpleegd op 09-01-2023, via indicators.be: https://indicators.be/nl/i/G08_EMP/nl.
- Federaal Planbureau. (2022b). *Leefloners*. Geraadpleegd op 24-11-2022, via indicators.be: https://indicators.be/nl/i/G01_GMI/nl
- FOD Sociale Zekerheid. (2021). De doelmatigheid van de sociale minima. *Cijfers in de kijker*, 8.
- FOD Sociale Zekerheid. (2022). *Aantal rechthebbenden op een inkomensvervangende en/of integratietegemoetkoming (1988-2021)*. Geraadpleegd op 24-11-2022 via [socialsecurity.belgium.be](https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/nl/sz-in-kaart-brengen/handicap/1-1-aantal-rechthebbenden-ivt-en-it-geslacht-evolutie.xlsx): <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/nl/sz-in-kaart-brengen/handicap/1-1-aantal-rechthebbenden-ivt-en-it-geslacht-evolutie.xlsx>
- INAMI. (2019). *Rapport d'évaluation du flux I.M. proactif*. Symposium intervention majorée 18/06/2019. Bruxelles.
- INAMI. (2021). *Suivi mensuel du budget - 2021 et suivi des dossiers d'incapacité de travail*. Note CID 2021/41. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2022). *Rapport statistique sur le flux proactif de l'intervention majorée (année du flux 2020)*. Commission technique du Service du contrôle administratif, Note CT 2022/2. Bruxelles : INAMI.
- INSEE. (2012). *La mesure de la pauvreté*. Geraadpleegd op 13-01-2023, via [insee.fr](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2416930/insee-en-bref-pauvrete.pdf): <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2416930/insee-en-bref-pauvrete.pdf>
- Intermutualistisch Agentschap. (2023). *Intermutualistisch Agentschap Atlas*. Geraadpleegd op 13-01-2023, via [aim-ima.be](http://atlas.ima-aim.be/databanken): <http://atlas.ima-aim.be/databanken>
- IWEPS (2022). *Part de bénéficiaires du revenu d'intégration chez les 18-64 ans*. Geraadpleegd op 24-11-2022, via [iweps.be](https://www.iweps.be/indicateur-statistique/part-de-revenus-dintegration-chez-18-64-ans/): <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/part-de-revenus-dintegration-chez-18-64-ans/>
- Lefevère, E., Goedemé, T., De Wilde, M., & De Spiegeleer, T. (2019). Non-recours à l'intervention majorée et octroi automatique de droits : aperçu et étude de cas. *Revue belge de sécurité sociale*, 2, 251-284.
- MC. (2022). *L'intervention majorée : meilleur remboursement des frais médicaux et autres avantages financiers*. Geraadpleegd op 06-01-2023, via [MC.be](https://www.mc.be/la-mc/reduire-facture/intervention-majorée): <https://www.mc.be/la-mc/reduire-facture/intervention-majorée>.
- NBB. (2023). *Arbeidsmarkt*. (Nationale Bank van België) Geraadpleegd op 13-01-2023, via [nbb.be](https://www.nbb.be/nl/publicaties-en-onderzoek/statistische-ontwikkelingen-inzake-werkgelegenheid/arbeidsmarkt): <https://www.nbb.be/nl/publicaties-en-onderzoek/statistische-ontwikkelingen-inzake-werkgelegenheid/arbeidsmarkt>.
- RIZIV. (2022). *Hervorming verhoogde tegemoetkoming-Werkdocument NIC : een reflectie over ambtshalve toekenning van verhoogde tegemoetkoming*. Werkgroep Verzekerbaarheid, Nota WGV 2022/51. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2023). *Verhoogde tegemoetkoming: grensbedragen van de inkomsten*. Geraadpleegd op 12-01-2023, via [inami.fgov.be](https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-grensbetragingen-inkomsten.aspx): <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-grensbetragingen-inkomsten.aspx>.
- Segaert, M., & Nuyts, N. (2022). *Dix ans de dégressivité renforcée des allocations de chômage*. Direction statistiques, budget, études. Bruxelles : ONEM.



- SPP Intégration sociale. (2022). *Baromètre de l'intégration sociale*. (SPP Intégration sociale) Geraadpleegd op 22-09-2022, via [mi-is.be: https://www.mi-is.be/fr/etudes-publications-statistiques/barometre-de-lintegration-sociale](https://www.mi-is.be/fr/etudes-publications-statistiques/barometre-de-lintegration-sociale).
- Statbel. (2020). *Alleenwonenden en alleenstaande ouders maken 45% van de Belgische huishoudens uit*. Geraadpleegd op 09-01-2023, via [statbel.fgov.be: https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/alleenwonenden-en-alleenstaande-ouders-maken-45-van-de-belgische-huishoudens-uit](https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/alleenwonenden-en-alleenstaande-ouders-maken-45-van-de-belgische-huishoudens-uit)
- Statbel. (2022a). *Consumptieprijsindex*. Geraadpleegd op 06-01-2023, via [statbel.fgov.be: https://statbel.fgov.be/nl/themas/consumptieprijsindex/consumptieprijsindex](https://statbel.fgov.be/nl/themas/consumptieprijsindex/consumptieprijsindex).
- Statbel. (2022b). *Risico op armoede of sociale uitsluiting*. Geraadpleegd op 06-01-2023, via [statbel.fgov.be: https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting](https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting).
- Statbel. (2022c). *De loonkloof tussen mannen en vrouwen bedraagt 5,3% in 2020*. Geraadpleegd op 09-01-2023, via [statbel.fgov.be: https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/lonen-en-arbeidskosten/loonkloof](https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/lonen-en-arbeidskosten/loonkloof).
- Statbel. (2022d). *Fiscale inkomens*. Geraadpleegd op 09-01-2023, via [statbel.fgov.be: https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux#panel-12](https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux#panel-12).
- Statbel. (2022e). *Gemiddelde bruto maandlonen*. Geraadpleegd op 09-01-2023, via [statbel.fgov.be: https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/lonen-en-arbeidskosten/gemiddelde-bruto-maandlonen](https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/lonen-en-arbeidskosten/gemiddelde-bruto-maandlonen)
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert L. (2021). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie*, 284 (In het kort), 56-66.
- Van den Bosch, K., & De Vil, G., (2013). *De evolutie van de armoede bij ouderen nader bekeken*. Working Paper 6-13, Brussel: Federaal Planbureau.
- Van Gestel, R., Goedemé, T., De Graeve, D., & Avalosse, H. (2019). De impact van de proactieve flux en de verhoogde tegemoetkoming op gezondheidszorguitgaven. *CM-Informatie*, 277, 37-43.
- Van Mechelen, N., & Van Der Heyden, M. (2017). *La lutte contre le non-take-up : un inventaire des mesures de politiques et réflexion à la lumière de la littérature scientifique et des expériences de politique au Royaume-Uni et en Suède*. TAKE Policy Brief n° 1/2017. Antwerp : Herman Deleeck Centre for Social Policy – University of Antwerp.
- Vinck, J., Lebeer, J., & Van Lancker, W. (2018). *Non-take-up of supplemental child benefit for children with a disability in Belgium: a mixed-method approach*. Working Paper n°18/06. Antwerp: Herman Deleeck Centre for Social Policy – University of Antwerp.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.



Gezondheids- ongelijkheden beginnen bij de geboorte

Kwantitatieve analyse van factoren die van invloed zijn op het risico van heropname van pasgeborenen in het ziekenhuis

Jesse Berwouts, Gauthier Vandeleene en Hervé Avalosse – Studiedienst

Met dank aan Sophie Cès

Samenvatting

In onze vorige studie analyseerden we het verband tussen het beleid om kraamverblijven te verminderen en het risico op heropname in het ziekenhuis voor vrouwen en hun pasgeborenen (Vandeleene & Avalosse, 2021c). Gebleken is dat bij dit soort beleidsbeslissingen rekening moet worden gehouden met het feit dat verschillende factoren van invloed kunnen zijn op het risico dat pasgeborenen terugkeren naar het ziekenhuis. In deze studie gaan we na welke van deze factoren een significante invloed hebben op het risico op heropname van pasgeborenen. Hiervoor bouwen we een multilevel logistisch regressiemodel uit, om onder andere de effecten te identificeren van factoren zoals de status van begunstigde van een verhoogde tegemoetkoming (VT) en de duur van het kraamverblijf. Met deze analyse laten we zien dat het risico op heropname vooral maatschappelijk bepaald is: VT-pasgeborenen lopen een hoger risico om opnieuw te worden opgenomen, onafhankelijk van andere risicofactoren. Terwijl vóór de invoering van het beleid van verkorting van het kraamverblijf een kort verblijf gepaard ging met een hoger risico op heropname, is dat na de hervorming in 2015 niet meer het geval, dankzij de meer systematische aanpak via postnatale opvolging. We stelden ook vast dat verschillen in heropnamerisico tussen ziekenhuizen verwaarloosbaar waren. Ziekenhuizen en verkorte kraamverblijven lijken dus niet de belangrijkste oorzaken van heropnames, maar eerder sociale ongelijkheden. We benadrukken dat voor gezinnen die het risico lopen op

economische onzekerheid, het belangrijk is ervoor te zorgen dat het gezin voldoende prenatale en postnatale opvolging kan krijgen, onder meer dankzij een gestandaardiseerd zorgtraject.

Sleutelwoorden: Kraamverblijf, neonatale gezondheid, heropname, sociale gezondheidsongelijkheid, gezondheidsrisico's, kwantitatief onderzoek

1. Inleiding

In eerdere artikels hebben we de zorg beschreven die zwangere vrouwen en hun pasgeborene(n) krijgen, voor en na de bevalling, op basis van de analyse van een steekproef van 400.000 bevallingen op 10 jaar (Vandeleene & Avalosse, 2021a, 2021b, 2021c). Het doel van deze studies was om de mogelijke gevolgen te objectiveren van het beleid van versnelde verkorting van de duur van het kraamverblijf, wat in 2014 werd beslist onder leiding van mevrouw Maggie De Block en dat leidde tot een verkorting van alle kraamverblijven met ongeveer één dag. Het meest originele punt van deze studies was de analyse van de heropnames van vrouwen en pasgeborenen na hun verblijf op de kraamafdeling. Onze analyse omvat twee perioden, voor en na de vermindering van het kraamverblijf (2010-2014 en 2015-2019). Dit toonde de factoren die verband houden met een hoger risico op heropname, voor vrouwen of pasgeborenen, zonder interactie met de andere variabelen.

- **Sociaal-economisch kwetsbaar zijn** heeft een positief effect op het risico op heropname, zowel voor pasgeborenen als voor vrouwen na de bevalling, maar ook in het algemeen voor elk type opname in een ziekenhuis (Braet, 2016). Het statuut van begunstigde van een verhoogde tegemoetkoming (VT), gebruikt als proxy voor deze precariteit, is een statuut dat door mutualiteiten wordt toegekend aan personen met een precair statuut (handicap, begunstigde van een leefloon of een gewaarborgd inkomen voor bejaarden, niet-begeleide minderjarigen of wezen) of die een inkomen hebben dat lager is dan een bepaald bedrag (23.301 euro bruto per jaar voor een alleenstaande in 2023).
- Een **risicovolle zwangerschap**, d.w.z. met één van de volgende kenmerken: leeftijd van de vrouw (jonger dan 18, ouder dan 40), de aanwezigheid van reeds bestaande comorbiditeiten (diabetes, hypertensie, de ziekte van Crohn, enz.), het feit dat de vrouwen verloskundige sessies over risicozwangerschappen hebben gevolgd of de aanwezigheid van een kinderarts tijdens de bevalling gelinkt aan de risicozwangerschap. Uit de literatuur blijkt unaniem dat deze factor positief samenhangt met het risico op heropname voor moeders, maar voor kinderen is dit niet duidelijk (Oddie, et al., 2005).
- Een **postnatale opvolging** hebben gehad. In tegenstelling tot onze intuïtie dat een “significante” postnatale opvolging heropnames zou voorkomen, is het aantal postnatale contacten positief gecorreleerd met het risico op heropname. Dit is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat wanneer men op een significante manier wordt

opgevolgd in ons land, dit een marker is van gezondheidsproblemen. Dit verschilt van wat men uit de literatuur verwacht, namelijk dat postnatale opvolging als een effectief (en goedkoper) alternatief voor langdurig verblijf wordt beschouwd (Petrou, et al., 2004),

- Het **type bevalling** (vaginale route of keizersnede). Hoewel de literatuur niet duidelijk is over de invloed van deze variabele op heropnames (Martens, et al., 2004), laten onze beschrijvende analyses toch verschillen zien.
- En tot slot **de opnameduur**. In vergelijking met gemiddelde verblijven is het niet duidelijk dat korte verblijven (1 of 2 nachten voor vaginale bevallingen, 1 tot 3 nachten voor keizersneden) positief gecorreleerd zijn met het risico op heropname (vandaar ons aanvullende onderzoek). Anderzijds is het duidelijk dat een lang verblijf (respectievelijk meer dan 5 of 6 nachten voor vaginale bevalling en keizersnede) positief gecorreleerd is met het risico op heropname, waarschijnlijk door de ontdekking van een gezondheidsprobleem. Onze analyses sluiten aan bij de literatuur, die helaas niet unaniem is over het feit dat de (verkorte) opnameduur een effect heeft op het risico op heropname (Harron, et al., 2017).

Voor dit laatste hebben we vastgesteld dat hoewel tussen 2010 en 2014 een korte opnameduur gecorreleerd is met een duidelijk hoger risico op heropname in vergelijking met verblijven van middellange duur, dit verschil in risico op heropname tussen 2015 en 2019 (tussen korte en middellange verblijven) lager is. Aan de andere kant zijn lange verblijven tussen 2015 en 2019 onmiskenbaar gecorreleerd met een hoger risico op heropname, terwijl dit in de voorgaande periode niet of nauwelijks het geval was. Hoewel we de medische redenen hiervoor niet kennen, zijn we van mening dat lange verblijven, als gevolg van de voortdurende verkorting van de opnameduur, de markering zijn geworden van een gezondheidsprobleem dat extra zorg en dus een langere duur vereist in vergelijking met situaties waarin geen gezondheidsprobleem zou zijn ontdekt bij de vrouw of pasgeborenen.

We wilden deze resultaten verfijnen door rekening te houden met de kruiseffecten van deze factoren op het risico op heropname. Met name het hebben van een VT-statuuut is een risicofactor voor heropname. Het aandeel van VT-rechthebbende in de bestudeerde populatie neemt in de loop van de tijd echter toe en VT-rechthebbende verkeren waarschijnlijk in een slechtere gezondheid. Bovendien zien we dat vrouwen met een VT-statuuut meer geneigd zijn om een kort verblijf te hebben in vergelijking met vrouwen zonder VT. Bovendien stijgt ook het aandeel risicovolle zwangerschappen van jaar tot jaar. Dit is ook een risico-

factor voor heropname. Naarmate het kraamverblijf verkort wordt, spelen dus ook andere risicofactoren een rol. Daarom moeten we, om verder te gaan in de analyse, de kruiseffecten van deze factoren bestuderen. Misschien is het niet zozeer het korte verblijf op zich dat van invloed is op heropname als wel andere daarmee samenhangende risicofactoren.

In tegenstelling tot eerdere analyses beschouwen wij ook de situatie van pasgeborenen uit een eerste geboorte. Uit de literatuur blijkt dat deze variabele inderdaad in verband kan worden gebracht met een hoger risico op heropname (Paul & al., 2006).

Daarom is onze onderzoeksvraag in dit artikel: **Welke van de factoren die van invloed kunnen zijn op de heropname van pasgeborenen hebben een significante invloed op dit risico?** De factoren die voor onze studies over heropnames werden geselecteerd, komen uit de literatuur, aangezien wij ze kunnen meten via onze factureringsgegevens voor gezondheidszorg. Factoren die verband houden met medische diagnoses zijn niet beschikbaar in de databanken van de mutualiteiten. Zo is geelzucht een belangrijke oorzaak van heropname van pasgeborenen, maar dit is niet op te sporen in de facturatiegegevens.

Onze eerdere beschrijvende onderzoeken vertoonden de volgende trends in de effecten van de geselecteerde risicofactoren:

- het risico op heropname wordt beïnvloed door de duur van het verblijf. In vergelijking met korte en middellange verblijven zijn lange verblijven positief gecorreleerd met heropname;
- het risico op heropname wordt negatief beïnvloed door de VT-statuut, in die zin dat een VT-pasgeborene een grotere kans heeft op heropname;
- het risico op heropname wordt negatief beïnvloed door het aantal postnatale contacten, in die zin dat hoe hoger het aantal postnatale contacten, hoe groter het risico op heropname;
- het risico op heropname wordt beïnvloed door een risicozwangerschap, in die zin dat pasgeborenen uit een risicozwangerschap vaker opnieuw worden opgenomen.

Onze eerdere beschrijvende studies toonden ook correlaties tussen verschillende risicofactoren, bijvoorbeeld:

- correlatie tussen VT-statuut en postnatale contacten. VT's hebben minder postnatale contacten;
- correlatie tussen VT-statuut en opnameduur. VT's zijn meer geneigd om korte verblijven te hebben.

Daarnaast verwachten we onder andere de volgende correlaties:

- correlatie tussen opnameduur en postnatale opvolging. Er wordt verwacht dat een kortere opnameduur leidt tot meer postnatale opvolging;
- correlatie tussen risicovolle zwangerschap en postnatale opvolging. Er wordt verwacht dat een zwangerschap met een verhoogd risico zal leiden tot meer postnatale opvolging;
- correlatie tussen risicovolle zwangerschap en opnameduur. Verwacht wordt dat een zwangerschap met een verhoogd risico zal leiden tot een langere opname.

Deze correlaties, theoretisch of feitelijk, leiden tot de noodzaak om potentiële interacties tussen de geselecteerde risicofactoren te neutraliseren. Dit doen we door middel van multivariate en *multilevel* logistische regressies, zie methodologie.

2. Methodologie

2.1. Steekproef en variabelen

Zoals hierboven vermeld, baseren we ons op de gegevens van het CM-ziekenfonds die in een vorig artikel (zie hoofdstuk 3 van Vandeleene & Avalosse, 2021c) werden weergegeven, maar verkleinen we onze steekproef om de volgende redenen:

- We richten ons op de periode 2015-2019 om een zekere homogeniteit te hebben in de wetgeving over de opnameduur. De uiteindelijke steekproef die voor deze multivariate analyse is gebruikt, is bijgevolg 179.055 pasgeborenen.
- Gezien het lage percentage vrouwelijke heropnames en de relatieve stabiliteit gedurende het decennium, kiezen we ervoor om ons alleen te richten op de **heropname van pasgeborenen**.
- Net als bij het vorige artikel sluiten we uit wat we 'opnames' noemen. Kort samengevat verwijderden we uit de steekproef alle pasgeborenen die in het ziekenhuis waren opgenomen vóór het ontslag van hun moeder, of op de dag van het ontslag van hun moeder, en alle pasgeborenen van wie de moeder op dezelfde dag van het ontslag naar een andere afdeling van hetzelfde ziekenhuis of van een ander ziekenhuis werd overgebracht. Dit doen we om alleen de opnames te behouden zonder tekenen van gezondheidsproblemen die al aan het einde van het kraamverblijf werden vastgesteld.

Ook de variabelen en hun definities blijven identiek aan eerdere studies, zie hoofdstuk 3 van Vandeleene & Avallosse (2021c):

- Type bevalling: keizersnede of vaginaal.
- Aantal contacten in postnatale opvolging. In de 30 dagen na het einde van het kraamverblijf detecteren we de contacten die vrouwen en pasgeborenen hadden met aanbieders van postnatale zorg (kinderartsen en vroedvrouwen), uitgedrukt in drie variabelen: ‘geen opvolging’, ‘1 tot 2 opvolgingscontacten’, ‘3 of meer opvolgingscontacten’.
- De duur van de postpartumopname, gedefinieerd in drie soorten duur (kort-middellang-lang), afhankelijk van het type bevalling, respectievelijk van 1 tot 2 dagen, 3 tot 4 dagen, 5 dagen en meer voor kort, middellang en lang verblijf voor vaginale bevallingen, en 1 tot 3 dagen, 3 tot 5 dagen en 6 dagen en meer voor korte, middellange en lange opnames voor keizersneden.
- Of de pasgeborene al dan niet opnieuw werd opgenomen (binaire variabele, 0 of 1) binnen 30 dagen vanaf de dag na het daadwerkelijke ontslag uit het ziekenhuis, ongeacht de heropnamedienst.
- Een risicovolle zwangerschap (binaire variabele, 0 of 1).
- De VT-statuut (binaire variabele, 0 of 1).

2.2. Scans op meerdere niveaus

Om risicofactoren voor heropname in kaart te brengen, maken we gebruik van regressieanalyse. Hierdoor kunnen we een genuanceerder beeld krijgen van de impact van een korte opname op de kans op heropname door zowel rekening te houden met verschillen tussen ziekenhuizen als met alternatieve verklaringen voor een verhoogde kans op heropname bij pasgeborenen. Om deze redenen moet ons regressiemodel verschillen in heropname op twee niveaus vastleggen: verschillen tussen ziekenhuizen en verschillen tussen pasgeborenen binnen ziekenhuizen. Om tegelijkertijd een analyse op deze twee niveaus uit te voeren, wordt een *multilevel*-model opgesteld, dat eerst factoren onderzoekt die verschillen tussen pasgeborenen, zoals opnameduur en VT-statuut, maar tegelijkertijd de eigen “kans op heropname” schat voor elk ziekenhuis.

Aangezien de uitkomstvariabele binair is (een pasgeborene wordt heropgenomen of niet heropgenomen), construeren we een *multilevel* logistisch regressiemodel dat de waarschijnlijkheid van heropname probeert te verklaren op basis van de hierboven besproken onafhankelijke variabelen. De gegevensverzameling die we in beschouwing nemen is exact dezelfde als die eerder besproken.

De *multilevel* logistische regressiemodellen zijn als volgt opgebouwd: eerst werd een basismodel opgesteld om de relatie tussen opnameduur en kans op heropname te onderzoeken zonder rekening te houden met andere variabelen. In de volgende stap worden de controlevariabelen “aantal postnatale contacten”, “keizersnede”, “VT-statuut” en “risicozwangerschap” toegevoegd om de impact van een korte opname te beoordelen voor pasgeborenen die vergelijkbare scores hebben op deze controlevariabelen. Zo kunnen we beoordelen of er nadelige effecten zijn van een korte opname die niet te wijten zijn aan postnataal contact, keizersnede, VT-statuut of risicozwangerschap. Als sommige van deze controlevariabelen niet significant blijken samen te hangen met het risico op heropname, worden ze uit volgende modellen verwijderd.

Met behoud van de variabelen onderzoeken we vervolgens of de effecten van een korte opname voor alle pasgeborenen hetzelfde zijn, of dat ze kunnen verschillen naargelang de VT-statuut of het aantal postnatale contacten. Een model dat een associatie met de afhankelijke variabele laat verschillen naargelang de waarde van een andere variabele (bijvoorbeeld VT-statuut of geen VT-statuut) bevat een interactie-effect. We zullen daarom kijken naar de interactie-effecten tussen opnameduur en VT-statuut, en tussen opnameduur en aantal postnatale contacten. Omdat de interactie-effecten een model verzwaren, zullen de twee interacties in afzonderlijke modellen worden beschouwd.

3. Resultaten

3.1. Heropname van pasgeborenen volgens verschillende factoren

Zoals weergegeven in eerdere artikelen, nam het aantal heropnames van pasgeborenen toe tussen de periodes ‘voor’ (2010-2014) en ‘na’ (2015-2019) de invoering van de verkorting van het kraamverblijf. We gaan van 4,8% naar 5,9% van de pasgeborenen in het ziekenhuis die binnen 30 dagen na hun ontslag opnieuw werden opgenomen. Hoewel de stijging niet dramatisch is, is zij niettemin verontrustend, vooral wanneer op een meer gedetailleerde, zuiver beschrijvende wijze wordt gekeken naar de cijfers voor heropnames volgens bepaalde variabelen.

Als we de opnameduur beschouwen, is het duidelijk dat in onze steekproef voor 2015-2019, pasgeborenen die **een**

korte of lange opname hadden meer kans hebben op heropname dan middellange opnames (respectievelijk 6,39%, 7,42% en 5,72%) (zie Tabel 1). De waargenomen verschillen zijn significant, d.w.z. ze zijn niet gerelateerd aan steekproefvariabiliteit : de verschillen zouden ook worden waargenomen in de populatie, zoals aangegeven door de Chi-kwadraattoets. Natuurlijk zijn de cohorten heel verschillend, want hoewel korte opnames 'normaal' worden, blijven ze voorlopig marginaal in vergelijking met bijvoorbeeld middellange opnames (31.638 tegen 142.162).

Als we kijken naar heropnames volgens VT-statuut, zien we dat VT-pasgeborenen een significant hoger percentage heropnames hebben (ongeveer 30%), gaande van 5,7% naar 7,7% (zie Tabel 2). Het aantal VT-pasgeborenen is

laag, maar ze vertegenwoordigen nog steeds 11% van de cohorte van pasgeborenen geboren tussen 2015 en 2019, wat verre van te verwaarlozen is.

Zoals we in een vorig artikel al aanhaalden (Vandeleene & Avalosse, 2021b), als sommigen vrezen voor een toename van het aantal heropnames als gevolg van de trend naar een korter kraamverblijf, is het *a priori* des te zorgwekkender dat VT-vrouwen de neiging hebben om korte opnames te hebben in vergelijking met niet-VT-vrouwen. Dit is zeer duidelijk over de periode 2015-2019: 31% van de VT-pasgeborenen had een korte ziekenhuisopname na hun geboorte, vergeleken met 16% van de niet-VT-pasgeborenen (zie Tabel 3).

