

# CM-Informatie

## Analyses en standpunten

Driemaandelijkse tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

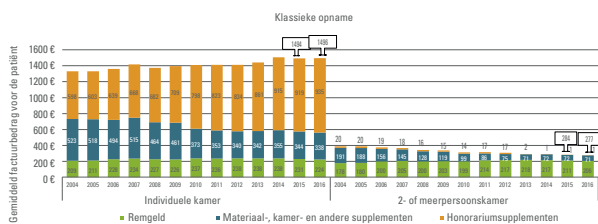
271

maart 2018

### Ziekenhuisbarometer 2017

De opvallende toenames in het totale volume ereloon-supplementen aangerekend op eenpersoonskamers, zijn vooral te verklaren door een opvallende toename in ereloon-supplementen gevraagd per opname.

Figuur 5: Evolutie van de gemiddelde kost voor de patiënt per ziekenhuisopname (data CM leden, prijzen 2016, per hospitalisatie- en kamertype



### Budget gezondheidszorg

Het artikel over het budget 2018 geeft nogmaals duidelijk aan dat er nood is aan een globale visie op lange termijn over waar we naar toe willen met onze gezondheidszorg, welke keuzen we maken, hoe we transversaal willen gaan werken over de verschillende lijnen en bevoegdheden heen, hoe transparantie de norm moet worden en hoe we een sluipende 'for profit' in de gezondheidszorg moeten terugdringen omdat gezondheid een basisrecht is.

### Top 10 geneesmiddelen

Het gebruik van 8 van de 10 geneesmiddelenklassen in de Top 10 van de meest verkochte geneesmiddelen in de apotheek, is voor een niet verwaarloosbaar deel het gevolg van onze (ongezonde) levensstijl. We kunnen zelf iets doen voor onze gezondheid, maar ook de overheid zou door het wegwerken van ongelijkheden in onze samenleving en door een striktere wetgeving al heel wat gezondheidswinst kunnen realiseren zodat het gebruik van deze geneesmiddelen drastisch zou kunnen dalen.

### Ouderenzorg

Zelfs bij gebrek aan informatie over diagnoses, blijft het gebruiksniveau van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra zorgwekkend. Een grondig debat over de geestelijke gezondheidszorg bij ouderen dringt zich op.

Tabel 1: % van de CM-leden in woonzorgcentra dat antidepressiva en antipsychotica heeft gebruikt (30 DDD) - 2014

type bed woonzorgcentrum	antidepressiva	ongepaste antidepressiva	antipsychotica	ongepaste antipsychotica	N
	%	%	%	%	
RVT	45,77%	26,80%	25,24%	16,63%	41.615
ROB	38,99%	22,95%	16,26%	11,43%	34.339
<b>totaal</b>	<b>42,70%</b>	<b>25,06%</b>	<b>21,17%</b>	<b>14,28%</b>	<b>76.014</b>



Voor haar ziekenhuisbarometer analyseerde CM de facturen van de ongeveer 1,4 miljoen ziekenhuisopnames van haar leden in 2016. Het prijsverschil tussen een opname in een eenpersoonskamer en die in een kamer voor twee of meer personen wordt steeds groter.

Voor een opname in het chirurgisch dagziekenhuis betaal je als patiënt gemiddeld 115 euro uit eigen zak. Tenminste als je voor een kamer voor twee of meer personen kiest. Onderga je dezelfde ingreep en opteer je voor een eenpersoonskamer, dan loopt je factuur op tot gemiddeld 813 euro. Dat is zeven keer meer. Van de totale factuur van 813 euro is 639 euro bestemd voor ereloon-supplementen. Bij deze ereloon-supplementen zien we een stijging van 9% in vergelijking met 2015. Vier vijfden van de kostprijs voor de patiënt in een eenpersoonskamer bestaat uit ereloon-supplementen. Dat je voor dezelfde zorg zoveel meer betaalt in een eenpersoonskamer valt niet te verantwoorden.

Uit onze congressenquête 2015 bij meer dan 50.000 leden (CM Informatie 263, maart 2016) gaf ongeveer 80% van de respondenten aan een eenpersoonskamer te verkiezen. Anno 2018 kan een eenpersoonskamer bij een ziekenhuisopname toch niet meer als 'luxe' beschouwd worden? Als we luisteren naar de bevolking/onze leden zou een eenpersoonskamer de norm moeten worden. Dit kan echter alleen als ook de ereloon-supplementen worden weggewerkt. Om de kosten voor de ziekteverzekering en de patiënt (bv. door een shift van supplementen naar ambulante zorg, dreigende commercialisering van de zorg) hierdoor niet te laten ontsporen, zal een afschaffing van de supplementen hand in hand moeten gaan met een grondige hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de organisatie van de ziekenhuizen in netwerken met een concentratie van bepaalde complexe of zeldzame ingrepen/aandoeningen, het tegengaan van overproductie, een betere afstemming van dure apparatuur, een betere onderbouwing van de meerwaarde van dure 'innovaties', de afbouw van acute bedden, het optimaliseren van de opnameduur (nog 10% hoger dan in onze buurlanden), het garanderen van eerlijke en maatschappelijk aanvaardbare lonen voor artsen, een beter geïntegreerd zorgsysteem met ook in de ambulante zorg tariefzekerheid, etc.

Nu al geven we 10,5% van ons BNP aan gezondheidszorg (2015), wat hoger is dan het Europese gemiddelde (9,9%). Het artikel over het budget 2018 geeft nogmaals duidelijk aan dat er nood is aan een globale visie op lange termijn over waar we naar toe willen met onze gezondheidszorg, welke keuzen we maken, hoe we transversaal willen gaan werken over de verschillende lijnen en bevoegdheden heen, hoe transparantie de norm moet worden en hoe we een sluipende 'for profit' in de gezondheidszorg moeten terugdringen omdat gezondheid een basisrecht is. Allemaal aanbevelingen die de Europese

Commissie onderschrijft in haar rapport van november 2017 over het gezondheidssysteem in België.

Heel belangrijk is om echt in te zetten op meer preventie en 'health in all policies'. Een CM-analyse van de 'top 10' van de meest verkochte geneesmiddelen in de apotheek leert ons dat inzetten op preventie echt zou lonen. Tot de tien meest terugbetaalde geneesmiddelen in 2016, die in de apotheek (buiten het ziekenhuis) zijn gekocht, behoren bloeddrukverlagers, maagzuurremmers, cholesterolverlagers, geneesmiddelen tegen obstructieve longaandoeningen, antidiabetica en antivirale geneesmiddelen. Het verbruik van acht van deze top tien geneesmiddelen is voor een niet verwaarloosbaar deel het gevolg van onze (ongezonde) levensstijl. Zij vertegenwoordigen een bedrag van 1,17 miljard euro. Nieuwe leefgewoonten aannemen, meer lichaamsbeweging, kiezen voor evenwichtige voeding, niet roken, voldoende slaap, ... Wij kunnen allemaal zelf iets doen voor onze gezondheid. Maar ook de overheid zou door het verminderen van de ongelijkheid in onze samenleving en door een striktere wetgeving bv. op tabak, voeding, alcohol, een goede ruimtelijke ordening etc. al heel wat gezondheidswinst kunnen realiseren zodat het gebruik van deze geneesmiddelen drastisch zou kunnen dalen.

Naast financiering is er nog werk aan de winkel inzake kwaliteit van zorg. Een CM-studie leert ons dat naar schatting 40% van de oudere volwassenen in onze woonzorgcentra antidepressiva neemt en 20% antipsychotica. Hoe hoger de zorgbehoefte, hoe groter de kans dat deze geneesmiddelen worden ingenomen. Er bestaat een grote variatie tussen de woonzorgcentra, wat toont dat het ook anders kan. Eén op vier residenten van een woonzorgcentrum neemt bovendien een niet voor ouderen aangepast geneesmiddel. In de thuissituatie is de inname van antidepressiva voor hetzelfde zorgprofiel ongeveer 10% lager. Een grondig debat over de aanpak van de geestelijke gezondheidszorg bij ouderen dringt zich op.

*Michiel Callens*

*Directeur Studiedienst*

## CM ziekenhuisbarometer 2017

Mieke Dolphens en Katte Ackaert – Departement R&D

Muriel Wantier – MC Assure

Bernard Landtmeters – Medische Directie

Benôit Rousseau – Juridische Dienst

### Samenvatting

*Voor het dertiende jaar op rij publiceerden wij, CM, de ziekenhuisbarometer. De ziekenhuisbarometer is één van de middelen waarmee we onze leden begeleiden door het complexe zorglandschap en hen de weg wijzen naar betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve zorg. Evenzeer geven we met onze barometer signalen aan de overheid en de ziekenhuiswereld teneinde negatieve trends op de patiënt tijdig bij te sturen.*

*Met de ziekenhuisbarometer leggen we onder meer de ziekenhuisfacturen van onze leden onder de loep. “Wat moeten CM leden uit eigen zak betalen bij opname in een algemeen of universitair ziekenhuis?” Hiertoe analyseerden we de facturatiegegevens van de 1.492.954 ziekenhuisopnames van CM leden in 2016. Ook de evolutie in het aantal ziekenhuisopnames verdient bijzondere aandacht.*

*Met de update voor het jaar 2016 stellen we vast dat het aantal ziekenhuisopnames blijft toenemen, dat de ereloon- en kamersupplementen bij opname op een eenpersoonskamer opnieuw sterk toegenomen zijn (voornamelijk in het dagziekenhuis) en dat het grote prijsverschil voor zorg/opname in een individuele versus gemeenschappelijke kamer verder blijft groeien.*

*Als toekomstgericht gezondheidsfonds vinden wij dat een grondige hervorming van de ziekenhuisfinanciering dringend nodig is, dat ereloon- en kamersupplementen op termijn weggewerkt moeten worden en dat eenpersoonskamers de standaard moeten worden bij klassieke hospitalisatie. Omdat dit niet van vandaag op morgen kan, vragen we dat er in afwachting al een aantal stappen gezet worden. Dit artikel herneemt niet de volledige studie zoals gepubliceerd op onze website,<sup>1</sup> maar voorziet in een samenvatting en enkele bijkomende commentaren.*

Sleutelwoorden: Ziekenhuizen, factuur, patiënt, kosten, toegankelijkheid, transparantie, kostenraming

1 Dertiende CM Ziekenhuisbarometer. Beschikbaar via : [https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13\\_tcm375-197808.pdf](https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13_tcm375-197808.pdf)

## 1. Inleiding

De CM ziekenhuisbarometer laat toe de evolutie van de facturatie bij ziekenhuisopname in België te kwantificeren, evoluties in het gebruik van gezondheidszorg waar te nemen, de impact van beleidsbeslissingen objectief te beoordelen en doelmatige zorg te bevorderen. Dit alles met oog voor maatschappelijke ontwikkelingen op het vlak van zorg en welzijn. Evenzeer is de ziekenhuisbarometer één van de tools die CM gebruikt om de bevolking de weg te wijzen naar betaalbare, kwalitatieve zorg. Als toekomstgericht gezondheidsfonds nemen we deze actieve en verantwoordelijke rol - waartoe we ons recent ook expliciet geëngageerd hebben<sup>2</sup> - gretig en met veel goesting verder op.

Wanneer in ziekenhuiscontext gepraat wordt over "supplementen", is het belangrijk te begrijpen dat deze term meer omvat dan enkel ereloonsupplementen. Naast de ereloonsupplementen<sup>3</sup> zijn er immers ook o.m. kamersupplementen en afleveringsmarges op implantaten of geneesmiddelen. Onze 12 vorige ziekenhuisbarometers tonen duidelijk aan dat de ereloonsupplementen jaar na jaar met een behoorlijke snelheid gestegen zijn en dat de patiëntenfactuur steeds meer domineren. In 2015 betaalden CM leden 197,8 miljoen euro aan ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname. Dat is 35% meer dan 8 jaar ervoor, in 2007.<sup>4</sup> De continue stijging van de ereloonsupplementen is een complex probleem; het oplossen ervan is al jarenlang een uitdaging. Benadrukt dient te worden dat er een grote variatie is in de tariefpraktijken gehanteerd door de ziekenhuizen.

2016 was het eerste volledige jaar waarin de ziekenhuisarts geen ereloonsupplementen op medische prestaties meer kon aanrekenen bij patiënten opgenomen op een twee- of meerpersoonskamer ingeval van een dagopname, d.i. een ziekenhuisopname zonder overnachting. Het verbod op het aanrekenen van ereloonsupplementen bij patiënten opgenomen op een twee- of meerpersoonskamer bestaat

reeds langer (sinds 2013) voor opnames met ten minste één overnachting. Dergelijke evoluties juichen wij als CM toe: het is een goede zaak voor de toegankelijkheid van gespecialiseerde medische hulp in het ziekenhuis en tevens impliceert het een stap in de goede richting op het vlak van tariefzekerheid voor de patiënt, althans voor de patiënt die verblijft op een gemeenschappelijke kamer.<sup>5</sup> Toch zou het naïef zijn te hopen dat hiermee het probleem van de ereloonsupplementen opgelost zou zijn. Zolang er ereloonsupplementen bestaan, brengen deze een (risico van) dualisering met zich mee en dit op verschillende fronten. Meer bepaald kunnen ziekenhuizen die hoge ereloonsupplementpercentages toepassen – en/of systematisch eenpersoonskamers aanbieden – zich aantrekkelijker profileren naar artsen-specialisten toe,<sup>6</sup> terwijl ziekenhuizen die een betere financiële toegankelijkheid voor hun patiënten willen blijven garanderen (door een meer gematigd ereloonsupplementenbeleid te hanteren) moeilijkheden kunnen ondervinden in het aantrekken van artsen-specialisten. Evenzeer brengen ereloonsupplementen een (risico van) dualisering met zich mee in de toegang tot zorg: we evolueren naar een situatie waarin enkel nog patiënten die een dure hospitalisatieverzekering kunnen betalen in een eenpersoonskamer zullen kunnen verblijven. Inderdaad, de hospitalisatieverzekeringspremies zijn gestegen als rechtstreeks gevolg van de forse stijging van de ereloonsupplementen bij opname in een eenpersoonskamer.<sup>7</sup> Als CM spreken we ons uit tegen de commerciële symbiose die ontstaan is tussen verstrekkers en privé-verzekeraars: verzekeraars die onbegrensde dekkingen aanbieden hebben het perfecte alibi gegeven aan verstrekkers om hoge ereloonsupplementen te vragen.

Het zou onfatsoenlijk en niet correct zijn om alle ziekenhuizen en artsen over dezelfde kam te scheren als ware de huidige situatie louter te wijten aan een veralgemeend slecht ziekenhuisbestuur of winstbejag. We begrijpen de moeilijke en turbulente periode waarin de ziekenhuissector verkeert en erkennen de talrijke uitdagingen waar ze voor staat.<sup>8</sup> Deze tekst heeft dan ook als insteek dat de zorg beter kan en moet geregeld worden, zonder kwaliteitsverlies – eerder met

2 Ziekenfondsen en minister De Block tekenen toekomstpact (<https://www.cm.be/actueel/nieuwsflashes/pact.jsp>); Van zieken- naar gezondheidsfonds (<http://www.deblock.belgium.be/nl/van-zielen-naar-gezondheidsfondsen>)

3 Ereloonsupplementen zijn het bedrag dat bovenop het remgeld aan de patiënt wordt aangerekend en dat niet door de (verplichte) ziekteverzekering wordt terugbetaald; de berekeningsbasis voor ereloonsupplementen is het officiële ziekteverzekeringstarief, d.i. de som van het remgeld en de tussenkomst door de (verplichte) ziekteverzekering.

4 Bij CM leden was er van 2007 tot 2015 (1) een toename van 20% en 51% in het aantal ziekenhuisopnames in, respectievelijk, een eenpersoonskamer en gemeenschappelijke kamer (d.i. een stijging van 46% in het totaal aantal ziekenhuisopnames), (2) een afname van het totaal volume opnamedagen van 266.934 (3,8%), en (3) een afname van de gemiddelde ligduur bij klassieke opname met 1,02 dagen of 11,7%.

5 Voor patiënten die verblijven op een gemeenschappelijke kamer zijn de niet-vergoedbare geneesmiddelen en implantaten de enige resterende substantiële financiële risico's.

6 Onder meer de hoogte van de ereloonsupplementen die gevraagd kunnen worden in combinatie met de ziekenhuisspecifieke afdrachtenregeling hebben een invloed op de aantrekkingskracht van een ziekenhuis op artsen.

7 De Tijd, 'Eenpersoonskamer in ziekenhuis fors duurder', 30 juni 2016; Patiënten kunnen een (niet verplichte) hospitalisatieverzekering afsluiten die ereloonsupplementen – hetzij geheel hetzij gedeeltelijk – terugbetaalt aan de patiënt.

8 Dertiende CM Ziekenhuisbarometer, p. 3 en p. 11. Beschikbaar via : [https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13\\_tcm375-197808.pdf](https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13_tcm375-197808.pdf)

kwaliteitswinst. Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft in deze context reeds meerdere studies gepubliceerd, waarin de vinger op de wonde gelegd wordt en concrete voorstellen van maatregelen uitgewerkt zijn.<sup>9</sup> Om tot duurzame oplossingen te komen waarbij de patiënt en de zorgbehoefte werkelijk centraal komen te staan, zullen alle partners zich open en constructief moeten opstellen. Minstens even cruciaal is een moedige, concrete en toekomstgerichte politieke ondersteuning vertrekkend vanuit een gezond langetermijnperspectief.

Laten we even teruggaan naar de basis van “ereloon-supplementen”. In feite zijn ereloon-supplementen aangerekend door (ziekenhuis)artsen de uitoefening van de vrijheid van honoraria die artsen hebben.<sup>10</sup> Historisch is echter een constructie kunnen ontstaan die – via het systeem van opdrachten – een belangrijke geldstroom inhoudt van honoraria en ereloon-supplementen (betaald door de patiënt) richting ziekenhuis. Deze geldstroom, waarvan de omvang en besteding onbekend zijn behalve bij de ziekenhuistop, is van die aard dat het afschaffen van ereloon-supplementen bij opname in eenpersoonskamers op vandaag geen optie blijkt – zo verklaarde de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid eind 2017 – daar dit de ziekenhuizen in de problemen zou brengen.<sup>11</sup> In de feiten betekent het almaar groeiend volume aan ereloon-supplementen dat de patiënt steeds meer bijpast in de financiering van ziekenhuizen.

De hoegrootheden van ereloon-supplementen – die als bijkomstig, “supplementair” in het leven werden geroepen – zijn in sommige gevallen bezwaarlijk nog “gematigd” en “bescheiden” te noemen. Hoofdstuk VI van de Code van de geneeskundige plichtenleer is nochtans duidelijk: “*De geneesheer moet gematigd en bescheiden zijn bij het vaststellen van het ereloon betreffende zijn prestaties. ...*” (artikel 71) en “*Het vragen van honoraria die merklijk te hoog liggen duidt op een gebrek aan eerlijkheid en bescheidenheid en kan .... aanleiding geven tot tuchtmaatregelen.*” (artikel 78).<sup>12</sup> In de kantlijn – en zonder te vervallen in een semantische discussie – kan men zich trouwens vragen stellen bij de term “ereloon-supplement”. Is een ereloon niet per definitie een vastgestelde vergoeding voor een prestatie en kan dit bijgevolg wel een “supplement” bevatten?

België heeft de weinig benijdenswaardige eer het enige land te zijn waar het inkomen van de ziekenhuisarts – en van de ziekenhuizen via het systeem van opdrachten – afhangt van de kamerkeuze van de patiënt. De mening van CM leden in deze context is duidelijk: uit de bevraging naar aanleiding van het CM Congres in juni 2015 blijkt dat 86% van de ruim 50.000 respondenten achter het principe staat van een gelijke vergoeding voor de medische behandeling, ongeacht de kamerkeuze.<sup>13</sup> Dat de kamerkeuze op geen enkele manier de bereidheid van een ziekenhuisarts mag beïnvloeden om een patiënt te verzorgen, noch een invloed mag hebben op de beschikbaarheid van de arts, staat buiten kijf en is wettelijk verankerd.<sup>14</sup>

Kwaliteitsvolle zorg is een evidente verwachting en lijkt op het eerste zicht eenvoudig te meten. Niets is minder waar. Kwaliteit van zorg omvat meerdere dimensies: veiligheid (“zaken suboptimaal of mis doen”), efficiëntie (“dingen te veel of dubbel doen”), effectiviteit (“zich aan protocollen en evidence based medicine houden”), tijdigheid (“altijd de dingen op het juiste moment doen: 24/7/365”), gelijkheid (“elke patiënt is gelijk”) en patiënt centraal.<sup>15</sup> Positief alvast is dat er een sterke kwaliteitsdynamiek leeft in de ziekenhuizen en dat steeds meer aandacht gaat naar kwaliteitsbeleid. Ook is er een – zij het nog steeds voorzichtige – evolutie merkbaar in België richting het openbaar stellen van informatie rond kwaliteit en veiligheid in de ziekenhuiszorg. De huidige CM ziekenhuisbarometer grijpen we dan ook graag aan om de bevolking wegwijs te maken in de beschikbare info aangaande zorgkwaliteit geboden in de Belgische ziekenhuizen.

Dit artikel herneemt niet de volledige studie zoals gepubliceerd op onze website,<sup>16</sup> maar voorziet in een samenvatting en enkele bijkomende commentaren. We hopen dat onze ziekenhuisbarometer – naast impact op beleidsniveau – ook een verbeterde dialoog over prijs en kwaliteit kan realiseren tussen zorgvragers en -verleners. Ten aanzien van kandidaat-patiënten wensen we te benadrukken dat een “duur” ziekenhuis niet noodzakelijk een betere zorgkwaliteit biedt dan een “goedkoop” ziekenhuis, en vice versa. Inderdaad, wanneer een ziekenhuis hoger uitkomt qua prijs of lager scoort op bepaalde kwaliteitsindicatoren, heeft dit in sommige gevallen te maken met het aanbieden van hooggespecialiseerde zorg of met het behandelen van een doelpubliek dat extra

9 KCE rapport 229AS over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, beschikbaar via <https://kce.fgov.be/nl/ziekenhuisfinanciering-dringend-aan-hervorming-toe-%E2%80%93-kce-stelt-een-omvattend-nieuw-denkkader-voor>; KCE rapport 289AS over de benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025, beschikbaar via <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/benodigde-ziekenhuiscapaciteit-in-2025-en-criteria-voor-aanbodbeheersing-van-comp>

10 Artikel 35 van het K.B. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, 15 mei 2015.

11 Artsenkrant, ‘De Block: ereloon-supplementen afschaffen geen optie’, 10 november 2017.

12 Code van de geneeskundige plichtenleer opgesteld door de Nationale Raad van de Orde der geneesheren, laatste aanpassing december 2016, beschikbaar via <https://www.ordomedic.be/nl/code/inhoud/>

13 [http://www.cm.be/binaries/CM-263-Samen-innoveren\\_tcm375-172790.pdf](http://www.cm.be/binaries/CM-263-Samen-innoveren_tcm375-172790.pdf)

14 Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, art 29/1. Deze bepaling van openbare orde wordt ook met een strafsanctie gegarandeerd: art 128, 13° van dezelfde wet. Inwerkingtreding: 06-01-2017.

15 Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.

16 Dertiende CM Ziekenhuisbarometer. Beschikbaar via : [https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13\\_tcm375-197808.pdf](https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13_tcm375-197808.pdf)

vatbaar is voor complicaties. Echter, in andere gevallen is er geen enkele rechtvaardiging of sociaal nut die de (variatie in) kostprijs voor de geboden zorg verklaart.

## 2. Methodiek

De CM ziekenhuisbarometer is een jaarlijkse studie waarin we de ziekenhuisfactuur en –opnames van onze leden in het voorgaande jaar onderzoeken. Zowel ziekenhuisopnames met overnachting (klassieke hospitalisatie) als zonder overnachting (dagziekenhuis) maken deel uit van de studie.

Deze dertiende editie werkt met de facturatiegegevens van de 1.492.954 opnames in 2016 van CM leden in de algemene en universitaire ziekenhuizen in België en met de informatie uit de opnameverklaring van elk van deze ziekenhuizen. Ook

de historische data van onze eerdere ziekenhuisbarometers worden meegenomen, wat toelaat de evolutie te beschrijven tussen 2004 en 2016. Voor alle bedragen wordt de index in rekening gebracht en verdisconteerd. Bijgevolg is elke vermelde evolutie (groei of daling) reëel en niet het gevolg van inflatie. Nieuw in onze dertiende ziekenhuisbarometer is dat geduid wordt waar de burger informatie kan vinden over de kwaliteit van de zorg geboden in Belgische ziekenhuizen.

Ons cijfermateriaal i.v.m. de patiëntufacturen houdt geen rekening met eventuele tegemoetkomingen in het kader van de maximumfactuur. De diensten/behandelingen en kamertypes die deel uitmaken van onze studie, zijn opgelijst in tabel 1. Om het kamertype te bepalen, baseren wij ons op de afrekennummers.<sup>17</sup> Bij verandering van kamertype (eenpersoons- versus gemeenschappelijke kamer) in de loop van het ziekenhuisverblijf, beschouwen we het gehele verblijf als een opname in een eenpersoonskamer. Tabel 2 toont de uitkomstvariabelen van onze studie.

**Tabel 1. Overzicht van de hospitalisatietypes, diensten/behandelingen en kamertypes die deel uitmaken van onze studie.**

	Klassieke hospitalisatie	Dagziekenhuis	
		Chirurgisch dagziekenhuis	Niet-chirurgisch dagziekenhuis *
Geselecteerde diensten of behandelingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- heekunde</li> <li>- inwendige geneeskunde**</li> <li>- pediatrie</li> <li>- verloskunde</li> <li>- geriatrie en revalidatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orthopedische ingreep</li> <li>- oftalmologische ingreep</li> <li>- stomatologische ingreep</li> <li>- ingreep door neus-keel-oorarts</li> <li>- urologische ingreep</li> <li>- gynaecologische ingreep</li> <li>- heekundige ingreep in een ander specialisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hemodialyse</li> <li>- onco- en chemotherapie bij kanker</li> <li>- behandeling voor chronische pijn</li> <li>- alle andere behandelingen in het dagziekenhuis. Hierin zitten de zogenaamde 'maxiforfaits', de oude forfaits A, B, C en D en de nieuwe forfaits 1 t.e.m. 7.</li> </ul>
Kamertypes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eenpersoonskamers</li> <li>- gemeenschappelijke kamers (twee of meer personen)</li> </ul>		

\* Merk op dat geen enkele opname vergoed als "miniforfait" in onze studie werd opgenomen. De aard van deze opnames is immers te heterogeen om een zinvolle analyse te kunnen doen.

\*\* Opname- en facturatiegegevens m.b.t. de dienst inwendige geneeskunde die duidelijk een (therapeutische) chirurgische ingreep omvatten (d.i. 8,9% van alle opnames op betreffende dienst), werden getransfereerd naar de dienst heekunde.

<sup>17</sup> Indien de code 761644 (klassieke opname) of 761633 (dagziekenhuis) aangetroffen wordt als relatieve code op de lijn van de verpleegdagprijs, beschouwen we dit als een verblijf in een eenpersoonskamer. Bij code 761622 of 761600 (bij klassieke opname), 761611 (dagziekenhuis) of bij afwezigheid van code, beschouwen wij de opname als een verblijf in een gemeenschappelijke kamer.

**Tabel 2. Uitkomstvariabelen van de dertiende CM ziekenhuisbarometer, met inbegrip van de bron van de data.**

Uitkomstvariabele	Eenheid	Bron
Ziekenhuisopnames		
Aantal ziekenhuisopnames	In absolute cijfers (aantal)	(1) en (2)
(Gemiddelde) opnameduur	Aantal dagen	(1)
Totaal volume opnamedagen *	Aantal dagen	(1)
Opnames in eenpersoonskamer	In absolute cijfers (aantal)	(1)
	In procent van het totaal aantal ziekenhuisopnames	(1)
Totale patiëntenfactuur	In absolute cijfers (euro)	(1)
Remgeld	In absolute cijfers (euro)	(1)
Ereloossupplementen		
Maximaal aanrekenbare ereloossupplementen	In procent van het officieel tarief **	(3)
Werkelijk aangerekende ereloossupplementen	In absolute cijfers (euro)	(1)
Kamersupplementen	In absolute cijfers (euro of euro per dag)	(1) en (3)
Niet-terugbetaalde geneesmiddelen	In absolute cijfers (euro)	(1)
Implantaten en medisch materiaal	In absolute cijfers (euro)	(1)
Info i.v.m. kwaliteit van de zorg	N.V.T.	(4)

(1) Facturatiegegevens van CM leden m.b.t. ziekenhuisopnames (2004 – 2016), afkomstig van onze interne datawarehouse (beschikbaar via Carenet). Extractie van de gegevens gebeurt telkens eind mei van het volgend jaar (bijv. extractie i.v.m. ziekenhuisopnames in 2016 gebeurt eind mei 2017).