Tabel 1: Heropname van pasgeborenen in functie van de duur van het kraamverblijf, 2015-2019 (Bron: CM-gegevens)

Duur van het kraamverblijf	Bevallingen zonder heropname	Heropnames	Totaal aantal bevallingen
Kort	29.617 (93,61%)	2.021 (6,39%)	31.638 (100%)
Middellang	134.030 (94,28%)	8.132 (5,72%)	142.162 (100%)
Lang	4.865 (92,58%)	390 (7,42%)	5.255 (100%)
Totaal	168.512 (94,11%)	10.543 (5,89%)	179.055 (100%)

Tabel 2: Heropname pasgeborenen op basis van VT-statuut, 2015-2019 (Bron: CM-gegevens)

VT-statuut	Bevallingen zonder heropname	Heropnames	Totaal aantal bevallingen
Zonder	149.776 (94,35%)	8.971 (5,65%)	158.747 (100%)
Met	18.736 (92,26%)	1.572 (7,74%)	20.308 (100%)
Totaal	168.512 (94,11%)	10.543 (5,89%)	179.055 (100%)

Tabel 3: Duur kraamverblijf en VT-statuut, 2015-2019 (Bron: CM-gegevens)

VT-statuut	Duur van het kraamverblijf			Totaal aantal bevallingen
	Kort	Middellang	Lang	
Zonder	25.416 (16,01%)	128.799 (81,13%)	4.532 (2,85%)	158.747 (100%)
Met	6.222 (30,64%)	13.363 (65,80%)	723 (3,56%)	20.308 (100%)
Totaal	31.638 (17,67%)	142.162 (79,40%)	5.255 (2,93%)	179.055 (100%)

3.2. Interacties tussen verschillende factoren

3.2.1. Modellen

We stellen drie modellen op:

- Model 1: kans op heropname van de pasgeborene door regressie op opnameduur, postnatale opvolging, VT-statuut en risicovolle zwangerschap;
- Model 2: kans op heropname van de pasgeborene door regressie op opnameduur, postnatale opvolging VT-statuut, risicovolle zwangerschap en de interactie tussen opnameduur en VT-statuut;
- Model 3: regressie van de kans op heropname van de pasgeborene op de opnameduur, postnatale opvolging, VT-statuut, risicovolle zwangerschap, een dummyvariabele die aangeeft of het de eerste bevalling van de moeder is en de interactie tussen opnameduur en eerste bevalling.

In dit type model is er altijd een referentiepunt voor elke variabele, een soort basis voor elke variabele (zie vermelding 'ref.' in de tabellen). Voor opnameduur is dit de gemiddelde opname; voor postnatale opvolging is het geen opvolging; voor type bevalling, vaginale bevalling; voor de VT-statuut is dit de afwezigheid van deze status; voor een risicovolle zwangerschap is het de afwezigheid van een risicovolle zwangerschap. Als we het hebben over een hoger risico op heropname voor een groep pasgeborenen, is dat altijd in verhouding tot het referentiepunt.

In model 1 (zie Tabel 4) stelden we vast dat, net als in de bivariate analyses, de kans op heropname significant hoger was na een korte opname in vergelijking met een middellange opname wanneer we geen rekening hielden met de andere variabelen (odds ratio¹= 1,12; $p < 0,0001$). Wanneer we echter het aantal postnatale contacten, keizersnede, VT-statuut en risicovolle zwangerschap constant houden, vinden we geen significant verschil meer tussen een korte opname en een middellange opname (odds ratio= 1,01; $p = 0,653$). Deze eliminatie van het significante verschil impliceert dat het verschil tussen een korte en een middellange opname waarschijnlijker te wijten is aan andere verklaringen. We weten bijvoorbeeld dat pasgeborenen uit gezinnen met een VT-statuut meer kans hebben op een kort kraamverblijf, en in dit model hebben pasgeborenen uit VT-gezinnen een significant grotere kans op heropname (odds ratio= 1,49; $p < 0,0001$).

We constateren ook dat de kans op heropname groter is bij 1 tot 2 postnatale contacten (odds ratio= 2,66; $p < 0,0001$) en meer dan 2 postnatale contacten (odds ratio= 4,12, $p < 0,0001$), en dat de kans op heropname ook hoger is na risicovolle zwangerschappen (odds ratio= 1,13; $p < 0,0001$) en langdurige opnames (odds ratio= 1,29; $p < 0,0001$). Omdat een keizersnede helemaal niet geassocieerd lijkt te zijn met de kans op heropname van de pasgeborene (odds ratio= 1,00; $p = 0,940$), wordt deze variabele niet meer meegenomen in volgende modellen.

Tabel 4: Resultaten model 1 (vanaf 2015) (Bron: CM-gegevens)

Effect	Aangepaste odds-ratio	P-waarde	95% betrouwbaarheidsinterval
Opnameduur (ref. middellang)			
Kort	1,01	0,653	[0,960 ; 1,067]
Lang	1,29	<0,0001	[1,163 ; 1,441]
Postnatale opvolging (ref. geen contacten)			
1-2 contacten	2,66	<0,0001	[2,373 ; 2,984]
3 contacten en meer	4,12	<0,0001	[3,695 ; 4,593]
Keizersnede (ref. geen): ja	1,00	0,940	[0,954 ; 1,053]
VT-statuut (ref. nee): ja	1,49	<0,0001	[1,400 ; 1,576]
Risicovolle zwangerschap (ref. nee): ja	1,13	<0,0001	[1,080 ; 1,187]

1 De odds zijn een kansverhouding, d.w.z. de kans dat een pasgeborene opnieuw wordt opgenomen gedeeld door de kans dat deze pasgeborene niet opnieuw wordt opgenomen. Een odds van 2 betekent dat de pasgeborene 2 keer meer kans heeft om opnieuw opgenomen te worden dan niet opnieuw opgenomen, wat overeenkomt met een kans van 67% op heropname. De odds-ratio is de verhouding van de odds van twee groepen. Een odds-ratio groter dan 1 betekent dus dat de kansen op heropname in de betreffende groep groter zijn, evenals de probabiliteit.

In model 2 (zie Tabel 5) vinden we, na controle voor het interactie-effect opnameduur en VT-statuut, een marginaal significant (maar zeer klein) verschil tussen patiënten zonder VT-statuut (odds ratio= 1,05; p = 0,076), het risico op heropname is iets hoger bij niet-VT-patiënten tijdens een korte opname (wederom vergeleken met het referentiepunt, de middellange opname). Uit het significante interactie-effect kunnen we afleiden dat dit verschil tussen kort en middellang er anders uitziet bij patiënten met VT-statuut (odds ratio = 0,82; p = 0,003). Wanneer we dit interactie-effect combineren met het hoofdeffect van een korte opname, komen we uit op een odds ratio van $1,05 \times 0,82 = 0,86$ voor pasgeborenen uit VT-gezinnen, wat suggereert dat pasgeborenen met een VT-statuut een lagere kans op heropname zouden hebben na een korte opname dan na een middellange opname, terwijl dit verschil voor pasgeborenen uit andere gezinnen (lichtjes) omgekeerd zou werken, wat verrassend is. De relaties met een langdurige opname, postnatale opvolging, VT-statuut en risicovolle zwangerschappen zijn analoog aan het vorige model.

Aangezien odds-ratio's erg abstract zijn, vatten we de interactie tussen opnameduur en VT-statuut opnieuw samen in figuur 1 op basis van de kansen geschat op basis van het model met 95% betrouwbaarheidsintervallen. In deze figuur zien we dat de kans op heropname groter is voor

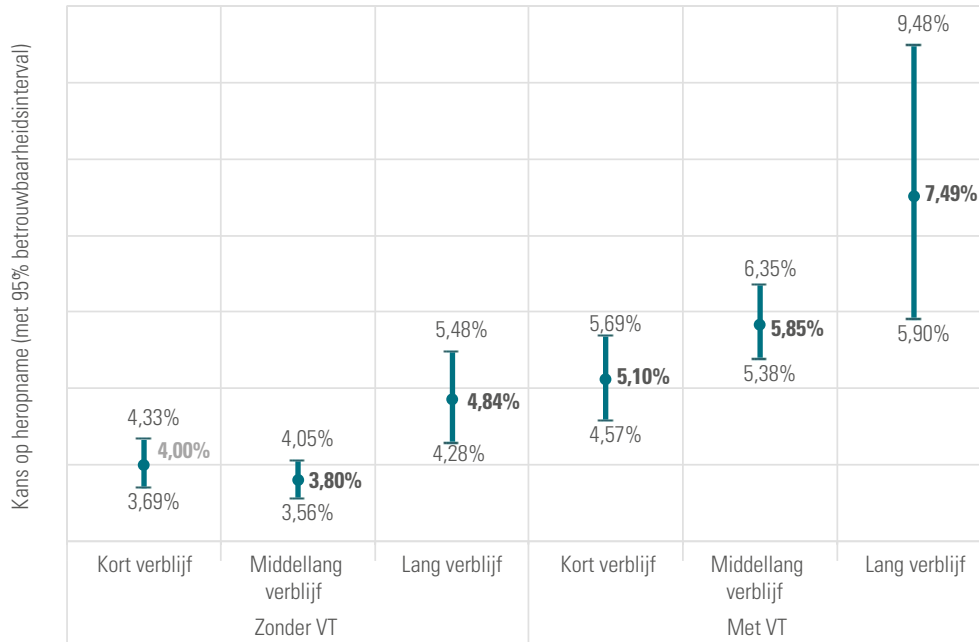
pasgeborenen uit VT-gezinnen, ongeacht de opnameduur. Na een opname van middellange duur zou een pasgeborene met VT-statuut 5,85% kans hebben om opnieuw opgenomen te worden, terwijl dit voor een pasgeborene zonder VT-statuut slechts 3,80% is. Wel moet worden opgemerkt dat na een korte opname de kans op een niet-VT-pasgeborene lichtjes toeneemt tot 4% terwijl de kans op een VT-pasgeborene afneemt tot 5,10%.

Een korte opname lijkt dus negatief geassocieerd te zijn met pasgeborenen uit niet-VT-gezinnen en licht positief geassocieerd te zijn met pasgeborenen uit VT-gezinnen. Toch zijn deze resultaten niet bijzonder overtuigend of spectaculair: voor pasgeborenen met en zonder VT-statuut overlappen de betrouwbaarheidsintervallen voor de kans op heropname na korte en middellange opname, dus we mogen niet echt concluderen dat er een verschil is tussen deze duurtijden van opname. Bovendien heeft het significante interactie-effect niet noodzakelijkerwijs veel betekenis: in een steekproef van meer dan 170.000 pasgeborenen zullen de regressiecoëfficiënten zeer snel significant zijn, zelfs als ze er niet echt toe doen. Aangezien de procentuele verschillen miniem zijn en de belangrijkste verschillen te wijten zijn aan de VT-statuut zelf, kunnen we uit dit model concluderen dat sociale ongelijkheid opnieuw de verklarende variable is.

Tabel 5: Resultaten model 2 (vanaf 2015) (Bron: CM-gegevens)

Effect	Aangepaste odds-ratio	P-waarde	95% betrouwbaarheidsinterval
Opnameduur (ref. middellang)			
Kort	1,05	0,076	[0,995 ; 1,118]
Lang	1,29	<0,0001	[1,145 ; 1,449]
Postnatale opvolging (ref. geen contacten)			
1-2 contacten	2,67	<0,0001	[2,380 ; 2,994]
3 contacten en meer	4,14	<0,0001	[3,709 ; 4,611]
VT-statuut (ref. nee): ja	1,57	<0,0001	[1,465 ; 1,687]
Risicovolle zwangerschap (ref. nee): ja	1,13	<0,0001	[1,080 ; 1,187]
Interactie opnameduur*VT-statuut (ref. middellang*VT)			
Kort*VT-statuut	0,82	0,003	[0,722 ; 0,933]
Lang*VT-statuut	1,01	0,932	[0,763 ; 1,343]

Figuur 1: Kans op heropname van pasgeborenen - interactie tussen opnameduur en VT-statuut, 2015-2019, aangepast voor andere variabelen



Ten slotte hebben we ook onderzocht of postnatale contacten een buffer vormen tegen de mogelijk negatieve effecten van een korte opname. Voor zover er aanvankelijk geen echte negatieve effecten konden worden vastgesteld na een korte opname na 2015 en aangezien de meerderheid van de gezinnen in deze periode opteerde voor postnatale opvolging, bood dit model geen overtuigende meerwaarde ten opzichte van de reeds overwogen modellen. In figuur 2 zien we alleen dat voor één tot twee postnatale contacten de kans op heropname na een korte opname beduidend lager is dan na een middellange opname (omdat de intervallen elkaar niet overlappen), maar zowel voor geen als voor drie of meer contacten, is deze kans niet significant hoger na een korte opname. In ieder geval mag niet worden geconcludeerd dat postnatale opvolging een coherente buffer zou vormen tegen de gevolgen van een korte opname.

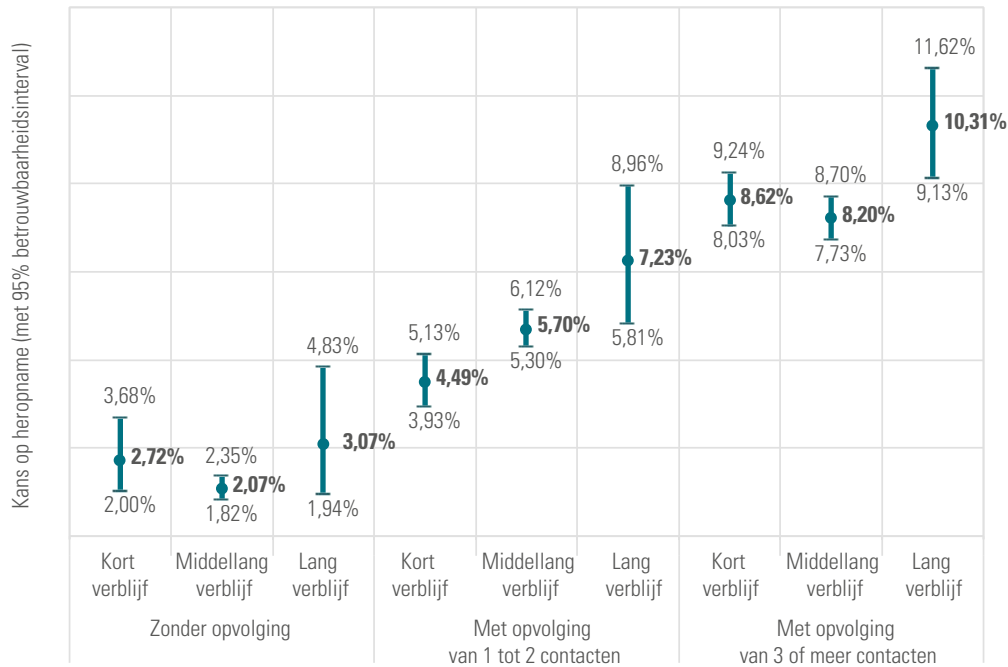
3.2.2. Constant effect

In model 1 en 2 wordt het zeer significante verschil tussen pasgeborenen met en zonder VT-statuut consequent

weerspiegeld. Ongeacht de beschouwde interacties lijken pasgeborenen uit VT-gezinnen een gezondheidsnadeel te hebben. We zagen duidelijk dat een korte opname na 2015 iets gunstiger leek voor VT-pasgeborenen dan een middellange opname, ook al was dit resultaat niet bepaald overtuigend.

In bivariate analyses, zoals het geval is voor lange opnames of intensieve postnatale opvolging, die waarschijnlijk tekenend zijn voor een gezondheidsprobleem, constateerden we dat pasgeborenen uit VT-gezinnen vaker een korte opname op de kraamafdeling hadden. Een afwijking uit dit patroon zou mogelijk kunnen wijzen op een onderliggende comorbiditeit waardoor latere heropname noodzakelijk is. Als dat zo is, zouden we inderdaad kunnen stellen dat een korte opname de kans op heropname bij pasgeborenen uit een VT-gezin lijkt te verkleinen, aangezien het een geruststellend teken kan zijn dat de pasgeborene geen reden heeft om langer te blijven en daarom niet opnieuw hoeft te worden opgenomen om gezondheidsredenen. We ontdekten nog een consistent verschil tussen zwangerschappen

Figuur 2: Kans op heropname van pasgeborenen - interactie tussen opnameduur en postnatale opvolging, 2015-2019, aangepast voor andere variabelen



die al dan niet als risicovol werden beoordeeld. Voor risicovolle zwangerschappen bleek de kans op heropname in elk model iets groter, hoewel dit verschil in elk model kleiner was dan voor de VT-statuuat.

3.2.3. Verschil tussen ziekenhuizen

Belangrijk om hier te vermelden zijn de minimale onverklaarde verschillen tussen ziekenhuizen in de kans op heropname. Want in hoeverre kan het aantal heropnames worden toegeschreven aan verschillen tussen ziekenhuizen? In onze modellen hebben we de informatie over het betrokken ziekenhuis en we hebben voldoende bewijs dat enige onverklaarde variabiliteit in de kans op heropname kan worden toegeschreven aan verschillen tussen ziekenhuizen.

Met behulp van de methoden beschreven door Goldstein, Browne & Rasbash (2002) kunnen we bij benadering het aandeel van alle onverklaarde variabiliteit reconstrueren dat zou kunnen worden toegeschreven aan verschillen

tussen ziekenhuizen. Uit hun methoden kozen we er één die de waarschijnlijkheid van heropname van pasgeborenen gebruikt om de intraklasse correlatiecoëfficiënt te berekenen, die het aandeel onverklaarde variabiliteit in heropnames weergeeft dat toe te schrijven is aan verschillen tussen ziekenhuizen. Deze intraklasse correlatiecoëfficiënt suggereert dat slechts 0,33% van alle onverklaarde variabiliteit in heropnames kan worden toegeschreven aan verschillen tussen ziekenhuizen. Het lijkt dus misplaatst om specifieke ziekenhuizen de schuld te geven van hun heropnamepercentages.

Dit is een belangrijk resultaat dat het mogelijk zal maken om, indien nodig, politieke actie meer te richten op de ondersteuning van gezinnen in plaats van op de zorg die door ziekenhuizen wordt verleend, aangezien alle andere factoren gelijk blijven (sociaal-economische status, gezondheidsrisico of duur van de opname en de rest van de gebruikte variabelen), kan weinig (of niets) van wat ons model niet verklaart, worden verklaard door de vinger te wijzen naar het ziekenhuis waar de bevalling plaatsvond.

3.2.4. Overige resultaten

Als onderdeel van een aanvullende analyse hebben we in model 3 een aanvullende variabele in beschouwing genomen die aangeeft of de pasgeborene al dan niet het eerste kind van de moeder was. Omdat niet van alle patiënten informatie over eventuele eerdere geboorten beschikbaar is (bijvoorbeeld omdat de patiënten van ziekenfonds zijn veranderd), hebben we slechts 105.245 van de 179.055 pasgeborenen vanaf 2015 behouden (59%). Aangezien een persoon op elk gewenst moment van ziekenfonds kan veranderen, is het niet altijd mogelijk om rekening te houden met deze variabele, aangezien we mogelijk niet de volledige geschiedenis hebben van vrouwelijke CM-leden die zijn bevallen. Onze steekproef voor dit deel is dan ook aanzienlijk verkleind.

We moeten er dus rekening mee houden dat de analyse niet alleen minder betrouwbaar zal zijn, maar ook dat de pasgeborenen waarvoor een waarde beschikbaar is voor de eerste geboorte van de moeder, mogelijk niet representatief zijn voor alle pasgeborenen geboren vanaf 2015. Wanneer we de dummyvariabele voor de eerste geboorte van de moeder en de interactie met de opnameduur optellen bij het basismodel, zien we gelijkaardige verschillen volgens postnatale contacten, VT-statuut en risicovolle zwangerschap (zie Tabel 6).

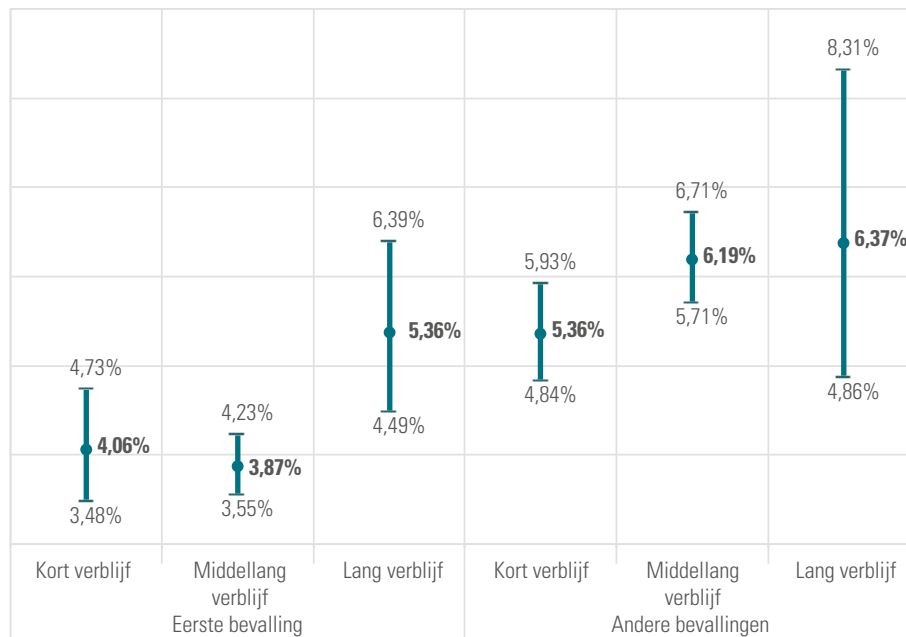
Als het de eerste bevalling van de moeder is, is de kans op heropname van de pasgeborene kleiner (odds ratio= 0,61; $p < 0,0001$). Het risico op heropname is lager bij een korte opname dan bij een middellange opname als de moeder al eerder is bevallen (odds ratio = 0,86; $p = 0,0001$), maar de korte opname wordt iets ongunstiger als het de eerste bevalling is (odds ratio interactie= 1,23; $p = 0,018$; odds ratio korte opname bij eerste bevalling= $0,86 \times 1,23 = 1,06$). Interessant is dat een lange opname niet significant is als hoofdeffect (odds ratio= 1,03; $p = 0,828$) en ook niet wanneer rekening wordt gehouden met de interactie met de eerste bevalling (odds ratio= 1,36; $p=0,066$). In dit model, met de variabele "eerste bevalling", is er dus geen significant verschil tussen de lange en middellange opname, om redenen die in de praktijk zouden moeten worden onderzocht.

Uit de voorspelde kansen, weergegeven in figuur 3, blijkt dat hoewel de kansen op heropname tijdens een korte en middellange opname significant lager liggen voor pasgeborenen van wie de moeder voor de eerste keer is bevallen, de betrouwbaarheidsintervallen voor korte en middellange opname elkaar overlappen. Dus nogmaals, we kunnen geen conclusie trekken over de impact van een korte opname op heropnames, of het nu gaat om de eerste bevalling of om volgende bevallingen.

Tabel 6: Resultaten model 3 (na 2015) (Bron: CM-gegevens)

Effect	Aangepaste odds-ratio	P-waarde	95% betrouwbaarheidsinterval
Opnameduur (ref. middellang)			
Kort	0,86	0,001	[0,786 ; 0,935]
Lang	1,03	0,828	[0,779 ; 1,365]
Postnatale opvolging (ref. geen contacten)			
1-2 contacten	2,49	<0,0001	[2,135 ; 2,910]
3 contacten en meer	4,18	<0,0001	[3,609 ; 4,849]
VT-statuut (ref. geen): ja	1,75	<0,0001	[1,596 ; 1,929]
Risicovolle zwangerschap (ref. geen): ja	1,11	0,002	[1,038 ; 1,178]
Eerste bevalling (ref. nee): ja	0,61	<0,0001	[0,576 ; 0,648]
Interactie opname*eerste bevalling:			
Kort*eerste bevalling	1,23	0,018	[1,035 ; 1,450]
Lang* eerste bevalling	1,36	0,066	[0,980 ; 1,894]

Figuur 3: Kans op heropname van pasgeborenen - interactie opnameduur en eerste bevalling, 2015-2019, aangepast voor de andere variabelen



4. Bespreking

4.1. De impact van de opnameduur

Na de invoering van de maatregel van kortere opnames op kraamafdelingen vonden wij slechts niet-systematisch bewijs voor zowel het hypothetische negatieve effect van een korte opname op het risico van heropname als het bufferende effect van postnatale opvolging. Dit zou ook geen verrassing moeten zijn: bivariate analyses tonen aan dat na 2015 postnatale opvolging veel meer de norm werd en slechts zelden achterwege werd gelaten, vermoedelijk ook als alles perfect leek te gaan met de pasgeborene, vandaar het veel lagere risico op heropname.

Op basis van onze analyses zouden we dus kunnen stellen dat het probleem dat voor 2015 zichtbaar was, na de maatregel deels is opgelost. Voldoende postnatale opvolging zou een voldoende lange opname op de kraamafdeling kunnen compenseren, die dus na de maatregel werd inge-

voerd. De kortere opnames sinds 2015 lijken dus niet noodzakelijkerwijs nadelig te zijn voor de kans op heropname van de pasgeborene, hoewel het belangrijk is om iedereen dezelfde toegang te geven tot postnatale opvolging, ongeacht hun sociaal-economisch profiel. Een goede opvolging van de pasgeborene tijdens de eerste weken lijkt sowieso essentieel, ook al lijkt de manier waarop dat moet gebeuren flexibel.

Als de korte opname niet noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een verhoogd risico op heropname, is het zeker dat andere aspecten kunnen worden beïnvloed door de verkorting van het kraamverblijf. Deze aspecten kwamen niet aan de orde in deze studie, die gericht was op het risico op heropname, maar we kunnen er redelijkerwijs van uitgaan dat een vroedvrouw essentieel is voor een goede start, en zo optimale ondersteuning kan bieden bij bijvoorbeeld de (borst)voeding en dit zeker bij een langer kraamverblijf. Andere aspecten zoals het algemeen welzijn van de ouders, hun stress of het goede herstel van de vrouw die de huishoudelijke taken thuis sneller zou overnemen ten

nadele van voldoende rust, moeten in overweging worden genomen bij de beslissing om een patiënt al dan niet naar huis te sturen. Opgemerkt moet worden dat in een rapport over de proefprojecten voor verkorte opname op de kraamafdeling in België de deelnemende vrouwen aangeven dat 90% van hen tevreden is met de zorgverlening. Het rapport concludeert dat er geen aanwijzingen zijn dat de verkorte opname een negatieve invloed zou hebben op de gezondheid van het kind of de vrouw (FOD Volksgezondheid, 2019). We mogen echter de 10% niet vergeten voor wie dit soort opname niet bevredigend was. Dit is naar alle waarschijnlijkheid de groep vrouwen die het meeste baat hebben bij een langer verblijf.