(2) Gestandaardiseerde verslagen m.b.t. de geboekte uitgaven van de jaren 2004 – 2016 (permanente audit), RIZIV.

(3) Opnameverklaring. Extractie van de gegevens gebeurt telkens eind mei.

(4) Literatuurstudie + publiek toegankelijke bronnen.

\* Berekend als aantal opnames x gemiddelde opnameduur (klassieke opnames) of aantal opnames (dagziekenhuis)

\*\* D.i. de verhouding van het gevraagde supplement tot de som van het remgeld en het door de (verplichte) ziekteverzekering terugbetaalde tarief.

Afkortingen: CM: Christelijke Mutualiteit; RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Opnames met een ligduur langer dan 30 dagen (voor geriatrie langer dan 90 dagen) die meer dan 10.000 euro kostten aan de patiënt, werden niet mee opgenomen in de analyses. Ook werden op ziekenhuisniveau de 1% duurste opnames geëxcludeerd indien het verschil tussen de 1% hoogste en de 1% laagste patiëntenfacturen van dat ziekenhuis groter was dan 10 keer de interkwartielrange. Aldus werden 87 extreem lange en dure ziekenhuisopnames van CM leden geëxcludeerd. Bij klassieke opnames werden – voor analyses op dienstniveau – enkel die opnames in rekening gebracht waarbij de dienst van opname en ontslag dezelfde waren. Aldus maken 130.026 opnames (d.i. 16,6% van het totale

aantal klassieke opnames (n = 784.837)) geen deel uit van dienstspectifieke analyses, doch wel van de algemene analyses. In deze studie wordt een gemiddelde waarde op een variabele enkel berekend wanneer deze gevoed wordt door data van minstens 10 opnames in betreffend ziekenhuis.

In de eerste helft van juli 2017 (d.i. voorafgaand aan de publicatie van de ziekenhuisbarometer) ontvingen alle ziekenhuizen hun individuele resultaten van onze ziekenhuisbarometer en kregen ze tot midden september de gelegenheid om te reageren op hun cijfers en de nodige correcties aan te brengen.

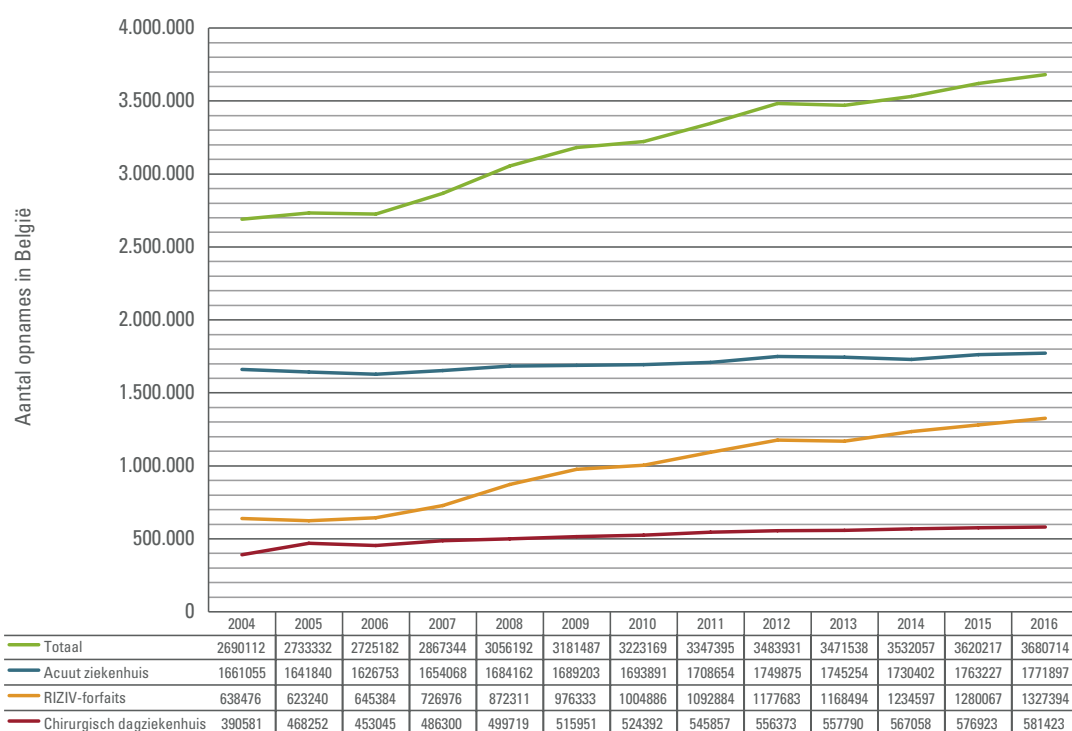
### 3. Resultaten

#### 3.1. Ziekenhuisopnames

Het totaal aantal ziekenhuisopnames in België stijgt verder. Dit blijkt zowel uit de interne auditrapporten van het RIZIV (figuur 1) als uit de opnamegegevens van onze CM leden (data niet weergegeven). Ten opzichte van 2013 is het aantal ziekenhuisopnames in 2016 toegenomen met 6% (RIZIV cijfers). Het aandeel daghospitalisatie in het totaal

aantal hospitalisaties stijgt jaar na jaar. Meest opvallend is de toename in het aantal RIZIV forfaits. Gegeven de evolutie in het aantal klassieke opnames, is de toename van dagopnames in België niet zonder meer een verschuiving van wat voorheen in klassieke hospitalisatie gebeurde.

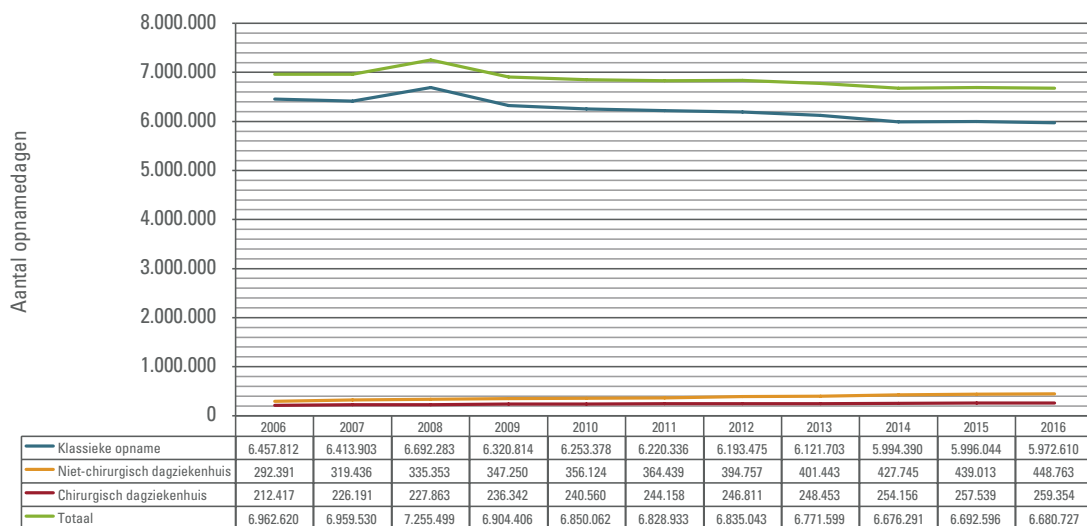
**Figuur 1: Evolutie van het aantal ziekenhuisopnames in België in de periode 2004-2016. Bron: gestandaardiseerde verslagen m.b.t. de geboekte uitgaven van de jaren 2004 t.e.m. 2016 (Rijkinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, RIZIV). Tot de RIZIV-forfaits alhier opgenomen behoren: maxiforfait, poortkatheter, forfait groep 1 t.e.m. 7 en forfait pijn 1 t.e.m. 3**



Figuur 2 toont de evolutie van het totale volume opnamedagen van CM leden in het ziekenhuis. Tussen 2013 en 2016 is het totale volume opnamedagen (alle hospitalisatietypes samen) afgenomen met 1,3%; bij klassieke opname bedroeg de afname 2,4%.

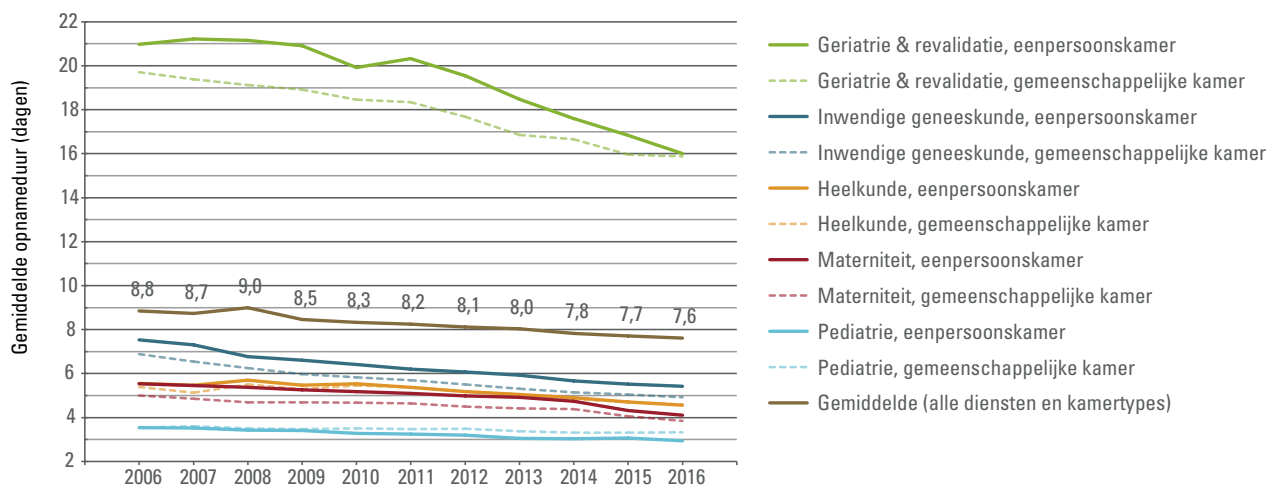


**Figuur 2: Evolutie van het totale volume opnamedagen van CM leden in het ziekenhuis, per hospitalisatietype**



De gemiddelde ligduur van onze CM leden bij klassieke hospitalisatie neemt af (figuur 3). In vergelijking met 2013, was de gemiddelde ligduur in 2016 5% korter.

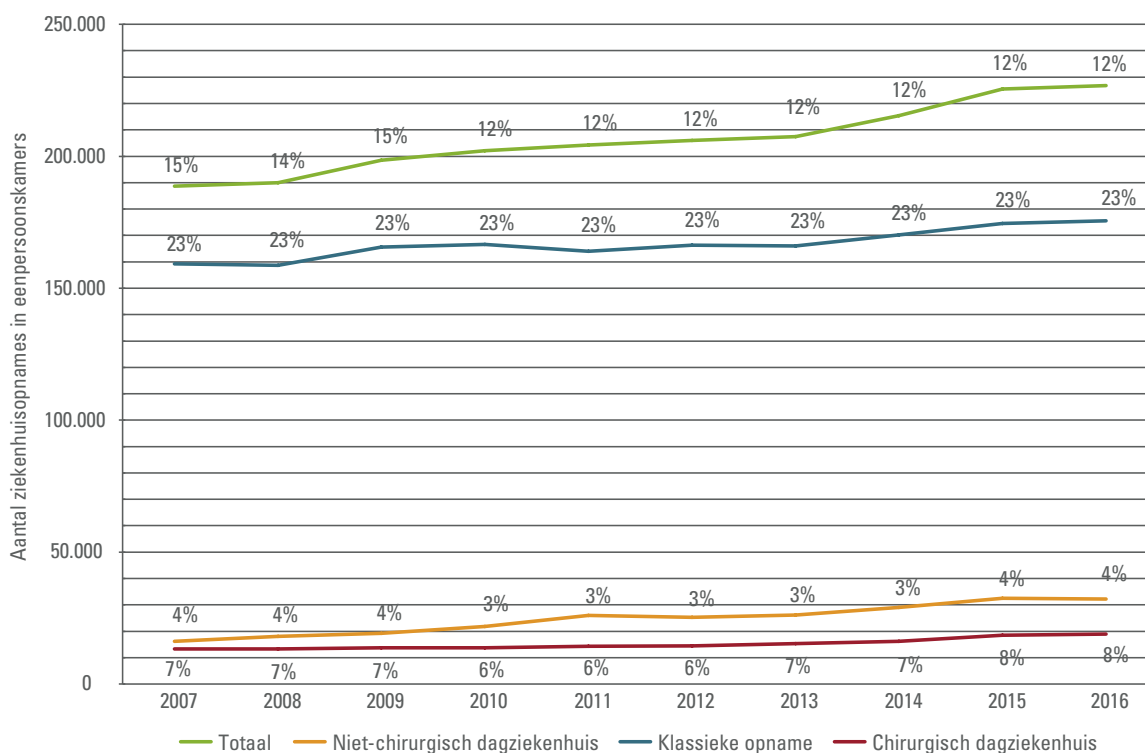
**Figuur 3: Evolutie van de gemiddelde ligduur van CM leden bij klassieke opname in België, per dienst**



In 2016 waren er 226.741 ziekenhuisopnames van CM leden in een eenpersoonskamer, wat een toename is van 9% in vergelijking met 2013 (figuur 4). Niettegenstaande de stijging in absolute cijfers, blijft het procentuele aandeel van opnames in een-

persoonskamers doorheen de jaren vrij constant en dit voor alle hospitalisatietypes. In het dagziekenhuis was er in 2016 – bij onze leden en ten opzichte van 2015 – slechts een minieme toename (n = 164) van het aantal opnames in een eenpersoonskamer.

**Figuur 4: Evolutie van ziekenhuisopnames bij CM leden op eenpersoonskamers, in absolute aantallen en procentueel aandeel, per hospitalisatietype**



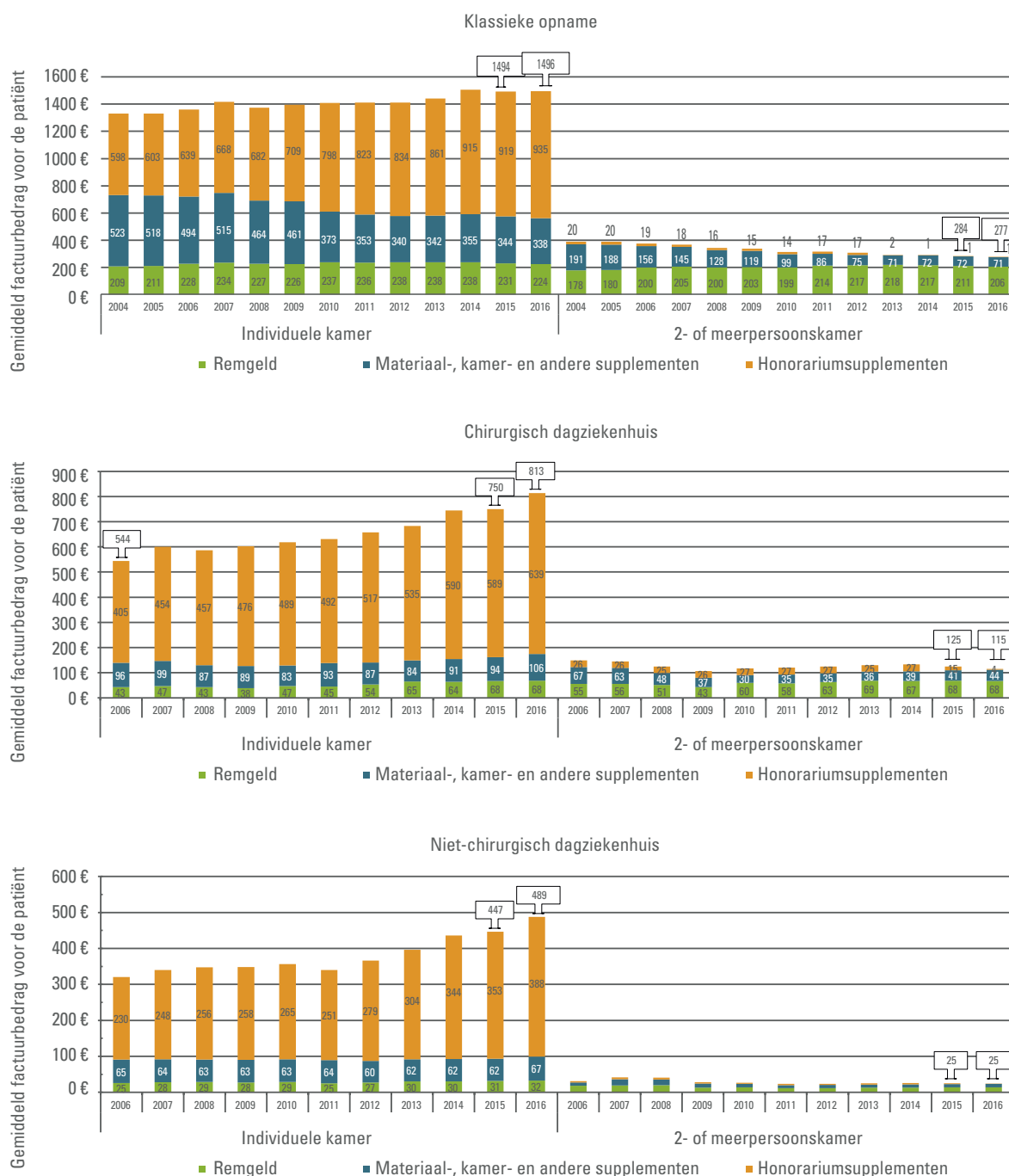
Gemiddeld genomen en verhoudingsgewijs wordt meer gebruik gemaakt van eenpersoonskamers wanneer de opname gepaard gaat met één of meerdere overnachtingen in het ziekenhuis (zie figuur 4: % aandeel klassieke opname versus dagziekenhuis). Een aanzienlijke variatie bestaat echter in de proportie opnames in eenpersoonskamers o.m. naargelang de ziekenhuisdienst (data niet weergegeven), maar ook tussen ziekenhuizen en gewesten of provincies. Daar waar in 2016 gemiddeld 8% van de chirurgische dagopnames in België plaatsvond in een eenpersoonskamer, bedroeg dit in het Brussels hoofdstedelijk gewest 18% wat een toename is van 8 procentpunt op 3 jaar tijd.

## 3.2. Patiëntenfactuur

### 3.2.1. Totale patiëntenfactuur

De evolutie van de gemiddelde factuur voor de patiënt bij ziekenhuisopname is weergegeven in figuur 5. Het verschil in kost ten laste van de patiënt bij opname in een individuele dan wel gemeenschappelijke kamer neemt verder toe. In 2016 betaalde een patiënt gemiddeld 1.496 euro voor een klassiek ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer, wat 5,4 keer zo veel is als in een gemeenschappelijke kamer. In het dagziekenhuis bedroeg het persoonlijk aandeel voor een patiënt in een eenpersoonskamer gemiddeld 813 euro (chirurgisch dagziekenhuis) en 489 euro (niet-chirurgisch dagziekenhuis), wat respectievelijk 7,1 en 20 keer meer is dan bij een opname in een twee- of meerpersoonskamer. Merk op dat er bij daghospitalisatie in sommige gevallen bijna geen sprake is van een kamer en dat de patiënt – in sommige gevallen – gewoon even uitrust in een zetel.

**Figuur 5: Evolutie van de gemiddelde kost voor de patiënt per ziekenhuisopname (data CM leden, prijzen 2016), per hospitalisatie- en kamertype**



Bij opname in een gemeenschappelijke kamer was de kost ten laste van de patiënt gemiddeld lager of gelijk in 2016 dan in 2015. Dit geldt voor alle hospitalisatietypes: -2% bij klassieke hospitalisatie, -7% in het chirurgisch dagziekenhuis en -3% (25,3 euro in 2015 en 24,6 euro in 2016) in het niet-chirurgisch dagziekenhuis. Een andere evolutie zien we in de kostprijs bij opname in een eenpersoonskamer: voor een opname zonder overnachting in betreffend kamertype steeg de gemiddelde

prijs ten laste van de patiënt op 1 jaar tijd met 8% (chirurgisch dagziekenhuis) en 9% (niet-chirurgisch dagziekenhuis). Bij klassieke hospitalisatie bleef de kostprijs ten laste van de patiënt stabiel in 2016 t.o.v. 2015, niettegenstaande de daling van de gemiddelde ligduur (-1,4%, figuur 3) en van de remgelden (-3%, zie figuur 5). In 2016 bestond de patiëntenfactuur – bij opname in een eenpersoonskamer – voor 80% à 90% uit ereloon- en kamersupplementen, afhankelijk van het

hospitalisatietype (zie tabel 3). Bij klassieke hospitalisatie zijn, vanuit het perspectief van de zorgaanbieder, de totale inkomsten uit patiëntbetalingen van eenpersoonskamers gemiddeld hoger dan deze van gemeenschappelijke kamers,

niettegenstaande minder dan 1 opname op 4 plaatsvindt in een eenpersoonskamer (figuur 4). Verder wordt – bij een klassieke opname – 1% van de patiënten geconfronteerd met een factuur die oploopt tot meer dan 6.750 euro.

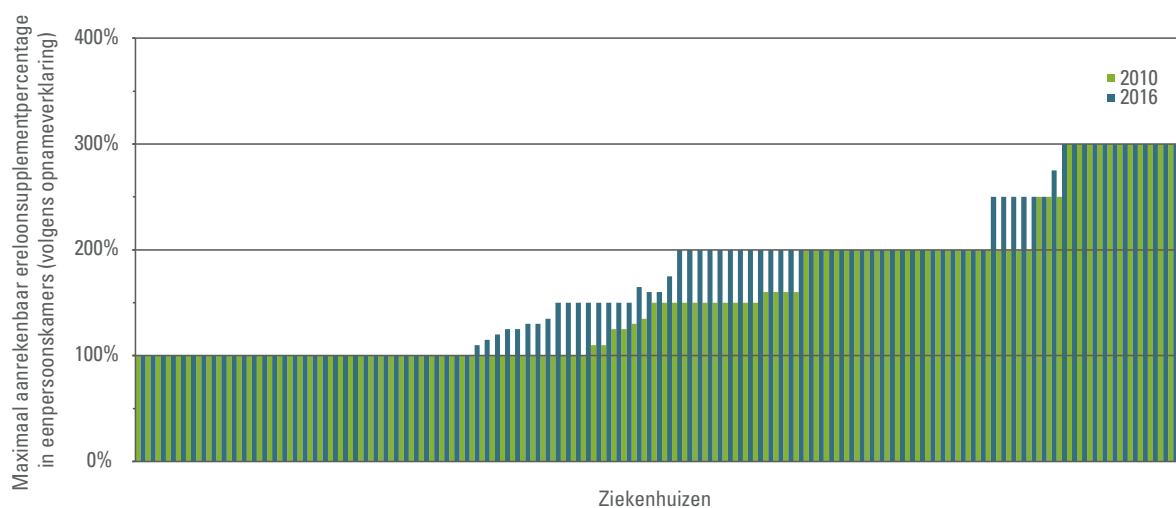
**Tabel 3: Aandeel van de diverse rubrieken in de patiëntfactuur van CM leden bij ziekenhuisopname op een eenpersoonskamer in 2016, per hospitalisatietype**

	Klassieke hospitalisatie		Chirurgisch dagziekenhuis		Niet-chirurgisch dagziekenhuis	
Ereloossupplementen	62%	79%	79%	85%	80%	90%
Kamersupplementen	17%		6%		10%	
Remgelden		15%		8%		7%
Andere (diverse kosten, niet-vergoede medische prestaties, verzorgingsproducten etc.)		6%		7%		3%
Totaal: patiëntfactuur		100%		100%		100%

### 3.2.2. Ereloossupplementen

Ziekenhuizen trekken gestaag hun maximale bedragen ereloossupplementen, uitgedrukt in %, op (figuur 6). In 2016 hanteerde de helft van de ziekenhuizen een maximum ereloossupplement van minstens 200%.

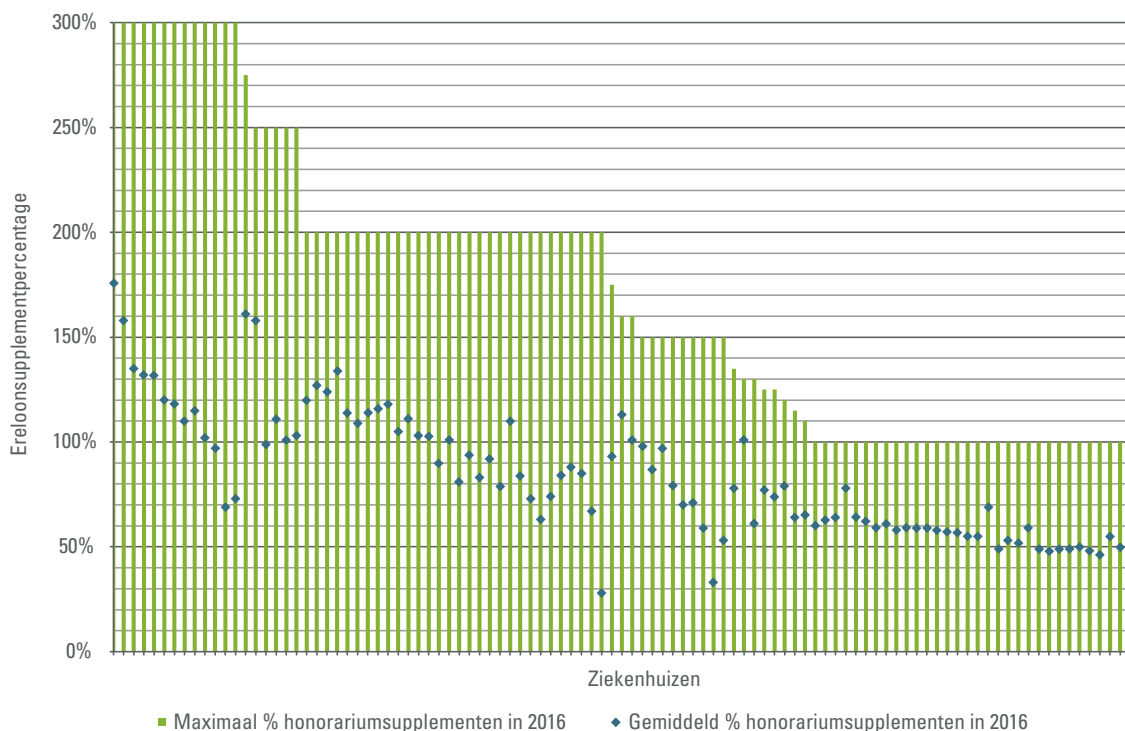
**Figuur 6: Het maximumpercentage ereloossupplementen van de ziekenhuizen in België, op basis van de opnameverklaring van elk van de ziekenhuizen**



Niet elke arts rekent echter systematisch het maximumbedrag aan ereloonsupplementen aan op alle prestaties. Figuur 7 geeft – per ziekenhuis – het gemiddelde werkelijk aangerekende percentage ereloonsupplementen in 2016

weer, naast het maximaal percentage aanrekenbaar ereloonsupplement. Zowel tussen als binnen de ziekenhuizen bestaat een grote heterogeniteit wat betreft de toegepaste percentages ereloonsupplementen.

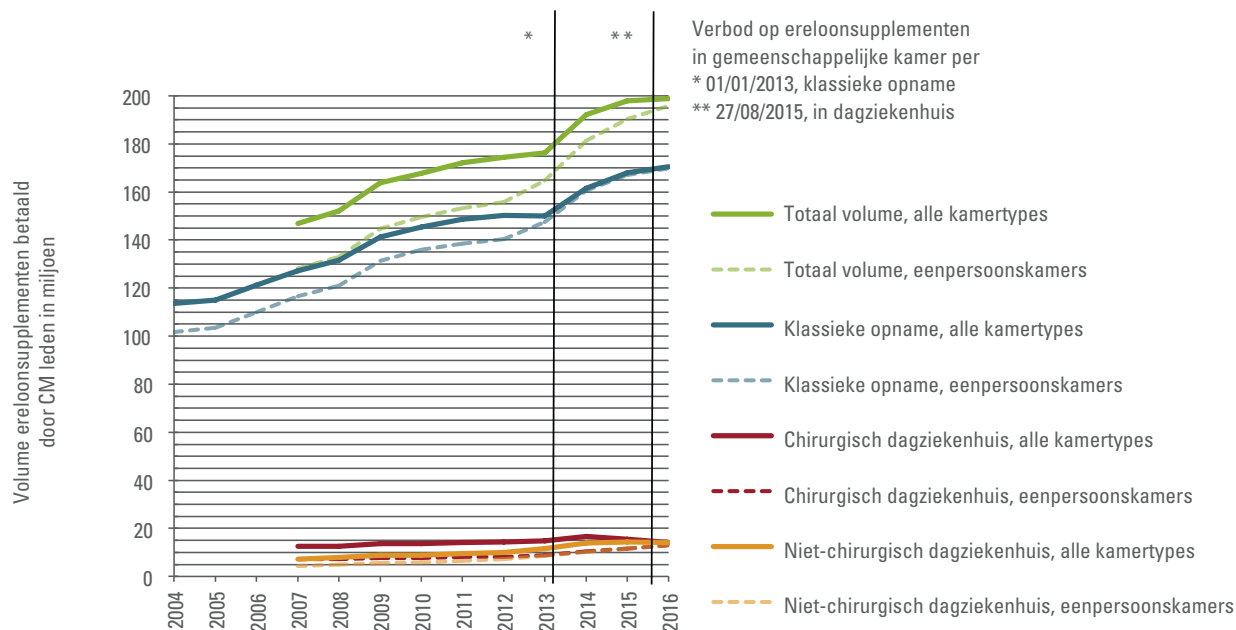
**Figuur 7: Het maximum percentage ereloonsupplementen (zoals opgenomen in de opnameverklaring) versus het gemiddelde percentage van werkelijk aangerekende ereloonsupplementen (op basis van de facturatiegegevens) bij CM leden bij klassieke opname in een eenpersoonskamer in 2016, per ziekenhuis**



In 2016 bedroeg het gemiddelde toegepaste percentage ereloonsupplementen bij klassieke opname in België 68%, wat een stijging betekent van 7 procentpunt ten opzichte van 2013. Het gemiddelde ereloonsupplement is in 17 ziekenhuizen met meer dan 10% verhoogd in 2016 t.o.v. 2015; hetzelfde gold voor 23 ziekenhuizen in 2015 t.o.v. 2014. Er zijn gewestspecifieke verschillen in de percentages ereloonsupplementen die worden toegepast. In 2016 waren de gemiddelde percentages ereloonsupplementen het hoogst in Brussel (124%), gevolgd door respectievelijk Wallonië (95%) en Vlaanderen (58%).

De evolutie van het volume ereloonsupplementen betaald bij ziekenhuisopname is weergegeven in figuur 8. In 2016 betaalden CM leden net geen 200 miljoen euro aan ereloonsupplementen. Dit is ruim 970.000 euro meer dan in 2015 en ca. 22,6 miljoen euro meer dan in 2013. Tussen 2013 en 2016 is het volume aan ereloonsupplementen voor opnames in een eenpersoonskamer gestegen met 19% (+15% bij klassieke opname, +46% bij chirurgische dagopname en +52% bij niet-chirurgische dagopname).

**Figuur 8: Evolutie van het volume ereloonsupplementen betaald door CM leden bij hospitalisatie, per hospitalisatietype, bedragen 2016**



De opvallende toenames in het totale volume ereloonsupplementen aangerekend op eenpersoonskamers in het niet-chirurgisch dagziekenhuis (2013), chirurgisch dagziekenhuis (2014, 2016) en bij klassieke opnames (2014) zijn vooral te verklaren door een opvallende toename in ereloonsupplementen gevraagd per opname (figuur 5). Aan de basis voor de opvallende toename in het totale volume ereloonsupplementen op eenpersoonskamers in het niet-chirurgisch dagziekenhuis in 2014, lag een combinatie van meer ereloonsupplementen per opname en meer opnames op eenpersoonskamers. De opvallende toename in het volume ereloonsupplementen in eenpersoonskamers voor chirurgische dagopnames in 2015 kan voornamelijk toegeschreven worden aan een toename van het aantal opnames in een eenpersoonskamer.

De ereloonsupplementen aangerekend per opname in een eenpersoonskamer waren gemiddeld hoger in 2016 dan in 2015 (figuur 5). In het chirurgisch dagziekenhuis bedroeg de stijging 9% (d.i. gemiddeld 50 euro extra), in het niet-chirurgisch dagziekenhuis 10% (d.i. gemiddeld 35 euro extra) en bij klassieke opname 2% (d.i. gemiddeld 16 euro extra aan ereloonsupplementen niettegenstaande de afname in ligdagen en remgeld – cf. supra).

### 3.2.3. Kamersupplementen

De opnameverklaringen van de ziekenhuizen leren ons dat – gemiddeld genomen – de kamersupplementen in België stelselmatig duurder geworden zijn. Tussen januari 2015 en maart 2017 heeft bijna de helft van de ziekenhuizen het kamersupplement verhoogd, waarbij de gemiddelde verhoging 12 euro per ligdag bedroeg oftewel 27%. Wetende dat de gemiddelde ligduur bij klassieke opname 6,3 dagen bedroeg bij patiënten die in 2016 op een eenpersoonskamer verbleven, betekent dit gemiddeld 75 euro extra aan kamersupplementen per (klassieke) opname in die ziekenhuizen die een prijsstijging hebben doorgevoerd tussen 2015 en 2017. Veel ziekenhuizen vragen hogere kamersupplementen op de materniteit dan op andere diensten.

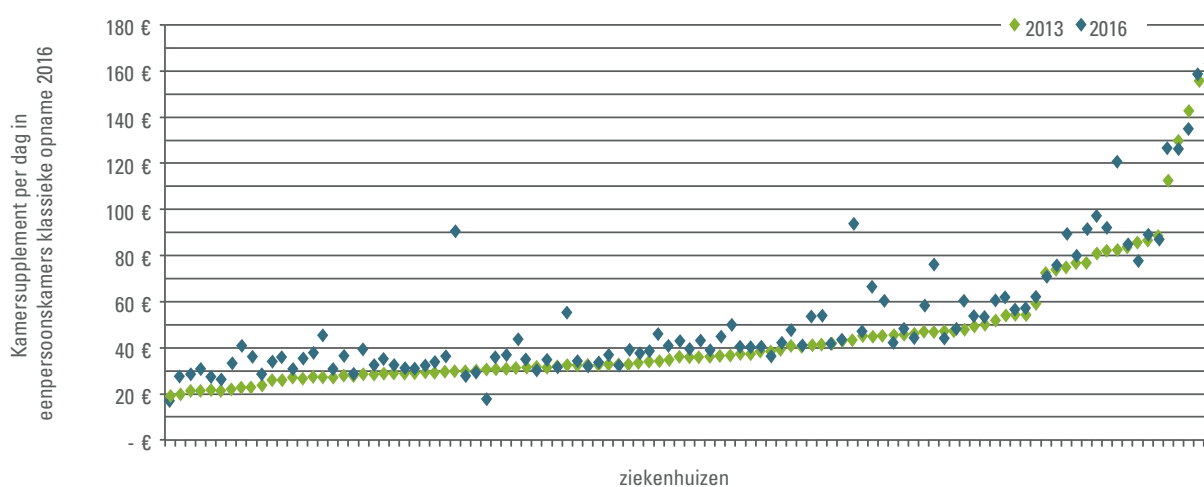
Uit de facturatiegegevens van CM leden die – al dan niet wegens medische redenen – verbleven op een eenpersoonskamer weten we dat het gemiddeld aangerekend bedrag aan kamersupplementen (per dag) in 2016 52 euro bedroeg in het chirurgisch dagziekenhuis (d.i. een stijging van 10% tegenover 2015), 49 euro in het niet-chirurgisch dagziekenhuis (d.i. +8% t.o.v. 2015) en 45 euro

per dag in het klassiek ziekenhuis (d.i. +1% een stijging van 1% t.o.v. 2015). De variatie tussen de ziekenhuizen is groot. Daar waar in sommige ziekenhuizen het kamersupplement 300 euro per dag bedraagt (zij het dan wel voor een luxe eenpersoonskamer), bieden andere ziekenhuizen al een individuele kamer aan tegen een kamersupplement van 15 euro per dag. Het gemiddeld aangerekend bedrag aan kamersupplementen (per ziekenhuis en per dag) varieert bij

klassieke opname in de Belgische ziekenhuizen tussen 17 en 163 euro (figuur 9).

De evolutie van het volume kamersupplementen betaald door CM leden is weergegeven in figuur 10. In 2016 betaalden CM leden circa 46,5 miljoen euro aan kamersupplementen, waarvan 43,9 miljoen euro bij klassieke opname en 2,6 miljoen euro in het dagziekenhuis.

**Figuur 9: Kamersupplement per dag in eenpersoonskamers in het klassiek ziekenhuis, gemiddelde per ziekenhuis (basis: facturatiegegevens van CM leden)**



### 3.2.4. Niet-vergoedbare geneesmiddelen

De kost voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen (pijnstillers bijvoorbeeld) kent een grote variatie van patiënt tot patiënt. In 2016 betaalde de helft van de patiënten – bij een klassieke opname – minder dan 14 euro voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Voor 90% van de patiënten bleef de factuur voor deze rubriek onder de 75 euro en voor 94% onder de 100 euro. Minder dan 1% van de patiënten had een geneesmiddelenfactuur van meer dan 1.000 euro. In extreme gevallen overschreed dit 10.000 euro en liep dit op tot 20.000 euro per opname. In reële termen (prijzen 2016) blijft de gemiddelde kost voor de patiënt sinds 2004 stabiel op 33 euro per klassieke opname.

### 3.2.5. Implantaten en medisch materiaal

De remgelden blijven hoog wat betreft implantaten (figuur 11). De totaalkost ten laste van de patiënt blijft stabiel de laatste jaren.

Het gebruik van medisch materiaal en implantaten varieert sterk van dienst tot dienst. Zo maakt deze rubriek bij een klassieke opname op de dienst heelkunde gemiddeld 22% uit

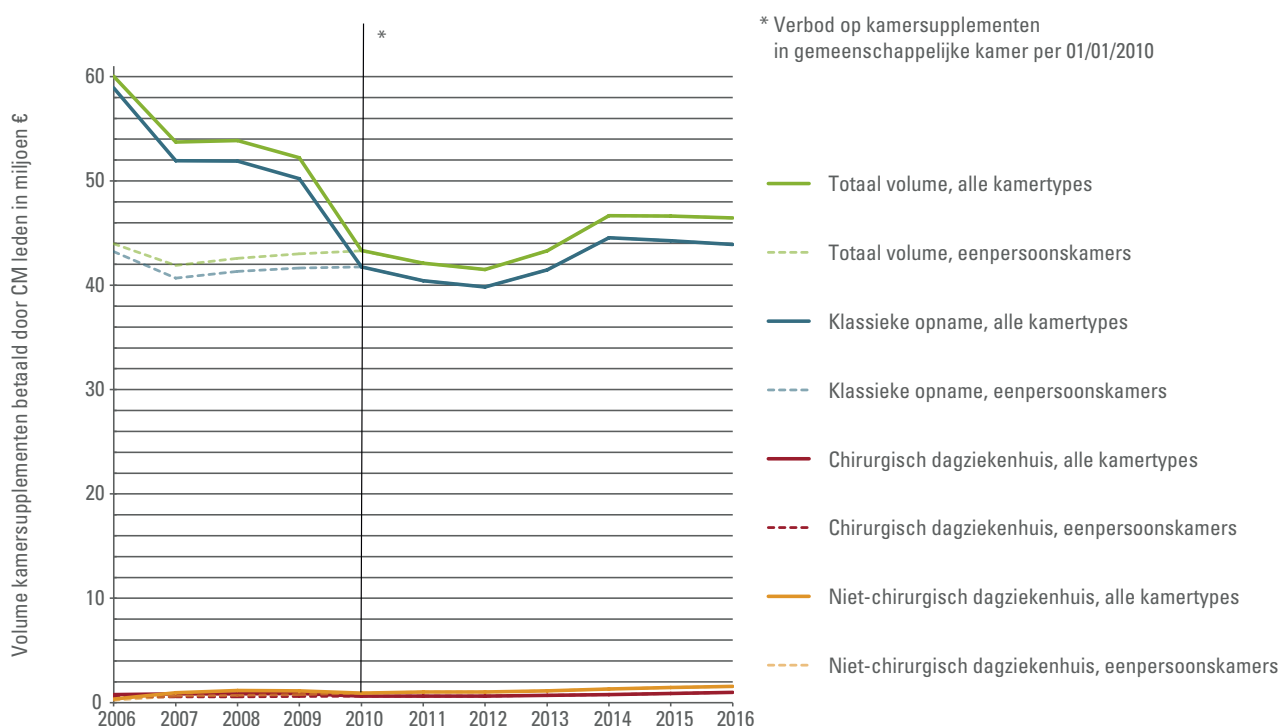
van de kost voor de patiënt. Verschillen tussen facturen in het chirurgisch dagziekenhuis worden voor een groot deel verklaard door het al dan niet gebruik van medische materialen.

## 3.3. Kwaliteit

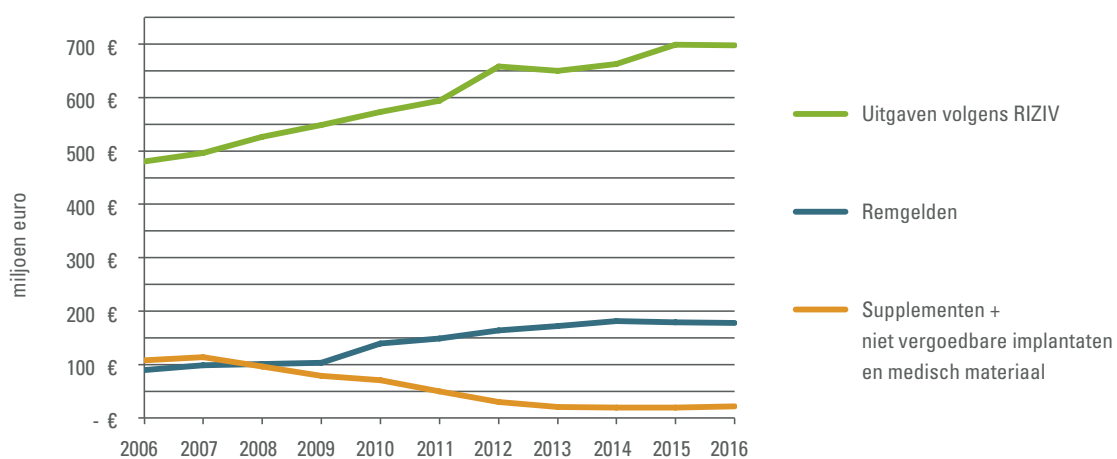
In essentie wil de patiënt weten welk ziekenhuis de beste kwaliteit biedt. Een bezoek aan bepaalde websites kan de patiënt ondersteunen in het formuleren van gerichte kwaliteitsvragen aan zorgaanbieders.

- De website [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be) richt zich zowel naar patiënten als professionals en laat toe verschillende ziekenhuizen met elkaar te vergelijken vanuit vragen als “Hoe goed is mijn ziekenhuis?”, “Waar krijg ik de beste zorgen na de diagnose borstkanker?”, “Zouden andere patiënten het ziekenhuis aanbevelen?” etc. Ziekenhuizen kunnen zelf kiezen hun resultaten op verschillende kwaliteitsindicatoren te publiceren op genoemde website. Het Plateforme pour l’Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) streeft een gelijkaardige publicatie van kwaliteitsindicatoren na voor de Franstalige ziekenhuizen. Zie <http://www.paqs.be> voor meer info.

**Figuur 10: Evolutie van het volume kamersupplementen betaald door CM leden bij hospitalisatie, per hospitalisatietype, bedragen 2016**



**Figuur 11: Evolutie van de globale uitgaven voor implantaten en medisch materiaal in België, alle hospitalisatietypes samen, prijzen 2016.**





- TestAankoop biedt een handige module aan die de resultaten van de ziekenhuisinspecties uitgevoerd door de Zorginspectie (Vlaamse Overheid) samenvat. Meerdere ziekenhuizen kunnen met elkaar worden vergeleken o.a. wat betreft handhygiëne, sterilisatietechnieken, patiëntenidentificatie, personeelsbezetting, onderhoud van apparatuur, volledigheid van het patiëntendossier: <https://www.test-aankoop.be/gezondheid/hospitalisatie/bereken-zelf/inspectieresultaten-kwaliteit-van-chirurgische-zorg-per-ziekenhuis> en [www.test-aankoop.be/gezondheid/hospitalisatie/dossier/inspectieresultaten-kwaliteit-ziekenhuizen-voor-internistisch-zorgtraject](https://www.test-aankoop.be/gezondheid/hospitalisatie/dossier/inspectieresultaten-kwaliteit-ziekenhuizen-voor-internistisch-zorgtraject). Deze module is enkel te raadplegen in het Nederlands.
- De ziekenhuizen in België zitten in een ware “accrediteringsflow”. Basisinfo over ziekenhuisaccreditatie en accreditatielabels is te vinden in bijlage 3 van de dertiende CM Ziekenhuisbarometer beschikbaar via [https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13\\_tcm375-197808.pdf](https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13_tcm375-197808.pdf)

#### 4. Discussie

Onze dertiende CM ziekenhuisbarometer toont dat het aantal ziekenhuisopnames blijft toenemen, dat de ereloon- en kamersupplementen bij opname op een eenpersoonskamer opnieuw sterk toegenomen zijn (voornamelijk in het dagziekenhuis) en dat het grote prijsverschil voor zorg/opname in een individuele versus gemeenschappelijke kamer verder blijft groeien. Een grondige hervorming van de ziekenhuisfinanciering is dringend nodig teneinde (1) het zorglandschap in lijn te brengen met de werkelijke bevolkingsevoluties en zorgnoden, en (2) incentives te bieden aan ziekenhuizen met een goede zorgcoördinatie en -kwaliteit in al haar dimensies. We vragen een correcte en transparante financiering van de ziekenhuizen die rekening houdt met de budgettaire realiteit in ziekenhuizen en hun zorgopdrachten.

Een nieuw financieringsmodel kan pas werken als alle partners het fundamentele debat over de ereloon-supplementen willen voeren. Om tot correcte oplossingen te kunnen komen voor de patiënt, de arts, het ziekenhuis en de maatschappij is transparantie nodig. Transparantie over het

gebruik van de erelonen en ereloon-supplementen (“Welk aandeel is nodig om de praktijkkosten te dekken en welk aandeel is nodig voor het professioneel deel?”, “Wat is de omvang en besteding van de afdrachten?”, etc.) maar ook een globalere transparantie (o.m. over *ristorno*'s en reserves van ziekenhuizen). Pas dan kan de omvang van een eventuele onderfinanciering van de medische zorg in ziekenhuizen in kaart worden gebracht en kan worden onderzocht waarom bepaalde ziekenhuizen het financieel goed doen en andere niet.<sup>18</sup> Evenzeer kan de gevraagde transparantie een hulp zijn in de herijking van de nomenclatuur.<sup>19</sup> Aanpassingen in de nomenclatuur zijn nodig om tot een meer billijke vergoeding te komen voor zorgverstrekkers, waarbij o.m. de scheefftrekking ten voordele van technische prestaties gecorrigeerd wordt en evoluties in de medische activiteit in rekening worden gebracht. Onze positie als CM is duidelijk: op termijn moeten de ereloon-supplementen weggewerkt worden.

In 2016 betaalden CM leden bij ziekenhuisopname net geen 200 miljoen euro aan ereloon-supplementen. Dit is ruim 970.000 euro meer dan in 2015 en ca. 22,6 miljoen euro meer dan in 2013. Tussen 2013 en 2016 is het volume aan ereloon-supplementen voor opnames in een eenpersoonskamer gestegen met 19% (+15% bij klassieke opname, +46% bij chirurgische dagopname en +52% bij niet-chirurgische dagopname). Ter referentie: in dezelfde periode (2013-2016) is het aantal opnames in eenpersoonskamers gestegen met 9% (+6% bij klassieke opname, +24% bij chirurgische dagopname en +23% bij niet-chirurgische dagopname). Uit een studie over de ereloon-supplementen in acute ziekenhuizen (uitgevoerd door het InterMutualistisch Agentschap (IMA) in opdracht van de nationale commissie artsen ziekenfondsen van het RIZIV) weten we dat het totale bedrag aan ereloon-supplementen aangerekend aan patiënten tijdens ziekenhuisverblijven in 2015 maar liefst 531 miljoen euro bedroeg. Dit IMA rapport leert ons verder dat de ereloon-supplementen in de periode 2006-2015 een gemiddelde jaarlijkse groei kenden van 6,5%, wat in totaal volume een toename met ¾ vertegenwoordigt. In 10 jaar tijd is het aandeel van de ereloon-supplementen van 14% van de honoraria (in 2006) naar 18% (in 2015) gegroeid. Abstractie makend van de inflatie, kenden de conventie-erelonen (die de basis vormen voor de ereloon-supplementen) een reële jaarlijkse groei van 1,7% tegenover 4,4% voor de ereloon-supplementen, zo blijkt uit het IMA rapport.<sup>20</sup> Dit kan zo niet verder.

18 De resultaten van de Model for Automatic Hospital Analyses (d.i. de zogenaamde “MAHA studie”) van 2017 tonen dat (1) de sector van de algemene ziekenhuizen, globaal genomen, een gezonde financiële structuur vertoont (zowel gemeten naar solvabiliteit als naar schuldgraad of liquiditeitsgraad), en (2) 2 ziekenhuisinstellingen op 3 een positief courant resultaat hadden in 2016. Zie <https://www.belfius.be/publicsocial/NL/Expertise/Studies/SocialProfit/index.aspx?firstWA=no>

19 De nomenclatuur is een lijst van intellectuele en technische geneeskundige verstrekkingen vastgelegd in een koninklijk besluit op basis waarvan het honorarium voor de arts, het remgeld en de tegemoetkoming voor de patiënt berekend wordt (Definitie R. van den Oever, De nomenclatuur: Instrument tot verdeling van het overheidsbudget gezondheidszorg, Vesaliusleergangen).

20 IMA-rapport Monitoring van de ereloon-supplementen tijdens ziekenhuisverblijven, beschikbaar via <http://ima-aim.be/Ereloon-supplementen-in>

De resultaten met betrekking tot het dagziekenhuis verdienen bijzondere aandacht. Niet enkel omdat 2016 het eerste volledige jaar was waarin ziekenhuisartsen enkel nog ereloonsupplementen konden aanrekenen bij patiënten die in de opnameverklaring kozen voor een eenpersoonskamer én er ook effectief verbleven, maar ook omdat het dagziekenhuis – samen met het ambulante gedeelte van het ziekenhuis – wellicht de kern zullen uitmaken van het ziekenhuis van de toekomst. Een CM lid dat in 2016 opgenomen werd in het dagziekenhuis, een chirurgische ingreep onderging en koos voor een eenpersoonskamer, betaalde gemiddeld 639 euro aan ereloonsupplementen. Dat is 8% meer dan in 2015 en maakt vier vijfden uit van de gehele kostprijs ten laste van de patiënt. Ook betaalde deze patiënt – gemiddeld – 52 euro kamersupplement, d.i. een prijsstijging van 10% t.o.v. 2015. We maken ons ernstig zorgen over de evolutie van deze supplementen. Ze zorgen ervoor dat het verschil in persoonlijk aandeel verder toeneemt, naargelang de kamerkeuze van de patiënt. In 2016 bedroeg de kostprijs ten laste van de patiënt in het chirurgisch dagziekenhuis ruim het 7-voud wanneer deze koos voor een eenpersoonskamer i.p.v. voor een kamer voor twee of meer personen. Vreemd toch, voor dezelfde zorg? Als CM spreken we ons uit tegen de dualisering van de toegang tot zorg in het ziekenhuis waarbij binnenkort enkel zij die een dure hospitalisatieverzekering kunnen betalen, nog in een eenpersoonskamer zullen kunnen verblijven.

Door in deze ziekenhuisbarometer opnieuw te stellen dat de ereloonsupplementen verder stijgen aan een behoorlijke snelheid en dat de gevraagde bedragen enorm variëren zonder hiervoor een rechtvaardiging of sociaal nut te kunnen vinden,<sup>21</sup> trappen we een open deur in. De afschaffing van ereloonsupplementen op twee- en meerpersoonskamers wordt wel eens aangewezen als een belangrijke reden waarom de ereloonsupplementen op eenpersoonskamers jaar na jaar toenemen. “Logisch dat de overblijvende ereloonsupplementen meer gaan stijgen als men ze elders heeft afgeschaft”, klinkt het dan. De stijgende trend van ereloonsupplementen op eenpersoonskamers is echter al jaren bezig, van ruim vóór het verbod op ereloonsupplementen in twee- of meerpersoonskamers (zie figuren 5 en 8). Verder leren onze cijfers ons dat het vragen van ereloonsupplementen op medische prestaties bij opname op twee- of meerpersoonskamers geen algemene praktijk was vóór het

verbod; deze praktijk was beperkt tot een aantal ziekenhuizen.<sup>22</sup>

De groei in (ereloon)supplementen die tot nu toe is vastgesteld, heeft geen reden om vanzelf stil te vallen. Integendeel, er zijn meerdere goede argumenten<sup>23</sup> om te stellen dat de groei dreigt aan te houden of zelfs toe te nemen. De kosten dreigen verder te verschuiven naar de patiënt. Bijkomende maatregelen zijn nodig. In afwachting van de structurele oplossingen die samen met de ziekenhuizen, artsen en overheid dienen te worden gevonden, willen we dat er op korte termijn een aantal stappen worden gezet:

- Ten eerste vragen we dat patiënten voor hun ziekenhuisopname een duidelijke kostenraming krijgen. Een kostenraming maakt het voor de patiënt mogelijk om de kost bij opname in een individuele versus gemeenschappelijke kamer te vergelijken (en dus een bewuste kamerkeuze te maken). Ook stelt het de patiënt in staat om – indien gewenst – de kostprijs te vergelijken tussen verschillende ziekenhuizen en om – voor opname – vragen te formuleren aan het betrokken ziekenhuis, de arts of verzekeringsinstelling. Niettegenstaande er juridisch diverse duidelijke bepalingen zijn rond de plicht van zorgverleners en verzorgingsinstellingen om hun patiënten te informeren over de te verwachten kostprijs,<sup>24</sup> zien we in de praktijk nog al te vaak mensen die verrast zijn over de hoogte van hun ziekenhuisfactuur.
- Ten tweede willen we – in afwachting van bijkomende maatregelen – een standstill van de ereloonsupplementen. Dit betekent een bevroering van enerzijds de aan de patiënt aangerekende ereloonsupplementen en anderzijds van de door de artsente verrichten afdrachten aan de ziekenhuizen. Deze vraag geldt zeker ook in het nieuwe systeem van laagvariabele zorg, alwaar we een inflatie vrezen van de ereloonsupplementen aangerekend aan de patiënt. Dat de ereloonsupplementen niet werden herzien in het systeem van laagvariabele zorg, zien we als een gemiste kans. Au fond vinden we zelfs dat ereloonsupplementen niet aan de orde zijn bij laagvariabele zorg.<sup>25</sup>
- Ten derde vragen we een algemeen verbod op ereloonsupplementen voor medisch-technische prestaties,<sup>26</sup> reanimatie prestaties en prestaties chronische dialyse tijdens hospitalisatie voor intercurrente ingrepen.

21 Ereloonsupplementen variëren enorm tussen ziekenhuizen, regio's, specialismen en zelfs binnen specialismen.

22 In 2012 was 90% van de totale massa aan ereloonsupplementen op medische prestaties bij klassieke opname van CM leden in een gemeenschappelijke kamer (d.i. 8,6 mio euro van de 9,5 mio euro) te situeren binnen – slechts – 9 ziekenhuizen. Analooq was in 2015 48% van de totale massa aan ereloonsupplementen op medische prestaties in het chirurgisch dagziekenhuis bij opname van CM leden in een gemeenschappelijke kamer (d.i. 1,7 mio euro van de 3,5 mio euro) te situeren binnen – slechts – 2 ziekenhuizen.

23 Dertiende CM Ziekenhuisbarometer, p. 8. Beschikbaar via : [https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13\\_tcm375-197808.pdf](https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13_tcm375-197808.pdf)

24 De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt, de Europese Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg en het Wetboek economisch recht.

25 Dertiende CM Ziekenhuisbarometer, p. 9-11. Beschikbaar via : [https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13\\_tcm375-197808.pdf](https://www.cm.be/binaries/Persdossier-ziekenhuisbarometer-13_tcm375-197808.pdf)

26 Dit zijn prestaties waarbij er geen enkel contact plaatsvindt met de patiënt en waarbij de patiënt niet zelf zijn zorgverlener kiest. Typische voorbeelden zijn prestaties voor klinische biologie, anatomopathologie, medische beeldvorming, radiotherapie en nucleaire geneeskunde.

- Ten vierde willen we dat de overheid – conform artikel 97 van de Ziekenhuiswet – een maximum stelt aan het bedrag van kamersupplementen. Dit gelet op de algemene evolutie van de kamersupplementen aangerekend per dag in de tijd en op de enorme variatie tussen ziekenhuizen (die niet steeds te verklaren is door de ligging in ruraal dan wel stedelijk gebied).

In verband met zorgkwaliteit vragen we dat ziekenfondsen de diagnose(s) krijgen om kosten en kwaliteit per aandoening transparant te maken, alsook om kwaliteit ten behoeve van de patiënt transparant te maken. We dringen er verder op aan dat de introductie van het systeem van laagvariabele zorg gepaard gaat met een systeem van kwaliteitsbewaking. In huidig voorliggend voorstel is dit niet het geval: het registreren van verrichte verstrekkingen staat geenszins synoniem met het meten van zorgkwaliteit. We vragen de garantie dat de patiënt de beste zorg blijft krijgen in het voorgestelde forfaitair systeem.