Ten slotte is het, gezien de cruciale rol van postnatale opvolging van pasgeborenen, belangrijk om de nodige capaciteiten voor deze opvolging te voorzien, om ze aantrekkelijk te maken voor zorgverleners en toegankelijk te maken voor patiënten (ook financieel).

4.2. De impact van heersende sociale ongelijkheden (VT versus niet-VT)

In onze modellen zagen we dat de correlatie tussen een korte opname en heropname lichtjes verschilde voor pasgeborenen uit VT-gezinnen, en dat korte opnames zelfs enigszins leken samen te hangen met een lagere kans op heropname dan een middellange opname voor VT-pasgeborenen (de daarmee samenhangende verschillen tussen de groepen zijn echter klein en niet significant). Hoewel we geen harde conclusies kunnen trekken, vonden we in de bivariate analyses ook dat korte opnames vaker voorkwam bij pasgeborenen uit VT-gezinnen. Een korte opname lijkt dus meer de "norm" te zijn voor VT-pasgeborenen, en een middellange opname zou er dus eerder op wijzen dat er misschien iets aan de hand is. Het lijkt echter essentieel om het beginsel van het proportioneel universalisme te volgen en ervoor te zorgen dat de meest kwetsbare groepen toegang hebben tot alle noodzakelijke zorg binnen en buiten het ziekenhuis om hun verhoogde risico op heropname zo goed mogelijk te bestrijden.

Over het algemeen moeten we streven naar een situatie waarin iedereen een minimum aantal postnatale contacten heeft (met de meest geschikte zorgverlener, afhankelijk van de behoeften, gynaecoloog, vroedvrouw, kinderarts, fysiotherapeut, huisarts of anderen), ongeacht de duur van het kraamverblijf. Vandaar het belang van een gecoördineerd en systematisch opvolgingstraject. Hiervoor zal nagedacht moeten worden over de problematiek van de

toegankelijkheid van zorg in de brede zin: gevoeligheid (weten dat men ziek is of tekenen van verslechtering van de eigen gezondheid of die van het kind opmerken zonder de hulp van een deskundige), beschikbaarheid van aanbod (beschikken over een zorgverlener die naar de woning van de patiënt kan reizen, tijd hebben om deel te nemen aan consulten) informatie, begrip, indien nodig gebruik van talen en niet te vergeten het probleem van de betaalbaarheid van sommige niet-geconventioneerde aanbieders, met name in de gynaecologie, waar meer dan 70% van de poliklinische activiteiten door niet-geconventioneerde aanbieders wordt uitgevoerd (Cès 2021 ; De Wolf et al., 2020).

Het lijkt vanzelfsprekend dat VT-vrouwen moeten worden ondersteund in hun perinatale periode, maar dit is niet zonder uitdagingen en zal veel inspanningen vergen van overheden en zorgverleners. Dit is de reden waarom we hame ren op het belang van een standaard zorgtraject, mogelijk gecoördineerd en rond de verloskunde, met aanpassing aan risico's en behoeften (Vandeleene & Avalosse, 2021a). Het lijkt ons ook interessant dat er bij prenatale zorg aandacht is voor postnatale zorg, en dat het dezelfde persoon/team is (als dat al niet het geval is) die de vrouw voor en na de bevalling opvolgt.

We benadrukken nogmaals dat de VT-status een significante en belangrijke factor is als alle andere zaken gelijk blijven, inclusief het hebben van een risicovolle zwangerschap. Dit betekent dat zelfs zonder gezondheidsproblemen (d.w.z. zonder een risicovolle zwangerschap in ons model) VT-begunstigden een grotere kans hebben op een heropname. Daardoor is dit statuut op zichzelf een marker van een nadeel, zelfs zonder indicatie van één of andere pathologie, wat zowel zeer sterk als zeer zorgwekkend is als vaststelling.

4.3. De impact van andere variabelen en preventie in het algemeen

We hebben, terecht gezien de omvang van de effecten die in dit artikel worden gepresenteerd, de nadruk gelegd op het VT-statuu t en de noodzaak om dit statuut op te nemen in het arsenaal aan variabelen waarmee rekening moet worden gehouden bij de beslissing om de pasgeborene al dan niet naar huis te laten gaan. Om mogelijke heropnames te voorkomen, moet er veel worden gedaan om gezinnen te identificeren die risico lopen op gezondheidsproblemen of andere problemen, of ze nu VT rechthebbende zijn of niet. Andere variabelen hebben immers positieve en significante effecten op het risico van heropname. Het feit

dat de vrouw een risicovolle zwangerschap heeft gehad, heeft een positief effect op het risico op heropname van de pasgeborene.

Op het vlak van sociaal risico hebben we gezien dat het feit dat de vrouw al eerder een kind heeft gekregen, een factor is die het risico op heropname van de pasgeborene verhoogt (in vergelijking met de eerste bevalling). Dit betekent dat een vrouw wiens terugkeer naar huis haar herstel (en dat van haar kind) zou schaden, niet te snel mag worden ontslagen, zeker niet als er al andere kinderen in het huishouden zijn. Kortom, we raden ziekenhuizen aan om niet te rigide te werk te gaan en geen vrouw te ontslaan die om welke reden dan ook de behoefte aan een langere opname kenbaar maakt (of die dit nodig heeft zonder het specifiek te uiten). Wat de postnatale opvolging betreft, gezien de positieve impact ervan op de ontdekking van gezondheidsproblemen die soms tot heropname leiden, blijft onze boodschap dezelfde, namelijk dat het gegeneraliseerd en gestandaardiseerd moet zijn (Vandeleene & Avalosse, 2021a).

5. Beperkingen van de methodologie

Ten eerste heeft de CM een ledenpopulatie die ongelijk verdeeld is over het land, aangezien bijna 80% van haar leden in Vlaanderen wonen, hetgeen de resultaten kan beïnvloeden.

Ten tweede zijn onze analyses gebaseerd op administratieve gegevens, gerelateerd aan facturatie van gezondheidszorg, in plaats van klinische of diagnostische gegevens. Daarom blijven deze beschrijvend en kunnen er geen causale verbanden mee worden vastgesteld. Met de mutualistische databanken is het immers niet mogelijk een idee te krijgen van de gezondheidstoestand van de vrouwen en hun kinderen en dus ook niet van de oorzaak van een heropname. Daarom beperken we onze analyses tot de studie van factoren die verband houden met heropnames en tot de evaluatie van hun impact.

Ten derde hebben we de analyse beperkt tot de invloed van de variabelen waarover we beschikken op het risico op heropname. Het is duidelijk dat er in toekomstige studies rekening kan worden gehouden met andere variabelen om te kijken naar de potentieel negatieve effecten die korte opnames hebben op bijvoorbeeld het welzijn van

bepaalde ouders, het herstel van bepaalde vrouwen, het percentage dat borstvoeding geeft, enzovoort.

Zoals we zagen bij de schijnbaar versterkte effecten van meer postnatale opvolging en langere opnames, zouden we toegang moeten hebben tot diagnostische gegevens om rekening te houden met de comorbiditeiten die waarschijnlijk aan de basis liggen van de behoefte aan meer opvolging, langere opnames en een verhoogd risico op heropname. De causale realiteit achter ziekenhuisopname is immers complexer dan de gegevens waartoe we toegang hebben. De analyses die in dit artikel worden besproken, blijven dus slechts benaderingen van de werkelijke onderliggende mechanismen.

6. Besluit

Op basis van onze analyses kunnen we niet *a priori* concluderen dat de vermindering van de duur van het kraamverblijf samenhangt met een vermindering van de kwaliteit van de zorg. Als we het debat beperken tot een korte opname (één of twee nachten in het ziekenhuis), vinden we geen significant verband met een verhoogd risico op heropname van pasgeborenen, bij gelijkblijvende omstandigheden. Minder tijd op de kraamafdeling heeft echter niet voor iedereen hetzelfde effect. Sociale ongelijkheden zijn een bepalende factor. Uit onze analyses blijkt dat mensen in een minder gunstige financiële situatie de gezondheid van hun kinderen sneller zien verslechteren nadat ze de kraamafdeling hebben verlaten en opnieuw moeten worden opgenomen in het ziekenhuis. VT-statut wordt geassocieerd met een grotere kans op heropname, bij gelijkblijvende omstandigheden, ook rekening houdend met gezondheidsrisico's. Zoals opgemerkt in onze vorige artikelen (Vandeleene & Avalosse, 2021a, 2021b, 2021c), lijkt de gezondheid van pasgeborenen te worden beïnvloed door het sociaaleconomische niveau van hun ouders. Ongelijkheden op gezondheidsgebied treden daarom al heel vroeg op.

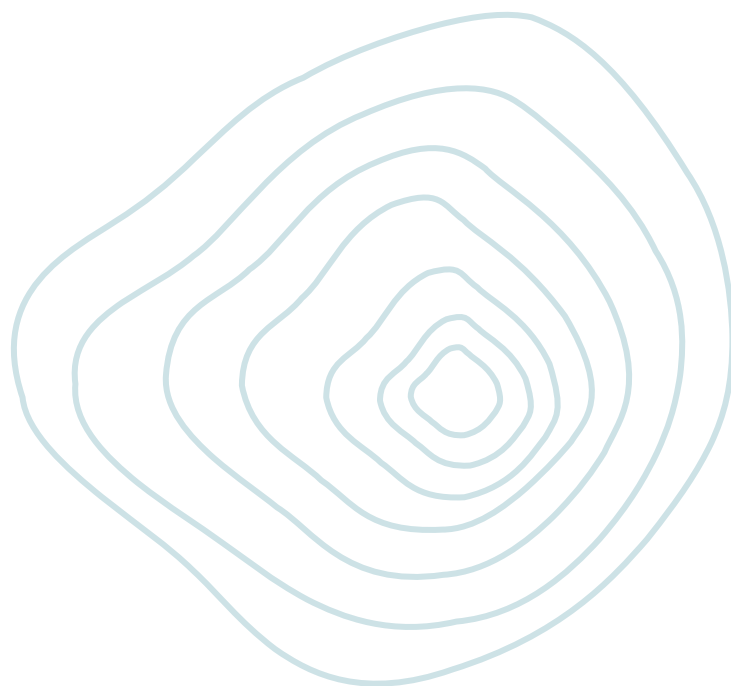
Gezien de resultaten van de vorige artikelen en die welke in dit artikel worden gepresenteerd, lijkt het belangrijk nogmaals te wijzen op onze wens om meer aandacht te besteden aan de sociale situatie van gezinnen, in de breedste zin van het woord. Pre- en postnatale zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn. Over het algemeen moet er aandacht worden besteed aan de sociale situatie van de familie, hun omgeving, hun kennis van de gezondheidszorg

en hun begrip voor het advies van het medische team. Ook is het nodig te informeren naar hun bereikbaarheid of bereikbaarheid van de zorgdiensten.

Een interessante les uit onze analyse is dat slechts weinig van de verschillen in heropnameniveaus tussen ziekenhuizen enkel aan het ziekenhuis zelf kunnen worden toegeschreven. Met andere woorden, het lijkt erop dat de ziekenhuizen niet de bron zijn van de mogelijke verschillende niveaus van heropname. Waarom dan geen kwaliteitsindicator voor heropnames na een kraamverblijf, zoals wellicht het geval is voor ongeplande heropnames in het algemeen? Dit zou ziekenhuizen er onder andere misschien toe kunnen aanzetten om deze laatste vrouwen zonder volledige opvolging systematischer uit te nodigen om er één te hebben.

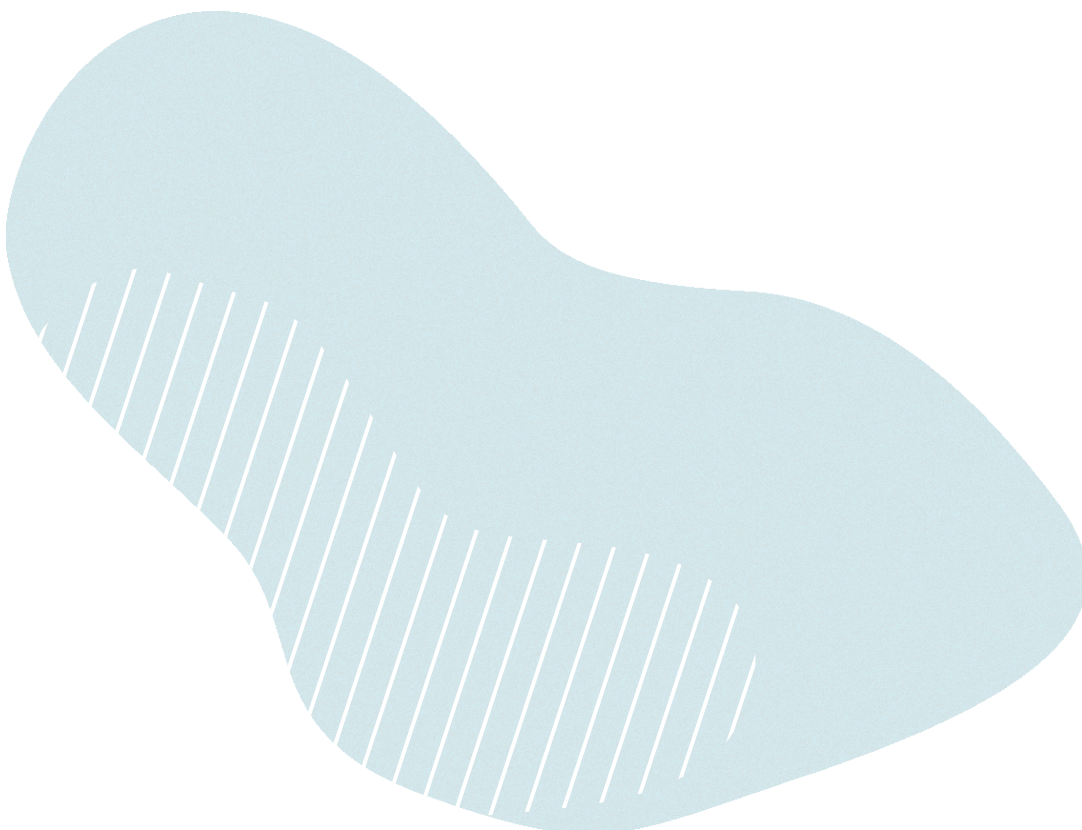
Belangrijke vragen blijven echter onbeantwoord. Hoe valt met name te verklaren dat VT-vrouwen altijd korter op de kraamafdeling verblijven dan niet-VT-vrouwen, ongeacht het type bevalling of het type kamer? Zijn deze factoren inherent aan of extern aan de gezondheidszorg? Wij hopen hier in de toekomst op terug te komen via een enquête onder gebruikers van kraamzorg.

Vanuit een breder perspectief werpt ons onderzoek licht op een opvallend (en ontbrekend) punt van publieke beleidsmaatregelen (in de gezondheidszorg of anderszins), namelijk hun systematische evaluatie achteraf. Het lijkt problematisch, zelfs potentieel gevaarlijk, dat deze analyses nooit worden gemaakt. Gezien de soms harde debatten rond het beleid om het kraamverblijf te verkorten, zou een algemene analyse van de effecten van dit beleid welkom geweest zijn. Onze analyse vult deze leemte gedeeltelijk op, maar we moedigen de autoriteiten aan om de lus van hun beslissingen te sluiten door de werkelijke impact te onderzoeken die ze hebben gehad, niet alleen op het risico van heropname van pasgeborenen, maar ook op alle variabelen die verband houden met het welzijn en gezondheid van pasgeborenen en hun ouders (zoals subjectief welzijn, herstel van vrouwen, borstvoedingspercentages, enzovoort).



Bibliografie

- Braet, A. (2016). *Unplanned readmissions in Belgian hospitals: importance of quality of in-hospital care and quality of care transitions*. Phd Thesis. KULeuven.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering*. Brussel: InterMutualistisch Agentschap (IMA).
- Goldstein, H., Browne, W. & Rasbash, J. (2002). Partitioning variation in multilevel models. *Understanding Statistics*, 1, 223-231.
- Harron, K., Gilbert, R., Cromwell, D., Oddie, S., & van der Meulen, J. (2017). Newborn length of stay and risk of readmission. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 31(3), 221-232.
- Martens, P. J., Derksen, S., & Gupta, S. (2004). Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: a population-based study. *Pediatrics*, 114(3), 708-713.
- Oddie, S. J., Hammal, D., Richmond, S., & Parker, L. (2005). Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Archives of disease in childhood*, 90(2), 119-124.
- Paul, I. M., Lehman, E. B., Hollenbeak, C. S., & Maisels, M. J. (2006). Preventable newborn readmissions since passage of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act. *Pediatrics*, 118(6), 2349-2358.
- Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Perneger, T., & Irion, O. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(8), 800-806.
- FOD Volksgezondheid (2019). Pilotprojecten 'Bevallen met verkort ziekenhuisverblijf'. Geraadpleegd op 27-02-2023, via: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_pp_bevallen_met_verkort_verblijf_nl.pdf
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021a). Het zorgtraject geboorte in België: stand van zaken en voorstel(len). *CM-Informatie*, 283, 23-41.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021b). Evolutie van de verblijfsduur in kraamafdeling: naar kortere verblijven. *CM-Informatie*, 284, 21-39.
- Vandeleene, G. & Avalosse, H. (2021c). Heropname na een verblijf op de kraamafdeling: een groeiend risico?. *CM-Informatie*, 286, 46-74.



Implementatie van BelRAI

Stap voor stap dichterbij een nieuw uniform inschalingsinstrument voor onze zorg

Koenraad Pauwelyn — Beleidscel gezondheid, welzijn en participatie

Samenvatting

Eind jaren 80, begin jaren 90 van de vorige eeuw, werd in de Verenigde Staten een nieuwe zorgzwaarteschaal ontwikkeld binnen de ouderenzorg, het Resident Assessment Instrument of kortweg RAI. Sinds de introductie ervan in de jaren '90, namen reeds heel wat andere landen wereldwijd deze zorgzwaarteschaal over. Een instrument dat de zorgnoden van zorgbehoevenden zo goed mogelijk in kaart brengt, wordt binnen het zorgbeleid vaak als essentieel beschouwd om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Ook in België werd de keuze gemaakt om met RAI, later omgedoopt tot BelRAI, te gaan werken. In dit artikel blikken we terug op de weg die we hebben afgelegd en de moeilijkheden die we daarbij ondervonden hebben. Vervolgens wordt ook vooruitgekeken op de ingebruikname van het instrument in verschillende sectoren en wat we hiervan mogen verwachten.

Sleutelwoorden: BelRAI, InterRAI, zorgkwaliteit, zorgplanning, ouderenzorg, thuiszorg, analyse

1. Inleiding

De naam BelRAI doet ondertussen bij iedereen die van ver of dichtbij bij de zorgsector betrokken is een belletje rinkelen. Maar ondanks het feit dat de naam al jaren over de tongen gaat en opduikt in beleidsteksten, lijkt het voor veel mensen vaak nog een abstract iets dat in volle ontwikkeling is en waar er nog veel vraagtekens rond bestaan. Vandaag zijn er in België meerdere inschalingsinstrumenten in gebruik, denk aan de KATZ-schaal, de medisch-sociale schaal en de BEL-profielschaal. BelRAI moet een einde maken aan deze versnippering en als zorgzwaarte inschalingsinstrument het standaardinstrument worden in België.

Maar BelRAI beoogt meer te zijn dan zomaar het zoveelste inschalingsinstrument. Het moet de kwaliteit van zorgplanning en van de zorg op zich gaan verhogen. Door het spreken van eenzelfde taal kan het de samenwerking tussen diverse actoren bevorderen en zo geïntegreerde zorg ondersteunen. Daarnaast kan het instrument op termijn ook ingezet worden voor de financiering van de betrokken sectoren. Of het die rol ook kan waarmaken en waar we vandaag staan in dat proces, daar gaan we hier dieper op in. Maar eerst staan we nog eens stil bij waar het allemaal begon en de weg die we intussen hebben afgelegd.

2. Oorsprong

2.1. Een éénduidig, uniform inschalingsinstrument

De naam BelRAI is de Belgische variant van de internationaal ontwikkelde InterRAI-suite, een verzameling van instrumenten om de zorgbehoefte van mensen op verschillende domeinen in te schalen. RAI staat voor *Resident Assessment Instrument* en werd in de Verenigde Staten ontwikkeld eind de jaren 80, begin jaren 90 van de vorige eeuw. Het maakte deel uit van één van de aanbevelingen van de Nationale Academie voor Wetenschappen binnen de Verenigde Staten die op vraag van het Congres onderzoek voerde naar het optimaliseren en verbeteren van de kwaliteit van zorg en leven binnen de woonzorgcentra. Het ontwikkelen van één, uniform inschalingsinstrument voor alle bewoners werd als essentieel beschouwd om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het instrument moest de basis vormen voor zorgplanning op maat van elke bewoner met als doel de dagdagelijkse fysieke capaciteiten en levens-

kwaliteit maximaal te optimaliseren (Murphy, Morris, Fries, & Zimmerman, 1995).

Het Congres volgde de aanbevelingen en een *'RAI-development'-team* werd op poten gezet voor het uitwerken van het inschalingsinstrument. Volgende doelstellingen werden daarbij vooropgesteld (Hawes, et al., 1997):

- het instrument moet de persoon in zijn geheel beoordelen (mentaal + fysiek);
- het moet de basis vormen voor zorg- en revalidatieplanning;
- het moet de uitwisseling en samenwerking tussen verschillende actoren faciliteren en optimaliseren;
- het moet bruikbaar zijn voor het aanwezig personeel in woonzorgcentra;
- het moet betrouwbaar en consistent over gebruikers heen zijn.

Op deze manier moest de RAI-schaal zich gaan onderscheiden van bestaande inschalingsinstrumenten die zich op beperkte aspecten focusten en een einde maken aan de versnippering. Meer dan 80 bestaande schalen uit de geriatrische zorg werden onderzocht en vergeleken. Op basis van de sterktes en tekortkomingen van deze schalen werden de domeinen geselecteerd waar de nieuwe schaal op zou gaan focussen om aan de vooropgestelde doelstellingen te voldoen. Dit leidde tot de ontwikkeling van een *Minimum Data Set (MDS)*, een verzameling van alle noodzakelijke gegevens om tot een duidelijk beeld te komen van de functionele mogelijkheden van een bewoner. Aan de *MDS* werden vervolgens *Resident Assessment Protocols (RAP's)* gekoppeld, een meer diepgaande bevraging wanneer uit een onderdeel van de *MDS* blijkt dat er zich problemen voordoen bij een bewoner. Op basis van de vaststellingen van deze diepgaandere bevraging of *RAP's* worden dan de concrete zorgnaden geïdentificeerd en wordt een zorgplan opgesteld.

2.2. Eerste resultaten en evaluatie van RAI

De nieuwe regelgeving voor het gebruik van RAI als inschalingsinstrument werd in de Verenigde Staten van kracht in het voorjaar van 1991. Woonzorgcentra werden verplicht om bij opname van een nieuwe bewoner een inschaling met RAI uit te voeren voor het opmaken van een zorgplan. Nadien volgt er jaarlijks een herinschaling of bij elke gebeurtenis die een grondige impact heeft op de toestand van een bewoner. Na enkele jaren werd vanuit de *Health Care Financing Administration* een evaluatie gevraagd van

het nieuwe instrument. Verschillende onderzoeken stelden verbeteringen vast op meerdere niveaus ten opzichte van de periode voor ingebruikname van RAI (Hawes, et al., 1997):

- duidelijkere, correctere informatie in de medische dossiers van bewoners;
- duidelijkere zorgplanning die beter inspeelt op de individuele zorgbehoeften van bewoners;
- algemene verbetering in verschillende processen die de kwaliteit van zorg en leven van bewoners verbeteren zoals een betere betrokkenheid van de bewoner en de familie in de zorgplanning, hogere participatie in activiteiten, daling van het aantal verpleegkundige tussenkomsten;
- sterk verminderde daling in achteruitgang in functies van Algemene Dagelijks Levensverrichting (ADL);
- sterke daling in het aantal ziekenhuisopnames van bewoners zonder stijging van de sterftecijfers.

Deze resultaten werden later ook bevestigd in andere landen waar RAI geïntroduceerd werd. Zo werd in Nederland van 2006 tot 2007 een grootschalig onderzoek gevoerd naar de effecten van geïntegreerde zorg op basis van RAI ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Op 30 van de 32 vooropgestelde kwaliteitsindicatoren werd een hogere score vastgesteld, op 11 indicatoren een significant hogere score. De verbetering in zorgkwaliteit werd in grote mate toegewezen aan de opleiding en het gebruik van RAI door het zorgend personeel en de monitoring op basis van RAI (Boorsma, et al., 2011).

Studies met een objectieve, meetbare impact op een experimentele groep en controlegroep zijn in deze context vrij moeilijk te organiseren. De Nederlandse studie vond plaats in 10 woonzorgcentra en telde 340 deelnemers. Het gaat om een erg kwetsbare doelgroep die vaak beperkt is in cognitieve functies. Mede daardoor was de tijdsperiode van het onderzoek ook eerder beperkt, namelijk zes maanden. Het belang van goed ontwikkelde inschalingsinstrumenten voor kwaliteit van zorg wordt echter algemeen erkend en de positieve impact van RAI wordt door betrokken actoren steeds onderschreven.