Als toekomstgericht gezondheidsfonds vinden wij dat de eenpersoonskamer de nieuwe standaard moet worden bij klassieke hospitalisatie. Dit is ook wat onze leden vragen.<sup>27</sup> De eenpersoonskamer als nieuwe standaard kan echter alleen indien de medische kosten (gelijke kost voor iedereen, onafhankelijk van de kamerkeuze) en de verblijfskosten gesplitst worden en indien de ereloonsupplementen weggewerkt worden. De uitbreiding van het aanbod eenpersoonskamers die vandaag al in veel ziekenhuizen gezien wordt, beantwoordt duidelijk aan een vraag van de bevolking. Ook stellen we vast dat steeds meer ziekenhuizen “luke eenpersoonskamers” aanbieden tegen hogere kamersupplementen dan standaard eenpersoonskamers. Blijkbaar beschouwen ook ziekenhuizen “gewone eenpersoonskamers” meer en meer als standaard. Wij, als CM, zien een ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer dan ook niet als een “luke” die enkel toegankelijk is voor wie het zich kan veroorloven. Frequent zien wij leden die voor een eenpersoonskamer gekozen hebben – niet omwille van luke maar omwille van de ernst van hun gezondheidstoestand – en dan ongewild geconfronteerd worden met torenhoge supplementen. Laten we ook een aantal andere factoren niet uit het oog verliezen: hoe kan – praktisch gezien – het medisch geheim gegarandeerd worden in een gemeen-

schappelijke kamer? Wat met de rol van bijv. privacy en nachtrustkwaliteit? Is een eenpersoonskamer in vele gevallen ook gewoon geen betere medische praktijk dan mensen samen te leggen op een kamer met kans op wederzijdse contaminatie?

## 5. Limitaties

Zoals elke studie, heeft ook de CM Ziekenhuisbarometer limitaties. Ten eerste kan men zich afvragen of de onderzoeksresultaten afkomstig van CM leden generaliseerbaar zijn naar de totale Belgische bevolking. Anders gesteld valt het niet uit te sluiten dat de bevindingen – op een ongekennde wijze – beïnvloed zijn door de keuze van de steekproef, m.n. (enkel) CM leden. Hierbij reiken we de hand uit naar alle ziekenfondsen van België om samen te bouwen aan de ziekenhuisbarometer van de toekomst, m.n. een barometer die betrekking heeft op de gehele Belgische bevolking. Inderdaad, ook CM werkt aan een efficiëntere inzet van middelen en streeft continu naar kwaliteitsverbetering. Alle constructieve input die kan bijdragen tot verdere kwaliteitswinst van de ziekenhuisbarometer is daarenboven steeds welkom. Ten tweede zou deze studie de indruk kunnen wekken dat we de (klassieke en dagopnames in de) algemene ziekenhuizen te weinig in de context zien van het ruimere zorglandschap, dat ook volop in beweging is. Niets is minder waar. We begrijpen dat beleidsmaatregelen genomen in de ziekenhuissector een impact kunnen hebben op o.m. de ambulante of private zorgverlening. Een blinde vlucht naar die vormen van zorgverlening – die op heden weinig onderzocht zijn (hoeveel ereloonsupplementen gaan daar bijvoorbeeld om?) – is binnen de huidige regelgeving te vermijden in het belang van de patiënt: niet enkel is de controle op kwaliteit en veiligheid er op heden weinig gereguleerd, ook komt dit – in het huidige kader – wellicht neer op een voor de patiënt duurdere (dus minder toegankelijke) zorg. Een derde element dat als limitatie ervaren kan worden bij het lezen van deze studie, is dat de ziekenhuisbarometer geen beeld scheidt over de evolutie van het aantal heropnames voor eenzelfde type van behandeling. Dergelijke info ware echter nuttig om de impact van de verkorting van de verblijfsduur te evalueren.

<sup>27</sup> In de CM congresenquête 2015 antwoordde 73% - van de in totaal meer dan 50.000 ondervraagden - liever alleen te liggen bij ziekenhuisopname. Bij onze leden tussen 18 en 49 jaar liep dit cijfer op tot 81%.

### CM tips voor de patiënt:

Bezoek zeker eens onze website voor meer info over ziekenhuisopnames ([www.cm.be/cm-dienstverlening-hospitalisatie/index.jsp](http://www.cm.be/cm-dienstverlening-hospitalisatie/index.jsp)). Aarzel niet uw CM kantoor te contacteren bij vragen.

Een aantal tips die u zeker al kunnen helpen:

#### Vóór ziekenhuisopname:

- Vraag uw arts een raming van de kost die uw ziekenhuisopname met zich meebrengt met een duidelijk onderscheid tussen opname in een individuele dan wel gemeenschappelijke kamer.<sup>28</sup>
- Kies (kosten)bewust of u een eenpersoonskamer dan wel een gemeenschappelijke kamer wenst.
- Indien u een hospitalisatieverzekering heeft, vraag na wat het maximaal percentage aan ereloon-supplementen is dat uw verzekering dekt.
- Kies bewust van welke goederen en diensten die losstaan van de medische zorg u gebruik wil maken. Consulteer hiertoe vooraf de lijst "diverse kosten".<sup>29</sup> Enkel deze diensten of goederen waar u uitdrukkelijk heeft om gevraagd, mogen aangerekend worden.
- Een bezoek aan volgende websites kunnen u ondersteunen in het formuleren van gerichte kwaliteitsvragen aan zorgaanbieders: [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be); <http://www.paqs.be>; <https://www.test-aankoop.be/gezondheid/hospitalisatie>.

#### Na ziekenhuisopname:

- Leg je factuur voor aan je ziekenfonds alvorens te betalen. CM-medewerkers geven uitleg over de inhoud van je factuur en gaan na of er geen fouten of onwettige kosten in staan. Is dat het geval, kan de dienst Ledenverdediging je factuur betwisten bij het ziekenhuis.

<sup>28</sup> Een eerste prijsindicatie kan u mogelijks al vinden op de ziekenhuiswebsite. Heel wat ziekenhuiswebsites bieden immers online standaard kostenramingen aan voor frequent voorkomende ingrepen. Ook onze interactieve module om ziekenhuistarieven te vergelijken is zeker een bezoek waard: [www.cm.be/ziekenhuisfactuur](http://www.cm.be/ziekenhuisfactuur). De aldus bekomen prijsindicaties kan u verder bespreken met uw arts om een zo correct mogelijke inschatting van de prijs te krijgen. De aldus bekomen prijsindicaties kan u verder bespreken met uw ziekenhuis/arts om een zo correct mogelijke inschatting van de prijs te krijgen.

<sup>29</sup> Deze lijst is beschikbaar via de ziekenhuiswebsite. Uw ziekenhuis dient u duidelijk te informeren waar deze lijst consulteerbaar is.

## Budget 2018: Een begroting die oproept tot gematigdheid

Pauline van Cutsem, Departement Onderzoek en Ontwikkeling

### Inleiding

*De context waarin de begroting van de gezondheidszorg voor 2018 werd opgesteld, was eerder ongewoon. Ten eerste is de organisatie van het sociale overleg tijdens de voorbereidende werkzaamheden aanzienlijk gewijzigd. Het wettelijk kader waarin de meerderheden worden vastgelegd die nodig zijn om een begrotingsvoorstel aan het Verzekeringscomité te valideren, is herzien<sup>1</sup>. De balans tussen de banken van verzekeringsinstellingen en zorgverleners is opnieuw in evenwicht gebracht, waardoor zorgverleners meer betrokken worden bij de voorbereiding van dit voorstel.*

*Ten tweede heeft de budgettaire toepassing van het "toekomstpact", dat buiten de officiële overlegorganen van het RIZIV werd gesloten tussen de minister van Sociale Zaken en de farmaceutische industrie, een aanzienlijk aantal vragen opgeworpen en een grote impact gehad op het begrotingskader voor 2018 van de ziektekostenverzekering als geheel.*

*Net als in 2015, 2016 en 2017 zullen de beslissingen van de begrotingsconclaven van de regering ook een aanzienlijke invloed hebben gehad op de besparingsmaatregelen die in het begrotingsjaar 2018 moeten worden genomen. Hoewel minder substantieel dan in 2017, blijven de totale besparingen echter aanzienlijk, met een inspanning van 238 miljoen in het kader van de begrotingsdoelstelling voor 2018.*

*Ondanks deze moeilijke context en deze strenge begroting, werd het begrotingsvoorstel bijna unaniem goedgekeurd door het Verzekeringscomité, waaruit blijkt hoe volwassen de sociale dialoog zich heeft kunnen aanpassen aan deze nieuwe situatie.*

*De begrotingsdiscipline van de regering en de voorbereiding van de gezondheidszorgbegroting van jaar tot jaar mogen ons er echter niet van weerhouden een langetermijnvisie voor de toekomst te ontwikkelen. Wij moeten nu al denken en werken aan de uitdagingen van morgen zoals de aanpassing van het gezondheidszorgaanbod aan veranderende behoeften (meer bepaald door de vergrijzing van de bevolking), transparante en betere geregelde prijzen en tarieven, alsook een betere naleving van procedures op het vlak van diagnose en therapieën.*

*Sleutelwoorden: gezondheidszorgbegroting, begrotingsuitdagingen, besparingen, nieuwe initiatieven, overleg*

### 1. Een stap achteruit: de structurele besparingen van 2015, 2016 en 2017.

In de afgelopen drie jaar, die gekenmerkt werden door begrotingsdiscipline, is de bijdrage van de ziekteverzekering aan de consolidatie van de overheidsfinanciën aanzienlijk geweest. In de jaren 2015 tot 2017 is bijna 1,3 miljard euro aan nettobesparingen opgelegd aan de gezondheidszorg.

Voor **2015** werd de begrotingsdoelstelling op 23,851 miljard euro vastgelegd. De verwezenlijking van deze begrotingsdoelstelling vereiste nettobesparingen van in totaal 355,11 miljoen euro (waarvan 324,3 miljoen aan structurele besparingen). Dit kwam uiteindelijk neer op een budgettaire groei van 1,44%.

<sup>1</sup> Het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, werd gewijzigd.

In **2016** werd door toepassing van de groeinorm van 1,5%<sup>2</sup> de algemene begrotingsdoelstelling op 23,813 miljard euro vastgelegd. In de conclaven van juli en augustus 2015 heeft de regering echter besloten een volgens haar "structurele onderbenutting" van de begroting te blokkeren, "zonder dat dit een aanpassing van de begrotingsdoelstelling of de groeinorm impliceert". De algemene begrotingsdoelstelling is namelijk een "maximumbedrag" en de wet vereist niet dat dit in zijn geheel voor de financiering van de uitgaven wordt gebruikt. Zonder de groeinorm van 1,5 % aan te passen, heeft dit besluit bijgevolg geleid tot het structureel versterken van het meerjarig begrotingstraject door niet het volledige budget toe te kennen dat op basis van deze norm is berekend. Concreet betekent dit dat, als gevolg van de opgelegde bezuinigingen, de uitgaven in 2016 niet hoger mogen zijn dan 23,605 miljard euro en dat de daadwerkelijk toegestane groei van de begroting slechts 0,96%<sup>3</sup> en niet 1,5% zal bedragen, zoals oorspronkelijk in de wet was voorzien.

In oktober 2015, bij opmaak van de begroting 2016, werd deze "blokkering" van de begroting geraamd op 195 miljoen euro, waarvan 117 miljoen euro oorspronkelijk werd beschouwd als de pijnloze inbeslagname van een natuurlijke en structurele "onderbenutting" van de begroting voor gezondheidszorg<sup>4</sup>.

In januari **2016** heeft het RIZIV zijn uitgavenramingen voor 2016 echter geactualiseerd, waaruit blijkt dat de door de regering als structureel beschouwde "onderbenutting" in feite hoofdzakelijk het gevolg was van boekhoudkundige achterstand in de registratie van de uitgaven. De overschrijding van de begroting 2016 werd toen geraamd op 110,5 miljoen euro<sup>5</sup>. Met de bedoeling om een antwoord te vinden op deze budgetoverschrijding, besloot de minister van Sociale Zaken in februari om binnen de Algemene Raad van het RIZIV een taskforce op te richten om voor 1 juni 2016 structurele besparingen te formuleren om deze al te optimistische raming van de uitgaven te corrigeren.

In de loop van het jaar vonden verschillende gebeurtenissen plaats, zoals het begrotingsconclaaf van april, waardoor het totaal van de in 2016 vereiste besparingen verder werd aangepast<sup>6</sup>. Rekening houdend met deze verschillende elementen en rekening houdend met eerdere besparingsmaatregelen die niet de verwachte effecten of de sneller dan verwachte overschrijding van de centrale index in 2016 hadden gehad, raamde de regering ten slotte dat de "structurele patstelling" van de begrotingsdoelstelling eind 2016 uiteindelijk 140,2 miljoen euro zou bedragen.

Voor het jaar **2017** werd, conform de ZIV-wet, het budget vastgesteld op 24,627 miljard euro in oktober 2016. Maar nogmaals bepaalde de regering een "structurele blokkade" (bedrag dat niet besteed kan worden). Aanvankelijk bedroeg deze blokkering 371 miljoen. Daardoor zou de som van de deeldoelstellingen voor de verschillende zorgsectoren dus in werkelijkheid niet hoger kunnen zijn dan 24,256 miljard euro, wat overeenkomt met een onofficiële verlaging van de groeinorm van de begroting tot 0,5% in plaats van de aangekondigde 1,5%. Om dit traject te kunnen volgen, moesten voor 2017 alleen al, 887 miljoen besparingen worden begroot binnen de begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg.

Ook in 2017 werd de begrotingsdoelstelling voor 2017 door vier maatregelen aangepast, waarna deze werd verhoogd tot 24,675 miljard euro (en de structurele blokkering werd teruggebracht naar 130 miljoen euro)<sup>7</sup>.

### **Welke sectoren worden het meest getroffen door deze besparingsmaatregelen van meer dan 1 miljard over drie jaar? Wat voor beleid weerspiegelen zij?**

Het is moeilijk een leidraad te vinden voor de vereiste inspanningen. De opgelegde besparingen zijn zeer substantieel geweest en de indruk bestaat dat de overheid in alle sectoren van de gezondheidszorg daadwerkelijk heeft moeten bezuinigen.

- 2 Ook moet rekening worden gehouden met het feit dat een deel van de financiële middelen van de ziekenhuizen (delen A1/A3) gefederaliseerd werd op 1 januari 2016.
- 3 We houden hier geen rekening met de bedragen buiten de programmawet die door de Minister zijn aangekondigd in aanvulling op de groeinorm en die aan een welomlijnd project zijn toegekend. Als we die bedragen in aanmerking zouden nemen, zou de reële groei 1,02% bedragen.
- 4 In werkelijkheid komt dit overeen met het verschil tussen de technische ramingen van het RIZIV en de wettelijke begroting.
- 5 Merk op dat het bedrag van de ontsporing geen rekening houdt met een overwaarderding van de begrotingsdoelstelling voor 2016 van ongeveer 100 miljoen euro. De begrotingsdoelstelling voor 2016 is berekend op basis van de begrotingsdoelstelling voor 2015 na aftrek van een bedrag van 486,7 miljoen euro, wat overeenkomt met de dotatie voor investeringskosten van ziekenhuizen die per 1 januari 2016 aan de gefedereerde entiteiten zijn overgedragen. In werkelijkheid zijn de uitgaven voor deze investeringskosten echter groter dan aanvankelijk geraamd, wat heeft geleid tot een geschil in het Overlegcomité een geschil tussen de federale overheid en de gefedereerde entiteiten.
- 6 Aan het einde van de begrotingscontrole van april 2016 werd vastgesteld dat aanvullende structurele besparingsmaatregelen ten belope van 84 miljoen euro nodig zouden zijn, waarvan 25 miljoen euro in 2016 zou moeten worden gerealiseerd door "de tenuitvoerlegging van een proactief beleid ter vermindering van frauduleuze facturering, overconsumptie en medisch afval". In de kennisgevingen wordt dit niet gespecificeerd, maar in principe worden deze besparingen aan de uitgavenzijde van de begrotingsdoelstelling gerealiseerd. Daarnaast een "extra structurele onderbenutting van 59 miljoen euro". In de kennisgevingen is bepaald dat deze onderbenutting "binnen of buiten de begrotingsdoelstelling" zal plaatsvinden. Uit de cijfers die op 25 april aan de taskforce zijn meegedeeld, blijkt dat 34,5 miljoen euro besparingen zouden worden gerealiseerd buiten de begrotingsdoelstelling om (dit is de afschaffing van de B7B (20,6 miljoen euro) die voor 100% wordt betaald door de administratieve kosten van het RIZIV en de "herwaarderding van de inkomsten van het RIZIV" voor 13,9 miljoen euro). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat het saldo van 24,5 miljoen euro aan de uitgavenzijde van de begrotingsdoelstelling wordt bereikt.
- 7 Er moest rekening mee worden gehouden dat de spilindex in 2017 (+28,5 miljoen euro) eerder moest worden overschreden dan verwacht; er moest rekening worden gehouden met de invoering van de NIPT-tests (5 miljoen euro, waardoor de structurele blokkering werd verminderd); de regering besloot 12,3 miljoen euro toe te kennen voor het FPC Antwerpen; en 6,7 miljoen voor de masterplan internering. Voor de berekening van het bedrag van de structurele blokkering is rekening gehouden met de ontvangsten betreffende de terugbetaling door farmaceutische bedrijven van een deel van de te hoge uitgaven in verband met de zogenaamde "artikel 81"-geneesmiddelen ten bedrage van 135 miljoen euro (nettoïsering).

Sommige maatregelen hebben betrekking op de “sanering” van structurele onderbenutting en lijken daarom meer op boekhoudkundige trucs (bv. de aftrek van de onderbenutting van internationale verdragen voor 176 miljoen euro of de confiscatie van de onderbenutting van de GMD+-begroting voor 17 miljoen). Anderen streven naar een efficiënter gebruik van middelen (zoals de 20 miljoen waarop de overheid rekent door de uitbreiding naar de voorschriften van de goedkoopste geneesmiddelen van bijvoorbeeld 55% naar 60%). Een aanzienlijk aantal maatregelen is echter bijzonder willekeurig en lineair van aard (zoals de 11,73 miljoen die oorspronkelijk werden verwacht door de verblijfsduur voor normale bevallingen te verkorten of de confiscatie van “hoofdstuk IV”-honoraria voor apothekers van 13,6 miljoen euro). Op korte termijn zijn er weinig structurele aanpassingen mogelijk en op lange termijn zijn er weinig efficiëntieverbeteringen mogelijk in ons gezondheidszorgstelsel

En wat met de patiënt? Helaas zal deze niet gespaard blijven van deze besparingsmaatregelen. Meer dan 100 miljoen van de opgelegde besparingen hebben een directe impact op deze laatste (zoals de verhoging van het remgeld voor specialisten van 33 miljoen, de aanpassing van de terugbetalingscategorieën voor antibiotica van 15 miljoen of het schrappen van de terugbetaling van neuscorticosteroiden van 15,3 miljoen, de verhoging van de plafonds voor de maximumfactuur met 14 miljoen en de vertraagde invoering van de derde-betaler voor specialisten van 39 miljoen...).

Deze besparingen hebben echter ook een indirecte weerslag op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg (deconventionering van artsen, ambulante supplementen, verkorting van het ziekenhuisverblijf na een bevalling zonder planning voor thuiszorg voor jonge ouders, moratorium op wijkgezondheidscentra, enz.). Het is namelijk vooral door de impact die deze kostenbesparende maatregelen hebben gehad op de mechanismen voor het sluiten van tariefafspraken met zorgverleners (akkoord artsen-ziekenfondsen bijvoorbeeld) dat zij van invloed zijn op de patiënt. Tussen 2015 en 2017 vereisten de begrotingsinspanningen dat men stelselmatig vasthield aan de indexmassa van de honoraria voor dienstverleners. Dit heeft de overheid in drie jaar tijd 400 miljoen bespaard, maar het heeft wel geleid tot aanzienlijke frustratie en vragen bij

zorgverleners over de toegevoegde waarde van het stelsel van verdragen en overeenkomsten. De fundamenten van ons stelsel van ziekteverzekering zijn dus verzwakt, met alle risico's van dien voor de veiligheid van de tarieven voor de burgers.

In absolute termen worden de meeste budgettaire inspanningen gedaan op het vlak van geneesmiddelen (ongeveer 520 miljoen tussen 2015 en 2017). Deze sector is de laatste jaren echter sterk gegroeid<sup>8</sup>. Tussen 2010 en 2014 bedroeg de gemiddelde brutogroei op jaarbasis 1,33% en bedroeg de nettogroei 0,44%. Sinds 2015 is de groei sterk gestegen tot gemiddeld 3,19% bruto en 2,12% netto tussen 2015 en 2017.

Vervolgens moet worden opgemerkt dat deze inspanning voor de sector deels relatief pijnloos is door het mechanisme van “retrocessies” in het kader van innovatieve geneesmiddelen bekend als “artikel 81<sup>9</sup>” (van het geld dat door de ziekteverzekering wordt uitgegeven enerzijds, waarvan een deel later wordt teruggegeven anderzijds). Tussen 2015 en 2017 bedroegen de “artikel 81”-retrocessies 439 miljoen euro (55 miljoen in 2015, 123 miljoen in 2016 en 261 miljoen in 2017). Hierdoor wordt de structurele inspanning van de sector aanzienlijk verminderd. Structurele besparingen werden vooral gerealiseerd op “geneesmiddelen zonder octrooi”. Deze besparingen lijken echter onvoldoende te zijn om de uitgaven te dekken die de afgelopen jaren zijn ontstaan door de terugbetaling van geneesmiddelen met patent en moeten worden vergeleken met de aanzienlijke overschrijding van de niet terugbetaalde sector die in 2017 netto op 237 miljoen netto wordt geraamd<sup>10</sup>, een overschrijding die door de gemeenschap wordt gefinancierd.

In relatieve termen ligt de inspanning voor de meer “klassieke” zorgsectoren over het algemeen tussen 2,5 en 4,5% van hun respectieve begrotingsdoelstellingen. Het zijn echter de kleine zorgsectoren die de grootste relatieve inspanning leveren. De top drie wordt ingenomen door de sector van de woonzorgcentra met een inspanning van 4,2 miljoen die 22% van hun budget vertegenwoordigt (een deel bleef federaal na de staatshervorming), vroedvrouwen met een inspanning van 3,9 miljoen die 17% van hun budget vertegenwoordigt, en wijkgezondheidscentra met een inspanning van 7 miljoen die 7% van hun budget vertegenwoordigt.

8 In 2017 zou de ziektekostenverzekering op basis van technische ramingen in 2017 een overschot vertonen, zonder dat de uitgaven in de farmaceutische sector achteruitgaan.

9 Het “artikel 81”-systeem bestaat sinds 2010. Hierdoor kan de staat geneesmiddelen, die over het algemeen zeer duur zijn en waarvan de therapeutische werking of de kosten-batenverhouding nog onzeker is, terugbetalen, zodat patiënten er zo snel mogelijk van kunnen profiteren. De prijzen van deze geneesmiddelen worden onderhandeld tussen de farmaceutische bedrijven en de overheid en vervolgens vastgelegd in volledig vertrouwelijke overeenkomsten. Deze laatste zijn geldig voor een beperkte periode, meestal drie jaar, met als doel dat de ondernemingen de ontbrekende gegevens gedurende deze periode produceren. Deze overeenkomsten worden echter soms na de eerste drie jaar verlengd.

10 Nota OCA 2017/056- 24 november 2017.

## 2. Vastlegging van de gezondheidszorgbegroting 2018

De gezondheidszorgbegroting wordt berekend op basis van de begroting van het voorgaande jaar waarop de groeinorm wordt toegepast (in 2014 nog vastgesteld op 3%, sinds 2015 teruggebracht tot 1,5%) en vervolgens de index. Voor 2018 had de begrotingsdoelstelling dus 25,450 miljard euro moeten bedragen (tabel 1). Op basis hiervan stelt het Verzekeringscomité van het RIZIV traditioneel een voorstel op voor een globale begroting en een voorstel per sector voor de Algemene Raad en de minister.

**Tabel 1: Wettelijk begrotingskader voor de gezondheidszorgbegroting van 2018 (in duizenden euro)**

	(000 €)
<b>Begrotingsdoelstelling 2017</b>	<b>24.674.703</b>
Groeinorm 1,5%	370.121
Indexering van de honoraria	253.732
Meerkosten indexering 2017	64.244
Masterplan internering	13.000
IBF <sup>11</sup> -bevordering werkgelegenheid ziekenhuizen	58.788
Integratie van geïnterneerden	15.000
<b>Begrotingsdoelstelling 2018</b>	<b>25.449.588</b>

De door het RIZIV in september 2017 opgestelde uitgavenramingen voor 2018, waarop het gezondheidsbudget officieel werd vastgesteld, bedroegen 25,611 miljard. Deze lagen dus 161,547 miljoen boven de normatieve begrotingsdoelstelling. Bij ongewijzigd beleid moest tegen 2018 een besparing van 161,5 miljoen euro worden voorzien om het wettelijke begrotingstraject te respecteren.

Net als in 2015, 2016 en 2017 heeft de regering tijdens de conclaven van de zomer echter aan de uitgavenramingen voor 2018 een bedrag van 76,35 miljoen euro toegevoegd voor 2018 dat niet kon worden uitgegeven<sup>12</sup>.

Gelet op deze extra bedragen worden de totale besparingen als gevolg van de conclaafbesluiten van juli 2017 derhalve geraamd op 237,897 miljoen euro aan structurele besparingen in 2018 (tabel 2).

**Tabel 2: Begrotingskader post-conclaaf voor de gezondheidszorgbegroting van 2018.**

	(000 €)
<b>Begrotingsdoelstelling 2018</b>	<b>25.449.588</b>
Ramingen RIZIV (p2018)	25.611.135
Structurele blokkering + teller.	76.350
Ramingen RIZIV (p2018) met blokkering	25.675.485
<b>Saldo (nota CSS2017/299)</b>	<b>-225.897</b>
<b>Raming van de uitgaven 2018 (blokkering + teller)</b>	<b>25.687.485</b>
<b>Eindsaldo 2018</b>	<b>-237.897</b>

Hoe kan deze inspanning worden geleverd?

Eind 2016 hadden artsen zich er al toe verbonden om 29,862 miljoen euro te sparen om de prijsverhogingen binnen hun begroting te compenseren.

In het Toekomstpact, dat in juli 2015 door de minister en de farmaceutische industrie is ondertekend, werd ook toegezegd een stabiel meerjarig begrotingskader voor de jaren 2016-2018 te respecteren. Dit pact beoogde een gemiddelde jaarlijkse groei van de sector van 0,5% bruto per jaar. Zoals reeds vermeld, is de groei in deze sector de afgelopen jaren echter aanzienlijk geweest. Sinds 2015 maken de verzekeringsinstellingen zich zorgen over ontsparingen van de begroting in de sector farmaceutische specialiteiten en met name over de explosie van de uitgaven voor geneesmiddelen die op grond van artikel 81-overeenkomsten worden vergoed. Zij hebben regelmatig om opheldering gevraagd over de verwachte lezing van het Pact door de minister en de farmaceutische industrie.

Op 11 september werd het Verzekeringscomité op de hoogte gebracht van het feit dat het kabinet van de minister bij lezing van het Toekomstpact van geneesmiddelen de netto partiële begrotingsdoelstelling 4,135 miljard euro voor farmaceutische specialiteiten voor 2018 heeft vastgesteld. De verzekeringsinstellingen blijven het oneens met de interpretatie van het pact door het kabinet, met name omdat zij van mening zijn dat de netto- en brutobedragen niet correct in aanmerking worden genomen en de wijze waarop de filosofie van het gemiddelde groeipercentage van "0,5%" wordt bereikt, ambivalent blijft.

Geconfronteerd met de technische ramingen voor 2018 voor deze sector, impliceert deze partiële doelstelling een inspanning van 183,85 miljoen euro voor deze sector.

<sup>11</sup> Interdepartementaal Begrotingsfonds

<sup>12</sup> Naast de zogenaamde "structurele blokkering" die destijds op 64,35 miljoen euro werd geraamd, kreeg het Verzekeringscomité te horen dat de 12 miljoen euro voor 2018 in verband met de 236 miljoen "teller" die de regering aan het begin van de legislatuur oplegde, binnen de doelstelling van de begroting voor de gezondheidszorg zou vallen.



Naast de 29,8 miljoen aan artsenhonoraria en de 183,9 miljoen bestemd voor merkgeneesmiddelen, moest het Verzekeringscomité nog 24,189 miljoen aan compensaties plannen, in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg (tabel 3).