2.3. Van RAI naar InterRAI

De ontwikkeling van RAI in de Verenigde Staten kwam al vrij snel onder de aandacht van zorgprofessionals en academici uit andere landen. Ook vanuit Europa was er interesse en al snel verenigden academici en zorgprofessionals zich in het internationaal samenwerkingsverband InterRAI. Tot de eerste Europese landen die toetraden tot InterRAI behoorden Zweden, Italië, Denemarken, Nederland, Frankrijk, Spanje, Duitsland, Noorwegen, Finland en Tsjechië (Hawes, et al., 1997). België zou pas later volgen (zie verder).

Naast de uitbreiding van het aantal deelnemende landen, volgde ook al snel de uitbreiding naar andere sectoren. Na de residentiële ouderenzorg volgden aangepaste instrumenten voor de thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, palliatieve zorg, enz. Vanaf 2005 volgde ook een geïntegreerde InterRAI-suite om gegevensdeling tussen de verschillende instrumenten en actoren te optimaliseren.

Vandaag staat de teller van aangesloten landen bij InterRAI reeds op 35. Het is een non-profit organisatie aangestuurd door een *Board of Directors* die internationaal is samengesteld en waar voor België Prof. Dr. Anja Declercq in zetelt. Verder zijn er netwerken en comités waarin de verschillende instrumenten van InterRAI en taken binnen de organisatie worden beheerd. Personen die nationaal werk verrichten rond de implementatie van InterRAI kunnen zich ook aansluiten als *Fellow*¹.

3. Implementatie in België

3.1. Vergelijkende studies inschalingsinstrumenten

3.1.1. Interface project

In de jaren '90 sloten reeds verschillende Europese landen zich aan bij InterRAI, België was daar toen nog niet bij. Begin jaren 2000 werd een studie opgestart door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid naar "De organisatie en financiering van een grensoverschrijdend zorgaanbod in de ouderenzorg", onder de titel "Het Interface-project". De studie had drie doelstellingen (Buntinx, et al., 2003):

¹ Voor meer informatie zie: <https://interrai.org/>.

- het selecteren van instrumenten om de zorgbehoefte van ouderen te meten en te registreren;
- nagaan in welke mate deze geselecteerde instrumenten de zorgbehoefte meten;
- testen in welke mate deze instrumenten haalbaar zijn in de dagelijkse praktijk in de thuiszorg, rusthuizen, dagverzorgingscentra en geriatrische diensten in algemene ziekenhuizen.

De studie werd uitgevoerd door de KU Leuven en de ULB en resulteerde in 2003 in een eindrapport. De algemene conclusies van dit rapport spraken zich niet uit in de één of de andere richting. Door enkele moeilijkheden tijdens de uitvoering van het onderzoek werden, vooral langs Vlaamse kant, te weinig personen betrokken om tot definitieve conclusies te komen.

Wanneer we kijken naar de bevindingen over de geselecteerde instrumenten, vinden we echter wel dezelfde positieve ervaringen met RAI terug zoals ze ook uit eerder internationaal onderzoek bleken (zie hoger). Sommige bevindingen zijn nagenoeg identiek als deze uit de eerste evaluaties in de Verenigde Staten. Er wordt gesproken van vele voordelen door het uitgebreide karakter van de beoordeelde aspecten, het opnemen van eerder niet-gedetecteerde problemen, het beter begrijpen van de patiënt, een betere organisatie van zorg, de interactie tussen verzorgenden, residenten en familie, enz. Eén van de belangrijkste negatieve aspecten was de ruimere tijdsinvestering om het instrument in te vullen. Dit werd echter gerelativeerd en vooral toegewezen aan de beperkte vertrouwdheid met en kennis over RAI op dat ogenblik. Eens vertrouwd met het instrument weegt het nadeel van de extra tijdsinvestering niet op tegen de bijkomende informatie die verkregen wordt.

Gelijktijdig met deze positieve bevindingen, kreeg het Franse inschalingsinstrument PAS (Pathos, Aggir, Socios) gelijkaardige positieve feedback in deze studie. Dit instrument werd als ongeveer even compleet omschreven als RAI, gebaseerd op de bevindingen van de gebruikers. Dit heeft er onder meer toe geleid dat de keuze voor RAI in ons land toen nog niet werd gemaakt.

3.1.2. Qualidem I en II

De Interface-studie bouwde voor een deel verder op het Qualidem I onderzoek rond dementie en liep parallel met de vervolgstudie, Qualidem II. Op 11 september 1998 lanceerde het Rijksinstituut voor Ziekte en -Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een oproep tot onderzoek in het Belgisch Staatsblad voor een studie rond dementie. De Universiteit van Luik en de KU Leuven bundelden de krachten in de feitelijke vereniging Qualidem om in te tekenen op de aanbesteding en kregen de studie toegewezen (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylieff, Qualidem I Eindrapport, 2002). De grote lijnen van het onderzoek werden als volgt samengevat:

- inventarisatie van bestaande informatie, onder andere door middel van literatuuronderzoek;
- ontwikkeling van aanbevelingen voor kwalitatieve zorg;
- uittesten van de geselecteerde instrumenten en procedures in een veldonderzoek.

Het eindrapport telt twaalf hoofdstukken en honderden bladzijden. Eén hoofdstuk richt zich specifiek op zorgbehoefte en de bestaande inschalingsinstrumenten. De besluiten van het onderzoek zijn in hoofdzaak echter beschrijvend, zonder een expliciete keuze te maken tussen de instrumenten. De RAI-schaal wordt beschreven als instrument dat zowel in thuiszorg als residentieel een belangrijk aantal zorgproblemen kan identificeren en op die manier een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg.

Het vervolgonderzoek, Qualidem II, was plots een heel stuk duidelijker in haar bevindingen en omschrijft RAI als het meest geschikte en enige instrument dat een duidelijke meerwaarde biedt in kader van individuele zorgplanning, zodra meer gedetailleerde informatie nodig is (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylieff, Qualidem II: Eindrapport, 2005). De bevindingen in het rapport zijn dan ook algemeen heel positief en spreken over een beter begrip van de zorgvraag, de belangrijke meerwaarde voor de teamvergadering, het vermijden van blinde vlekken, het aanzetten van zorgverleners om dieper na te denken over de bewoner, etc. Het verschil in meerwaarde ten opzichte van het bestaande zorgzwaarte instrument, de KATZ-schaal, werd het duidelijkst in complexere situaties².

2 De KATZ-schaal is sinds de jaren '60 in vele landen de standaard voor het meten van basisfuncties van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en werd ontwikkeld door de Amerikaanse onderzoeker Sidney Katz. Katz werkte later ook mee aan de aanbevelingen voor de *Nursing Home Reform Act* van 1987 die mee de basis vormde voor het ontwikkelen van RAI.

Waar de Qualidem I en Interface rapporten dus nog eerder voorzichtig waren in het formuleren van aanbevelingen rond de keuze van een nieuw, diepgaander inschalingsinstrument, werd er sinds 2005 in het Qualidem II rapport geen enkel voorbehoud meer gemaakt over de keuze voor RAI als toekomstig inschalingsinstrument.

3.2. Start BelRAI

3.2.1. Implementatieprojecten

Na het afronden van het studiewerk in 2005 werden door de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid de eerste BelRAI-implementatieprojecten opgestart. In een eerste fase lag de focus van deze implementatieprojecten op het vertalen van de InterRAI-instrumenten naar de Belgische context en landstalen, het ontwikkelen van een webapplicatie om te kunnen testen in de praktijk en het vormgeven van de opleidingstrajecten (Declercq, et al., 2008).

De snelle vooruitgang die geboekt werd in de eerste implementatieprojecten rond de ontwikkeling van de webapplicatie en BelRAI-instrumenten, zette zich de jaren nadien niet om tot een ingebruikname van één van de instrumenten in de praktijk. Meerdere factoren speelden hierbij een rol, zoals het nog niet aanwezig zijn in alle voorzieningen van een computer met internetaansluiting of het gebrek aan concrete antwoorden op het kostenplaatje van BelRAI. Politiek werd namelijk de vraag gesteld welke meerkost het gebruik van BelRAI met zich meebrengt. Het antwoord hierop werd echter niet geformuleerd. Niet alleen wegens moeilijkheden tijdens de projecten, maar ook omdat het antwoord inhoudelijk niet eenduidig is. Uit de ervaringen in Canada en de Verenigde Staten was namelijk al gebleken dat het gebruik van (Bel)RAI niet enkel kosten, maar ook besparingen met zich meebrengt door het wegvallen van bepaalde taken als gevolg van de efficiënte zorgplanning.

Hierboven blijkt dus dat het doel van de implementatieprojecten dan ook tweeledig was. Enerzijds werden snel concrete stappen gezet richting de implementatie met de ontwikkeling van instrumenten en het vormgeven van opleidingen. Anderzijds was er ook een focus op budgettaire haalbaarheid en de meerwaarde in sectoren zoals de thuiszorg. De vragen hierrond bleven grotendeels onbeantwoord. Beleidsmatig creëerde dit een spreidstand, waardoor het politieke engagement om effectief met BelRAI aan de slag te gaan uitbleef.

3.2.2. Zesde staatshervorming

Het einde van de implementatieprojecten viel ongeveer samen met het begin van een nieuwe politieke realiteit in het Belgisch zorglandschap. In het najaar van 2011 werd na 540 dagen onderhandelen een akkoord gevonden over een zesde staatshervorming, het zogenaamde Vlinderakkoord. Dit had belangrijke implicaties voor het BelRAI-traject gezien de bevoegdheid voor meerdere betrokken sectoren die voorheen een federale bevoegdheid waren, overgeheveld werd naar de gemeenschappen zoals de financiering van de woonzorgcentra, langdurige revalidatie en geestelijke gezondheidszorg (Hannes, 2014).

Op die manier werd de federale coördinatie een stuk minder vanzelfsprekend en verschoof het gewicht rond de ontwikkeling van BelRAI voor een groot deel naar de gemeenschappen, zeker wat de beleidsmatige keuzes rond implementatie in de sectoren betreft. Die implementatie in de verschillende gemeenschappen zal dan ook al snel op een verschillend tempo gebeuren zoals verder wordt besproken.

3.2.3. Naar een getrappt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener

Na de implementatieprojecten werd het tijd om op basis van de bevindingen het vervolgetraject in te zetten. Op beleidsmatig vlak werd op alle niveaus het belang van BelRAI bevestigd. In het actieplan e-gezondheid 2013-2018, goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC), was de invoering van BelRAI één van de twintig actiepunten (FOD Volksgezondheid, 2013). In de beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2013-2014 werd de keuze van de Vlaamse Regering opgenomen om BelRAI te gebruiken als uniek inschalingsinstrument voor alle actoren in de woonzorg en voor de toenmalige Vlaamse Zorgverzekering (Vandeurzen, 2013).

Eén van de belangrijkste bevindingen uit de implementatieprojecten was de vaststelling dat voor veel (licht) zorgbehoevenden een volledige inschaling uitvoeren met BelRAI vaak niet nodig en te tijdsintensief bleek. Vooral in de thuiszorg speelde deze balans een belangrijke factor. Voor de woonzorgcentra werd het belang van een volledige BelRAI niet in vraag gesteld en werd de balans als het meest in evenwicht beoordeeld. Er moest dus een evenwicht gevonden worden tussen de nodige tijdsinvestering om een volledige BelRAI af te nemen en de uiteindelijke meerwaarde hiervan voor cliënt, organisatie en overheid (Vermeulen, Van Eeno, Vanneste, & Declercq, 2015).

Op die manier werd de verdere implementatie van BelRAI afhankelijk gemaakt van de ontwikkeling van een Screener, een korter instrument waaruit kan blijken of er al dan niet nood is aan een volledige BelRAI-beoordeling. Daarnaast zou de Screener ook gaan dienen voor de rechtentoeakening in kader van de Vlaamse zorgbudgetten. In het eindrapport rond de ontwikkeling van de Screener werden reeds voorstellen geformuleerd rond afkappunten die dan het recht op de toenmalige zorgverzekering konden openen (Vermeulen, Van Eeno, Vanneste, & Declercq, 2015).

3.2.4. Interfederale afspraken

Zoals hoger vermeld schudde de zesde staatshervorming de kaarten voor de implementatie van BelRAI grondig door elkaar. De verhoudingen tussen het federale beleidsniveau en de deelstaten liggen een stuk anders, waardoor het zoeken was naar een nieuwe manier van samenwerken om de rollen van alle actoren te definiëren en opnieuw vast te leggen.

Die afspraken kwamen er in de vorm van een protocolakkoord BelRAI tussen de bevoegde ministers van alle regio's op 26 maart 2018 (Protocolakkoord BelRAI, 2018). Ook hierin wordt het belang van BelRAI voor de kwaliteit van zorg in ons land onderstreept en gaan alle regio's het engagement aan om het studiewerk naar de implementatie voor elk van hun bevoegdheidsdomeinen voort te zetten. Verder worden het behoud van de federale centrale database en de rol van de Belgische staat als contractuele partner in de relatie met InterRAI bevestigd.

Op het einde van het document worden de concrete initiatieven nog eens opgesomd die elke regio binnen zijn domeinen wenst te nemen in het kader van BelRAI. En hoewel door elke partij de intentie bevestigd wordt om BelRAI te introduceren binnen hun domeinen, blijkt uit de stand van zaken die hier en daar wordt gegeven toch al dat dit voor elke regio op een ander tempo zal gebeuren.

3.3. Waar staan we vandaag?

3.3.1. BelRAI Screener sinds 2021 in gebruik

De BelRAI Screener is het eerste RAI instrument dat in België actief in gebruik genomen werd. Het instrument wordt

sinds 1 juni 2021 in Vlaanderen als inschalingsinstrument gebruikt voor de rechtentoeakening binnen het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden (de vroegere zorgverzekering). Hoewel dit een belangrijke stap is in het implementatieproces en dus verwacht werd dat dit positief onthaald zou worden, draaide dit in de praktijk echter anders uit. De introductie van de BelRAI Screener zorgde al snel voor teurgestelde zorggebruikers omdat het aantal weigeringen en afscoringen een stuk hoger lag dan voorheen het geval was.

De onvrede op het terrein luidde dan ook de start in van maandenlange parlementaire discussies over het afkappunt voor de toekenning en de gevolgen voor de gebruikers die hun zorgbudget hierdoor verloren of geweigerd zagen³. Na enkele maanden van bijkomend onderzoek, hoorzittingen en verder beraad, werd het afkappunt in april 2022 uiteindelijk bijgesteld, waardoor meer mensen geholpen werden. Voor de personen die tussen juni 2021 en april 2022 onterecht werden afgescoord, werden compenserende maatregelen voorzien⁴.

De moeizame start van de Screener gaf voor veel mensen een negatieve bijklank aan het BelRAI-verhaal, terwijl de problematiek in wezen niets te zien heeft met de waarde van de BelRAI-instrumenten. Het bepalen van een afkappunt voor rechtentoeakening is een louter beleidsmatige keuze die niet voortvloeit uit de instrumenten zelf. Wanneer een oud inschalingsinstrument, hier de BEL-profielschaal, wordt vervangen door een volledig nieuw instrument is het geen evidentie om de lat exact even hoog te leggen voor beide instrumenten. Evaluatie en bijsturing nadien zijn dus moeilijk uit te sluiten. Hier werd de lat iets te hoog gelegd bij introductie van de BelRAI Screener waardoor bijsturing nodig was.

3.3.2. BelRAI LTCF en BelRAI HC vanaf 2023

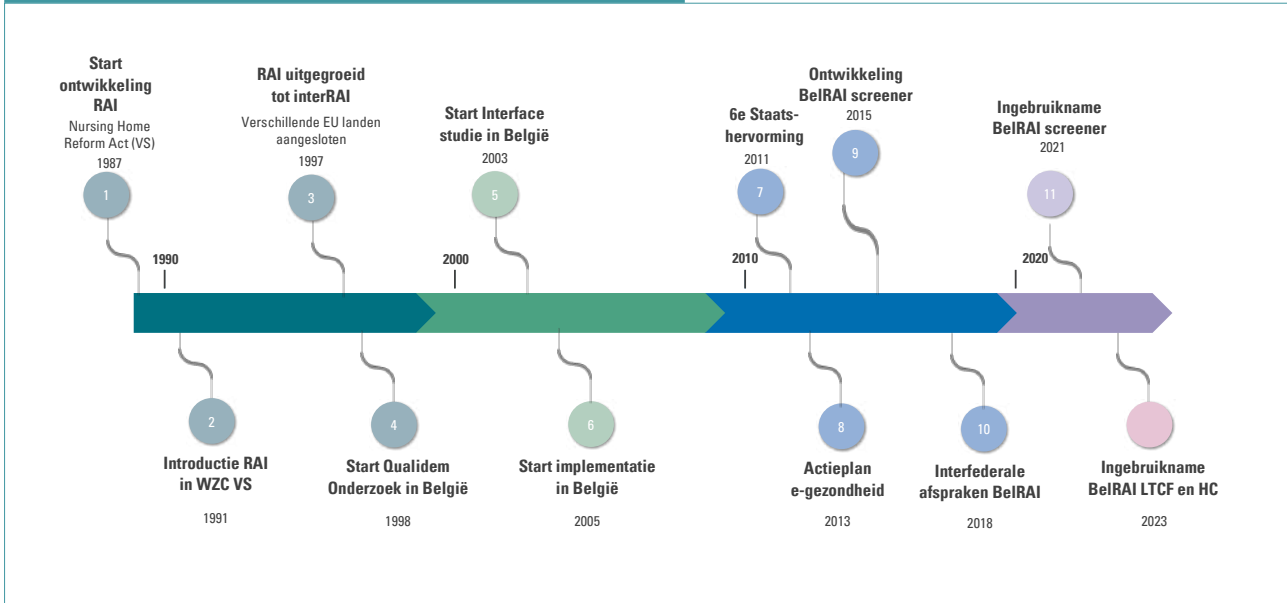
BelRAI Long Term Care Facilities in woonzorgcentra

De BelRAI Screener dient enkel als gebruiksvriendelijk instrument in het kader van rechtentoeakening en als indicator om te zien of een volwaardige BelRAI-inschaling nodig is, waardoor het niet als volwaardig instrument wordt beschouwd. De BelRAI-instrumenten kregen een centrale rol in het nieuwe Vlaamse Woonzorgdecreet en de uitvoeringsbesluiten. In Vlaanderen wil men vanaf 1 juni 2023 verplicht gaan werken met BelRAI *Long Term Care Fa-*

3 Vraag en Antwoord, Vlaams Parlement. 2021-2022, Vraag. nr. 19, 1 oktober 2021 (C. ROUSSEAU).

4 Verslag Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 2021-2022, 2428.

Figuur 1: Tijdslijn ontwikkeling (Bel)RAI



cilities (BelRAI LTCF) in de woonzorgcentra⁵, waardoor dit het eerste volwaardige BelRAI-instrument is dat in België in gebruik zal genomen worden. Dat is de huidige versie van de oorspronkelijke RAI-schaal die ontwikkeld werd voor bewoners van woonzorgcentra. Het instrument zal gebruikt worden voor de zorgplanning en het ondersteunen van kwaliteitsbeleid via kwaliteitsindicatoren.

BelRAI Home Care in de thuiszorg

Ook voor de thuiszorg wordt binnenkort een eigen BelRAI-instrument in gebruik genomen, de BelRAI Home Care (BelRAI HC). Vandaag loopt in Vlaanderen reeds een pi-

lootproject en wordt er net als voor de BelRAI LTCF gemikt op introductie op 1 juni 2023⁶. Ook hier is de primaire functie zorgplanning en kwaliteitsmonitoring.

3.3.3. Intrede BelRAI in andere sectoren

De InterRAI-suite kent inmiddels een waaier aan instrumenten voor diverse sectoren, gaande van palliatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg tot revalidatie en meer (zie Tabel 1). Een groot deel van die instrumenten werd reeds vertaald en aangepast aan de Belgische context. De ontwikkeling van een instrument en de implementatie ervan

Tabel 1: Overzicht BelRAI-instrumenten per sector (bron: www.belrai-kennisportaal.be)

Sector	BelRAI-instrument
Thuiszorg	BelRAI Screener
	BelRAI Home Care
Kinderen – jeugdzorg	BelRAI Screener voor kinderen
Residentiële ouderenzorg	BelRAI LTCF
Geestelijke Gezondheidszorg	BelRAI Mental Health
	BelRAI Community Mental Health
Revalidatie	BelRAI Revalidatie (in ontwikkeling)
Palliatieve zorg	BelRAI Palliative Screener
	BelRAI Palliative Care
Ziekenhuizen	BelRAI Acute Care

5 <https://belrai-kennisportaal.be/belrai-long-term-care-facilities>.

6 <https://zorg-en-gezondheid.be/beleid/ezorgzaam-vlaanderen/belrai>.

in een sector zijn echter twee verschillende dingen. Na de ontwikkeling volgen vaak eerst nog pilootprojecten en ander voorbereidend werk vooraleer het instrument effectief in gebruik genomen kan worden. Enkel de drie hoger vermelde instrumenten zijn vandaag al in gebruik in Vlaanderen of kennen een concrete datum voor ingebruikname.

4. Terugblik op het afgelegde traject: gemiste kansen?

4.1. Nationaal onderzoek versus bestaande studies en praktijkervaringen

De vaststelling dat schalen als de KATZ-schaal niet langer voldeden om complexe zorgnoden in kaart te brengen werd in de Verenigde Staten eind de jaren '80 gemaakt en zat ook in de bevindingen van het Qualidem onderzoek in België. De oproep voor de start van het Qualidem onderzoek van het RIZIV dateert van 11 september 1998, zeven jaar na de eerste ingebruikname van RAI in de Verenigde Staten en op een ogenblik dat verschillende Europese (buur)landen begonnen in te tekenen op het InterRAI-verhaal. De eerste evaluaties van de RAI-schaal waren toen reeds gemaakt in de Verenigde Staten en de positieve resultaten begonnen zich (inter)nationaal te verspreiden in medische en academische kringen. Het verschil met de vaststellingen in de Verenigde Staten en deze in België zit in het gevolg dat eraan gegeven werd. In de Verenigde Staten werd een apart onderzoekstraject opgestart dat zou leiden tot de ontwikkeling van RAI. In België bleef in een eerste fase het onderzoek naar een nieuw inschalingsinstrument een onderdeel van de studie rond dementie (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, Qualidem I Eindrapport, 2002).

Met het Interface project begin jaren 2000 in België kwam er wel een apart onderzoekstraject waar de focus lag op het meten van de zorgbehoefte in de ouderenzorg. Zowel het Qualidem onderzoek als het Interface project waren erg diepgaande en grondige studies. Ze investeerden in de opleiding van professionals in het gebruik van de verschillende instrumenten, om deze vervolgens uit te testen in de praktijk. Ondanks de inspanningen, gingen Qualidem I en Interface uiteindelijk niet verder dan een uitgebreide inventarisatie van de instrumenten, zonder zich al definitief uit te spreken over de keuze voor één instrument.

In het eindrapport van Qualidem II in 2005 werd uiteindelijk de keuze voor RAI als meest geschikt instrument wel duidelijk gemaakt. De bevindingen in dat rapport liggen, net als de positieve bevindingen in de voorgaande studies, volledig in lijn met bevindingen die gemaakt werden in de evaluatiestudies rond RAI in de Verenigde Staten halweg de jaren '90. Ergens kan je je dus de vraag stellen of we hier in België dat onderzoek voor een groot deel vanaf nul opnieuw moesten doen, of konden vertrouwen op de internationale data. In de Verenigde Staten werden jaarlijks namelijk naar schatting drie miljoen indicatiestellingen met RAI uitgevoerd in de woonzorgcentra (Murphy, Morris, Fries, & Zimmerman, 1995). Er was dus reeds heel wat kennis en ervaring voor handen die, ondanks de andere context, kon gebruikt worden om beleidskeuzes te maken in België.

4.2. Zorgbehoefte meten, zorgplanning en kwaliteit van zorg versus financiering

In de jaren '90 stelde men in België vast dat traditionele schalen als de KATZ-schaal te oppervlakkig waren om complexere zorgsituaties te beoordelen. In eerste instantie werd in België dan ook gekeken naar het vervangen van de KATZ-schaal door een nieuw instrument. De zoektocht naar een instrument met meerwaarde bij complexe zorgsituaties is waar het ook voor RAI allemaal begon. Eén constante in alle studies en ervaringen met RAI is de meerwaarde ervan in de woonzorgcentra, vermits we hier nagenoeg altijd met complexe zorgsituaties te maken hebben. En hoewel RAI inhoudelijk zijn meerwaarde aantoonde, was de vervanging van de KATZ-schaal complexer dan dat. De KATZ-schaal wordt tot vandaag namelijk nog steeds gebruikt als basis voor de financiering van de woonzorgcentra. Het vervangen van de KATZ-schaal door BelRAI betekent dan ook het volledig herzien van de financiering en onderzoeken hoe (Bel)RAI hiertoe kan ingezet worden.

In Vlaanderen wordt vanaf juni 2023 BelRAI LTCF in gebruik genomen in de woonzorgcentra. Die zal naast de KATZ-schaal gebruikt worden en geen link hebben met de financiering. BelRAI LTCF zal dus in een eerste fase enkel gebruikt worden in kader van zorgplanning en -kwaliteit, pas in een latere fase wordt de financiering eraan gekoppeld. Het loskoppelen van zorgplanning en -kwaliteit van de financiering zorgt ervoor dat de implementatie een pak sneller kan gebeuren en bewoners, familie, zorgpersoneel, voorzieningen en beleidsmakers al beroep kunnen doen op de voordelen die BelRAI LTCF te bieden heeft. Het invullen

van een KATZ-schaal kan in principe simultaan gebeuren met het afnemen van de BelRAI LTCF en hoeft dus ook niet noodzakelijk in dubbel werk te resulteren.

Het is jammer dat diezelfde redenering niet gemaakt is eind jaren '90, begin jaren 2000. De vraag naar een diepgaander instrument bestond al enige tijd en de voordelen ervan op vlak van zorgplanning en -kwaliteit waren toen reeds voldoende gekend. Het invoeren van een nieuw instrument zonder meteen ook de financiering te herzien had er voor kunnen zorgen dat we heel wat eerder aan de slag konden met RAI in de ouderenzorg.