**Tabel 3: Inspanningen voor een collectieve verdeling over de verschillende zorgsectoren voor 2018.**

	(000 €)
(1) Begrotingsdoelstelling 2018	25.449.588
(2) Uitgaven 2018	25.687.485
(3) Beginsaldo = (1) - (2)	-237.897
(4) Compensatie voor "voorschot op gereserveerde bedragen" in artsenhonoraria	29.862
(5) Compensatie voor de farmaceutische specialiteiten waartoe de minister namens het "Toekomstpact" heeft besloten.	183.846
(6) Saldo = (3) + (4) + (5)	-24.189

De toewijzing van de resterende begrotingsinspanning was niet gemakkelijk gezien de moeilijke economische context van de afgelopen jaren en de belangrijke onvervulde behoeften in de gezondheidszorg. Idealiter zou het nodig zijn geweest om een gemeenschappelijke langetermijnvisie te hebben om de budgettaire afwegingen in de verschillende sectoren te sturen. Aangezien dit instrument echter niet bestaat, heeft het Verzekeringscomité op 2 oktober 2017 een voorstel goedgekeurd dat is opgesteld in overleg tussen ziekenfondsen en zorgverleners en waarin iedereen wordt opgeroepen om bij te dragen aan de begrotingsinspanning, voornamelijk door de uitvoering van lineaire in plaats van structurele besparingsmaatregelen. In de eerste stemronde hebben alle vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen en zorgverleners dit voorstel met één onthouding goedgekeurd. Deze stemming, die bijna unaniem is, is een teken dat de sociale dialoog functioneert en dat de ziekenfondsen, de initiatiefnemers van deze begrotingsdialoog in het Verzekeringscomité, in staat zijn hun verantwoordelijkheden als medebeheerder van de ziektekostenverzekering op zich te nemen.

Er werd besloten dat de precieze inhoud van de verschillende besparingsmaatregelen in elke sector (tabel 4) aan sociaal overleg zou worden overgelaten en door elke Overeenkomstencommissie zou worden vastgesteld en vervolgens door de Algemene Raad bevestigd. Aan de ziekenfondsen werd de garantie gegeven dat de te realiseren besparingen geen gevolgen zouden hebben voor de patiënten en dat de tariefafspraken die voor het einde van het jaar moeten worden gemaakt, niet van invloed zouden zijn op de betaalbaarheid of de kwaliteit van de zorg.

De regering heeft nota genomen van dit voorstel en heeft waardering uitgesproken voor de bereidheid van de verschillende betrokken partijen om met een voorstel te komen om ervoor te zorgen dat de begrotingsdoelstelling daadwerkelijk wordt gehaald. Het voorstel van de Algemene Raad werd derhalve slechts aangevuld met een reeks elementen die het voorstel van het Verzekeringscomité niet hebben gewijzigd: de inspanningen voor de farmaceutische sector zijn vertaald in concrete maatregelen na overleg tussen het kabinet en de sector en de modaliteiten en termijnen voor de uitvoering van de maatregelen in de andere sectoren zijn verfijnd.

**Tabel 4: Verdeling van de begrotingsinspanning voor elke Overeenkomstencommissie**

(000 €)	Besparingen	Van kracht
Artsen	-6.000	01/01/2018
Tandartsen	-729	01/01/2018
Farmaceutische specialiteiten	-4.000	diverse
Beoefenaars van de verpleegkunde	-1.172	01/01/2018
Thuiszorgdiensten	-21	01/01/2018
Kinesitherapeuten	-600	01/01/2018
Bandagisten en orthopedisten	-191	01/01/2018
Implantaten	-8.000	01/01/2018
Opticiens	-25	01/01/2018
Audiciens	-54	01/01/2018
Verloeskundigen	-23	01/01/2018
Verpleegdagprijs	-2.500	01/01/2018
Dialyse	-328	01/01/2018
Woonzorgcentra	-15	01/01/2018
Revalidatie	-313	01/01/2018
Logopedie	-86	01/01/2018
Wijkgezondheidscentra	-132	01/01/2018
<b>TOTAAL</b>	<b>-24.189</b>	<b>01/01/2018</b>

Tussen oktober 2017 en januari 2018 hebben de Overeenkomstencommissies zich dan ook toegelegd op het concretiseren van deze verschillende inspanningen. Verschillende oplossingen werden overwogen. Sommige hebben zich toegelegd op de indexmassa door middel van gedeeltelijke of selectieve indexering, andere hebben deze bijvoorbeeld vrijgegeven door middel van efficiëntie-inspanningen of op de bedragen die zijn gereserveerd voor bevroren en nog niet in de praktijk gebrachte nieuwe initiatieven.

### 3. Positieve maatregelen

De beslissingen van de federale regering tijdens het begrotingsconclaaf van juli 2017 en de daaruit voortvloeiende kennisgevingen die door de Ministerraad van 28 juli 2017 werden goedgekeurd, vereisten daarom een inspanning van 237 miljoen euro aan besparingen in de gezondheidszorg.

Tegelijkertijd werd in hetzelfde conclaaf aangekondigd dat extra middelen voor de gezondheidszorg zouden worden uitgetrokken. Er werd een budget vrijgemaakt om de financiering van klinisch psychologen mogelijk te maken (22,5 miljoen euro). Er moet ook 15 miljoen euro beschikbaar worden gesteld voor de integratie van geïnterneerden in het stelsel van de ziekteverzekering, en in totaal wordt 100 miljoen euro uitgetrokken voor het IFIC (Instituut Functieclassificatie)<sup>13</sup> in ziekenhuizen, gespreid over meerdere jaren, indien een sociaal akkoord wordt bereikt. Ten slotte werd 10,6 miljoen euro gereserveerd voor het bevorderen van de klinische studies van farmaceutische bedrijven met als meer algemeen doel om van België de "Europese Farmacy Valley" te maken.

Tot op heden is er geen verdere verduidelijking gekomen over de effectieve uitvoering van deze maatregelen en de precieze koppeling ervan aan de begrotingsdoelstelling van de gezondheidszorg.

### 4. Blik op de toekomst

In de nota inzake de "*Beginselen die door het Verzekeringscomité worden verdedigd bij de voorbereiding van het begrotingsvoorstel 2018-19*" (documenten CSS 2017/274 en 2017/274 add.) geeft het Verzekeringscomité aan dat er dringend behoefte is aan een alomvattende langetermijnvisie op de gezondheidszorg en een methodologie voor transversale reflectie. Het zou daarom noodzakelijk zijn om geleidelijk de middelen te ontwikkelen om transversaal te denken en te handelen op basis van een sectoroverschrijdende meerjarenvisie.

De besparingen van de afgelopen vier jaar zijn bijna uitsluitend gebruikt voor begrotingsconsolidatie, waardoor er weinig

speelruimte is gelaten voor de financiering van nieuwe initiatieven en de aanpassing van ons gezondheidszorgstelsel aan de uitdagingen van morgen. Bovendien bevestigen de analyses dat we, om de uitdaging van de vergrijzing het hoofd te kunnen bieden, behoefte hebben aan revalidatiebedden in woonzorgcentra, maar ook aan versterking van de eerstelijnszorg met een centrale rol voor de huisartsen bij de follow-up van chronische patiënten en bij de ontwikkeling van thuiszorg. Een deel hiervan kan worden bereikt door verbetering van de financiering van zorg, efficiëntie, transparantie van prijzen en tarieven en de kwaliteit van de geleverde zorg.

Een toekomstgerichte visieverklaring "2020-2030", met inbegrip van deze verschillende uitdagingen, zou het Verzekeringscomité in staat stellen het boekjaar in de toekomst uit te voeren met een kompas dat als leidraad kan dienen bij het uitvoeren van deze verschillende projecten en een zuiver lineaire redenering kan vermijden. Dit kan de kwaliteit van het sociale overleg alleen maar ten goede komen.

### 5. Besluit

Net als in 2015, 2016 en 2017 werd bij de voorbereiding van de gezondheidszorgbegroting van 2018 opnieuw een aanzienlijk aantal besparingen opgetekend, voor een totaal bedrag van bijna 238 miljoen euro.

De context van bezuinigingen mag ons er echter niet van weerhouden een toekomstgerichte langetermijnvisie te ontwikkelen, die de leden van het Verzekeringscomité zouden verwelkomen. Wij moeten nu al denken en werken aan de uitdagingen van morgen zoals de aanpassing van het gezondheidszorgaanbod aan veranderende behoeften (meer bepaald door de vergrijzing van de bevolking), transparante en betere geregelde prijzen en tarieven, alsook een betere naleving van procedures op het vlak van diagnose en therapieën. Met een gemeenschappelijke visie "2030" van het Verzekeringscomité zou men in het volgende boekjaar in deze richting kunnen evolueren.

<sup>13</sup> Met andere woorden: een nieuwe sectorale functieclassificatie en een nieuw salarismodel: ideaal aangezien deze beter zijn afgestemd op de complexiteit van de zorg.

## De Top 10 van de therapeutische klassen Vermijdbare/noodzakelijke uitgaven?

Rose-Marie Ntahonganyira, Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene – (Departement R&D)  
Met dank aan Caroline Lebbe, Jocelijn Stokx en Jan Vandenberghe (Medische Directie)

### Samenvatting

*In dit artikel analyseren we de uitgaven voor geneesmiddelen van de Belgische bevolking (= geëxtrapoleerde CM-leden) en het aantal personen aan wie ten minste één verpakking van een geneesmiddel is verstrekt in een openbare apotheek. Aan de hand van deze cijfers bepalen we welke therapeutische klassen de grootste uitgaven vertegenwoordigen. We presenteren de Top 10, die geneesmiddelen bevat gaande van immunosuppressiva tot antidepressiva. We analyseren de kenmerken van de personen die dergelijke geneesmiddelen hebben gekocht (leeftijd, geslacht, enz.). Vervolgens stellen we de vraag: zijn deze uitgaven vermijdbaar? We merken immers op dat van de tien grootste therapeutische klassen in termen van uitgaven, de consumptie van acht klassen kan worden gekoppeld aan onze levensstijl. Aan de hand van drie sprekende voorbeelden (antidiabetica, geneesmiddelen voor obstructieve luchtwegaandoeningen en antidepressiva) tonen we aan we hoe deze uitgaven soms, preventief of curatief (vooral voor antidepressiva) vermeden kunnen worden. Ook vestigen we de aandacht op het belang van therapietrouw.*

**Sleutelwoorden:** Geneesmiddelen, uitgaven, preventie, alternatieven, therapietrouw, antidiabetica, antidepressiva, COPD

### 1. Inleiding

In België bedragen de uitgaven voor geneesmiddelen die in 2016 door de openbare apotheken worden afgeleverd en door het RIZIV worden terugbetaald (en via Farmanet worden getarifeerd) bijna 2,7 miljard euro. Zijn sommige van deze uitgaven vermijdbaar?

Het doel van dit artikel is het identificeren van de therapeutische klassen van geneesmiddelen die de grootste impact hebben op deze uitgaven. Vervolgens kijken we naar evoluties in de uitgaven en het aantal patiënten voor deze therapeutische klassen. Tot slot analyseren we in hoeverre deze uitgaven vermeden kunnen worden of niet.

### 2. Methodologie

De therapeutische klassen worden geïdentificeerd door de ATC-classificatie (Anatomisch, Therapeutisch en Chemisch)

die alle geneesmiddelen classificeert. De Top 10 van deze klassen werd verkregen op basis van de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering (VP) die in de CM-databases voor vergoede farmaceutische specialiteiten bekend zijn. Deze uitgaven werden vervolgens geëxtrapoleerd naar een nationaal niveau (gebaseerd op het aandeel van de uitgaven van CM in de totale VP-uitgaven). Vervolgens hebben we per therapeutische klasse het aantal patiënten berekend dat minimaal één verpakking binnen deze klasse vergoed kreeg.

Wij willen er nadrukkelijk op wijzen dat onze gegevens informatie geven over de **terugbetaling** van geneesmiddelen en niet **over het werkelijke gebruik**. Dit is belangrijk omdat behandelingen met geneesmiddelen soms te lijden hebben onder slechte therapietrouw. Als iemand een doos geneesmiddelen koopt, is het mogelijk dat hij of zij ze niet volledig gebruikt of zelfs helemaal niet gebruikt. Er is dus een verschil tussen terugbetaling en gebruik van geneesmiddelen. Als we het soms over gebruik hebben, dan is dat voor het semantische gemak: wij verwijzen dan naar gegevens over terugbetalingen.

### 3. Resultaten: de Top 10

De Top 10 van de therapeutische klassen wordt weergegeven in tabel 1. In 2016 namen deze tien therapeutische klassen alleen al ongeveer 64% van de uitgaven en 70% van het volume van de DDD<sup>1</sup> voor hun rekening in vergelijking met alle geneesmiddelen die in openbare apotheken worden verkocht. Hoe zit het met het aantal patiënten dat een terugbetaling heeft ontvangen? Dit hangt sterk af van de therapeutische klasse. Immunosuppressiva bijvoorbeeld, wegen heel zwaar door in de uitgaven, bijna 320 miljoen euro in 2016, maar het gaat slechts

over een klein aantal patiënten: iets minder dan 110.000 patiënten, of 1% van de bevolking. Immunosuppressiva zijn geneesmiddelen die de immuunreacties van het lichaam verminderen of blokkeren en worden gebruikt bij zeldzame en complexe ziekten.

Aan de andere kant vertegenwoordigen antibacteriële geneesmiddelen 94 miljoen euro aan uitgaven in 2016 en worden ze gebruikt door bijna vier miljoen Belgen, of 38% van de bevolking.

**Tabel 1: De Top 10 van de therapeutische klassen volgens de kosten ten laste van de verplichte ziekteverzekering (VP).**

TOP	Therapeutische klassen	Uitgaven VP in euro (cijfers CM geëxtrapoleerd) in 2016	Volume in DDD (cijfers CM geëxtrapoleerd) in 2016	Aantal patiënten (cijfers CM geëxtrapoleerd) in 2016	% t.o.v. de Belgische bevolking
1	Immunosuppressiva	323.217.501	6.248.252	108.958	0,96%
2	Antihypertensiva	275.552.698	302.468.434	2.664.252	23,51%
3	Antithrombotica	212.542.518	103.061.796	1.539.861	13,59%
4	Hypolipemiërende middelen	180.038.489	131.835.044	1.673.114	14,76%
5	Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes	167.310.596	58.966.333	613.857	5,42%
6	Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD)	161.998.231	46.275.678	1.423.147	12,56%
7	Antivirale geneesmiddelen (systemisch gebruik)	108.884.258	1.333.627	24.908	0,22%
8	Middelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur	102.058.246	93.288.015	2.072.611	18,29%
9	Antibacteriële geneesmiddelen (systemisch gebruik)	94.294.875	23.547.273	4.164.837	36,75%
10	Antidepressiva	88.254.849	69.048.001	1.140.942	10,07%
Totaal	(1) TOP 10 Therapeutische klassen	1.714.152.259	836.072.453		
	(2) Totale uitgaven ambulante geneesmiddelen (Farmanet) in 2016	2.660.072.000	1.198.978.487		
	= (1)/ (2) in %	64,44%	69,73%		

<sup>1</sup> DDD is de afkorting van *defined daily dose* (letterlijk: de vastgestelde dagelijkse dosis). Ze wordt gedefinieerd als de veronderstelde gemiddelde dagelijkse onderhoudsdosis voor een geneesmiddel dat bij de primaire indicatie bij volwassenen wordt gebruikt.

**Tabel 2: Top 10 - Evolutie van de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering (VP) en het aantal patiënten tussen 2010 en 2016**

Top	Therapeutische klasse	Uitgaven VP in euro (cijfers CM geëxtrapoleerd)		Jaarlijkse toename	Aantal patiënten (cijfers CM geëxtrapoleerd)		Jaarlijkse toename
		2010	2016		2010	2016	
1	Immunosuppressiva	208.039.264	322.320.719	<b>7,6%</b>	77.784	108.958	<b>5,8%</b>
2	Antihypertensiva	354.313.096	275.290.323	<b>-4,1%</b>	2.541.968	2.664.252	<b>0,8%</b>
3	Antithrombotica	103.386.416	213.502.512	<b>12,8%</b>	1.273.250	1.539.861	<b>3,2%</b>
4	Hypolipemiërende middelen	270.805.297	179.751.975	<b>-6,6%</b>	1.538.106	1.673.114	<b>1,4%</b>
5	Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes	123.646.247	166.840.046	<b>5,1%</b>	525.314	613.857	<b>2,6%</b>
6	Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD)	173.629.431	162.276.971	<b>-1,1%</b>	1.238.799	1.423.147	<b>2,3%</b>
7	Antivirale geneesmiddelen (systemisch gebruik)	66.691.479	108.420.943	<b>8,4%</b>	18.056	24.908	<b>5,5%</b>
8	Middelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur	109.965.780	102.580.395	<b>-1,2%</b>	1.617.934	2.072.611	<b>4,2%</b>
9	Antibacteriële geneesmiddelen (systemisch gebruik)	111.613.631	94.775.022	<b>-2,7%</b>	4.238.969	4.164.837	<b>-0,3%</b>
10	Antidepressiva	128.544.405	88.389.197	<b>-6,1%</b>	1.085.711	1.140.942	<b>0,8%</b>
	Totaal =	1.650.635.047	1.714.148.102	<b>0,6%</b>			

### 3.1. Evolutie tussen 2010 en 2016

Voor de tien geïdentificeerde therapeutische klassen samen zijn de VP-uitgaven, met een jaarlijkse stijging van gemiddeld 0,6%, relatief stabiel. Maar de situatie verschilt sterk van klasse tot klasse (zie tabel 2).

Sommige klassen hebben VP-uitgaven die zeer snel toenemen. Dit is het geval voor antithrombotica (+12,8% per jaar), antivirale middelen (+8,4% per jaar) en immunosuppressiva (+7,6% per jaar).

Deze aanhoudende stijging kan deels te wijten zijn aan een volume-effect als gevolg van een toename van het aantal patiënten. Dit is het geval voor immunosuppressiva, waar het aantal patiënten gemiddeld met 5,8% per jaar is toegenomen, en voor antivirale middelen, waar het aantal patiënten gemiddeld met 5,5% per jaar is toegenomen. Maar dit is niet echt het geval voor antithrombotica: de toename van het aantal patiënten

bedraagt 3,2% per jaar. Daarnaast is er een kosteneffect door de introductie van nieuwe geneesmiddelen op de markt.

Ten slotte is er een daling van de uitgaven voor sommige therapeutische klassen, terwijl het aantal patiënten in de onderzochte periode stabiel blijft of toeneemt. Dit kan worden verklaard door het groeiend aandeel van goedkopere alternatieven, zoals het gebruik van generische geneesmiddelen, of door specialiteiten waarvan de prijzen zijn gedaald. Dit is het geval met hypolipemiërende middelen.<sup>2</sup>

Tabel 3 duidt op een uitdagende evolutie: met uitzondering van antibacteriële middelen, neemt het aandeel van de Belgische bevolking dat geneesmiddelen van de therapeutische klassen van de Top 10 gebruikt, toe. Dit varieert van een zeer lichte stijging (0,05% voor antivirale geneesmiddelen) tot een relatief grote stijging (3,51% voor geneesmiddelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur). We willen wijzen op het belang van de positieve (of negatieve) groei van het aantal patiënten dat

2 Voor een voorbeeld voor statines in België, zie Cornelis, K. (2014). *Evolutie statine gebruik in België 2003-2013*. CM-Informatie, nr. 257, 17-24.

een geneesmiddel gebruikt. De omvang van de uitgaven ten laste van het RIZIV kan een slechte indicator zijn voor het geneesmiddelengebruik in ons land. De geplande prijsdaling van bepaalde geneesmiddelen, de opkomst van nieuwe goedkopere middelen of generische geneesmiddelen, kunnen de uitgaven doen dalen, wat goed nieuws zal zijn. Dat is zeker het geval. Dit mag echter de (mogelijke) toename van het aantal patiënten dat deze geneesmiddelen gebruikt, niet verhullen.

### 3.2. Profiel volgens leeftijd in 2016

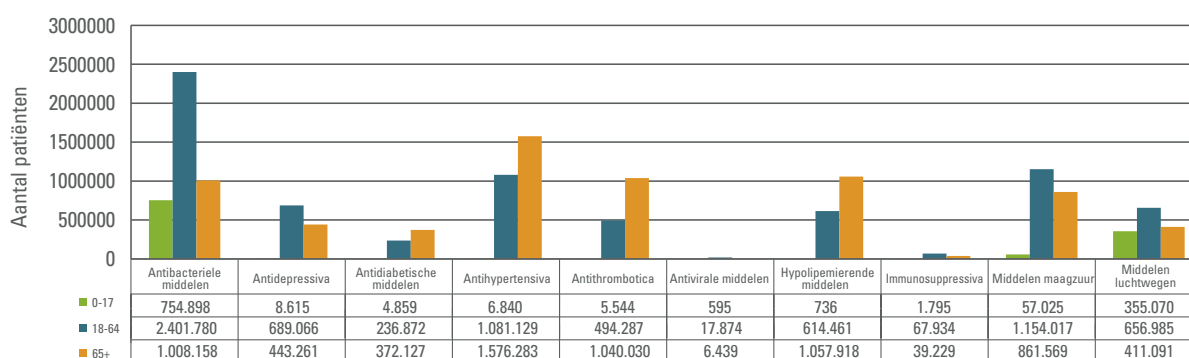
Figuur 1 geeft voor elke therapeutische klasse in de Top 10 het aantal patiënten per leeftijdsgroep (in 2016) weer. De informatie wordt aangevuld met Figuur 2, waarin dit volume wordt uitgedrukt in verhouding tot de Belgische bevolking voor dezelfde leeftijdsgroepen.

**Tabel 3: Top 10 - Evolutie van het aantal patiënten tussen 2010 en 2016, als percentage van de Belgische bevolking**

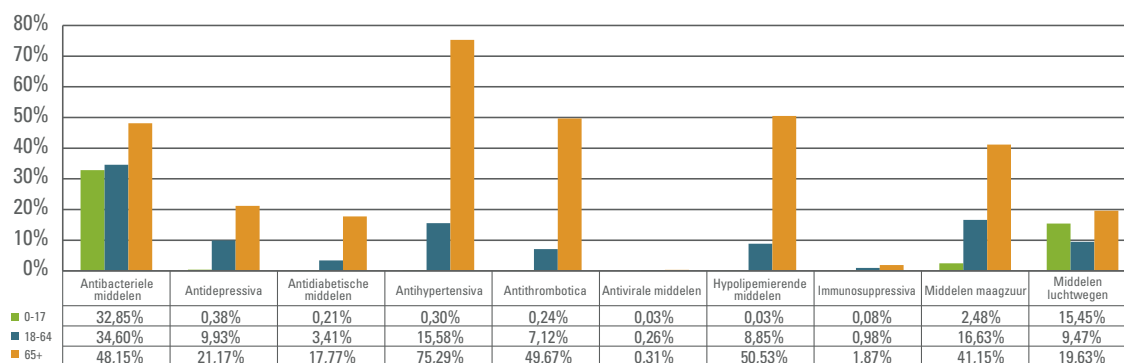
Top 10	Therapeutische klasse	Aantal patiënten (in % van de totale Belgische bevolking <sup>3</sup> , cijfers CM geëxtrapoleerd)	
		2010	2016
1	Immunosuppressiva	0,72%	0,97%
2	Antihypertensiva	23,45%	23,68%
3	Antithrombotica	11,75%	13,69%
4	hypolipemiërende middelen	14,19%	14,87%
5	Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes	4,85%	5,46%
6	Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD)	11,43%	12,65%
7	Antivirale geneesmiddelen (systemisch gebruik)	0,17%	0,22%
8	Middelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur	14,93%	18,42%
9	Antibacteriële geneesmiddelen (systemisch gebruik)	39,11%	37,02%
10	Antidepressiva	10,02%	10,14%

- In 2016 kregen 1,1 miljoen patiënten in de leeftijdsgroep 18-64 jaar een terugbetaling voor antihypertensiva, tegenover 1,6 miljoen patiënten in de leeftijdsgroep 65+, ofwel 75% van de patiënten ouder dan 65 jaar.
- Antithrombotica en hypolipemiërende middelen worden aan bijna 50% mensen van 65 jaar of ouder verstrekt.
- Diabetesgeneesmiddelen worden vooral verstrekt aan mensen van 65 jaar en ouder: 370.000 patiënten, dit is 18% van de personen in deze leeftijdsgroep.
- Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD) worden verstrekt aan drie leeftijdsgroepen: 15% van de jongeren onder de 18 jaar, 9,5% in de leeftijdsgroep 18-64 jaar en 20% van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder.
- Geneesmiddelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur worden vooral verstrekt aan 18-64-jarigen (1,1 miljoen patiënten) en 65-plussers (860.000 patiënten). In verhouding tot de Belgische bevolking van deze leeftijdsgroep, vertegenwoordigt dit 41% van de senioren die geneesmiddelen uit deze therapeutische groep gebruiken.
- Antibacteriële geneesmiddelen worden in alle drie de leeftijdsgroepen verstrekt: 33% van de jongeren onder de 18 jaar, 35% in de leeftijdsgroep 18-64 jaar en 48% van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder.
- Voor antidepressiva kreeg bijna 10% van de 18-64-jarigen en 21% van de 65-plussers een terugbetaling.

**Figuur 1: Aantal patiënten volgens leeftijdscategorie en therapeutische klasse in 2016 (cijfers CM geëxtrapoleerd)**



**Figuur 2: Percentage patiënten in de Belgische bevolking volgens leeftijdscategorie en therapeutische klasse in 2016 (cijfers CM geëxtrapoleerd)**



#### 4. Bespreking: Vermijdbare uitgaven?

In 2014 was het bedrag ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor geneesmiddelen in België voor het eerst meer dan vier miljard euro (exclusief remgeld en supplementen betaald door patiënten). Dat is bijna 1 miljard meer in een decennium. De stijging bedraagt 27% sinds 2005. Wat verklaart een dergelijke toename? Er zijn natuurlijk een aantal bekende verschijnselen: de bevolkingsgroei, de vergrijzing van de bevolking, de toename van het aantal patiënten met chronische ziekten ... Er komen nieuwe, dure geneesmiddelen op de markt die de levenskwaliteit moeten verbeteren en de hoop inhouden om een ziekte uit te roeien.<sup>4</sup>

Een sprankje hoop in dit sombere beeld is dat het gebruik van geneesmiddelen soms vermeden kan worden.

Het gebruik van acht van de tien geneesmiddelenklassen in onze Top 10 is immers in significante mate verbonden met (slechte) levensgewoonten, maar ook met een context, een omgeving, die verre van altijd gunstig is. Deze acht geneesmiddelenklassen waarvan het gebruik soms/vaak gekoppeld is aan onze levenswijze vertegenwoordigen **45%** van

de totale RIZIV-terugbetalingen voor geneesmiddelen die in apotheken worden verkocht, ofwel **1,17 miljard euro**. We bekijken drie voorbeelden van therapeutische klassen waar vooruitgang kan worden geboekt.

##### 4.1. Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD)

In 2015 stierven wereldwijd meer dan drie miljoen mensen aan chronisch obstructief longlijden (COPD), wat overeenkomt met 5% van alle sterfgevallen wereldwijd dat jaar.<sup>5</sup> Het is eveneens bekend dat roken de primaire oorzaak van COPD is.<sup>6</sup> Behandelingen tegen COPD staan op de zesde plaats in de Top 10 van CM met bijna 162 miljoen euro aan RIZIV-terugbetalingen.

90% van de patiënten die COPD-medicatie gebruiken, waren voorheen (zware) rokers. Leven zonder tabak kan dus de prevalentie van COPD doen dalen en dus ook het gebruik van medicamenteuze behandelingen in verband met deze ziekte.

3 <http://www.ibz.rn.fgov.be/nl/bevolking/statistieken-van-bevolking/>

4 Wat niet altijd het geval is: zie Gerkens S, Neyt M, San Miguel L, Vinck I, Thiry N, Cleemput I. (2017). *How to improve the Belgian process for Managed Entry Agreements? An analysis of the Belgian and international experience*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 288. D/2017/10.273/41.

5 Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS medicine, 3(11), e442.

6 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>

Helaas is dit geen gemakkelijke taak, gezien het relatieve gebrek aan een proactief beleid op dit gebied (zoals de drastische verhoging van de accijnzen). Het lijkt ook dwaas om enerzijds de verkoop van zo'n schadelijk product toe te staan en anderzijds met hand en tand te strijden om het verbruik te verminderen of uit te roeien.<sup>7</sup>

Zoals bij veel behandelingen met geneesmiddelen is de slechte *therapietrouw* (= het vermogen om de behandeling correct te volgen, d.w.z. zoals voorgeschreven door de arts) een groot probleem.<sup>8</sup> Een slechte naleving kan onder meer het gevolg zijn van overconsumptie, onderconsumptie of het feit dat patiënten nooit naar de apotheek gaan om hun geneesmiddelen te kopen, bijvoorbeeld vanwege de prijs.<sup>9</sup> Gevolg: De WHO schat dat in 50% van de gevallen patiënten in ontwikkelde landen zich correct houdt aan geneesmiddeltherapieën op lange termijn voor chronische ziekten.<sup>10</sup> Dit geldt ook voor de twee therapeutische klassen, die verder beschreven worden.

In het geval van COPD is de slechte terapietrouw een groot probleem (zoals bij veel ziekten het geval is): ook daar is sprake van nalevingspercentages van min of meer 50%.<sup>11</sup> In een onderzoek in de Verenigde Staten bijvoorbeeld meldde 31% van de patiënten dat ze besloten hadden om bewust hun behandeling stop te zetten omdat "ze zich beter voelden". Aan de andere kant meldden diezelfde patiënten dat ze meer geneesmiddelen gebruikten tijdens periodes van groter lijden.<sup>12</sup>

In financieel opzicht leidde slechte terapietrouw tot een toename van ziekenhuisopnames, sterfte, daling van de algemene levenskwaliteit en productiviteitsverlies (in het geval van COPD).<sup>13</sup> Hoewel de kosten van medicatie hoger zijn bij een

goede terapietrouw, zijn de totale kosten (ziekenhuizen, consultaties, enz.) lager voor patiënten die aan hun behandelingsvoorschriften voldoen.<sup>14</sup>

**Onjuiste naleving leidt dus tot extra kosten voor zowel de samenleving (kosten van de behandeling, verminderde productiviteit) als de patiënt (via eventuele remgelden of supplementen). Voor de Verenigde Staten kunnen de kosten oplopen tot 300 miljard dollar per jaar.<sup>15</sup>**

## 4.2. Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes

Een ander veelzeggend voorbeeld is dat in België 600.000 mensen lijden aan (of worden behandeld voor) diabetes. De ziekte wordt met name met medicijnen behandeld. Het RIZIV betaalde daarvan meer dan 167 miljoen euro terug in 2016 (cijfers CM geëxtrapoleerd). Dit komt neer op **een jaarlijkse toename van 5% op vijf jaar**.

Er zijn twee types diabetes: type 1 en type 2.<sup>16</sup> Type 2 diabetes komt veruit het meest voor (90%). 80% van type 2 diabetes is gerelateerd aan obesitas (Body Mass Index of BMI van 30 of meer).<sup>17</sup>

Een gezondere levenswijze, een evenwichtige voeding en lichaamsbeweging zouden de prevalentie van deze ziekte verminderen.<sup>18</sup> De bevordering van een goede levensstijl moet op alle niveaus van het volksgezondheidsbeleid worden versterkt. Zo moet een eenvoudige vermelding van het gehalte aan suiker, vet en zout verplicht worden voor levensmiddelen, bijvoorbeeld door middel van een kleurcoderingssysteem.

7 Jamrozik, K. (2004). *ABC of smoking cessation: Population strategies to prevent smoking*. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7442), 759.

8 Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2008). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous? *Revue des Maladies Respiratoires*, Vol 22, N 1 - februari 2005, pp. 31-34, beschikbaar op <http://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>

9 Blais, L., Bourbeau, J., Dheehy, O., & LeLorier, J. (2004). *Inhaled corticosteroids in COPD: determinants of use and trends in patient persistence with treatment*. *Canadian respiratory journal*, 11(1), 27-32.

10 Sabaté, E. (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.

11 Make, B. J. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease: developing comprehensive management. *Respiratory care*, 48(12), 1225-1237.

12 Dolce, J. J., Crisp, C., Manzella, B., Richards, J. M., Hardin, J. M., & Bailey, W. C. (1991). Medication adherence patterns in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, 99(4), 837-841.

13 van Boven, J. F., Chavannes, N. H., van der Molen, T., Rutten-van Mülken, M. P., Postma, M. J., & Vegter, S. (2014). Clinical and economic impact of non-adherence in COPD: a systematic review. *Respiratory medicine*, 108(1), 103-113.

14 Simoni-Wastila, L., Wei, Y. J., Qian, J., Zuckerman, I. H., Stuart, B., Shaffer, T., ... & Bryant-Comstock, L. (2012). Association of chronic obstructive pulmonary disease maintenance medication adherence with all-cause hospitalization and spending in a Medicare population. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 10(3), 201-210.

15 DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical care*, 42(3), 200-209.

16 <http://www.diabete-abd.be/le-diabete-cest-quoi.aspx>

17 Kahn, S. E., Hull, R. L., & Utzschneider, K. M. (2006). Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes. *Nature*, 444(7121), 840-846; Wang, Y., Rimm, E. B., Stampfer, M. J., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2005). Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. *The American journal of clinical nutrition*, 81(3), 555-563.

18 Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., ... & Salminen, V. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344(18), 1343-1350; Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 2002(346), 393-403.



Daarnaast kunnen en moeten scholen een rol spelen bij de preventie van obesitas<sup>19</sup>, maar het is belangrijk dat het preventiebeleid gericht is op de hele bevolking.<sup>20</sup>

Op curatief niveau benadrukken we nogmaals dat het volgen van de behandeling van het allergrootste belang is om ervoor te zorgen dat de behandeling de beste voordelen oplevert (en dat er geen extra gezondheidskosten zijn voor de patiënt en de samenleving als de behandeling niet goed wordt gevolgd). Helaas is de naleving van diabetesbehandelingen niet veel beter dan die van andere chronische ziekten. Volgens een literatuuronderzoek zou slechts 67% tot 85% van de diabetespatiënten hun medicatie oraal innemen zoals voorgeschreven en slechts 60% van de insulinedoses.<sup>21</sup> Nogmaals gaat een goede naleving gepaard met een verminderd risico op complicaties, sterfte en hoge kosten voor de patiënt.<sup>22</sup>

### 4.3. Antidepressiva

In België gebruikt bijna 10% van de personen tussen 18 en 64 jaar en 21% van de personen van 65 jaar en ouder antidepressiva (één op de tien personen en één op de vijf in deze leeftijdsgroepen). Dit vertegenwoordigt bijna 90.000.000 euro aan uitgaven voor het RIZIV en meer dan 1,1 miljoen mensen die in 2016 minstens één keer gebruik hebben gemaakt van een antidepressivum (één op de tien personen). Volgens de OESO is het verbruik van antidepressiva (gemeten in dagdoseringen per 1.000 inwoners) tussen 2000 en 2013 verdubbeld.<sup>23</sup>

Dit probleem staat zeker niet los van de toename van het aantal arbeidsongeschikten en invaliden in ons land, die deels verband houdt met psychologische problemen.<sup>24</sup> We gingen van 180.000 invaliden in 1995 naar 360.000 in 2015. *“Eén op drie (invalide) personen (meer bepaald 32% van de bevolking van 15 jaar of ouder) heeft te kampen met psychologische problemen, terwijl 18% een periode kende die een mentale ziekte deed vermoeden. Deze percentages zijn sinds 2008 allebei aan het stijgen. Drie symptomen worden veel vaker gerapporteerd, en dit zowel in 2013 als in 2008: het gaat om slaapgebrek door zich zorgen te maken (21% in 2013 ten opzichte van 18% in 2008), het gevoel*

*van voortdurend gespannen of gestrest te zijn (27% in 2013 ten opzichte van 20% in 2008) en het gevoel ongelukkig en depressief te zijn (19% in 2013 ten opzichte van 16% in 2008).”*<sup>25</sup> Het is dan niet verwonderlijk dat ook het gebruik van antidepressiva is toegenomen.

Een opvallend probleem met antidepressiva is de gebruiksduur. Deze is essentieel voor zowel het behandelen van depressie als het voorkomen van terugval.

**Tabel 4: Theoretische duur behandeling met antidepressiva in aantal aangekochte DDD's (cijfers CM, 2014)**

Duur behandeling met antidepressiva (volgens aantal aangekochte DDD's)	Aantal leden dat antidepressiva gebruikt	% leden dat antidepressiva gebruikt
0 - 1 maanden	58.365	11,88%
1 - 3 maanden	81.100	16,51%
3 - 6 maanden	88.543	18,03%
6 - 9 maanden	61.890	12,60%
9+ maanden	201.227	40,97%
Totaal	491.125	100,00%

De behandelingstijd wordt berekend op basis van het aantal DDD's dat een patiënt van de apotheker ontvangt: afhankelijk van het aantal aangekochte DDD's, heeft de patiënt een behandeling voor een bepaald aantal dagen. We stellen vast (voor de CM-leden) dat deze behandelingstijd zeer variabel is, waarbij een groot deel van de patiënten (41%) meer dan negen maanden lang antidepressiva gebruikt. Bijna 12% neemt ze slechts gedurende één maand, 16,5% tussen één en drie maanden, 18% tussen drie en zes maanden en 12,6% tussen zes en negen maanden. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) komt tot vergelijkbare of zelfs nog meer alarmerende conclusies, waarbij bijna 60% van de patiënten minder dan zes maanden therapie krijgt.<sup>26</sup>

- 19 Story, M., Nannery, M. S., & Schwartz, M. B. (2009). Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. *The Milbank Quarterly*, 87(1), 71-100.
- 20 Swinburn, B., & Egger, G. (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity reviews*, 3(4), 289-301.
- 21 Cramer, J. A. (2004). A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes care*, 27(9), 2285-2285.
- 22 Currie, C. J., Peyrot, M., Morgan, C. L., Poole, C. D., Jenkins-Jones, S., Rubin, R. R., ... & Evans, M. (2012). The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 35(6), 1279-1284; Currie, C. J., Peyrot, M., Morgan, C. L., Poole, C. D., Jenkins-Jones, S., Rubin, R. R., ... & Evans, M. (2013). The impact of treatment non-compliance on mortality in people with type 1 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 27(3), 219-223.
- 23 OECD (2015). Health at a Glance 2015. Beschikbaar op: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1513090851&id=id&accname=guest&checksum=2589B73F06F885E0F9258A89F2F45A48>
- 24 Avalosse, H., Vancorenland, S. & R. Verniest (2017). Aanbevelingen en reflecties na het onderzoek 'De financiële en sociale situatie van invaliden'. *CM-Informatie*, nr. 267, 48-59.
- 25 Gezondheidsenquête (2013), beschikbaar op [https://his.wivisp.be/fr/Documents%20partages/WB\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wivisp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf), p. 815
- 26 Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. *Performance of the Belgian Health System - Report 2015 – Supplement*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 259S. D/2016/10.273/04.

Volgens de American Psychiatric Association<sup>27</sup> heeft de behandeling van een geïsoleerde ernstige depressieve episode twee duidelijk gedefinieerde fasen:

- De acute fase (behandeling van de depressie), met als doel het verminderen van symptomen, bedraagt gemiddeld **twee maanden** (van 6 tot 12 weken)
- De consolidatiefase, die tot doel heeft een terugval te voorkomen, gebeurt **16 tot 20 weken** na de symptomatische remissie.

Volgens het AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) moet de totale duur van de behandeling (voor unipolaire ernstige depressieve stoornissen) **vier tot negen maanden bedragen**<sup>28</sup>; volgens het RIZIV is dit **zes tot twaalf maanden** in geval van ernstige depressie.<sup>29</sup> Toch tonen sommige studies aan dat het de moeite waard is om de behandeling voort te zetten gedurende een relatief lange periode na het herstel (> 12 maanden).<sup>30</sup> Hoe hoger het aantal eerdere depressieve episodes, hoe beter het is om een patiënt op antidepressiva te houden. Daarom mag volgens de WHO “bij volwassen personen die lijden aan een depressieve episode of stoornis en die een eerste antidepressiva-behandeling hebben ondergaan, de behandeling met antidepressiva gedurende **negen tot twaalf maanden na het herstel niet worden stopgezet.**”<sup>31</sup>

Men kan dus stellen dat het gebruik van antidepressiva over een periode van minder dan zes maanden (of zelfs negen maanden) ondoeltreffend of zelfs nutteloos is als de patiënt werkelijk depressief is. Helaas lijken veel van onze leden niet aan dit criterium te voldoen, omdat ze te vaak antidepressiva kopen voor veel kortere periodes (voor een correcte naleving en volgens onze cijfers).

Een andere oorzaak van “ineffectiviteit” van antidepressiva-behandeling is een slechte naleving. 30 tot 60% van de patiënten volgt een onregelmatige behandeling of stopt de behandeling op eigen initiatief en stelt de behandelende arts daar al dan niet van op de hoogte.<sup>32</sup> Onregelmatig gebruik is ook inefficiënt, en men kan zich afvragen wat het nut is van een groot deel van het voorschrijven/gebruik van antidepressiva in België.

Gelukkig zijn antidepressiva niet de enige oplossing (of zelfs niet de juiste oplossing) voor het miljoen mensen in België die vandaag antidepressiva gebruiken. Naast preventieve mechanismen zijn er curatieve alternatieven voor mensen met een depressie. Uit een recent onderzoek blijkt dat het effect van antidepressiva nul tot minimaal is vergeleken met placebo bij patiënten met een milde en matige depressie, in tegenstelling tot patiënten met een ernstige depressie waar de effecten significant zijn.<sup>33</sup>

Bovendien lijken patiënten, ondanks de superieure werkzaamheid van antidepressiva in geval van ernstige chronische depressie, eerder geneigd om de behandeling te stoppen/voort te zetten dan om de psychotherapie stop te zetten. Er was een voorkeur voor dit laatste ten opzichte van geneesmiddelen-therapie.<sup>34</sup> Men kan proberen om de naleving van de behandeling te verbeteren<sup>35</sup>, maar een alternatieve oplossing is het bevorderen van psychotherapie.

Het eerste alternatief voor (of een aanvulling van) antidepressiva is psychotherapie, wat individueel, in groepsverband of in familieverband kan worden uitgevoerd door een GGZ-zorgverlener (psychotherapeut, psychiater of psycholoog). In de literatuur wordt zelfs in de meest complexe gevallen een mengeling van geneesmiddelen en therapieën overwogen.<sup>36</sup> Therapieën zijn ook effectief in het voorkomen van depressie

27 American Psychiatric Association. (2009). *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (3rd)*. American Psychiatric Pub.

28 AFSSAPS (2006). *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte*. Beschikbaar op [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf)

29 RIZIV (2015). *Huidige aanbevelingen inzake het voorschrijven van geneesmiddelen in de eerste lijn*. Beschikbaar op [http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure\\_voorschrijven\\_geneesmiddelen\\_eerste\\_lijn.pdf](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure_voorschrijven_geneesmiddelen_eerste_lijn.pdf)

30 Montgomery, S. A., Entsuah, R., Hackett, D., Kunz, N. R., & Rudolph, R. L. (2004). Venlafaxine versus placebo in the preventive treatment of recurrent major depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(3), 328-336; Rouillon, F., Warner, B., Pezous, N., Bisperbe, J. C., & Milnacipran Recurrence Prevention Study Group. (2000). Milnacipran efficacy in the prevention of recurrent depression: a 12-month placebo-controlled study. *International clinical psychopharmacology*, 15(3), 133-140.

31 [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/depression/q2/fr/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q2/fr/)

32 Martin-Vazquez, M. J. (2016). Adherence to antidepressants: A review of the literature. *Neuropsychiatry*, 6(5); Demyttenaere, K. (1997). Compliance during treatment with antidepressants. *Journal of affective disorders*, 43(1), 27-39; Cramer, J. A. (1995). Relationship between medication compliance and medical outcomes. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 52(suppl 3), S27-S29.

33 Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama*, 303(1), 47-53.

34 Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P., & Andersson, G. (2008). Are Psychological and Pharmacologic Interventions Equally Effective in the Treatment of Adult Depressive Disorders?: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1675-1685.; Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 30(1), 51-62.

35 Vergouwen, A. C., Bakker, A., Katon, W. J., Verheij, T. J., & Koerselman, F. (2003). Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(12), 1415-1420.

36 Thase, M. E. (1999). When are psychotherapy and pharmacotherapy combinations the treatment of choice for major depressive disorder? *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 333-346.

wanneer er sprake is van een risico. Ook worden in Nederland psycho-educatieve “opleidingen” georganiseerd met bijzonder overtuigende resultaten.<sup>37</sup>

Helaas heeft dit alternatief op preventief en curatief niveau niet voor alle patiënten dezelfde effecten. Het is bijvoorbeeld vooral effectief bij oudere mensen, zo blijkt uit vrij recente studies.<sup>38</sup> Een van de meest gebruikte vormen van therapie is cognitieve gedragstherapie (CGT), waarbij een reeks behandelingen voor psychiatrische stoornissen (waaronder verslaving, psychoses, depressie en angststoornissen) wordt gecombineerd en “negatieve ideeën en onaangepast gedrag worden vervangen door realistische gedachten en reacties”. CGT helpt om invaliderende symptomen geleidelijk te overwinnen, zoals rituelen en alles dwangmatig controleren, stress, vermijding en remmingen, agressieve reacties of angst die psychisch leed veroorzaken.<sup>39</sup> CGT's kunnen volgens de literatuur net zo effectief, zo niet effectiever zijn dan antidepressiva bij patiënten met matige tot ernstige depressie omdat antidepressiva onaangename bijwerkingen hebben.<sup>40</sup>

Een echt debat over een aantal cruciale punten over het gebruik van antidepressiva is daarom noodzakelijk.

Ten eerste moet het uitgebreid voorschrijven (1,1 miljoen patiënten) in twijfel worden getrokken, gezien het aantal getroffen patiënten. De medicalisering van volkomen normale emoties (zoals verdriet) moet in vraag worden gesteld. Hiervoor dient het voorschrijven van antidepressiva in overleg met alle zorgverleners (in eerste instantie de psycholoog) en in functie van de patiënt te gebeuren. Zoals we hebben gezien, zijn er andere oplossingen mogelijk, vooral voor lichte tot matige

depressies, en deze hebben (onder andere) het enorme voordeel dat ze beter nageleefd worden.

Ten tweede zijn er over het initiëren en stopzetten van antidepressiva aanbevelingen met betrekking tot de aard en de detectie van depressieve stoornissen, de acute behandeling met antidepressiva, de keuze van medicatie boven alternatieve therapie, praktische problemen met voorschrijven en opvolging, terugvalpreventie, behandeling van terugval en stopzetting van de behandeling.<sup>41</sup> Bevordering van deze aanbevelingen bij artsen (in het bijzonder huisartsen) zou welkom zijn.

Ten derde moet er een echt beleid voor geestelijke gezondheid komen. We hebben de duizelingwekkende toename gezien van het gebruik van antidepressiva en invaliditeit in België, waarvan 30% verband houdt met psychosociale problemen. Deze toename lijkt niet te stoppen. Het is essentieel om depressies goed te behandelen en te voorkomen. In de literatuur wordt immers melding gemaakt van een groot aantal succesvolle initiatieven/experimenten om depressie te voorkomen, met name onder risicogroepen zoals ouderen en adolescenten.<sup>42</sup> Zo zou het lidmaatschap van een sociale groep (sport, werkgroep, koor, enz.) zowel bescherming bieden tegen depressies als genezend werken voor bestaande depressies.<sup>43</sup> Een meta-analyse rapporteert in dezelfde geest 25 studies die aantonen dat zelfs lage niveaus van lichamelijke activiteit (= 2,5 uur wandelen per week) negatief geassocieerd worden met het risico van depressie.<sup>44</sup>

Een goede gezondheid is het resultaat van vele factoren. Het is belangrijk om ze allemaal te beïnvloeden. Dit is het voorwerp van het besluit van dit artikel.

37 Muñoz, R. F., Beardslee, W. R., & Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, 67(4), 285.

38 Mottram, W. K., & Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1); Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*, 21(12), 1139-1149.

39 Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, 474-501; <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Therapies-Education-therapeutique-ETP/Therapie-comportementale-et-cognitive-TCC>

40 Dobson, K. S. (1989). A Meta-analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419; Roth, A., & Fonagy, P. (2013). *What works for whom?: a critical review of psychotherapy research*. Guilford Publications.

41 Zie Cleare, A., Pariante, C. M., Young, A. H., Anderson, I. M., Christmas, D., Cowen, P. J., ... & Haddad, P. M. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 29(5), 459-525; Eccles, M., Freemantle, N., & Mason, J. (1999). North of England evidence-based guideline development project: summary version of guidelines for the choice of antidepressants for depression in primary care. *Family Practice*, 16(2), 103-111.

42 Lynch, F. L., Hornbrook, M., Clarke, G. N., Perrin, N., Polen, M. R., O'Connor, E., & Dickerson, J. (2005). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1241-1248; van't Veer-Tazelaar, P., Smit, F., van Hout, H., van Oppen, P., van der Horst, H., Beekman, A., & van Marwijk, H. (2010). Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 319-325; Bird, M. J., & Parslow, R. A. (2002). Potential for community programs to prevent depression in older people. *Medical Journal of Australia*, 177(7), S107; Merry, S. N., & Spence, S. H. (2007). Attempting to prevent depression in youth: A systematic review of the evidence. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(2), 128-137.

43 Cruwys, T., Dingle, G. A., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., & Morton, T. A. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social Science & Medicine*, 98, 179-186.

44 Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*, 45(5), 649-657.

## 5. Besluit: CM als gezondheidsfonds

Zoals in dit artikel wordt voorgesteld, kan in acht van de tien therapeutische klassen het geneesmiddelengebruik worden verminderd. Opgelet: we willen niet zeggen dat alle uitgaven in deze acht klassen volledig kunnen worden opgegeven. Mensen met type 1 diabetes of ernstige depressie hebben altijd medicatie nodig. In veel gevallen kan het gebruik van geneesmiddelen echter worden voorkomen (door een gezondere levenswijze) of worden vervangen door niet-medicamenteuze behandelingen. Onze analyse van drie therapeutische klassen herinnert ons eraan dat we ook (vooral) moeten ingrijpen voor het optreden van pathologieën. Als de patiënt een rol speelt in de correcte naleving van de behandeling, speelt de medische (en politieke) wereld een rol bij het bevorderen van alternatieven en bij het uitvoeren van preventiebeleid.

CM ziet haar toekomst in dit licht: meer preventief, minder curatief. Zoals Jean Hermesse schrijft:<sup>45</sup> *“We nemen een maximum aan initiatieven op het gebied van preventie en ondersteuning van onze leden op weg naar een goede levenswijze: Een werkelijk doeltreffende aanpak omvat het stimuleren van een omgeving die bevorderlijk is voor deze levensgewoonten. CM zal het beleid in deze richting blijven ondersteunen of zelfs initiëren. Vooral omdat, zoals in een*

*recent verslag van de Europese Commissie<sup>46</sup> wordt opgemerkt, over het algemeen mensen met een laag inkomen en/of onderwijsniveau het grootste risico lopen als het gaat om ziekten die verband houden met onze levenswijze.”*

In 2018 zal een nationale voorlichtingscampagne over antibiotica worden gelanceerd om de Belgen bewust te maken van het (over)gebruik van antibiotica. In België wordt wel degelijk teveel gebruik gemaakt van antibiotica. Deze realiteit is echter slechts het topje van de ijsberg, zoals Luc Van Gorp het samenvat<sup>47</sup>: *“We leven in een tijdperk van ongekende medische mogelijkheden. Er lijkt een remedie te zijn voor alle ziekten, een pil voor elke ziekte. En als ze nog niet bestaat, zal ze snel worden uitgevonden. Nooit eerder waren we zo geobsedeerd door ziekte en behandeling. Bovendien kunnen we nu op basis van ons DNA voorspellen aan welke ziekten we later zullen lijden. En dus kunnen we ons daartegen wapenen. Het ziet ernaar uit dat we op weg zijn naar onze ultieme droom: nooit meer ziek zijn. Helaas, in onze obsessie met niet ziek te zijn (en als we ziek zijn, zo snel mogelijk te genezen) vergeten we gelukkig te zijn. Dit is nochtans ook een belangrijke pijler van gezond leven. Gezondheid is niet alleen lichamelijk en geestelijk welzijn. Het is ook een sociaal en existentieel welzijn (zin hebben om te leven). Als we echt gezond willen zijn, is het ook belangrijk om ons gelukkig te voelen, een leven te leiden dat de moeite waard is om te leven, om elkaar goed te leren kennen.”<sup>48</sup>*

<sup>45</sup> Algemeen secretaris CM.

<sup>46</sup> European Commission (2017). *VulnerABLE: Pilot project related to the development of evidence based strategies to improve the health of isolated and vulnerable persons* (SANTE/2014/C4/034)- Scientific Report. Beschikbaar op: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/2017\\_vulnerable\\_frep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2017_vulnerable_frep_en.pdf)

<sup>47</sup> Nationaal voorzitter CM.

<sup>48</sup> Luc Van Gorp (2016). *Weg met het ziekenfonds*. Beschikbaar op: <https://www.cm.be/actueel/standpunten/2016/weg-met-het-ziekenfonds.jsp>

## Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra

Giulia Camilotti (departement R&D) in samenwerking met Jan Vandenberg (Medische Directie) en Rebekka Verniest (departement R&D)

### Samenvatting

*De kwaliteit van de dienstverlening in woonzorgcentra (WZC) en met name de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen van bewoners zijn onderwerpen waarover te weinig informatie beschikbaar is. De Christelijke Mutualiteit heeft in verschillende studies al aangetoond dat er veel antidepressiva worden gebruikt onder senioren en in voorzieningen voor ouderen. Dit artikel toont aan dat er weinig elementen lijken te zijn veranderd in de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen in voorzieningen. Ongeveer 42% van de CM-leden in woonzorgcentra gebruikte in 2014 minstens 30 dagen lang antidepressiva, 21% kreeg antipsychotica voorgeschreven. Uit een analyse van de voorgeschreven soorten geneesmiddelen blijkt dat één op de vier bewoners antidepressiva gebruikt die ongeschikt worden geacht voor ouderen. Er zijn nog steeds grote verschillen tussen woonzorgcentra. Uit een vergelijking met gelijkaardige leden die thuis worden verzorgd en een analyse van het gebruik onder een groep leden voor en na binnenkomst in het woonzorgcentrum blijkt dat het totale gebruik van deze geneesmiddelen in het woonzorgcentrum hoger is dan in de referentiegroepen.*

Sleutelwoorden: geneesmiddelengebruik, antidepressiva, antipsychotica, ouderen, woonzorgcentra

### 1. Inleiding

De kwaliteit van de zorg in woonzorgcentra is de afgelopen maanden het onderwerp geweest van een groot debat, waarbij vragen werden gesteld bij de wijze van behandeling van de bewoners in sommige voorzieningen.

Er zijn nog steeds geëngestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren voor woonzorgcentra in het hele land<sup>1</sup>. Het KCE brengt in het performantierapport van 2015<sup>2</sup> een aantal kwaliteitsindicatoren samen die een gemengde balans tonen. 20% van de bewoners (65+ jaar) heeft in 2013 een valincident gemeld; de prevalentie van MRSA-bacterie-infectie is 12,2%, maar neemt af. Wat geneesmiddelen betreft, heeft 17% van de bewoners (65+ jaar) in de afgelopen 24 uur meer dan 9 verschillende geneesmiddelen gekregen.

In een nationale context van buitensporige medicalisering van geestelijke gezondheidsproblemen, is de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen onder woonzorgcentrum-bewoners van groot belang. We hebben echter nog steeds te weinig informatie over dit onderwerp. Volgens het KCE kreeg in 2013 bijna de helft (47%) van de bewoners in woonzorgcentra minstens één keer een voorschrift voor antidepressiva. Dit is een hoog cijfer dat vragen oproept over de geestelijke gezondheidstoestand van de bewoners en de gepastheid van de verstrekte voorschriften.

In dit onderzoek gaan we nader in op de problematiek van de geestelijke gezondheid in woonzorgcentra. Hiervoor analyseren we het aantal voorschriften<sup>3</sup> van antidepressiva en

- <sup>1</sup> In Vlaanderen verzamelt Zorg en Gezondheid een aantal kwaliteitsindicatoren uit de informatie van woonzorgcentra. Deze indicatoren worden samengevoegd en gepresenteerd in verslagen die beschikbaar zijn op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/resultaten-van-kwaliteitsmetingen-in-woonzorgcentra>.
- <sup>2</sup> KCE (2015), *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem* – rapport 2015, p.37-38. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_259C\\_performancereport2015\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259C_performancereport2015_0.pdf)
- <sup>3</sup> Wij gebruiken de facturatiegegevens van terugbetaalde geneesmiddelen in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Wij gaan er dus van uit dat elk gekocht geneesmiddel daadwerkelijk gebruikt wordt.

antipsychotica voor CM-leden die in 2014 in woonzorgcentra verbleven.

CM heeft reeds aangetoond dat geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen bijzonder acuut zijn en dat medicalisering niet noodzakelijk de meest geschikte oplossing is<sup>4</sup>. Het probleem van het hoge geneesmiddelengebruik in woonzorgcentra werd ook in twee eerdere studies aan de orde gesteld<sup>5</sup>. Zoals we verder zullen zien, blijven de gebruikscijfers in 2014 hoog ondanks talrijke bewustmakingscampagnes.