4.3. Zesde staatshervorming: stilstand en vooruitgang

De zesde staatshervorming en de lange regeringsonderhandelingen die eraan vooraf gingen, hebben voor de nodige vertraging gezorgd in het implementatieproces. De onderhandelingsfase en nadien de overdracht van de verschillende bevoegdheden zorgden voor een beleidsmatige stilstand waarin weinig of geen ambities werden uitgesproken over de toekomst van BelRAI binnen de betrokken sectoren. Het vacuüm dat zo een tijdlang gecreëerd werd rond de verdere implementatie zou pas vanaf 2013 terug plaatsmaken voor hernieuwde ambities in de vorm van het actieplan e-gezondheid en beleidsbrieven, die de start van de ontwikkeling van de BelRAI Screener inluiden (zie hoger).

Tegelijkertijd zorgde de herschikking van bevoegdheden voor kansen voor de regio's om in dit verhaal zelf de eigen ambities te bepalen en accenten te leggen, wat ook vrij snel gebeurde. De keerzijde van deze medaille is echter dat niet elke regio hierin even ambitieus is of op een ander tempo gaat werken. In die zin is het jammer dat de implementatie in bepaalde sectoren, zeker in de residentiële ouderenzorg, niet rond is geraakt voor de staatshervorming. Zo had elke regio vanuit eenzelfde basis kunnen vertrekken en verder werken.

4.4. Een BelRAI kennisinstituut

Eén van de aanbevelingen in het Qualidem II eindrapport was de oprichting van een expertise- en analysecentrum voor de datacollectie en verwerking, opleiding, verdere ontwikkeling, enz. (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, Qualidem II: Eindrapport, 2005). Ook andere landen waar RAI gebruikt wordt, zoals Canada, werken met een

kennisinstituut voor de ontwikkeling en het gebruik van de instrumenten.

In België werd lange tijd in de eerste plaats beroep gedaan op de academische wereld voor de keuze van een nieuw instrument en later de ontwikkeling van de BelRAI-instrumenten. Dat heeft erg veel en grondig studiewerk opgeleverd, maar de aanbeveling uit Qualidem II leert dat het studiewerk op een bepaald ogenblik stopt en er ook heel wat taken zijn die niet alleen door academici kunnen worden opgenomen. Een bevoegd kennisinstituut had in een beginfase al kunnen ondersteunen bij pilootprojecten, het ontwikkelen en vormgeven van de opleidingen, adviseren van beleid in het kader van de implementatie en het operationeel vormgeven ervan. In een latere fase zouden de taken dan op structurele wijze kunnen opgenomen worden. Dat hoefde overigens zeker niet grootschalig te zijn en kon ondergebracht worden in bestaande agentschappen of overheidsdiensten. In Vlaanderen werd deze rol intussen toevertrouwd aan het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD) dat vandaag onder meer instaat voor de opleidingen en ondersteuning van de implementatie in de sectoren van de Vlaamse sociale bescherming. Op federaal vlak speelt de FOD volksgezondheid hier vandaag ook nog een rol in.

5. Meerwaarde van BelRAI-instrumenten

5.1. Waarom we nog steeds enthousiast mogen zijn over de implementatie van BelRAI

Vanaf 2023 worden twee volwaardige BelRAI-instrumenten in gebruik genomen in Vlaanderen, namelijk de BelRAI LTCF in de woonzorgcentra en de BelRAI HC in de thuiszorg. Ondanks het lange traject er naartoe is dit nog steeds iets om enthousiast over te zijn. RAI werd ontwikkeld om meerwaarde te creëren ten opzichte van traditionele zorgzwaarteschalen en zo betere antwoorden te kunnen bieden op de zorgvragen van personen met complexe zorgsituaties. Die meerwaarde is nadien door vele (inter)nationale studies en ervaringen onderschreven en bevestigd. BelRAI gaat op een uitgebreidere manier de zorgnoden van mensen in kaart brengen om nadien via *Clinical Assessment Protocol's* (CAP's) probleemsituaties aan te duiden die kunnen dienen als basis voor het opstellen van een zorgplan. Zowel het identificeren van zorgnoden als de ondersteuning bij de opmaak van een zorgplan zijn twee domeinen waarop (Bel)RAI

in elke studie hoog scoort. Daarnaast bevatten (Bel)RAI-instrumenten ook kwaliteitsindicatoren die het mogelijk maken om de kwaliteit van zorg te monitoren door na te gaan of de antwoorden die geboden worden op de zorgvragen, ook effectief tot de gewenste resultaten leiden.

De stappen die we zetten met BelRAI op vlak van het identificeren van zorgnoden, zorgplanning en -kwaliteit kunnen voor alle betrokken actoren een grote meerwaarde betekenen. Het zorgpersoneel zal een beter begrip krijgen van de situatie van de zorggebruiker en op een gerichtere manier de juiste zorg kunnen toedienen. Familie en mantelzorgers kunnen betrokken worden in de zorgplanning op basis van de BelRAI CAP's. Voorzieningen en overheden zullen de resultaten van toegediende zorg kunnen monitoren op basis van de kwaliteitsindicatoren. Geïntegreerde zorg zal in de praktijk een pak haalbaarder worden door het delen van beschikbare informatie en het spreken van een gemeenschappelijke taal tussen de verschillende actoren. En *last but not least*, zorggebruikers zullen betere zorg op maat ontvangen, zeker wanneer die doelgericht is.

5.2. Beloopscenari'o's op basis van *Big Data*

Het gebruik van BelRAI-instrumenten biedt ook naar de toekomst toe verdere perspectieven. In de InterRAI database worden miljoenen geanonimiseerde gegevens bewaard. Deze gegevens kunnen op meerdere manieren gebruikt worden om zorgsituaties beter te gaan beoordelen. Zo lopen er testprojecten waarbij na een beoordeling het profiel van de gebruiker vergeleken wordt met dat van personen met hetzelfde profiel uit de database⁷. Voor de gebruiker kan op die manier een beter geïnformeerde beslissing genomen worden rond de juiste zorgvorm. Als in een thuiszorgsituatie bijvoorbeeld blijkt dat 80% van de personen met een gelijkaardig profiel na zes maanden opgenomen werden in een woonzorgcentrum kan dit voor de gebruiker en familie de ruimte geven om hierover na te denken en de stap voor te bereiden. Ook voor overheden biedt dit mogelijkheden naar bijvoorbeeld planning van capaciteit.

Uit de data kan ook geleerd worden. Zo kunnen gelijkaardige zorgsituaties naast elkaar gelegd worden en gekeken worden in welke mate de *outcome* in die situaties verschillend was naar gelang de behandeling die werd gekozen. Op die manier kan dan geleerd worden welke antwoorden op zorgvragen de beste *outcome* genereren (Dash, et al.,

2018), al blijft het uiterst belangrijk om steeds op maat van de situatie van de persoon met een zorgnood te werken en *big data* vooral als ondersteuning te zien.

6. Conclusie

Op de vooravond van ingebruikname van de eerste volwaardige BelRAI-instrumenten in ons land, blikken we terug op de lange en soms moeilijke weg die BelRAI al heeft afgelegd. Dat mag ook niet verbazen gezien de impact en de centrale rol die zorgzwaarte-instrumenten hebben in de financiering en dagdagelijkse praktijk in de zorgsector in België.

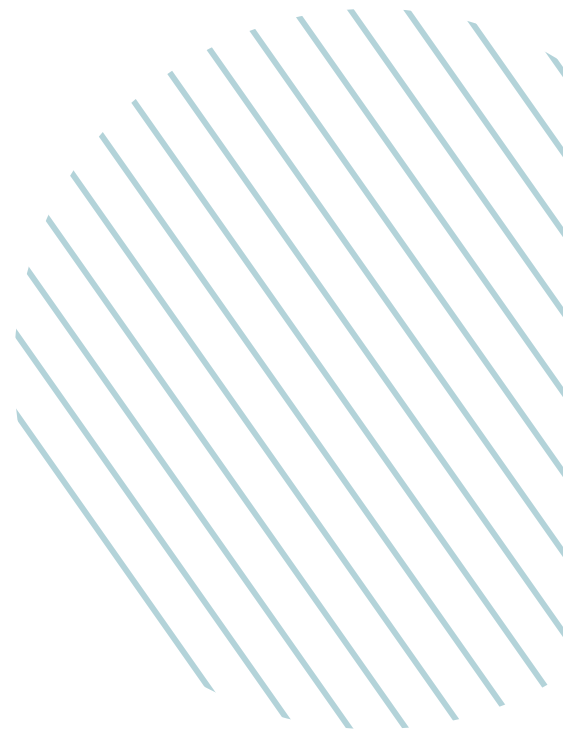
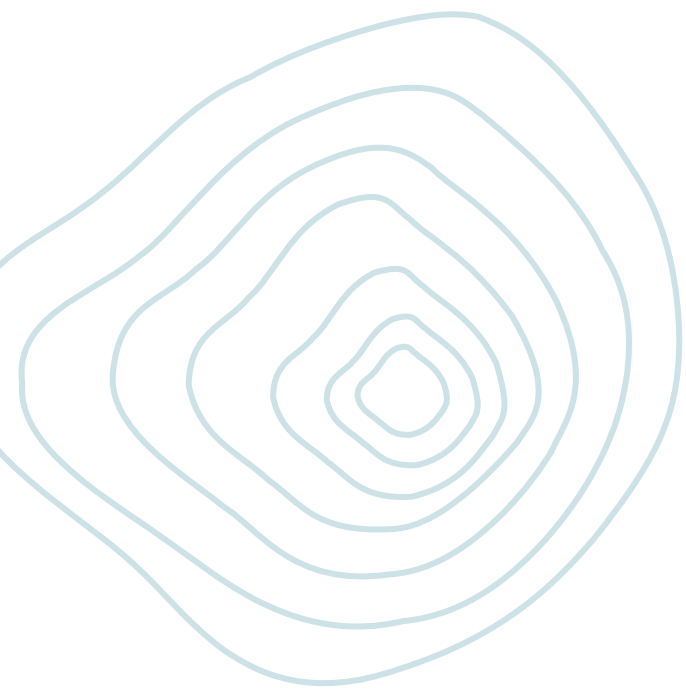
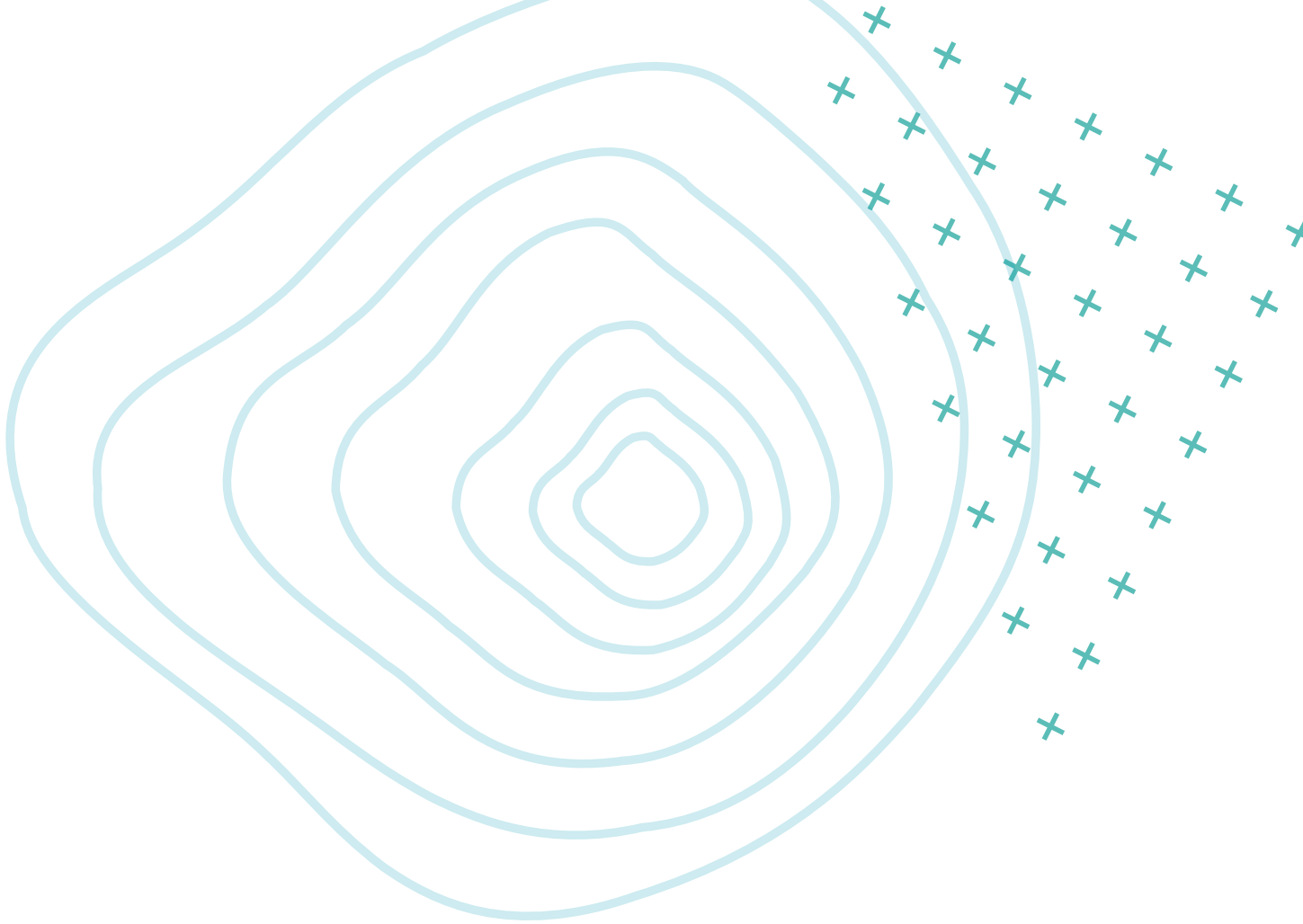
Vooraf voor de residentiële ouderenzorg is het echter jammer dat de keuze voor het gebruik van (Bel)RAI niet eerder werd genomen. RAI werd ontwikkeld op maat van die sector. De meerwaarde ervan werd in geen enkele studie in vraag gesteld en kreeg al snel na haar introductie in de Verenigde Staten internationale weerklank. Een snellere keuze voor RAI in de woonzorgcentra zou de implementatie ervan nog voor de zesde staats hervorming mogelijk gemaakt hebben. Het had de kans geboden om vandaag al in alle regio's aan de slag te zijn met BelRAI in de woonzorgcentra. Dat zou ons heel wat kennis en ervaring gegeven hebben voor de verdere ontwikkeling en uitrol in andere sectoren en had de kwaliteit van zorg voor alle bewoners binnen de Belgische woonzorgcentra ten goede gekomen. Een federaal kennisinstituut had die kennis en ervaring kunnen bundelen en de regio's bij de verdere implementatie in andere sectoren ondersteunen. Nu zijn de regio's in de eerste plaats op zichzelf aangewezen, met een versnipperde situatie als resultaat.

Dat neemt niet weg dat we tegelijkertijd trots mogen zijn op waar we vandaag staan. Heel wat mensen en organisaties hebben heel veel werk geleverd om te komen tot dit punt en op korte en middellange termijn staat de implementatie van meerdere instrumenten voor de deur. Het valt af te wachten hoe die implementatie zich zal verhouden ten opzichte van andere problematieken zoals personeelstekorten en stijgende woon- en leefkosten. De tijd zal leren of we binnen enkele jaren kunnen terugblikken op een vlotte implementatie en positieve ervaringen bij zowel de zorgprofessionals, -organisaties en personen met complexe zorgnoden. We hopen alvast van wel.

⁷ <https://www.nedrai.org/interrai-community-2/>.

Bibliografie

- Boorsma, M., Frijters, D., Knol, D., Ribbe, M., Nijpels, G., & van Hout, H. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 183(11), 1-9.
- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Fontaine, O., & Ylief, M. (2002). *Qualidem I Eindrapport*. Leuven - Luik: Qualidem 2002.
- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Fontaine, O., & Ylief, M. (2005). *Qualidem II: Eindrapport*. Leuven - Luik: Qualidem 2005.
- Buntinx, F., Falez, F., Swine, C., Ylief, M., Closon, M.-C., & De Lepeleire, J. (2003). *Interface: Rapport 2003*. Leuven - Brussel: Interface 2003.
- Dash, D., Heckman, G., Boscart, M., Costa, A., Killingbeck, J., & d'Avernas, J. (2018). Using powerful data from the interRAI MDS to support care and a learning health system: a case study from long-term care. *Healthcare management forum / Canadian College of Health Service Executives*, 31(4), 153-159.
- Declercq, A., Gosset, C., Paepen, B., Mello, J., Vanneste, D., Detroyer, E.,... e.a. (2008). *Actieproject BelRAI II: Haalbaarheid van de RAI-Methode in België*. Leuven: Actieproject BelRAI II.
- FOD Volksgezondheid;. (2013). *Het actieplan e-gezondheid 2013-2018*. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.
- Hannes, P. (2014). Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidssector. *CM-Informatie*, 255, 28-38.
- Hawes, C., Morris, J., Phillips, C., Fries, B., Murphy, K., & Mor, V. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26, 19-25.
- Murphy, K., Morris, J., Fries, B., & Zimmerman, D. (1995). The Resident Assessment Instrument: Implications for Quality, Reimbursement, and Research. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 19(4), 43-46.
- Protocolakkoord BelRAI. (2018, maart 26). Brussel: Interministeriële conferentie Volksgezondheid.
- Vandeuren, J. (2013). *Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Beleidsprioriteiten 2013-2014*. Brussel: Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vermeulen, B., Van Eeno, L., Vanneste, D., & Declercq, A. (2015). *Naar een getrapte gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener*. Leuven : KU Leuven Lucas.



Begroting voor gezondheidszorg 2023

Ondersteuning van de zorgverstrekkers en van de patiënten

Saskia Mahieu — Directie politiek en beleid
Sophie Cès — Studiedienst

Samenvatting

De voorbereiding van het budget 2023 wordt echter gekenmerkt door de budgettaire impact van de COVID-19 pandemie, een toenemende schaarste aan zorgpersoneel, een hoge inflatie en stijgende energieprijzen. In sommige disciplines deconventioneren zorgverstrekkers massaal waardoor de tariefzekerheid voor de patiënt in het gedrang komt. De begrotingsbesprekingen voor de toewijzing van het budget gezondheidszorg in 2023 worden dus sterk gekenmerkt door de context waarin de zorgverstrekkers vandaag werken.

Uiteindelijk zal de Algemene Raad unaniem een begroting voor de gezondheidszorg in 2023 goedgekeurd hebben waarbij het voorstel van het Verzekeringscomité gerespecteerd wordt. 35,3 miljard euro wordt voor de gezondheidszorg ter beschikking gesteld. De budgettaire marge is met prioriteit toegewezen aan de zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen en aan de financiële toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt.

Sleutelwoorden: Begroting, gezondheidszorg, nieuwe initiatieven, COVID-19, hervormingen, gezondheidszorgdoelstellingen, governance, analyse

1. Context van het begrotingsproces

De doelstelling van elk traject voor de beslissing over een budget gezondheidszorg is een betere bijdrage van de gezondheidszorg tot de gezondheid en de levenskwaliteit van elke burger. Ook tijdens de besprekingen over het budget gezondheidszorg in 2023 is de rode draad de uitdaging om in een bijzonder moeilijke, economische context de best mogelijke volksgezondheid na te streven.

In dit artikel worden de politieke en economische context en het resultaat van de onderhandelingen over de begroting 2023 voorgesteld¹. Het jaar 2024 wordt al even onder de loep genomen aangezien de federale regering tijdens haar begrotingsconclaf van begin oktober 2022 al een budgettaire strategie voor 2024 uitwerkte.

1.1. Geschiedenis van de groei van de begroting voor gezondheidszorg

In België evolueert het budget voor gezondheidszorg volgens verschillende parameters, de wettelijke groeionorm vastgelegd door de overheid, de indexeringsmassa en enkele specifieke uitgaven. De wettelijke groeionorm bepaalt de reikwijdte van de beschikbare budgettaire marge die kan worden gebruikt voor de financiering van nieuwe initiatieven. Deze is de afgelopen tien jaar geleidelijk gedaald, van 4,5% tot 2012 naar het lage niveau van 1,5% vanaf 2015. In werkelijkheid bedroeg de reële effectieve groei van de zorguitgaven slechts 1,5% tussen 2012 en 2015 en 0,9% tussen 2015 en 2019 (Lambert, 2020) met name door de beslissing om niet de volledige groeionorm toe te kennen. Volgens het Federaal Planbureau heeft de evolutie van de structurele zorgbehoeften (die overeenkomt met de toename van de prevalentie van chronische ziekten, de vergrijzing van de bevolking, de medische vooruitgang, de veranderingen in de medische praktijk en de socio-economische factoren) theoretisch geleid tot een gemiddelde jaarlijkse, reële stijging van 2,2% van de uitgaven voor gezondheidszorg (prognose bij ongewijzigd beleid over de periode 2017-2022) (Federaal Planbureau, 2017). Deze aanzienlijke inkrimping van de begrotingsmiddelen in verhouding tot de financieringsbehoeften van de afgelopen tien jaar heeft grote gevolgen voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg op middellange termijn, te beginnen met de onmoge-

lijkheid om de vooruitgang in de geneeskunde voldoende te financieren, om een billijke verloning voor dienstverleners in het kader van de conventionering te ondersteunen en om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. Recentere analyses van de prestatie van het gezondheidszorgsysteem tonen aan dat er aanzienlijke problemen met betrekking tot de toegang tot de zorg blijven bestaan (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020; Cès & Baeten, 2020; Maertens de Noordhout, et al., 2022). Het decennium van structurele onderinvestering, gevolgd door de gezondheids- en economische crisis, vormt een uitzonderlijk gespannen context om een performant gezondheidszorgsysteem te garanderen.

1.2. Huidige economische context voor de voorbereiding van de begroting 2023

In juni 2022 al waarschuwt het Monitoringcomité voor het oplopende overheidstekort. De federale overheid dient tijdens het begrotingsconclaf van begin oktober een evenwicht te zoeken tussen een budgettaire inspanning om het overheidstekort te verminderen en meeruitgaven ten behoeve van het behoud van de koopkracht van de gezinnen en het concurrentievermogen van de bedrijven.

In de sector van de gezondheidszorg ligt de grootste uitdaging in het vinden van passende budgettaire antwoorden op de moeilijkheden waarmee zorgverleners en patiënten worden geconfronteerd, ondanks de zeer beperkte budgettaire middelen. In sommige disciplines is het aantal geconventioneerde zorgverstrekkers inderdaad te beperkt om een snelle toegang tot zorg aan het conventietarief te garanderen (De Wolf, et al., 2020). Het model dient hervormd te worden zoals vermeld in de nota van de Algemene Raad van 17 oktober 2022: "Toegankelijkheid betekent ook zorgen voor een voldoende aanbod zorgverleners die de tarieven respecteren" (RIZIV-INAMI, 2022a). De economische moeilijkheden die gepaard gaan met de enorme inflatie ontzien de zorgsector niet, onder meer omdat de bestaande indexmechanismen binnen de ziekteverzekering vandaag te traag reageren met een aanzienlijke financiële last voor de zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen tot gevolg. In combinatie met de toenemende personeelschaarste neemt het risico op een aftakeling van de toegankelijkheid van gezondheidszorg toe met bijgevolg een risico op de duurzaamheid van het bestaande zorgsysteem.

1 "De onderhandelingen worden in eerste instantie gevoerd binnen de Overeenkomsten en -Akkoordcommissies (commissies per zorgsector waarin de betrokken ziekenfondsen en zorgverleners zijn verenigd) wanneer zij elk hun eigen begrotingsprioriteiten bepalen. Vervolgens binnen het Verzekeringscomité wanneer de vertegenwoordigers van zowel de zorgverleners als de ziekenfondsen een eerste globaal begrotingsvoorstel formuleren, begin oktober" (Lambert, 2020). De Algemene Raad van het RIZIV keurt vervolgens het voorstel goed.

teem. Het Verzekeringscomité werd uiteindelijk verplicht om een voorstel van budget gezondheidszorg 2023 aan de Algemene Raad over te maken zonder de resultaten van het begrotingsconclaaf al te kennen.

1.3. Hervorming van het beleid van het gezondheidszorgsysteem

In februari 2022 leveren een werkgroep *Quintuple Aim* binnen het kader van het Verzekeringscomité en een onafhankelijk Wetenschappelijk Comité elk een rapport op met aanwijzingen voor de aanpassing van de governance van het begrotingsproces (RIZIV-INAMI, 2022b). De mutualiteiten vragen zich af welke rol hen in september zal toebedeeld worden. De operationalisering van de aangepaste governance laat op zich wachten. De mutualiteiten nemen hun rol uiteindelijk zoals de voorbije jaren op en trekken dus de begrotingsbesprekingen met het oog op een voorstel van het Verzekeringscomité aan de Algemene Raad.

In juli 2022 ontvangen de leden van het Verzekeringscomité en van de Algemene Raad een nota van de regering met daarin de voornaamste principes voor de aanpassing van de bestaande governance. De nota respecteert de werkzaamheden van zowel de werkgroep *Quintuple Aim* als van het Wetenschappelijk Comité. Men gaat uit van het principe dat het verbeteren van de performantie van het gezondheidszorgsysteem in een context van beperkte middelen een nieuwe manier van samenwerken vereist door een betere mobilisering van de collectieve reflectie die verder gaat dan silo-overwegingen per sector en die gebaseerd is op wetenschappelijke inzichten. Deze nieuwe, collectieve benadering van de problemen moet voorstellen voor innovatieve oplossingen stimuleren waarmee men beter in staat is om de vele uitdagingen op het gebied van de volksgezondheid het hoofd te bieden.

Stappen bij het opstellen van actieprogramma's

De complexiteit in de zorg vereist dat alle betrokkenen bijeen worden gebracht om samen na te denken over de uit te voeren acties. Het streefdoel moet daarbij een betere gezondheid en levenskwaliteit voor iedereen zijn. Het toekomstige beleid van het gezondheidszorgsysteem zou het dus mogelijk moeten maken om een kader tot stand te brengen dat bevorderlijk is voor de co-constructie, dat zowel goed geformaliseerd als structurerend is en toch voldoende flexibel en aanpasbaar blijft om omvormingen te sturen in de domeinen die als prioritair worden beschouwd. Co-constructie wordt gedefinieerd als de samenwerking tussen verschillende actoren (zorgverstrekkers, 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 daarvan te monitoren (Cès, 2022). Het gaat in de eerste plaats over een strategische visie voor het gezondheidszorgsysteem met een kader van waarden, prioritaire domeinen, globale gezondheidsdoelstellingen en gezondheidszorgdoelstellingen die SMART² (indien mogelijk) en gedeeld (op participatieve wijze bepaald) zijn. De gezondheidsdoelstellingen zijn voor het merendeel doelstellingen op lange termijn. Daarom is het van essentieel belang te beschikken over operationele doelstellingen (proces, structuur, organisatie) om op korte en middellange termijn na te gaan of de in het gezondheidszorgsysteem aangebrachte verbeteringen daadwerkelijk zijn doorgevoerd.

2 Specifiek (gedefinieerd, Meetbaar, Acceptabel (rekening houdend met mogelijke acties), Realistisch (rekening houdend met het tijdschema), Tijdsgebonden gedefinieerd. SMART-doelstellingen zijn geen controle-instrument. Ze zijn bedoeld om de verbetering van de performantie van het gezondheidszorgsysteem op te volgen.

Co-constructie gaat over een iteratieve verbeteringscyclus (zie Figuur 1):

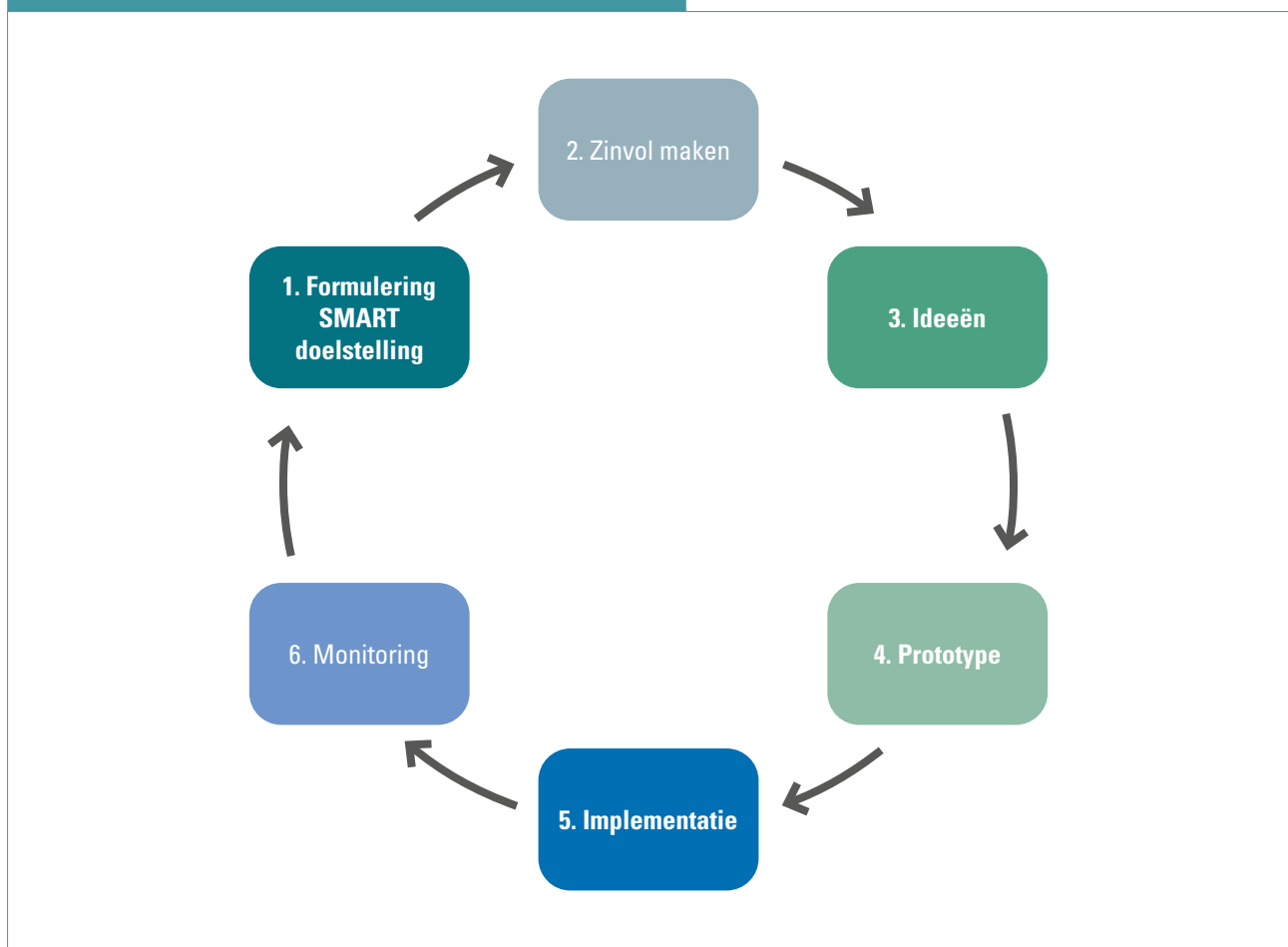
1. het aan te pakken probleem wordt geselecteerd en gedefinieerd, formulering SMART doelstelling;
2. aangezien het probleem complex is, is het van essentieel belang te beginnen met het opbouwen van gemeenschappelijke kennis over het probleem;
3. er worden alternatieve opties, modellen en mogelijke acties voorgesteld om er vervolgens de meest relevante uit te selecteren;
4. de robuustheid van de voorgestelde acties worden aan de perspectieven van de patiënten en de zorgverstrekkers, plaatselijke context en andere externe factoren of bestaande projecten enz. getoetst;
5. de prioritaire geslaagde acties worden geoperationaliseerd en begrotingsramingen worden gemaakt met het oog op de planning van de uitvoering ervan over meerdere jaren.

Met de beslissing over het budget gezondheidszorg 2022 is een nieuwe transversale lijn "Gezondheidszorgdoelstellingen en *appropriate care*" ingevoerd. De visie op deze

lijn is de co-constructie van verschillende betrokkenen rond complexe problemen van volksgezondheid en rond de performantie van het gezondheidszorgsysteem. Concreet is de opdracht om actieprogramma's te ontwikkelen om gemeenschappelijke gezondheidszorgdoelstellingen via meerjarige planning te realiseren. De volgende zeven prioritaire domeinen van secundaire en tertiaire preventie door middel van transversale zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg werden daar in 2022 voor geselecteerd:

- starttraject voor de patiënt met risico op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes;
- zorgtraject voor kinderen met obesitas;
- multidisciplinair prenataal en postnataal zorgtraject voor kwetsbare vrouwen;
- zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie;
- zorg rond eetstoornissen voor jongeren met psychiatrische problemen;
- reductie van ziekenhuisheropnames door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren;

Figuur 1: Iteratieve verbeteringscyclus



- diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn, onder meer COVID Long.

In 2022 werd het begin van dit nieuwe beleid gelanceerd. De verwachting voor 2023 is de nodige, bijkomende middelen te kunnen voorzien in functie van de werkgroepen.

2. De begrotingsdoelstelling en de technische ramingen voor 2023

2.1. Globale begrotingsdoelstelling 2023

De berekeningswijze voor de globale begrotingsdoelstelling ligt bij wet vast. Elk jaar is de basis van de berekening de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar. Deze wordt vermeerderd met de wettelijke groeinorm die elke regering bij aanvang van de legislatuur bij wet vastlegt, de indexmassa op basis van de gezondheids³ (8.14%)- en spilindex en enkele specifieke uitgaven (zie Tabel 1).

2.2. Technische ramingen voor 2023

Op basis van technische ramingen worden de gezondheidsuitgaven in 2023 bij constant beleid geraamd op 33,351 miljard euro (zonder indexering) (RIZIV-INAMI, 2022c) (zie Tabel 2).

De leden van het Verzekeringscomité en van de Algemene Raad ontvangen van de diensten van het RIZIV tegen half september de herziene technische ramingen of dus de verwachte uitgaven in het volgende jaar op basis van de beschikbare cijfers en uitgaande van constant beleid. De technische ramingen 2022 – 2023 zijn in principe gebaseerd op de trendevolutie van de verrichte uitgaven en gevallen voor de periode 2015 – 2019, waarbij dus geen rekening gehouden wordt met de gepresteerde uitgaven en gevallen van de jaren 2020 en 2021 of de gecorrigeerde trendevolutie van de geboekte uitgaven en gevallen voor de periode 2017 – 2021. Door geen rekening te houden met de boekjaren 2020 en 2021 of deze te corrigeren, wordt de impact van COVID-19 geneutraliseerd in de trendextrapolatie waardoor de resultaten niet beïnvloed worden door de minderuitgaven in 2020 en 2021 ten gevolge van COVID-19.

Tabel 1: Samenvatting van de berekening van de globale begrotingsdoelstelling 2023 (Bron: RIZIV-INAMI, 2022c)

	In 000 euro
Globale begrotingsdoelstelling 2022	32.126.154
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2022	-1.280.272
Bijkomende vergoeding aan zorgverleners	-207.000
Strikte norm 2022	30.638.882
Reële groeinorm 2,5%	765.972
Subtotaal	31.404.854
Gezondheidsindex (8,14%)	1.475.727
Spilindexmassa 2022 (meerkost in 2023 tov doelstelling 2022)	673.170
Spilindexmassa 2023	282.743
Subtotaal	33.836.494
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2023	1.429.348
Hervorming gedetenieerden	19.453
Voorstel begrotingsdoelstelling 2023	35.285.295

3 Gezondheidsindex : "De huidige waarde van deze index wordt verkregen door bepaalde producten uit de lijst van het indexcijfer voor consumentenprijzen te halen, namelijk alcoholische dranken (gekocht in winkels of geconsumeerd op café), tabak en brandstoffen, behalve LPG » | Statbel (fgov.be). Voor werknemers geldt de spilindex (toegepast de 1e maand na overschrijding van 2%).

Tabel 2: samenvatting van de berekening van de budgettaire marge 2023
(Bron: RIZIV-INAMI, 2022c)

in 000 euro (september)	Simulatie begrotingsdoelstelling 2023	ITR 2023 (sept 2022)	Vershil
Resultaat (in p 2022*)		33.351.797	
Indexmassa			
Gezondheidsindex		1.475.727	
Spilindex 2023		282.743	
Resultaat (in p 2023)	35.285.295	35.110.267	175.028

* Exclusief de bijkomende vergoeding zorgverleners op 1 juli 2022

De budgettaire marge komt overeen met de begrotingsdoelstelling voor 2023 (zie Tabel 1) minus de technische ramingen (en de geraamde indexeringsbedragen voor 2023) (zie Tabel 2). In 2023 is het saldo positief en komt het overeen met een verschil van 175.028 miljoen euro ten opzichte van de begrotingsdoelstelling. Deze positieve marge maakt de financiering van nieuwe initiatieven mogelijk.

3. Het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en de beslissing van de Algemene Raad

3.1. Het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité : toewijzing van de budgettaire marge

Het Verzekeringscomité streeft de *Quintuple Aim* na wanneer ze beslissingen over nieuw beleid dient te nemen:

- kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- gezondheid van de bevolking;
- kosteneffectiviteit, d.w.z. 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 (d.w.z. niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit;
- welzijn van de zorgprofessionals.

De doelstelling om te streven naar meer efficiëntie in het gezondheidssysteem krijgt in 2023 concreet vorm in *Appropriate Care*. Met de term *Appropriate care* bedoelen we de bestaande middelen beter te besteden of dus efficiëntiewinsten⁴ te realiseren. Het idee is gecentreerd rond de mogelijkheden om netto financiële winst te genereren, dat wil zeggen door acties te financieren die niet alleen rendabel kunnen zijn, maar ook een netto financiële winst genereren in verhouding tot wat er wordt geïnvesteerd. Het doel is om deze winsten te kunnen herinvesteren om andere behoeften te financieren⁵. *Appropriate care* dient verduidelijkt te worden. Er moet vermeden worden dat dit begrip verengt tot het vermijden van verspilling of dus louter het weg nemen van *inappropriate care*. De doelstelling is om binnen het bestaande budget ook te verschuiven van minder naar meer *appropriate*. "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 desinvestering in *inappropriate care*, terugdringing van praktijkvariëaties, recyclage van middelen uit *overuse* en herinvestering in *underuse*" (RIZIV-INAMI, 2022b).

Er zijn meerdere manieren mogelijk om de efficiëntie te verbeteren om *Appropriate Care* te verwezenlijken:

- aan de ene kant kan worden nagedacht over het verlagen van de zorgkosten, die enerzijds moet gebeuren door bepaalde activiteiten die weinig toegevoegde waarde opleveren minder te doen teneinde («relevante zorg op de juiste plaats op het juiste moment») te bevorderen, en anderzijds door het gebruik van minder middelen of minder dure middelen voor dezelfde efficiëntie;
- aan de andere kant is het ook essentieel om vermijdbaar

4 Het verband tussen wat in het systeem is geïnvesteerd en welke resultaten daarmee zijn behaald: (www.gezondbelgie.be).

5 Het is ook mogelijk om de efficiëntie te verhogen zonder direct financiële middelen vrij te maken, namelijk door meer te investeren om een grotere gezondheidswinst te behalen. Deze mogelijkheid betreft echter niet *appropriate care* omdat het gaat om het behalen van een netto financiële winst op korte termijn.

re ziektecijfers te bestrijden die aanzienlijke zorgkosten met zich meebrengen, te beginnen met de verbetering van de veiligheid van de zorg om de extra zorgkosten te verminderen (bijvoorbeeld bestrijding van complicaties bij wonden, ziekenhuisinfecties, vermijdbare heropnames, enz.) (Devos, et al., 2019). Verbetering van de toegang tot de zorg is ook een middel om vermijdbare complicaties te voorkomen, bijvoorbeeld door vroegtijdige opsporing, door verbetering van de continuïteit van de zorg, met name bij ontslag uit het ziekenhuis, of door betere toegang tot essentiële zorg voor chronisch zieken.

Met het oog op een performant beheer van de ziekteverzekering wordt voorgesteld om in 2024 op kruissnelheid 80 miljoen euro *appropriate care* te implementeren en dit pak-

ket vanaf 1 oktober 2023 te laten ingaan zodat in 2023 ook al 20 miljoen euro in nieuwe initiatieven kan geherinvesteerd worden. De totale beschikbare budgettaire marge is voor 2023 bijgevolg 195.028 duizend euro wat neerkomt op 0,55% van het totale budget in 2023. Dit is bedoeld om nieuwe initiatieven te financieren die in onderstaande tabellen 3, 4 en 5 worden weergegeven.

In de bijzonder moeilijke economische context wordt prioriteit gegeven aan maatregelen voor het welzijn van de zorgverstrekker (cf. *Quintuple Aim*). Deze inspanning vertegenwoordigt 70% van de budgettaire marge. Het verbeteren van de financiële en fysieke toegankelijkheid van de zorg was ook een budgettaire prioriteit, goed voor 22% van de budgettaire marge

✕ Nieuwe initiatieven genomen in het kader van de begrotingsdoelstelling (verdeling van de budgettaire marge van 195 miljoen)

Tabel 3: Financiële toegankelijkheid voor de patiënt (14% van de budgettaire marge op jaarbasis)

Maatregel	In euro
Brilglazen en andere hulpmiddelen: aanpassing van de nomenclatuur en drempelverlaging	3.354.000
Mond- en tandzorg: uitbreiding leeftijd codes kinderen (zonder remgeld) tot de 19de verjaardag	3.527.000
Uitbreiding leeftijdsgrens tot 60ste verjaardag voor paradontaal onderzoek	445.000
Afschaffing van de leeftijdsgrens voor het jaarlijkse mondonderzoek	1.500.000
Integratie maximumtarieven (bijkomende stap)	1.500.000
Uitbreiding van de terugbetaling sensoren voor diabetes type II (in twee stappen om tot een correcte prijszetting te komen)	7.000.000
Oncofreezing (uitbreiding indicaties)	1.500.000
Interhospitaal vervoer	6.493.930
Verhoging forfait enterale voeding in de thuissituatie	2.200.000
Totaal	27.519.930

Tabel 4: Fysieke toegankelijkheid voor de patiënt (8% van de budgettaire marge op jaarbasis)

Maatregel	In euro
Transgender: oprichten van satelietcentra wegens wachtlijsten van meer dan 700 personen	470.912
Zeldzame aandoeningen: financiering van de functie van zorgcoördinatie voor vier uit te testen ziekten	675.000
Geestelijke gezondheidszorg artsenhonoraria voor somatische zorg in psychiatrische ziekenhuizen (eerste stap)	6.443.999
Continuïteit thuis/ziekenhuis – eerste fase: financiering van herstelverblijf / hersteleenheden na overleg met de regio's, waarbij in een tweede fase ook de uitbreiding naar SP-bedden en thuiszorg wordt aangepakt	8.389.532
Totaal	15.979.443,76

Tabel 5: Welzijn voor de zorgverlener (70% van de budgettaire marge, op jaarbasis)

Maatregel	In euro
Bijkomende structurele maatregel voor geconventioneerde zorgverstrekkers (steun op het vlak van de toenemende werkingskosten)	100.000.000
Sociaal statuut voor vroedvrouwen invoeren zoals dat vandaag al voor de thuisverpleegkundigen bestaat	1.036.146
Revalorisatie van kinesitherapeutische zorg op basis van indexmassa, budgettaire marge en indexering: 17,29 miljoen euro op 1.1.2023 en 11,162 miljoen euro vanaf 1.7.2023 om de tijd te nemen om tegelijkertijd ook voor 9 miljoen euro maatregelen appropriate care uit te schrijven	25.000.000
Het opwaarderen van de weekendcode voor de postnatale zorg op dag 5	492.480
Sociaal statuut voor de arts-s in opleiding's en huisartsen in opleiding's	5.000.000
Ondersteuning verplaatsingskosten loontrekkende thuisverpleging	5.000.000
Totaal	136.528.626

Het toegenomen risico op cyberaanvallen vereiste een extra budget van 15 miljoen (8% van de budgettaire marge). Dit is een uitzonderlijke maatregel aangezien ICT in principe niet gefinancierd wordt met budget dat voor gezondheidszorg is bedoeld. Men redeneerde hier, op basis van concrete ervaringen, dat de continuïteit van zorg door cyberaanvallen sterk in het gedrang kan komen en dus een financiering via het budget gezondheidszorg uitzonderlijk toch verantwoord was.

3.2. De beslissing van de Algemene Raad

De regering bevestigt de nieuwe initiatieven in het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en onderstreept de volgende maatregelen in het kader van de financiële toegankelijkheid van de patiënt. Deze maatregelen worden buiten de begrotingsdoelstelling genomen.

Wat betreft de verbetering van de financiële toegang, worden de remgeldplafonds van de maximumfactuur (MAF) dit jaar niet geïndexeerd. De MAF is een financiële beschermingsmaatregel die tot doel heeft buitensporige gezondheidsuitgaven voor gezinnen te voorkomen. Boven een bepaald plafond zijn de over een jaar opgebouwde eigen bijdragen niet langer sociaal aanvaardbaar omdat ze een financiële last vormen die te hoog wordt. Bij overschrijding van het plafond (afhankelijk van het netto belastbaar gezinsinkomen) worden remgelden en andere kosten die ten laste zijn van de patiënt, terugbetaald. Dit betekent dat de grens waarboven patiënten recht hebben op terugbetaling van het remgeld en andere kosten door de ziekteverzekering dit jaar niet wordt verhoogd. Een andere maatregel

ten gunste van financiële toegang is de automatische toekenning van de verhoogde tegemoetkoming aan langdurig werklozen en arbeidsongeschikten omdat zij onder de inkomensplafonds zouden zitten.

Ook worden er enkele budgetverschuivingen beslist. Een resterend bedrag van 7,635 miljoen euro op de transversale budgetlijn wordt aan een conventie 'gespecialiseerde multiple sclerose (MS) zorgcoördinator en multidisciplinaire MS raadpleging' toegewezen. Op basis van het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen wordt 4 miljoen euro voorzien voor de aangepaste honorering van de neuroloog, psychiater en geriater bij residenten in voorzieningen voor ouderenzorg om de toegang tot deze zorg voor hen te verbeteren. 1,036 miljoen euro kan worden vrijgemaakt voor de totstandbrenging van moedermelkbanken in de ziekenhuizen omdat het budget dat nodig is om het sociaal statuut voor de vroedvrouwen in te voeren uiteindelijk op een andere "administratieve" kostenpost kan gevonden worden. In het kader van het geïntegreerde drugbeleid worden de A-diensten voor 20 Geestelijke gezondheidszorg netwerken versterkt en wordt een extra ondersteuning voorzien

ten behoeve van de betreffende art. 56 projecten (met telkens een vervolg in 2024).

Een eenmalige compensatie ten belope van 80 miljoen euro voorzien voor de eerste jaarhelft van 2023 voor de toegenomen energiekosten in de ziekenhuizen. Tegen 30 juni 2023 zal geëvalueerd worden of er hiervoor bijkomende middelen moeten worden vrijgemaakt. De meerkost van de maatregelen tegen COVID-19 wordt voor 2023 in september geraamd op 296.693 duizend euro en

is afhankelijk van de evolutie van de pandemie en meer nog van de vooropgestelde teststrategie (RIZIV-INAMI, 2022c). Omwille van een aangepaste teststrategie na het begrotingsconclaf wordt de meerkost voor 2023 uiteindelijk geraamd op 100 miljoen euro. Deze meerkost wordt buiten de globale begrotingsdoelstelling opgenomen. In 2024 worden de maatregelen die structureel ter bestrijding van COVID-19 nodig zijn in de globale begrotingsdoelstelling geïntegreerd of dus niet langer buiten norm gefinancierd.

Impact van COVID-19 op de gezondheidsuitgaven

In 2020 en 2021 bedroeg de effectieve meerkost van de specifieke maatregelen COVID-19 buiten de globale begrotingsdoelstelling respectievelijk 897,170 miljoen euro (waarvan zo'n 200 miljoen euro voor testing) en 1,123 miljard euro (waarvan zo'n 640 miljoen euro voor testing) (RIZIV-INAMI, 2022c). De totale minderuitgaven in het gebruik van gezondheidszorg worden geraamd op 1,47 miljard euro voor het jaar 2020 en veel minder voor het jaar 2021 (RIZIV-INAMI, 2021).

Zowel de uitgaven in de ambulante sectoren als in de ziekenhuizen liggen in 2021 beduidend hoger t.o.v. 2020:

- in de ambulante sectoren buiten de ziekenhuizen stijgen de uitgaven in 2021 met 9,7% t.o.v. 2020;
- in de ziekenhuizen stijgen de uitgaven in 2021 met 10,3% t.o.v. 2020.

Nuttig om te weten is ook dat in 2021 door alle sectoren in totaal 10,7 miljoen verstrekkingen op afstand zijn gebeurd. Ze vertegenwoordigen een uitgave van 224 miljoen euro. Het overgrote deel van deze verstrekkingen werd gepresteerd door artsen (218 miljoen euro voor 10,5 miljoen verstrekkingen).

De geneesmiddelenindustrie dient het besparingstraject uit te voeren zoals de regering met haar regeerakkoord voor de jaren 2022-2024 besloot: in het kader van het regeerakkoord besloot de regering de geneesmiddelenindustrie om de volgende inspanningen te vragen als bijdrage tot het begrotingssaldo van de federale regering (niet cumulatief): 150 miljoen euro in 2021, 180 miljoen euro in 2022, 210 miljoen euro in 2023 en 250 miljoen euro in 2024. Bovendien beslist de regering tijdens haar begrotingsconclaf dat de gezondheidszorg in 2023 120 miljoen euro niet zal mogen besteden om zo het begrotingstekort van de federale regering te beperken. Dit gaat enerzijds over 80 miljoen euro technische correcties op de ramingen van het RIZIV en anderzijds over 40 miljoen euro nieuwe beleidsinitiatieven die niet in 2023 zullen mogen worden geïmplementeerd, maar wel voor 2024 worden gereserveerd.

Uiteindelijk neemt de regering ook al enkele beslissingen die de begrotingsbesprekingen voor het budget gezondheidszorg in 2024 sterk zullen beperken in de antwoorden die zullen kunnen gegeven worden aan de zorgnoden van de bevolking en de financieringsbehoeften van de zorgverstrekkers. De groeinorm wordt uitzonderlijk voor één jaar verlaagd van 2,5% tot 2% wat overeenkomt met 169 miljoen euro waardoor de mogelijkheid van een budgettaire marge om te investeren in de gezondheidszorg onwaarschijnlijk wordt. De reële uitgavenstijging van 2% wordt grotendeels opgenomen door de structurele toename van de zorgbehoefte van de bevolking bij gelijkblijvend beleid (zie deel 1). Voor de periode 2020-2024 schatte het Federaal Planbureau de gemiddelde reële stijging op 2,5% per jaar bij gelijkblijvend beleid (Federaal Planbureau, 2019). Bij deze forse daling van de begroting 2024 komt de meerkost van de maatregelen tegen COVID-19 (zie boven). Tot slot is het ook voorzien dat 125 miljoen euro in 2024 niet zal kunnen worden besteed, maar in principe voor 2025 wordt gereserveerd.

4. Conclusie

Het voorstel is door de leden van het Verzekeringscomité met 2/3^{de} meerderheid gestemd⁶ en door de Algemene Raad unaniem goedgekeurd. De beslissing die is genomen, geeft de nodige maatregelen om de toegang tot de zorg te ondersteunen en houdt rekening met de financiële moeilijkheden voor zorgverleners en zorginstellingen ondanks de moeilijke economische situatie. Aangezien net omwille van die moeilijke situatie mag verwacht worden dat meer mensen hun zorg zullen uitstellen, of misschien zelfs moeten afstellen, waarderen we deze beslissing van de regering. De naweeën van de pandemie, gecombineerd met de toenemende personeelsschaarste, de vergrijzing, de stijgende energieprijzen en de vertraagde indexeringen zetten de zorgverstrekkers echter onder zware druk. Te recht is een groot deel van de budgettaire marge aan hen toegewezen en verder ook aan maatregelen ter ondersteuning van de financiële toegankelijkheid van zorg voor elke patiënt.

In 2022 kwam het conventiemodel door de toenemende werkingskosten en de vertraging in de indexmechanismen feller onder druk te staan. Conventiëring en een voldoende aantal zorgverstrekkers is niettemin essentieel in het behoud van financiële toegankelijkheid voor elke patiënt (mits redelijke conventietarieven voor de patiënt). Conventiëring kent ook duidelijk geen mirakeloplossingen. De 100 miljoen euro voor de structurele kostencompensatie van de toenemende werkingskosten ten behoeve van volledig geconventioneerde zorgverstrekkers, zou alle actoren de tijd moeten geven om het conventiemodel grondig aan te passen zodat patiënten in elke regio een voldoende tariefzeker aanbod vinden. Deze hervormingen zullen in 2023 moeten worden uitgewerkt tegelijkertijd met de hervorming van de medische nomenclatuur en met de medische verkiezingen, wat niet eenvoudig zal zijn.

Het succes van het gezondheidszorgbeleid zal afhangen van het vermogen van bestuursprocessen om alle verschillende perspectieven te integreren in een dynamiek van voortdurende verbetering van het gezondheidszorgsysteem. Om deze dynamiek tot stand te brengen, is

de co-constructie van gezondheidszorgbeleid, gericht op het transformeren van het gezondheidszorgstelsel op een participatieve en iteratieve manier, een nieuwe missie, die voor alle betrokkenen wordt geformaliseerd. Op dit ogenblik zijn er nog geen interfederale gezondheidsdoelstellingen geformuleerd, nog geen SMART gezondheidszorgdoelstellingen bij de budgetbeslissingen voor 2023 vastgelegd en de governance voor een aangepast begrotingsproces is nog niet geoperationaliseerd. Ook zijn nog geen participatieve methodologieën ingevoerd waarmee zorgverstrekkers, mutualiteiten en experts leren co-construeren.

Het invoeren van de nieuwe methodologie van gezondheids(zorg)doelstellingen, actieprogramma's en meerjarige planning vergt tijd, middelen om aangepaste werkmethodes te ontwikkelen en een aangepaste governance. Intussen dient ook het vertrouwen in de nieuwe werkwijze te worden opgebouwd. De mutualiteiten hadden gehoopt hiermee verder te staan, niet in het minst in de zeven transversale werkgroepen die op basis van de budgetbeslissing voor 2022 zijn opgericht (zie boven). Daarom is besloten geen nieuwe werkgroepen op te richten (de transversale begrotingslijn is voorlopig nog niet vervolledigd). Er is nu dringend behoefte aan een bestuursmodel dat alle betrokkenen kan mobiliseren rond de vele uitdagingen waarmee het gezondheidsstelsel op lange termijn wordt geconfronteerd. Nieuwe werkmethoden om aan de gezondheidszorgdoelstellingen actieprogramma's te koppelen die gebaseerd zijn op *appropriate care* en een meerjarige planning moeten ontwikkeld worden. Het behoud van het gezondheidszorgsysteem vereist echter een sterk investeringsbeleid, zonder hetwelk het de komende jaren niet zal lukken om aan de zorgbehoefte van de bevolking te beantwoorden, te beginnen met het verhogen van de wettelijke groeionorm, wat een enorme uitdaging blijft voor de toekomst. Budgettaire keuzes moeten immers niet alleen beantwoorden aan de huidige behoeften, maar moeten het ook mogelijk maken te anticiperen op toekomstige behoeften om het zorgaanbod aan te passen. Gezien de snelle evolutie van de behoeften is het behoud van een model voor de gezondheidszorg dat op solidariteit is gebaseerd, zeer afhankelijk van de budgettaire keuzes die in de komende jaren zullen worden gemaakt.

6 Het Verzekeringscomité adviseerde het voorstel met 2/3de meerderheid: 100% op de bank van de mutualiteiten (22 op 22 stemmen voor) en 73% op de bank van de zorgverstrekkers (6 afwezig om dat pas zeer laat is gemeld dat de vergadering fysiek in plaats van virtueel zou plaatsvinden, 5 onthoudingen, 8 stemmen voor en 3 stemmen tegen).

Bibliografie

- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Health Services Research (HSR), KCE Reports 334 D/2020/10.273/30.
- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg in België. Syntheserapport*. Brussel: European Social Observatory.
- De Wolf, F., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., Rygaert, X., & Willaert, D. (2020). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering*. Brussel: IMA-AIM Intermutualistisch Agentschap.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Rapport 2019. KCE Reports 313A*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Federaal Planbureau. (2017). *Regionale economische vooruitzichten 2017-2022*. Brussel: FPB-BFP.
- Federaal Planbureau. (2019). *Economische vooruitzichten 2019-2024*. Brussel: FPB.
- Lambert, L. (2020). De begroting van de gezondheidszorg in historisch perspectief. Gaan we naar een afbrokkeling van ons sociaal model? *CM-informatie*, 281.
- Maertens de Noordhout, C., Devos, C., Adriaenssens, J., Bouckaert, N., Ricour, C., & Gerkens, S. (2022). *Evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem: zorg voor mensen met een chronische aandoening. KCE Reports 352A*. Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE). Brussel: Health Services Research (HSR).
- RIZIV-INAMI. (2021). *Monitoring COVID-19. Impact van COVID-19 op de terugbetaling van gezondheidszorg. Rapport 2020*. Brussel: RIZIV-INAMI.
- RIZIV-INAMI. (2022a). Nota ARGV_2022/064. Brussel: RIZIV-INAMI.
- RIZIV-INAMI. (2022b). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024*. Brussel: RIZIV-INAMI.
- RIZIV-INAMI. (2022c). Nota CGV_2022/262. Brussel: RIZIV-INAMI.



Indicatoren voor de ontwikkeling van palliatieve zorg wereldwijd

Bespreking van een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)

Michèle Morel — Studiedienst

Samenvatting

In 2021 stelde de WHO een nieuw ontwikkelde indicatorenset voor die door landen kan gebruikt worden om hun palliatieve zorgsysteem te evalueren op macroniveau. Het gaat om achttien indicatoren binnen zes domeinen die werden bepaald via consensusvorming door internationale experts. Elk land kan gebruik maken van de indicatoren in functie van de ontwikkelingsfase van het palliatieve zorgsysteem en de beschikbare datasystemen.

De WHO stelt hierbij een implementatieproces voor dat bestaat uit vijf stappen. De informatie die wordt verkregen na implementatie van de indicatoren kan richting geven aan beleids- en strategische keuzes binnen een land. Op internationaal niveau laat het toe landen te vergelijken op het vlak van de ontwikkeling van hun palliatieve zorg.

Sleutelwoorden: Palliatieve zorg, Wereldgezondheidsorganisatie, indicatoren, evaluatie, implementatie, voor u gelezen

1. Evaluatie van palliatieve zorg op macroniveau

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt dat palliatieve zorg een 'ethische verantwoordelijkheid van gezondheidssystemen' is (World Health Organisation, 2014, p. 2). Palliatieve zorg is zorg die ernaar streeft de levenskwaliteit en het psychosociaal en spiritueel-existentieel welbevinden van patiënten en hun families te verbeteren wanneer zij geconfronteerd worden met een levensbedreigende aandoening. Naar schatting hebben meer dan 56,8 miljoen mensen nood aan palliatieve zorg, waarvan 78% in lage- en middeninkomenslanden (Connor S., 2020, p. 20 en 23). Hoewel de nood groot is, is palliatieve zorg vandaag nog steeds niet toegankelijk voor de grote meerderheid van de mensen die het nodig hebben, inclusief kinderen.

In vele landen wordt de maturiteit van palliatieve zorgdiensten gemeten aan de hand van het gebruik van opiumbevattende pijnstillers. Terwijl deze pijnstillers erg belangrijk zijn voor pijnbestrijding, zijn ze slechts één noodzakelijke component voor de ontwikkeling van een sterk palliatief zorgsysteem. De voorbije jaren werden initiatieven genomen om een aantal indicatoren te bepalen die een uitgebreidere, meer volwaardige evaluatie van palliatieve zorgsystemen mogelijk maakten (Arias, Garralda, & De Lima, 2018; Arias-Casais, et al., 2019). Verder bouwend op deze inspanningen ontwikkelde de WHO een wereldwijd toepasbare set van indicatoren om landen te ondersteunen bij het evalueren en monitoren van hun palliatieve zorgsystemen (World Health Organisation, 2021). Het gaat om achttien indicatoren gespreid over zes domeinen, die beschouwd worden als de kerncomponenten van de ontwikkeling van palliatieve zorg.

In een vorig artikel in *Gezondheid & Samenleving* bespraken we een andere set van indicatoren voor palliatieve zorg: indicatoren in het kader van kwaliteitsmetingen uitgevoerd door gespecialiseerde palliatieve zorgteams in Vlaanderen (Morel, 2021). Deze kwaliteitsindicatoren (procesindicatoren enerzijds en uitkomstindicatoren ander-

zijds)¹ zijn in de eerste plaats bedoeld voor intern gebruik binnen een zorgvoorziening. Ze laten toe om die aspecten van zorg te identificeren die verbeterd kunnen worden. De WHO-indicatoren waarvan sprake in het huidige artikel (structuurindicatoren² en procesindicatoren) moeten op een ander niveau worden gezien, namelijk op het (macro) niveau van beleid en strategie. In welke mate wordt onderzoek verricht naar palliatieve zorg? Welke plaats krijgt palliatieve zorg in de opleidingen? Is er een nationaal beleidsplan voor palliatieve zorg? De voorgestelde WHO-indicatoren kunnen door landen worden gebruikt ter inspiratie bij het bepalen van hun eigen, aan de context van het land aangepaste, (sub)nationale indicatoren. De informatie die een land verkrijgt na toepassing van de vastgelegde indicatoren kan vervolgens de politieke besluitvorming helpen vormgeven (bijvoorbeeld wat betreft het bepalen van prioriteiten of de toewijzing van middelen). Daarnaast is het ook een krachtig instrument voor pleitbezorging door verschillende stakeholders, bijvoorbeeld om middelen voor palliatieve zorg te mobiliseren. Op internationaal niveau geeft de harmonisering van data een duidelijker beeld van de bestaande noden en uitdagingen wereldwijd op het vlak van palliatieve zorg. Het laat landen ook toe van elkaar te leren door succesverhalen aan het licht te brengen.

De selectie van de WHO-indicatoren gebeurde via een proces van consensusvorming. Er werden keuzes gemaakt uit een lange lijst van bestaande, gevalideerde indicatoren die in gebruik zijn in verschillende settings wereldwijd. Er werd consensus bereikt binnen een panel van internationale experts die samen alle WHO-regio's vertegenwoordigen, en dit via een reeks overlegmomenten, groepswork en een *Delphi*-proces met twee rondes (een onderzoeksmethode om tot een groepsbeslissing te komen en waarbij experts onafhankelijk van elkaar worden bevroegd). We kunnen stellen dat de vastgelegde indicatoren het resultaat zijn van een grote verscheidenheid van praktijkervaringen en expertise, geleerde lessen wereldwijd en grondige reflectie over relevantie en haalbaarheid. Er zitten innovatieve benaderingen in verwerkt en de betrokkenheid van mensen en gemeenschappen krijgt aandacht, wat we sterk toejuichen.

1 Procesindicatoren beschrijven de belangrijke procedures/handelingen die bijdragen aan het realiseren van de doestellingen. Ze meten bijvoorbeeld of geplande activiteiten (zoals wetenschappelijke congressen rond palliatieve zorg) plaatsvonden. Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (resultaten, effecten). Ze meten bijvoorbeeld de mate waarin patiënten vrij zijn van matige tot ernstige pijn.

2 Structuurindicatoren geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen de doelstellingen kunnen worden gerealiseerd. Ze meten bijvoorbeeld het bestaan van een (sub)nationaal beleidsplan voor palliatieve zorg.

2. De achttien WHO-indicatoren binnen zes domeinen

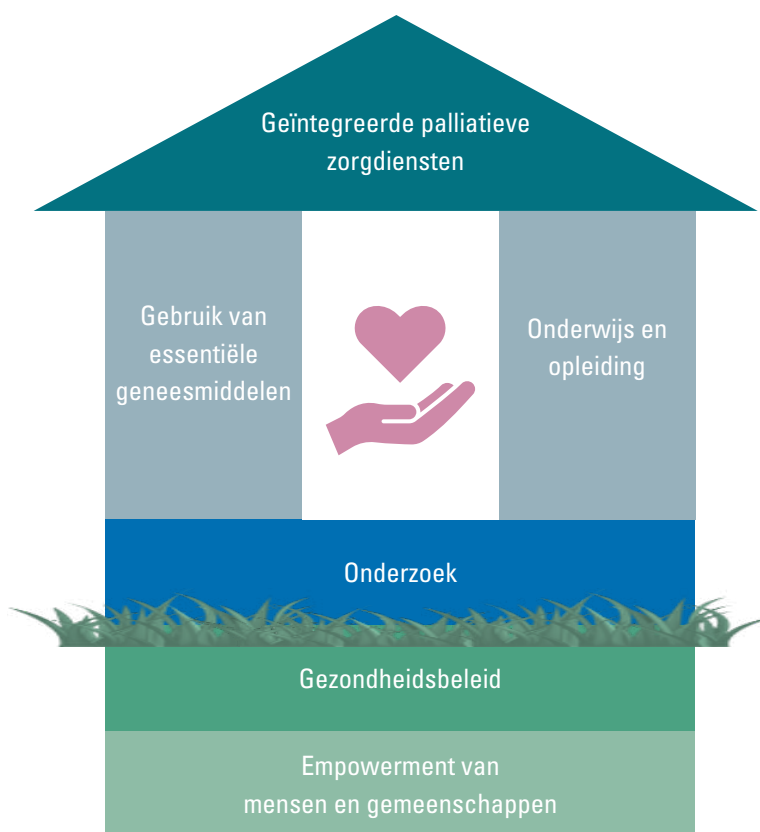
Vooraleer zich te buigen over de indicatoren zelf, werd nagedacht over het concept van 'ontwikkeling van palliatieve zorg'. Welke dimensies zijn verbonden aan een sterk palliatief zorgsysteem? Men formuleerde een conceptueel model dat zes essentiële componenten bevat voor optimale palliatieve zorg (zie Figuur 1).

In het hart van dit conceptueel model staan de mensen met palliatieve zorgnoden: dit is de centrale focus van het model. Voor deze mensen is het uiteindelijke doel van het model dat er een degelijk aanbod is van palliatieve zorg dat geïntegreerd is in het globale zorgsysteem (het dak van het huis). Voor een optimale palliatieve zorgverlening zijn twee andere componenten van groot belang (de muren van het huis, die het dak ondersteunen): enerzijds de beschikbaarheid en het gebruik van essentiële geneesmiddelen om pijn en ander leed te vermijden of te verlichten op alle zorgniveaus; anderzijds de basis- en gespecialiseerde opleiding van alle zorgverleners betrokken bij palliatieve

zorg die nodig is om kwalitatieve en veilige zorg te garanderen. Beide componenten zijn sterk gelinkt aan twee andere fundamentele componenten (de fundamenten van het huis): een 'gunstig' gezondheidsbeleid dat de hierboven vermelde zaken reguleert, en de *empowerment* van mensen en gemeenschappen. Tussen de muren en de fundamenten van het huis vinden we de laatste component: onderzoek naar palliatieve zorg, als de grond van het huis waarop zorgverleners stappen met aandacht voor patiëntenbehoeften. Onderzoek is de basis voor geavanceerde geneeskunde. Het doel is hier om degelijke wetenschappelijke *evidence* te creëren over palliatieve zorg, zowel op het niveau van individuele zorg als op het niveau van zorgorganisatie. Samengevat zijn dit de zes essentiële componenten van een sterk palliatief zorgsysteem:

- 1) Geïntegreerde palliatieve zorgdiensten;
- 2) Gebruik van essentiële palliatieve geneesmiddelen;
- 3) Onderwijs en opleiding voor gezondheidsprofessionals en vrijwilligers in de palliatieve zorg;
- 4) Een degelijk beleid rond palliatieve zorg;
- 5) *Empowerment* van mensen en gemeenschappen;
- 6) Onderzoek naar palliatieve zorg.

Figuur 1: Conceptueel model van de ontwikkeling van palliatieve zorg (Bron: Wereldgezondheidsorganisatie, 2021, p. 14)



Op basis van dit conceptueel model werden achttien indicatoren vastgelegd (zie Tabel 1).

Tabel 1: WHO-indicatoren voor de evaluatie van palliatieve zorgsystemen
(Bron: Wereldgezondheidsorganisatie, 2021, p. 16)

Indicatoren per dimensie
Geïntegreerde palliatieve zorgdiensten
Aantal gespecialiseerde palliatieve zorgprogramma's in het land per bevolking
Aantal gespecialiseerde palliatieve zorgprogramma's voor kinderen in het land per bevolking
Beschikbaarheid van monitoringsystemen om de kwaliteit van palliatieve zorgprogramma's te evalueren
Geschat aantal patiënten dat gespecialiseerde palliatieve zorg krijgt op nationaal niveau
Gezondheidsbeleid
Bestaan van een actueel nationaal palliatief zorgplan, -programma, -beleid of -strategie met vastgelegd implementatiekader
Bestaan van een juridisch kader inzake toegang tot en reglementering van palliatieve zorg
Inclusie van palliatieve zorg in de lijst van eerstelijns gezondheidsdiensten van het nationale gezondheidssysteem
Bestaan van nationale standaarden en normen voor de palliatieve zorgdienstverlening
Bestaan van een nationale coördinerende autoriteit voor palliatieve zorg binnen de diensten van de minister van volksgezondheid/zorg
Gebruik van essentiële geneesmiddelen
Gerapporteerd jaarlijks opioïdengebruik per hoofd
Beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen voor pijn en palliatieve zorg op alle zorgniveaus
Algemene beschikbaarheid van <i>immediate-release</i> orale morfine op eerstelijnsniveau
Onderwijs en opleiding
Aandeel medische en verpleegkundige scholen met formele opleiding palliatieve zorg in bachelor programma's
Specialisatie in palliatieve geneeskunde voor artsen
Empowerment van mensen en gemeenschappen
Bestaan van beleid of richtlijn betreffende vroegtijdige zorgplanning
Bestaan van groepen gewijd aan het bevorderen van de rechten van palliatieve patiënten en hun families, verzorgers en nabestaanden
Onderzoek
Bestaan van congressen of wetenschappelijke overlegmomenten op nationaal niveau specifiek betreffende palliatieve zorg
Onderzoek inzake palliatieve zorg in het land in kwestie, beoordeeld op basis van <i>peer-reviewed</i> artikels

Binnen deze set van indicatoren werden nog twee andere subsets van indicatoren vastgelegd: een set van tien kern-indicatoren (die als belangrijkste indicatoren worden beschouwd om palliatieve zorgsystemen te beoordelen als ook voor vergelijkende evaluatie tussen landen) en een set van negen strategische indicatoren specifiek voor landen waar de ontwikkeling van palliatieve zorg nog maar in de beginfase zit.

Elk land heeft een eigen bijzondere context en kan daarom gebruik maken van de indicatoren (Tabel 1) in functie van zijn noden, de ontwikkelingsfase van de palliatieve zorg en de bestaande datasystemen. Ook de architectuur van het

palliatieve zorghuis (conceptueel model, Figuur 1) zal die bijzondere context weerspiegelen: elk land bouwt dit huis als het ware met zijn eigen beschikbare materialen en zijn specifieke stijl.

3. Implementatieproces

Hoewel de door de WHO ontwikkelde indicatorenset als wereldwijd toepasbaar wordt beschouwd, is het belangrijk dat er in elk land een analyse gebeurt van de haalbaarheid

en relevantie van de voorgestelde indicatoren in de praktijk. Meerdere factoren kunnen de implementatie van de indicatoren immers bemoeilijken, bijvoorbeeld de beperkte beschikbaarheid van data, de heterogeniteit van registratiesystemen en/of meeteenheden en de aanvaardbaarheid van indicatoren (World Health Organisation, 2021, p. xii).

De WHO stelt daarom een implementatieproces voor bestaande uit vijf stappen. Eerst wordt nagegaan welke indicatoren het meest geschikt zijn (kernindicatoren of strategische indicatoren) (1). Daarna worden de beschikbare gegevensbronnen binnen het gezondheidsinformatiesysteem van het land in kaart gebracht (2). Op basis daarvan wordt de keuze van indicatoren eventueel aangepast. Allerhande stakeholders (beleidsmakers, onderzoekers, zorgverleners, middenveldorganisaties enz.) worden best betrokken bij deze stappen (3). Vervolgens start de verzameling en productie van data (4) waarna deze data worden gebruikt om beleidsprioriteiten en verbeteracties te formuleren (5).

4. Enkele reflecties bij de WHO-indicatorenset

De indicatoren laten toe om binnen een land het ontwikkelingsniveau van palliatieve zorg in de tijd op te volgen en te vergelijken, en dus verbeteringen (of verslechtingen) vast te stellen per indicator ten opzichte van een voorgaande periode. Daarnaast laten ze ook toe om landen met elkaar te vergelijken op het vlak van de ontwikkelingsfase van hun palliatieve zorgsystemen.

Wat daarentegen niet mogelijk is, is het aftoetsen van de resultaten van een land per indicator (in de vorm van een percentage, een absolute waarde, enz.) aan vastgelegde scores per indicator die overeenkomen met wat wordt beschouwd als 'goede resultaten' en dus als streefnormen. De WHO bepaalde immers geen dergelijke streefnormen. Wellicht is het opstellen van een referentiekader geen evidente zaak en evenmin wenselijk, gezien de grote socio-economische verschillen tussen landen en dus ook wat het ontwikkelingsniveau van hun gezondheidszorg betreft. Ook culturele verschillen spelen een rol. De focus voor landen ligt daarom best op een 'zo goed mogelijk' resultaat en op verbetering in de tijd binnen het land.

De WHO-indicatorenset bevat structuur- en procesindicatoren. Uitkomstindicatoren zijn niet opgenomen. Enerzijds zou het includeren van uitkomstindicatoren wenselijk zijn, omdat het een land belangrijke complementaire inzichten kan geven in de ontwikkeling en kwaliteit van zijn palliatieve zorg, anderzijds betekent het wellicht een grote uitdaging om dergelijke indicatoren op te nemen in de set. De toepassing van uitkomstindicatoren vereist immers veel gedetailleerdere data over palliatieve zorg en kwalitatieve registratiesystemen, wat in vele landen nog niet voorhanden is (Connor, et al., 2020).

Het is nu aan de landen om de WHO-indicatoren te implementeren en op basis van de resultaten acties te ondernemen voor de verbetering van hun palliatieve zorgsystemen.

Bibliografie

Arias, N., Garralda, E., & De Lima, J. (2019). Global palliative care and cross national comparison: how is palliative care development assessed? *Journal of palliative medicine*, 22(5), 580-590.

Arias-Casais, N., Garralda, E., López-Fidalgo, J., Lima, L., Rhee, J., & Centeno, C. (2019). *Brief manual health indicators monitoring global palliative care development*. Houston: IAHPC Press.

Connor, S. (2020). Global Atlas of Palliative Care 2nd Ed. Opgehaald van <http://www.thezhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.

Connor, S., De Lima, L., Downing, J., Ling, J., Quilliam, P., & Radbruch, L. (2020). The Berlin Declaration: a collaborative roadmap to advance global hospice and palliative care. *Journal of palliative medicine*, 23(1), 22-23.

Jespers, V., Christiaens, W., Kohn, L., Savoye, L., & Mistiaen, P. (2021). *Somatische zorg in een psychiatrische setting - Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

Morel, M. (2021). Hoe kunnen we de kwaliteit van gespecialiseerde palliatieve zorg meten? Een ervaring uit Vlaanderen. *285*, 40-45.

World Health Organisation. (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, 67th World Health Assembly, Agenda item 15.5*. WHO. Opgehaald van https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf.

World Health Organisation. (2021). *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organisation. Opgehaald van <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>.

World Health Organization. (2017). *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief*. Geneva: World Health Organisation.

Stand van zaken van de verbanden tussen milieu en gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Samenvatting van het rapport van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

Ann Morissens — Studiedienst

Samenvatting

In het rapport van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn in Brussel (OGW) worden de voornaamste uitdagingen van de invloed van milieu op de gezondheid voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in kaart gebracht. Luchtvervuiling en omgevingslawaai zijn de belangrijkste milieufactoren met gevolgen voor de gezondheid in Brussel. De blootstelling eraan is ongelijk verspreid over het gewest en sommige, vaak socio-economisch zwakkere, wijken hebben af te rekenen met meer luchtvervuiling en lawaai. De aanwezigheid van groene ruimte, met positieve effecten voor de gezondheid, is eveneens ongelijk verspreid. De toegang tot groene ruimte is niet alleen moeilijker, maar ook de kwaliteit ervan is minder in socio-economisch zwakkere buurten. Het voorbije decennium zag men een toename in het aantal wandelaars en fietsers in Brussel. Verdere vooruitgang kan geboekt worden door een andere inrichting van de stad, te investeren in openbaar vervoer, het vergroenen van publieke ruimte en de infrastructuur voor fietsers en voetgangers te verbeteren en deze zo veilig en aantrekkelijk mogelijk te maken. Het rapport toont immers aan dat het beleid een belangrijke rol kan spelen om vervuiling en hinder in de stad terug te dringen met positieve gevolgen voor de gezondheid.

Sleutelwoorden: milieu, gezondheid, luchtverontreiniging, omgevingslawaai, groene ruimte, voor u gelezen

1. Inleiding

Wonen en leven in een stad brengt voordelen, maar ook nadelen met zich mee. Eén van deze nadelen is de (verhoogde) blootstelling aan verschillende vormen van verontreiniging en de risico's die hiermee gepaard gaan. Luchtvervuiling is er daar één van, en wordt in grote mate veroorzaakt door verkeer en heeft een negatieve impact op gezondheid. Deze impact, maar ook de impact van andere vormen van verontreiniging op gezondheid is wetenschappelijk gedocumenteerd. Het rapport van het Observatorium heeft als doel om voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de uitdagingen met betrekking tot de impact van milieufactoren op de gezondheid van de inwoners in kaart te brengen (Andrieux, Eggen, & Bouland, 2021). Het rapport heeft echter niet als doel allesomvattend te zijn. De focus ligt vooral op die milieufactoren die de grootste negatieve impact hebben op de gezondheid. De beschikbaarheid van data speelde ook een rol bij de keuze van de behandelde thema's. Het rapport kan als een informatief document worden gezien dat beleidmakers kan helpen om bepaalde maatregelen door te voeren die de situatie kunnen verbeteren. In deze samenvatting bespreken we luchtverontreiniging, omgevingslawaai, groene ruimten lichaamsbeweging. Multi-blootstelling en andere verontreinigende stoffen nemen we niet mee omdat er geen gegevens voor Brussel beschikbaar zijn.

2. Voornaamste effecten van de blootstelling aan milieufactoren op de gezondheid

In een eerste hoofdstuk gaat het rapport in op de reeds verzamelde kennis over de effecten op de gezondheid van blootstelling aan milieufactoren. Deze effecten kunnen zowel positief als negatief zijn. De negatieve invloed uit zich onder meer in een verhoogd risico op respiratoire en cardiovasculaire aandoeningen, kanker, fertiliteitsproblemen, maar ook geestelijke gezondheidsproblemen. Voor de verschillende negatieve gezondheidseffecten wordt nagegaan wat de omvang van het probleem is en welke milieuparameters ertoe bijdragen. Hiervoor wordt er een inventarisatie gemaakt van de wetenschappelijke kennis en wordt ook gepreciseerd dat het een complexe oefening is om de verbanden tussen blootstelling aan milieufactoren en gezondheidsproblemen hard te maken. De negatieve impact op de gezondheid wordt meestal uitgedrukt

in morbiditeit-of sterftcijfers. Hoewel de levensverwachting in de OESO-landen een stijgende trend vertoont, kan blootstelling aan bepaalde vormen van verontreiniging, de levensverwachting verkorten of resulteren in minder gezonde levensjaren. In wat volgt gaan we eerst in op de negatieve gezondheidseffecten van luchtverontreiniging en omgevingslawaai, vervolgens staan we stil bij de positieve gezondheidseffecten van groene buurten en beweging en hoe het beleid dit kan bevorderen.

3. Luchtverontreiniging, het onzichtbare zichtbaar maken

Luchtverontreiniging wordt in het rapport gedefinieerd als: "de aanwezigheid van één of meerdere stoffen in de lucht en dit gedurende een langere duur of in een hogere concentratie die mogelijk een schadelijk effect heeft". Wereldwijd is luchtverontreiniging de voornaamste milieufactoor met negatieve gezondheidsgevolgen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) beschouwt fijnstof, stikstofdioxide, troposferische ozon, koolstofmonoxide en zwaveldioxide als de belangrijkste verontreinigende stoffen voor onze gezondheid. Als we kijken naar de aanwezigheid van deze stoffen in Brussel zijn fijnstof, stikstofdioxide en ozon de belangrijkste gezien hun concentraties en hun impact op de gezondheid.

Het rapport gaat vervolgens in op de gevolgen van luchtverontreiniging op de gezondheid. Deze gevolgen kunnen sterk uiteenlopen en gaan van niezen tot vroegtijdig overlijden. De negatieve effecten op de gezondheid blijven niet beperkt tot een verhoogd risico op aandoeningen van hart en bloedvaten of problemen met de luchtwegen. Bij zwangerschap kunnen er eveneens gevolgen zijn voor het ongeboren kind: zo kan de blootstelling aan fijnstof bijvoorbeeld resulteren in een laag geboortegewicht of zwangerschapsvergiftiging. Maar ook reeds voor de conceptie kunnen er problemen zijn door verminderde zaadkwaliteit. Ook neurologische gevolgen van blootstelling aan fijnstof zijn reeds aangetoond. Zo is er een verhoogd risico op beroertes.

In Brussel zijn de voornaamste bronnen van buitenluchtverontreiniging: het wegverkeer, de verwarming van huizen en gebouwen, de energieproductie en het afvalbeheer. Verwarming en energieproductie zijn verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de uitstoot van fijnstof. Wegverkeer is dan weer de belangrijkste bron van de uitstoot van stikstofdioxide.

3.1. Concentratieniveaus van luchtverontreinigende stoffen

De gemiddelde concentraties van fijnstof en stikstofdioxide in Brussel overschrijden de richtwaarden van de WGO. De gemiddeldes blijven evenwel onder de EU-richtwaarden, die minder stringent zijn dan de WGO-richtwaarden. Gemiddeldes moeten wel met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Ze geven immers de waarden weer over een langere periode en voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest als geheel. Het kan dus best zijn dat bepaalde buurten aan hogere concentraties blootgesteld zijn of dat er op bepaalde tijdstippen piekmomenten zijn waarop de concentraties waar men aan blootgesteld wordt, hoger liggen.

Concentraties die onder de richtwaarden blijven, zijn echter geen garantie dat er geen nefaste gevolgen zijn. De richtwaarden geven aan wat een aanvaardbaar risico is en evolueren ook over tijd. Het is daarom ook niet zo zinvol om beleid te beoordelen op het al dan niet naleven van de richtwaarden. Het is beter een gezondheidsrisicobeoordeling te maken. Deze aanpak laat toe naar de impact op de gezondheid van een verontreinigende factor te kijken. Deze methodiek wordt hieronder (punt 3.2) toegelicht.

3.2. Gezondheidsrisicobeoordeling van luchtverontreiniging

Een gezondheidsrisicobeoordeling is een wetenschappelijke manier om de impact van vroegere, huidige of toekomstige blootstelling aan milieufactoren op de gezondheid van een populatie in te schatten. Een beoordeling doorloopt drie stappen. In een eerste stap wordt de blootstelling aan de onderzochte verontreiniging onderzocht. Vervolgens wordt het gezondheidsrisico voor de populatie ingeschat aan de hand van demografische- en gezondheidsgegevens en een vooraf bestaande dosis-responsrelatie. Laatstgenoemde wordt bepaald op basis van epidemiologische onderzoeken. Tot slot worden de onzekerheden in verband met het gezondheidsbeoordelingsproces vermeld.

Een gezondheidsrisicobeoordeling is dus een nuttige oefening omdat men kan beoordelen welke beleidsmaatregelen een effect zullen hebben en het laat toe de kosten-baten van bepaalde beleidsmaatregelen in kaart te brengen en te communiceren.

Om de situatie in Brussel in dit rapport in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van de jaarlijkse gemiddelde con-

centraties van luchtverontreinigende stoffen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de demografische gegevens afkomstig van het Belgisch bureau voor statistiek en de sterftecijfers uit de overlijdensformulieren van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel (OGW). De gevolgde methode komt grotendeels overeen met die van het Europees Milieuagentschap om de impact van luchtverontreiniging op Europees niveau weer te geven.

De beoordeling heeft als doel om de huidige impact van luchtverontreiniging op de gezondheid in kaart te brengen, na te gaan hoeveel verloren levensjaren er teruggewonnen kunnen worden als de luchtkwaliteit verbetert en na te gaan hoe begrotingsmiddelen efficiënt ingezet kunnen worden om de luchtkwaliteit te verbeteren.

De studie werd uitgevoerd met de software AirQ+ die ter beschikking gesteld werd door de WGO. Concreet werd nagegaan wat de impact was van de luchtverontreiniging op de algemene sterfte voor stikstof en fijnstof en op de specifieke sterfte voor fijnstof.

3.3. Concentratieniveaus van luchtverontreinigende stoffen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en hun gevolgen

Globaal genomen namen de concentraties van luchtverontreinigende stoffen in Brussel de voorbije 20 jaar af. Dit is te danken aan het verdwijnen van een aantal verontreinigende bronnen, zoals verbrandingsovens, het verwarmen met aardgas in plaats van stookolie en een verbetering van het wagenpark. Toch blijft - ondanks deze daling - de concentratie van luchtverontreinigende stoffen problematisch met het oog op de gevolgen voor de gezondheid. De kaart waarop de luchtverontreiniging per statistische sector wordt weergegeven, toont aan dat er minder hoge concentraties zijn in het zuidoosten van het gewest en hogere concentraties rond de belangrijkste verkeersassen en de vijfhoek (centrum) en het noordoosten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De resultaten van de gezondheidsrisicobeoordeling geven de impact van de blootstelling aan op de algemene sterfte. Volgens de schattingen in het rapport is 6,5% van alle overlijdens in 2015 in Brussel toe te schrijven aan fijnstofverontreiniging. Dat zijn 542 overlijdens. Verontreiniging door stikstofdioxide is verantwoordelijk voor 4,7% van alle overlijdens in Brussel. Deze cijfers zeggen echter niets over de inkorting van de levensverwachting door de vervui-

ling. Daarom werd ook de oefening gemaakt om de *years of life lost* te berekenen. *Years of life lost* kunnen worden omschreven als het verlies aan mogelijke levensjaren dat gelinkt is aan de blootstelling aan een specifieke risicofactor. Voor de blootstelling aan fijnstof en stikstofdioxideverontreiniging blijkt dat, bij een ongewijzigde situatie, de blootstelling zal resulteren in een verlies van 40.000 *years of life lost*. Het prijskaartje dat hieraan vasthangt is aanzienlijk en wordt geschat op ruim 1,4 miljard euro. Wanneer we uitgaan van een scenario waarin de blootstelling aan deze verontreiniging zou dalen met telkens 5% per jaar en dit over een periode van 10 jaar, zou dit resulteren in een winst van 7000 gezonde levensjaren, goed voor 250 miljoen euro.

4. Omgevingslawaai: weinig gekend

Hoewel we er minder over horen, is omgevingslawaai eveneens een factor die grote gevolgen kan hebben voor de gezondheid. De effecten ervan werden lange tijd onderschat. Toch is omgevingslawaai de tweede belangrijkste milieurisicofactor in Europa. 125 miljoen mensen worden blootgesteld aan omgevingslawaai dat schadelijke gevolgen heeft voor de gezondheid in Europa. De WGO omschrijft omgevingslawaai als: "geluid afkomstig uit alle mogelijke bronnen, met uitzondering van het geluid uit een werkomgeving." In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is lawaai voor heel wat inwoners een reden om te verhuizen of om een klacht in te dienen bij Leefmilieu Brussel.

De effecten van lawaai op gezondheid kunnen ingedeeld worden in auditieve en non-auditieve effecten. Auditieve effecten hebben een weerslag op het gehoor (gehoorverlies, oorsuizen) die gelinkt kan worden aan de blootstelling aan hoge geluidsniveaus, bijvoorbeeld tijdens concerten. Niet-auditieve effecten kregen de voorbije jaren meer aandacht. Dit kunnen slaapstoornissen zijn, maar ook cardiovasculaire problemen en cognitieve problemen bij kinderen kunnen hun oorzaak hebben in blootstelling aan lawaai. Ook levenskwaliteit en geestelijke gezondheid kunnen lijden onder lawaai.

Volgens de schattingen ondervonden in 2015 228.000 inwoners in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest sterke hinder van wegverkeerslawaai en resulteerde dit in een verstoorde slaap bij meer dan 79.000 inwoners. Dit staat voor een verlies van 10.103 gezonde levensjaren. Vanuit economisch standpunt is dit 363 miljoen euro per jaar.

De impact van wegverkeerslawaai is erg verschillend van wijk tot wijk en opnieuw stellen we vast dat socio-economisch zwakkere groepen in wijken wonen waar meer lawaai is. Dus net als luchtverontreiniging is ook lawaai ongelijk verdeeld over Brussel.

5. Groene ruimten: de longen van de hoofdstad

Groene ruimten hebben heel wat gezondheidsvoordelen voor de inwoners van steden. Groene ruimten kunnen schadelijke effecten van luchtverontreiniging, maar ook lawaai en hitte-effecten tegengaan. Zo wordt de aanwezigheid van veel groene ruimte gelinkt aan gezondere inwoners en een hoger welzijnsgevoel. Brussel heeft relatief veel groene oppervlakte, vermits publiek toegankelijke parken, tuinen en bossen ongeveer 18% van de oppervlakte voor hun rekening nemen.

De wetenschappelijke literatuur toont positieve effecten van groenvoorzieningen op de gezondheid: ze hebben een positieve impact op cognitieve processen zoals bijvoorbeeld aandacht, ze verminderen stress en helpen ook de sociale cohesie te bevorderen. De aanwezigheid van groene ruimte zet ook aan tot recreatief wandelen. De aanwezigheid van beplanting en groen in straten kan mensen stimuleren om te wandelen of te fietsen. Er is ook nog veel dat nog niet onderzocht is. Zo weten we nog niet zoveel over eventuele positieve effecten van groene ruimte op het ongeboren kind, het risico op kanker en cardiovasculaire gezondheid.

De aanwezigheid van groene ruimten heeft ook onrechtstreeks een invloed op gezondheid. Hoe groter de oppervlakte hoe beter het hitte reducerend effect. Dit is een goede zaak, want hitte geeft aanleiding tot hogere mortaliteitscijfers, zeker bij oudere personen of personen met reeds onderliggende aandoeningen.

Het rapport brengt aan de hand van enkele kaarten zowel de aanwezigheid als de nabijheid van groene ruimten en de kwaliteit ervan in kaart. Uit die oefening blijkt dat de toegang tot groene ruimte erg ongelijk is verdeeld tussen verschillende wijken. Zo is de afstand tot groene ruimte voor inwoners van wijken in de rand van het gewest veel kleiner dan voor de inwoners die langs het kanaal wonen. Deze ongelijkheid komt overeen met de geografische socio-economische ongelijkheden.

Wat de kwaliteit van de groene ruimte betreft, is het centrum van Brussel gekenmerkt door lage kwaliteit, in de rand van het gewest is de kwaliteit veel hoger. Kwaliteit wordt bepaald aan de hand van nabijheid, grootte en hoeveelheid biodiversiteit. Twee derde van de Brusselse bevolking heeft in zijn of haar buurt geen toegang tot groene ruimte van hoge kwaliteit.

6. Lichaamsbeweging: bewegen in de stad

Lichaamsbeweging is belangrijk voor de gezondheid. Een sedentaire levensstijl is oorzaak van heel wat aandoeningen en vormt een uitdaging voor de volksgezondheid. Meer lichaamsbeweging verlaagt het risico op cardiovasculaire aandoeningen, luchtwegaandoeningen, diabetes en kanker. Ook de botdichtheid wordt positief beïnvloed. Bewegen werkt preventief tegen overgewicht. Personen die regelmatig wandelen hebben vaak ook een betere cardiovasculaire- en spiercapaciteit. Wandelen en fietsen wordt ook in verband gebracht met verminderde sterfte. Vooral oudere personen zouden het meest (gezondheids)baat hebben bij de overstap naar actieve vervoersmodi.

Door de auto te vervangen door wandelen of fietsen verlaagt ook de uitstoot, die dan weer een gunstig effect heeft op de luchtkwaliteit. Steden kunnen een gunstige invloed hebben op de gezondheid van hun inwoners door hen meer te doen bewegen en beweging te stimuleren. De aanwezige infrastructuur in een stad is hierbij een belangrijk instrument. Zo kunnen brede voetpaden en veilige fietspaden een gunstige impact hebben op de beslissing van inwoners om zich te voet of per fiets te verplaatsen. Er is dus een belangrijke rol weggelegd voor beleidsmakers om de stad zo in te richten dat inwoners zich niet langer met de wagen gaan verplaatsen en op die manier meer fysiek actief zullen zijn.

In wat volgt wordt gekeken hoe de inrichting van de stad fysieke activiteit kan stimuleren. Vervolgens wordt nagegaan hoe het staat met de lichaamsbeweging van de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en hoe ze zich verplaatsen naar hun werk, maar ook welke vervoersmodi populair zijn in het gewest.

6.1. Organisatie van de stad, lichaamsbeweging en vervoersmodi bij inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Om meer inwoners te doen fietsen of wandelen is de inrichting belangrijk, maar ook een goed uitgebouwd systeem van openbaar vervoer speelt een rol. Daarnaast draagt de aanwezigheid van interessante plaatsen en een mix aan functies in wijken ook positief bij aan lichaamsbeweging. De aanwezigheid van groene ruimte is eveneens een stimulans belangrijk om inwoners tot beweging aan te moedigen. Ook de bewoningsdichtheid speelt een rol, want hoe dichter die is, hoe minder stimulerend het is om zich actief te verplaatsen.

De tijd die Brusselaars besteden aan lichaamsbeweging verschilt van leeftijd tot leeftijd. De jongste inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (15-24 jaar) bewegen gemiddeld meer dan de ouderen. Vanaf 55 jaar daalt het aantal minuten dat men per week gemiddeld actief is. Mannen zijn actiever dan vrouwen. Voor de meeste leeftijdsgroepen worden de aanbevelingen van de WGO, 150 minuten actief bewegen per week, gehaald, met uitzondering van de groep 65+.

Kijken we naar kinderen en jongeren (10-22 jaar) dan zien we echter dat zij minder bewegen dan wat aanbevolen wordt, 60 minuten per dag. Een grotere groep meisjes dan jongens haalt deze aanbeveling niet en middelbare scholieren halen minder vaak de aanbeveling dan kinderen uit de lagere school. Dit betekent dat kinderen die ouder worden minder gaan bewegen in vergelijking met hun jongere leeftijdsgenoten.

Werknemers die in het centrum wonen, verplaatsen zich overwegend met het openbaar vervoer. Verplaatsingen met de wagen komen op de tweede plaats. In de rand van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt gemiddeld genomen vaker gebruik gemaakt van de wagen, al zijn er ook enkele gemeenten waar men vaker fietst of wandelt om naar het werk te gaan. 4,4% van de Brusselaars gebruikt de fiets voor woon-werkverkeer.

Het aantal fietsers in Brussel zit sinds 2010 in de lift, met een gemiddeld jaarlijks groeicijfer van 13% sinds 2010. Ook het aantal wandelaars nam toe. Hoewel er positieve gezondheidseffecten zijn van wandelen en fietsen, kan men hier ook de vraag stellen wat de effecten van blootstelling zijn aan de luchtvervuiling voor fietsers en wandelaars? De gezondheidsvoordelen van deze activiteiten blijven echter

groter dan de nadelen. Zo kunnen fietsers meer dan 14 uur fietsen vooraleer de nadelen (omwille van blootstelling aan luchtvervuiling) even groot zijn als de voordelen. Ook wie de wagen neemt (zowel bestuurders als passagiers) wordt immers blootgesteld aan luchtverontreiniging en dit zelfs in hogere mate.

7. Conclusie en aanbevelingen

Luchtverontreiniging is een van de belangrijkste en meest verontrustende verontreinigende stoffen met grote risico's en gevolgen voor de gezondheid. In Brussel zijn de concentraties fijnstof reden voor bezorgdheid op gezondheidsvlak, ook al blijven deze waarden – gemiddeld genomen – onder de richtwaarden. Om luchtverontreiniging aan te pakken, is de inrichting van een stad belangrijk. Steden met uitgebreid openbaar vervoer en kwalitatieve infrastructuur voor fietsers en voetgangers kunnen autoverkeer, en zo ook de door autoverkeer veroorzaakte luchtverontreiniging, reduceren. Ook de staat van en de manier waarop het gebouwenpatrimonium verwarmd wordt, speelt een rol voor de luchtkwaliteit. Ondanks de aanwezigheid van flink wat groene ruimte, is de stadsinrichting in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest nog onvoldoende in staat om de uitstoot door verkeer en verwarming op te vangen en te absorberen. Niet enkel luchtverontreiniging, maar ook omgevingslawaai heeft een impact op het aantal gezonde levensjaren. Beide vormen van verontreiniging delen een aantal gezamenlijke oorzaken waaronder (weg)transport.

Brussel heeft heel wat groene ruimte, maar deze is echter zeer ongelijk verspreid en lokaliseert zich vooral in buurten waar socio-economisch meer gefavoriseerde groepen wonen. Ondanks een toename van het aantal fietsers de voorbije jaren, zijn er zeker nog verbeteringen mogelijk wat betreft fietsinfrastructuur. Laatstgenoemde draagt im-

mers ook positief bij aan het aanzetten tot beweging, wat ook gunstige lange termijn gezondheidseffecten heeft en terzelfdertijd ook nog eens de uitstoot vermindert.

Om de impact van milieuverontreinigende stoffen op de gezondheid te verminderen, dringen beleidsmaatregelen zich op. Een beleid dat aanmoedigt om gebruik te maken van actieve vervoerswijzen is een van de meest efficiënte om dit waar te maken. Het resulteert immers in betere luchtkwaliteit en een actievere bevolking. Dit dient verder aangevuld te worden met maatregelen die de vervuiling bij de bron aanpakken, omdat deze het meest efficiënt zijn. De kostprijs van de maatregelen om vervuiling bij de bron aan te pakken, zou 250 miljoen euro bedragen. Dit bedrag staat voor de gezondheidskosten die vermeden kunnen worden door luchtverontreiniging aan te pakken. Dankzij deze maatregelen zou de verontreiniging verminderd kunnen worden met 5% per jaar en dit gedurende 10 jaar. Door een betere luchtkwaliteit zullen op langere termijn ook de negatieve gezondheidseffecten verminderen.

Gezondheid moet centraal staan in de politieke besluitvorming en dit geldt ook voor Brussel. Rekening houden met gezondheid bij stadsontwikkeling is een voorbeeld van *health in all policies*. Niet alleen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zal actie moeten ondernemen, maar dit geldt ook voor andere bevoegdheidsniveaus aangezien heel wat van de uitstoot en de verontreiniging veroorzaakt wordt door externen. Minder wagens, meer wandelen en fietsen aanmoedigen, een uitgebreid en kwalitatief openbaar vervoersnetwerk en de uitbouw van blauw-groene netwerken (hiermee wordt verwezen naar maatregelen die meer groen en water brengen in de stad) en/of het bestaande groen beschermen kunnen een positieve bijdrage leveren. Ook een verbetering van de energieprestaties van de gebouwen zal nodig zijn om een gezondere omgeving aan te bieden. Bovendien resulteren al deze maatregelen ook in een positief effect op het klimaat, wat ook veel betekent voor de toekomst van de volgende generaties.

Bibliografie

Andrieux J., Eggen M., Bouland C. (2021). *Stand van zaken van de verbanden tussen milieu en gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*.: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

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

Uiteraard wordt het adressenbestand uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van de producties van de studiedienst en het beheer van het tijdschrift. Dit bestand is alleen toegankelijk voor de medewerkers en leveranciers van CM die betrokken zijn bij dit beheer. Het wordt ook op een veilige manier bewaard.

In het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR), kan je op elk moment verzoeken om je persoonsgegevens te raadplegen en, indien nodig, onjuiste gegevens te corrigeren of om jouw gegevens te vervolledigen. In dit kader kan je ook vragen dat je persoonsgegevens tijdelijk niet worden verwerkt (behalve in een aantal door de wet bepaalde gevallen) totdat de juistheid ervan is gecontroleerd.

Je kan ook verzoeken om een kopie van je persoonsgegevens te ontvangen en/of deze door te sturen naar een andere instelling of persoon van jouw keuze in een formaat dat het mogelijk maakt om de persoonsgegevens gemakkelijk door te sturen.

Je persoonsgegevens worden niet langer bewaard dan nodig is voor de in dit document beschreven doeleinden. Indien je van mening bent dat CM je persoonsgegevens niet meer kan verwerken in het kader van *Gezondheid & Samenleving*, kan je in bepaalde specifieke gevallen ook vragen om uw persoonsgegevens definitief te laten verwijderen. In plaats van verwijdering kan je vragen om de gegevens te bewaren, maar niet meer te verwerken (behalve in bepaalde gevallen die door de wet worden voorgeschreven).

Indien je van mening bent dat CM je persoonsgegevens niet rechtmatig en legaal verwerkt, kan je een klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit (contactgegevens beschikbaar op: <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be>). In dergelijke geval raden wij je echter aan om eerst contact op te nemen met onze Data Protection Officer. Mogelijke problemen of misverstanden kunnen vaak gemakkelijk worden opgelost.

Als je je op *Gezondheid & Samenleving* heb geabonneerd, maar nadien van gedacht verandert, kan je je toestemming altijd intrekken. Intrekking van de toestemming doet geen afbreuk aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de vóór de intrekking verleende toestemming.

Voor de uitoefening van bovenstaande rechten kan je, indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, dit schriftelijk laten weten bij

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst

Mieke Hofman

Haachtsesteenweg 579

1031 Schaarbeek

Of per mail: GezondheidEnSamenleving@cm.be

Indien je meer algemene informatie wenst over de verwerking van persoonsgegevens door CM, kan je ons algemeen privacybeleid raadplegen op onze website: <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

Inhoud

- Editoriaal: De meest kwetsbaren beschermen 02
- Studie: Meer begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming 06
- Studie: Gezondheidsongelijkheden beginnen bij de geboorte 34
- Analyse: Implementatie van BelRAI 50
- Analyse: Begroting voor gezondheidszorg 2023 62
- Voor u gelezen: Indicatoren voor de ontwikkeling van palliatieve zorg wereldwijd (WHO) 74
- Voor u gelezen: Stand van zaken van de verbanden tussen milieu en gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 80

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel
Hoofdredactie	Élise Derroitte
Eindredactie	Astrid Luypaert, Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest
Redactiecomité	Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Astrid Luypaert, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova, 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"