Hier behandelen we het probleem van het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra vanuit drie verschillende invalshoeken. Ten eerste kijken we naar het totale gebruik en de verschillen tussen woonzorgcentra volgens de mate van afhankelijkheid van de leden (Delen 2 en 3); we vergelijken het gebruik van deze geneesmiddelen in woonzorgcentra met dat van leden met vergelijkbare kenmerken die thuis verzorgd worden (Deel 4); ten slotte kijken we naar de evolutie van het gebruik door leden in de loop van de tijd, voor en na de opname in een WZC (Deel 5). In Deel 6 worden de resultaten en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen besproken. Deel 7 vormt een besluit.

## 2. Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra

### 2.1. Methodologie

Een lid wordt geacht antidepressiva of antipsychotica te hebben ingenomen als deze worden voorgeschreven tijdens een verblijf in een woonzorgcentrum en als deze geneesmiddelen overeenstemmen met in totaal ten minste 30 DDD<sup>6</sup> (of 30 dagen behandeling).

Voor deze analyse worden alleen CM-leden in aanmerking genomen die gedurende het jaar ten minste 30 dagen in woonzorgcentra met ten minste 20 CM-leden hebben doorgebracht. We beschikken over een steekproef van 76.014 leden met een gemiddelde leeftijd van 85 jaar waarvan een meerderheid vrouw is (ongeveer 74%).

### 2.2. Resultaten

Gemiddeld (Tabel 1) gebruikte 42,7% van de CM-leden die in 2014 minstens 30 dagen in woonzorgcentra verbleven, ten minste 30 dagen lang antidepressiva. Ongeveer 21% van de leden gebruikte antipsychotica. In rust- en verzorgingstehuizen (RVT) is het gebruik in het algemeen hoger<sup>7</sup> dan in rustoorden voor bejaarden (ROB), wat verklaard kan worden door de zwaardere psychiatrische problemen in RVT.

Het gebruik van deze geneesmiddelen is zorgwekkend hoog. We beschikken echter niet over informatie over de gezondheidstoestand van de leden om te beoordelen of deze voorschriften gerechtvaardigd zijn. We weten wel dat sommige geneesmiddelen niet geschikt zijn voor ouderen omdat de potentiële risico's van het gebruik ervan groter zijn dan de voordelen voor de gezondheid van ouderen. Hier gebruiken we de door de EU (7)-PIM-list voorgestelde lijst<sup>8</sup> als maatstaf voor de relevantie van de verstrekte voorschriften. De antidepressiva die gebruikt worden als pijnstillers of slaapmiddelen zijn in deze lijst inbegrepen.<sup>9</sup>

In 2014 kregen 1 op de 4 leden antidepressiva voorgeschreven die niet geschikt zijn voor ouderen en 14% van de CM-bewoners gebruikte antipsychotica die niet geschikt zijn voor ouderen. Met andere woorden, zelfs als deze voorschriften voldoen aan de werkelijke behoeften van de bewoners, kan de typologie van de voorgestelde geneesmiddelen een negatieve invloed hebben op hun gezondheid<sup>10</sup>.

4 Camilotti G., Vandenbergen J., Verniest R. (2017), *Ouder worden maakt minder gelukkig*, CM Informatie 268, pp.17-21.

5 Gillis O., Verniest R. (2011), *Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen*, CM Informatie 245 pp. 11-19 ; Cornelis K., Mertens R. (2007), Geneesmiddelengebruik in rusthuizen: grote verschillen, CM Informatie 229 pp. 3-6.

6 Defined daily dose.

7 In dit artikel hanteren we de volgende terminologie: RVT verwijst naar rust- en verzorgingstehuizen, ROB de rustoorden voor bejaarden, en alle instellingen voor ouderen (dus RVT en ROB) worden woonzorgcentra (WZC) genoemd.

8 Renom-Guiteras, A., Meyer G., Thürmann, P.A. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries, 71(7) pp. 861–875 European Journal of Clinical Pharmacology. Plus spécifiquement, les ATC7 considérés sont les suivants : antidépresseurs inappropriés : catégorie ATC N06A sauf N06AA10, N06AB03, N06AB04, N06AB05, N06AB06, N06AB10; antipsychotiques inappropriés : catégorie ATC N05A sauf N05AX08, N05AX12, N05AN01, N05AD01.

9 Het gaat om de categorieën ATC N06AA09, N06AX05 en N06AX21.

10 Het probleem van het overmatig gebruik van ongepaste geneesmiddelen in instellingen voor ouderen is in verschillende contexten onder de aandacht gebracht. Zie bijvoorbeeld Harrison e.a. (2018), Costs of potentially inappropriate medication use in residential aged care facilities, BMC Geriatrics, 18(9) <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0704-8>.

**Tabel 1: % van de CM-leden in woonzorgcentra dat antidepressiva en antipsychotica heeft gebruikt (30 DDD) - 2014**

	antidepressiva	ongepaste antidepressiva	antipsychotica	ongepaste antipsychotica	N
	%	%	%	%	
<b>type bed woonzorgcentrum</b>					
<b>RVT</b>	45,77%	26,80%	25,24%	16,63%	41.615
<b>ROB</b>	38,99%	22,95%	16,26%	11,43%	34.399
<b>totaal</b>	42,70%	25,06%	21,17%	14,28%	76.014

We zien ook een belangrijk verschil tussen de regio's, met een gebruik van ongeveer 40% voor de woonzorgcentrumbewoners in Vlaanderen, tegenover ongeveer 50% in Wallonië en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

### 3. Verschillen tussen woonzorgcentra

#### 3.1. Methodologie

Het is belangrijk om te weten of het vastgestelde consumptie-niveau verschillen tussen voorzieningen verbergt. In het verleden wees CM al op significante verschillen tussen woonzorgcentra wat betreft het gebruik van antidepressiva en antipsychotica.

Een juiste inschatting van de verschillen tussen woonzorgcentra vraagt idealiter om twee soorten gegevens: gebruiksgegevens voor alle bewoners van elk woonzorgcentrum en gedetailleerde informatie over het profiel en de pathologieën in elk centrum. Bij gebrek aan deze informatie proberen we een inschatting te maken van de variabiliteit tussen woonzorgcentra door het vergelijken van woonzorgcentra volgens het zorgforfait en door de analyse te beperken tot woonzorgcentra waar veel CM-leden aanwezig zijn. Meer informatie over de afhankelijkheids-categorieën (forfaits) in woonzorgcentra vindt u in Tabel 2.

Concreet zijn we als volgt te werk gegaan: voor elke voorziening hebben we voor elke aanwezige afhankelijkheids-categorie het percentage leden berekend dat in 2014 antidepressiva of antipsychotica (minimaal 30 DDD) gebruikte. Omdat de afhankelijkheids-categorie een goede indicatie is voor de mate van afhankelijkheid (zie Tabel 2), vergelijken we individuen die qua zorgbehoefte vergelijkbaar zijn: dit verkleint het risico dat de waargenomen variatie tussen woonzorgcentra het gevolg is

van verschillen in het profiel. We hebben een drempel van ten minste 20 leden per afhankelijkheids-categorie aangehouden om het risico te verminderen dat de waargenomen variatie te wijten is aan het beperkte aantal waarnemingen.

Deze methode kent echter een aantal beperkingen. Ten eerste hebben de meeste woonzorgcentra slechts bepaalde soorten afhankelijkheids-categorieën. Het vergelijken van de verschillen in het gebruik tussen verschillende afhankelijkheids-categorieën is dan ook geen vergelijking tussen dezelfde woonzorgcentra. Ten tweede wordt het aantal woonzorgcentra dat voor dit onderzoek in aanmerking wordt genomen aanzienlijk vermindert door de beperking op het vlak van het minimumaantal leden per afhankelijkheids-categorie, zonder dat dit echter het risico wegneemt dat de waargenomen verschillen een artefact kunnen zijn van het beperkte aantal observaties per voorziening: in totaal zijn 750 van de 1.246 woonzorgcentra geselecteerd.

Bovenstaande analyse is dan ook slechts een poging om de verschillen tussen woonzorgcentra in kaart te brengen en dient met omzichtigheid te worden geïnterpreteerd: aanvullende gegevens en methoden zijn nodig voor een vollediger beoordeling van de behandeling van de geestelijke gezondheid in woonzorgcentra.

11 CM-leden zijn minder representatief voor de bevolking in het Waals Gewest en Brussel.

12 We hebben de forfaiten gegroepeerd in de categorieën O, A, B+C, D+Cdem om te voorkomen dat het aantal woonzorgcentra in de analyse te sterk beperkt wordt. Het lid wordt toegewezen aan het zorgforfait waar hij/zij de meeste tijd heeft doorgebracht in 2014.

## De afhankelijkheidscategorieën (forfaits) in het woonzorgcentrum

De ziekteverzekering dekt een deel van de zorgkosten voor bewoners van woonzorgcentra door middel van een forfaitaire tegemoetkoming. Het bedrag wordt mee bepaald door de mate van afhankelijkheid van de bewoners. De mate van afhankelijkheid wordt per bewoner berekend op basis van de KATZ-schaal en vertaald in een afhankelijkheidscategorie. De in dit onderzoek opgenomen afhankelijkheidscategorieën zijn de volgende:

**Tabel 2: afhankelijkheidscategorieën in ROB en RVT**

Zorgforfait	Omschrijving
O	zijn lichamelijk en psychisch volledig zelfstandig
A	zijn lichamelijk afhankelijk: afhankelijk om zich te wassen en/of aan te kleden; of zijn psychisch afhankelijk: gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en volledig lichamelijk zelfstandig
B	zijn lichamelijk afhankelijk: afhankelijk om zich te wassen en aan te kleden, en afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan of zijn psychisch afhankelijk: gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en volledig afhankelijk om zich te wassen en/of aan te kleden
C	zijn lichamelijk afhankelijk: afhankelijk om zich te wassen en aan te kleden, en afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan, en afhankelijk qua incontinentie en/of eten
C dem	rechthebbenden die gediagnosticeerd zijn als dementiepatiënten als gevolg van een gespecialiseerde diagnostische controle van dementie door een arts gespecialiseerd in neurologie, geriatrie of psychiatrie, lichamelijke KATZ-score onvoldoende voor Cd
D	zijn psychisch afhankelijk: (1) gedesoriënteerd in tijd en ruimte, of (2) gediagnosticeerd als dementiepatiënt na een gespecialiseerde diagnostische controle van dementie door een gespecialiseerde arts en lichamelijk afhankelijk zijn (in beide situaties): afhankelijk om zich te wassen en aan te kleden, en afhankelijk qua incontinentie, en afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan en/of te eten

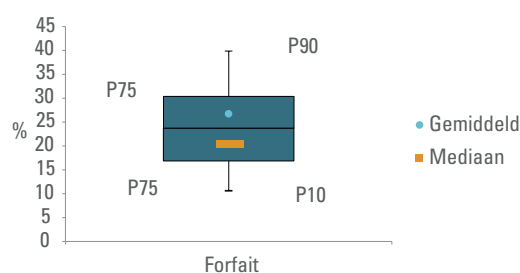
## 3.2. Resultaten

Wij hebben de verdeling van de percentages van gebruikers van antidepressiva en antipsychotica (inclusief ongepaste) weergegeven per woonzorgcentrum met behulp van een box plot (Figuur 1).

We zien een aanzienlijke variatie in alle afhankelijkheidscategorieën. Voor de categorieën B en C als geheel bijvoorbeeld varieert het aantal leden dat antidepressiva gebruikt van 30% tot 57% (percentiel 10 tot 90). Gemiddeld gezien neemt het gebruik van antidepressiva in een woonzorgcentrum toe naarmate de afhankelijkheid stijgt.

In een woonzorgcentrum worden de meeste antipsychotische geneesmiddelen (30%) gebruikt in de categorieën D-Cdem. Ter herinnering: in de categorie Cdem vinden we het merendeel van de personen van dementie. Antipsychotica zijn echter niet aangewezen voor de behandeling van deze pathologie.

## Hoe een box-plot lezen



Grafische weergave van de spreiding van de waargenomen waarden;

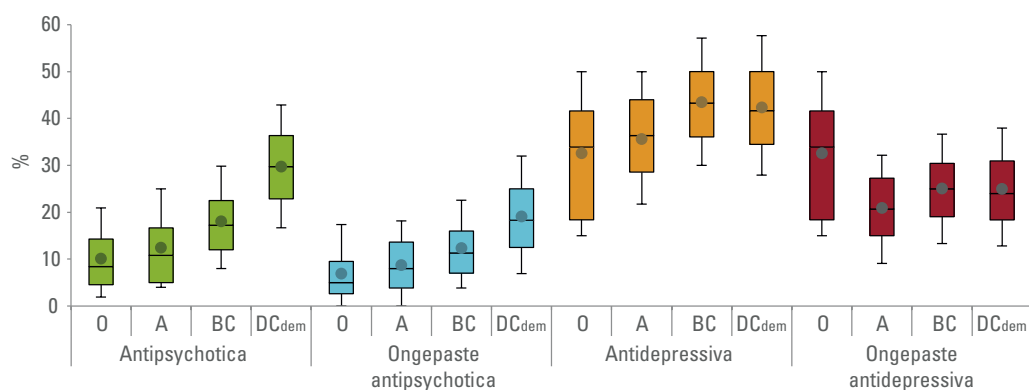
Het gemiddelde wordt weergegeven door de cirkel, de mediaan door de lijn;

Het kader (percentiel 25 tot 75) geeft het interval aan waarin 50% van de waarnemingen wordt aangetroffen (interkwartielinterval);

De omvang van de gegevensspreiding wordt weergegeven door de lengte van de antennes (percentiel 10 tot 90).



**Figuur 1: Spreiding van het aandeel bewoners per WZC volgens zorgcategorie dat antidepressiva of antipsychotica gebruikte (minstens 30 DDD) (2014)**



De variatie die wordt weergegeven door de box-plot, kan nauwkeuriger worden gekwantificeerd aan de hand van het interkwartielinterval (Tabel 3). Dit is het verschil tussen het 75e en 25e percentiel en dus meet dit interval de lengte van het box-plotkader. We stellen vast dat het interval van dezelfde

grootteorde<sup>13</sup> is voor de verschillende categorieën en in het algemeen hoger is voor antidepressiva dan voor antipsychotica: dit kan wijzen op grotere verschillen wat het voorschrijven van antidepressiva betreft.

**Tabel 3: Parameters van de procentuele verdeling van antidepressiva- en antipsychoticagebruikers in woonzorgcentra volgens categorie (2014)**

Categorie	Antipsychotica		Ongepaste antipsychotica		Antidepressiva		Ongepaste Antidepressiva	
	Gemiddeld %	Interkwartiel interval	Gemiddeld %	Interkwartiel interval	Gemiddeld %	Interkwartiel interval	Gemiddeld %	Interkwartiel interval
O	10,13	9,74	6,94	6,90	32,58	23,22	19,15	16,51
A	12,46	11,67	8,72	9,79	35,61	15,43	20,90	12,27
BC	18,10	10,50	12,36	8,98	43,48	13,93	25,04	11,39
DCdem	29,77	13,51	19,13	12,50	42,40	15,52	24,97	12,59

<sup>13</sup> Uit een gevoeligheidsanalyse blijkt dat de resultaten met betrekking tot de forfaits O en A, waarvoor er minder waarnemingen zijn, gevoeliger zijn voor veranderingen in inclusiecriteria (aantal leden per forfait).

Naast de variatie door het beperkte aantal bewoners per woonzorgcentrum, kunnen de waargenomen verschillen tussen woonzorgcentra door twee andere factoren verklaard worden: andere verschillen in het profiel van bewoners dan die met betrekking tot de mate van afhankelijkheid en verschillen in praktijken tussen woonzorgcentra in de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen.

## 4. Verschil tussen thuiszorg en woonzorgcentrum

### 4.1. Methodologie

In dit deel vergelijken we het gebruik van antidepressiva en antipsychotica tussen thuiszorg<sup>14</sup> en woonzorgcentrumzorg. Als we voor ieder individu in een woonzorgcentrum een lid met dezelfde sociaaldemografische kenmerken en pathologieën in de thuiszorg zouden kunnen identificeren, zou het verschil in het gebruik van antidepressiva en antipsychotica tussen zorgvoorzieningen en thuiszorg toe te wijzen zijn aan het voorschriftgedrag in woonzorgcentra ten opzichte van dat in de thuiszorg.

In de praktijk hebben we, zoals reeds opgemerkt, geen informatie over het ziektebeeld van leden. Verschillen in morbiditeit kunnen verklaren waarom sommige mensen in woonzorgcentra verblijven en andere, met een vergelijkbaar sociaaldemografisch profiel, thuis blijven. In ieder geval proberen we de impact van profielverschillen op het geneesmiddelengebruik te beperken door elk individu in een woonzorgcentrum te matchen met een thuiswonend individu

met identieke eigenschappen wat betreft: leeftijdscategorie, geslacht, afhankelijkheidsniveau<sup>15</sup> en jaar van overlijden (2014 of in leven).

In 2014 hebben we het basisonderzoek beperkt tot CM-leden ouder dan 70 jaar die in 2014 afhankelijk zijn (Katz-schaal)<sup>16</sup> en in 2014 minimaal 60 dagen thuisverpleging hebben ontvangen of minimaal 30 dagen per jaar in woonzorgcentra hebben doorgebracht. Aan de hand van deze steekproef hebben we geprobeerd om elke bewoner van een voorziening te koppelen aan een "identiek" lid in de thuiszorg met de hierboven beschreven kenmerken.

Na een kwantificering van het geneesmiddelengebruik in 2014 voor beide groepen (ten minste 30 DDD's gedurende het jaar), hebben we ze vervolgens ingedeeld op basis van de verblijfsduur in woonzorgcentra of het aantal dagen thuisverpleging. Dit betekent dat een deel van het waargenomen gebruik, in het bijzonder voor leden met een verblijf in een woonzorgcentrum korter dan 3 maanden, niet noodzakelijk verband houdt met een behandeling in een woonzorgcentrum.

### 4.2. Resultaten

Tabel 4 toont de kenmerken van de leden voor en na het matchen. Voor ongeveer 30% van de bevolking in woonzorgcentra werd geen matchpaar gevonden: onze analyse is dus niet representatief voor de gehele populatie die wordt geïdentificeerd als bewoners van woonzorgcentra. Voorafgaand aan de matching verschilt het profiel van de groepen aanzienlijk. Met name het percentage overleden personen in 2014 is in woonzorgcentra hoger dan thuis (20% ten opzichte van 7%).

Tabel 4: Profiel van leden in woonzorgcentra en in de thuiszorg voor en na het matchen (2014)

		Voor het matchen		Na het matchen	
		Thuiszorg	Woonzorgcentrum (RVT + ROB)	Thuiszorg	Woonzorgcentrum (RVT + ROB)
Mannen	%	30,71%	24,00%	28,32%	28,32%
Overleden in 2014	%	6,92%	20,28%	10,11%	10,11%
Afhankelijkheidsklasse: 1	%	8,63	10,87	11,1	11,1
Afhankelijkheidsklasse: 2	%	49,35	27,59	35,56	35,56
Afhankelijkheidsklasse: 3	%	30,6	38,12	36,6	36,6
Afhankelijkheidsklasse: 4	%	11,42	23,42	16,74	16,74
Leeftijd	Gemiddelde	83,57	86,6	84,98	85,16
Aantal waarnemingen	N	66.215	61.201	43.842	43.842

<sup>14</sup> Leden in de thuiszorg worden geïdentificeerd aan de hand van thuisverplegingsvergoedingen.

<sup>15</sup> De forfaits in de thuiszorg stemmen niet overeen met de forfaits in woonzorgcentra; om de twee groepen te kunnen matchen, hebben we de leden ingedeeld volgens hun Katz-schaal in vier afhankelijkheidsklassen. Voor nadere bijzonderheden over de indeling, zie Gillis O., Verniest R. (2011), *Consommation d'antidépresseurs et antipsychotiques en maison de repos*, CM information 245 pp. 11-19.

<sup>16</sup> Als een lid in de loop van het jaar meer dan één Katz-beoordeling heeft, nemen we die waar hij of zij de meeste tijd heeft doorgebracht in 2014 in aanmerking.

Zelfs als dit verschil bij het matchen wordt omgekeerd, is het mogelijk dat leden in een woonzorgcentrum die na het matchen worden geselecteerd een ernstiger ziektebeeld hebben dan hun equivalent in de thuiszorg.

Tabel 5 toont de percentages antidepressiva- en antipsychotica gebruikers in de twee gematchte groepen, naar verblijfsduur in woonzorgcentra of aantal dagen thuiszorg.

Gemiddeld gebruikt 32,8% van de leden in de thuiszorg in 2014 ten minste 30 DDD's antidepressiva. Voor woonzorgcentrumbewoners met een profiel dat vergelijkbaar is met dat van thuisgebruikers bedraagt dit percentage 48%. In de loop van het jaar kreeg 18% van de leden in de thuiszorg ongepaste antidepressiva voorgeschreven, tegenover bijna 30% in woonzorgcentra.

Het gebruik van antidepressiva is thuis lager dan in woonzorgcentra voor elke verblijfsduur/thuiszorgduur. Bijna al het geneesmiddelengebruik van de leden die tussen de 9 en 12 maanden in woonzorgcentra hebben doorgebracht, vond daar plaats: in dit geval is er in het gebruik van antidepressiva een verschil van 14 procentpunten tussen de thuiszorg en woonzorgcentra.

De verschillen in het gebruik van antipsychotica zijn aanzienlijk voor elke verblijfsduur. Gemiddeld gebruikt 8,15% van de leden in de thuiszorg antipsychotica, vergeleken met 25,78% van soortgelijke personen in woonzorgcentra, een verschil van 17,63 procentpunt.

**Tabel 5: % gebruikers van antidepressiva en antipsychotica (minstens 30 DDD) in woonzorgcentra en thuis (gematchte steekproef) gedurende het jaar (2014)**

Verblijfsduur woonzorgcentrum/ aantal dagen thuiszorg	Antidepressiva (%)		Ongepaste antidepressiva (%)		Antipsychotica (%)		Ongepaste antipsychotica (%)		Aantal waarnemingen
	Thuiszorg	Woonzorgcentrum ROB + RVT	Thuiszorg	Woonzorgcentrum ROB + RVT	Thuiszorg	Woonzorgcentrum ROB + RVT	Thuiszorg	Woonzorgcentrum ROB + RVT	
<b>Tot 3 maanden</b>	28,58%	38,06%	15,91%	23,50%	6,78%	15,36%	4,76%	10,26%	7.910
<b>3-6 maanden</b>	28,47%	45,38%	15,88%	27,17%	6,29%	23,00%	4,20%	14,59%	14.319
<b>6-9 maanden</b>	34,19%	48,69%	19,43%	30,13%	9,38%	27,32%	6,36%	17,12%	8.787
<b>9-12 maanden</b>	35,62%	49,61%	19,40%	29,73%	9,10%	26,83%	6,39%	17,80%	56.668
<b>Totaal</b>	32,81%	48,43%	18,11%	29,14%	8,15%	25,78%	5,64%	17,00%	87.684

Gezien de beperkingen van de hierboven beschreven analyse kunnen we deze verschillen tussen thuiszorg en voorzieningen niet volledig toeschrijven aan institutionele praktijken: ook andere factoren spelen hierin een rol. De verschillen blijven echter opmerkelijk.

## 5. Gebruik voor en na opname

### 5.1. Methodologie

Een laatste manier om het probleem van het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra aan te pakken is te kijken hoe het zich ontwikkelt na de opname in een WZC.

Hiervoor hebben we leden geselecteerd die minimaal 6 maanden<sup>17</sup> in 2014 in een woonzorgcentrum hebben doorgebracht en die in de 6 maanden voorafgaand aan de datum van hun eerste verblijf in een instelling geen forfaits in een woonzorgcentrum hebben ontvangen. 6.803 leden voldoen aan deze criteria.

Voor deze leden berekenen we het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de zes maanden voorafgaand aan de opname en in de zes maanden volgend op de (eerste) opnamedatum. We vergelijken dus dezelfde groep individuen voor en na opname in een woonzorgcentrum.

<sup>17</sup> Een onderbreking van het verblijf is mogelijk.

## 5.2. Resultaten

We stellen vast dat het percentage leden dat antidepressiva gebruikt in deze groep stijgt van 35% naar 42% na de opname in een woonzorgcentrum (een stijging van 21,5%), en voor antipsychotica van 12% naar 18% (een stijging van 47%).

**Tabel 6: % gebruikers van antidepressiva en antipsychotica (minstens 30 DDD) in de 6 maanden voorafgaand aan de opname in het woonzorgcentrum en de eerste 6 maanden in het woonzorgcentrum (2014)**

	Antidepressiva	Ongepaste antidepressiva	Antipsychotica	Ongepaste antipsychotica	Totaal leden
6 maanden voor de opname in het woonzorgcentrum	34,81%	17,24%	12,11%	8,06%	6.803
6 maanden na de opname in het woonzorgcentrum	42,28%	24,80%	17,85%	11,97%	
Stijgingsgraad	21,5%	43,9 %	47,3%	48,6%	

De verschillen in het gebruik tussen de periode voor en na de opname in een woonzorgcentrum zijn aanzienlijk, vooral wanneer het gaat om het gebruik van ongepaste geneesmiddelen.

We kunnen niet automatisch afleiden dat de centra de oorzaak zijn van de toename van het gebruik: andere factoren die tot opname leiden kunnen een deel van deze toename verklaren.

Het gebruik van antidepressiva is alarmerend hoog, zelfs voor de opname in een woonzorgcentrum. Aangezien 72% van de leden in de steekproef in de zes maanden voorafgaand aan de opname in het woonzorgcentrum minstens één ziekenhuisopname had, is één hypothese dat het gebruik van antidepressiva begon tijdens een ziekenhuisverblijf.

Ten opzichte van de vergelijking tussen thuiszorg en voorzieningen zien we dat, wanneer we dezelfde individuen in de tijd vergelijken, de verschillen in dit geval kleiner zijn. Dit kan erop wijzen dat zelfs als de geselecteerde leden in de thuiszorg een demografisch en afhankelijkheidsprofiel hebben dat vergelijkbaar is met die van leden in woonzorgcentra, ze andere kenmerken hebben die verschillen in het gebruik verklaren.

## 6. Bespreking en aanbevelingen

Uit deze analyse blijkt dat het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra hoog is, vooral in vergelijking met de thuiszorg. Om te kunnen beoordelen of dit gebruik verantwoord is, hebben we informatie nodig over de (mentale) gezondheidstoestand van de leden, die we helaas niet tot onze beschikking hebben. Volgens de Belgische gezondheidsenquête (2013)<sup>18</sup> is de prevalentie van depressieve stoornissen bij personen ouder dan 75 jaar echter ongeveer 19%. Het percentage van depressies in de afgelopen 12 maanden bedraagt 10%.

Andere studies<sup>19</sup> schatten dat ongeveer 12% van de thuiswonende ouderen symptomen van een depressie vertoont. Psychologische stoornissen zoals depressie en angst komen echter minder vaak voor bij ouderen die thuis wonen (prevalentie van ongeveer 2,9% op 12 maanden). Hoewel ernstige depressiesymptomen vaker voorkomen bij bewoners van voorzieningen<sup>20</sup>, blijft het gebruik van antidepressiva bijzonder hoog. Bovendien is het percentage leden dat geneesmiddelen krijgt die potentieel ongepast zijn voor hun leeftijd, alarmerend hoog.

18 Institut Scientifique de Santé Publique (2013) Enquête de santé 2013, [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf).

19 Bruffaerts R., Bonnewyn A., Demyttenaere K., *Kan Geestelijke Gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. 2011. Acco.

20 De prevalentie van depressiesymptomen bij bewoners van instellingen voor ouderen wordt geschat op 4 keer zo hoog als in de thuiszorg en varieert volgens studies tussen 14 en 42%. Zie Bruffaerts R., Bonnewyn A., Demyttenaere K., *Kan Geestelijke Gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. 2011. Acco; Fiske A, Wetherell JL, Gatz M., Depression in Older Adults, Annual review of clinical psychology. 2009;5:363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.

We zien verschillen tussen woonzorgcentra bij het vergelijken van personen met een vergelijkbaar afhankelijkheidsprofiel, wat kan wijzen op verschillende praktijken, met name op het gebied van het voorschrijven van antidepressiva. Bijzonder zorgwekkend is het hoog percentage voorgeschreven antipsychotica voor mensen die aan dementie lijden, terwijl we weten dat deze geneesmiddelen geen adequaat antwoord vormen op dit probleem.

Als referentiepunt vergelijken we eerst twee vergelijkbare groepen in termen van demografie en afhankelijkheid, in de thuiszorg en in woonzorgcentra, en vervolgens eenzelfde groep individuen voor en na de opname. Hoewel beide methoden beperkingen hebben, is er in beide gevallen sprake van een hoger gebruik in woonzorgcentra dan in de vergelijkingsgroep.

Tot slot, zelfs als we niet de mogelijkheid hebben om na te gaan of deze gebruiksniveaus beantwoorden aan echte geestelijke gezondheidsproblemen, kunnen we ons nog steeds afvragen of deze medicalisering altijd noodzakelijk en gepast is en of er geen andere behandelingen moeten worden ingevoerd.

Een recent voorbeeld van een alternatieve aanpak is het in West-Vlaanderen uitgerolde proefproject ter vermindering van het gebruik van psychotrope geneesmiddelen in woonzorgcentra. Gezien de positieve resultaten zal het worden uitgebreid tot de hele regio<sup>21</sup>. Dit is een voorbeeld van “goede praktijken” die deel zouden moeten uitmaken van een meer algemeen proces van de-medicalisering van geestelijke gezondheidsproblemen.

Een ander interessant voorbeeld zijn de in Nederland ontwikkelde zorgdorpprojecten voor mensen met dementie. Dit zijn woningen waar patiënten in kleine groepen verblijven, georganiseerd volgens hun interesses en levensstijl. Ze zijn ontworpen om de continuïteit tussen thuis en het leven in een voorziening te waarborgen: het gevoel van “vertrouwdheid” helpt de angst te verminderen die deze patiënten vaak ervaren. In Hogeweyk, het eerste centrum dat ontwikkeld werd, gebruikte 50% van de bewoners antipsychotische middelen voor de overbrenging naar een zorgdorp, vergeleken met 8% in 2015<sup>22</sup>.

Concreet pleit CM voor een volledige verandering van de benadering van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, met bijzondere aandacht voor preventie, meer financiële steun voor de psychologische ondersteuning van ouderen en een grotere betrokkenheid van gezinsleden bij medische keuzes. De ontwikkeling van een netwerk tussen zorgverleners onderling is essentieel om de psychologische problemen van ouderen in een vroeg stadium aan te pakken.

Met betrekking tot voorzieningen voor ouderen pleit CM voor de invoering van “goede praktijken” (bv. met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen) voor behandelende artsen,

en de ontwikkeling en communicatie van kwaliteitsindicatoren op een meer systematische wijze, alsmede de invoering van alternatieven voor de medicalisering. Ook zouden de opleidingen voor huisartsen en verzorgingspersoneel meer aandacht moeten hebben voor de psychiatrische problemen van ouderen.

De communicatie van woonzorgcentra naar de burgers en ziekenfondsen toe is vandaag onvoldoende transparant. Evaluaties van de kwaliteit van de aangeboden diensten zijn zeldzaam en worden niet openbaar gemaakt. Meer informatie over het profiel van patiënten (en met name diagnoses) die in woonzorgcentra verblijven, kan helpen om beter te beoordelen of de gegeven behandelingen gepast zijn.

## 7. Besluit

Deze studie legt een hoog gebruik bloot van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra, vooral in vergelijking met referentiegroepen. Zelfs bij gebrek aan informatie over diagnoses blijft het gebruiksniveau van deze geneesmiddelen in woonzorgcentra zorgwekkend, vooral in vergelijking met het gebruik door thuiswonende leden met een vergelijkbare mate van afhankelijkheid. Bovendien is het duidelijk dat een aanzienlijk deel van de voorschriften geneesmiddelen betreft die ongeschikt zijn voor ouderen. Opnieuw pleit CM voor de ontwikkeling van benaderingen die een alternatief kunnen vormen voor de medicalisering, om de psychische problemen bij ouderen aan te pakken.

21 De Standaard, *Minder slaappillen, meer gelukkige ouderen*, 13 december 2017.

22 The Economist (2018), *Village People: A new way of caring for the vulnerable old*, January 13th-18th 2018.

# Bijlage: gegevens 2016

Sinds 1 april 2015 worden de geneesmiddelen in woonzorgcentra getarifeerd per eenheid en niet langer per verpakking. Eén van de doelstellingen van deze hervorming is verspilling tegengaan en de kostprijs van geneesmiddelen verminderen voor de bewoners.

Deze studie is een actualisering van de studie die CM in 2011 maakte (gegevens 2009). Door gebruik te maken van gegevens die van na de hervorming dateren, kunnen wij niet vergelijken met de resultaten van de vorige studie. Wij gebruikten dus de facturatiegegevens van 2014.

De hervorming moest het aantal gefactureerde dosissen doen dalen. Vóór de hervorming werd een doos waarvan slechts de helft genomen was, beschouwd als volledig verbruikt. Dit risico bestaat niet langer met de nieuwe facturatie. Deze benadert nu het effectieve verbruik. Het aantal leden in onze studie dat antidepressiva of antipsychotica neemt en die werden geselecteerd op basis van het aantal dosissen dat zij nemen, zou dus moeten dalen wanneer wij werken met de gegevens van na de hervorming. Het wordt onmogelijk om te weten of de dalende consumptie tussen 2009 en vandaag het resultaat is

van een attitudeverandering in de woonzorgcentra of van minder verspilling van geneesmiddelen door de nieuwe facturatiemethode.

Ook worden de vergelijking tussen woonzorgcentra en verbruik door wie thuis woont, en de vergelijking vóór en na institutionalisering, moeilijker interpreteerbaar. Wij vergelijken immers de facturatie van verpakkingen buiten de woonzorgcentra (ziekenhuisopname niet meegerekend) met facturatie per eenheid in instellingen.

Volledigheidshalve tonen wij hier de resultaten van de analyse van het totale verbruik van antipsychotica en antidepressiva in woonzorgcentra in 2016 vergeleken met de cijfers van 2014.

De cijfers van 2014 en 2016 zijn niet echt vergelijkbaar, maar globaal bleef het percentage woonzorgcentrabewoners dat in 2016 en 2014 minstens 30 DDD antidepressiva en antipsychotica nam, wel gelijk. Ook de variatie van de resultaten tussen woonzorgcentra onderling en de vergelijking inzake verbruik tussen residenten en de referentiegroepen blijven van dezelfde grootte-orde.

**% verbruikers van geneesmiddelen in woonzorgcentra vóór en na de invoering van de nieuwe tarificatiemethode per eenheid voor geneesmiddelen**

	Antidepressiva	Ongepaste antidepressiva	Antipsychotica	Ongepaste antipsychotica	N
2014	42,70%	25,06%	21,17%	14,28%	76.014
2016	39,38%	22,31%	19,48%	13,16%	82.035

## 1. De Europese Commissie roept België op om de gezondheidsongelijkheden te verminderen

In november 2017 publiceerde de Europese Commissie een verslag over de gezondheidstoestand in de Europese Unie dat betrekking had op alle lidstaten. Deze verslagen bevatten een grondige analyse van de gezondheidsstelsels van de EU-lidstaten door analyse van de gezondheidstoestand van de bevolking en belangrijke risicofactoren, alsmede de doeltreffendheid, toegankelijkheid en veerkracht van de gezondheidsstelsels in elke EU-lidstaat. In deze verslagen worden duidelijk de gemeenschappelijke doelstellingen voor alle lidstaten aangetoond en wordt aangegeven op welke gebieden de Commissie het wederzijds leren en de uitwisseling van goede praktijken kan aanmoedigen.

We vinden vijf belangrijke aanbevelingen in deze verslagen:

- 1) Preventie en gezondheidsbevordering blijven de slechte peiler van de gezondheidszorgbegroting. Vytenis Andriukaitis, commissaris voor gezondheid en voedselveiligheid, zei hierover: *“Slechts 3% van onze gezondheidsbudgetten wordt besteed aan preventie, vergeleken met 80% aan ziektebehandeling. Dat is gewoonweg niet genoeg. We hebben betere toegang tot eerstelijnszorg nodig, zodat de spoedafdelingen niet het eerste drop-offpunt zijn. We moeten ook gezondheidsbevordering en ziektepreventie op alle beleidsterreinen integreren om de volksgezondheid te verbeteren en de druk op de gezondheidsstelsels te verminderen”*. Naast dit onevenwicht in de investeringen in preventie moeten ook sociale ongelijkheden worden aangepakt, zoals verschillen in kankerscreening of lichaamsbeweging, afhankelijk van het feit of de persoon een hoog of laag inkomen en een hoog of laag opleidingsniveau heeft.
- 2) Een sterk uitgebouwde eerstelijnszorg kan de patiënt door de gezondheidszorg loods en onnodige kosten vermijden. 27% van de patiënten gaat door onvoldoende primaire zorg naar een spoedafdeling. Slechts 14 EU-landen eisen dat patiënten door een eerstelijnszorgdienst worden doorverwezen naar een gespecialiseerde arts; 9 andere landen gebruiken financiële stimulansen om doorverwijzing aan te moedigen.
- 3) De integratie van de gezondheidszorg garandeert dat patiënten op een gecoördineerde manier zorg ontvangen. Zo kan de situatie vermeden worden die we in bijna alle EU-landen zien: de zorg is versnipperd en de patiënten moeten hun weg vinden in het doolhof van zorgstructuren.

- 4) Door een proactieve planning en prognose van de behoefte aan gezondheidswerkers kunnen de gezondheidszorgstelsels zich aan de veranderingen aanpassen. Er zijn 18 miljoen gezondheidswerkers in de EU, met nog eens 1,8 miljoen extra banen tegen 2025. Gezondheidsautoriteiten moeten hun personeel voorbereiden op de komende veranderingen: de vergrijzing van de bevolking en meervoudige morbiditeit, alsmede de noodzaak van een goed opgezet wervingsbeleid, nieuwe vaardigheden en technische innovaties.
- 5) De patiënt moet centraal staan in de volgende generatie gezondheidsgegevens, verbeterd voor gebruik op strategisch en praktisch niveau. De digitale transformatie van de gezondheids- en zorgsector maakt het mogelijk de resultaten en ervaringen van patiënten in de praktijk in kaart te brengen en biedt grote mogelijkheden om de doeltreffendheid van de gezondheidszorgstelsels te verbeteren.

Wat België betreft, wijst het verslag met name op een aantal zwakke punten. De Commissie maakt zich bijvoorbeeld zorgen over het risico van commercialisering en privatisering van ons gezondheidsstelsel. Terwijl ons land een aanzienlijk deel van zijn rijkdom besteedt aan gezondheid (10,5% van het bbp in 2015 tegenover 9,9% in de EU) en meer dan driekwart van deze uitgaven wordt gefinancierd door de overheid, wordt de groei van deze uitgaven beperkt door een plafond: de groeinorm. In het verslag staat dat *“het toegestane groeipercentage in 2004 4,5% bedroeg. Het is sinds 2015 gedaald tot 1,5 procent. Hoewel algemeen wordt aanvaard dat verspilling en inefficiënte uitgaven moeten worden teruggedrongen, bestaat de vrees dat de recente plafondverlaging van de overheidsuitgaven zou kunnen leiden tot een verschuiving van openbare naar particuliere financiering, waardoor de rechtstreekse betalingen zouden kunnen toenemen voor degenen die geen recht hebben op voorkeurregelingen”*.

Een andere grote uitdaging voor België: de vergrijzing van de bevolking. Uit het verslag van de Commissie dat door de OESO is opgesteld, blijkt immers dat er voldoende overheidsmiddelen moeten worden vrijgemaakt om te voorzien in de groeiende behoefte aan langdurige zorg.

De Commissie is ook van mening dat ons land ervoor moet zorgen dat de ongelijkheden in de gezondheidszorg niet groter worden. De verschillen die verband houden met de

sociaal-economische status zijn in België al aanzienlijk, met name omdat mensen met een laag inkomen en/of een laag opleidingsniveau vaker meer schadelijke gewoontes voor de gezondheid aannemen. Obesitas, roken en alcoholgebruik komen vaker voor onder deze groepen. In het verslag van de Commissie wordt België dan ook opgeroepen om *“innovatieve manieren te vinden om deze kansarme groepen effectief te bereiken”* en wordt benadrukt dat hiervoor *“intergouvernementele samenwerking tussen de drie gemeenschappen”* vereist is.

Tot slot wordt in het verslag ook de kwestie van numerus clausus aan de orde gesteld en wordt gewezen op het tekort aan gezondheidswerkers als reden tot bezorgdheid. België telt minder artsen per inwoner dan het EU-gemiddelde.

Meer informatie: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-17-4722\\_nl.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-17-4722_nl.htm)

## 2. Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid/invaliditeit: de standpunten van artsen en werkgevers

Het Belgische arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsstelsel moet worden hervormd, zoveel is zeker. Dit systeem is sinds de naoorlogse periode nauwelijks veranderd en voldoet niet meer aan de uitdagingen van de 21<sup>e</sup> eeuw. Het is in dit kader dat de Koning Boudewijnstichting door het RIZIV werd gevraagd om een dialoog te organiseren tussen enerzijds vertegenwoordigers van werkgevers en anderzijds artsen. Het doel van deze uitwisselingen was de factoren te belichten die de herintreding op de arbeidsmarkt van langdurig zieke werknemers belemmeren of juist bevorderen, alsook de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen die bij het beheer van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit betrokken zijn. De doelgroepen van deze opdracht werden door het RIZIV als volgt gedefinieerd: de groep van werkgevers bestond uit werkgevers of HR-managers en de groep van artsen bestond uit huisartsen, psychiaters en reumatologen uit de praktijk.

Deze studie van het RIZIV en de Koning Boudewijnstichting is dan ook een interessante eerste bijdrage van twee groepen belanghebbenden: Franstalige en Nederlandstalige artsen en werkgevers, die direct bij het onderwerp betrokken zijn. De studie kan worden gebruikt als leidraad om beheerders te helpen de organisatie van het systeem te herzien. Want als iedereen het erover eens is dat het systeem hervormd moet worden, dan zal bij deze hervorming een groot aantal andere actoren betrokken moeten worden, zoals de ziekenfondsen en alle bestuursniveaus. Een gigantisch project dus. Maar wat zijn de belangrijkste conclusies?

De ondervraagde actoren erkenden dat het nieuwe Koninklijk Besluit positieve impulsen bevat en tot verandering leidt op

het terrein, waar de starre zwarte-witvisie van arbeidsongeschiktheid geleidelijk plaats maakt voor meer genuanceerde en flexibele concepten. Maar wanneer er maatregelen worden genomen om de werkhervatting te bevorderen, zijn deze vaak geïsoleerd en zonder langetermijnvisie. Met het oog op een grondige hervorming van het systeem hebben de deelnemers drie belangrijke werkerterreinen aangewezen.

### *Werkterrein 1: minder rigiditeit, meer flexibiliteit*

De deelnemers benadrukten de grote verschillen in gezondheidsproblemen die op een andere manier moeten worden aangepakt, afhankelijk van de fysieke of psychologische aard van de problemen (en of ze al dan niet rechtstreeks verband houden met de arbeidsomstandigheden). Als de oorzaak van de afwezigheid psychologisch is, moet de werkhervatting vaak geleidelijker worden overwogen, met gepersonaliseerde ondersteuning en rekening houdend met een hoger risico op terugval. Er is ook een betere voorbereiding vereist omdat psychische stoornissen minder goed begrepen en geaccepteerd worden door de professionele omgeving.

Hoewel burn-out in sommige sectoren tegenwoordig de belangrijkste verzuimfactor is, heeft de arbeidsongeschiktheidsverzekering zich niet aan deze ontwikkeling aangepast. Het systeem van arbeidsongeschiktheid biedt weinig flexibele en modulaire oplossingen. Integendeel, het kan juist degenen die risico's nemen bestraffen: een mislukte poging tot werkhervatting kan ernstige financiële gevolgen hebben voor de betrokkene. Een ander pervers effect is dat het vaak financieel interessanter is om volledig arbeidsongeschikt te zijn dan om deeltijds te werken. Soms wordt het systeem zelfs van zijn doelstellingen afgeleid en wordt het gebruikt om mensen waarmee de bedrijven geen blijf weten, met de stilzwijgende toestemming van beide partijen, af te stoten. In andere gevallen hebben mantelzorgers die om familiale redenen een uitzonderlijk verlov wensen op te nemen (bijvoorbeeld voor de verzorging van een bejaarde ouder of een echtgenoot in de palliatieve zorg) geen andere keus dan zich ziek te laten verklaren, bij gebrek aan formules die aan hun situatie zijn aangepast. Dat is begrijpelijk, maar het is ook een oneigenlijk gebruik van het systeem.

De deelnemers vragen daarom om een flexibeler, meer gediversifieerd en schaalbaar systeem, met een reeks op maat gemaakte oplossingen die zonder negatieve gevolgen getest kunnen worden: aanpassing van het tijdschema en de inhoud van de functie, gedeeltelijk telewerk, deeltijds werk. Dit houdt ook in dat het onderscheid tussen de status van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, dat volgens de deelnemers niet meer relevant is, moet worden opgeheven. De barrière van het eerste jaar is inderdaad een te rigide criterium geworden, dat lange tijd een zekere passiviteit in de hand werkt en ons plotseling dwingt tot overhaaste beslissingen in de aanloop naar deze deadline. In dit verband



zou het systeem van toegestane en geleidelijke werkhervatting beter bekend moeten zijn en flexibeler kunnen worden toegepast. Tot slot moet voor de deelnemers de uitbreiding van de omscholingsmogelijkheden zich ook uitstrekken tot buiten het strikte beroepskader voor mensen die niet langer in staat zijn om betaald werk te verrichten, maar toch op de een of andere manier aan de samenleving willen bijdragen.

#### *Werkterrein 2: een gezamenlijke aanpak voor een gedeelde visie*

Net als in de gezondheidszorg wordt een multidisciplinaire en gezamenlijke aanpak sterk aanbevolen. De werknemer, de werkgever, eventueel met de HR-dienst, de preventieadviseur en de dienst arbeidsgeneeskunde, de behandelende arts, de adviserend arts,... hebben elk de neiging geïsoleerd te werken, volgens een eigen logica en zonder altijd de realiteit van de ander te kennen. Deze gefragmenteerde aanpak belemmert herintegratie. Aangezien elk geval specifiek is, vereist het een globale, genuanceerde en gedeelde visie op de situatie, met fora voor dialoog en overleg tussen alle betrokken actoren. Er moet echter rekening worden gehouden met de praktische regelingen voor een dergelijke procedure, gezien het tijdsgebrek voor alle betrokkenen. Het door het RIZIV ontwikkelde elektronische platform is een interessante piste.

#### *Werkterrein 3: responsabilisering van belanghebbenden, verduidelijking van de rollen*

Dit proces van multidisciplinair overleg, dat door sommigen wettelijk verplicht zou moeten worden gemaakt, moet zo snel mogelijk worden opgestart. Immers, hoe meer tijd er verstrijkt, des te kleiner de kans op werkhervatting. Het zou ook moeten worden geleid door een van de belanghebbenden en zou volgens de deelnemers een kans zijn om de adviserend arts een meer dynamische en minder repressieve rol te geven. Maar alle actoren moeten geresponsabiliseerd worden en alle doelstellingen geherdefinieerd, in het bijzonder die van de bedrijven.

De **adviserend arts** moet een proactievere houding aannemen. Veel deelnemers waren van mening dat hij of zij de arbeidsongeschikte te laat oproept en dat hij of zij over het algemeen slecht op de hoogte was van de arbeidsomstandigheden en de concrete mogelijkheden tot eventuele herintegratie in het betreffende bedrijf. Dit brengt de arts ertoe om betwistbare beslissingen te nemen, soms met overdreven meegaandheid met de patiënt, soms door hem te dwingen om het werk te vroeg te hervatten, maar meestal in een "alles of niets"-logica. Idealiter zou de adviserend arts het bovengenoemde consultatieproces moeten leiden en coördineren. Anders kan binnen een bepaalde termijn (bijvoorbeeld in de eerste drie maanden) een verplichting worden opgelegd om contact op te nemen met de arbeidsongeschikte persoon en de werkgever.

De arbeidsongeschikte **werknemer** moet eveneens geresponsabiliseerd worden volgens de deelnemers. Op zijn minst verwachten ze van hem dat hij de fasen van het afgesproken herintegratieproces respecteert en zelfs initiatieven neemt. Voor sommige deelnemers (met name in de groep van Nederlandstalige werkgevers) kan het recht op arbeidsongeschiktheids- of invaliditeitsuitkeringen afhankelijk worden gesteld van deze proactieve houding van de werknemer, volgens een degressief systeem. Er moet echter op worden gelet dat er geen overdreven druk wordt uitgeoefend die het "presenteïsme" in de hand werkt (vroegtijdige terugkeer naar het werk uit angst voor gevolgen) en dat het fundamentele recht van iedere werknemer om afwezig te zijn om gezondheidsredenen niet in gevaar wordt gebracht.

De werkgevers erkennen dit zelf: het huidige systeem maakt de **bedrijven** ook niet verantwoordelijk. Aangezien zij slechts één maand gewaarborgd loon hoeven te betalen, hebben zij weinig prikkels om het ziekteverzuim na deze periode terug te dringen, omdat verborgen, indirecte en langetermijnkosten voor hen niet duidelijk zijn. Maar de verantwoordelijkheid van werkgevers ligt ook en vooral op het gebied van preventie. Hoewel de concurrentiedruk sterk is, beschikt het bedrijf ook over een reeks strategieën om het welzijn op het werk te verbeteren. Van de bedrijven wordt ook verwacht dat zij de situatie van arbeidsongeschiktheid beter in goede banen leiden, met name om de terugkeer van afwezige werknemers gemakkelijker te maken. Gesprekken voorafgaand aan de werkhervatting, met de ontwikkeling van een gedetailleerd rehabilitatieplan en de aanstelling van een begeleider om de werknemer te coachen, kunnen hiertoe bijdragen. De overheid kan op dit niveau een ondersteunende rol spelen door gerichte steun te verlenen.

Meer informatie:

<https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20171016PP>

### 3. Gezondheidszorg in Belgische gevangenis: huidige situatie en toekomstscenario's

In de "Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners" van de VN (2015) is bepaald dat de zorg voor gevangenen van goede kwaliteit moet zijn en in overeenstemming met drie basisprincipes: de gelijkwaardigheid met de zorg in de samenleving, de continuïteit van de zorg en de onafhankelijkheid van zorgverleners in hun klinisch werk. Deze drie principes zijn ook expliciet opgenomen in de Belgische wet (de zogenaamde Principewet van 2005), maar zijn nog niet volledig in werking getreden. In veel landen is gebleken dat de toepassing van deze beginselen vereist dat de gezondheidszorg in gevangenis onder de verantwoordelijkheid van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid valt. In België is de gezondheidszorg voor gevangenen echter nog steeds een bevoegdheid van de minister van Justitie. Om na te denken over de mogelijke overdracht van deze bevoegdheid van Justitie naar Sociale Zaken, werd het KCE opgedragen de huidige situatie van de gezondheidszorg in gevangenis te analyseren en scenario's voor verbetering voor te stellen.

#### *Gezondheidstoestand*

Veel gevangenen in ons land verkeren in slechte gezondheid. Vooral infectieziekten, geestelijke gezondheidsproblemen of druggebruik en verslavingen zijn sterk aanwezig. Dit heeft een directe invloed op het gebruik van geneesmiddelen, dat vaak hoog is, vooral voor psychotrope middelen.

In alle gevangenis is er een medische dienst. Gedetineerden gaan er gemiddeld 24 keer per jaar op consult, waarvan 18 keer bij een huisarts. De huisartsen spelen daarbij een centrale rol, omdat zij bijvoorbeeld bepalen of een gedetineerde moet worden doorverwezen naar een specialist (intern of extern) of moet worden gehospitaliseerd. Onder specialisten zijn psychiaters het meest gevraagd, met gemiddeld 3 raadplegingen per gevangene per jaar. Deze cijfers verschillen echter sterk van gevangenis tot gevangenis en liggen ver boven het Belgische gemiddelde. Naast de huisartsen telt het gezondheidspersoneel van de gevangenis ook verpleegkundigen en kinesitherapeuten die op hun beurt het vaakst werken (85%) onder het statuut van justitiemedewerker. Ten slotte kunnen tandartsen, psychologen en andere zorgverleners ook in verschillende hoedanigheden tussenkomen.

Op macroniveau is de centrale "Dienst Gezondheidszorg van de Gevangenis" (DGZG) binnen de FOD Justitie verantwoordelijk voor de organisatie, coördinatie en bewaking van de gezondheidszorg in de gevangenis.

Recent gedetineerden, mannen tussen de 40 en 50 jaar en ouder dan 60 jaar, vrouwen en geïnterneerden (gevangenen die aan een geestesziekte lijden en onverantwoordelijk

worden gehouden voor hun handelen) gaan vaker op consult dan anderen. Daarentegen gaan gevangenen in voorlopige hechtenis, gedetineerden die geen Frans of Nederlands spreken en zij zonder verblijfsvergunning of EU-onderdanen die niet in België geregistreerd staan, minder vaak op consult. Er is ook een hoge mate van variatie in het gebruik van zorg tussen instellingen, wat niet alleen te wijten is aan de verschillende kenmerken van hun gevangenispopulaties (bv. meer geïnterneerden).

Tot slot wijst het KCE erop dat de FOD Justitie (en in mindere mate ook het RIZIV) elk jaar ongeveer 43 miljoen euro besteedt aan gezondheidszorg voor mensen die in de gevangenis zitten.

Het grootste deel van dit budget (60%) is bestemd voor het personeel, 37% voor de zorg en 3% voor de organisatie van de zorg. Ook hier blijken er grote verschillen te zijn in de gemiddelde kosten van zorg per gevangene en per jaar tussen gevangenis.

#### *Belangrijke uitdagingen*

Zorgprofessionals die in gevangenis werken zijn vaak zeer toegewijd, maar krijgen met veel problemen te maken:

- Gebrek aan financiële en personele middelen, met inbegrip van bijzonder ongunstige verloningsvoorwaarden;
- Een gebrek aan communicatie van gegevens over gedetineerden tussen de gevangenis en de interne en externe dienstverleners in de gevangenis ondermijnt de continuïteit en coördinatie van de zorg;
- De complexe logistiek belemmert ook de coördinatie en continuïteit van de zorg: het vervoer van gevangenen naar een lokaal medisch centrum of ziekenhuis voor de consultatie bij een specialist duurt lang en vergt een complexe logistiek. Hierdoor kan het tot 2 weken duren voordat een consult wordt geregeld en moeten veel doktersafspraken worden geannuleerd;
- Versnippering van bevoegdheden tussen de bevoegdheidsniveaus: de overdracht van bevoegdheden heeft ook gevolgen voor de organisatie van de gezondheidszorg in gevangenis. Er zijn nu meerdere actoren bij de gevangeniszorg betrokken, met een gebrek aan communicatie en coördinatie en soms dubbel werk.

#### *Verbeteringspistes*

De overdracht van bevoegdheden van de minister van Justitie aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is een unieke gelegenheid om de reorganisatie en verbetering van de gevangeniszorg aan te pakken.

Het KCE doet een reeks aanbevelingen in die zin aan alle belanghebbenden. Het stelt met name verschillende mogelijke scenario's voor, per domein: eerstelijnszorg (bijvoorbeeld huisartsen), specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en tandheelkundige zorg. Het KCE vraagt

om een interdisciplinaire aanpak, met een zorgcoördinator in elke gevangenis die de interventies van de verschillende actoren coördineert, en een effectievere centrale coördinatie, verzekerd door een versterkte DGZG. Deze moet over de nodige financiële en personele middelen beschikken om de verschillende taken uit te voeren die haar zijn toevertrouwd.

Het aantal benodigde zorgverleners moet worden vastgesteld op basis van de behoeften van gevangenen en de specifieke context van de gevangenis. Op basis van het huidige aantal gezondheidsproblemen lijkt het erop dat dit aantal in ieder geval moet worden verhoogd.

Elke persoon die in de gevangenis belandt, moet een grondig medisch onderzoek krijgen om zijn fysieke, psychologische en sociale problemen te bepalen. Er zou dan een individueel zorgplan worden ontwikkeld dat als basis zou dienen voor de follow-up door het interdisciplinaire team en voor de communicatie met verzorgers buiten de gevangenis - ook na de vrijlating. Ten slotte moeten de principes van de ziekteverzekering ook gelden voor gevangenen. Zij vallen momenteel niet onder de dekking van de gezondheidszorg. De overdracht van bevoegdheden van de minister van Justitie aan de minister van Sociale Zaken is een echte kans.

Meer informatie: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_293As\\_Gezondheidszorg\\_Belgische\\_gevangnissen\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_293As_Gezondheidszorg_Belgische_gevangnissen_Synthese.pdf)

## Inhoud

**Redactioneel** 2

**Ziekenhuizen** 3

CM ziekenhuisbarometer 2017

**Begroting van de gezondheidszorg** 21

Budget 2018: Een begroting die oproept tot gematigdheid.

**Geneesmiddelengebruik** 27

De Top 10 van de therapeutische klassen  
Vermijdbare/noodzakelijke uitgaven?

**Gezondheidszorg voor ouderen** 37

Gebruik van antidepressiva  
en antipsychotica in woonzorgcentra

**CM in het kort** 47

## CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op: <http://www.cm.be/> CM-Informatie.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

## Colofon

<b>Verantwoordelijke uitgever</b>	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
<b>Hoofdredactie</b>	Michiel Callens
<b>Eindredactie</b>	Rebekka Verniest en Mieke Hofman
<b>Layout</b>	grafische vormgeving LCM
<b>Druk</b>	Artoos
<b>Retouradres</b>	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel