

Budget

Er is hard gewerkt aan een begrotingsvoorstel waarmee de transitie kan gebeuren van een gezondheidszorg die vandaag nog sterk silogericht is naar een gezondheidszorg op basis van gemeenschappelijke gezondheidszorgdoelstellingen.

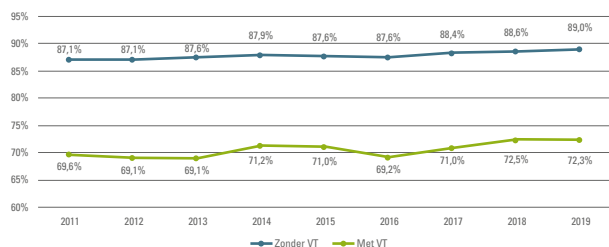
Federaal regeerakkoord

Op papier is het federaal regeerakkoord veelbelovend. De grootste uitdaging zal nu dus zijn om al deze ambities te concretiseren tijdens een legislatuur die het razend druk heeft met het beheer van de gezondheids crisis en de sociale en economische gevolgen ervan.

Geboortetraject

Het opvolgingspercentage door de gynaecoloog is heel verschillend, afhankelijk van de sociale status van de moeder.

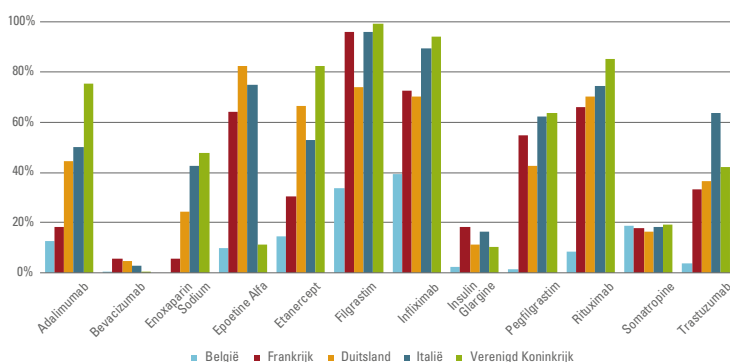
Figuur 18: Gynaecologen - Opvolgingspercentage na de bevalling – afhankelijk van de sociale status van de moeder



Preventie en gezondheidsbevordering

Preventie en bevordering zijn essentieel maar ze zijn ondergefinancierd en opgesplitst over bijna alle bevoegdheidsniveaus. Een doeltreffend preventiebeleid voeren is dus moeilijk en dit geldt des te meer voor een visionair preventiebeleid.

Figuur 1: Marktaandeel van de biosimilars in België versus Frankrijk, Duitsland, Italië en Verenigd Koninkrijk (Bron: Medaxes, IQVIA-data van het derde kwartaal van 2020).



Biosimilaire geneesmiddelen

In vergelijking met andere landen hinkt België erg achterop wat betreft het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen.



Een efficiënt gezondheidsstelsel?

Overall is te horen dat het Belgisch gezondheidssysteem efficiënter moet zijn. Men vraagt zich af of de gezondheidszorg zo georganiseerd is dat de investeringen in dit systeem het gewenste resultaat geven. Om deze vraag te beantwoorden zijn criteria, instrumenten en kennis nodig om de investeringen te kwantificeren en te beschrijven en te bepalen welke resultaten worden verwacht. Wat is een goed resultaat op het vlak van gezondheid? Willen wij een bredere dekking door de eerste lijn, een hogere levensverwachting, meer rechtvaardigheid, toegankelijkheid, autonomie of goedkopere zorg? Efficiëntie wordt vaak verward met kostenvermindering, terwijl net het op elkaar afgestemd zijn van de kosten en wat ze opbrengen geanalyseerd moet worden. Inzake efficiëntie is de uitdaging veel ruimer dan de vraag of het aanbod van het gezondheidszorgsysteem met de huidige organisatie de noden van de samenleving zoveel mogelijk dekt.

Onze eerste invalshoek is een budgettaire. Ieder jaar documenteren wij het overleg rond de opmaak van de federale gezondheidszorgbegroting. Wij bestuderen daarbij de verdeling van de gezondheidszorguitgaven, waar de significantste uitgaven zitten en welke evoluties plaatsvinden. Deze analyse geeft ook de kans om eraan te herinneren hoe het sociaal overleg voor de opmaak van de gezondheidszorgbegroting werkt en wie hierbij de voornaamste actoren zijn. De onderhandeling verloopt in meerdere stappen waar de verschillende partijen zich kunnen uitspreken om tot een gezamenlijke visie op gezondheidszorg en het beleid daarvoor te komen. Dit jaar, met de nieuwe regering en de verhoging van de groeicijfer tot 2,5%, betekent een breuk met het beleid van de jongste jaren toen de groeicijfers slechts 1,5% bedroeg. Het Verzekeringscomité steunt dit begrotingsbeleid en ook het beheer van dit budget vanuit gezondheidsdoelstellingen. Zij achten deze norm noodzakelijk om de uitdagingen op het vlak van gezondheid de volgende jaren aan te kunnen zoals de vergrijzing, de stijging van de kosten door de technologische ontwikkelingen, het terugdringen van gezondheidsongelijkheden, een betere tenlasteneming van geestelijke gezondheid en de toegankelijkheid en rechtvaardigheid van het gezondheidssysteem. Ons artikel over de begroting wordt aangevuld met een analyse van de specifieke maatregelen en berekeningen naar aanleiding van de gezondheids crisis.

Wij vermeldden de nieuwe regering. Wij vonden het nuttig om aan onze lezers een kritische en pedagogische toelichting bij het regeerakkoord te geven. Dit akkoord zal het beleid van de regering de volgende drie jaar bepalen. In deze tekst wilden wij wijzen op de grote trends met een rechtstreekse impact op onze sector: hervorming van de gezondheidszorg, armoedebestrijding en een betere sociale dekking,

financiering van de sociale zekerheid en fiscale hervorming, bedenkingen voor de volgende staats-hervorming. Zonder de inhoud ervan voor de lezer al te onthullen, met het artikel wilden wij hem wegwijs maken in de verschillende mogelijke hervormingen die een dergelijk akkoord zal inzetten en of die met onze eisen als ziekenfonds dat zijn leden verdedigt, overeenstemmen of hieraan tegengesteld zijn. Heel wat hervormingen moeten het gezondheidssysteem efficiënter maken: kwaliteitsverbetering, objectiefgericht werken, ziekenhuishervorming, integratie van een brede visie op gezondheid met daarin ook de aanpak voor chronisch zieken. Al deze aspecten zullen een impact hebben op de hervorming van het systeem zoals we het nu kennen. De aspecten die niet of weinig in het akkoord vermeld zijn, zoals de versterking van de eerste lijn of de bestrijding van privatisering van gezondheid, zullen wij blijven bewaken.

Onze rol is ook om de verschillende hervormingen en evoluties van de gezondheidstrajecten te bestuderen. In 2016 startte Maggie De Block pilootprojecten om de verkorting van het ziekenhuisverblijf bij een bevalling te bestuderen. Sindsdien is deze praktijk breed verspreid. Wij wilden nagaan of deze evoluties niet ten koste van de zorgkwaliteit gaan. We kozen hiervoor als methodologie het observeren van geboortetrajecten en nagaan of ze evolueerden als gevolg van deze maatregel. We deden volgende vaststellingen: enerzijds zijn de geboortetrajecten zeer divers en anderzijds worden veel moeders opgevolgd door een groot aantal zorgverleners rond de gynaecoloog terwijl sommige moeders, meer bepaald in de meest kwetsbare socio-economische gradiënten (veel) te weinig worden gevolgd. Welnu, onze studie herinnert er aan dat heel wat vrouwen die in België bevallen de verhoogde tegemoetkoming genieten (VT) (12% van de bevallingen). Vervolgens vergeleken wij het zorgverbruik tussen de groep met en de groep zonder verhoogde tegemoetkoming en de verschillen zijn overall groot. Onze studie toont dat het geboortetraject in België niet gecoördineerd en systematisch is (het traject verschilt bij iedere moeder). In ons artikel proberen wij dus in de eerste plaats een traject te beschrijven. Vervolgens doen wij aanbevelingen die van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) komen: volledige prenatale opvolgingstrajecten en ook geïntegreerde postnatale zorgtrajecten opzetten. Die trajecten moeten nog worden opgebouwd. En volgens ons kan daarbij de efficiëntie van het systeem gecombineerd worden met kwaliteitsvolle en rechtvaardige zorg.

In dit nummer tonen wij op verschillende plaatsen waar het Belgisch systeem, hetzij om redenen van beheer, hetzij om redenen van politieke wil of een gebrek aan kennis, moeite heeft om zijn efficiëntie te tonen.

Preventie is bijna een schoolvoorbeeld want zelfs de beoordeling ervan is moeilijk omdat het bevoegdheden bestrijkt die verspreid zitten over alle bevoegdheidsniveaus met bovendien redundancies (ik laat het aan de lezer om in het artikel het voorbeeld van de mammografie te ontdekken dat dit goed illustreert). Ons artikel wil eerst en vooral tot een nieuwe coherente definitie van preventie komen om concreet te kunnen beoordelen wat dit omvat en wat de specificiteit ervan is ten opzichte van gezondheidsbevordering. Het artikel analyseert vervolgens hoe de bevoegdheden voor preventie bij tien verschillende ministeries verspreid zitten. Ten slotte probeert dit artikel te tonen wie wat financiert, met welke doelstellingen en visie. In een periode waarin het belang van preventie en gezondheidsbevordering niet meer in vraag gesteld kan worden, roept het vragen op dat het nagenoeg onmogelijk is om hiervan een totaalbeeld te krijgen en dat de financiering ervan minder dan 2% van de gezondheidszorgbegroting bedraagt.

Met het laatste artikel wilden we ook een kritische blik werpen op de biosimilaire geneesmiddelen die worden geproduceerd vertrekkende van of geëxtraheerd worden uit biologische bronnen. Biologische geneesmiddelen zijn innoverende geneesmiddelen, maar, wanneer het patent ervan afloopt, kunnen de commerciële varianten worden vervangen door generieke (de biosimilaren) die minder duur zijn en een forse besparing voor de verplichte ziekteverzekering opleveren. We moeten vaststellen dat België achterblijft in vergelijking met de andere Europese landen. Vertrekkende van de analyse van verschillende indicatoren die deze situatie van onderbenutting van biosimilaren verklaart, stelt ons artikel aanbevelingen voor om het aandeel biosimilaren bij het gebruik van biologische geneesmiddelen te verhogen. Wij schrijven in het algemeen weinig biosimilaren voor, met sterke variaties per regio en per ziekenhuis, ook bij nieuwe

patiënten (de zwakke evolutie wordt dus niet verklaard door reeds voorgeschreven behandelingen die verlengd worden). Dit probleem heeft dus eerst en vooral met beleidskeuzes te maken. Met de betrokken partijen kunnen overeenkomsten worden afgesloten om de praktijken te veranderen. Maar ook andere factoren, buiten de kwaliteit van de behandeling, spelen een rol: het artikel vermeldt meer bepaald de sterke afhankelijkheid van de ziekenhuisfinanciering van de inkomsten uit de geneesmiddelenverkoop. De toegangsdeur tot biosimilaren is dus een voorbeeld van de wederzijdse afhankelijkheid van verschillende betrokken partijen van het gezondheidsstelsel.

In dit nummer wilden wij dus aan de lezer een analyse aanbieden waarmee hij verder kan nadenken over de interactie tussen efficiëntie van het gezondheidsstelsel en kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Wij zijn overtuigd dat een performant gezondheidsstelsel wendbaar is en zichzelf kan herdenken volgens de noden en keuzes van de maatschappij die het ondersteunt. Meerdere vormen van efficiëntiewinst zijn mogelijk dankzij homogenisering van de geïntegreerde zorgtrajecten, meer continuïteit en integratie van preventieve gezondheid en een meer systematisch gebruik van generieke geneesmiddelen. Het gezondheidsbeleid moet de vereiste performantie combineren met de toekomstvisie op gezondheid die op de noden van de bevolkingen gericht is.

We houden er ook aan de lezers te bedanken die onze tevredenheidsenquête hebben ingevuld. We gaan met de resultaten aan de slag om CM-Informatie zowel naar inhoud als naar vorm verder te verbeteren en voor jullie nog aantrekkelijker te maken.

Élise Derrotte
Directrice Studiedienst

Budget 2021: Zorgverstrekkers, zorgvoorzieningen en ziekenfondsen gaan samen voor noodzakelijke hervormingen

Saskia Mahieu – Dienst Public Affairs
Louise Lambert - Studiedienst

Samenvatting

De mutualiteiten hadden in gedachten om de voorbereidingen voor de begrotingsprocedure voor het budget gezondheidszorg 2021 in de vroege lente op te starten en stemden daarover met de leidend ambtenaar van het RIZIV af, maar niets was minder waar. In maart werd België geconfronteerd met een eerste COVID-19-golf. Het land ging in lockdown en bezorgdheid om de collectieve bescherming van de volksgezondheid installeerde zich.

Intussen verliep de vorming van een nieuwe regering moeilijk. Om de oorlog met het coronavirus SARS-CoV-2 aan te kunnen, werden aan de voorlopige regering Wilmès tot 30 september 2020 bijzondere volmachten toevertrouwd. De pandemie gaf in zekere zin aanleiding tot het tot stand komen van een nieuwe regering op 30 september 2020, 494 dagen na de verkiezingen op 26 mei 2019.

De voorbereiding van het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité kende dus veel onzekerheden, zowel in de berekeningen omwille van de mogelijke impact van de pandemie op de gezondheidsuitgaven in 2021 als door de context waarbij het wachten was op een politieke beslissing inzake het groeipad voor de gezondheidszorguitgaven. Ondanks deze moeilijkheden, is er hard gewerkt aan een begrotingsvoorstel waarmee de transitie kan gebeuren van een gezondheidszorg die vandaag nog sterk silogericht is naar een gezondheidszorg op basis van gemeenschappelijke gezondheidszorgdoelstellingen. Dit begrotingsvoorstel vond bij het Verzekeringscomité een breed draagvlak en komt sterk overeen met het begrotingsvoorstel van de regering. De goedgekeurde begroting werd gekenmerkt door een aanzienlijke investering om de gezondheidszorg zuurstof te geven en om voor de bevolking zorg te dragen, ook op het vlak van haar mentale gezondheid. Ook werden, zoals door het Verzekeringscomité gevraagd en in lijn met het regeerakkoord, initiatieven aangekondigd met betrekking tot het formuleren van gezondheidszorgdoelstellingen, het plannen van meer doelmatige zorg en het voorbereiden van een meerjarenbegroting. Deze werkzaamheden vormden de basis voor een vernieuwde dynamiek in de voorbereiding van de begrotingsopmaak voor het budget gezondheidszorg vanaf 2022, met een andere visie op de toekomstige gezondheidszorg.

***Sleutelwoorden:** Begroting gezondheidszorg, budget gezondheidszorg, nieuwe initiatieven, overleg, COVID-19, hervormingen, geneesmiddelenbeleid*

1. Een bijzondere begrotingsprocedure

De begrotingsprocedure voor het budget gezondheidszorgen in 2021 verliep helemaal anders dan in de voorbije jaren, zowel betreffende de inhoud ervan naar aanleiding van de coronapandemie als betreffende de timing ervan omwille van de vorming van een nieuwe federale regering.

1.1. Impact van de COVID-19-pandemie

De coronacrisis startte in België op 2 februari 2020 toen een besmette Belg uit het Chinese Wuhan terugkwam. Hij herstelde op minder dan 14 dagen, maar na hem volgde een golf van patiënten besmet door het coronavirus SARS-CoV-2. Vanaf maart maakte Sciensano¹ dagelijks een rapport van het aantal nieuwe besmettingen, aantal ziekenhuisopnames, aantal personen op intensieve zorgen en aantal sterfgevallen.

Er zijn op het terrein en door de overheid inspanningen geleverd om de pandemie het hoofd te bieden. Op 14 maart 2020 werden de ziekenhuisnoodplannen opgestart. Tegelijkertijd met de voorbereiding van de zorg voor COVID-19-patiënten werden niet dringende consultaties, onderzoeken en ingrepen in alle ziekenhuizen tijdelijk opgeschort. Dankzij de volmachten voor de ontslagnemende regering-Wilmès kon de leidend ambtenaar van het RIZIV vanaf 30 maart 2020 versneld maatregelen nemen: financiering van afname- en triagecentra, uitbreiding van de testcapaciteit, financieren van zorg op afstand², administratieve vereenvoudiging en versoepeling van procedures, contact tracing, enz. Een voorschot van 1 miljard euro, dat later verhoogd zou worden tot 2 miljard euro, werd toegekend aan de ziekenhuizen (en aan de artsen en andere zorgverleners in de ziekenhuizen die via honoraria gefinancierd worden) om uitzonderlijke meerkosten te dekken en om gedeerde inkomsten (bijv. uit misgelopen activiteiten) te beperken.³

De maatregelen ter bescherming van de volksgezondheid werden aangevuld met maatregelen in het beleidsdomein van de arbeidsongeschiktheid, de tijdelijke werkloosheid en diverse steunmaatregelen aan bedrijven en not-for-profit organisaties. Dit nam niet weg dat heel wat mensen inkomen verloren en dat, niet in het minst bij families met risicopatiënten, angst zich in hun dagelijks leven installeerde.

Vanaf 18 maart ging het land in lockdown: alle niet-essentiële winkels sloten, iedereen moest thuisblijven en contact met de buitenwereld maximaal vermijden, met uitzondering van de eigen gezinsleden of voor het werk. Het bezoek aan woonzorgcentra en andere zorginstellingen werd voordien al

gelimiteerd of verboden om de verspreiding van het virus tegen te gaan. Tot 4 mei 2020 waren enkel essentiële verplaatsingen naar de winkel, de apotheek en het benzinestation toegestaan. De lockdown woog zwaar op de bevolking, vooral voor kwetsbare groepen zoals ouderen, éénuoudergezinnen, gezinnen die een kleine woning betrekken, inwoners van grootsteden, enz.

In het kader van de begrotingsprocedure stelt zich de vraag hoelang de COVID-19-pandemie zal duren en welke de impact ervan is op de gezondheidsuitgaven in 2021. De begrotingsprocedure kent meer onzekerheden dan de voorbije jaren.

1.2. Politieke context

Het Verzekeringscomité van het RIZIV is wettelijk verplicht om ten laatste op de eerste maandag van oktober een begrotingsvoorstel voor het budget gezondheidszorg voor het volgende jaar aan de Algemene Raad van het RIZIV voor te stellen, in dit geval dus op 5 oktober 2020. Dit begrotingsvoorstel is het resultaat van overleg tussen de mutualiteiten en de zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen. De wet bepaalt dat de Algemene Raad de gezondheidszorgbegroting op de derde maandag van oktober goedkeurt, tenzij - in geval van onenigheid - de ministerraad beslist. Om tot een begrotingsvoorstel te komen, dient de budgettaire context uiteraard gekend te zijn. De budgettaire context wordt door elke nieuwe regering in haar regeerakkoord bepaald.

Na zes maanden, of dus op 30 september 2020, lopen de volmachten van de regering-Wilmès af en is een volwaardige regering nodig om de strijd tegen het coronavirus SARS-CoV-2 verder te zetten. Op 1 oktober 2020 gaat na 494 dagen de Vivaldi-regering (PS, SPA, MR, VLD, Ecolo, Groen en CD&V) met 87 van de 150 zetels van start.

De socio-economische situatie van ons land is er intussen drastisch op achteruitgegaan. De pandemie heeft tot gevolg dat de Belgische economie in 2020 met 7,4% krimpt en zich in 2021 slechts gedeeltelijk zal herstellen (Federaal Planbureau, 2020). Bijkomende investeringen in de gezondheidszorg zijn nodig om naast de individuele zorg aan de patiënt een permanente structuur van bescherming van de volksgezondheid te voorzien. Hoeveel schulden mag België aangaan om haar gezondheidszorg en economie zuurstof te geven en hoeveel belastingen zal de burger daarvoor uiteindelijk betalen?

Een aantal maatregelen om de gezondheidszorg te ondersteunen, zijn reeds parlementair beslist, zoals het

1. Sciensano is een federale wetenschappelijke onderzoeksinstituut die opdrachten vervult inzake volks- en diergezondheid. Ze beschrijft de evolutie van de epidemie en beoordeelt de gevolgen ervan op de gezondheid van de Belgische bevolking.
2. Zorg op afstand gaat telefonische of videoconsultaties om de continuïteit van zorg tijdens de COVID-19-pandemie te kunnen garanderen.
3. Een overzicht van alle genomen maatregelen vindt u op de RIZIV website: <https://www.riziv.fgov.be/nl/covid19/Paginas/default.aspx>.

Zorgpersoneelsfonds waarmee het tekort aan zorgmedewerkers, bijvoorbeeld verpleegkundigen, wordt aangepakt, het sociaal akkoord om de gezondheidssector aantrekkelijker te maken en bijkomende middelen voor geestelijke gezondheidszorg. Hoeveel middelen kan de nieuwe regering hier in 2021 tegenover stellen en welk budget zal er voor de uitgaven bij constant beleid beschikbaar zijn?

De noodzakelijke, politieke beslissingen met betrekking tot de budgettaire context van het regeerakkoord vielen in het kader van de begrotingsprocedure op 30 september relatief laat waardoor er voor de mutualiteiten onvoldoende tijd resteerde om het begrotingsvoorstel in detail met de zorgverleners te bespreken. Bovendien liet minister Vandenbroucke, de nieuwe minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, op 4 oktober aan het Verzekeringscomité weten dat de regering in 2021 150 miljoen euro zou besparen in de sector farmaceutische specialiteiten en daarmee rekening diende te worden gehouden. Verder lieten de FOD Volksgezondheid en het RIZIV op 6 oktober weten dat men niet aan de technische ramingen voor de provisies voor inhaalbedragen en gerechtelijke procedures in de sector ziekenhuizen kon raken. Bijgevolg werden de budgettaire beslissingen van het regeerakkoord overgenomen en bevatte het voorstel van het Verzekeringscomité geen nieuw beleid hoewel dat oorspronkelijk wel gepland was.

2. De technische ramingen en begrotingsdoelstelling op 29 juni 2020

Het RIZIV maakte op 29 juni 2020 haar eerste technische ramingen⁴ aan de leden van het Verzekeringscomité over. Deze technische ramingen bevatten veel belangrijke informatie om de begrotingsbesprekingen te starten. Ten eerste vernemen wij dat de meerkosten van de COVID-19-maatregelen (triagecentra, PCR-testen, revalidatie van patiënten die in het ziekenhuis werden opgenomen, enz.) buiten de begrotingsdoelstelling voor gezondheidszorg zijn opgenomen en via bijkomende middelen gefinancierd zullen worden. Bovendien is in de berekening van de begrotingsdoelstelling een nieuw initiatief opgenomen: de uitbreiding van psychologische eerstelijnszorg onder 18 jaar en vanaf 65 jaar (16,7 miljoen euro).

De wet bepaalt hoe de begrotingsdoelstelling wordt berekend. De berekening gebeurt op basis van de begrotingsdoelstelling van het jaar voordien en daar komen de wettelijke groeinorm (1,5% sinds 2015), de indexmassa op basis van de gezondheids- en spilindex en bepaalde specifieke uitgaven bij.

De globale begrotingsdoelstelling 2021 wordt dan op 28.409 miljoen euro geraamd (tabel 1).

Tabel 1: Normberekening

Strikte berekening van de norm	2021 (in 000 euro)
Globale begrotingsdoelstelling 2020	27.975.913
eAttest tandheelkunde	-25.000
Maandelijkse facturatie psychiatrische ziekenhuizen	-36.000
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 – 2020	-697.048
Strikte norm 2020	26.896.600
Reële groeinorm 1,5%	403.449
Subtotaal	27.300.049
Gezondheidsindex (1,01%)	174.378
Spilindexmassa 2021 (overschrijding spil februari 2020 + augustus 2021)	30.548
Subtotaal	27.504.975
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 – 2021 ⁵	821.655
eAttest ⁶ artsen-specialisten	44.752
eAttest tandartsen	21.061
uitbreiding eerstelijns-psychologische zorg	16.700
Voorstel begrotingsdoelstelling 2021	28.409.143

Aangezien de uitgaven bij constant beleid op 29.153 miljoen euro worden geraamd, bedraagt de begrotingsdoelstelling 743,681 miljoen euro. Deze overschrijding komt vooral door de inhaalbedragen en het juridisch beroep in de ziekenhuissector (387 miljoen euro) en de forse stijging van het budget voor farmaceutische specialiteiten; meer bepaald

- In de procedure voor de begrotingsopmaak van het budget gezondheidszorg is voorzien dat het RIZIV de uitgaven bij constant beleid tegen 31 mei voor het volgende jaar raamt op basis van de uitgaven tot en met het jaar voordien. De procedure voorziet dat het RIZIV deze uitgaven tegen 15 september herraamt op basis van dezelfde referentieperiode van minstens drie jaren met daarbij ook de eerste vijf maanden van het lopende jaar.
- Hiermee wordt verwezen naar art. 111 en volgende (vroeger art. 81 en volgende) van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 op basis waarvan de staat geneesmiddelen, die over het algemeen zeer duur zijn en waarvan de therapeutische werking nog onzeker is, terugbetaalt, zodat deze geneesmiddelen zo snel mogelijk ter beschikking van de patiënt kunnen worden gesteld. Een deel van de uitgaven voor de terugbetaling van de geneesmiddelen artikel 81/111 door de ziekenfondsen, wordt teruggevorderd bij de farmabedrijven op het einde van het jaar onder de vorm van *ristorno*'s. Dat bedrag aan uitgaven art. 111/81 dat bij de farmabedrijven wordt teruggevorderd verschijnt in de begrotingstabel (tabel 1).
- Dit betreft het elektronisch doorsturen van getuigschriften voor verstrekte hulp via het platform MyCareNet naar het ziekenfonds van de patiënt in het kader van contante betaling.

11% netto groei⁷, dus fors meer dan de totale groeicijfer voor de begroting gezondheidszorg van slechts 1,5% (de farmaceutische specialiteiten liggen 450 miljoen boven de 1,5% groei).

Kader 1: Visie op het geneesmiddelenbeleid

Onze voornaamste boodschappen zijn:

1. De overheidsuitgaven voor geneesmiddelen in de gezondheidszorg nemen de laatste jaren sterk toe. De belangrijkste oorzaken van deze stijging zijn de hoge prijzen van nieuwe geneesmiddelen, de trend van toenemend gebruik van duurere therapieën (vooral in de ziekenhuizen), en de volumes die voorgeschreven worden.
2. Om de uitgaven onder controle te houden, is een bijsturing van het huidige systeem voor terugbetaling nodig. Dit kan gerealiseerd worden door meer de focus te leggen op de echte medische behoeften van de patiënten en de prioriteiten in de gezondheidszorg, door de werking van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG⁸) bij het RIZIV te optimaliseren, en door de farmaceutische sector sterker te responsabiliseren.
3. De farmaceutische sector is bij uitstek een internationale sector. Een sterkere samenwerking op internationaal en Europees niveau is belangrijk om te komen tot meer transparantie rond de uitwisseling van reële kosten voor geneesmiddelen, en om op langere termijn alternatieve businessmodellen voor de farmaceutische industrie te ontwikkelen.
4. Door het stimuleren van het rationeel en correct gebruik van geneesmiddelen kan het geneesmiddelengebruik in België geoptimaliseerd worden. Concreet willen we inzetten op regelmatig medicatienazicht door de apotheker, op het meer voorschrijven volgens de richtlijnen, het meer inzetten op preventie en een hoger gebruik van goedkope geneesmiddelen.

3. De technische ramingen en begrotingsdoelstelling op 21 september 2020

Het RIZIV besluit om in haar herziene technische ramingen van 21 september 2020 geen rekening te houden met een structurele impact van COVID-19 op het budget gezondheidszorgen. De meerkost van de bescherming van de volksgezondheid tegen deze en andere mogelijke epidemieën is nog te onduidelijk en ook is het moeilijk in te schatten wat de meerkosten in 2021 zullen zijn naar aanleiding van COVID-19. Enerzijds kunnen er meerkosten verwacht worden zoals omwille van complicaties door het uitstellen van zorg tijdens de lockdown of langdurige revalidatie die nodig is omwille van blootstelling aan het coronavirus SARS-CoV-2. Anderzijds is het ook moeilijk in te schatten welke kosten in 2021 naar aanleiding van de pandemie mogelijks minder gemaakt zullen worden omdat heel wat mensen zorg uitstellen, bijvoorbeeld om financiële redenen. Immers, de koopkracht verminderde ten gevolge van de plotse afname van de economische activiteit die op de pandemie volgde. Bijgevolg wordt de impact van COVID-19 via de RIZIV-boekhouding afzonderlijk opgevolgd (zie kader 2).

Niet alleen is het moeilijk om de impact van de pandemie op de uitgaven 2021 in te schatten, ook kan niet gewerkt worden volgens de gangbare procedure. De eerste vijf maanden van 2020 leveren in alle rubrieken immers geen betrouwbare cijfers op voor een raming van de gezondheidsuitgaven in 2021. Deze cijfers zijn sterk gekleurd door de beslissing van de lockdown. De ramingen van 21 september zijn dus gebaseerd op de periode 2015-2019.

De uitgaven voor 2021 bedragen 30 miljard euro in de technische ramingen van september van het RIZIV. Het verschil met de ramingen van 29 juni (29.153 miljoen euro) komt doordat alle nieuwe maatregelen na stemming in het parlement of beslissing van de regering (zie tabel 2) in de nieuwe ramingen zijn opgenomen.

Deze nieuwe maatregelen worden gefinancierd met bijkomende middelen en komen bovenop de begrotingsdoelstelling. Zij zullen, met uitzondering van het Zorgpersoneelsfonds, worden gefinancierd op basis van

7. De netto uitgaven bevatten niet het gedeelte uitgaven artikel 81/111 dat het RIZIV op het einde van het jaar terugvordert onder de vorm van een ristorno. De netto uitgaven zijn de totale uitgaven voor geneesmiddelen waar de netto compensaties art. 81/111 worden afgetrokken om te vermijden dat de sterke groei van deze ontvangsten het groeipercentage voor deze uitgaven zou opdrijven.
8. De CTG of Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen is de commissie die als adviserend orgaan optreedt voor de Minister voor Sociale Zaken met betrekking tot de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten.
9. Het Zorgpersoneelsfonds werd op 9 december 2019 opgericht en heeft in eerste instantie de bedoeling om meer (loontrekkende en zelfstandige) verpleegkundigen aan het werk te zetten. In 2019 werden al middelen aan dit fonds toegekend en via Sociale Maribel betaald. De versterking van de mobiele equipes betreft een ondersteuning voor de teams voor ziekenhuishygiëne, voor de ziekenhuizen zelf in de interne strijd voor de besmette patiënten, maar ook voor de transmurale ondersteuning van woonzorgcentra door HOST teams (hospital covid outbreak support teams). De maatregelen met betrekking tot de uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg dienen op het moment van het schrijven van dit artikel nog beslist te worden. De uitbreiding inzake contraceptie gaat over het financieel toegankelijker maken van (nood)anticonceptie voor alle vrouwen jonger dan 25 jaar. Het sociaal akkoord voor de federale zorgsectoren wordt over twee jaren gerealiseerd. In 2021 gaat het over 250 miljoen euro voor lonen en 100 miljoen euro voor de financiering van de kwalitatieve verbetering van de arbeidsomstandigheden. Het eerste deel zal in 2022 verdubbelen.

Tabel 2: Overzicht politieke beslissingen

Overzicht parlementaire beslissingen ⁹	Totale meerkost ervan op jaarbasis in miljoen euro
Zorgpersoneelsfonds	402
Mobiele equipages ziekenhuizen	22
Uitbreiding geestelijke gezondheidszorg	200
Uitbreiding contraceptie	11,5
Sociaal akkoord	600
Totaal	1.235,5

btw-inkomsten en alternatieve financieringsbronnen¹⁰. Deze nieuwe maatregelen die in de begrotingsdoelstelling zijn opgenomen, zullen structureel worden (een deel van deze maatregelen is opgenomen in de begrotingsdoelstelling 2020 en het saldo in de begrotingsdoelstelling 2021).

Kader 2: Impact van COVID-19 op de gezondheidsuitgaven

Het RIZIV monitorde de uitgaven voor COVID-19 op basis van de gegevens die de ziekenfondsen hen zeer snel en buiten de gebruikelijke procedures verstrekten (RIZIV, 2020). Dit geeft een indicatie inzake de evolutie van de uitgaven in de ziekteverzekering tijdens de eerste golf van de crisis. De analyse van een selectie van ambulante nomenclatuurcodes toont bijvoorbeeld een daling van de gecumuleerde uitgaven met 4,2% tussen juli 2020 en 2019. Voor de prestaties in april stelt het rapport een vermindering in alle sectoren vast behalve bij de verpleegkundigen en bandagisten en orthopedisten (artsen -49,9%, tandartsen -93,5%, artsen-specialisten -4,7%, kinesisten -74,1%, opticiens -92,4%, audiciens -50,1%, enz.). Bij de ziekenhuisgegevens daalden de gepresteerde uitgaven met 6% in maart, met 29% in april en met 14% in mei 2020 tegenover diezelfde maanden in 2019.

Het IMA levert ook een analyse (IMA, 2021) van de evolutie van het aantal opnamen in de verschillende diensten van de algemene ziekenhuizen tussen 6 januari 2020 en 25 oktober 2020. Zij vergeleken deze cijfers met de wekelijkse gegevens voor dezelfde periode in 2019. De studie toont een daling van het aantal opnamen met 47% tijdens de lockdown, 23% bij de versoepeling en 9% in de zomervakantie.

Vetrekken van de totale begrotingsdoelstelling 2020 wordt de begrotingsdoelstelling 2021 berekend als volgt (tabel 3):

- In tegenstelling tot de ramingen van juni worden de uitgaven voor de inhaalbedragen en het juridisch beroep extra toegevoegd in het Budget van Financiële Middelen (BFM) bovenop de exogene norm wegens de volatiele aard ervan. Daardoor kan de overschrijding in de technische ramingen van 29 juni 2020 worden verminderd. De ziekenfondsen en ziekenhuisdirecties drongen hierop de voorbije jaren al aan.
- Ook de begrotingsdoelstelling 2021 wordt bijgestuurd dankzij het verschil tussen de geraamde ontvangsten art. 111/81 in de doelstelling 2021 en de geraamde ontvangsten art. 111/81 in de begrotingsdoelstelling 2020.
- Na aftrek van deze elementen wordt de strikte norm 2020 (27.033 miljoen euro) bekomen en daaraan wordt de groeionorm, de indexering en de financiering van de nieuwe maatregelen toegevoegd.
- De begrotingsdoelstelling is 29.534 miljoen euro in totaal. De begrotingsdoelstelling groeit dus nominaal met 5,57% tussen 2020 en 2021.

De technische ramingen van het RIZIV komen dus 539 miljoen euro boven de genormeerde begrotingsdoelstelling uit (zie Tabel 4). Deze overschrijding is hoofdzakelijk toe te schrijven aan de groei van het budget farmaceutische specialiteiten die voor 2021 wordt verwacht (10,7% voor het netto budget).

4. Begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad

Terwijl de coronapandemie in de loop van de maand september een tweede COVID-19-golf aankondigt, haasten partijen zich om een nieuwe regering te vormen. Het regeerakkoord van 30 september 2020 meldt aanzienlijke investeringen in de gezondheidszorg en hervormingen met betrekking tot prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen.

4.1. Budget gezondheidszorg 2021

Het Verzekeringscomité neemt in haar begrotingsvoorstel de beslissing van de nieuwe regering over, nl. "Voor het jaar 2021 zal de wettelijke groeionorm bepaald worden op basis van de technische ramingen van het RIZIV, rekening houdend met mogelijke technische correcties." Het begrotingsvoorstel bedraagt 30.073.560 duizend euro (afgerond 30 miljard euro). Dit bedrag volstaat om de verwachte uitgaven bij constant beleid te dragen en de politieke beslissingen (zie tabel 3) te implementeren.

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

Tabel 3: Berekening van de begrotingsdoelstelling 2021

Strikte normberekening	2021 (in 000 euro)
Globale begrotingsdoelstelling 2020	27.975.913
eAttest tandheelkunde	-25.000
Maandelijke facturatie psychiatrische ziekenhuizen	-36.000
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 – 2020	-697.048
Inhaalbedragen / Juridische geschillen BFM 2020	-185.095
Strikte norm 2020	27.032.770
Reële groeinorm 1,5%	405.492
Subtotaal	27.438.262
Gezondheidsindex (1,01%) Spilindexmassa 2021 (overschrijding spil februari 2020 + augustus 2021)	166.608
Subtotaal	27.654.069
Uitbreiding eerstelijns-psychologische zorg	16.700
Saldo zorgpersoneelsfonds	34.898
Saldo mobiele equipes ziekenhuizen	2.550
Saldo geestelijke gezondheid	131.995
Saldo contraceptie	7.632
Sociaal akkoord	350.000
Subtotaal	28.197.814
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 – 2021	876.153
eAttest artsen-specialisten	44.752
eAttest tandartsen	21.061
Inhaalbedragen / Juridische geschillen BFM 2021	394.416
Voorstel begrotingsdoelstelling 2021	29.534.196

Tabel 4: Confrontatie van de technische ramingen met de begrotingsdoelstelling voor 2021

Raming 2021 (p2020)	29.846.260
Indexering honoraria	166.608
Spilindex	60.692
Raming 2021 (p2021)	30.073.560
BD 2021	29.534.196
Verschil met de BD 2021	-539.364

Bovenop de begrotingsdoelstelling van 30 miljard euro voorziet de regering uitgaven in het kader van de pandemie. Daarvoor is voorlopig een bedrag van 411.850 duizend euro in de interdepartementale provisie¹¹ opgenomen, maar die provisie omvat nog niet alle mogelijke maatregelen, zoals de antigen testen / de multiplex PCR-testen, specifieke maatregelen voor de kwetsbare groepen, zoals daklozen, niet-verzekerde personen, drugsverslaafden, enz., en de COVID-19-vaccinatie.

Tegelijkertijd zal de regering in 2021 150 miljoen euro besparen in de sector van de geneesmiddelen met het oog op de verbetering van het begrotingssaldo van de federale overheid. Deze besparing laat toe de groei van het budget voor farmaceutische specialiteiten te verminderen, al bedraagt deze groei nog steeds 7,6% tussen 2020 en 2021. Dit zal gebeuren op basis van:

- een pakket van structurele besparingen die rechtstreeks en op korte termijn kunnen worden gerealiseerd. Het gaat meer concreet over maatregelen om de concurrentie aan te moedigen, om het aandeel goedkope geneesmiddelen te verhogen en om de prijzen van oude geneesmiddelen te doen dalen. De regering verwacht hiermee 62,5 miljoen euro op jaarbasis te besparen, waarvan al 48 miljoen in 2021;
- voorzien in het nodige overleg voor de uitwerking en de implementatie van een tweede pakket maatregelen waarbij andere actoren dan de industrie (namelijk voorschrijvers, apothekers, ziekenhuizen, verzekeringsinstellingen) zijn betrokken en/of waarvoor procedures binnen de CTG zijn vereist. De regering rekent op een opbrengst van 100 miljoen euro op jaarbasis, ook reeds in 2021.

Verder zal de regering met de geneesmiddelenindustrie een pact afsluiten over onder meer de invoering van zowel een mechanisme voor budgettaire responsabilisering van de sector als een evenwichtige verdeling van de besparingsinspanningen onder de verschillende marktsegmenten (ambulant, ziekenhuis) waarbij met name rekening wordt gehouden met hun groei- en innovatiedynamiek.

4.2. Hervormingen

De regeringsnota meldt dat “De wettelijke groeinorm wordt vastgelegd op 2,5% vanaf het jaar 2022. De wettelijke groeinorm zal niet enkel dienen ter financiering van het volume-effect in de vraag maar moet ook nieuwe zorginitiatieven mogelijk maken die mee ten dienste staan van het realiseren van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en het verlagen van de patiëntenfactuur.” De nieuwe wettelijke groeinorm van 2,5% staat in fel contrast met het beleid van de voorbije tien jaar (zie kader 3). CM is tevreden over dit een percentage, een percentage dat ze zelf voorstelde en via allerlei wegen probeerde te bekomen

11. De interdepartementale provisie is budget dat gereserveerd wordt voor onvoorziene gebeurtenissen.

Kader 3: Impact van 10 jaar privatisering van de gezondheidszorg

De wettelijke groeinorm evolueerde van 4,5% tussen 2005 en 2012 tot 2% in 2013, naar 3% in 2014 en naar 1,5% van 2015 tot 2020. Tegelijkertijd werd van 2012 tot 2014 één miljard bespaard onder de regering Di Rupo terwijl de financiering van nieuwe initiatieven beperkt bleef tot 177 miljoen. Tussen 2015 en 2020 werd onder de regering Michel, 2,5 miljard euro bespaard in de gezondheidszorg en werd 165 miljoen vrijgemaakt voor de financiering van nieuwe initiatieven. De besparingsmaatregelen hebben deels geleid tot een efficiënter gebruik van de middelen (bijvoorbeeld prijsdaling van bepaalde geneesmiddelen). De meeste besparingsmaatregelen hadden echter jammer genoeg een rechtstreekse of onrechtstreekse impact op de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld minder terugbetaling bij sommige specialisten, verslechtering van de arbeidsvoorwaarden voor de zorgverleners, enz.

Deze relatieve vermindering van de overheidsfinanciering van de gezondheidszorg gaat samen met een toename van de private financiering in bepaalde sectoren. Meerdere indicatoren wijzen immers op privatisering van de financiering van de gezondheidszorg: snelle stijging van het incasso van de facultatieve verzekeringen, stijging van de ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname, opzegging van de conventie door bepaalde zorgverleners, stijging van de ereloonsupplementen bij ambulante zorg, enz. De besparingsmaatregelen en de groeivertraging van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg enerzijds, en de toenemende privatisering van de financiering anderzijds, hebben ons sociaal zekerheidsstelsel verzwakt.

De verzekeringsinstellingen willen vermijden dat zich een geneeskunde met twee snelheden ontwikkelt die de sociale ongelijkheid zou doen toenemen. Zij vragen een beleid op lange termijn dat samenwerking tussen disciplines, zorgverleners en verzorgingsinstellingen bevordert, de kosten voor de patiënt beperkt en het gezondheidsstelsel beter toegankelijk maakt.

zodat besparingsmaatregelen kunnen vermeden worden en een vertrouwensbasis kan gecreëerd worden om de nodige hervormingen te doen.

Ook het Verzekeringscomité vraagt om hervormingen. Het Federaal Planbureau schatte in 2019 dat in het huidige kader een groeinorm van 2,5% per jaar zou nodig zijn om de toenemende

gezondheidszorguitgaven (demografische, epidemiologische, socio-economische en technologische evoluties) tegen een constant beleid te kunnen dragen (Federaal Planbureau, 2019, p.13).

Het Verzekeringscomité stelt sedert enkele jaren een oplossing voor op basis van een lange termijnvisie, gezondheidszorgdoelstellingen en een voorspelbare meerjarenbegroting. De bedoeling is om een lange termijnvisie voor de verplichte ziekteverzekering te formuleren en te vertalen naar gezondheidszorgdoelstellingen, dit wil zeggen vooropgestelde doelen met het oog op meer kwaliteitsvolle levensjaren voor elke burger waarbij ook de gezondheidskloof tussen hoger en lager opgeleide mensen aangepakt wordt.¹² Nieuw beleid moet gefinancierd worden om deze gezondheidszorgdoelstellingen te realiseren. Daarbij speelt de begroting een belangrijke rol. De bedoeling is om meerjarenplannen uit te werken en om middelen toe te wijzen aan de hand van een meerjarenbegroting. Ook is het belangrijk de middelen efficiënt te besteden en na te gaan of bestaande middelen op een andere manier doelmatiger kunnen uitgegeven worden.

Het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en de formatienota liggen sterk in lijn met elkaar. De regering meldt in haar begrotingsvoorstel voor de verplichte ziekteverzekering in 2021 naast het pact met de geneesmiddelenindustrie, de gezondheidszorgdoelstellingen en de meerjarenbegroting nog de volgende krachtlijnen die eveneens in de nota van het Verzekeringscomité terug te vinden zijn:

- de financiering van de ziekenhuizen zal worden hervormd om ze transparanter en eenvoudiger te maken. De toename van de ereloonsupplementen zal worden gereguleerd en verminderd, en de herziening van de nomenclatuur zal worden voortgezet. Ten slotte zal het ziekenhuislandschap op basis van netwerken worden geconsolideerd;
- de eerstelijnsgezondheidszorg zal worden versterkt. De actoren in de eerste lijn moeten verder worden ondersteund in hun rol als bewakers en coaches van ons systeem. De financiering moet meer inzetten op samenwerking, preventie en gerichte actie;
- er komt een nieuw actieplan om de doelmatigheid in de zorg op te drijven, zoals maatregelen om rationeel voorschrijven te stimuleren of overconsumptie tegen te gaan. De middelen die hierdoor worden vrijgemaakt, worden opnieuw in de zorg geïnvesteerd.

Voor onze commentaren betreffende de formatienota, verwijzen we u graag naar het artikel over het federaal regeerakkoord in dit nummer van CM-Informatie. Het Verzekeringscomité diende haar begrotingsvoorstel met ruime meerderheid van stemmen bij de Algemene Raad in. Het voorstel van begroting voor de geneeskundige verzorging

12. Enkele voorbeelden van gezondheidszorgdoelstellingen zijn een groter gebruik van het elektronisch medisch dossier, een betere financiële toegang tot tandzorg, minder patiënten die meer dan vijf geneesmiddelen gebruiken (om neveneffecten te vermijden), enz.

van de regering werd met unanimité van stemmen door de Algemene Raad goedgekeurd.

5. Conclusie

De ziekenfondsen zijn tevreden dat de regering ervoor kiest om met alle actoren samen in de gezondheidszorg te investeren, zowel budgettair als inhoudelijk. De hervormingen van het regeerakkoord, die reeds meerdere jaren door het Verzekeringscomité gevraagd worden, zullen maken dat in de komende jaren hoog kwalitatieve zorg voor iedereen en aangepast aan de veranderende noden van de Belgische bevolking beter zal kunnen gegarandeerd worden.

De huidige gezondheidscrisis heeft ons eraan herinnerd dat gezondheid van vitaal belang is voor het goed functioneren van onze samenleving en dat een sterk en veerkrachtig gezondheids(zorg)systeem de onmisbare basis voor onze gezondheid vormt. Daarom moet geïnvesteerd worden in niet alleen kwalitatieve zorgverlening aan elke patiënt, maar ook in een structurele organisatie van de bescherming van de volksgezondheid. Vermindering van de sociale ongelijkheid tegenover gezondheid, betere geestelijke gezondheidszorg, meer tariefzekerheid voor de patiënten, transparantere, billijkere en efficiëntere financiering van ziekenhuizen en de artsen die er werken, consolidatie van het ziekenhuislandschap op basis van netwerken, meer geïntegreerde zorgmodellen voor chronische patiënten, investering in preventie, ontwikkeling van een betaalbaar en geschikt zorgaanbod voor ouderen, meer handen ten dienste van de patiënt, betere werkomstandigheden voor verzorgenden met een beter evenwicht tussen werk en privéleven, opheffing van belemmeringen in de regelgeving voor samenwerking, enz. deze enkele prioritaire uitdagingen moeten ook de ruggengraat van het nieuwe gezondheidsbeleid worden en de keuzes in de ziekteverzekering leiden.

Gezondheid moet op de agenda's staan van alle beleidsdomeinen. De regering bevestigt dat gezondheidsdoelstellingen in samenspraak met de deelstaten en zorgactoren dienen opgemaakt te worden, alsook een monitoringsysteem ervoor. Want het gaat om meer dan enkel investeren in gezondheidszorg. Het gaat ook om welbevinden,

empowerment, onderwijs, huisvesting, leefomgeving, werkgelegenheid, veerkracht, participatie en zingeving.

De mutualiteiten zetten mee hun schouders onder de noodzakelijke hervormingen in de gezondheidszorg. We hopen binnenkort een methodiek met het RIZIV en met de beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid te kunnen bespreken waarmee de overeenkomstencommissies gezondheidszorgdoelstellingen kunnen formuleren en plannen voor doelmatige zorg kunnen ontwikkelen in het kader van een meerjarenbegroting die voorspelbaar is en toelaat om dossiers over een paar jaren met elkaar te koppelen. We willen voortaan ook regelmatig overleg met de zorgverleners om de werkzaamheden doorheen het jaar te kunnen monitoren zodat ze optimaal hun effect vinden in een inhoudelijk meerjarenplan en een meerjarenbegroting. Vooral wat de meerjarenbegroting betreft, is aanzienlijk wetgevend werk nodig dat helaas tijd zal vergen. We zullen er ook over waken dat nieuwe beslissingen minstens in lijn liggen met de doelstelling om de gezondheidskloof tussen hoger en lager opgeleiden te verminderen.

Bibliografie

- Federaal Planbureau (2019) Economische perspectieven 2019-2024. Brussel: Federaal Planbureau. Beschikbaar op https://www.plan.be/uploaded/documents/201906181139150.FOR_MIDTERM_1924_1923_N.pdf
- Federaal Planbureau (2020) De Belgische economie zou in 2020 krimpen met 7,4% en zich in 2021 gedeeltelijk herstellen met een groei van 6,5%. Persbericht. Beschikbaar op https://www.plan.be/uploaded/documents/202009101251450.PC_budget_20200910.pdf
- Intermutualistisch Agentschap (2021). COVID-19-statistieken: ziekenhuisopnamen. Beschikbaar op <https://aim-ima.be/Impact-van-de-Corona-crisis-op-het?lang=nl>
- RIZIV (2020) Monitoring COVID-19: Impact van COVID-19 op de terugbetaling van gezondheidszorg. Brussel: RIZIV. Beschikbaar op [monitoring_COVID19_update_december_2020.PDF](https://www.riziv.be/monitoring_COVID19_update_december_2020.PDF) (fgov.be)

“Voor een welvarend, solidair en duurzaam België”? Analyse van het federaal regeerakkoord 2020-2024

Frédéric Possemiers – Dienst Public Affairs

Samenvatting

30 september jongstleden kreeg België een nieuwe federale regering. Naast de casting trok vooral de inhoud van het akkoord de aandacht van CM. De titel “Voor een welvarend, solidair en duurzaam België”, met blauw-rood-groene accenten, is veelbelovend. Maar met welke visie op de samenleving, welke hoofdlijnen, welke transitie-uitdagingen en grote hervormingen, enz. wil de politieke klasse ons naar de komende jaren loodsen? Onze aandacht ging spontaan uit naar het hoofdstuk over gezondheid met de aangekondigde intenties en ambities waarvan we hier een gedetailleerde analyse voorstellen. Verder bieden we een kritische en constructieve kijk op de belangrijkste maatregelen die moeten bijdragen aan de armoedebestrijding en aan de verbetering van de sociale bescherming van de Belgen. Ook hebben we het over de prioriteiten op vlak van sociale zekerheid en over de aankondiging van een fiscale hervorming. Tegelijk kunnen we het bezwaarlijk niét hebben over de aangekondigde intentie voor een nieuwe institutionele hervorming, en dan op zijn minst in de gezondheidszorg. Ten slotte ronden we dit artikel af met een uiteenzetting van de prioriteiten van CM tijdens deze legislatuur.

Wat de algemene indruk betreft moeten we erkennen dat volksgezondheid en gezondheidszorg een belangrijke hoofdlijn vormen van het akkoord. Beter nog, de voorgestelde beleidslijnen lijken ons de goede kant uit te gaan. Op papier is het akkoord dus veelbelovend. Een bredere visie op gezondheidsbeleid erkennen, werken met gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen, gezondheidsongelijkheden verminderen, het aantal gezonde levensjaren verhogen, een ambitieus beleid voeren op het gebied van geestelijke gezondheid, investeren in preventie, de kwaliteit van de zorg en de ervaring/participatie van de patiënt verbeteren, de groeinorm voor gezondheidszorg verhogen, de ziekenhuisfinanciering hervormen, de herijking van de nomenclatuur aanpakken, de ereloonsupplementen verminderen, onze veerkracht vergroten, de relatie met de farmaceutische bedrijven beter reguleren, enz. Het zijn stuk voor stuk bezielende thema's want uiteindelijk beantwoorden ze aan concrete behoeften van burgers en patiënten. Ons lijken ze bij te dragen aan een verbetering van eenieders levenskwaliteit, zowel van zieke als van gezonde mensen.

De grootste uitdaging zal nu dus zijn om al deze ambities te concretiseren tijdens een legislatuur die het razend druk heeft met het beheer van de gezondheids crisis en de sociale en economische gevolgen ervan, die ons individuele welzijn en onze mogelijkheid om weer plezier te beleven aan het samenleven best nog enige tijd in het gedrang kunnen brengen. Tijd en energie zouden weleens kunnen ontbreken. Om die reden heeft CM de belangrijkste projecten geprioriteerd die zij tijdens deze legislatuur graag tot een goed einde zou zien komen. Wij stellen ze u voor als besluit van dit artikel.

Sleutelwoorden: Regeerakkoord, volksgezondheid, gezondheidszorg, sociale ongelijkheden, sociale zekerheid, sociale zekerheid, staatshervorming

1. Inleiding

Net als het overbekende “Habemus Papam” waarop telkens een hele samenleving wacht, weerklinkt meer noordwaarts in Europa, in België, aan het begin van de herfst 2020 een soort “Habemus Imperium”. Op 1 oktober legde Alexander De Croo voor de Koning der Belgen de eed af als eerste minister. Deze nieuwe volwaardige meerderheidsregering maakt een einde aan de langste politieke crisis ooit in ons land: 662 dagen! Een triest record, maar niet het enige. Het aantal partijen dat de meerderheid vormt is ongekend groot: zeven! Het hoeft geen betoog dat de tekst van het akkoord alweer het resultaat is van de kunst van het compromis op zijn Belgisch. Maar is het louter een opeenvolging en optelling van trofeeën en totems, nu eens rood, dan weer blauw of groen, of oranje, of valt er ook bezieling en ambitie te bespeuren, een bepaalde visie op de Belgische samenleving die binnen minder dan tien jaar haar tweehonderdjarig bestaan viert? Zonder hypocriet te zijn, laten we zeggen een beetje van beide. Hoe dan ook, vermits de belangrijkste doelstellingen van het akkoord als deadline het jaar 2026 of 2030 hebben, komt het erop neer dat dit de regering is voor wie “het erop of eronder is” voor België. Uiteraard vergemakkelijkt de gezondheids crisis de situatie niet, maar ze kan kansen bieden voor veranderingen en voor een andere kijk op onze samenleving. Niet alleen om nieuwe bochten te durven nemen (zoals de ecologische transitie), maar ook om anders te durven werken (via een democratische hernieuwing) of om een aantal fundamenteen opnieuw te bevestigen (zoals de sociale zekerheid en de gezondheid). En wel in een iets gemakkelijkere context dankzij de opheffing, de tijdelijke neutraliteit, van de financiële en budgettaire regels opgelegd door de Europese Unie, die in normale tijden op de lidstaten drukken.

Zonder het over een momentum te hebben, denken we dan ook dat deze legislatuur wel een aantal kansen biedt. We doen een poging om ze u voor te stellen, in het bijzonder voor de domeinen die centrale aandachtspunten zijn voor CM. Dit gezegd zijnde, er zullen er genoeg werkterreinen zijn. En nadat de gezondheids crisis grotendeels achter ons zal liggen, zal er misschien nog maar twee jaar van de legislatuur overblijven. Daarom lijkt het ons belangrijk om eerst op het niveau van CM en daarna binnen het Nationaal Inter mutualistisch College (NIC)¹ de maatregelen te identificeren en te prioriteren waarvoor wij een concrete vooruitgang willen, enerzijds voor de burgers en patiënten, zowel op gezondheidsgebied als op sociaal gebied, en anderzijds voor de toekomst van de mutualiteiten als instellingen en van hun vakgebieden.

Dit artikel bestaat uit vijf onderdelen. Het eerste gaat uitgebreid in op de maatregelen op het gebied van gezondheid (szorg). Onderdeel twee focust op een aantal sociale maatregelen die

een impact hebben op de middelen, de armoedebestrijding en de sociale bescherming. In het derde onderdeel analyseren we de intenties op het gebied van sociale zekerheid en fiscaliteit. In het voorlaatste onderdeel zullen we het hebben over het institutioneel hoofdstuk over de wil van een nieuwe staatshervorming. Het laatste onderdeel, in de vorm van een besluit, belicht de prioritaire beleidslijnen, de federale roadmap die CM voor zichzelf bepaald heeft.

2. Gezondheidszorg

Globaal zijn er heel wat redenen om tevreden te zijn. Het lijkt duidelijk dat de regering rekening heeft gehouden met zowel de historische bezorgdheden als de grote lessen uit de gezondheids crisis. Ze heeft keuzes moeten maken gebaseerd op de juiste prioriteiten.

Ten eerste is men zich bewust aan het worden van het feit dat we anders moeten omgaan met gezondheid en gezondheidszorg om onze gezondheidszorg duurzaam te maken voor de toekomst. Daarvoor zijn hervormingen nodig maar ook een ander perspectief op gezondheid. Vanuit een brede visie op gezondheid, en ook al is de *Health in All Policies* nog niet concreet, zou deze regering aan het begin kunnen staan van een wending in de manier waarop het gezondheidsbeleid aangepakt en aangestuurd wordt, en ook in het veld gestalte krijgt (zie de verschillende werkterreinen hierna).

Ten tweede is de wil om de burger en patiënt een meer centrale plaats te geven voelbaar. Investeren in gezondheidsdoelstellingen, gezondheidsongelijkheden willen verminderen, investeren in preventie en diverse gezondheidsdeterminanten, aandacht besteden aan de kwaliteit van de zorg en de patiëntervaring, een nieuw en een volwaardig beleid voeren voor geestelijke gezondheidszorg, de ereloon supplementen en van geneesmiddelen prijzen reguleren, met de deelstaten een oplossing uitwerken voor de federale maximumfactuur, enz.

Ten derde zien we dat de actoren en personeelsleden in de gezondheidszorg meer aandacht krijgen. De mens is niet vergeten. Zeker al dankzij een aantal akkoorden gesloten door het parlement en die aan dit regeerakkoord zijn voorafgegaan. Maar de ziekenhuizen en hun personeel, die een belangrijke plaats innemen net zo goed als de actoren uit de eerstelijnszorg, in het bijzonder de apothekers en verpleegkundigen die tijdens de crisis vaak vergeten zijn, krijgen duidelijk aandacht en er worden in de komende maanden en jaren maatregelen aangekondigd.

1. Het Nationaal Inter mutualistisch College (NIC) is een vereniging van mutualiteiten bestaande uit de vertegenwoordigers van de vijf Landsbonden van mutualiteiten, van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en van de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS.

Ten slotte zijn de investeringen in de sector reëel. Met name dankzij de groeinorm van 2,5% (vanaf 2022) zullen de actoren op een serenere manier kunnen vooruitblikken. Deze groeinorm maakt het immers mogelijk de evolutie van de uitgaven bij gelijkblijvend beleid te dekken. De focus kan dan ook liggen op het nastreven van een doelmatiger gezondheidszorgmodel/-systeem (inclusief besparingen) om te durven hervormen, bepaalde prioriteiten te heroriënteren, in gezondheidsdoelstellingen te investeren en de toegankelijkheid te versterken. De politiek vindt de nodige middelen voor haar beleid. Het lijkt wel alsof de emotionele liefdadigheid die tot uiting kwam in het 20-uurapplaus een institutionele en solidaire respons heeft gekregen binnen de sociale zekerheid.

Hieronder lichten we in meer detail de tien thema's toe die CM tot tevredenheid stemmen.²

1) Werken met gezondheidsdoelstellingen, de gezondheidsongelijkheden verminderen en het aantal gezonde levensjaren verhogen

De aankondiging om gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen te bepalen in overleg met de deelstaten en zorgactoren is voor CM ontegenzeggelijk een belangrijke vooruitgang in de opbouw van een door iedereen gedeelde visie en het nastreven van efficiëntie in onze acties en in het gebruik van gemeenschapsmiddelen. De aangekondigde doelstellingen zijn ambitieus: tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met het hoogste en de laagste gezonde levensverwachting met minstens 25% verkleinen, het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15% terugdringen en tegelijk een hoge toegankelijkheid en een goede dekking garanderen. CM zal de aspecten governance en de vertaling ervan in de verschillende sectoren aandachtig volgen, ervan uitgaand dat een deel van de oplossing ook op gebieden buiten het werkveld van de gezondheidszorg ligt. Dat is de reden waarom CM steeds opnieuw oproept tot een holistische aanpak volgens het concept *Health in All Policies* waarbij de grootste uitdaging zal liggen in de concrete vertaling ervan op alle beleidsniveaus.

2) De erkenning van een brede visie op gezondheid

In aansluiting op het voorgaande, verheugt CM zich op een benadering van gezondheid vanuit een visie die niet alleen de lichamelijke aspecten van gezondheid betreft, maar ook welbevinden, gezondheidsopvoeding, veerkracht, participatie en zingeving. De sterke klemtoon op preventie en op diverse gezondheidsdeterminanten en doelgroepen (zoals de chronisch zieken) zijn daar de eerste bemoedigende tekens van. Zo valt te noteren dat men binnen het gezondheidsbeleid een gezonde omgeving wil creëren via preventie (tandzorg, dieetzorg, psychische zorg) en via de bestrijding van vervuiling, ongezonde voeding, tabak en verslaving. Laten we hopen dat de collectieve aanpak en verantwoordelijkheid voorrang krijgen

op een individuele culpabiliserende en bestraffende aanpak. Hoe dan ook, het zijn stuk voor stuk concepten en intenties die, hopelijk, omgezet kunnen worden in daden na overleg met de voornaamste belanghebbenden.

3) Ambitieuze beleid voor de mentale gezondheid

Eén uiting van deze geambieerde bredere aanpak van de gezondheid, is een compleet hoofdstuk gewijd aan de mentale gezondheid. Het moet gezegd dat we al jarenlang wachten op vooruitgang. Een tiental jaar geleden is het bijna gelukt. Maar ondertussen hebben we de zesde staatshervorming gehad. Vandaag zouden COVID-19 en de grote gevolgen ervan op de mentale gezondheid van burgers weleens de laatste dominosteen aan het kantelen kunnen brengen en ons de kans kunnen bieden om een nieuw beleid op dat vlak te ontwikkelen en zo de aanzienlijke achterstand ten opzichte van de andere EU-landen goed te maken. Zo zijn in het regeerakkoord de volgende bakens vastgelegd: aandacht voor nabijheid, kwaliteit (aandacht voor dementie) en financiële toegankelijkheid (vermits er sprake is van terugbetaling van psychologische zorg door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen). Met een nadruk op zowel de ambulante zorg (met name met mobiele teams) als de zorg in instellingen. Een hervorming van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van geesteszieke personen op basis van nieuwe inzichten in geestelijke gezondheidszorg en justitie wordt overwogen. En er staat te lezen dat alles samen met de actoren van de deelstaten, de sector en de patiëntenorganisaties zal worden opgebouwd. Van onze kant zijn wij graag bereid om een steentje bij te dragen en om onze verantwoordelijkheid op te nemen, temeer omdat er sprake is van de oprichting van een overeenkomstencommissie binnen het RIZIV.

4) Meer centrale plaats voor kwaliteit van zorg en patiënt-ervaring

Het kan voor iedereen evident lijken, maar CM vindt het altijd nuttig eraan te herinneren dat de patiënt het centrale aandachtspunt moet zijn, en dat wel degelijk de behoeften, en niet het aanbod, het gezondheidsbeleid moeten bepalen. In dat opzicht prijzen we niet alleen de wil om eindelijk een ambitieus interfederaal plan uit te werken voor personen met een chronische ziekte, maar ook de initiatieven voor een verhoogde transparantie van de zorgkwaliteit en de verspreiding van publieke informatie hierover. Al zal op dat vlak ook voorzichtigheid geboden zijn. De patiëntervaring en -tevredenheid krijgen meer aandacht via monitoring en onderzoek, maar toch moeten we aandachtig blijven voor de manier waarop hierover gerapporteerd wordt en voor de reële doelstelling van dit werk om onbedoelde effecten (zoals stigmatisering) of ongewenste effecten (zoals het risico op instrumentalisering) te vermijden. In dat opzicht zijn we ervan overtuigd dat de mutualiteiten, gezien hun ervaring en expertise terzake, een belangrijke rol kunnen spelen.

2. In het licht van het CM memorandum (2018)

5) Nastreven van efficiëntie (kostprijs/kwaliteit/performance) in het gezondheidszorgsysteem

Het regeerakkoord bevat een aantal maatregelen binnen diverse gezondheidszorgdomeinen die gericht zijn op efficiëntie. De meest verwachte maatregel is ongetwijfeld de wil om de gezondheidsdoelstellingen te monitoren. Maar wat minder verwacht was, is de oprichting van een nieuwe Data Health Autoriteit. Het zou gaan om een uniek contactpunt voor gezondheidsgegevens om beleidsvoorbereidend werk te ondersteunen met het oog op een kwaliteitsvollere en doelmatigere gezondheidszorg. Deze autoriteit zou dus belast zijn met de ontwikkeling en toepassing van een strategie waarvan we aannemen en hopen dat ze samenhangt met de gezondheidsdoelstellingen.

Voor CM is het een centraal dossier in de ontwikkeling van het institutionele gezondheidslandschap op federaal niveau. Want behalve de vragen rond het gecentraliseerde databeheer en de noodzakelijke handhaving van de bescherming van privacy, is er ook de vraag rond governance: hoe zal dit georganiseerd worden met de andere belangrijke aanwezige actoren? En dan vooral met het Toekomstinstituut van de Gezondheidszorg, aangekondigd in het regeerakkoord in het kader van de institutionele hervormingen? "Ter ondersteuning van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid" zou dit instituut de opdracht krijgen om "overlegde antwoorden op de grote uitdagingen inzake de gezondheidszorg" te bieden, en in het bijzonder "een gemeenschappelijke en toekomstgerichte visie te formuleren en een duurzaam gezondheidsbeleid te definiëren" (Regeerakkoord, 2020, p.82).

6) Groeinorm van 2,5% voor de gezondheidszorgbegroting

Na de sombere jaren waarin we akkoorden artsen-ziekenfondsen moesten vinden via steeds complexere onderhandelingen, klaart de hemel op, zowel op korte als op middellange termijn, en ontwaren we voor de sector de mogelijkheid om plannen te maken voor de toekomst, ook na een jaar. Op korte termijn is aan de begroting voor gezondheidszorg 2021 een bijkomende enveloppe van 1,2 miljard euro toegevoegd (400 miljoen euro voor het Zorgpersoneelfonds voor het creëren van tewerkstelling, de verbetering van de arbeidsomstandigheden en opleidingen voor verpleegkundigen + 600 miljoen euro voor het sociaal akkoord publieke sector³ + 200 miljoen euro voor de geestelijke gezondheidszorg). Tegelijk heeft de regering een aparte budgetlijn buiten de begrotingsdoelstelling voorzien

om snel maatregelen te kunnen nemen ingevolge COVID-19-epidemie en om de mogelijke bijbehorende meerkosten op te vangen.

Vanaf 2022 wordt de groeinorm van 2,5% toegepast. Deze norm moet niet alleen het volume-effect in de vraag financieren, maar ook nieuwe zorginitiatieven ondersteunen die bijdragen aan de uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen en de patiëntfactuur verlagen. Nieuw is dat de groeinorm niet alleen verdeeld en toegekend wordt aan de verschillende partiële doelstellingen maar dat, na medisch-sociaal overleg, specifieke keuzes worden gemaakt en op bepaalde aspecten de nadruk wordt gelegd (bijvoorbeeld: de uitbreiding van het verzekerd pakket, de verbetering van de toegankelijkheid, de versterking van de eerste lijn, de verbetering van de kwaliteit, de introductie van innovatie ten dienste van de patiënt, change-management en de bevordering van geïntegreerde zorg). We behouden dus een silo-benadering maar met daarnaast een transversale benadering. En voor bepaalde sectoren waaronder de geneesmiddelen, de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg, wil de regering een stabiel en meerjarig budgettair traject afspreken.

Dit zijn stuk voor stuk maatregelen die in de ogen van CM de goede richting uit gaan want ze bieden de kans om af te stappen van de loutere korte-termijn-silo-benadering en om perspectieven op middellange termijn te openen die meer vertrouwen scheppen om ambitieuzere ontwikkelingen aan te durven. Dit zal weliswaar een aanpassing vergen van het proces van de begrotingsvoorbereiding, maar het zal de mutualiteiten bijvoorbeeld ook in staat stellen om nog meer de vertegenwoordiger en spreekbuis te zijn van de behoeften en belangen van de patiënten.

7) De voortzetting van de hervormingen in het domein ziekenhuizen en de regulering van de ereloon-supplementen

Deze rubriek die CM, net zoals het volgende punt betreffende de geneesmiddelen, verwachtte, stemt op zijn beurt ook tevreden. Maar concreet is het allemaal nog niet. Integendeel, we staan aan het begin. En omdat op dit gebied alles met alles samenhangt⁴, bestaat het risico dat er geen gedeeltelijk akkoord komt zolang men het niet eens is over alles. Maar ook hier brengt de huidige crisis de beperkingen aan het licht van de huidige ziekenhuisfinanciering die grotendeels berust op de "overconsumptie" van zorg. Dit staat dus op het programma: hervorming en vereenvoudiging van de ziekenhuisfinanciering waarbij niet alleen de ontwikkeling

3. Dat de toepassing van het IF-IC beoogt, d.w.z. de aanpassing en verhoging van de barema's voor alle werknemers van ziekenhuizen. <https://www.if-ic.org>

4. Het probleem van de financiering van de ziekenhuizen is nauw verbonden met het probleem van de ereloon-supplementen die aan de patiënten worden aangerekend, en met de handhaving van de financiering per prestatie in plaats van per forfait (wat leidt tot overconsumptie van zorg), en die op hun beurt verband houden met het probleem van de nomenclatuur en de erelonen van artsen.

5. Maatregel beslist onder de voorgaande legislatuur. <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/financiering/Paginas/default.aspx>

van de ziekenhuisnetwerken wordt voortgezet⁵ en er met een meerjarenbegroting wordt gewerkt, maar waarbij ook de hervorming van het ziekenhuislandschap wordt vervolgd door het centraliseren van expertise rond complexe en zeldzame zorg.

Tegelijk zal de regering de erelonen grondig onder de loep nemen en “de groei van de ereloonsupplementen reguleren, stabiliseren en vervolgens afbouwen. Een verschuiving van de activiteiten naar een extramurale setting moet maximaal vermeden worden” (Regeerakkoord, 2020, p. 17) om de toegang tot de zorg voor alle patiënten te versterken. Een vooruitgang is het zeker, maar in onze ogen nog ontoereikend: de afschaffing van de supplementen moet het einddoel blijven. Ten slotte – en we weten dat het een deel van het probleem en dus van de oplossing is – zal de herijking van de nomenclatuur opnieuw te berde gebracht worden met in gedachten de wil om de forfaitaire financiering van de zorgtrajecten te verhogen. Laten we hopen dat het beheer van de COVID-19-crisis niet de hele agenda en alle middelen, energie en creativiteit in beslag zal nemen en dat al dit werk in goede verstandhouding met de zorgverleners, beheerders, verzekeraars en andere stakeholders zal worden uitgevoerd.

Ook andere maatregelen zullen op hun beurt veranderingen met zich meebrengen, zoals de hervorming van de Dringende Geneeskundige Hulpverlening om de patiënt eerder naar het meest geschikte ziekenhuis te brengen en niet noodzakelijk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Ten slotte voorziet het Regeerakkoord in overleg met de deelstaten de reconversie van ziekenhuisbedden in intermediaire structuren en de versterking van de ambulante zorg. Dit zijn stuk voor stuk dossiers die veel pennen in beweging zullen brengen maar die CM bijzonder aandachtig zal volgen omdat ze niet alleen de versterking van de toegankelijkheid en van de kwaliteit van zorg voor de patiënten betreffen, maar ook de transparantie van het gebruik van de middelen, de financiële haalbaarheid voor de beheerders en de noodzakelijke solidariteit tussen zorgverleners.

8) De regulering, inclusief hervorming, van de geneesmiddelenmarkt en van de relatie met de farmaceutische bedrijven

Behalve de versnelling die de sector van de geestelijke gezondheid zal meemaken, is er nog een sector die dankzij, of liever vanwege, COVID-19 in de schijnwerpers is komen te staan en die dus wellicht nieuwe, wezenlijke ontwikkelingen zal ondergaan. Het gaat meer bepaald om de farmaceutische sector met wie de regering wellicht een nieuw pact zal afsluiten. Naast innovatie, toegankelijkheid, tekorten en deontologie, moet het pact de “budgettaire verantwoordelijkheid van de sector beogen opdat de patiënt hier maximaal de vruchten van kan plukken” (Regeerakkoord 2020, p. 18). Meer essentieel gaat het er voor CM vooral om dat de financiering van de sterke groei van de sector niet plaatsvindt ten nadele van de andere

sectoren zoals momenteel het geval is. Om de toegang tot waardevolle en innovatieve geneesmiddelen te blijven garanderen zouden bovendien het terugbetalingsproces, het prijszettingsmechanisme, de werking en transparantie rond deze akkoorden ook grondig hervormd moeten worden.

De regering, getekend door de crisis, gaat nog verder door de oprichting aan te kondigen van een nieuw overlegplatform R&D Biopharma samen met de vertegenwoordigers van de belangrijkste farmaceutische investeerders (HST) en de biotech- en lifescience-industrie. Meernog, de regering zou de ontwikkeling en productie van strategische geneesmiddelen en actieve bestanddelen graag terughalen naar België om onze afhankelijkheid van derde landen te beperken. Kortom, ze wil van België graag een echte “*health and biotech valley*” maken waarin R&D, klinische proeven en productie in ons land worden gestimuleerd.

CM ondersteunt uiteraard de sterke oriëntaties die zijn verwoord, maar toch betreurt ze dat de ambities niet in cijfers zijn omgezet om de sector van de farmaceutische industrie te responsabiliseren en hun jaarlijkse groei in de uitgaven voor gezondheidszorg te beperken. Dit dossier is een belangrijke sluitsteen in het beheer van het gezondheidszorgbudget. Ter herinnering: over de vijf voorgaande jaren (2015-2020) bedroeg de overschrijding van het budget bijna 1,3 miljard euro, teruggebracht tot ongeveer 800 miljoen euro na toepassing van het financiële verantwoordelijkheidsmechanisme van de sector.

Tegelijk zal CM erop toezien dat de regering niet vergeet om in het belang van de volksgezondheid werk te maken van de beperking van het gebruik van met name antibiotica, antidepressiva en maagzuurremmers door maatregelen te nemen die het gedrag van de voorschrijvers beïnvloeden.

9) Aandacht voor het zorgpersoneel en de eerstelijnszorg

Er kan volgens CM geen sprake zijn van gezondheidsbeleid zonder dat het personeel op juiste waarde geschat wordt. Ook hier voelen we vanuit de regering een nieuwe krachtinspanning. Naast de reeds aangehaalde herwaardering (Zorgpersoneelfonds en sociaal akkoord social profit) en de versterking van de eerstelijnszorg in zijn rol als bewaker en coach van het systeem, voorziet het akkoord dat de herziening van de wetgeving op de gezondheidszorgberoepen (wet van 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen) verder wordt uitgerold en gemoderniseerd. De taken worden toegewezen aan zorgverleners die ze op de meest doelmatige en kwaliteitsvolle manier kunnen uitoefenen. Bovendien zal de regering samen met de deelstaten bekijken “hoe de contractstage binnen de opleiding verpleegkunde verankerd kan worden als voorwaarde om toegang te krijgen tot het beroep van verpleegkundige” (Regeerakkoord 2020, p.19). Dit is een belangrijk element om de opleiding aantrekkelijk te maken.

CM wil hier echter een kritische noot bij plaatsen. Globaal genomen zijn er weinig concrete maatregelen. De thuiszorgsector en -beroepen worden nauwelijks vermeld terwijl ze een belangrijke rol spelen in de eerstelijnszorg. Voor de apothekers wordt weliswaar verder nagedacht over hun toekomstige rol, met name op het gebied van therapietrouw en preventie, maar veel meer wordt er niet over gezegd. Ten slotte verwijst het akkoord ook helemaal niet naar de relatie en binding met een huisarts, de echelonering van de gezondheidszorg en een financiering die de coördinatie en interdisciplinariteit ondersteunt.

10) De wil om het probleem rond de quota voor het medisch personeel op te lossen

Last but not least, is er een duidelijke verwoording van de wil om het probleem rond de quota voor geneeskundestudenten die in aanmerking kunnen komen voor een RIZIV-nummer (dossier beter bekend onder de mediagenieke naam “numerus clausus”) op te lossen. In overleg met de deelstaten zal er snel een evaluatie komen om rekening te houden met de behoeften, inclusief het zorgaanbod, de kenmerken van de bevolking en het gebied, terwijl men een responsabiliseringsmechanisme voorziet voor het geval de federale quota niet worden nageleefd. De federale quota en de subquota van de deelstaten worden op elkaar afgestemd en daarbij wordt ook rekening gehouden met de knelpuntspecialisaties. Het evenwicht in de verwoordingen is duidelijk voelbaar maar wij merken ook de wil om de realiteiten en behoeften van de ander in aanmerking te nemen. Wat dat betreft is dit al een aanzienlijke, niet te miskennen vooruitgang. Met het oog daarop voorziet de regering de oprichting van een interfederaal adviesorgaan dat aan de bevoegde federale en deelstaatministers advies geeft.

Als besluit kunnen we stellen dat dit regeerakkoord wat het gezondheidszorgbeleid betreft op papier radicaal verschilt van wat we de voorgaande jaren gekend hebben (qua investeringen, gezondheidsdoelstellingen, respect voor de sociale gesprekspartners, versterkt overleg met de deelstaten en ambities op bepaalde gebieden). En daar kunnen we ons alleen maar over verheugen. Nu moet het nog concreet vorm krijgen! Want het akkoord beoogt veranderingen in zeer zware en talrijke dossiers, en wil met alle belanghebbenden samenwerken. Daar kan CM eigenlijk alleen maar dankbaar voor zijn. Maar naast de historische dossiers zoals de ziekenhuishervormingen of de regulering van de geneesmiddelen, mogen de kleinere, die ook een impact hebben op het dagelijks leven van de patiënten, niet uit het oog verloren worden.

Inderdaad, enerzijds plaatst het akkoord de maatregelen om de privatisering en commercialisering van de zorg tegen te gaan weinig op de voorgrond. Zo blijft het remgeld voor tandverzorging, geneesmiddelen, medisch materiaal, hoorapparaten, brillen, enz. tot nu toe te hoog. Er is wel duidelijk een wil om verandering te brengen in de conventioneringsgraad en in de regulering van

geneesmiddelen en in de ereloonsupplementen (vooral in ziekenhuizen, ook al is deze realiteit ons ook bekend in de ambulante zorg), maar wij vrezen nu al dat de tijd ontbreekt (omdat de huidige crisis de agenda en actoren zo erg in beslag neemt) en dat dit niet zal volstaan. Anderzijds blijft het regeerakkoord, zoals reeds aangestipt voor de herwaardering van de beroepen, oppervlakkig wat betreft de versterking van de eerste lijn. Dat is helaas een beetje naar het voorbeeld van wat we hebben kunnen waarnemen bij het beheer van de twee opeenvolgende crisisgolven. Toch hebben we een sterke eerstelijnszorg met goede interconnecties nodig, alsook een versterking van de omschakeling naar meer ambulante zorg, met name om de uitdagingen op het gebied van veroudering en het meer chronisch worden van de ziekten aan te kunnen.

Ten slotte staat de oprichting van een reeks nieuwe organen (Interfederale adviesraad, Toekomstinstituut, coördinatieorgaan, nieuwe gezondheidszorgdata-autoriteit, enz.), naast de reeds bestaande organen, op de agenda. Zonder hun legitimiteit en meerwaarde opnieuw in vraag te willen stellen, zal de combinatie met het bestaande en de bepaling van de opdrachten, en dus van de samenstelling, van deze organen een uitdaging zijn. Meer ten gronde zou, vanwege de geplande ontwikkeling van het federale institutionele gezondheidszorglandschap, de delicate vraag kunnen rijzen over het evenwicht tussen de wetgevende dynamiek en de dynamiek van medebeheer en paritair beheer, waarvan wij een versterking wensen. We zijn inderdaad overtuigd van de kracht van dialoog en van de meerwaarde van akkoorden met alle actoren, in het bijzonder tussen zorgverleners en mutualiteiten.

3. Armoedebestrijding en versterking van de sociale dekking

Al vóór de crisis hebben we aan de alarmbel getrokken vanwege een aantal problemen gelinkt aan de markteconomie en tekortkomingen op sociaal vlak. De crisis heeft dus alleen maar verergerd wat ons al “riskant” en weinig verdedigbaar, om maar niet te zeggen leefbaar, leek voor een aantal burgers.

Veel van onze overtuigingen zijn op losse schroeven gezet. De crisis herinnert ons aan onze kwetsbaarheid als mens en aan het bovennatuurlijke van de economische en financiële wetten die tegenover de natuurwetten machteloos zijn. Dit klinkt als een waarschuwing. Een vermaning. De voorbije jaren was er een trend om de dekking van het verzekerd pakket in te perken. De crisis door de COVID-19-epidemie heeft ons echter laten zien hoe belangrijk de sociale zekerheid wel is om de crisis aan te kunnen en om duizenden mensen te beschermen tegen het armoederisico. Het is dus wenselijk de waarde van de sociale zekerheid te herstellen en erin te investeren. Tegelijk is het tijd voor een ommezwaai. Tijd om ons model voor het samenleven, voor wat essentieel is, te

herzien. Tijd om de sociale aspecten, gezondheid en milieu te verenigen om de ecologische transitie te ondersteunen en een betere levenskwaliteit voor eenieder te garanderen.

In afwachting verlangt de hele bevolking er op zeer korte termijn naar dat iedereen zich weer beter kan voelen. De burgers en andere actoren zijn toe aan geruststelling en nieuw vertrouwen om de toekomst op een serene manier tegemoet te zien. Momenteel zijn (al te) veel mensen aan het "overleven". Volgens CM zijn de overheden en actoren uit het maatschappelijk middenveld verantwoordelijk voor het creëren van voorwaarden om iedereen een minimum aan waardigheid te bieden en te garanderen. Op dit moment hebben we dus niet zozeer een sociaal actieve staat nodig, in de zin van een staat die individueel responsabiliseert en straft, maar wel een begeleidende sociale staat, die aan de zijde staat, zorgt voor, overeind helpt, levensomstandigheden garanderen waarbij iedereen in zijn levensonderhoud kan voorzien. Wat CM verwacht is dat de samenleving, de regering, in staat is om iedereen een plek te geven in onze maatschappij. Hieronder volgt een kijk op de belangrijkste aangekondigde maatregelen.

En dat begint niet zo best: er is geen sprake meer van het optrekken van de sociale minima boven de armoededrempel maar in de richting van de armoededrempel. Dat is voor CM ontoereikend. In het akkoord van de regering-Michel was de ambitie trouwens duidelijker: "De regering zal de minimale sociale zekerheidsuitkeringen en sociale bijstandsuitkeringen geleidelijk optrekken tot de Europese armoedegrens" (Regeerakkoord, 2014, p.48). Dat betekent natuurlijk nog niet dat de voorgaande regering deze belofte is nagekomen.

Toch gaan verschillende andere maatregelen in de richting van de voorstellen die CM in haar memorandum (2018) of kort na de eerste golf tijdens de coronacrisis in lessen en prioriteiten formuleerde. Zo onderstrepen wij dat er, wat betreft de personen in een chronische armoedesituatie die van bijstandsmaatregelen genieten, bijzondere aandacht besteed zal worden aan energiearmoede, privéschulden, gezondheidsschulden, kinderarmoede en eenoudergezinnen. We stellen echter een gebrek vast aan concrete pistes en maatregelen. Verder komen er maatregelen om psychologische hulp meer toegankelijk te maken voor mensen in armoede. Ten slotte zullen de stimulerende maatregelen herzien worden om de OCMW's aan te moedigen aanvullende financiële hulp te bieden voor huishoudens die over ontoereikend inkomen beschikken, of dat nu gaat over een inkomen uit bijstand, uitkering of arbeid, op voorwaarde echter dat wordt meegewerkt aan een activeringstraject op maat.

Er zijn nog redenen om tevreden te zijn. Bijvoorbeeld wat betreft de maximumfactuur (MAF) voor de patiënt. De regering wil het probleem graag samen met de deelstaten oplossen om ervoor te zorgen dat de geregionaliseerde prestaties worden meegeteld in de federale MAF. Wat de automatisering van rechten betreft, zal de regering zoveel mogelijk komaf maken met het niet-opnemen van rechten en zal ze zich blijven

inspannen om de sociale rechten te automatiseren. Laten we hopen dat dit in de praktijk meer bepaald vorm kan krijgen rond de kwestie van de verhoogde tegemoetkoming die CM zo na aan het hart ligt.

Wat betreft de sociale uitkeringen kunnen we een aantal belangrijke intenties noteren (waarvan de eerste twee op 1 januari 2021 al gedeeltelijk vorm hebben gekregen):

- stapsgewijze uitbreiding van het geboorteverlof van 10 naar 20 dagen;
- invoering van een minimumbedrag voor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vanaf de tweede maand. De vervroeging van de zevende naar de tweede maand van de arbeidsongeschiktheid wordt gemotiveerd door de wens dat ook werknemers met een laag loon een behoorlijke inkomensbescherming krijgen bij ziekte, wat al het geval is bij werkloosheid;
- re-integratie van arbeidsongeschikte personen door de werkgevers en werknemers bij te staan om meer werkbare arbeidsvoorwaarden te creëren, in overleg met de sociale partners. Op de eerste plaats is hierbij de inzet van alle betrokken actoren, dit wil zeggen de werkgevers, werknemers en artsen (huisarts, arbeidsarts, adviserend arts) van groot belang (en niet alleen de responsabilisering die de regering aanprijst en die stilzwijgend de versterking van de sociaal actieve staat aangeeft), zowel op het gebied van preventie als van re-integratie;
- geleidelijke verhoging van het minimumpensioen (volledige en onvolledige loopbaan) naar 1.500 euro netto voor een volledige loopbaan (in geval van een onvolledige loopbaan wordt dit bedrag pro rata verminderd met het verschil tussen de loopbaan en 45 jaar). Dit punt kreeg in de pers al heel veel aandacht. In onze ogen lijkt de aangekondigde verhoging voor een volledige loopbaan (45 jaar dus) tot 1.500 euro netto nog geen vaststaand gegeven. Voor CM was het beter geweest om bijvoorbeeld een bedrag te bepalen ten opzichte van de armoedegrens of een evolutief percentage in plaats van een vast bedrag dat snel achterhaald kan zijn. Laten we niet vergeten dat slechts 23,9% van de werknemers een volledige loopbaan heeft en dat vrouwen, die vaker een loopbaan met onderbrekingen of een kortere loopbaan hebben, duidelijk minder van deze maatregel zullen genieten. Op te merken valt ten slotte dat de regering in het kader van de pensioenhervorming van plan is in de berekening van de loopbaanduur een voorwaarde toe te voegen van effectieve tewerkstelling. Tussen de regels door kunnen we misschien wel lezen dat in de berekening de perioden van niet-tewerkstelling niet langer gelijkgesteld zouden worden, wat vooral vrouwen zou benadelen.

Er valt verder op te merken dat er in de maatregelen bijzondere aandacht zal uitgaan naar de personen die structureel actief zijn in de platformeconomie teneinde hen goede werkomstandigheden en een betere sociale bescherming te bieden. Schijnzelfstandigheid en schijnwerknemerschap

moeten worden bestreden. Daartoe zal, in samenwerking met de sociale partners en de betrokken sectoren, de wet op de aard van de arbeidsrelaties geëvalueerd en, indien nodig, aangepast worden.

4. Financiering van de sociale zekerheid en fiscale hervorming

De gezondheidscrisis heeft aangetoond hoe belangrijk de verschillende takken en uitkeringen van de sociale zekerheid wel zijn, niet alleen als schokdemper maar ook als belangrijke voorwaarde/factor om alle economische en non-profit-activiteiten opnieuw op gang te brengen. Maar jammer genoeg heeft de crisis ook de grenzen van het systeem aangetoond, met name betreffende de financiering ervan. Deze financiering stond al vóór de crisis onder hoge druk en 2020 moest een keerpunt zijn.

Daarom bestond de uitdaging voor CM erin om het 20-uur-applaus, een vorm van collectieve, emotionele ondersteuning, om te zetten in geïnstitutionaliseerde, interpersoonlijke solidariteit aan de hand van een structurele en stevige herfinanciering van de sociale zekerheid. Deze (her)financiering moet enerzijds alle stelsels (ambtenaren, zelfstandigen en werknemers) bij de inspanning betrekken, en mag anderzijds niet de vorm krijgen van een one-shotmaatregel in crisistijd; ze moet voor de langere duur bedacht en ingevoerd worden om de inkomsten en bijdragen (opnieuw) in balans te brengen.

Vandaag bevinden we ons dus in een momentum waarbij de meeste actoren (burgers, werkgevers, politici) een nieuw paradigma kunnen kiezen en de financiering van de sociale zekerheid, en de sociale bijdragen, zowel van werknemers als van werkgevers, niet langer meer als een kostenpost kunnen beschouwen maar als een investering!

Vanuit deze positie keek CM met belangstelling uit naar dit hoofdstuk.

4.1. Aankondiging van twee grote hervormingen

Globaal genomen zijn er twee grote ambities aangekondigd waarvan de principes aan onze verwachtingen tegemoetkomen. Om te beginnen op het gebied van sociale zekerheid. De duidelijk aangegeven doelstelling is een diepgaande modernisering, in samenwerking met de sociale partners. De Verklaring van de Sociale Partners naar aanleiding van 75 jaar sociale zekerheid zal daarbij het vertrekpunt zijn. En in het akkoord worden de bakens overgenomen in een opsomming van sleutelwoorden: "een toekomstgerichte sociale zekerheid; een duurzame sociale zekerheid; een cultuur van monitoring en evaluatie; een sterke en doelmatige sociale zekerheid; een inclusieve arbeidsmarkt; een innovatieve en duurzame economie; governance en

paritair beheer" (Regeerakkoord, 2020, p.20). Verder moeten de statuten van werknemer, zelfstandige en ambtenaar naar elkaar toegroeien, met respect voor verworven rechten. De regering zal hiertoe tegen eind 2021 een voorstel formuleren.

Op fiscaal vlak zal de regering een brede hervorming voorbereiden om het belastingstelsel te moderniseren, te vereenvoudigen en meer rechtvaardig en neutraal te maken. Op die manier zal deze hervorming bijdragen aan de engagementen van de regering in dit Regeerakkoord, zoals: "het verhogen van de werkzaamheidsgraad; het ondersteunen van de klimaatambities; het aanmoedigen van het ondernemerschap; het stimuleren van investeringen; de strijd tegen armoede; de ondersteuning van gezinnen; de klimaat- en milieudoelstellingen halen" (Regeerakkoord, 2020, p.51).

4.2. Vooruitgang op het gebied van financiering?

Wat dat betreft had CM enkele grote verwachtingen geformuleerd. De overheersende algemene indruk is die van een soort continuïteit van de voorgaande regering: verhoging van de fiscaliteit om de sociale zekerheid te financieren ten nadele van de sociale bijdragen. Zo komt men bijvoorbeeld niet terug op de taxshift, noch op de compensatie ervan.

Toch zijn er intenties en stappen voorwaarts verwoord. Om deze in te schatten toetsen we ze aan onze vier hoofdeisen op dat gebied.

4.2.1. [De basis- en evenwichtsdotaties garanderen](#)

Voor CM ging de prioriteit uit naar een herziening van de wet inzake de financiering van de sociale zekerheid om de basisdotatie te verhogen en de toekenning van de evenwichtsdotatie structureel te verduurzamen zonder ze aan externe criteria te onderwerpen betreffende het goed beheer van de sociale zekerheid.

Tot onze grote tevredenheid kunnen we in het akkoord lezen dat "de evenwichtsdotaties aan de stelsels van sociale zekerheid voor onbepaalde duur verlengd worden in de wet tot hervorming van de financiering van de sociale zekerheid" (Regeerakkoord, 2020, p. 20). En dat is inmiddels een feit! De evenwichtsdotatie is voor onbepaalde duur hernieuwd. En ze is in 2020 met 7 miljard euro verhoogd om de impact van de COVID-19-crisis te compenseren. Dit is de grootste vooruitgang voor de financiering van de sociale zekerheid waarover CM zich verheugt. Eén kritische noot: de problematische noties "voorwaarden" en "verantwoordelijkheden" zijn gehandhaafd.

4.2.2. [Geleidelijk een nieuwe algemene verhoging van de brutolonen aandurven](#)

België heeft zijn loonhandicap ten opzichte van zijn buurlanden weggewerkt. Bovendien blijft het loonaandeel dalen. Ons land heeft voortaan een concurrentievoordeel wat betreft de

loonkosten en kent een hogere productiviteit dan haar burens. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, houdt het probleem van het concurrentievermogen niet zozeer verband met de lonen. Daarom drong CM enerzijds aan op een herziening van de wet van 1996 over de loonnorm om de sociale partners nieuwe onderhandelingen te laten opstarten over de verhoging van de brutolonen. Zonder aan de bijdragepercentages te tornen zou dat het aandeel van de bijdragen in de globale financiering versterken.

Daarover wordt helemaal niks gezegd in het regeerakkoord.

4.2.3. De werkzaamheidsgraad en kwaliteitsvolle banen verhogen om de inkomsten uit sociale bijdragen te verhogen

CM had drie wensen: a) een wettelijke regulering van de lonen in natura (extralegale voordelen en cafetariaplan die blijven toenemen terwijl het brutoloon stagneert) om deze te beperken en om een eind te maken aan de belastingvrijstelling teneinde een bijdrage aan de financiering van de sociale zekerheid te garanderen; b) de bestrijding van de groeiende werkonzekerheid, schijnzelfstandigheid en atypische banen (platformeconomie) om deze te laten genieten van en te laten bijdragen aan de sociale zekerheid; c) de stopzetting van de bijdrageverminderingen, met in voorkomend geval, een verschuiving naar verminderingen gericht op de lage lonen.

De maatregel in het akkoord is aan de magere kant en eerder indirect: "Met betrekking tot de personenbelasting streeft de regering naar een vereenvoudiging waarbij aftrekposten, belastingverminderingen en uitzonderingsregimes geleidelijk en zoveel mogelijk uitdoven en waarbij we een geleidelijke verschuiving organiseren van alternatieve verloningsvormen richting verloning in euro's" (Regeerakkoord, 2020, p. 52). Het eerste deel van de intentie betreft wel degelijk fiscale maatregelen die vanuit ons standpunt de goede richting uit gaan, maar er is geen sprake van een gelijkaardige dynamiek op het gebied van de sociale bijdragen. Een zorgwekkend element is het lot van de extralegale voordelen. De regering heeft het over de omzetting van de extralegale verloningsvormen in euro's. Een aandachtspunt is de (para)fiscale behandeling die deze verloningsvormen in euro's zullen ondergaan. Als deze voordeliger is dan die van brutolonen, zal dat een verschillende behandeling dan voor geldbedragen bevestigen (een deel zou onderworpen zijn aan het brutoloon en een ander deel aan lagere bijdragen/personenbelastingen). Dat kan leiden tot een zorgwekkende mogelijkheid om brutoloon om te zetten in verloningsvormen in euro's die zouden bijdragen aan de ontfinanciering van de sociale zekerheid.

Ten slotte lijken bepaalde maatregelen voor de herfinanciering van de sociale zekerheid ons maar matig geloofwaardig: de regering rekent op tewerkstellingscreatie (met een werkzaamheidsgraad van 80%), wat gezien de huidige context

weinig waarschijnlijk lijkt. En ook de impact op de bestrijding van sociale fraude en sociale dumping lijkt te optimistisch.

4.2.4. De fiscale basis verbreden om hetgeen rijkdom produceert en aan de collectieve bijdrage ontsnapt, te laten bijdragen

Ook hier wilde CM een ambitieuze maar realistische positie innemen rond vier maatregelen: een belasting voorzien op de inkomsten uit vermogen, een belasting invoeren op financiële transacties die aan de reële economie ontsnappen, een belasting heffen op de digitale activiteiten van de GAFA (Google, Apple, Facebook en Amazon) en andere internetgiganten om de algemene middelen te financieren en ten slotte, een algemene sociale "crisis"-bijdrage invoeren (uitgaande van een zo breed mogelijke belastbare basis om het percentage zo laag mogelijk te houden), bestemd voor de behoeften van de sociale zekerheid.

Bij het lezen van het akkoord zien we een maatregel die aan onze verwachtingen rond de digitale belasting tegemoetkomt. Er staat inderdaad in dat België het voortouw zal nemen in de besprekingen op internationaal niveau (OESO - EU). De voorkeur gaat uit naar een internationaal akkoord. Komt het (binnen de OESO en de EU) niet tot een akkoord, dan zal België in 2023 een belasting op de digitale dienstverlening invoeren.

Verder ligt een tweede aangekondigde maatregel ook in de lijn van onze verwachtingen. We zien inderdaad dat men de werklast wil verminderen (zowel voor werknemers en ambtenaren als voor zelfstandigen, ook rekening houdend met de parafiscale lasten), maar toch is tegelijk een verbreding van de belastbare basis voorzien ter compensatie en om een duurzame financiering van deze verlaging te garanderen. Maar goed, als het dus om een verschuiving van de werklast naar de fiscale druk gaat, zegt de tekst nog niet precies waarop (op het kapitaal?) noch met welke bestemming (sociale zekerheid, ecologische transitie?).⁶

5. Staatshervorming

Als er één hoofdstuk is dat nergens geheimzinnig over doet, is het dit wel. Wat echter meer verrast, en misschien wel in de positieve zin, is de manier waarop het dossier wordt aangepakt, zowel inhoudelijk, rond een meer zinvolle doelstelling, als formeel, alsof de politiek zich ervan bewust geworden is dat de zesde staatshervorming niet meer het te volgen voorbeeld was.

Wat de inhoud betreft, beoogt de regering een "nieuwe staatsstructuur vanaf 2024 met een meer homogene en efficiënte bevoegdheidsverdeling met inachtneming van de

6. In dit stadium blijft deze maatregel erg vaag. Wij nemen aan dat het duidelijker zal worden als de fiscale hervorming eenmaal is opgestart.

principes van subsidiariteit en interpersoonlijke solidariteit. Dit zou ertoe moeten leiden dat de deelstaten in hun autonomie en het federaal niveau in zijn slagkracht versterkt worden” (Regeerakkoord, 2020, p. 79). Wat de vorm betreft: “De regering zal hierover een breed democratisch debat met de burger, het middenveld en de academische wereld, alsook een dialoog tussen de politieke vertegenwoordigers organiseren onder leiding van twee ministers (een Nederlandstalige en een Franstalige) om de bestaande structuur te evalueren” (Regeerakkoord, 2020, p. 79)

Voor de gezondheidszorg zijn evenwel een prioriteit en een richtlijn bepaald. De regering wil inderdaad “tijdens deze legislatuur wetteksten integreren betreffende een meer homogene bevoegdheidsverdeling op het vlak van de gezondheidszorg. De bedoeling is een zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt (gefedereerde entiteiten) zonder dat aan de solidaire financiering wordt geraakt” (Regeerakkoord, 2020, p. 80). A priori zal onze sector recht hebben op een bijzonder regime. De beleidsverklaring van de ministers Verlinden en Clarinval, belast met de institutionele hervormingen en de democratische vernieuwing in het Federaal parlement, heeft geen nieuwe informatie opgeleverd (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2020). Wel is al aangekondigd dat de regering zal onderzoeken in welke federale bestuurs- of beheersorganen er bijkomend vertegenwoordigers van de deelstaten kunnen worden opgenomen met het oog op een grotere synergie tussen de beleidsniveaus. Zo is, wat het RIZIV betreft, al aangekondigd dat een vertegenwoordiging van de deelstaten gewaarborgd zal zijn zonder afbreuk te doen aan de beslissingsbevoegdheid van de federale overheid en de sociale partners.

CM neemt akte van de gemaakte politieke keuze. CM zal waakzaam moeten zijn en blijk moeten geven van haar vermogen om voorstellen te doen, zowel op federaal niveau als in de deelstaten, samen met het NIC, om methodisch en objectief werk te leveren, gebaseerd op principes die met name de belangen van de patiënten een centrale plek geven in de hervorming. De hervorming mag geen doel op zich zijn maar een middel om zo efficiënt mogelijk vorm te geven aan een duurzaam model voor gezondheidszorg dat aan de huidige noden van de patiënten voldoet en aan de toekomstige uitdagingen is aangepast. En dat vereist ook dat, ongeacht de institutionele omzetting van dit model, alle gefedereerde en federale entiteiten eenzelfde high-levelvisie van het gezondheids(zorg)beleid in België delen.

6. De prioriteiten van CM

Zoals in de inleiding vermeld, loopt de regering het gevaar dat ze door de hoge ambitie van dit akkoord voor een harde realiteit komt te staan: legislatuur versus tijd. Gezien enerzijds de tijd die aan de regeringsvorming “verloren” ging, en anderzijds de

tijd die naar het beheer van de gezondheids crisis gaat, zou wat overblijft weleens kort kunnen zijn. Temeer omdat de relatie met die tijd niet alleen kwantitatief is maar ook kwalitatief moet zijn. Zo zit de regering, naar het voorbeeld van topsporters, na een trainingsperiode (de 662 dagen voor de voorbereiding van het akkoord) nu in de periode van krachtinspanningen, een bijzonder lange periode vanwege de huidige crisis. Toch mag een derde periode niet verwaarloosd worden. In ieders belang. Namelijk de tijd om weer op krachten te komen (die zeldzame en kostbare tijd die we onszelf moeten gunnen) voordat de cyclus herbegint. Zullen we, zonder die derde periode, in staat zijn om alle aangekondigde hervormingen, te realiseren? En zullen we ons deze derde periode kunnen veroorloven?

Hoe dan ook heeft CM, vanuit een proactieve intentie, prioriteiten vastgelegd om zo haar middelen te concentreren op de dossiers met de hoogste toegevoegde waarde. Omdat kiezen verliezen is, is dit uiteraard geen evidente aanpak, wel een broodnodige. Een gelijkaardige oefening heeft trouwens tegelijk plaatsgevonden binnen het NIC. Het gaat om een twintigtal dossiers die volgens ons voorrang moeten krijgen en waarin we willen wegen op de politieke agenda, betrokken willen zijn voorstellen willen kunnen doen.

Ieders waardigheid garanderen

1. De automatisering van de sociale rechten versterken (strijd tegen non-take up) en de afgeleide rechten verbeteren;
2. De sociale minimums minste verhogen tot de armoededrempel en het minimumpensioen optrekken;
3. Een forfaitaire minimumvergoeding invoeren (zonder onderzoek naar de samenstelling van het gezin) vanaf de tweede maand arbeidsongeschiktheid;
4. Oplossing voor de federale maximumfactuur wat betreft het in aanmerking nemen van het remgeld gelinkt aan de regionale prestaties.

Gezondheid als een gemeenschappelijk goed beschouwen

5. De geestelijke gezondheid als nieuwe pijler van het gezondheidsbeleid en als actor geïntegreerd in de eerstelijnszorg/basiszorg. Letten op de regulering en financiële toegankelijkheid ervan. CM wil een rol spelen op het vlak van gezondheids promotie en preventie (en dus ook de oorzaken aanpakken) en van het risico op uitputting van de mensen;
6. Hefbomen inzetten om de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg te versterken: de hoge kosten ten laste van de patiënten verlagen door het verhogen van de conventioneringsgraad in de ambulante zorg (in het bijzonder voor bepaalde specialisaties waar deze erg laag is) en door het mechanisme van de partiële conventionering te herzien;
7. De ziekenhuisfinanciering herzien en de ziekenhuiskosten reguleren via een vermindering van de ereloon supplementen;
8. In het kader van een Europees geneesmiddelenbeleid een regelgeving rond de prijzen en de beschikbaarheid van geneesmiddelen te stimuleren die toeziet op hun financiële toegankelijkheid voor overheid en patiënt;

9. Het uitwerken van acties rond de oorzaken van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, die gericht zijn op een verhoging van de levensverwachting in goede gezondheid, als inzetten op de periode na arbeidsongeschiktheid om deze personen te begeleiden in een reïntegratietraject;
10. De toegankelijkheid van niet-dringend ziekenvervoer garanderen, in het bijzonder in een context waarin de ziekenhuisnetwerken ontwikkeld worden.

Vermindering van de sociale gezondheidsongelijkheden

11. Gezondheidsdoelstellingen bepalen vanuit de principes van een holistische aanpak van gezondheid (gericht op de gezondheidsdeterminanten, preventie en gezondheidspromotie en de strategie *Health in All Policies*, en met als doel het verminderen van gezondheidsongelijkheden. Erover waken dat deze doelstellingen overlegd en afgestemd zijn tussen de verschillende beleidsniveaus en dat het Verzekeringscomité van het RIZIV, waarin de belangrijkste actoren zetelen, een aanzienlijke bijdrage kan leveren aan de voorbereiding en begeleiding om ze te realiseren;
12. De regels voor de begrotingsvoorbereiding herzien met het oog op een meerjarenplanning voor bepaalde sectoren;
13. De middelen bestemd voor gezondheidspreventie worden aanzienlijk verhogen;
14. Strategieën opzetten om een programma voor volksgezondheid te ontwikkelen en te ondersteunen in kansarme gebieden via maatregelen op verschillende gebieden: toegankelijke gezonde voeding, toegankelijke kwaliteitsvolle huisvesting, sport- en vrijetijdsactiviteiten, sociale contacten, financiële zekerheid, vermindering van werkgerelateerde stress, voorkoming van eenzaamheid en versterking en veiligstelling van de sociale zekerheid.

Een betere organisatie van de gezondheidszorg

15. In het kader van de evolutie van het federale institutionele landschap (oprichting van een datacentrum Data Health Council, Interfederale Adviesraad, Toekomstinstituut, evolutie van het RIZIV met de toekomstige aanwezigheid van de deelstaten): erop toezien dat de dynamiek van paritair medebeheer versterkt wordt naar het voorbeeld van de bestaande beheersorganen binnen het RIZIV (Verzekeringscomité, enz.), met een beslissende rol ten overstaan van de publieke autoriteiten;
16. Werk maken van de voorbereiding van een staats-hervorming op het gebied van gezondheidszorg die een versterking betekent van de toegankelijkheid, haar democratisch karakter en haar efficiëntie (zowel voor het levens- en zorgtraject van de patiënt, als voor de rol van de zorgverlener en van andere actoren rond de patiënt);
17. De projecten voor geïntegreerde zorg aanmoedigen met het oog op een structurele integratie op de lange termijn. In deze projecten hebben de mutualiteiten de gelegenheid een rol te spelen (onder andere op het gebied van coaching, preventie, de ondersteuning van de samenwerking tussen de verschillende actoren, enz.). De digitalisering kan de geïntegreerde zorgaanpak faciliteren.

Rol van de verzekeringsinstellingen

18. In staat zijn om als verzekeringsinstelling voorstellen te doen voor de herziening van het federale institutionele landschap (ten overstaan van het RIZIV en de synergieën tussen de instellingen) en het regionale (staats-hervorming - model voor medebeheer: paritair en/of raadgevend afhankelijk van de opties van de entiteiten van de Groep);
19. Het implementeren van de nieuwe functies van de verzekeringsinstellingen uitgaande van het kader vastgelegd in het Pact van Maggie de Block (waaronder de verheldering van de functie adviserend arts/arts-directeur), van de lessen uit de COVID-19-crisis en van de gezondheidsdoelstellingen, preventie en gezondheidspromotie (proactief gebruik van de gegevens om de leden correct te kunnen begeleiden en om ze te versterken vanuit een op volksgezondheid gerichte benadering en in een juridisch kader dat overeenstemt met de GDPR (inzet voor het partnerschap met de Data Health Council);
20. De ontwikkeling van de financiële en administratieve verantwoordelijkheid van de mutualiteiten in het licht van hun opdrachten om de wetten toe te passen, controles uit te voeren op de zorgverleners en de uitgaven binnen de budgettaire lijnen te houden;
21. De plaats en rol van de verzekeringsinstellingen als vertegenwoordiger van de patiënt, in haar opdrachten als sociale beweging, aanezijdevan de patiëntenverenigingen, waarborgen binnen besluitvormings- en adviesorganen in het kader van de beleidsevolutie voor de eerstelijnszorg, de ontwikkeling van ziekenhuisnetwerken, de implementatie van een beleid gericht op preventie en gezondheidspromotie, de prioriteiten op het gebied van geneesmiddelen, enz.

Bibliografie

- *Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (2020) Beleidsverklaring: Institutionele Hervormingen en Democratische vernieuwing*. Beschikbaar op <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1610/55K1610024.pdf>
- Christelijke Mutualiteit (2018) *13 keuzes voor de gezondheidszorg van morgen: CM Memorandum in het kader van de verkiezingen van 2019*. Beschikbaar op https://www.cm.be/media/CM-memorandum-verkiezingen-mei-2019-prioriteiten_tcm98-53019.pdf
- *Regeerakkoord* (2014) Beschikbaar op https://premier.wilmes-ii.archive.belgium.be/sites/default/files/articles/accord_de_Gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf
- *Regeerakkoord: Voor een welvarend, solidair en duurzaam België* (2020) Beschikbaar op https://www.belgium.be/sites/default/files/Regeerakkoord_2020.pdf

Het zorgtraject geboorte in België: stand van zaken en voorstel(len)

Gauthier Vandeleene, Hervé Avalosse – Studiedienst

Samenvatting

In dit artikel wordt ingegaan op de opvolging van moeders tijdens en na hun zwangerschap, door verschillende zorgverleners (voornamelijk gynaecologen, vroedvrouwen en kinesitherapeuten). We bekijken in hoeverre de moeders contact hebben gehad met deze zorgverleners en hoeveel daadwerkelijke contacten er zijn geweest.

Voor de moeders die bij CM zijn aangesloten, zien we aldus de volgende grote trends:

- *Een groot aandeel voor gynaecologen: ze zijn vooral aanwezig tijdens de zwangerschap (gemiddeld zo'n 12 contacten), maar minder na de bevalling (1 tot 2 contacten in de 3 maanden na de geboorte);*
- *Een stijgend aantal contacten met vroedvrouwen (gemiddeld bijna 4 contacten tijdens de zwangerschap en 5 contacten binnen de 3 maanden na de geboorte);*
- *Niet te verwaarlozen activiteiten van kinesitherapeuten: 30% van de moeders maakte gebruik van kinesitherapie tijdens hun zwangerschap, bijna 70% binnen de drie maanden na de bevalling.*

Maar we stelden ook vast dat niet alle moeders op dezelfde manier worden opgevolgd: er zijn aanzienlijke regionale verschillen en een sociale gradiënt in het nadeel van moeders met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT) (indicator voor een laag inkomen). Wat de opvolging betreft zien we extreme situaties: enerzijds lijkt aan veel vrouwen een groot aantal contacten te worden verleend als we kijken naar de verschillende specialisaties; anderzijds krijgt een niet te verwaarlozen deel van de moeders (veel) te weinig begeleiding. Uiteindelijk bevinden we ons dus in een paradoxale situatie: ondanks de substantiële activiteiten van de zorgverleners is een systematische opvolging van alle moeders niet gegarandeerd, noch vóór, noch na de geboorte.

Deze vaststelling werd ook al gedaan door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Om de situatie te verbeteren, pleit het KCE voor de invoering van een geïntegreerd en gecoördineerd pre- en postnataal zorgtraject. Dat zou de garantie bieden dat de nodige verstrekkingen worden geleverd, overeenkomstig de behoeften van de (aanstaande) moeder.

Sleutelwoorden: Geboorte, vroedvrouw, gynaecoloog, kinesitherapeut

1. Inleiding

Elk jaar zijn er in België meer dan 110.000 geboorten. Ook al zien we dit aantal de laatste tien jaar afnemen, het blijft een feit dat een meerderheid van de vrouwen in België minstens één keer in hun leven zullen bevallen. Het is dus zowel een veel voorkomende handeling (want zeer wijdverspreid onder de bevolking) als een heel bijzondere handeling (omdat elke vrouw niet 'veel' van dit soort ervaringen zal hebben). Het is een moment dat goed moet worden voorbereid, alleen of met

de hulp van een professional. Het is bovendien een periode waarin de gezondheid van de aanstaande moeder (en haar baby) zeer nauwlettend in de gaten wordt gehouden, en terecht. Dat is wat we in dit artikel het 'zorgtraject geboorte' noemen: een reeks geneeskundige verstrekkingen voor (aanstaande) moeders tijdens hun zwangerschap, vergoed door de verplichte ziekteverzekering.

Als we er echter van uitgaan dat achter het begrip zorgtraject een bepaalde coördinatie en systematiek moet schuilgaan in de begeleiding van aanstaande moeders, moeten we helaas

vaststellen dat zo'n traject, in de ware betekenis van het woord, paradoxaal genoeg niet echt bestaat in België. Er is geen enkele verplichting tot opvolging voor een aanstaande moeder en strikt genomen is er dus ook geen 'geboortetraject'. Dat wordt geheel overgelaten aan het oordeel van de moeder zelf en van de door haar bezochte zorgverleners. Elk ziekenhuis (of elk kraamzorgcentrum) heeft zijn eigen aanbevelingen voor de opvolging van aanstaande moeders, en het staat deze laatste geheel vrij om zo'n advies al dan niet op te volgen, en dat zowel vóór als na de geboorte.

In dit artikel zullen we proberen de huidige contouren van de opvolging van aanstaande moeders te achterhalen. De aanleiding hiervoor is grotendeels de (recente) beslissing om het aantal dagen dat moeders en hun baby('s) op de kraamafdeling doorbrengen te verminderen: tussen 2015 en 2019 is dit aantal verblijfsdagen gemiddeld zo'n 30% afgenomen bij natuurlijke bevallingen. Het gevolg was een grotere behoefte aan opvolging voor (aanstaande) moeders (in ieder geval na de geboorte), om hen beter voor te bereiden op een vroegere terugkeer naar huis.

We willen zowel de situatie beschrijven als een aantal mogelijkheden voor de verbetering van het zorgtraject uitstippelen, naar het voorbeeld van een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (Benahmed et al., 2019a) over deze kwestie. We zullen hierbij als volgt te werk gaan. Eerst kiezen we de gebruikte methode en vervolgens lichten we toe hoe aanstaande moeders vóór (wat betreft bepaalde gezondheidsprofessionals) en na de geboorte worden begeleid. Ook zullen we de provinciale verschillen onderstrepen die ons belangrijk lijken. Ondertussen wijzen we op de significante afname van het aantal dagen op de kraamafdeling. Vervolgens leggen we een verband met de KCE-studie over het zorgtraject en geven we voorbeelden

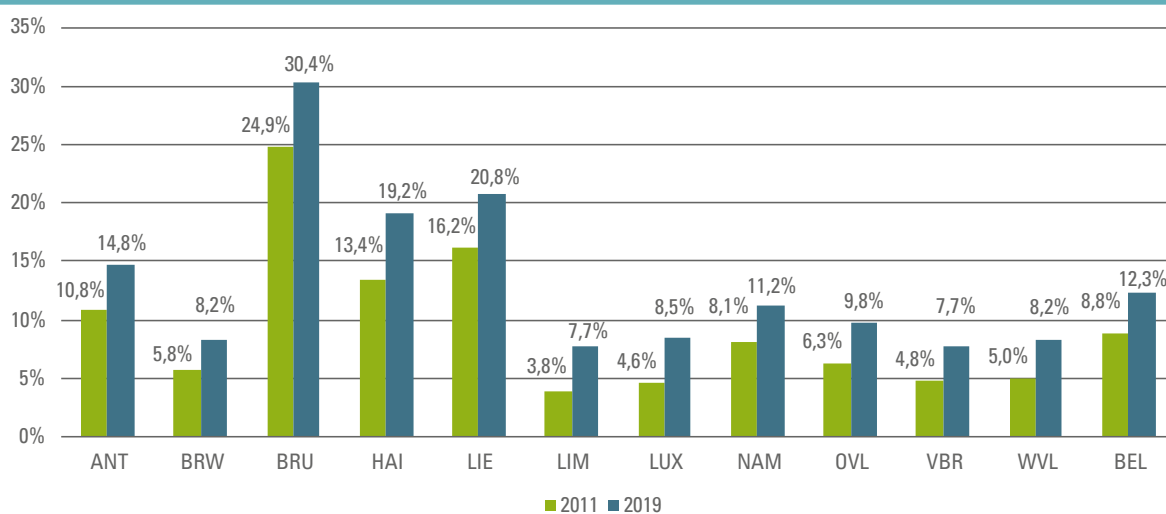
van zorgtrajecten in het buitenland, om ten slotte enkele mogelijkheden voor hervormingen voor te stellen.

2. Methode

We selecteerden alle moeders, aangesloten bij CM, die tussen 2011 en 2019 zijn bevallen. Dat betekent ongeveer 400.000 personen in de onderzochte periode. Al deze moeders zijn ongeveer 29 tot 32 jaar oud (de gemiddelde leeftijd stijgt ietwat, maar niet veel). We hebben niet alleen de bevallingen in aanmerking genomen die plaatsvonden in het ziekenhuis, maar ook deze daarbuiten: het is uiteraard perfect mogelijk om buiten een ziekenhuisomgeving een kind op de wereld te zetten, maar in ons land blijft dit toch een eerder uitzonderlijke situatie (voor moeders aangesloten bij CM gaat het slechts om 82 bevallingen per jaar). Anderzijds hebben we, om te kunnen spreken van 'vrouwen' of 'moeders' (en deze analyse een persoonlijker tintje te geven) in plaats van 'bevallingen', telkens wanneer een vrouw tweemaal in hetzelfde jaar was bevallen, de tweede bevalling uit de analyse weggelaten (dat blijft natuurlijk eerder zeldzaam, in de orde van 5 tot 10 bevallingen op bijna 44.000 per jaar).

Een aanzienlijk deel van deze moeders heeft recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT), wat duidt op een laag beschikbaar inkomen. Bovendien zit dit aandeel op Belgisch niveau in stijgende lijn (zie Figuur 1¹): van 9% in 2011 naar al iets meer dan 12% in 2019. Hier zijn er grote verschillen: in 2019 bedraagt het percentage VT-moeders dat bevallen is 30% in Brussel, tegenover 19 tot 20% in de provincies Luik en Henegouwen en 15% in de provincie Antwerpen. Dat is een bevinding waar we blijvend aandacht voor moeten hebben:

Figuur 1: Percentage VT onder de geselecteerde moeders – 2011 en 2019



1. De provincies worden op de volgende manier aangeduid: ANT=Antwerpen, BRW=Brabant wallon, HAI=Hainaut, LIE=Liège, LIM=Limburg, LUX=Luxembourg, NAM=Namur, OVL=Oost-Vlaanderen, VBR=Vlaams-Brabant, WVL=West-Vlaanderen. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt aangeduid met BRU. BEL verwijst naar België.

niet alle moeders hebben dezelfde kansen om een goed ‘geboortetraject’ op te zetten. We merken op dat deze stijgende trend niet specifiek is voor moeders, maar eveneens wordt waargenomen in de groep vrouwen tussen 20 en 40 jaar in het algemeen.

Voor alle geselecteerde moeders keken we hoe de opvolging van de zwangerschap was verlopen, maar ook in welke mate bepaalde zorgen werden verstrekt na de geboorte. Verder kijken we naar enkele aspecten die verband houden met de bevalling zelf, zoals het type bevalling, de verblijfsduur in het ziekenhuis, of de aanstaande moeder al dan niet een epidurale verdoving heeft gekregen.

Met uitzondering van de opvolging van de baby’s door kinderartsen, hebben alle hierna volgende resultaten betrekking op de moeders. Een indicator zoals het opvolgingspercentage door vroedvrouwen geeft het percentage moeders weer dat ten minste één keer contact heeft gehad met een vroedvrouw. Voor het inschatten van het aantal contacten houden we alleen rekening met (aanstaande) moeders die minimaal één effectief contact hebben gehad met een bepaalde zorgverlener. Op basis hiervan wordt de verdeling van het aantal contacten met deze zorgverlener berekend.

Ten slotte is, wat betreft de zwangerschappen die hieronder worden bestudeerd, zowel rekening gehouden met normale zwangerschappen als ‘risicozwangerschappen’ (die we dus niet hebben uitgesloten). Hoe groot is het percentage ‘risicozwangerschappen’? Alles hangt natuurlijk af van wat men beschouwt als risicofactoren. In het KCE-rapport wordt hiervoor een indicatie gegeven. Het percentage ‘risicozwangerschappen’ wordt² voor ons land geschat op 20% (voor de periode 2010-2016).

3. Prenatale kraamzorg

We richten ons op verschillende gezondheidszorg-verstrekkingen³: contacten met gynaecologen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten. Maar we kijken ook naar de mate waarin moeders toegang hebben tot echo’s, CMV-screenings⁴ en niet-invasieve prenatale tests (NIPT, gebruikt om trisomie 21 ofwel het downsyndroom op te sporen).

3.1. Opvolging door gynaecologen

Aanstaande moeders worden bijna allemaal opgevolgd door een gynaecoloog. Hierbij bedoelen we de poliklinische raadplegingen tijdens de zwangerschap vóór de opname op de kraamafdeling. Het opvolgingspercentage door gynaecologen ligt in de orde van 99 tot 100% en is niet veranderd in de onderzochte periode (2011 tot 2019). Het aantal contacten is hoog en verschilt niet veel van jaar tot jaar. Dit toont aan dat de gynaecoloog een centrale rol speelt bij het opvolgen van zwangerschappen. Zoals te zien is in Figuur 2, bedraagt het aantal contacten in 2019 voor België ongeveer 11 tot 12 (mediaan en gemiddelde). Hierbij moet echter worden opgemerkt dat bijna 25% van de moeders 14 of meer contacten heeft gehad (P75) en 5% van hen 20 of meer contacten (P95). We zien ook regionale verschillen⁵: in Vlaams-Brabant ligt het aantal eerder rond de 10 tot 11 contacten (met 11 het gemiddelde en 10 de mediaan), terwijl in Henegouwen het aantal contacten rond de 14 ligt.

3.2. Opvolging door vroedvrouwen

De geobserveerde vooruitgang is hier spectaculair. Zoals we zien in Figuur 3, is het opvolgingspercentage door vroedvrouwen vóór de geboorte aanzienlijk gestegen: op Belgisch niveau zien we een stijging van 45% in 2011 naar ongeveer 80% in 2019. In sommige provincies is de situatie zelfs nog beter: in Limburg heeft 95% van de aanstaande moeders voor de bevalling minstens één contact gehad met een vroedvrouw in 2019. Hetzelfde zien we in de provincie Luxemburg, waar dit percentage 89% is. Anderzijds ligt het opvolgingspercentage in de provincie Antwerpen in 2019 met 69% een stuk lager dan het landelijk gemiddelde.

Naast deze geografische verschillen is er ook sprake van een sociale kloof. In Figuur 4 tonen we het opvolgingspercentage door vroedvrouwen, afhankelijk van de sociale status van de moeder (VT/niet-VT). Dat percentage stijgt zowel voor VT- als voor niet-VT-moeders, maar voor de laatste groep gaat de stijging wel langzamer. In 2019 heeft ongeveer 82% van de niet-VT-moeders contact gehad met een vroedvrouw. Maar voor VT-moeders blijft dit percentage hangen op ongeveer 69%. We zien dat dit sociale verschil blijvend is: de kloof tussen VT en niet-VT neigt zelfs groter te worden in de bestudeerde periode.

2. De risicofactoren die in dit KCE-rapport worden beschreven, zijn:

1) leeftijd: de moeder is jonger dan 18 of ouder dan 40

2) de aanwezigheid van reeds bestaande comorbiditeiten (bijvoorbeeld: diabetes, hypertensie, enz.)

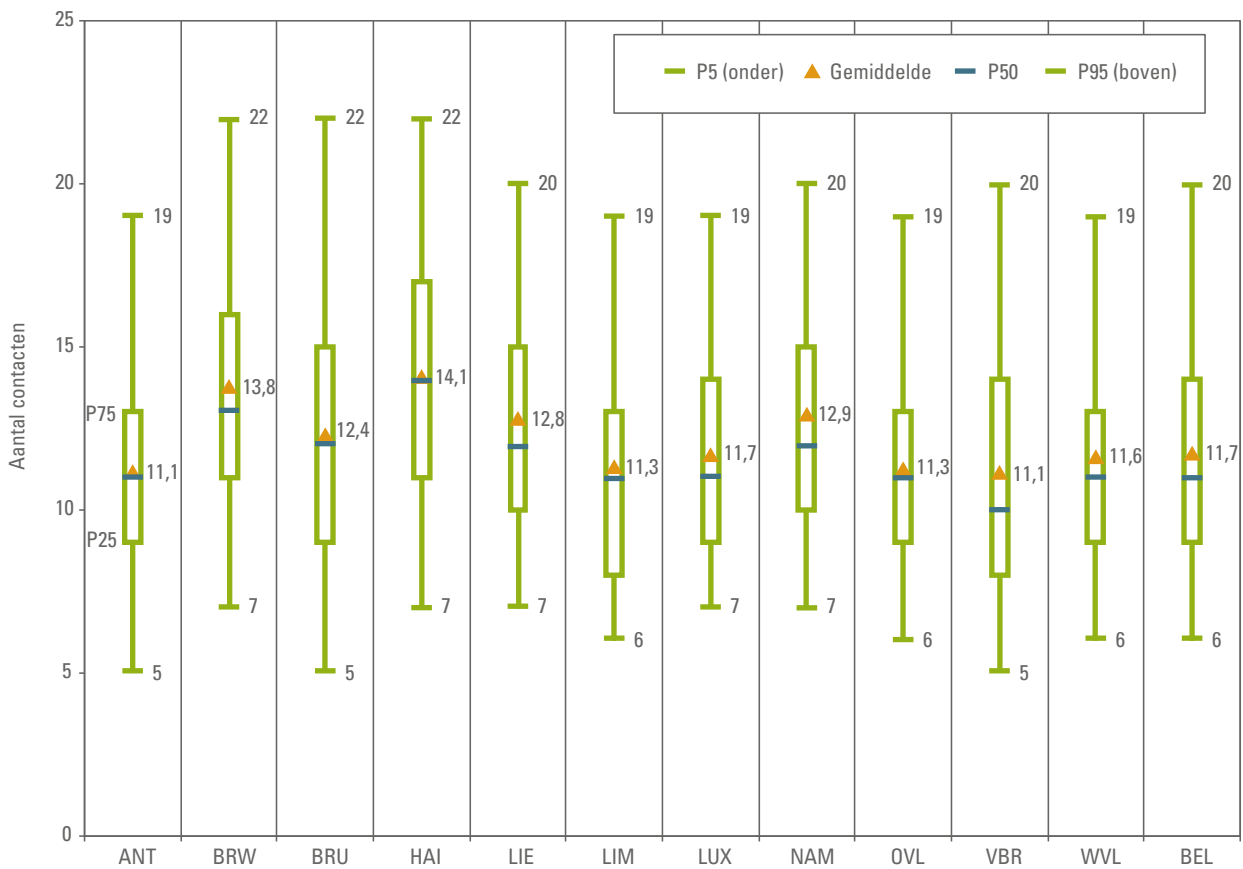
3) het feit dat de moeder in aanmerking kwam voor specifieke verstrekkingen (in de nomenclatuur van de gezondheidszorg) die duiden op een risicozwangerschap (voor vroedvrouwen worden er speciale sessies georganiseerd over risicozwangerschappen; bevallingen waarbij de aanwezigheid van een kinderarts een vereiste is). Bron: KCE-rapport 326. In de aanvullingen bij het rapport, p. 89

3. We kijken niet naar tandzorg: de situatie verschilt op dat punt niet van die waargenomen onder de algemene bevolking. Zie de cijfers van de Belgische gezondheidsenquête: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_LS_NL_2018.pdf

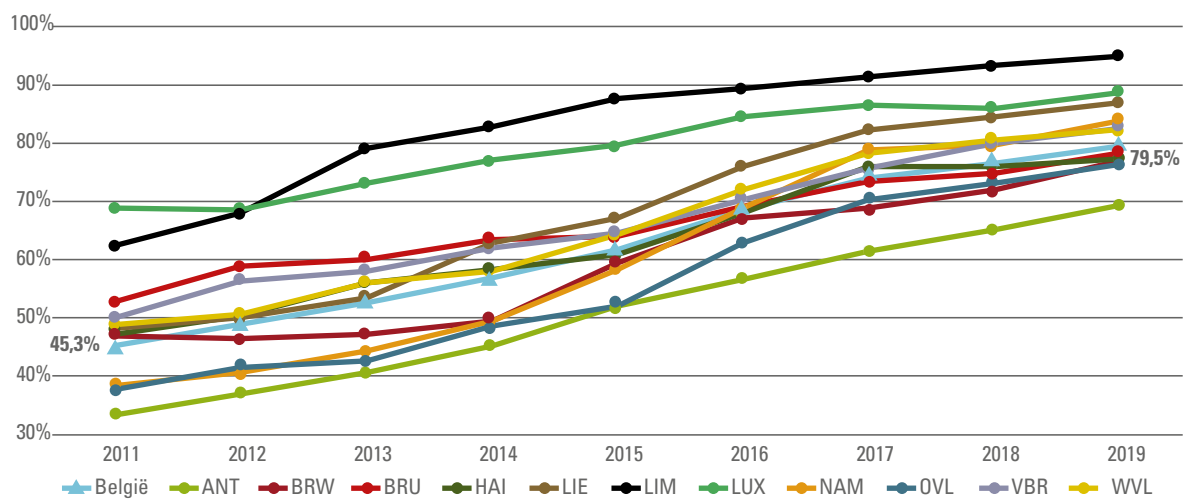
4. Screening op het cytomegalovirus

5. Afhankelijk van de woonplaats van de moeder.

Figuur 2: Gynaecologen - Aantal effectieve contacten tijdens de zwangerschap – 2019

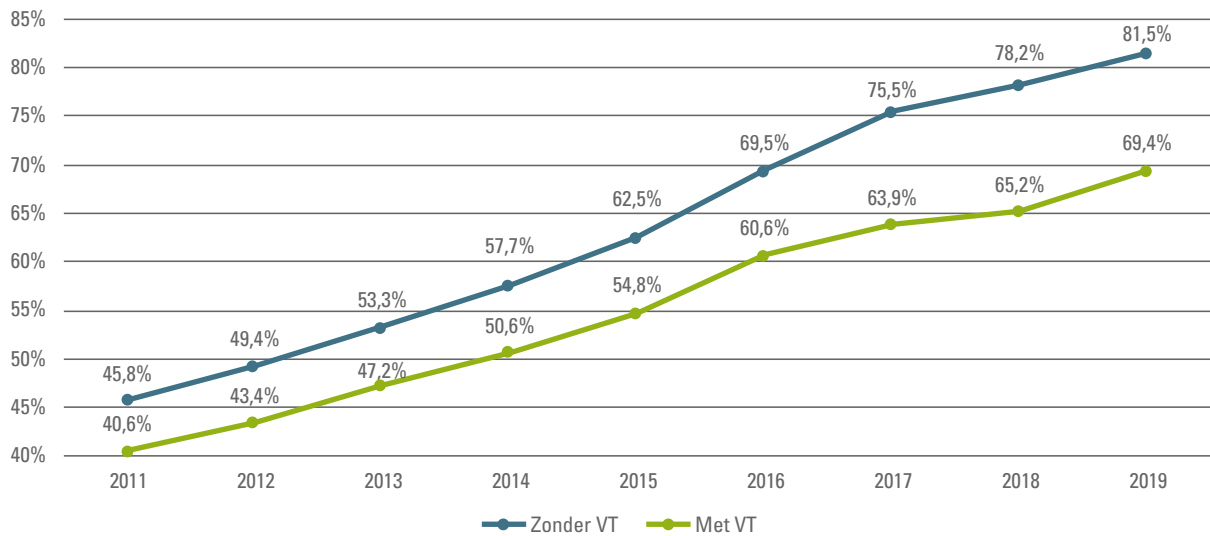


Figuur 3: Vroedvrouwen - Oplvolgingspercentage tijdens de zwangerschap – per provincie



3. We kijken niet naar tandzorg: de situatie verschilt op dat punt niet van die waargenomen onder de algemene bevolking. Zie de cijfers van de Belgische gezondheidsenquête: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_LS_NL_2018.pdf
4. Screening op het cytomegalovirus
5. Afhankelijk van de woonplaats van de moeder.

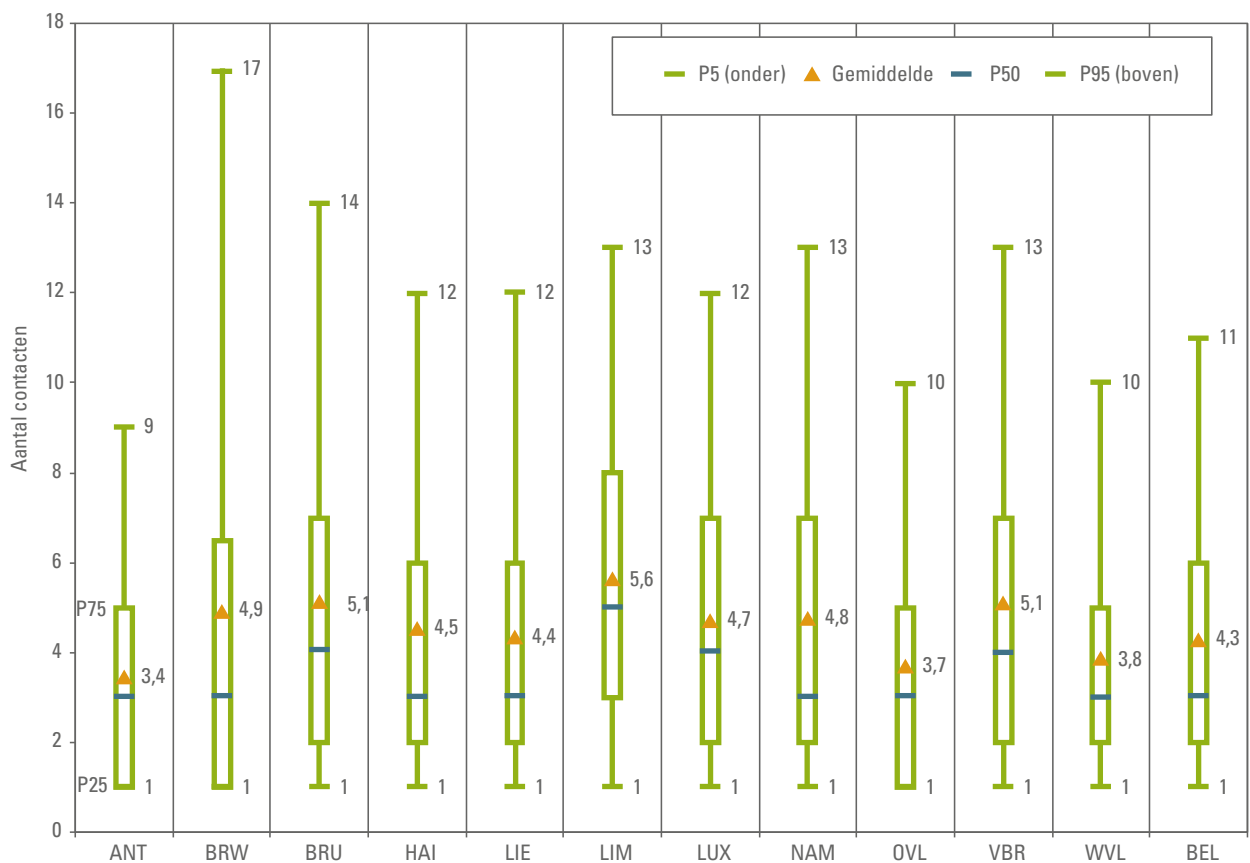
Figuur 4: Vroedvrouwen - Opvolgingspercentage tijdens de zwangerschap afhankelijk van de sociale status van de moeder (België)



Ook het aantal contacten met een vroedvrouw tijdens de zwangerschap is licht toegenomen. Op Belgisch niveau is het gemiddeld aantal contacten gestegen van 3,2 in 2011 naar 4,3 in 2019 (de mediaan steeg in dezelfde periode van 2 naar 3). Sommige moeders hebben echter aanzienlijk meer contacten: zoals we zien in Figuur 5 heeft in 2019, over heel

België genomen, 25% van de moeders 6 of meer contacten gehad (P75) en 5% van hen tot 11 of meer contacten (P95). We zien ook regionale verschillen: in de provincie Antwerpen ligt in 2019 het gemiddelde en de mediaan van de contacten rond de 3, terwijl dat in Limburg 5 (mediaan) tot 6 (gemiddelde) contacten is.

Figuur 5: Vroedvrouwen - Aantal effectieve contacten tijdens de zwangerschap – 2019



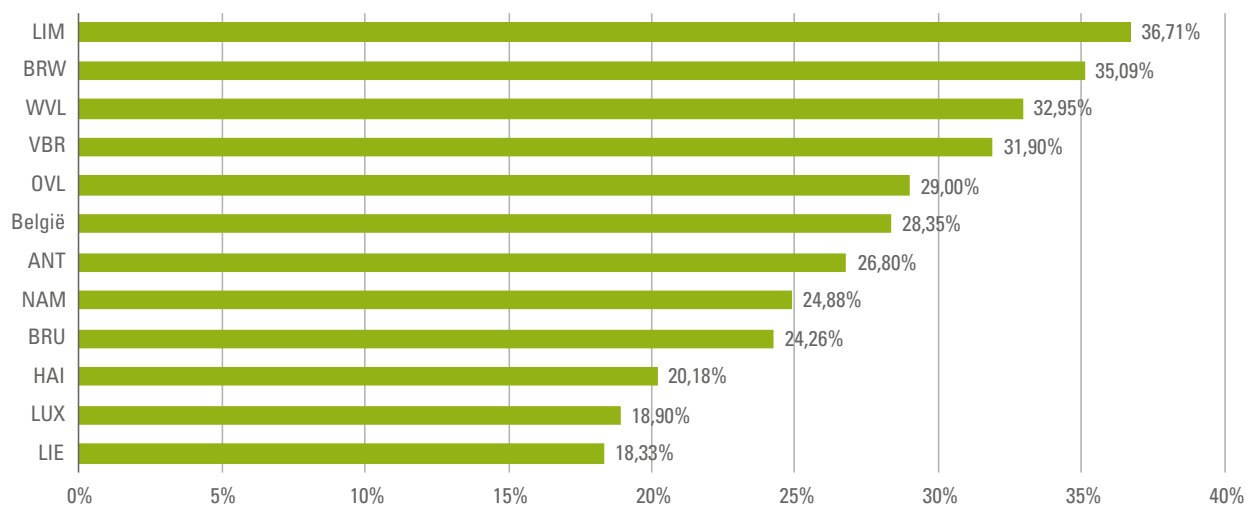
3.3. Opvolging door kinesitherapeuten

Het percentage zwangere vrouwen dat contact heeft⁶ met kinesitherapeuten is in het algemeen zeer stabiel: op Belgisch niveau was dit percentage 28% in 2011, in 2019 is het licht gestegen tot 29%. Er zijn echter regionale verschillen. In Figuur 6 tonen we, afhankelijk van de woonplaats van de moeder, het opvolgingspercentage door kinesitherapeuten voor de jaren 2018 en 2019, waarbij de twee jaren gezamenlijk worden beschouwd. De verschillen zijn aanzienlijk: bijna 37% van de Limburgse moeders heeft tijdens de zwangerschap contact

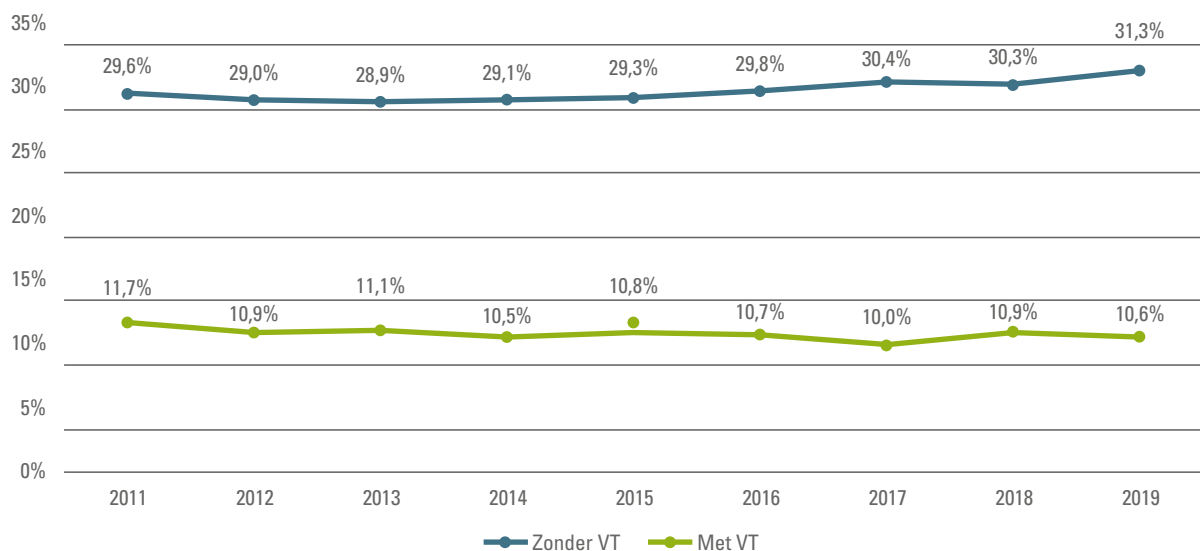
gehad met hun kinesitherapeut, voor de Luikse moeders is dat percentage slechts 18%.

Los van de geografische verschillen zien we ook een grote sociale kloof. In Figuur 7 tonen we het opvolgingspercentage door kinesitherapeuten, afhankelijk van de sociale status van de moeder (VT/niet-VT). Van de niet-VT-moeders had bijna 30% vóór de bevalling kinesitherapeutische contacten. Maar bij de VT-moeders daalt dit percentage tot ongeveer 11%. We zien dat dit sociale verschil blijvend is: de kloof tussen VT en niet-VT blijft constant gedurende de bestudeerde periode.

Figuur 6: Kinesitherapeuten - Opvolgingspercentage tijdens de zwangerschap – 2018 en 2019



Figuur 7: Kinesitherapeuten - Opvolgingspercentage tijdens de zwangerschap – afhankelijk van de sociale status van de moeder



6. Elk soort contact met kinesitherapeuten.

Het aantal contacten met kinesitherapeuten is relatief stabiel: op Belgisch niveau is het gemiddeld aantal contacten gestegen van 7 in 2011 naar 8 in 2019 (de mediaan steeg in dezelfde periode van 5 naar 6). Sommige moeders hebben aanzienlijk meer contacten: zoals te zien is in Figuur 8, heeft 5% van hen tot 22 contacten en meer gehad (P95). We zien ook regionale verschillen: in 2019 bedraagt het aantal contacten in Brussel ongeveer 4 (mediaan) tot 6 (gemiddelde), tegen 6 (mediaan) tot 9,5 (gemiddelde) contacten in de provincie Luxemburg.

3.4. Echo's, NIPT-tests, CMV-screenings

Over echo's valt weinig te zeggen: in de hele onderzochte periode hebben bijna alle moeders er tijdens hun zwangerschap wel minstens één gehad. Qua aantallen ligt de mediaan op 3 tot 4.

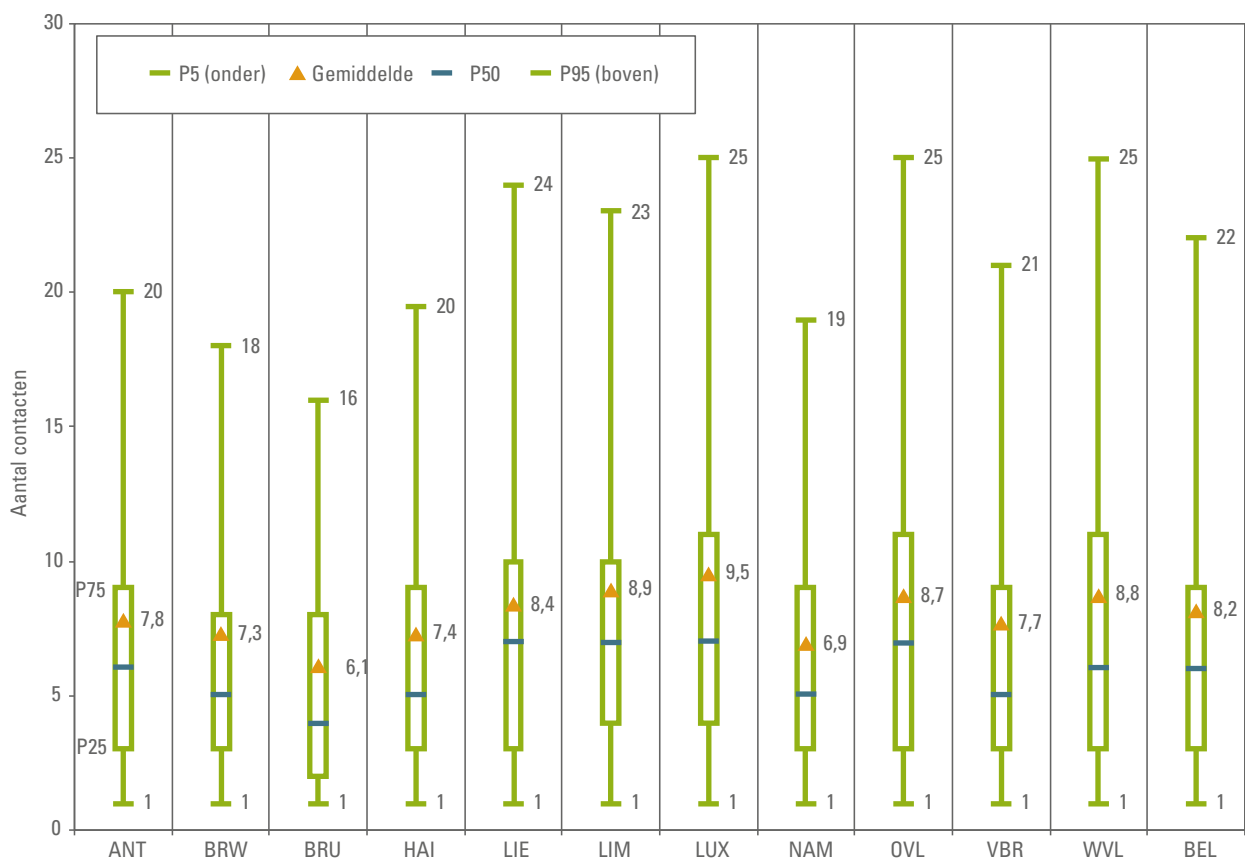
Niet-invasieve prenatale tests (NIPT-tests) worden gebruikt om trisomie 21 (downsyndroom) op te sporen. Ze worden veel gebruikt: In 2011 deed bijna 79% van de moeders de

test tijdens hun zwangerschap. Dit percentage was in 2018 gestegen tot 89% en in 2019 zelfs tot 91%. Er is weinig of geen regionale variatie. In de laatste twee jaar van de bestudeerde periode zien we echter dat moeders in Brussel (83%) en Antwerpen (85%) wat minder vaak een beroep doen op deze test (gemiddelde voor België: 90%).

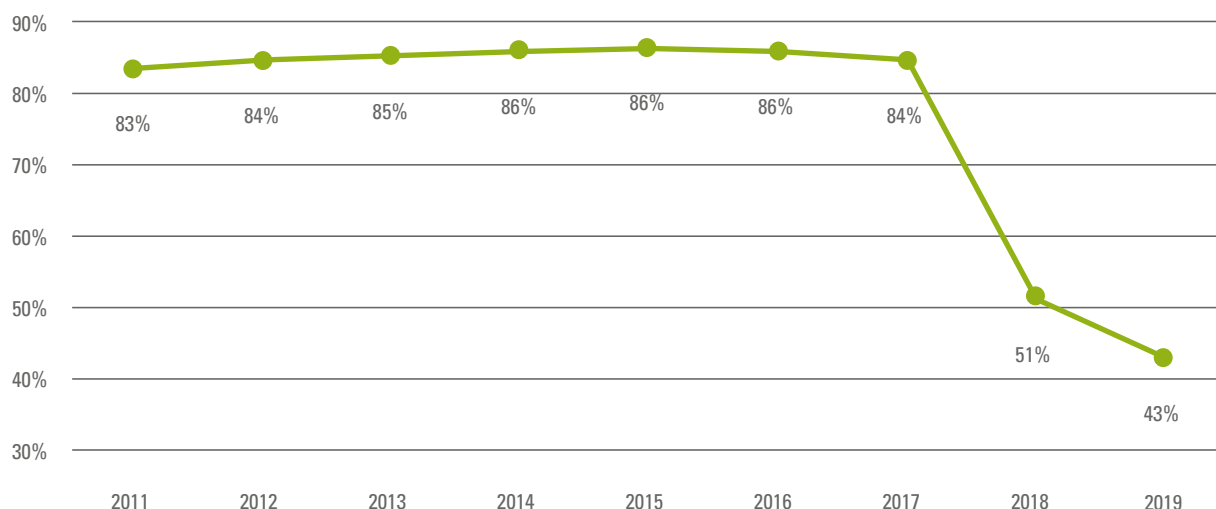
CMV-screenings werden tot 2017 op grote schaal gebruikt (zo'n 83% tot 86% van de moeders deed de test tijdens hun zwangerschap). Maar zoals we in Figuur 9 zien, daalt dit percentage sterk, eerst tot 51% in 2018 en vervolgens zelfs tot 43% in 2019. Dat is het gevolg van een maatregel uit juli 2017: CMV-screenings worden sindsdien niet meer vergoed tijdens zwangerschappen, tenzij er een infectie wordt vermoed.

Er zijn grote geografische verschillen. Als we de jaren 2018 en 2019 als geheel beschouwen, merken we op (zie Figuur 10) dat het percentage moeders dat tijdens de zwangerschap een CMV-screening ondergaat, oploopt tot het dubbele: van 35% in de provincie Antwerpen tot bijna 70% in de provincies Namen en Waals-Brabant.

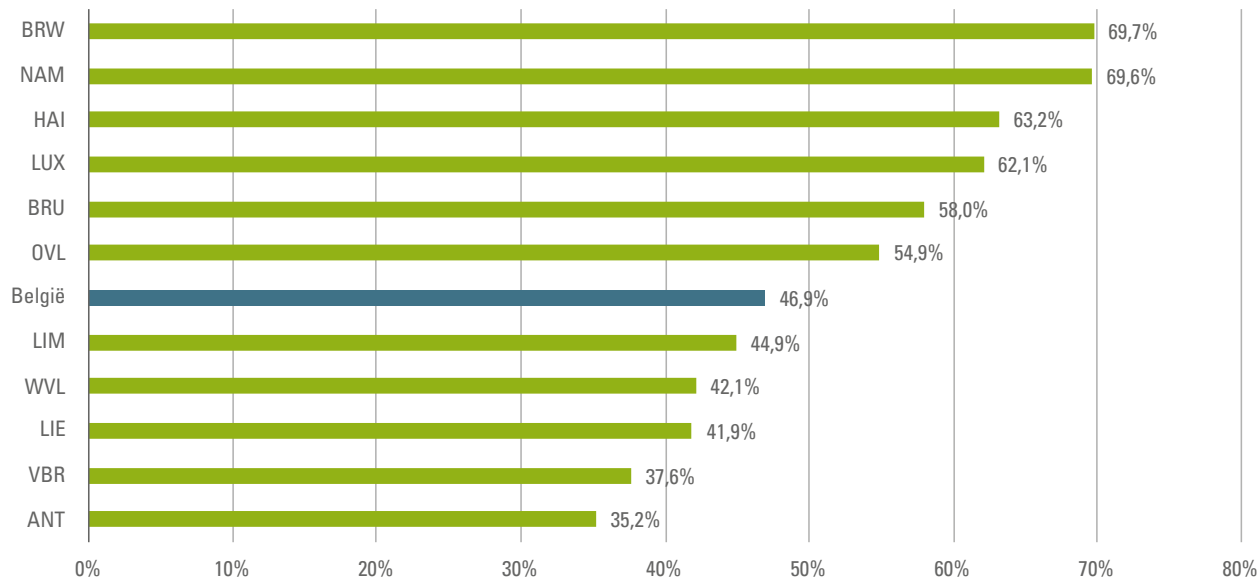
Figuur 8: Kinesitherapeuten - Aantal effectieve contacten tijdens de zwangerschap – 2019



Figuur 9: Percentage CMV-screenings tijdens de zwangerschap



Figuur 10: Percentage CMV-screenings tijdens de zwangerschap – 2018 en 2019



4. De bevalling: enkele indicaties

Het percentage bevallingen met keizersnede is zeer stabiel en ligt rond de 20%⁷. Er zijn evenmin significante geografische

verschillen. De verblijfsduur in het ziekenhuis daarentegen wordt wel beïnvloed door het soort bevalling. Het verblijf is langer wanneer het een bevalling met keizersnede is. Deze verblijfsduur vertoont een dalende trend. Zoals te zien is in Figuur 11, is de mediane verblijfsduur op een kraamafdeling

7. De OESO-statistieken wijzen op een percentage geboortes via keizersnede van 21% voor België in 2017. Sommige westerse landen hebben veel hogere percentages: Verenigd Koninkrijk (27,4%), Luxemburg (29,7%), Duitsland (30,2%), Verenigde Staten (32%). Maar in andere landen ligt het percentage een stuk lager: Zweden (16,6%), Nederland (16,2%), Israël (14,8%).

In haar 'verklaring over het percentage keizersneden' stelt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het volgende: "volgens de internationale gezondheidsgemeenschap ligt het ideale percentage keizersneden ergens tussen 10% en 15%".

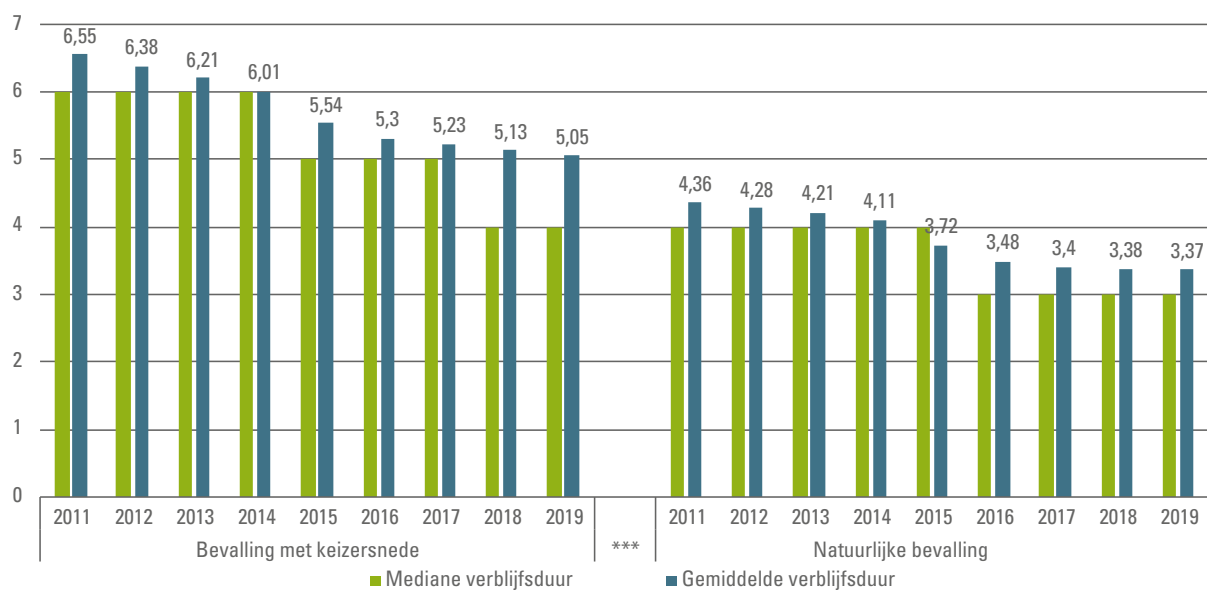
Bronnen:

- OESO. Gezondheidsplanora 2019. <https://doi.org/10.1787/888934070434>

- WHO. 2014. WGO-verklaring over het percentage keizersneden.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=207B5B84DC9B26AB15968920F9A7C56D?sequence=1

Figuur 11: Evolutie van de verblijfsduur volgens het type bevalling



na een keizersnede tussen 2011 en 2019 afgenomen van 6 tot 4 dagen, en de gemiddelde duur van 6,6 tot 5,1 dagen. We zien een vergelijkbare trend bij natuurlijke bevallingen: tussen 2011 en 2019 is de mediane verblijfsduur hier afgenomen van 4 tot 3 dagen, en de gemiddelde duur van 4,4 tot 3,4 dagen.⁸

De epidurale verdoving is erg populair: bijna 80% van de moeders maakte er gebruik van. Dit percentage blijft in de bestudeerde periode zeer stabiel en verschilt ook weinig van provincie tot provincie.

5. Postnatale kraamzorg

Voor de postnatale opvolging binnen de drie maanden na de bevalling geven we enkele indicaties voor de contacten met vroedvrouwen, kinesitherapeuten en gynaecologen. Bij de opvolging van baby's kijken we ook naar het aantal raadplegingen bij een kinderarts.

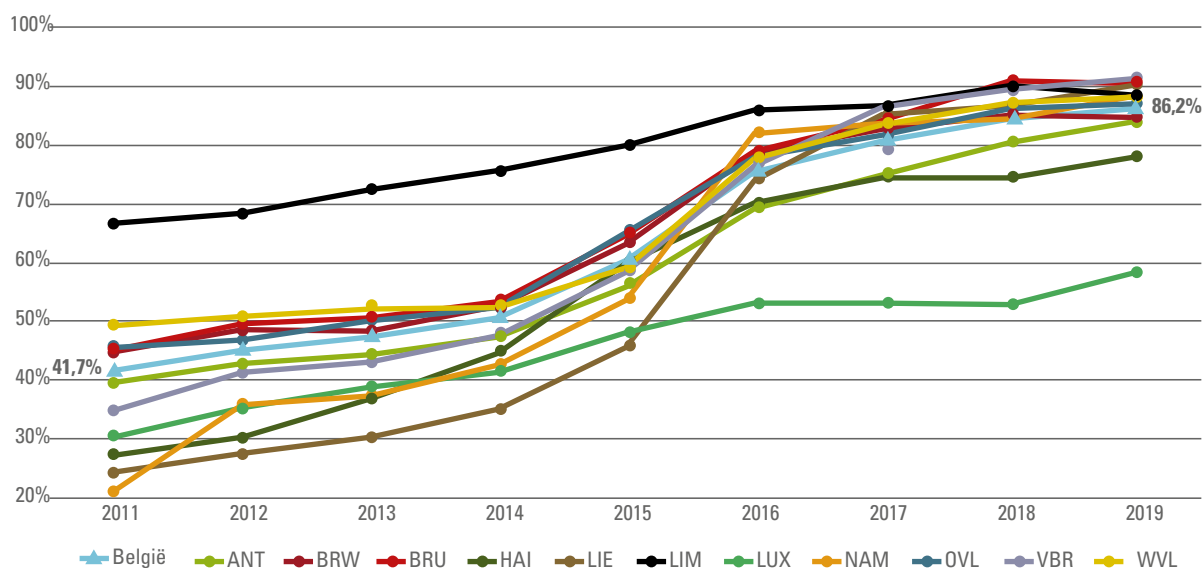
5.1. Opvolging door vroedvrouwen

Net als tijdens de zwangerschap, is de opwaartse trend ook hier spectaculair. Zoals we zien in Figuur 12, is het opvolgingspercentage door vroedvrouwen na de geboorte aanzienlijk gestegen. Op Belgisch niveau zien we een stijging van 42% in 2011 tot ongeveer 86% in 2019. Bijna alle provincies hebben gelijkaardige opvolgingspercentages, met uitzondering van Henegouwen (78%) en Luxemburg (58%) die beduidend lager scoren dan het nationale gemiddelde.

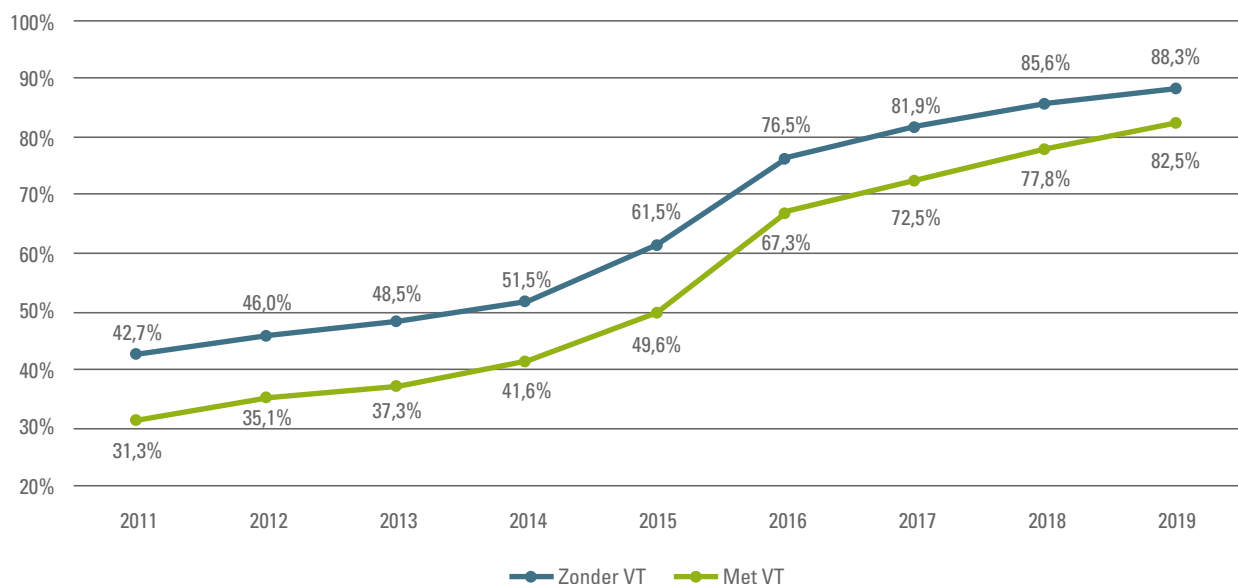
Het is interessant om op te merken dat het opvolgingspercentage voor moeders met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT) eveneens in de lift zit. Zoals we zien in Figuur 13, is dit percentage nog altijd lager dan het percentage dat wordt waargenomen bij niet-VT-moeders, maar de kloof tussen de twee curves wordt in elk geval langzamerhand kleiner. Dat is een heel positieve ontwikkeling: VT-moeders hebben dus bijna evenveel kans als niet-VT-moeders op dit type opvolging. Waarschijnlijk zijn het de vroedvrouwen die daarop toezien, door iedereen opvolging aan te bieden. Bovendien is er geen financiële drempel, want deze verstrekkingen genereren over het algemeen geen remgeld of supplementen.

8. Ter vergelijking: in 2017 bedroeg de gemiddelde verblijfsduur voor een vaginale bevalling 4 dagen in Luxemburg, 3,9 in Frankrijk, 3,4 in Italië, 2,3 in Zweden, 1,9 in Nederland en 1,4 in het VK.
Bron: OESO. Gezondheidsrapportage 2019. <https://doi.org/10.1787/888934070320>

Figuur 12: Vroedvrouwen - Opvolgingspercentage na de bevalling



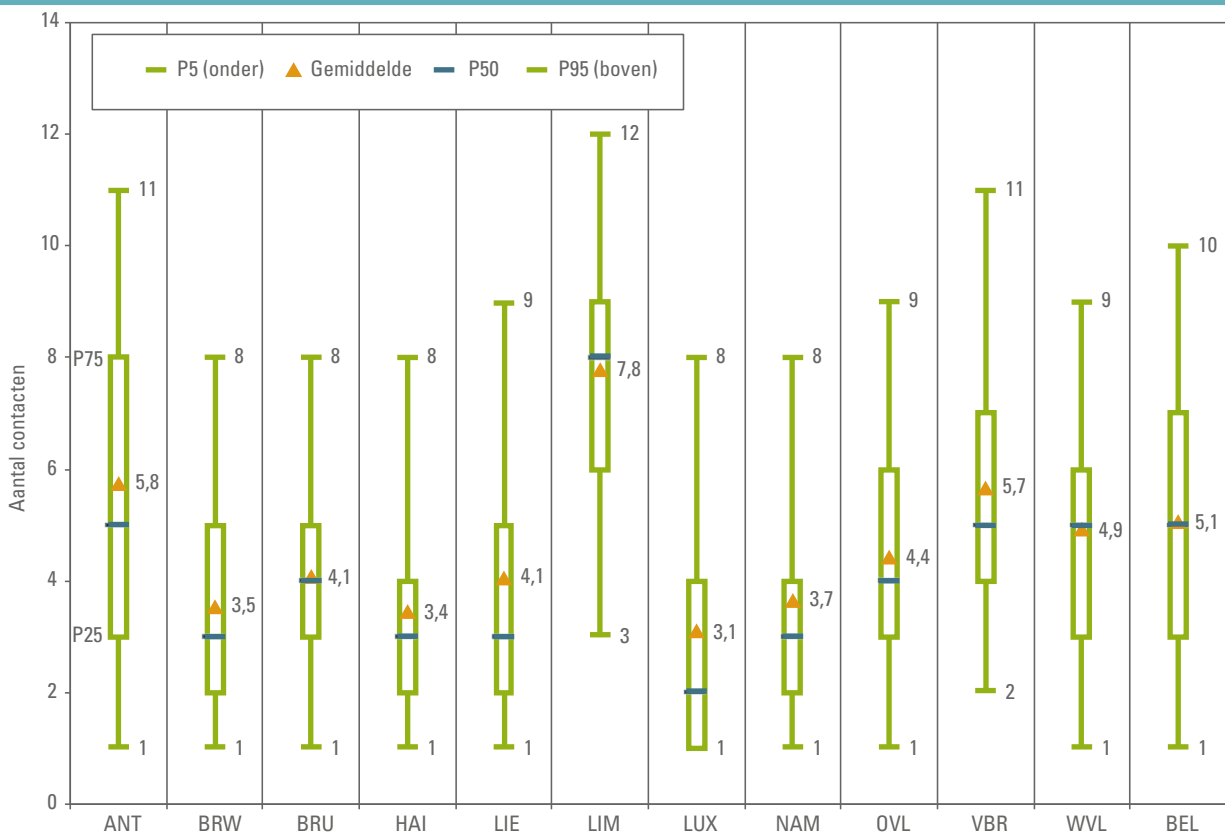
Figuur 13: Vroedvrouwen - Opvolgingspercentage na de bevalling – afhankelijk van de sociale status van de moeder



Het aantal contacten met een vroedvrouw in de 3 maanden na de bevalling vertoont een stijgende trend. Op Belgisch niveau is het gemiddeld aantal contacten gestegen van 4,1 in 2011 naar 5,1 in 2019 (de mediaan steeg in dezelfde periode van 3 naar 5). Sommige moeders hebben echter aanzienlijk meer contacten: zoals we zien in Figuur 14 heeft in 2019, over heel

België genomen, 25% van de moeders 7 of meer contacten gehad (P75) en 5% van hen tot 10 of meer contacten (P95). We zien ook regionale verschillen. In 2019 ligt de mediaan in de provincie Luxemburg rond de 2 en het gemiddelde rond de 3, tegenover zo'n 8 contacten in Limburg (mediaan en gemiddelde).

Figuur 14: Voedvrouwen - Aantal effectieve contacten na de bevalling – 2019

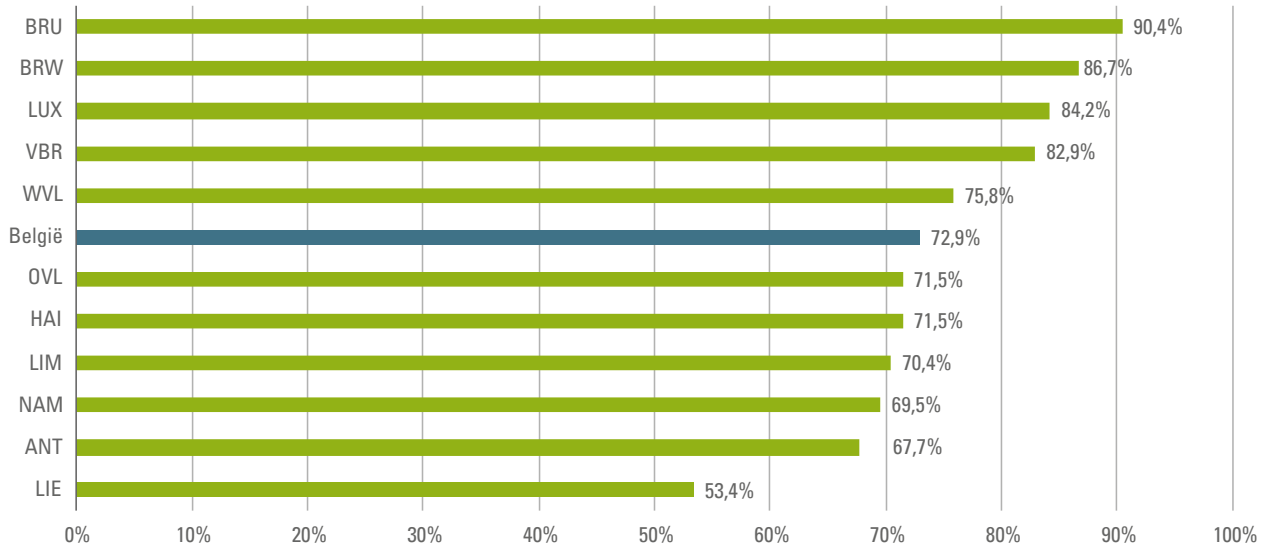


5.2. Opvolging door kinesitherapeuten

Binnen de 3 maanden na de bevalling is het percentage moeders dat contact heeft met kinesitherapeuten, in het algemeen erg stabiel: op Belgisch niveau schommelt dit percentage van 70% tot 74% in de periode 2011 tot 2019.

Er zijn echter regionale verschillen. In Figuur 15 is, per provincie, het opvolgingspercentage door kinesitherapeuten af te lezen voor de jaren 2018 en 2019 samen. De verschillen zijn aanzienlijk: bijna 90% van de Brusselse moeders heeft na de bevalling contact met hun kinesitherapeut, tegenover 53% van de moeders in Luik.

Figuur 15: Kinesitherapeuten - Opvolgingspercentage na de bevalling – 2018 en 2019



Los van de geografische verschillen zien we ook een grote sociale kloof. In Figuur 16 tonen we het opvolgingspercentage door kinesitherapeuten, afhankelijk van de sociale status van de moeder (VT/niet-VT). Onder niet-VT-moeders heeft bijna 72% tot 76% na de bevalling toegang tot kinesitherapeutische contacten. Voor VT-moeders is dit percentage echter lager, in de orde van 52% tot 58%. We zien bovendien dat deze kloof tussen VT en niet-VT min of meer constant blijft gedurende de bestudeerde periode.

Het aantal contacten is erg stabiel: de mediaan is gedurende de bestudeerde periode 3, terwijl het gemiddelde schommelt tussen 4 en 5. Sommige moeders hebben echter aanzienlijk meer contacten: zoals te zien is in Figuur 17, heeft 25% van hen in 2019, op Belgisch niveau, 7 of meer contacten gehad (P75), en 5% van hen tot 11 contacten en meer (P95). We zien ook regionale verschillen: in 2019 bedraagt het aantal contacten in de provincie Antwerpen ongeveer 2 (mediaan) tot 3 (gemiddelde), terwijl dat in Waals-Brabant 6 is (mediaan en gemiddelde).

5.3. Opvolging door gynaecologen

Binnen de 3 maanden na de bevalling bezocht 86% van de moeders hun gynaecoloog. Dit percentage varieert nauwelijks gedurende de bestudeerde periode. Maar we

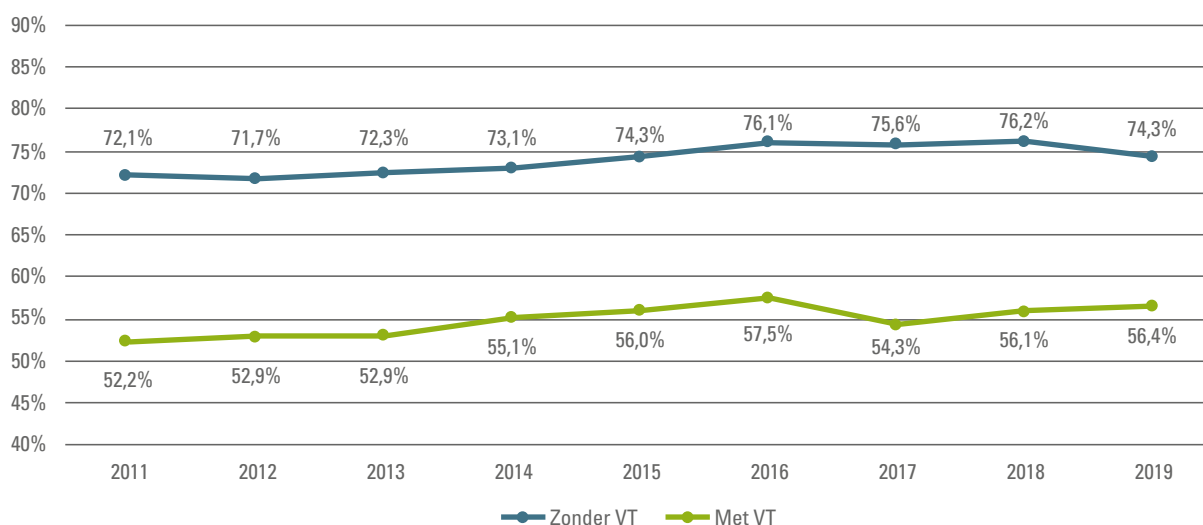
zien wel kleine regionale verschillen: de opvolging is hoger in Waals-Brabant en in de provincie Luxemburg (ongeveer 90%) en aanzienlijk lager in Brussel (ongeveer 78 tot 80%). Het opvolgingspercentage is heel verschillend, afhankelijk van de sociale status van de moeder: het is aanzienlijk hoger bij niet-VT-moeders dan bij VT-moeders (Figuur 18) en dit verschil is bovendien zeer stabiel tijdens de bestudeerde periode.

Het aantal contacten is eveneens stabiel: de mediaan is 1 contact met een gynaecoloog binnen de 3 maanden na de bevalling. Sommige moeders hebben meer contacten: 25% van hen heeft 2 contacten gehad (P75), 5% van hen 3 contacten. Het gemiddelde bedraagt dus ongeveer 1,5 contacten, met lichte regionale verschillen (in Brussel is het gemiddelde 1,8 contacten).

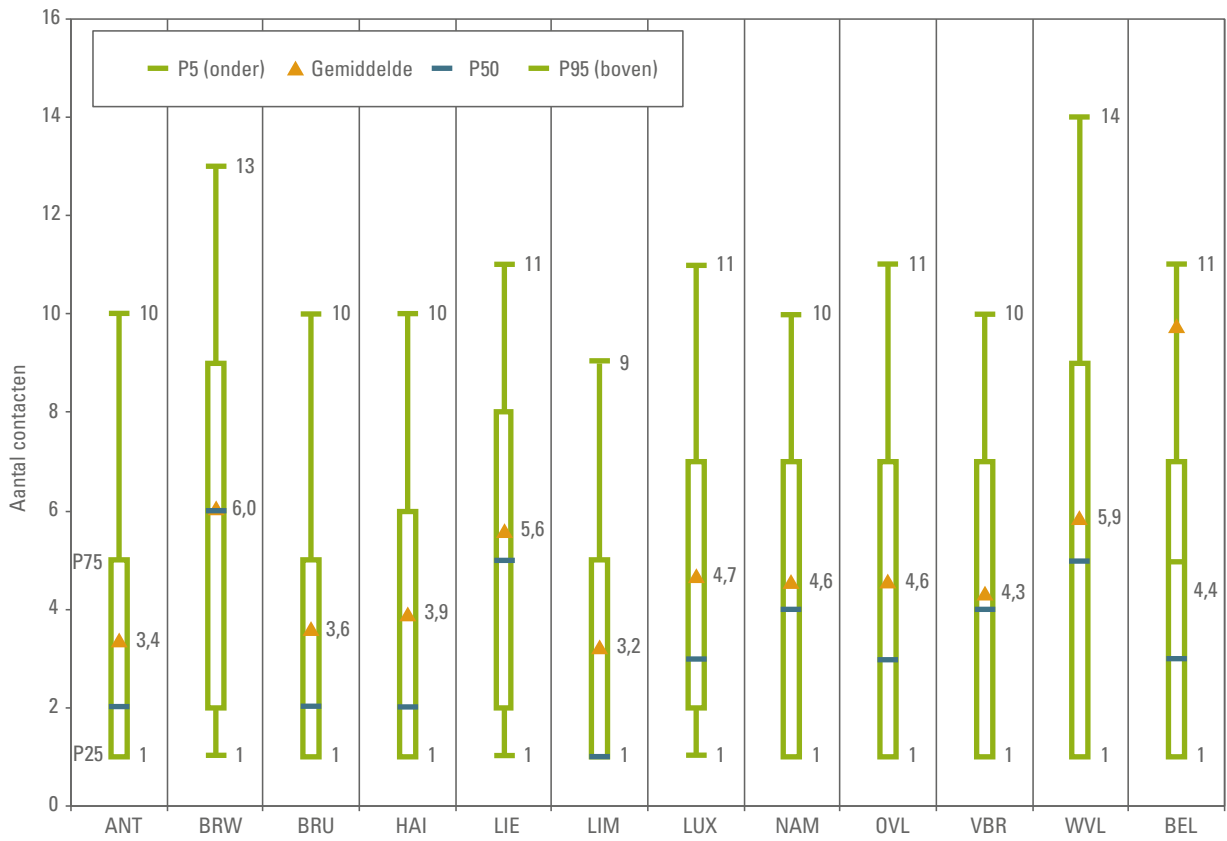
5.4. Opvolging door kinderartsen

Hier gaan we na of de baby al dan niet door een kinderarts is gezien binnen de 3 maanden na de geboorte. Het aantal in aanmerking genomen baby's (370.000 voor de periode 2011 tot 2019) is niet gelijk aan het aantal moeders uit de hierboven besproken analyses. De baby is namelijk niet noodzakelijk lid van CM (hij kan ten laste zijn van een gerechtigde vader die zelf niet is aangesloten bij CM).

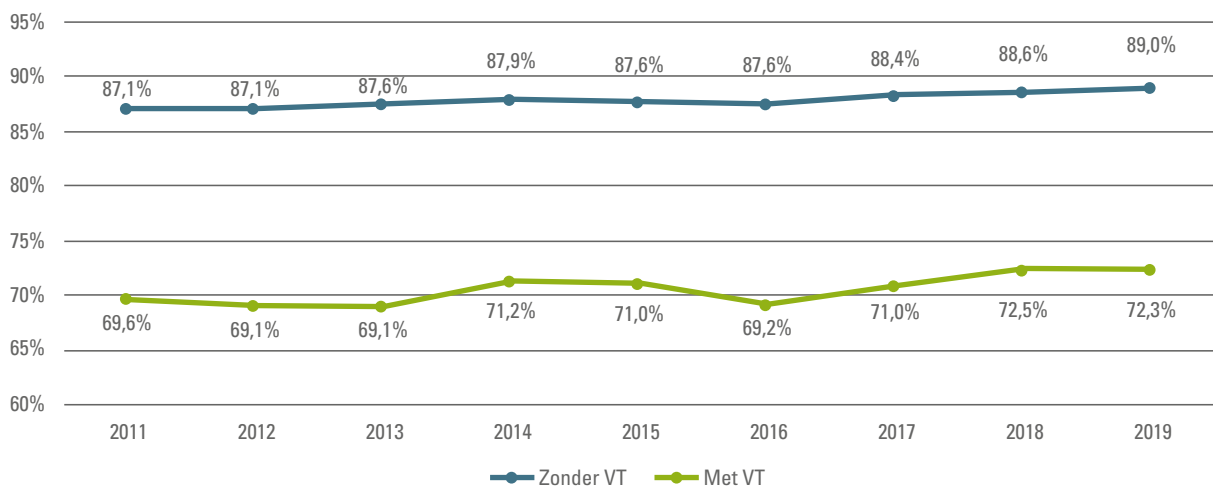
Figuur 16: Kinesitherapeuten - Opvolgingspercentage na de bevalling afhankelijk van de sociale status van de moeder



Figuur 17: Kinesithérapie - Aantal effectieve contacten na de bevalling – 2019



Figuur 18: Gynaecologen - Opvolgingspercentage na de bevalling – afhankelijk van de sociale status van de moeder



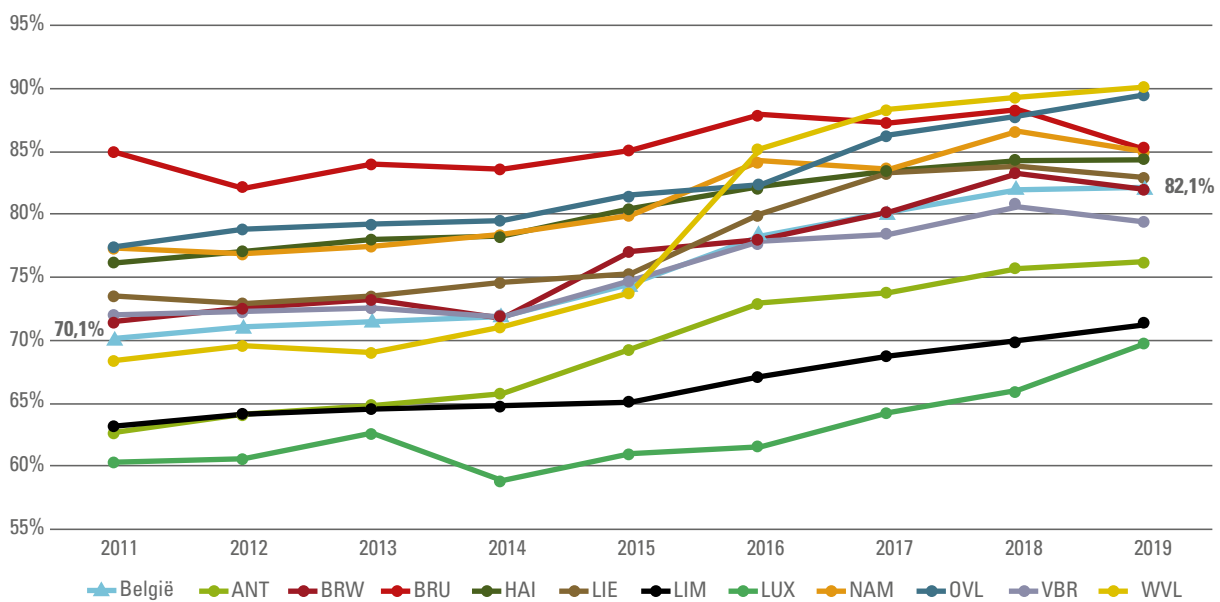
In totaal werd in 2019, op Belgisch niveau, bijna 82% van de baby's binnen de 3 maanden na hun geboorte door een kinderarts gezien tijdens een ambulante consultatie. Dit percentage neemt toe. In 2011 bedroeg het 70%. In Figuur 19 kunnen we zien dat er regionale verschillen zijn: de provincies Luxemburg, Limburg en Antwerpen zitten systematisch onder het landelijk gemiddelde. Anderzijds scoren West- en Oost-Vlaanderen anno 2019 bovengemiddeld (rond de 90%).

Vanuit het perspectief van het sociale statuut van de baby (die gelijk is aan die van de titularis) is er sprake van een

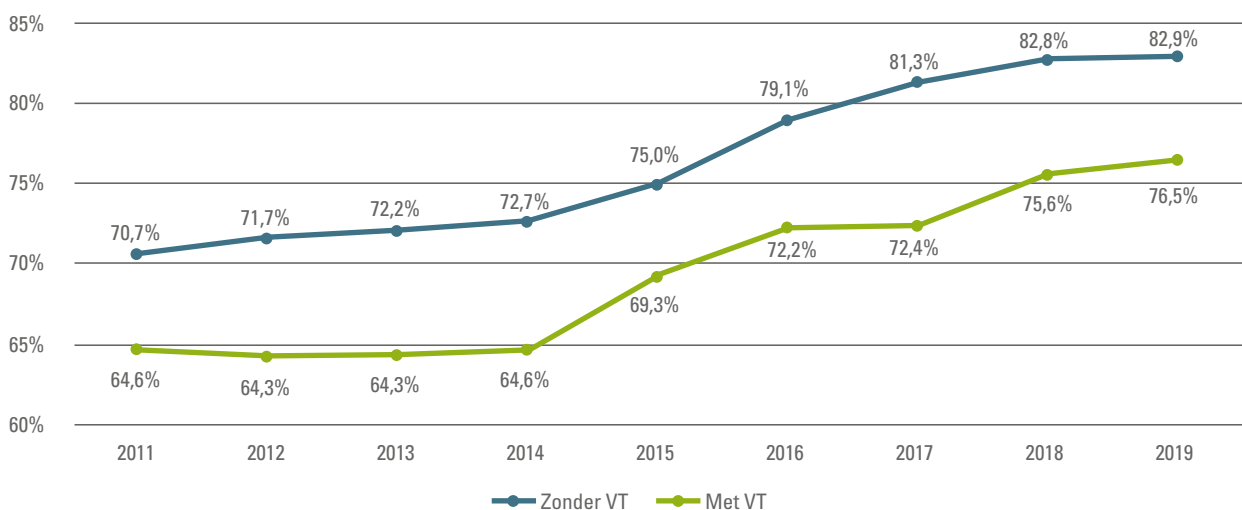
hardnekkige kloof (zie Figuur 20) in het nadeel van VT-baby's. Voor deze groep is het opvolgingspercentage weliswaar na 2015 gestegen (en die stijging zet door), maar ze slaagt er niet in de curve in te halen die we waarnemen bij niet-VT-baby's.

Wat betreft het aantal contacten met de kinderarts kunnen de indicatoren van provincie tot provincie verschillen, maar ze zijn wel redelijk stabiel in de tijd. De mediaan bedraagt ongeveer 2 tot 4, het gemiddelde ligt hoger: zo'n 5 tot 7. Hier zien we niet echt een verschil tussen VT- en niet-VT-baby's.

Figuur 19: Kinderartsen - Opvolgingspercentage van baby's



Figuur 20: Kinderartsen - Opvolgingspercentage van baby's - afhankelijk van hun sociale status



6. Opvolging door vroedvrouwen en gynaecologen

Zoals we zien in kader 1, hebben sommige landen gecoördineerde zorgtrajecten rond de zwangerschap en de bevalling ingevoerd, waarbij de coördinatie wordt verzorgd door een welomschreven zorgverlener (een vroedvrouw of verloskundige). In Zweden en het Verenigd Koninkrijk zijn er, als het niet om een risicozwangerschap gaat, ongeveer 7-10 contacten met een vroedvrouw of arts, afhankelijk van de behoeften van de moeder. Ook zijn er postnatale contacten voorzien (minimaal drie in Groot-Brittannië).

Waar bevindt ons land zich in verhouding tot deze landen? We keken naar het totale aantal contacten dat moeders hebben met vroedvrouwen en/of gynaecologen, evenals naar het opvolgingspercentage (zie figuur 21 en 22). De algemene indruk is dat het contact met de vroedvrouw vaak gebeurt bovenop het contact met de gynaecoloog.

Over het opvolgingspercentage door vroedvrouwen en/of gynaecologen merken we het volgende op:

- Zoals hierboven vermeld (in punt 3.1.) is het opvolgingspercentage door gynaecologen vóór de bevalling al 99% tot 100%. Als we de activiteiten van de vroedvrouwen hierbij optellen, verandert het totale opvolgingspercentage dus niet.
- Dat percentage neemt na de bevalling wel toe wanneer we de activiteiten van de vroedvrouwen en gynaecologen combineren. In de bestudeerde periode neemt het percentage zelfs sterk toe, vooral onder VT-moeders. Deze maken bijna een inhaalslag, wat zeer bemoedigend is (zie Figuur 21). Toch is het vreemd en verontrustend dat er een verschil blijft tussen beide. Dat gezegd zijnde, is het moeilijk om een definitieve conclusie te trekken want onze gegevens houden geen rekening met de contacten

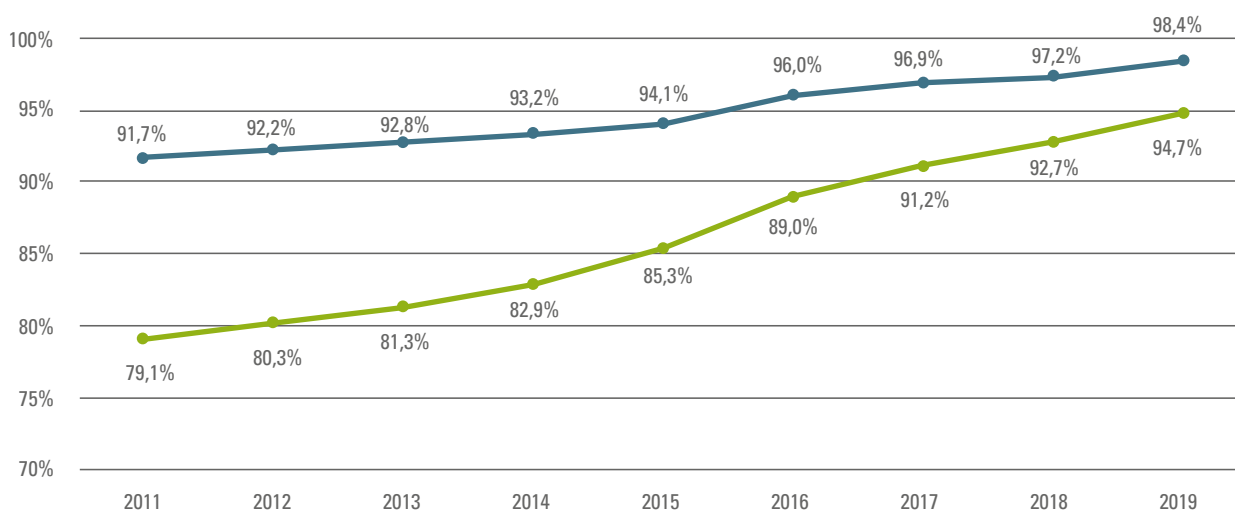
die worden georganiseerd door Kind & Gezin en de Waalse tegenhanger, ONE.

Bij het aantal contacten (vroedvrouwen en/of gynaecologen) zien we de volgende resultaten.

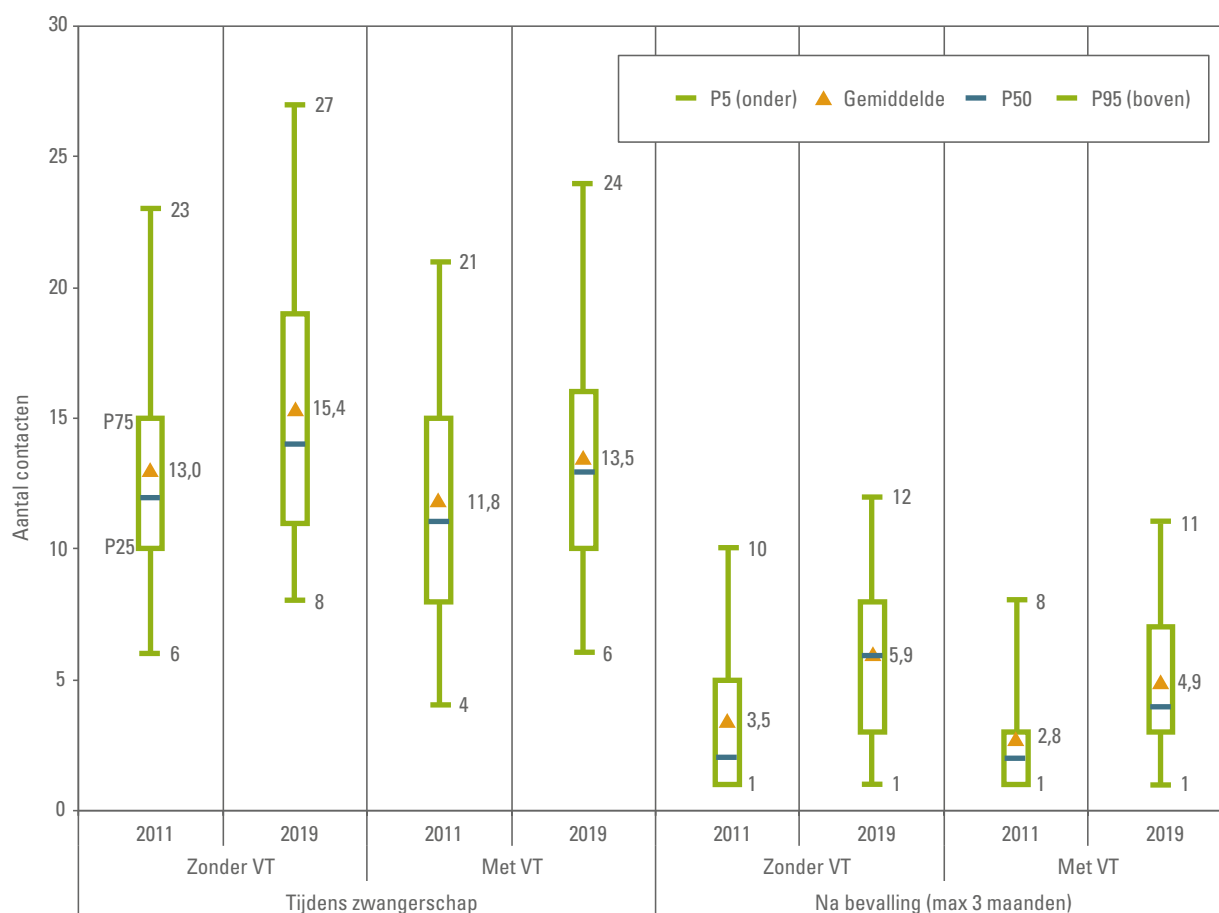
- Van 2011 tot 2019 is het aantal contacten toegenomen (grotendeels door de toenemende activiteiten van vroedvrouwen, zowel voor als na de bevalling). VT-moeders hebben echter nog steeds iets minder contact dan niet-VT-moeders (zie Figuur 22).
- Als er, zoals we in Zweden en het Verenigd Koninkrijk zien, binnen een typisch geboortetraject 7-10 contacten zijn tijdens de zwangerschap, hoe doen wij het dan?

- **De mediaan van het aantal contacten** (vroedvrouwen en gynaecologen tezamen) **is in 2019 14 voor niet-VT-moeders en 13 voor VT-moeders. We doen het dus over het geheel genomen een stuk beter dan de Zweedse en Britse normen.** Sommige moeders hebben zelfs nog veel meer contacten: de P75 voor niet-VT-moeders is 19, tegen 16 voor VT-moeders (25% van de moeders heeft dus ten minste dit aantal contacten). Maar aangezien onze gegevens ook de risicozwangerschappen omvatten, is het normaal dat we hier een groot aantal contacten hebben.
- Daarentegen **is het zorgwekkend om te zien dat het onderste percentiel, P5 tijdens de zwangerschap op slechts 6 of 8 contacten staat (vroedvrouwen en gynaecologen tezamen)**, naargelang de moeders VT-gerechtigd zijn of niet. Dit betekent dat 5% van de moeders minder dan of hooguit het minimale contact heeft dat wordt aanbevolen door de Zweden en Britten. Het feit dat je zelf je vroedvrouw en/of gynaecoloog kan kiezen, is dus geen garantie dat alle moeders op de juiste manier worden opgevolgd (als we de Zweedse en Britse normen volgen). Laten we hopen dat de huisartsen dan dit tekort aan opvolging bij deze groep compenseren.

Figuur 21: Vroedvrouwen en/of gynaecologen - Opvolgingspercentage na de bevalling - afhankelijk van de sociale status – België



Figuur 22: Aantal effectieve contacten met vroedvrouwen en gynaecologen - België



Kader 1: Het geboortetraject in Zweden en het Verenigd Koninkrijk

Het geboortetraject in Zweden

- De vroedvrouwen spelen een centrale rol in de coördinatie van pre- en postnatale zorg. Zweedse aanstaande moeders nemen contact op met een vroedvrouw (via hun plaatselijke gezondheidscentrum of via 1177, een gezondheidshulpdienst die actief is in heel Zweden). Zij organiseert en verzekert vervolgens de continuïteit van de opvolging van de zwangerschap.
- Een aanstaande moeder zal haar vroedvrouw tussen de 6 en 10 keer zien (meestal zo'n 8 tot 9 keer) als de zwangerschap zonder complicaties verloopt. Maar er zijn ook meer contacten mogelijk, bijvoorbeeld als het een eerste geboorte is of als er risicofactoren zijn.
- De vroedvrouw houdt tijdens de zwangerschap een dossier bij. Hierin registreert ze de resultaten van de tests, parameters met betrekking tot de foetus (zijn groei, zijn ligging, enz.) evenals alle informatie over de gezondheidstoestand van de aanstaande moeder. De vroedvrouw informeert en beantwoordt de vragen van de aanstaande moeder (bijvoorbeeld over pijnbestrijding). De voorkeuren en behoeften omtrent de bevalling worden samengevat en opgenomen in een 'geboorteplan', dat door de vroedvrouw wordt doorgegeven aan de kraamkliniek waar de aanstaande moeder wil bevallen.
- Als er geen complicaties zijn is het aantal echo's beperkt tot één of twee voor de gehele zwangerschap. Meestal worden die uitgevoerd door daartoe opgeleide vroedvrouwen. Als medische zorg nodig is (medicatie, gynaecologie, psychologische ondersteuning enz.), dan is het de vroedvrouw die contact opneemt met de aangewezen zorgverleners.
- Veel Zweedse ziekenhuizen bieden accommodatiemogelijkheden ('hotels' in de buurt van het ziekenhuis) waar moeder en baby twee of drie dagen kunnen verblijven terwijl ze worden gemonitord. En ten slotte komt de moeder tussen 8 en 16 weken na de geboorte naar het ziekenhuis voor een controle (bloedonderzoek, gewicht enz.).

Het geboortetraject in het Verenigd Koninkrijk

- We zien hier hetzelfde centrale concept als in Zweden: op de opvolging en continuïteit van de zorg tijdens de zwangerschap wordt toegezien door een gezondheidswerker, in de eerste plaats een vroedvrouw (*midwife led antenatal care*) als de zwangerschap zonder complicaties verloopt. Maar afhankelijk van de gezondheidstoestand van de moeder en haar geschiedenis kan deze behandeling ook worden uitgevoerd door een gynaecoloog (*obstetric led antenatal care*).
- Het aantal contacten kan variëren van 7 tot 10 (bij een eerste geboorte). Afhankelijk van de toestand van de moeder kunnen het er meer zijn. Al deze contacten worden vooraf gepland en hebben telkens een specifieke doelstelling en inhoud voor ogen (bijvoorbeeld: echo's [er zijn er 2 gepland], screeningstests, bloed- en urineanalyses, monitoring van de groei van de foetus,...). Elk contact is tevens een gelegenheid om informatie te verstrekken en eventuele verzoeken, voorkeuren en behoeften met betrekking tot de bevalling te bespreken. Alle informatie wordt verzameld in een dossier dat steeds wordt aangevuld naarmate de contacten plaatsvinden.
- Het wordt aanbevolen om een 'geboorteplan' (*birth plan*) op te stellen dat alle wensen voor de bevalling omvat (plaats waar de moeder wil bevallen, pijnbestrijding,...). Dit gebeurt eveneens in samenwerking met de verantwoordelijke vroedvrouw of verloskundige.
- Postnatale zorg kan eveneens worden gepland (afhankelijk van de behoeften van de moeder, de baby). Het is aan te bevelen om binnen de 10 dagen na het verlaten van de kraamafdeling drie contacten met een vroedvrouw te hebben. Bovendien wordt een 'postnatal check' (voor moeder én baby) 6-8 weken na de geboorte aanbevolen.

- In de 3 maanden na de bevalling hebben de moeders ongeveer 4 tot 6 keer (de mediaan van het aantal contacten in 2019) een vroedvrouw en/of een gynaecoloog gezien. Maar voor 25% van de moeders is dit aantal 3 of minder (P25). Dat lijkt vrij laag of hooguit het minimum. Erger nog, de P5 (d.w.z. de 5% moeders met het minste aantal postnatale contacten) bedraagt slechts 1 contact. Hier is effectief een risico op onvoldoende postnatale opvolging (zonder te vergeten dat 5% van de VT-moeders geen enkel postnataal contact heeft met een vroedvrouw of gynaecoloog, althans niet in het kader van de verplichte ziekteverzekering, zoals we zien in Figuur 21).

7. Een 'geboortetraject' overal in België: voorstellen van het KCE

Zoals uitgebreid in de media aan bod is gekomen, heeft voormalig minister van Volksgezondheid De Block een beleid geïnitieerd om de verkorting van de verblijfsduur op de kraamafdeling te versnellen. We hebben het hier echt over een 'versnelling', want ook vóór dit nieuwe beleid was er al een dalende trend te zien in de gemiddelde verblijfsduur (een kortere opnameduur zou immers een positieve impact kunnen hebben op de financiering van de ziekenhuizen) (Crommelynck, Degraeve, Lefèbvre, 2013). Dat nochtans vrij omstreden beleid heeft ervoor gezorgd dat de verblijfsduur vanaf 2015 nog sneller dan voorheen werd ingekort. Zoals we hierboven in Figuur 11 aantoonden, hebben de resultaten niet lang op zich laten wachten: de gemiddelde verblijfsduur is tussen 2014 en 2015 met een halve dag afgenomen en blijft nog verder afnemen.

Dat was niet zonder risico. De literatuur is het er unaniem over eens dat het verblijf weliswaar 'minimaal' kan zijn, maar dat het dan wel vergezeld moet zijn van een omvangrijke opvolging van moeder en baby na de geboorte. Het KCE had ons hier nog duidelijk aan herinnerd voordat mevrouw De Block haar beleid ten uitvoer bracht (Benahmed et al., 2014). Zoals hierboven uiteengezet lijkt het erop dat deze boodschap wel degelijk is gehoord door een meerderheid van de gezondheidscentra en de moeders, althans wat betreft de postnatale opvolging door vroedvrouwen (zie punt 5.1.).

Het KCE heeft zijn denkoefening in 2019 voortgezet met de publicatie van een analyse van de stand van zaken met de prenatale opvolging van aanstaande moeders in België (waarbij het zich, in tegenstelling tot ons, concentreert op zwangerschappen met een laag risico). De boodschap is overduidelijk en lijkt in veel opzichten op de onze: "De opvolging van zwangerschappen met een laag risico is momenteel niet optimaal georganiseerd. We stellen een paradoxale situatie vast, met een onderconsumptie van de zorg door een deel van de bevolking en een overconsumptie door een ander deel" (Benahmed et al., 2019a, p. 2). Herinnerend dat de opvolging na de bevalling niet op voorhand lijkt te zijn georganiseerd, gaat het KCE een stap verder door een aantal oorzaken te presenteren die volgens het Kenniscentrum verantwoordelijk zijn voor deze situatie:

- een ongelijke verdeling van het prenatale zorgaanbod;
- een gebrek aan coördinatie tussen de professionals;
- een slechte integratie van de prenatale opvolging, zonder globale visie.

Wat moeten we aan deze situatie doen? Het KCE stelt een alomvattende, nauwkeurig beschreven aanpak voor. Samengevat: "Om de opvolging van zwangere vrouwen in België te verbeteren, zijn de volgende kernelementen vereist: een entourage van zorgverleners rond iedere zwangere vrouw, aangepast aan haar individuele profiel en specifieke noden, **met centraal een zorgcoördinator, een geïndividualiseerd zorgplan**, een duidelijk doorverwijzingssysteem tussen zorgverleners en een gedeeld elektronisch dossier. Al deze elementen zouden moeten worden georganiseerd en gestructureerd binnen **een volledig prenataal opvolgingsparcours, bestaande uit klinische opvolging, consultaties voor persoonlijk prenataal advies en sessies ter voorbereiding van de geboorte en het ouderschap**" (Benahmed et al., 2019a).

Dit "volledig prenataal opvolgingstraject" moet ongetwijfeld nog worden aangevuld met het voorstel van het KCE voor een systematische postnatale opvolging, een "geïntegreerd zorgtraject": dat wat wij een geboortetraject noemen. De twee KCE-rapporten ontwikkelen een uitgebreid voorstel voor een prenataal of postnataal zorgtraject, maar de volgende twee punten zijn (naar onze mening) het belangrijkste vanuit het oogpunt van de organisatie van de zorg:

1. *Voor elke zwangere vrouw een gedeeld (elektronisch) dossier opmaken, waarin de 'Care Sets' over de preconceptie, de zwangerschap en de post-partumperiode worden opgenomen.*

Dit dossier zou dan fungeren als een soort checklist die tijdens de zwangerschap moet worden ingevuld: een minimale lijst van verstrekkingen die absoluut noodzakelijk worden geacht voor de gezondheid van moeder en baby, bij een 'normale' of weinig risicovolle zwangerschap.

2. *Onderzoeken opstarten om het huidige financieringssysteem te vervangen door een systeem dat de complementariteit en multidisciplinariteit van de professionals in prenatale opvolging versterkt, en dat een onnodige herhaling van interventies voorkomt.*

Tot nu toe organiseert elke specialisatie enkel haar eigen zorg, zonder noodzakelijkerwijs geïnteresseerd te zijn in de het gehele zorgpakket van de moeder. De financiering moet daarom zo worden gereorganiseerd dat de organisatie en de verstrekking van zorgen een globale en gecoördineerde kijk op de prenatale zorg mogelijk maakt.

8. Conclusie

Door het verkennen van de gegevens van de pre- en postnatale opvolging van moeders aangesloten bij CM, zagen we:

- Een groot aandeel voor gynaecologen: ze zijn vooral aanwezig tijdens de zwangerschap (gemiddeld zo'n 12 contacten), maar na de bevalling neemt dat af (1 tot 2 contacten in de 3 maanden na de geboorte);
- Een toenemend aandeel voor vroedvrouwen (gemiddeld bijna 4 contacten tijdens de zwangerschap en 5 contacten binnen de 3 maanden daarna);
- Een niet te verwaarlozen aandeel voor kinesitherapeuten: 30% van de moeders volgde kinesitheriesessies tijdens de zwangerschap, bijna 70% in de maanden na de bevalling.

Maar we stelden ook vast dat niet alle moeders op dezelfde manier worden begeleid: er zijn aanzienlijke regionale verschillen en een sociale gradiënt ten nadele van VT-moeders. Erger nog, wat betreft de opvolging door gynaecologen en vroedvrouwen stellen we tevens vast dat 5% van de moeders het risico loopt op een ontoereikende opvolging tijdens hun zwangerschap en erna (ze bereiken maar net of zelfs niet het minimumaantal contacten dat vereist is in Zweden en het Verenigd Koninkrijk). Uiteindelijk bevinden we ons dus in een paradoxale situatie: ondanks de substantiële activiteiten van de zorgverleners is een systematische opvolging noch vóór, noch na de geboorte gegarandeerd voor sommige groepen.

Hoe kunnen we deze situatie verbeteren? De voorstellen van het KCE zijn gericht op de totstandbrenging van een geïntegreerd pre- en postnataal zorgtraject. Een globale en gecoördineerde visie op de te leveren zorg zou de garantie bieden dat de noodzakelijke verstrekkingen daadwerkelijk worden geleverd, overeenkomstig de behoeften van de moeder. Dat is trouwens wat men in het Verenigd Koninkrijk en Zweden doet.

Deze aanpak zal niet eenvoudig te implementeren zijn. Hoe vaak moet een zwangere vrouw haar gynaecoloog zien tijdens haar zwangerschap? Haar kinesitherapeut? Haar vroedvrouw? Voor welke verstrekking(en)? Tegen welke prijs? Hoe identificeren we een 'risicozwangerschap' die een grotere opvolging vereist? Deze vragen kunnen nog niet worden beantwoord, maar de Engelse en Zweedse voorbeelden tonen ons in elk geval een aantal aanknopingspunten en het KCE geeft nog andere voorbeelden. Vroedvrouwen zouden bijvoorbeeld de hoeksteen van de kraamzorg kunnen vormen, zoals gebeurt in Zweden. Maar dat vereist dan wel een totaal andere en nieuwe kijk op de manier waarop we zorg voor aanstaande moeders willen organiseren.

Bibliografie

- Benahmed N., Devos C., San Miguel L., Vinck I., Vankelst L., Lauwerier E., Verschueren M., Obyn C., Paulus D., en Christiaens W. (2014) *De organisatie van de zorg na een bevalling – Synthese. Health Services Research (HSR)*. KCE Reports 232As. D/2014/10.273/79. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Benahmed N., Lefèvre M., Christiaens W., Devos C., en Stordeur S. (2019a) *Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen - Synthese. Health Services Research (HSR)*. KCE Reports 326As. D/2019/10.273/76. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., en Stordeur, S. (2019b) *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy – Supplement. Health Services Research (HSR)*. KCE Reports 326. D/2019/10.273/79. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Charafeddine, R., Van der Heyden, J., Demarest, S., Drieskens, S., Nguyen, D., Tafforeau, J., Gisle, L., Braekman, E., en Berete, F. (2019) *Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten*. D/2019/14.440/33. Brussel: Sciensano. Beschikbaar op https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_HS_NL_2018.pdf
- Crommelynck, A., Degraeve, K., en Lefèvre, D. (2013) *De organisatie en financiering van de ziekenhuizen*. Supplement bij het nummer, CM-Informatie, 253. Beschikbaar op: https://www.cm.be/media/CM-253-NL-Infofiche_tcm47-17926.pdf
- Gyselaers W., Jonckheer P., Ahmadzai N., Ansari M.T., Carville S., Dworzynski K., Gaudet L., Glen J., Jones K., Miller P., Tetzlaff J.M., Alexander S., Allegaert K., Beeckman K., Ceysens G., Christiane Y., De Ronne N., de Thysebaert B., Dekker N., Denys A., Eeckeleers P., Hernandez A., Mathieu E., Seuntjens L., Verleye L., en Stordeur S. (2015) *Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap? – Synthese. Good Clinical Practice (GCP)*. KCE Reports 248As. D/2015/10.273/55. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- OESO (2019) *Health at a Glance 2019*. Parijs: OECD Publishing. doi.org/10.1787/4dd50c09-en
- Organisation Mondiale de la Santé (2014) Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Beschikbaar op https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=2CF8E3D5A5F620518FFC186E19A8EAD4?sequence=1

Geraadpleegde sites:

- Nordic Co-operation. Pregnancy and childbirth in Sweden. <https://www.norden.org/en/info-norden/pregnancy-and-childbirth-sweden>
- The Local. What you need to know about giving birth in Sweden: <https://www.thelocal.se/20180125/im-pregnant-now-what-the-locals-guide-to-giving-birth-in-sweden>
- NHS.UK. Antenatal support: meet the team. Your pregnancy and baby guide: <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/antenatal-team-midwife-obstetrician-pregnant/>; <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/antenatal-midwife-care-pregnant/>

Visie, structuur en financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België

Svetlana Sholokhova – Studiedienst

Met de onschatbare hulp van Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Jonathan Bouvy, Louise Lambert en Sofia Seddouk

Samenvatting

Ondanks het belang van preventieve en gezondheidsbevorderende acties voor de volksgezondheid, blijft de ruimte hiervoor in het Belgische gezondheidsbeleid beperkt. Ten eerste laat een analyse van de institutionele structuur zien dat het hier om uiterst versnipperde kwesties gaat waarvoor maar moeilijk een globale visie kan worden ontwikkeld. Ten tweede, vanuit financieel oogpunt valt amper 2% van de uitgaven voor gezondheidszorg onder uitgaven die betrekking hebben op preventie en gezondheidsbevordering. Uit de evaluatie van de prestaties van het preventieve systeem blijkt bovendien dat de resultaten onbevredigend zijn voor meerdere gezondheidsindicatoren en dat de verschillen tussen de deelstaten groot zijn. Dat alles roept vragen op over de gezondheidsvisie achter het beleid van de verschillende beleidsniveaus inzake preventie en gezondheidsbevordering en de interne coherentie van die visie. Een brede visie op gezondheid beperkt zich niet tot de afwezigheid van ziekte en houdt rekening met verschillende sociale, economische en omgevingsfactoren die de gezondheidstoestand van de persoon bepalen. Het nationale beleid concentreert zich traditioneel eerder op de medische aspecten van gezondheid, daar waar we een brede visie op gezondheid voornamelijk tot stand zien komen tijdens acties op het terrein. Dat verklaart mogelijk deels de beperkte middelen die voor de sector preventie en gezondheidsbevordering worden uitgetrokken, in vergelijking met de curatieve sector. In dit artikel maken we vanuit een analytisch perspectief de stand van zaken op van de Belgische sector van preventie en gezondheidsbevordering, in het licht van de actuele uitdagingen voor het volksgezondheidsbeleid.

Sleutelwoorden: Preventie, gezondheidsbevordering, brede definitie van gezondheid, volksgezondheidsbeleid, gezondheidsuitgaven, gezondheid in alle beleidsmaatregelen (Health in All Policies)

1. Inleiding

In de huidige context van de COVID-19-crisis lijkt men zich binnen de politiek eindelijk (opnieuw) bewust te worden van het belang van preventie.¹ Preventie is op vlak van budget duidelijk geen prioriteit binnen de gezondheidszorg. Zo blijkt dat het beheer van de beschermingsmiddelen onderworpen is aan het principe van winstgevendheid en toevertrouwd is aan het marktsysteem. Deze benadering is gestoeld op de principes van just in time (lean-productie) en nulvoorraden en zou de bevoorrading van beschermingsmiddelen moeten reguleren, maar ze blijkt totaal ongeschikt in de context van de gezondheidscrisis.²

Bovendien hebben media en politiek in deze crisistijd zeker aanvankelijk, onvoldoende aandacht gehad voor de lessen op vlak van gezondheidsbevordering en de invloed van sociaaleconomische factoren (zoals inkomen, leef- en werkomstandigheden, gezinssituatie enz.) op het gedrag van de mensen.³

Dit artikel is het eerste in een reeks studies van het CM-Gezondheidsfonds over het systeem van preventie en gezondheidsbevordering in België. Het doel van deze eerste studie is om een reeks vragen te beantwoorden. Welke rol

1. Daarvan getuigt bijvoorbeeld het feit dat preventie een van de centrale punten is in het nieuwe regeerakkoord van het afgelopen najaar, en dit zowel in het kader van het gezondheidsplan voor crisisbeheersing als in de visie op de gezondheidszorg in het algemeen.
2. Zie bijvoorbeeld Durand (2020) en de Decker (2020).
3. Zie bijvoorbeeld de 'Carte Blanche' van de Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la santé (2020).

spelen preventie en gezondheidsbevordering in het Belgisch gezondheidszorgsysteem? Maken de huidige institutionele organisatie en de financiering ervan een samenhangend en effectief volksgezondheidsbeleid mogelijk? En ten slotte: welke opvatting van gezondheid vormt de leidraad voor het beleid inzake preventie en gezondheidsbevordering?

2. Preventie en gezondheidsbevordering: verschillen en grensvlakken

Het verschil tussen preventie en gezondheidsbevordering is niet altijd duidelijk. Dat neemt echter niet weg dat we, in de manier waarop we met een gezondheidsprobleem omgaan, (bijna) altijd een preventieve en een gezondheidsbevorderende dimensie kunnen onderscheiden. Terwijl we bij de eerste dimensie een ziekte of de mogelijke complicaties daarvan proberen te vermijden, is het de tweede dimensie, gezondheidsbevordering, die een kader biedt om preventieve acties mogelijk te maken en bij de mensen te krijgen. Om een concreet voorbeeld te geven: als baarmoederhalskankerscreening een preventieve actie is, valt een sensibiliseringscampagne over de risico's van baarmoederhalskanker voor bepaalde bevolkingsgroepen, het belang van een vroege diagnose en de mogelijkheid om de screening vergoed te krijgen, onder de gezondheidsbevordering.

2.1. De brede visie op gezondheid binnen de gezondheidsbevordering

Het zou evenwel kortzichtig zijn om ervan uit te gaan dat, omdat preventieve acties gepromoot moeten worden, gezondheidsbevordering op zijn beurt ondenkbaar is zonder preventie. Het feit dat preventie meestal gepaard gaat met gezondheidsbevorderende acties, betekent omgekeerd niet dat gezondheidsbevordering zelf altijd een vorm van preventie is. Gezondheidsbevorderende hulpmiddelen vormen wel de sleutel tot het succes van elk preventiebeleid. Ziektepreventie moet dus worden gezien als deel uitmakend van de werkings sfeer van gezondheidsbevordering en niet andersom.

De reden hiervoor schuilt in de visie op gezondheid die de drijvende kracht is achter gezondheidsbevorderende acties.⁴ Gezondheid wordt hier in een bredere zin opgevat dan bij medische preventieacties. Op het eerste gezicht kan gezondheid inderdaad worden opgevat in haar tegengesteld zijn aan ziekte. Dat is het perspectief van de klassieke medische preventie, waar gezond zijn betekent dat men niet ziek is (dat men bijvoorbeeld geen kanker heeft, beschermd is tegen overdraagbare ziekten, enz.). Maar vandaag weten we

dat gezondheid niet moet worden gereduceerd tot afwezigheid van ziekte, maar dat het afhankelijk is van verschillende aspecten – fysiek, mentaal, sociaal, omgeving - in het leven van de betrokken persoon. Dat is ook het perspectief van de gezondheidsbevordering.

Kader 1

"Gezondheidsbevordering is het proces waarbij mensen in staat worden gesteld meer controle over hun gezondheid te krijgen en hun gezondheid te verbeteren. Om een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn te bereiken, moet een individu of een groep in staat zijn wensen te identificeren en te verwezenlijken, om aan zijn behoeften te voldoen, en de omgeving te veranderen of ermee om te gaan. Gezondheid wordt daarom gezien als een middel in het dagelijks leven, niet als het doel van het leven. Gezondheid is een positief concept dat de nadruk legt op sociale en persoonlijke hulpbronnen, alsmede op lichamelijke capaciteiten. Gezondheidsbevordering is dan ook niet alleen de verantwoordelijkheid van de gezondheidssector, maar gaat verder dan een gezonde levensstijl en is gericht op welzijn".

"De fundamentele voorwaarden en hulpbronnen voor gezondheid zijn vrede, onderdak, onderwijs, voedsel, inkomen, een stabiel ecosysteem, duurzame hulpbronnen, sociale rechtvaardigheid en gelijkheid. Verbetering van de gezondheid vereist een stevig fundament in deze basisvoorwaarden."

(Wereldgezondheidsorganisatie, 1986 - eigen vertaling)

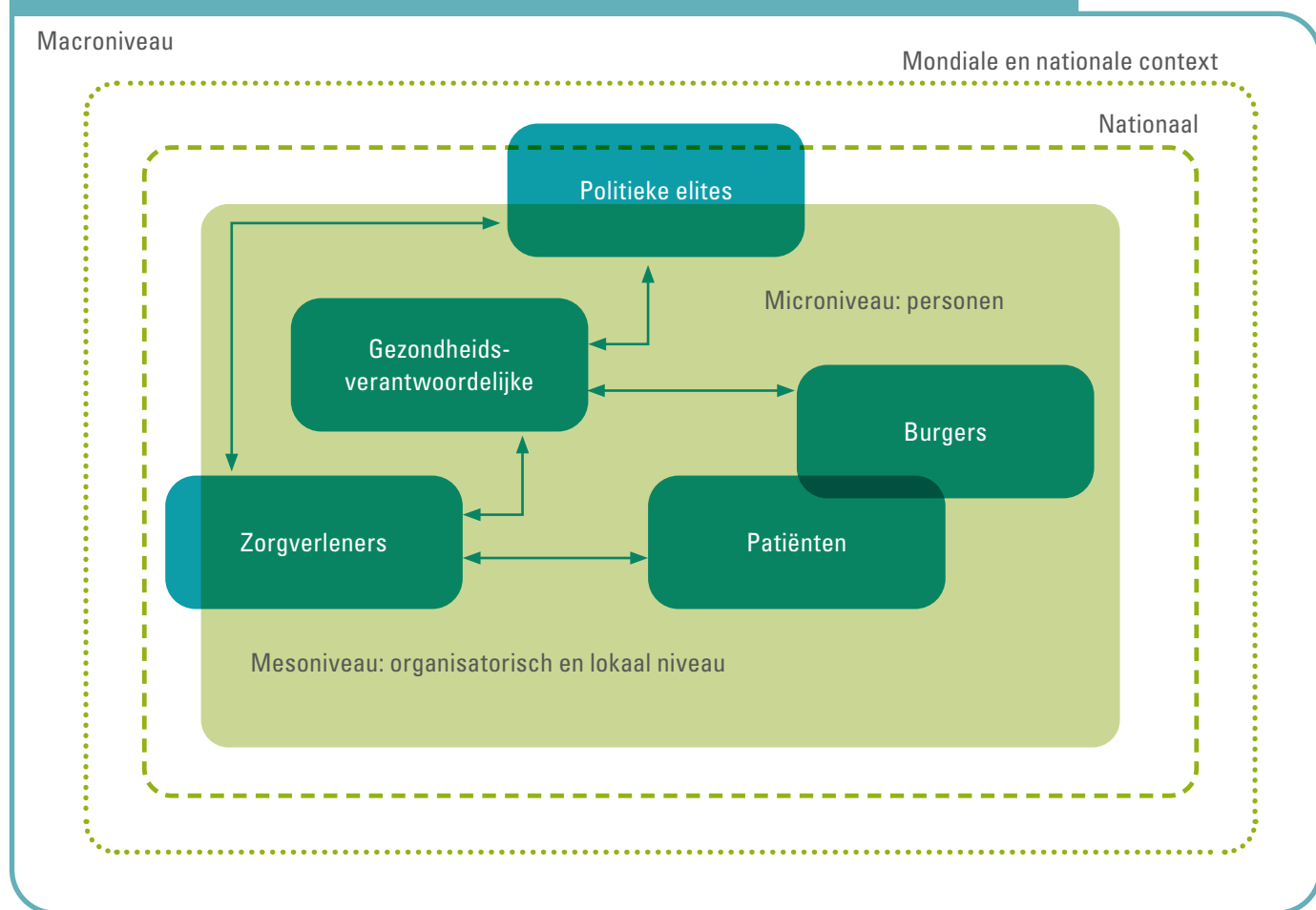
Gezondheidsbevorderende acties kijken dan ook naar de persoon als geheel. Vandaar het idee van transversaliteit of zelfs intersectoraliteit als de geprefereerde benadering van gezondheidsproblemen (Fortin et al., 1994). Aangezien verschillende zaken, zoals wonen, werken, eten, enz., bepalend zijn voor onze gezondheid in de brede zin van het woord, probeert de gezondheidsbevordering deze allemaal mee in overweging te nemen. Vaak is het enkel aan die transversale benadering te danken dat we bepaalde problemen, zoals sociale ongelijkheden in gezondheid en hun negatieve invloed op ons leven, aan het licht kunnen brengen. Die problemen zouden onzichtbaar blijven als we de gezondheidstoestand niet zouden vergelijken met sociaaleconomische indicatoren (Avalosse et al., 2019; Missinne, Avalosse, Luyten, 2019).

4. De brede gezondheidsvisie kwam tot stand tijdens de eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering in Ottawa, waar een handvest genaamd 'Ottawa Charter' werd ondertekend. Zie Kader 1.

Een brede visie op gezondheid betekent dus niet alleen dat ons gedrag wordt bepaald door factoren die buiten onze macht liggen en die deel uitmaken van een bredere context, maar ook dat dit gedrag zelf slechts een van de aspecten is die onze gezondheid bepalen. Met andere woorden, gezondheid moet niet alleen vanuit een zuiver individueel perspectief worden bekeken (in welk geval we zouden kunnen spreken van een gezond of juist risicovol gedrag), maar ook vanuit het perspectief van de gemeenschap (waar sociale banden bijvoorbeeld een gunstige factor kunnen zijn voor onze gezondheid) en zelfs vanuit mondiaal perspectief (waar nationale en internationale politieke beslissingen de gezondheid van de bevolking rechtstreeks beïnvloeden). Voorts zijn de gezondheidssystemen actief op drie niveaus – ‘micro’, ‘meso’ en ‘macro’ – die aansluiten bij de bovengenoemde drie gezondheidsperspectieven (zie Figuur 1).

Een ander belangrijk gevolg van deze holistische visie op gezondheid is het feit dat het publiek hier niet wordt gezien als louter een ontvanger van informatie en initiatieven, maar als een partner die actief aan de actie deelneemt (Cornwall, 2008). Enerzijds moeten informatie en initiatieven zo worden geconstrueerd dat ze effectief en positief door het publiek kunnen worden opgepikt. Maar anderzijds weet niemand beter dan de betrokkenen zelf onder welke leefomstandigheden problemen ontstaan. Daarom moet de deskundige rol van het publiek net zo zeer worden erkend als die van de traditionele experts (medici, politici, wetenschappers enz.) (Grimaldi, 2010). Het belang van deze expertise ligt in het feit dat ze de wetenschappelijke gegevens aanvult of in vraag stelt.⁵ Daarom moet een ruimte worden gecreëerd en versterkt waar dit soort expertise serieus kan worden genomen⁶, zodat de kennis over gezondheid kan worden uitgebreid en concrete maatregelen kunnen worden genomen die van waarde zijn voor de doelgroep zelf.

Figuur 1: Verschillende niveaus van de gezondheidssystemen (bron: Gilson, 2013, p. 22-23 - eigen vertaling)



5. Een van de voorbeelden is de bijdrage van het feminisme aan de medische wetenschappen en in het bijzonder de invraagstelling van klinische onderzoeken die bijna uitsluitend op mannen worden uitgevoerd (zie Löwy, 2005).
6. In Frankrijk noemen we dat ‘gezondheidsdemocratie’, in België hebben we het vooral over gemeenschapsgezondheid en participatieve benaderingen (Scheen, 2018).

2.2. Van medische preventie naar een preventie gericht op individuele personen en hun algehele gezondheid

De brede of holistische opvatting van gezondheid kan ook worden gebruikt om een nieuwe kijk op preventie te ontwikkelen die verder gaat dan de klassieke opvatting.

Volgens de klassieke opvatting van preventie gaat het om een lineair proces met verschillende stadia (Leavell en Clark, 1958; Bury, 1988). Het eerste stadium, primaire preventie, vindt plaats voordat de ziekte uitbreekt (dat geldt bijvoorbeeld voor vaccinatie). Secundaire preventie is gericht op het opsporen van ziekten in een vroeg stadium om te vermijden dat de ziekte zal optreden (bijvoorbeeld door screenings). Tertiaire preventie moet voorkomen dat er bij een ziekte complicaties optreden. En ten slotte is er nog een quaternaire preventie, waarbij men aan het levenseinde wordt begeleid, zoals bij palliatieve zorgen.

Het is duidelijk dat bij bovenstaande aanpak enkel rekening wordt gehouden met het medische kader. Andere dimensies van het leven van de persoon, maar ook het meer algemene kader van de gezondheidszorg en in het bijzonder de relatie tussen arts en patiënt, worden genegeerd.

Een preventiemodel gebaseerd op een brede opvatting van gezondheid kan worden gevisualiseerd als een tabel met dubbele invoer (zie Tabel 1), waarbij de ontwikkeling van de

ziekte zowel wordt bestudeerd vanuit het oogpunt van de medische wetenschap (de grens tussen gezondheid en ziekte wordt dan de diagnose die het mogelijk maakt om te verklaren dat de persoon ziek is) als van de gevoelens van de persoon (die zelf ook zijn gezondheidstoestand kan beoordelen en weet wanneer hij zich goed of slecht voelt) (Jamouille, 1986; Jamouille en La Valle, 2019). Een van de doelstellingen van deze weergave is om de aandacht te vestigen op vak IV, dat ook hier “quaternaire preventie” wordt genoemd maar nu een bredere betekenis krijgt. We doelen niet langer alleen op palliatieve zorgen, maar op situaties waarin de persoon zich ondanks het ontbreken van een diagnose ziek voelt.

De noodzaak om aandacht te schenken aan situaties waarin een persoon zijn klachten deelt zonder dat er een diagnose wordt gesteld, schuilt erin dat er risico's aan dergelijke situaties verbonden zijn. Het eerste risico is een mogelijke overconsumptie van zorg. Overconsumptie kan een gevolg zijn van het handelen van de arts om het lijden van zijn patiënt te verlichten met behulp van de middelen waarover hij beschikt (noodzakelijkerwijs medische hulpmiddelen), maar die om verschillende redenen niet bij het gewenste doel aansluiten.⁷

Het tweede risico van situaties waarin een persoon zijn ongemak meldt zonder dat er een diagnose wordt gesteld, is daarentegen juist een onderconsumptie van zorg. Want zelfs als een persoon niet de diagnose van een ziekte krijgt, betekent dat niet per se dat hij niet ziek is. Het zou ook een

Tabel 1: Vier definities van preventie (bron: Jamouille en La Valle, 2019 – eigen vertaling)

		Arts	
		Geen ziekte	Ziekte
Patiënt	Voelt zich goed	Preventie I Maatregelen om de oorzaak van een gezondheidsprobleem bij een patiënt of een populatie te vermijden of weg te nemen voordat het zich voordoet (bv.: vaccinatie)	Preventie II Maatregelen om de ontwikkeling van een gezondheidsprobleem bij een patiënt of een populatie in een vroeg stadium op te sporen en de duur of het beloop van dat probleem te beperken (bv.: screening op hypertensie)
	Voelt zich slecht	Preventie IV Maatregelen om een patiënt of een populatie te identificeren die het risico loopt op overconsumptie van geneesmiddelen, hem te beschermen tegen invasieve medische ingrepen en hem ethisch aanvaardbare zorgprocedures aan te bieden	Preventie III Maatregelen om het effect en de prevalentie van een chronisch gezondheidsprobleem van een persoon of een populatie te verminderen door de functionele beperking als gevolg van een acuut of chronisch gezondheidsprobleem tot een minimum te beperken (bv.: preventie van complicaties bij diabetes). Hierbij hoort ook revalidatie

7. We zien inderdaad op verschillende gebieden van de gezondheidszorg een trend in de richting van overconsumptie. Antibiotica lijken bijvoorbeeld ook te worden toegediend als dat helemaal niet nodig is. In België blijft het antibioticagebruik hoger dan het Europees gemiddelde (2,5 keer hoger dan in de noordelijke buurlanden). Zie over dit thema Leroy, Christiaens, Maertens de Noordhout en Hanquet, 2019; Devos et al., 2019; Van Haecht, Callens, Ntahonganyira en Morel, 2019.

teken kunnen zijn van een verslechterende gezondheids-toestand als gevolg van niet-medische factoren. Die factoren zouden vervolgens onopgemerkt kunnen blijven bij klassieke preventieve maatregelen die uitsluitend rekening houden met medische redenen.⁸

In beide gevallen gaat het om een discrepantie tussen de medische kennis over de gezondheidstoestand van de persoon (die niet als ziek wordt beschouwd) en de beoordeling van die toestand door de persoon zelf (die zich slecht voelt). Om deze kloof te overbruggen en vast te stellen waardoor de persoon zich niet goed voelt en waarom hij/zij in de richting van over- of onderconsumptie van gezondheidszorg wordt gedreven, moet naar andere gezondheidsgebieden worden gekeken dan alleen de strikt medische. Er moet dus een beroep worden gedaan op het bredere gezondheidsconcept.

We constateren dus dat preventie en gezondheidsbevordering enerzijds van elkaar moeten worden onderscheiden. Dat is met name nodig om de specifieke inspanningen op het gebied van gezondheidsbevordering en de hierbij verdedigde brede visie op gezondheid naar waarde te schatten, en om de gezondheidsongelijkheden die zij naar voren brengt, te erkennen. Aan de andere kant moeten preventie en gezondheidsbevordering ook samen worden bekeken. Beide sectoren samen vormen namelijk de pendant van de curatieve sector. Door preventie en gezondheidsbevordering samen te bekijken, kan je hun mogelijke effect op de curatieve zorg, onder meer in termen van een verminderde impact van bepaalde ziekten, onderstrepen. Dat is een van de redenen waarom we in dit artikel hebben besloten om preventie en gezondheidsbevordering samen te bestuderen.

3. Institutionele structuur van de preventie en gezondheidsbevordering

Laten we nu eens kijken hoe preventie en gezondheidsbevordering worden georganiseerd binnen het Belgische institutionele kader. Volgens artikel 5 § 1, 1, 1e lid, 2° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, zijn het de gemeenschappen die bevoegd zijn voor “de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg”. Door de 6e staatshervorming zijn deze bevoegdheden

uitgebreid door de overdracht van enkele bevoegdheden die de federale overheid uitoefende – of zich eerder had toegeëigend (‘usurperende bevoegdheden’)⁹ - onder de noemer van residuaire bevoegdheden. (BWHI, § 1, 8°). De bevoegdheden van de verplichte ziekte- en invaliditeits-verzekering en de nationale maatregelen inzake profylaxis werden niet overgedragen. De federale overheid behield hier de bevoegdheid (art. 5 BWHI, § 1, 8°). Wat dat betreft moet er rekening gehouden worden met het feit dat de bevoegdheden inzake preventie en gezondheidsbevordering in institutioneel opzicht vaak deel uitmaken van andere bevoegdheden en daardoor ook afhankelijk zijn van het overheidsniveau waartoe die laatste behoren. Preventie behoort bijvoorbeeld tot het bevoegdheidsdomein gezondheid, maar ook tot andere bevoegdheidsdomeinen die zowel beheerd worden op het federale niveau als op het niveau van de gefedereerde entiteiten.

3.1. Het federale niveau

De nationale maatregelen inzake profylaxis beslaan verschillende werkterreinen. Het eerste werkterrein is dat van de volksgezondheid. Hier kunnen we een onderscheid maken tussen: het beheer van medische apparatuur (en in het bijzonder dringende medische hulp, maar ook de dotaties voor het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg – KCE), het crisisbeleid, vooral “wanneer een acute pandemie dringende maatregelen vereist” (Belgische Senaat, 2013), de ondersteuning van de administratieve dienst die zich bezighoudt met de erkenning van arbeidsongevallen en beroepsziekten, en ten slotte het wetenschappelijk beleid (inclusief de steun voor het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het Instituut Pasteur). Bovendien is de staat verantwoordelijk voor de preventie op het werk. Hierbij moeten we vooral denken aan het beheer van risico’s op ernstige ongevallen, door de Algemene Directie Crisiscentrum van de FOD Binnenlandse Zaken, en de maatregelen ter preventie van ernstige ongevallen, die steun krijgen van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Bepaalde buitenlandse en binnenlandse aangelegenheden vallen eveneens onder preventie, zoals de subsidies voor de bescherming tegen ioniserende straling.

Het beheer van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering is de tweede pijler van de preventieve bevoegdheden van de staat. Hierbij horen de vergoeding van geneeskundige verstrekkingen op het vlak van preventieve geneeskunde,

8. We stellen vast dat een deel van de Belgische bevolking tegenwoordig te weinig of te laat een beroep doet op de gezondheidszorg, vanwege de onbetaalbaarheid ervan, een gebrek aan juiste informatie enz. Zo stellen we op het gebied van de tandzorg vast dat hoewel “het beter [is] dat elk individu op zijn minst eenmaal per jaar naar de tandarts gaat voor preventieve zorgen... bijna 22% van de VT-leden naar de tandarts [ging] in 2017, tegenover 40% van de niet-VT-leden” (Vandeleene en Lambert, 2019). Ook al zien we dat de toestand wat is verbeterd (vooral bij de begunstigen van een verhoogde tegemoetkoming: in 2007 ging nog maar 12,5% van de VT-leden naar de tandarts voor preventieve zorgen), blijven de cijfers onvoldoende.
9. “... [De] belangrijkste doelstelling is ongetwijfeld dat de federale overheid voortaan de reeds bestaande bevoegdheidsverdeling inzake preventieve gezondheidszorg respecteert en geen nieuwe financiële instrumenten meer ontwikkelt om onrechtstreeks toegang te krijgen tot deze bevoegdheden”. (Van Nieuwenhove, 2015, p. 290).

bepaalde technische handelingen en in het bijzonder de laboratoriumkosten, evenals de vergoeding van bepaalde geneesmiddelen. We hebben het hier over screenings op bepaalde soorten kanker en overdraagbare ziekten, vaccins, maar ook preventieve tandzorg, enz. De verplichte verzekering ondersteunt daarnaast nationale gezondheidsbevorderende acties die in combinatie met voorgaande preventieve handelingen worden gelanceerd. Zo wordt een deel van het variabele gedeelte van de administratiekosten van ziekenfondsen gefinancierd voor de uitvoering van opdrachten op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Hierbij horen ook de campagnes voor vaccinatie, mondgezondheid, antibioticagebruik, enz., die buiten het kader van de in vaste termijnen gefinancierde opdrachten vallen (Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen, 2016).

3.2. Het niveau van het Gewest

Sinds de 6^e Staatshervorming is elke gefedereerde entiteit verantwoordelijk voor haar eigen beleid inzake preventie en gezondheidsbevordering, dat dus verschilt van deelstaat tot deelstaat. Centraal in al die verschillen staat de manier waarop elke deelstaat is georganiseerd. Zo worden in Vlaanderen, in tegenstelling tot de andere deelstaten, de gewestelijke en de gemeenschapsbevoegdheid beheerd door één overheidsdienst. Voor de Franstaligen zijn de aanvullende bevoegdheden overgedragen van enerzijds de Federatie Wallonië-Brussel (= gemeenschapsniveau) naar anderzijds het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest.¹⁰ Deze overdracht is echter niet compleet, want gebieden zoals jeugd en onderwijs, die ook preventieve bevoegdheden omvatten, vallen erbuiten.¹¹

3.2.1. Vlaanderen

Het verbeteren van de levenskwaliteit voor iedereen staat centraal in het preventie- en gezondheidsbevorderingsbeleid in Vlaanderen. Dit beleid wordt gestuurd door Agentschap Zorg & Gezondheid, overeenkomstig de gezondheidsdoelstellingen van een strategisch plan (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016) dat om de vijf jaar richtlijnen voorstelt op het

gebied van welzijn, volksgezondheid, familie en armoedebestrijding. Voorbeelden van zulke gezondheidsdoelstellingen: meer mensen met voldoende lichaamsbeweging en met een gezond gewicht, minder rokers, drugs- en alcoholgebruikers, veerkrachtigere mensen, minder ongevallen in de privésfeer, meer mensen die deelnemen aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker en een kwalitatief vaccinatiebeleid in Vlaanderen.¹² Om deze doelstellingen te realiseren, werkt het Agentschap Zorg en Gezondheid samen met lokale overheidsdiensten (Lokaal Gezondheidsoverleg of Logo), partnerorganisaties met expertise op het gebied van preventie (verschillende instellingen zoals Kind & Gezin, Sciensano, Freeclinic, enz.) en partnerorganisaties met terreinwerking. Het Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (Vlaamse Gemeenschap, 2003) legt de aangelegenheden van de Gemeenschap en het Gewest vast.

3.2.2. Waals Gewest

In Wallonië is het nieuwe Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) sinds de 6^e Staatshervorming de bevoegde overheidsdienst voor gezondheidsbevordering.¹³ In 1997 werd een decreet betreffende gezondheidsbevordering aangenomen (nadien gewijzigd in 2003). Dit decreet voorziet onder andere in maatregelen volgens een gezondheidsbevorderingsplan dat de strategische oriëntaties op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering vastlegt. Het meest recente plan uit 2017 loopt nog tot 2030 en hoopt met een solide en duurzame structuur bij te dragen tot een betere gezondheidstoestand voor alle Walen ("contribuer à l'amélioration de l'état de santé de toutes les Wallonnes et les Wallons grâce à un dispositif solide et durable", Waalse regering, 2017, p. 4). Dit plan omvat zowel transversale doelstellingen (bv. bevordering van gezondheid in alle beleidsmaatregelen, bestrijding van sociale ongelijkheden in gezondheid, burgerparticipatie, samenwerking in netwerken, een omgeving die bevorderlijk is voor de gezondheid, het streven naar duurzaamheid en innovatie enz.) als thematische doelstellingen (bevordering van een gezonde levensstijl en leefmilieu, een goede geestelijke gezondheid en algemeen welzijn, preventie van chronische ziekten, infectieziekten en trauma's).

10. We bedoelen hier de decreten die in 2014 werden aangenomen naar aanleiding van het akkoord dat bekend is geworden als het Sint-Emilie-akkoord en dat getiteld is 'Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales'.

11. Art. 3, 6^e, e) van het Bijzonder decreet betreffende de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap waarvan de uitoefening naar het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie wordt overgedragen. Zie ook Dekleermaker en Losseau, 2015.

Een van de beginselen van de bevoegdheidsverdeling tussen het Waalse Gewest en de gemeenschappen is: terwijl de acties van de gemeenschappen gericht zijn op een specifiek publiek, zijn die van het gewest gericht op de hele bevolking (Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, 2017, p. 6). Volgens hetzelfde beginsel is het aan de gewesten om de non-profitsector die actief is op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering, financieel, methodologisch en politiek te ondersteunen via de verschillende overheidsdiensten of instellingen van openbaar nut.

12. <https://logobrussel.be/content/over-logo-brussel>

13. Decreet van 3 december 2015 betreffende het 'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles' (Waals Agentschap voor Gezondheid, Sociale Bescherming, Handicap en Gezinnen), dat doorgaans bekendstaat als het Agentschap voor Quality Life (AViQ) en dat is gestructureerd rond drie takken: de tak Welzijn en Gezondheid, de tak Handicap en de tak Gezinnen.

[3.2.3. Brussels Hoofdstedelijk Gewest](#)

Op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest worden de bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering verdeeld tussen drie instellingen, afhankelijk van de gemeenschap waarvoor ze bedoeld zijn: de Franstalige Gemeenschapscommissie (Cocof), de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), die zich bezighoudt met de werkerterreinen die voor de gehele Brusselse bevolking gelden.

Voor de Franstalige Brusselse bevolking wordt dit geregeld door het decreet van de Cocof van 1 april 2016. Voor de uitvoering van dit decreet werd een gezondheidsbevorderingsplan ("Plan de la Promotion de la Santé") goedgekeurd voor een periode van vijf jaar (Franse Gemeenschapsregering, 2018). Dit plan legt het beleid inzake gezondheidsbevordering vast dat gericht is op het welzijn van de bevolking en het verminderen van sociale ongelijkheden in gezondheid. Het omvat zowel de prioritair actiedoelstellingen (afhankelijk van de doelgroepen, actiestrategieën, determinanten waarop moet worden gereageerd enz.) als de verschillende structuren die het mogelijk maken om deze doelstellingen te realiseren (zoals de stuurgroep, de ondersteunende diensten, de sectie Gezondheidsbevordering binnen de Adviesraad die optreedt als adviesorgaan van de sector, evenals actoren in het veld en netwerken die door de Cocof worden ondersteund en gefinancierd).¹⁴

Bij de VGC is het de overheidsdienst Lokaal Gezondheids-overleg die als platform dient voor de verschillende overheidsdiensten en organisaties die zich bezighouden met gezondheidsbevordering. Hun werk is erop gericht om op het grondgebied van Brussel de zes gezondheidsdoelstellingen te bereiken die werden vastgelegd door de Vlaamse regering en waarover we hierboven spraken. Het Logo ondersteunt de Brusselse actoren in het veld met bijstand, informatie en werk-methodologie.

De GGC stippelt haar preventie- en gezondheidsbevorderingsbeleid uit in het kader van het Brussels Gezondheidsplan (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2019). De bevoegdheden van de GGC beslaan de vaccinatie van de volwassen bevolking, de organisatie van screenings op borstkanker en colorectale kanker, palliatieve zorgen, seksuele en reproductieve gezondheid, het terugdringen van roken en verslavingen. Daarnaast is de GGC verantwoordelijk voor het organiseren van vormings-, voorlichtings- en preventiecampagnes op het vlak van gezondheidsbevordering door en in de sportbeoefening. Ten

slotte vinden we in de GGC nog het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad en ook steunt de GGC het project "Brussel, Gezond Stadsgewest".

3.3. Het Gemeenschapsniveau

[3.3.1. Federatie Wallonië-Brussel](#)

Zoals we hierboven al zeiden, behoudt de Franse gemeenschap haar bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering, en dan vooral die met betrekking tot jeugd en onderwijs. Via het Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) oefent de Federatie Wallonië-Brussel haar bevoegdheden uit ten behoeve van kinderen en hun ouders (vaccinaties, screenings op doofheid bij pasgeborenen, mondgezondheid, enz.). Bij de Franse gemeenschap liggen tevens de bevoegdheden voor de gezondheidsbevordering op school, via de ondersteuning van de gezondheidsbevorderende diensten op scholen en de psycho-medisch-sociale centra (PMSC). De Federatie Wallonië-Brussel beheert ten slotte nog de sportmedische keuringen en de organisatie van acties in het veld die verband houden met preventieve geneeskunde (vaccinaties, organisatie van screenings op borstkanker en colorectale kanker, verslavingspreventie, seksuele voorlichting, enz.).

[3.3.2. Duitstalige Gemeenschap](#)

In tegenstelling tot de Franse gemeenschap heeft de Duitstalige gemeenschap haar bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering niet ten dele overgedragen aan het Waalse Gewest. Het is dus het Ministerie van de Duitstalige Gemeenschap dat zich bezighoudt met de opvolging van alle aangelegenheden die verband houden met uiteenlopende gezondheidsthema's (darm- en baarmoederkanker, vaccinaties, voeding, lichamelijke activiteit, verslaving, preventieve tandzorg, enz.). Kaleido – het centrum voor de gezonde ontwikkeling van kinderen en jongeren van de Duitstalige Gemeenschap – is een equivalent van ONE dat multidisciplinaire gezins- en schoolondersteuning biedt aan kinderen en hun ouders, met de nadruk op hun harmonieuze ontwikkeling (medische onderzoeken, vaccinaties, welzijnsadvies en de psychische, sociale, schoolse en lichamelijke ontwikkeling van kinderen, enz.).

[3.3.3. Vlaamse Gemeenschap](#)

De Vlaamse gemeenschap oefent haar bevoegdheden uit via dezelfde overheidsdienst als het Vlaamse Gewest, zoals besproken in paragraaf 3.2.1 van dit artikel.

14. Sinds maart 2020 moet het nieuwe unieke plan voor het Brussels Gewest, Brussels takes care, het terrein van de gezondheidsbevordering beslaan. Het nieuwe plan heeft ten doel het Brusselse Gezondheidsplan, het Armoedebestrijdingsplan en het Gezondheidsbevorderingsplan samen te voegen.

3.4. Versnippering en samenwerking

Uit de analyse van de institutionele organisatie blijkt dat preventie en gezondheidsbevordering buitengewoon versnipperde aangelegenheden zijn.¹⁵ Neem bijvoorbeeld de screening op borstkanker. De mammografieprocedure wordt gedekt door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, die op federaal niveau wordt beheerd. Maar het zijn de gewesten die verantwoordelijk zijn voor het organiseren van screenings- en sensibiliseringsprogramma's op hun grondgebied. De gratis mammografie wordt ook aangeboden door bepaalde gemeenschappen zoals de Federatie Wallonië-Brussel, die in dit verband dus een eigen programma heeft. Bovendien zijn mammografieën voor preventieve doeleinden ook individueel mogelijk (zogenoemde opportunistische mammografieën) indien de huisarts of de gynaecoloog ze voorschrijft, dus buiten het georganiseerde screeningsprogramma om.¹⁶

De versnippering van de bevoegdheden weerspiegelt allereerst de opdeling van de bevoegdheid gezondheid in België, resulterend in maar liefst negen ministers (Clevers, 2020). Ten tweede zijn er nog andere ministeries (op alle drie de niveaus: het federale, het gewestelijke dat van de gemeenschap) die bepaalde bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering dragen. Er is geen overkoepelend orgaan dat een globale visie zou kunnen geven op de preventie en gezondheidsbevordering op het Belgisch grondgebied.¹⁷ Integendeel, preventie en gezondheidsbevordering worden tegenwoordig vooral als persoonsgebonden aangelegenheden beschouwd omdat ze het leven van mensen van dichtbij beïnvloeden. Met uitzondering van medische verstrekkingen voor preventieve doeleinden, preventieve medisch-technische handelingen en acties

gericht op de bevolking als geheel, is er dus geen nationaal kader. Ondanks de logica van gedeelde bevoegdheden tussen de verschillende beleidsniveaus, wordt de institutionele structuur wel erg complex door het verschil in benadering tussen al die niveaus (zie Tabel 2).

We zien dus een aantal trends in de manier wat op de verschillende beleidsniveaus onder gezondheid wordt verstaan. Het zijn vooral de door het gewestelijk of gemeenschapsniveau ondersteunde terreinactoren die werken vanuit een brede opvatting van gezondheid. Hun acties beperken zich niet tot thematische benaderingen maar worden op transversale wijze ingezet, afhankelijk van de verschillende sociale, economische en omgevingsfactoren. Ze worden zo dicht mogelijk bij het betrokken publiek en met diens deelname geïmplementeerd. Aan de andere kant lijkt gezondheid op federaal niveau vaak te worden gereduceerd tot de afwezigheid van ziekte, en daardoor meer aandacht voor medische preventie (we komen hier in het volgende deel nader op terug). Ook de bevolkingsonderzoeken en vaccinatieprogramma's die rechtstreeks door de overheidsdiensten van gewesten en gemeenschappen worden beheerd, vertrekken voornamelijk vanuit een ziektepreventief perspectief/aanpak gericht op ziektepreventie.

Dit betekent dat we onszelf een aantal vragen moeten stellen: in hoeverre is de moeilijkheid om een globale, gedeelde visie te vinden van invloed op een nationaal beleid voor preventie en gezondheidsbevordering? En hoe moeten we ons een effectieve samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus voorstellen wanneer zo'n samenwerking noodzakelijk of zelfs urgent wordt, bijvoorbeeld in een crisis zoals die we momenteel doormaken?

Tabel 2: De aard van preventieve en gezondheidsbevorderende acties, per bevoegdheidsniveau

Beleidsniveau	Federale staat	Gefedereerde entiteit
Huidige aanpak	Aanpak per gezondheidsthema (overdraagbare ziekten, kankers enz.)	Aanpak per gezondheidsthema en per transversaal thema (gezondheidsgeletterdheid, gezondheid van migranten, vroege kinderjaren enz.)
Middelen	<ul style="list-style-type: none"> - Vergoedingen door de verplichte verzekering - Nationale maatregelen inzake profylaxis 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisatie van de preventieprogramma's (bevolkingsonderzoeken, enz.) - Ondersteuning van de actoren in het veld

15. We merken op dat de gefedereerde entiteiten ook vóór de 6e staatshervorming al bepaalde bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering hadden die tot andere werkterreinen behoorden. De versnippering van de bevoegdheden is dus niet alleen te wijten aan de 6^e staatshervorming. Zie voor de institutionele geschiedenis van de gezondheidsbevordering Bantuelle (2013).
16. De versnippering van de bevoegdheden heeft zowel een negatief effect op de preventie als op de gezondheidsbevordering. Zie bijvoorbeeld de beschrijving over de impact hiervan op de vroege kinderjaren in Gillard, 2020.
17. Om toe te zien op het overleg en de samenwerking tussen de federale staat en de gefedereerde entiteiten, zijn er overeenkomsten gesloten en uitgevoerd tijdens regelmatige gespecialiseerde comités genaamd 'interministeriële conferenties'. Zo waren preventie en gezondheidsbevordering bijvoorbeeld het onderwerp van het 'Protocolakkoord tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie' (2016).

4. Financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België

4.1. Hoeveel besteden we aan preventie en gezondheidsbevordering in België?

De versnippering van de bevoegdheden heeft niet alleen directe gevolgen voor het beleid, maar ook voor de financiering van de preventie en gezondheidsbevordering. Gezien de betrokkenheid van de verschillende beleidsniveaus, zijn de financieringsvormen meervoudig en variabel, en dan vooral tussen de gefedereerde entiteiten. Dat vormt trouwens een reëel probleem als we de omvang van de uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering in België willen berekenen.

Volgens ramingen van de FOD Sociale Zekerheid bedraagt het aandeel van de uitgaven voor preventie in de totale gezondheidsuitgaven in België voor 2018 1,7% (zie Figuur 2).¹⁸ Dit laatste percentage staat in schril contrast tot de uitgavenpercentages voor andere functies, of het nu gaat om curatieve en revalidatiezorg in ziekenhuizen (29,5%), de zorg voor patiënten die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen (inclusief huisbezoeken van artsen) (26,2%), langdurige zorg (22,6%) of zelfs geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (16,5%) buiten de ziekenhuizen.

Als we deze uitgaven afzetten tegen het BBP van België, maken de uitgaven voor preventie 0,17% van het BBP uit (de totale gezondheidsuitgaven maken 10,3% van het BBP uit).

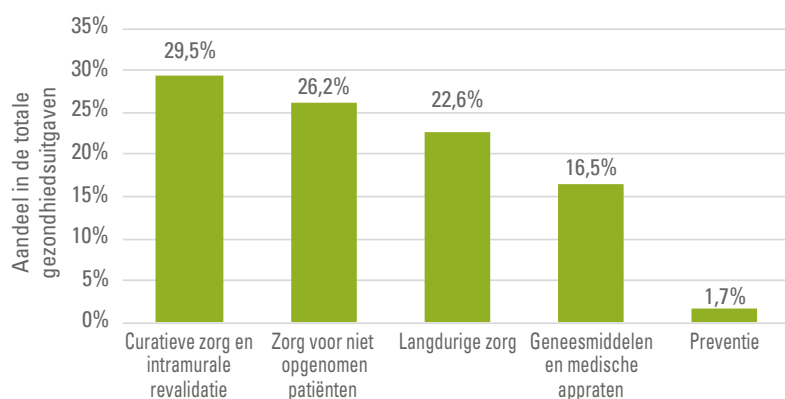
De berekening door de FOD Sociale Zekerheid volgt de methodologie van het *System of Health Accounts* (SHA – ook wel ‘Gezondheidsrekeningen’ genoemd), “een methodologisch kader waarbinnen landen internationaal vergelijkbare ramingen

opmaken, en dat gebruikt wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en het Europees bureau voor statistiek (Eurostat).¹⁹ Het voordeel van dit rekenmodel is dat het mogelijk is om de situatie van de gezondheidsuitgaven in België te vergelijken met die van andere landen die dezelfde berekeningsmethodologie volgen. Door de rapporten van de OESO te raadplegen, kunnen we met name zien dat de uitgaven voor preventie in België onder het Europese gemiddelde liggen – 3,1% (OESO, 2019, p.10). Om precies te zijn: de Belgische uitgaven voor preventie zijn lager dan die in Duitsland (3%) en Nederland (3%), maar zijn vergelijkbaar met die van Frankrijk (2%) en Luxemburg (2%).

4.2. Berekeningsmethodologie SHA

Het is belangrijk om rekening te houden met de manier waarop de berekening volgens de SHA-methodologie wordt uitgevoerd, en wat dus al dan niet onder de noemer ‘preventie’ valt. De SHA-berekening houdt bijvoorbeeld rekening met het ganse pakket aan financieringen voor preventie en gezondheidsbevordering op de verschillende bevoegdheidsniveaus die we in deel 3 hebben genoemd. Het resultaat van deze berekening weerspiegelt daarom vooral de financiële steun aan de gezondheidsbevorderingssector, die onder de gefedereerde entiteiten valt, en de kosten van de verschillende preventieprogramma’s. Bepaalde elementen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vinden we echter niet terug onder de noemer ‘preventie’ volgens de SHA-berekening. Zoals we al zeiden, dekt de verplichte verzekering verschillende zaken die verband houden met preventie. Alleen preventieve consulten bij huisartsen en bepaalde specialisten (zoals bijvoorbeeld tandartsen of vroedvrouwen) tellen mee voor de SHA-berekening van 2018. Dit betekent dat diverse prestaties klinische biologie of

Figuur 2: Uitgaven voor gezondheidszorg in België, naar functie (bron: FOD Sociale Zekerheid)



NB: De bovenstaande percentages houden geen rekening met administratiekosten.

18. De gegevens van de FOD Sociale Zekerheid zijn beschikbaar op <https://socialsecurity.belgium.be/nl/nieuws/uitgaven-voor-gezondheidszorg-14-05-2020>; voor het jaar 2019 bedraagt dit cijfer 2%, maar dat is niet het gevolg van meer investeringen maar van een nauwkeurigere berekening.

19. <https://socialsecurity.belgium.be/nl/nieuws/uitgaven-voor-gezondheidszorg-14-05-2020>. Zie OESO, 2017.

medische beeldvorming, en ook geneesmiddelen die door de verplichte verzekering worden vergoed en dus kunnen worden beschouwd als belangrijk vanuit het oogpunt van preventie, in andere rubrieken worden ondergebracht.

Niet alleen de SHA-methodologie houdt beperkingen in om preventie voldoende breed in kaart te brengen, maar ook een nauwkeurige berekening van uitgaven voor preventie in het kader van de verplichte ziekteverzekering is moeilijk. Deze bevat immers geen specifieke rubriek waar alle preventieve aspecten van de verschillende soorten vergoedingen zijn samengebracht. Met andere woorden, om een dergelijke raming te kunnen maken, zou een lijst moeten worden opgesteld van prestaties klinische biologie en medische beeldvorming en van alle geneesmiddelen die met preventie te maken hebben. Dat blijkt echter des te moeilijker omdat bepaalde geneesmiddelen bijvoorbeeld zowel preventief kunnen worden voorgeschreven aan patiënten die geen symptomen vertonen, om herhaling of complicaties van een ziekte te voorkomen, als voor curatieve doeleinden kunnen worden ingezet. Dat geldt onder andere voor bloedverdunners, die kunnen worden voorgeschreven voor een louter preventief doel maar ook bijvoorbeeld voor patiënten met trombose of patiënten met een aandoening die een behandeling met bloedverdunners vereist. Hetzelfde geldt voor bepaalde typen laboratoriumonderzoeken.

4.3. De plaats van preventie en gezondheidsbevordering in de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

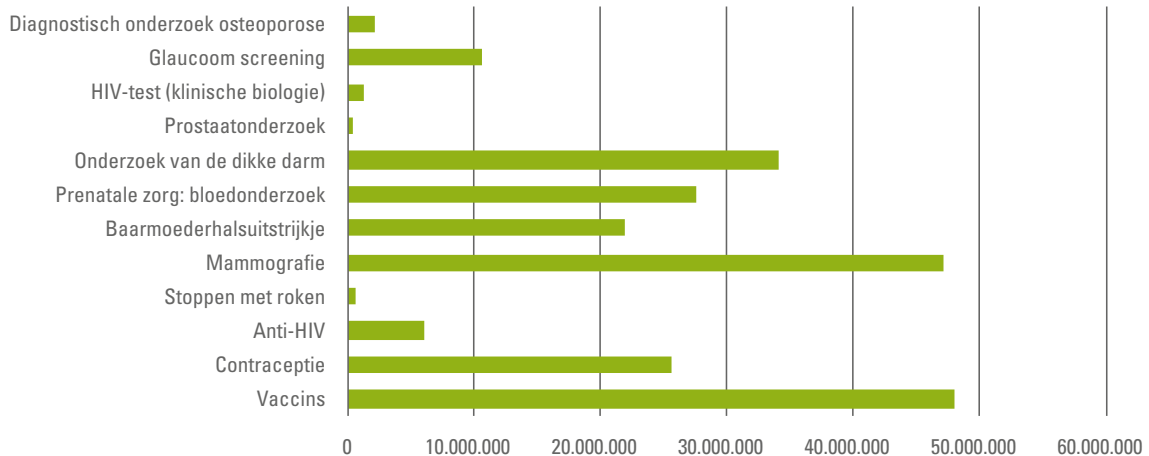
Desalniettemin lijkt het ons interessant om te proberen een schatting te maken van die elementen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering die als preventief kunnen worden

beschouwd maar die niet zijn meegenomen in de SHA-berekening. We willen van meet af aan benadrukken dat het doel van deze berekening niet is om de positie van België ten opzichte van het Europese gemiddelde opnieuw onder de loep te nemen. Aangezien alle Europese landen dezelfde berekeningsmethodologie (SHA) volgen, blijven de cijfers van de FOD Sociale Zekerheid, zoals vermeld in de OESO-rapporten, de referentie op dit vlak. Het doel van onderstaande studie is enkel om zoveel mogelijk elementen te verzamelen en een gedetailleerder beeld te verkrijgen van het uitgavniveau voor preventie en gezondheidsbevordering in België.

Onder de elementen die niet zijn opgenomen in de SHA-berekening vallen onder andere een aantal geneesmiddelen (sommige vaccins²⁰, verschillende soorten anticonceptie, anti-hiv-behandelingen ter preventie van aids en tabaksontwenning), prestaties klinische biologie (onderzoeken van de dikke darm en de prostaat, uitstrijkjes van de baarmoederhals, bloedonderzoeken in het kader van de prenatale zorg)²¹, hiv- en glaucoomopsporingen, diagnostische onderzoeken naar osteoporose) en medische beeldvormingsprocedures (mammografieën in het kader van het bevolkingsonderzoek en 'opportunistische' mammo-grafieën).

De studiedienst heeft op basis van de facturatiegegevens van CM-leden van 2018 de vergoedingen voor de bovengenoemde items geraamd middels extrapolatie naar het nationale niveau (naar verhouding van het marktaandeel van CM). Het totaal van deze vergoedingen uit de verplichte verzekering bedraagt 179.687.239 euro. Dezelfde methode is gebruikt voor de eigen bijdragen van de patiënten, die in sommige gevallen ook worden vermeld. De resultaten van deze berekeningen worden weergegeven in Figuur 3.

Figuur 3: Overige preventiekosten die vergoed worden door de verplichte verzekering, in euro (extrapolatie op basis van het CM-marktaandeel)



20. Griepvaccins, vaccins tegen rotavirusinfectie, HPV-vaccins, enz.

21. We hebben hier rekening gehouden met de screenings op het downsyndroom, CMV-screenings, screenings op toxoplasma gondii en doseringen alfafetoproteïne, foliumzuur, vitamine B12, ijzer en glucose.

Het totale bedrag aan preventieve uitgaven in het kader van de verplichte verzekering bedraagt 225.300.000 euro (vergoedingen + eigen bijdragen). Dat is ongeveer 0,48% van de totale uitgaven aan gezondheidszorg over het jaar 2018. Zelfs als we dit percentage optellen bij de 1,7% die was berekend volgens de SHA-methode, maken de preventieve uitgaven in 2018 nauwelijks meer dan 2% uit.

Uit ons onderzoek blijkt dat de bedragen die voor preventie worden uitgetrokken, erg laag zijn in vergelijking met de andere functies. Ook stellen we vast dat er op bepaalde gezondheidsdomeinen, zoals geestelijke gezondheid, bijna geen preventieve uitgaven worden gemaakt. En ten slotte valt het op dat er in de nomenclatuur van de verplichte verzekering geen rubriek is voor preventieve zorgen. Het gevolg is dat er, behalve voor mammografieën, geen codes zijn om alle verstrekkingen op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering gemakkelijk mee te identificeren. Deze observatie suggereert dat preventie en gezondheidsbevordering bij het budgetteren of bespreken van de gezondheidsuitgaven geen individuele post vormden en niet (hoog) op de agenda worden geplaatst. We kunnen daarom concluderen dat preventie vandaag een ondergeschikte plaats inneemt in het begrotingsbeleid voor gezondheid, en dit zowel op federaal niveau als op het niveau van de gefedereerde entiteiten. In feite kan nog geen 2% van alle uitgaven voor gezondheidszorg worden aangemerkt als uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering. Bovendien gaat minder dan de helft van dit bedrag naar de actoren in het veld die actief zijn onder het publiek (alle gefedereerde entiteiten tezamen). Zoals we hebben gezien, zijn het juist de actoren in het veld die het kloppende hart zijn van gezondheidsbevordering, waarbij ze een brede visie op gezondheid hanteren en in direct contact staan met het publiek.

4.4. Worden preventie en gezondheidsbevordering ondergefinancierd? Analyse van de performantie van het preventieve systeem

Hoe kunnen we de omvang van de uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering evalueren? Om deze vraag te beantwoorden, kunnen we bijvoorbeeld de performantie van het systeem voor preventie en gezondheidsbevordering evalueren, dat wil zeggen onderzoeken in hoeverre het bestaande systeem zijn doelstellingen kan verwezenlijken.

Als we voor deze aanpak kiezen, stuiten we echter op een reëel probleem, want het valt bepaald niet mee om de acties op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering te evalueren. De impact van deze acties op de volksgezondheid manifesteert zich vaak pas na langere tijd, de gevolgen zijn eerder kwalitatief dan kwantitatief en er kan niet altijd een

duidelijk causaal verband worden gelegd. Met andere woorden, preventieve en gezondheidsbevorderende acties die gericht zijn op gezondheid in de brede zin van het woord, pakken tegelijkertijd meerdere factoren aan, waardoor het moeilijk wordt om causale verbanden tussen de fenomenen vast te stellen. Maar dat belet de verschillende actoren niet om van evaluatie een vast onderdeel te maken van hun benadering van gemeenschapsgezondheid.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) evalueert de performantie van het Belgische gezondheidsstelsel al jaren. Wat de preventie betreft hebben de evaluaties van het KCE sinds vorig jaar enkel betrekking op medische preventie en niet langer op gezondheidsbevordering. Trouwens, ook in eerdere rapporten wezen de auteurs al op problemen met het evalueren van gezondheidsbevorderende acties: onbeschikbaarheid van gegevens, onbruikbaarheid van bepaalde criteria, resultaten die zowel beïnvloed worden door gezondheidsbevordering als door andere distale factoren (Vrijens et al., 2012, p. 31; Vrijens et al., 2015, p. 52). Uiteindelijk was het echter het 'zeer partiële' karakter van de beschikbare gegevens dat de KCE-onderzoekers ertoe heeft aangezet om het thema niet langer in het rapport op te nemen, omdat het "de grenzen van het gezondheidssysteem ver overstijgt" (Devos et al., 2019, p. 10).

We merken op dat de resultaten van de evaluatie van de effecten van gezondheidsbevorderende acties in 2015 vrij slecht waren: niet alleen luidt de conclusie: "geen enkele van de geselecteerde indicatoren voor gezondheids promotie en levensstijl vertonen gunstige resultaten" (Vrijens et al., 2015, p. 53), maar daarnaast "blijft het aantal volwassenen met obesitas ongewijzigd, is er nog altijd een hoge prevalentie van dagelijkse rokers, wordt er te weinig aan lichaamsbeweging gedaan, is er risicovol alcoholgebruik (binge drinking) bij jonge mannen en is er bij de bevolking onvoldoende 'health literacy' (gezondheidsgeletterdheid)." (Vrijens et al., 2015, p. 5).

Laten we nu kijken naar de evaluatie van de performantie van het preventiesysteem in het rapport van 2019. De evaluatiemethode die door het KCE wordt gebruikt, is enerzijds gebaseerd op kwantificeerbare indicatoren die verband houden met preventie en anderzijds op de evaluatie van de vermijdbare mortaliteit dankzij het gezondheidsbeleid.

In het laatste rapport werden drie soorten indicatoren gebruikt: indicatoren met betrekking tot vaccinatie, indicatoren met betrekking tot kankerscreening en een indicator met betrekking tot mondgezondheid.²² De conclusies van de analyses op basis van deze criteria zijn niet altijd positief: hoewel de vaccinatiegraad bij kinderen bijvoorbeeld goed is, is het percentage 65-plussers dat tegen griep is gevaccineerd in 2016 onbevredigend. Het is immers veel lager

22. Een samenvatting van de indicatoren vindt u hier: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/preventieve-zorg#P-1>

dan het WHO-streefdoel (54,7% vs. 75%) (Devos et al., 2019, p. 65). Ook kunnen er significante verschillen worden waargenomen tussen de gewesten, zoals voor griepvaccinatie²³. Door rekening te houden met sociaal-economische indicatoren (opleidingsniveau, inkomen, of men al dan niet in aanmerking komt voor een verhoogde tegemoetkoming), stellen de onderzoekers bovendien vast dat sociaaleconomische ongelijkheden het gebruik van gezondheidszorg sterk beïnvloeden. Met name de meest kansarme bevolkingscategorieën hebben een aanzienlijk lagere participatiegraad voor regelmatige bezoeken aan de tandarts (Devos et al., 2019, p. 57).

Het sterftcijfer dat kan worden voorkomen door het gezondheidsbeleid ligt volgens het KCE-rapport in België hoger dan in veel andere Europese landen. Volgens het KCE “wordt een overlijden beschouwd als vermijdbaar door het zorgbeleid (‘preventable’) als, op basis van de dan gekende gezondheidsdeterminanten, het voorkomen had kunnen worden door een beleid dat is gericht op bredere determinanten van volksgezondheid, zoals leefstijl, sociaaleconomische status en omgevingsfactoren (bijvoorbeeld sterfgevallen door een verkeersongeval, longkanker, aan alcohol gerelateerde ziekten)” (Devos et al., 2019, p. 16). Dit fenomeen moet worden onderscheiden van mortaliteit die kan voorkomen worden door het zorgsysteem en dus verband houdt met de kwaliteit van de gezondheidszorg (bv. overlijden door een blindedarmontsteking, longontsteking, maagzweer). In België treft de mortaliteit die kan worden voorkomen door het gezondheidsbeleid zowel mannen als vrouwen, maar met verschillen tussen de gewesten. “In vergelijking met Vlaanderen, ligt deze 40% hoger in Wallonië en 20% hoger in Brussel; ze ligt iets lager voor mannen.” (Devos et al., 2019, p. 16).

Tot slot zouden we, als we ervan uitgaan dat de performantie van het systeem afhankelijk is van de toereikendheid of ontoereikendheid van zijn financiering, op basis van de analyses van het KCE kunnen zeggen dat het systeem van preventie en gezondheidsbevordering in België onvoldoende financiële steun krijgt. De resultaten van de KCE-evaluaties laten ook toe om vragen te stellen over de effectiviteit van de manier waarop het domein van preventie en gezondheidsbevordering institutioneel gestructureerd is. Wat dat betreft lijkt het nuttig om ons af te vragen in hoeverre de waargenomen verschillen tussen de gewesten ten aanzien van meerdere indicatoren het resultaat zijn van de manier waarop in een versnipperd institutioneel kader met preventie en gezondheidsbevordering wordt omgegaan.

4.5. Begrotingsbeleid is niet alles: het principe van ‘gezondheid in alle beleidsmaatregelen’

Het zou kortzichtig zijn om de steun voor preventie en gezondheidsbevordering uitsluitend vanuit financieel oogpunt te bekijken, want op dit gebied kan elke vorm van politieke steun van invloed zijn.²⁴ Neem bijvoorbeeld multifactoriële problemen zoals overmatig alcoholgebruik en obesitas: twee grote volksgezondheidsproblemen in België. We weten nu dat het niet volstaat om ons alleen op individuele factoren te richten (het gedrag van mensen, hun levensstijl, lichamelijke activiteit, enz.) en dat we daarentegen ook rekening moeten houden met sociaaleconomische en omgevingsfactoren (toegankelijkheid tot kwaliteitsproducten, mogelijkheid om in de buurt te sporten, de prijs van alcohol, enz.). Om iets aan deze laatste factoren te kunnen doen, moeten we echter zowel financiële steun voor de actoren in het veld aandragen als een politieke wil creëren waarbij men zich bewust is van de complexiteit en verschillende niveaus van het probleem.

Eén manier om het probleem aan te pakken, is door het beleid zo uit te stippelen dat gezondheid op alle niveaus, en op alle beleidsterreinen, tot de besluitvormingscriteria behoort. Vanuit financieel oogpunt betekent dit dat we niet alleen investeren in datgene wat we vandaag in onze cijfers identificeren als gerelateerd aan preventie, maar ook in acties die alle gezondheidsdeterminanten in aanmerking nemen. Op politiek niveau spreken we dus van ‘gezondheid in alle beleidsmaatregelen’ (*Health in All Policies*) – “*Health in All Policies* is een sectoroverschrijdende aanpak van het overheidsbeleid waarbij systematisch rekening wordt gehouden met de gevolgen voor de gezondheid van beslissingen, waarbij wordt gezocht naar synergieën en nadelige gevolgen voor de gezondheid vermeden worden om de volksgezondheid en de gezondheidsgelijkheid te verbeteren” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2013 - eigen vertaling) (zie Kader 2).

Een dergelijke strategie houdt echter het risico in dat de zorgverleners in een complexe situatie terechtkomen waarin ze enerzijds als experts het beleid mee ondersteunen maar anderzijds ook zelf aan het beleid deelnemen, met het oog op de transversaliteit van de gezondheidsthema’s (Vandoorne, 2014). Het gevaar bestaat dan dat de vragen over gezondheidsdeterminanten wegsijpelen naar de agenda’s van domeinen die tot dan toe niet betrokken waren (huisvesting, werkgelegenheid, klimaat, enz.). Om versnippering tegen te gaan, moeten de plaatsen met expertise op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering (verenigingen, burgers, academici, enz.) juist worden versterkt. Alleen zo kunnen die

23. “De dekking bij personen buiten de woonzorgcentra is hoger in Vlaanderen dan in de twee andere gewesten” (Devos et al., 2019, p. 67).

24. Zoals Crainich en Daue (2010) terecht opmerken: “Preventie houdt ook in dat nieuwe beleidsmaatregelen worden vastgesteld die niet alleen budgettair van aard zijn. Voorbeelden hiervan zijn sportbeleid, wetgeving inzake tabak of acties van mutualiteiten om betere voeding of een gezondere leefstijl te bevorderen.”

Kader 2: "Waarom hebben regeringen/samenlevingen *Health in All Policies* nodig?"

"*Health in All Policies (HiAP)* is gebaseerd op de erkenning dat onze grootste uitdagingen op vlak van gezondheid - bijvoorbeeld niet-overdraagbare aandoeningen, onrechtvaardigheden en ongelijkheden inzake gezondheid, klimaatverandering en de stijgende gezondheidszorgkosten - zeer complex zijn en vaak samenhangen via de sociale determinanten van gezondheid. De sociale determinanten van gezondheid zijn de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden, en het bredere geheel van krachten en systemen die deze omstandigheden beïnvloeden: bijvoorbeeld economisch en ontwikkelingsbeleid, sociale normen, sociaal beleid en politieke stelsels.

In deze context vereist het bevorderen van gezonde gemeenschappen, en in het bijzonder van gelijkheid in gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen, dat we ons richten op de sociale determinanten van gezondheid, zoals openbaar vervoer, toegang tot onderwijs, toegang tot gezonde voeding, economische kansen, enzovoort. Hoewel veel overheidsbeleid dit beoogt, kunnen er belangenconflicten ontstaan. Ook worden onbedoelde effecten van beleid niet gemeten en aangepakt. Dit vraagt om innovatieve oplossingen en structuren die kanalen bouwen voor dialoog en besluitvorming die over de traditionele beleidssilo's van de overheid heen werken." (Wereldgezondheidsorganisatie, 2014 - eigen vertaling)

plaatsen met expertise de methodologische ondersteuning bieden die zo cruciaal is voor de implementatie van een brede visie op gezondheid.

4.6. Voorbij het principe van kosteneffectiviteit

Een ander probleem, als we de kwesties van preventie en gezondheidsbevordering enkel vanuit een financieel oogpunt beoordelen, is dat we dan op gezondheid een logica van kosteneffectiviteit toepassen. Het idee om in preventie en gezondheidsbevordering te investeren om uiteindelijk minder te hoeven uitgeven aan behandelingen, opnames in een ziekenhuis, geneesmiddelen, enz., stuit op het feit dat deze investeringen bijzonder moeilijk aan het beoogde winstvoordeel te koppelen zijn. Dat komt door het specifieke karakter van gezondheidsbevorderende acties: de noodzaak om rekening te houden met allerlei factoren die allemaal een rol spelen in het tot stand brengen van gezondheid. Omdat gezondheid door meerdere factoren wordt bepaald, is het moeilijk om de specifieke effectiviteit van elk van deze

factoren afzonderlijk en samen te berekenen. Dat maakt het erg lastig om de omvang te voorspellen van de investering die bij elke factor nodig is om een gewenst winstvoordeel te behalen.

Preventie enkel en alleen beschouwen als potentiële investering, houdt bovendien het risico in dat men gezondheid enkel als 'kapitaal' ziet. Het gevaar bestaat erin dat men aan elke persoon zelf de ultieme verantwoordelijkheid toeschrijft voor het accumuleren (of in stand houden) van dit kapitaal (Bellahsen, 2014), alsof elke persoon een soort zelfstandige onderneming is met een gezondheidskapitaal dat geoptimaliseerd moet worden om te groeien. Met andere woorden, in strijd met de principes van een gezondheidsbevorderende benadering vergeten we dat ons individuele gedrag slechts een van meerdere gezondheidselementen is en verwaarlozen we de impact van sociaaleconomische en omgevingsdeterminanten op de individuele persoon. Hoe kunnen we de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor iemands gezondheid bij de persoon zelf leggen als we bedenken dat die gezondheid niet alleen afhangt van zijn individuele gedrag?

Personen beschouwen als beheerders van een gezondheidskapitaal betekent dat men gezondheid als een soort zelfregulerende markt ziet waar sociale relaties en personen slechts variabelen zijn. Volgens deze opvatting zouden die personen geheel rationeel en onafhankelijk van anderen zijn. In werkelijkheid is dit uitgangspunt van een 'onafhankelijke ik' echter voor de meeste mensen niet haalbaar (Hache, 2007, p. 18). De meeste mensen hebben immers anderen nodig om voor hen te zorgen. Denk maar aan zorgbehoevenden, mindervaliden, bejaarden, chronisch zieken, mensen met een psychische aandoening, kinderen, enz. Toegeven aan de logica van een gezondheidskapitaal laat al die mensen met hun unieke (gezondheids)situatie, die verre van uitzondering, maar eerder de norm is in gezondheid, in de kou staan.

5. Conclusie

Het belang van preventieve en gezondheidsbevorderende acties staat niet langer wetenschappelijk ter discussie. Talrijke onderzoeken hebben al hun positieve en blijvende invloed op de menselijke gezondheid aangetoond. In het licht van de uitdagingen waarmee België vandaag de dag wordt geconfronteerd, zoals de vergrijzing van de bevolking, de groeiende sociale ongelijkheden in gezondheid, de klimaatcrisis, het groeiend aantal mensen dat arbeidsongeschikt is, enz., moeten preventie en gezondheidsbevordering, mits ze een brede visie op de gezondheid van mensen bieden en gezondheidsproblemen op transversale wijze aanpakken, een essentieel en centraal deel van ons handelen uitmaken.

Toch nemen preventie en gezondheidsbevordering in het Belgische beleid nog altijd een ondergeschikte positie in. Op financieel vlak kan volgens de FOD Sociale Zekerheid minder dan 2% van de uitgaven voor gezondheidszorg gekwalificeerd worden als uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering. Als we bedenken dat nog niet eens de helft van dit bedrag naar de sector van de gezondheidsbevordering gaat die actief is in het veld, bij de meest betrokken doelgroepen, dan lijkt het wel duidelijk dat deze sector niet over genoeg middelen beschikt om een grootschalige impact te hebben.

Daarnaast blijkt uit onze analyse naar de plaats van preventie en gezondheidsbevordering binnen de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat deze aspecten bar weinig aandacht krijgen in de sociale zekerheid. Deze richt zich immers bijna uitsluitend op curatieve domeinen. Daaruit blijkt meteen ook het gebrek aan een gedeelde visie op gezondheid tussen de verschillende beleidsniveaus: diegenen die zich in het veld met preventie en gezondheidsbevordering bezighouden (op gewestelijk en gemeenschapsniveau), hangen een brede visie op de gezondheid aan, maar de overheidsdiensten en de federale overheid beperken zich eerder tot de medische aspecten.

Samen met het versnipperde institutionele systeem is dit alles niet zonder gevolgen voor de ontwikkeling van een samenhangend volksgezondheidsbeleid in het hele land. Met 'samenhangend' doelen we hier niet op de uniformiteit van de geïmplementeerde acties. Deze moeten immers juist kunnen inspelen op de uiteenlopende behoeften van de verschillende bevolkingsgroepen en levenssituaties. We bedoelen een gemeenschappelijke actiestrategie gericht op welzijn en het terugdringen van ongelijkheden.

Het sturende principe van een dergelijke samenhang mag echter niet uitsluitend de kosteneffectiviteit zijn die het politieke discours tegenwoordig lijkt te domineren. In plaats daarvan hoort een coherent volksgezondheidsbeleid gebaseerd te worden op een brede definitie van gezondheid, die gezondheid niet reduceert tot de afwezigheid van ziekte, en op indicatoren die aansluiten bij een rechtvaardig systeem voor gezondheid (Helliwell et al., 2020) en welzijn.

Bibliografie

- Agentschap Zorg & Gezondheid (2016) *Strategisch plan – de Vlaming leeft gezonder in 2025 (versie voor de gezondheidsconferentie)*. Beschikbaar op https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Strategisch_Plan_GezLev_vGCCorr.pdf
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E.M., en Di Zinno, T. (2019) *Ongelijkheid in gezondheid*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap. Beschikbaar op https://aim-ima.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf
- Bantuelle, M. (2013) La promotion de la santé restera-t-elle une utopie dans un système politique morcelé? Le cas de la communauté française en Belgique, *Santé publique*, HS 2,149-160.
- Bellahsen, M. (2014) *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*. Parijs: La fabrique.
- Bury, J. (1988) *Éducation pour la santé-Concepts. Enjeux, planification*. Brussel: De Boeck-Universiteit.
- Clevers, A. (2020) Voici les neufs ministres de la santé en Belgique, *La Libre Belgique*, 04 maart 2020.
- Cornwall, A. (2008) Unpacking "Participation": models, meanings and practices, *Community Development Journal*, 43(3), 269-283.
- Crainich, D. en Daue, F. (2010) La prévention des maladies est sous-développée en Belgique, *Éducation Santé*, 253.
- de Decker, N. (2020) "Quand Maggie De Block faisait détruire six millions de masques contre le coronavirus... sans les remplacer", *Le Vif*. Beschikbaar op <https://www.levif.be/actualite/belgique/quand-maggie-de-block-faisait-detruire-six-millions-de-masques-contre-le-coronavirus-sans-les-replacer/article-normal-1268215.html>
- Dekleermaker, M., en Losseau, L. (2015) Overdrachten van inter-Franstalige bevoegdheden op sociaal vlak als gevolg van de zesde staatshervorming, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 10(2), 445-463.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., en Meeus, P. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019*. KCE Reports 313A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Durant, J.-P. (2020) Le Covid-19, révélateur de la tragédie du flux tendu, *La Libération*, 2 april 2020.
- Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la Santé (2020) *Pour une autre gestion de la crise du Covid-19 et de l'après-confinement : anticiper pour construire autrement*. Beschikbaar op <http://fbpsante.brussels/carte-blanche-2020/>

- Franse Gemeenschap (2014) *Bijzonder decreet betreffende de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap waarvan de uitoefening naar het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie wordt overgedragen*. Beschikbaar op http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2014040353&table_name=wet
- Fortin, J.-P., Groleau, G., Lemieux, V., O'Neill, M., en Lamarche, P. (1994) *L'action intersectorielle en santé*. Quebec: Université de Laval.
- Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie (2019) *Brussels Gezondheidsplan - Opgroeien en leven in goede gezondheid in Brussel*. Beschikbaar op <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/brussels-gezondheidsplan-opgroeien-en-leven-goede-gezondheid-brussel>
- Gillard, P. (2020) A quand une politique intégrée?, *Santé conjugée*, 93, 8-10.
- Gilson, L. (ed.) (2013) *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé : manuel de méthodologie : version abrégée*. Wereldgezondheidsorganisatie. Beschikbaar op https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_readerabridgedfrench.pdf?ua=1
- Franse Gemeenschapsregering (2018) *Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022*. Beschikbaar op <https://ccf.brussels/download/plan-de-promotion-de-la-sante/?wpdmdl=486&refresh=5fedb1f5f23f71609413109>
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2016) *Protocolakkoord tussen de Federale Overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie*. Beschikbaar op https://www.etaamb.be/nl/protocol-van-21-maart-2016_n2016024206.html
- Grimaldi, A. (2010) Les différents habits de l'« expert », *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 91-100. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0091>
- Hache, É. (2007) La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ?, *Raisons politiques*, 28(4), 49-65. <https://doi.org/10.3917/rai.028.0049>
- Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J.D., en De Neve, J.-D. (ed.) (2020) *World happiness report 2020*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Jamoulle, M. (1986) Information et informatisation en médecine générale. *Les informaticiens. Les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs Actes des III Journées de Réflexion sur l'Informatique*. Beschikbaar op <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/170822/1/Jamoulle%20-%201986%20-%20Information%20et%20informatisation%20en%20m%20c%20a%20decine%20g%20c%20a%20n%20c%20a%20rale%20Computer%20and%20computerisation%20in%20general%20practice%282%29.pdf>
- Jamoulle, M. en La Valle, R. (2019). 'Le concept de prévention quaternaire et la responsabilité sociétale des facultés de médecine'. Boelen, C., Cauli, M., Ladner, J. (eds.) *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Rouen Le Havre: Presses Universitaires Rouen Le Havre.
- Leavell, H. R., en Clark, E. G. (1958) *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. Londen: McGraw-Hill.
- Leroy, R., Christiaens, W., Maertens de Noordhout, C., en Hanquet G. (2019) *Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België*. KCE Reports 311A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg — (KCE).
- *Loi spéciale de réformes institutionnelles modifiée par la loi spéciale du 6 janvier 2014* (1980-2014). Beschikbaar op <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6581/1.html>
- Löwy, I. (2005) Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale: Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis, *Travail, genre et sociétés*, 14(2), 89-108.
- Missinne, S., Avalosse, H., en Luyten S. (2019) *Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid*. Brussel: Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie.
- OESO, Eurostat en Wereldgezondheidsorganisatie (2017) *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Parijs: OECD Publishing.
- OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) *België: Landenprofiel Gezondheid 2019, State of Health in the EU*. Brussel: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies.
- *Regeerakkoord: Voor een welvarend, solidair en duurzaam België* (2020) Beschikbaar op https://www.belgium.be/sites/default/files/Regeerakkoord_2020.pdf
- Scheen, B. (2018) *Promotion de la santé et démarches participatives: Décryptage et points d'attention*. Sint-Lambrechts-Woluwe: RESO.
- *Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen* (2016) Beschikbaar op https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/toekomstpact_verzekeringsinstellingen.pdf
- Van Haecht, K., Callens, M., Ntahonganyira, R.-M., en Morel, M. (2019) Duurdere antibiotica: geen effect op overconsumptie, *CM-Informatie*, 277, 31-36.
- Van Nieuwenhove, J. (2015) De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan mensen met een handicap, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 265-305.
- Vandeleene, G., en Lambert, L. (2019) Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld, *CM-Informatie*, 276, 4-17.
- Vandoorne, C. (2014) Et si la promotion de la santé était un art de paradoxe!, *Éducation Santé*, 300.
- Vlaamse gemeenschap (2003) *Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid*. Beschikbaar op http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&n=2004035090&la=N
- *Voorstel van bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming*. (2013) Parlementair document nr. 5-2232/1, Belgische Senaat. Beschikbaar op <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=2232&VOLGNR=5&LANG=nl>

- Vrijens, F., Renard, F., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Desomer, A., Van de Voorde, C., Walckiers, D., Dubois, C., Camberlin, C., Vlayen, J., Van Oyen, H., Léonard, C., en Meeus, P. (2012) *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem Rapport 2012*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 196A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Vrijens, F., Renard, F., Camberlin, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Walckiers, D., Léonard, C., en Meeus, P. (2015) *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 259A. D/2015/10.273/01. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Waalse regering. (2017) *Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1: Définition des priorités en santé, Horizon 2030*.
- Waals Parlement (2015) *Décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles*. Beschikbaar op <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6151/1.html?doc=29852&rev=31395-16146>
- Wereldgezondheidsorganisatie (1986) *Health Promotion. Ottawa Charter*. Beschikbaar op https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- Wereldgezondheidsorganisatie (2013) *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Beschikbaar op https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1
- Wereldgezondheidsorganisatie (2014) *What you need to know about Health in All Policies*. Beschikbaar op https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-en.pdf?ua=1

Analyse van het gebruik van biosimilars bij CM-leden in 2019

Kris Van haecht en Caroline Lebbe – Departement Beleid ZIV-AMI
Rose-Marie Ntahonganyira – Studiedienst

Samenvatting

Als het patent van biologische geneesmiddelen (dat zijn geneesmiddelen geproduceerd door of geëxtraheerd uit een biologische bron) vervalt, kunnen generieke varianten of biosimilars op de markt komen. Hierdoor kunnen aanzienlijke besparingen bekomen worden, maar in vergelijking met andere landen hinkt België erg achterop wat betreft hun gebruik. Wij onderzochten in onze data van 2019 of we potentieel verklarende factoren hiervoor konden vinden op basis van verschillen naargelang bepaalde kenmerken.

We stelden vast dat er grote verschillen zijn naargelang de indicatie (diagnose) en naargelang het ziekenhuis van aflevering. Daarom bevelen we aan om, naast enkele algemene structurele maatregelen, specifieke strategieën uit te werken in overleg met de betrokken stakeholders.

Sleutelwoorden: Biologische geneesmiddelen, biosimilaire geneesmiddelen, biosimilars

1. Inleiding

Men kan de geneesmiddelen opdelen in chemische en biologische. Chemische geneesmiddelen zijn doorgaans eenvoudige moleculen die geproduceerd kunnen worden door chemische synthese uit elementen of andere chemische verbindingen. Biologische geneesmiddelen worden geproduceerd door of geëxtraheerd uit een biologische bron. Dat kunnen bacteriën of schimmels zijn, maar ook dierlijke of menselijke cellen. Biologische geneesmiddelen onderscheiden zich van chemische door een complexere moleculaire structuur.

Eigenlijk worden al lang biologische geneesmiddelen gebruikt zoals insuline, groeihormoon en erythropoëtine. De innovatieve geneesmiddelen die de laatste jaren uitgevonden werden, zijn vaak van biologische aard. Meestal gaat het om antilichamen, herkenbaar aan hun stofnaam die eindigt op “mab” (van “monoclonal antibody”).

De uiterst dure immuuncheckpoint-inhibitoren die tegenwoordig gebruikt worden in de behandeling van kanker (atezolizumab, avelumab, durvalumab, ipilimumab en pembrolizumab) zijn eveneens monoklonale antilichamen.

Ze worden in toenemende mate gebruikt in uiteenlopende indicaties in de reumatologie, de gastro-enterologie en de dermatologie (adalimumab, infliximab, etanercept). Ook in de oncologie vinden ze hun weg (trastuzumab, rituximab, bevacizumab).

Net zoals chemische geneesmiddelen vervalt na een aantal jaren het octrooi op biologische geneesmiddelen. De generische varianten van biologische geneesmiddelen worden biosimilaire geneesmiddelen of kortweg biosimilars genoemd. Een belangrijk verschil tussen biosimilars en de generieken van chemische geneesmiddelen, is dat biosimilars gezien de complexiteit van de moleculen niet 100% identiek zijn aan de originelen. Van belang is dat het actief gedeelte van de molecule identiek is, zodat de werkzaamheid gelijk is aan die van het origineel. Men kan het vergelijken met sleutels die een verschillend handvat hebben maar allemaal in hetzelfde slot passen. Overigens zijn verschillende loten van eenzelfde origineel product vaak ook niet meer volledig identiek.

Hierdoor kunnen dus aanzienlijke besparingen worden gedaan (zie kader 1 voor het mechanisme van de besparing door de introductie van biosimilars) maar in België kennen ze weinig succes.

Zoals bevestigd werd in het rapport van de RIZIV-studie, uitbesteed aan de KU Leuven en de ULB, ten behoeve van de door de ministerraad besliste taskforce, en dat op 13/7/2020 ter kennisname werd overgemaakt aan het Verzekeringscomité (Vandenplas et al., 2020), is er in loop van de voorbije jaren geen sprake van een dynamische Belgische markt van af-patent biologische geneesmiddelen. De marktaandelen van de biosimilars in België zijn zeer laag, zeker in vergelijking met de ons omringende landen (zie figuur 1).

Om een diepere analyse te maken van de lage penetratiegraad in België, stelden wij ons de vraag of we aan de hand van gegevens uit onze databestanden (terugbetalingsaanvragen en facturatie) patronen konden vinden in het al dan niet gebruik van biosimilars.

2. Methodologie

We maakten voor deze studie een selectie van de relevantste biologische geneesmiddelen waarvan een biosimilar bestaat op de Belgische markt op basis van de belangrijkheid van hun aandeel in de uitgaven. Zo weerhielden we uit de TOP 25 van de werkzame bestanddelen in de uitgaven in de ambulante sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging in 2018 (RIZIV, 2019) volgende geneesmiddelen: adalimumab (nr.1), etanercept (nr.6) en insuline glargine (nr.11). Voor wat betreft geneesmiddelen afgeleverd door de ziekenhuisapotheker selecteerden we op basis van onze eigen (niet gepubliceerde) gegevens trastuzumab, infliximab en rituximab. Er zijn nog enkele andere biosimilars op de Belgische markt die echter slechts kleine volumes vertegenwoordigen, gerelateerd aan eerder zeldzame indicaties.

Van deze biologische geneesmiddelen werd, telkens voor het jaar 2019, berekend voor hoeveel van onze leden minstens 1 verpakking van een biologisch geneesmiddel werd terugbetaald en voor hoeveel van deze leden minstens 1 verpakking van de biosimilar (=n1) dan wel 1 verpakking van het

Kader 1: Prijsdynamiek door introductie van biosimilars in België

De wettelijke bepalingen inzake prijzen van geneesmiddelen en in het bijzonder biologische geneesmiddelen, werden in de voorbije jaren enkel malen bijgesteld. Sinds 1/7/2020 is volgende regeling van toepassing¹. Wanneer een biologisch geneesmiddel meer dan 12 jaar vergoedbaar is wordt een prijsdaling toegepast. De prijsdaling is de som van de daling “oude geneesmiddelen” (dalingspercentage is afhankelijk van de omzet) en de daling “biologische geneesmiddelen” (20%). Het totale dalingspercentage is dus ook afhankelijk van de omzet van het geneesmiddel en kan oplopen tot 43,54%.

Indien vóór die 12 jaar vergoedbaarheid een biosimilar op de markt komt en ten minste 2 maand beschikbaar is, ondergaan de geneesmiddelen met hetzelfde biologisch actief bestanddeel (dus het biologische origineel en de biosimilar) de prijsdaling van 20% (daling “biologische geneesmiddelen”) en de prijsdaling “oude” geneesmiddelen vroeger. Bij het op de markt komen van een biosimilar mogen de geneesmiddelen met dit actief bestanddeel, afgeleverd door de ziekenhuisapotheker, slechts aan 85% van de officiële terugbetalingsbasis gefactureerd worden.

De komst van een biosimilar op de markt versnelt dus de prijsdalingen van geneesmiddelen. Op deze manier verlagen de kosten voor de ziekteverzekering en wordt er financiële ruimte gecreëerd voor andere/nieuwe therapieën. De biosimilars zullen echter pas op de Belgische markt worden aangeboden als ze ook effectief voorgeschreven en toegediend worden. Als er geen markt/verbruik is, zullen de bedrijven die biosimilars verkopen, België links laten liggen en missen we de vervroegde kostendalingen.

1. <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/prijsdalingsmaatregel-oude-geneesmiddelen.aspx>

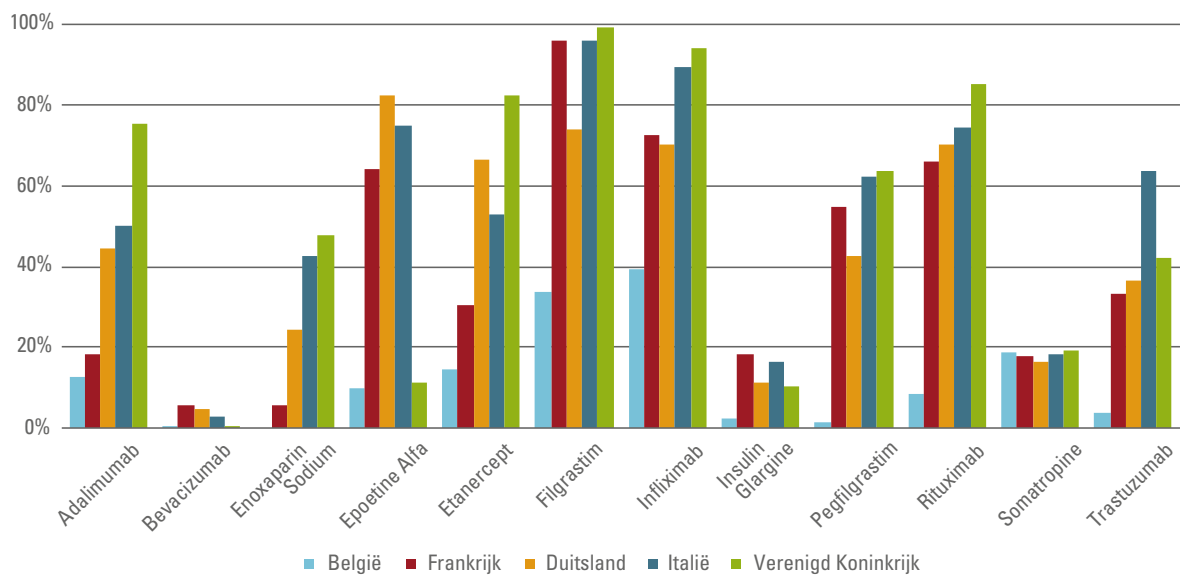
origineel biologisch geneesmiddel (=n2) werd terugbetaald. Dan werd het percentage berekend van het aantal leden waarvoor minstens 1 biosimilar terugbetaald werd ten opzichte van de som van het aantal leden waarvoor minstens 1 biosimilar en van het aantal leden waarvoor minstens 1 origineel biologisch geneesmiddel werd terugbetaald (dit noemden we de prevalentie) [= $n1 / (n1+n2)$].

Voor de incidentie hebben we gekeken naar alle CM-leden die in 2019 voor ten minste één verpakking van een biologisch geneesmiddel een terugbetaling kregen en voor wie van 2015 tot en met 2018 geen enkel vergoedbaar biologisch geneesmiddel is gefactureerd (= de starters). Vervolgens berekenden we, net als voor prevalentie, het percentage van het aantal leden met ten minste één verpakking van een biosimilar vergoed in 2019 ten opzichte van de som van het aantal leden met ten minste één verpakking van een biosimilar vergoed in 2019 en het aantal leden met ten minste één verpakking van een origineel biologisch geneesmiddel vergoed in 2019.

Er werd ook een analyse gemaakt van patiënten die switchten tussen origineel en biosimilar. Patiënten die switchen van biosimilar naar origineel en van origineel naar biosimilar maar dan terugkeerden naar origineel, werden uitgesloten bij de berekening van de incidentie.

In deze datasets werd gezocht naar verschillen naargelang demografische en medische gegevens waarover wij beschikken. Voor de diagnostische gegevens baseerden wij ons op onze databank van akkoorden van onze adviserend artsen voor de terugbetaling van geneesmiddelen overeenkomstig "hoofdstuk 4".² Voor de specialiteiten die voor verschillende diagnoses in aanmerking komen, bestaan er immers aparte paragrafen in het "hoofdstuk 4". Afhankelijk van de aard van de aanvraagprocedure op papier, via eHealth of specifiek voor reumatoïde artritis via TARDIS³, is het in een aantal gevallen mogelijk de onderliggende diagnose te traceren.

Figuur 1: Marktaandeel van de biosimilars in België versus Frankrijk, Duitsland, Italië en Verenigd Koninkrijk (bron: Medaxes, IQVIA-data van het derde kwartaal van 2020).



2. Hoofdstuk IV van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bijlage bij KB 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, BS 15 maart 2018.
3. Tool Administrative Reimbursement Drug Information Sharing. <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/hoofdstukken/Paginas/tardis-online-vergoeding.aspx>

3. Resultaten

3.1. Globale cijfers

Tabel 1 toont de globale cijfers. In 2019 kregen 58.518 van onze leden minstens 1 terugbetaling van een biologisch geneesmiddel dat deel uitmaakte van onze selectie. Slechts 9,22% van deze leden genoten van een terugbetaling voor een biosimilar. Er zijn wel belangrijke verschillen in het % patiënten aan wie minstens één biosimilar werd afgeleverd naargelang de molecule: het ging van 4,67% voor insuline glargine tot 51,57% voor infliximab. Als we enkel kijken naar de 10.133 patiënten die in 2019 startten met een biologisch geneesmiddel (wat we de incidentiecijfers noemen) dan ligt het percentage leden dat een terugbetaling genoot voor minstens één verpakking van een biosimilar globaal wel hoger, namelijk op 15,42%. Voor adalimumab, etanercept en infliximab gaat de incidentie al naar 1/3 à 2/3.

Bij de nieuwe patiënten die in 2019 startten met een biological, waren er 205 switchers (zie tabel 2). Hiervan switchten de helft van een origineel naar een biosimilar maar dus ook een helft van een biosimilar naar een origineel.

3.2. Demografische verschillen

Er is weinig verschil naargelang het geslacht van de patiënt: prevalentie en incidentie van biosimilars zijn ongeveer 1% hoger bij vrouwen. In figuur 2 tonen we de stratificatie naargelang leeftijd en sociaal statuut per molecule. Bij de opdeling naargelang leeftijd zien we dat de uptake van biosimilars hoger is in de actieve bevolking. Globaal is de prevalentie bij 19 tot 65-jarigen 11% tegen 7% bij de ouderen. Ook de incidentie is globaal bij de 19 tot 65-jarigen merkkelijk hoger (18%) dan bij de ouderen (12%). Voor wat betreft insuline glargine is de uptake bij de ouderen merkwaardig genoeg wel

Tabel 1: Prevalentie en incidentie van gebruikers van een biosimilar onder de CM- leden met minstens 1 terugbetaald voorschrift van een biologisch geneesmiddel in 2019

Molecule	Prevalentie		Incidentie	
	Aantal gebruikers van biologische geneesmiddelen	% gebruikers van een biosimilar	Aantal starters	% starters van een biosimilar
Adalimumab	6.529	10,48%	977	37,97%
Etanercept	3.462	15,02%	333	58,86%
Infliximab	3.956	51,57%	416	61,54%
Insuline glargine	40.218	4,67%	6.430	9,86%
Rituximab	2.784	6,72%	1.331	6,99%
Trastuzumab	1.899	5,37%	713	4,21%
Globale cijfers in 2019	58.518	9,22%	10.133	15,42%

Tabel 2: Aantal CM-leden die in 2019 switchten tussen origineel en biosimilar en aantal dat daarna niet opnieuw switchten

Switch	Aantal gebruikers van biologische geneesmiddelen (1)	%	Aantal gebruikers die niet opnieuw veranderd zijn (2)	% (2)/(1)
Van biosimilar naar origineel	103	50,24 %	84	81,55 %
Van het origineel naar het biosimilar	102	49,76 %	79	77,45 %
Totaal	205	100,00 %	163	79,51 %

Figuur 2: Prevalentie en incidentie van gebruikers van een biosimilar onder de CM- leden met minstens 1 terugbetaald voorschrift van een biologisch geneesmiddel in 2019 naargelang leeftijd en sociaal statuut



ongeveer 3% hoger dan bij de 19 tot 65-jarigen. Op de globale data vinden we een hogere uptake bij leden zonder recht op verhoogde tegemoetkoming (VT): prevalentie 10% versus 8% en incidentie 16% versus 13%. Maar ook hier zijn er moleculen waar de verhouding omgekeerd ligt: insuline glargine en vooral rituximab.

Weerom is er een omgekeerde verhouding (hogere uptake in Wallonië) voor wat betreft insuline glargine (incidentie 16% versus 7%) en vooral rituximab (31% versus 1%) en trastuzumab (11% versus 2%).

3.3. Regionale verschillen

Voor de geselecteerde biologische geneesmiddelen, tonen onze data dat in Vlaanderen ongeveer 3,5 keer meer personen een terugbetaling kregen voor deze geneesmiddelen dan in Wallonië, wat uiteraard het aantal aangesloten leden in elke landsgedeelte weerspiegelt (zie tabel 3). De globale prevalentie van biosimilars is iets hoger in Vlaanderen (10% versus 8%), maar Wallonië begint bij te benen door een 3% hogere incidentie (18% versus 15%).

3.4. Verschillen naargelang voorschrijver (huisarts of

De globale prevalentie en incidentie van voorschriften van biosimilars zijn hoger bij specialisten (10% en 16%) dan bij huisartsen (3% en 6%). Deze cijfers moeten echter genuanceerd worden naargelang de voorgeschreven moleculen (zie tabel 4). Als we alleen naar insuline glargine kijken, dat in vergelijkbare mate wordt voorgeschreven door huisartsen en specialisten, dan zien we eenzelfde prevalenties (3%) maar een iets hogere incidentie bij specialisten (7% versus 6%).

Tabel 3: Prevalentie en incidentie van gebruikers van een biosimilar onder de CM- leden met minstens 1 terugbetaald voorschrift van een biologisch geneesmiddel in 2019 naargelang regio

ATC5	Molecule	Regio	Prevalentie		Incidentie	
			Aantal gebruikers van biologische geneesmiddelen	% gebruikers van een biosimilar	Aantal starters in 2019	% starters van een biosimilar
A10AE04	Insuline glargine	BRUSSEL	1.462	8,21%	301	11,30%
		WAALS GEWEST	8.897	6,69%	1.852	15,60%
		VLAAMS GEWEST	29.633	3,89%	4.163	7,23%
L01XC02	Rituximab	BRUSSEL	66	12,12%	29	10,34%
		WAALS GEWEST	533	26,64%	249	30,52%
		VLAAMS GEWEST	2.169	1,61%	1.042	1,15%
L01XC03	Trastuzumab	BRUSSEL	60	0,00%	25	0,00%
		WAALS GEWEST	435	13,33%	147	10,88%
		VLAAMS GEWEST	1.390	2,95%	534	2,06%
L04AB01	Etanercept	BRUSSEL	66	4,55%	3	33,33%
		WAALS GEWEST	563	6,22%	46	32,61%
		VLAAMS GEWEST	2.823	17,00%	282	63,48%
L04AB02	Infliximab	BRUSSEL	95	15,79%	15	6,67%
		WAALS GEWEST	715	17,34%	62	14,52%
		VLAAMS GEWEST	3.129	60,50%	334	73,35%
L04AB04	Adalimumab	BRUSSEL	143	4,20%	29	17,24%
		WAALS GEWEST	1.305	6,28%	175	24,00%
		VLAAMS GEWEST	5.062	11,77%	772	41,97%
Totaal		BRUSSEL	1.881	8,08%	400	11,00%
		WAALS GEWEST	12.375	8,36%	2.514	17,70%
		VLAAMS GEWEST	43.964	9,51%	7.080	14,93%

Voor TNF (Tumor Necrosis Factor)-remmers en monoklonale antilichamen werd het voorschrift slechts voor een zeer beperkt aantal patiënten (125) opgesteld door een huisarts. Eigenlijk is dat doorgaans niet aangewezen of reglementair zelfs niet toegelaten, zowel voor opstarten als voor vervolgvorschriften (overigens ontbreekt dat verbod wel in de terugbetalingsvoorwaarden van een aantal indicaties van infliximab en bij rituximab).

3.5. Verschillen naargelang de plaats van aflevering (ziekenhuisapotheek versus open officina)

De globale prevalentie en incidentie van voorschriften voor biosimilars zijn hoger voor de afleveringen uit de ziekenhuisapotheek (18% en 15%) dan uit de open officina (5% en 14%), zoals te vinden in tabel 5. Het belangrijkste resultaat hierbij is dat dit geldt voor insuline glargine (10% en 15% versus 3% en 7%). Rituximab, trastuzumab en infliximab mogen niet afgeleverd worden in de open officina. Etanercept en adalimumab worden slechts in zeer beperkte mate afgeleverd door de ziekenhuisapotheek, waardoor de betreffende cijfers minder relevant zijn, ook al zien we dat er 56% uptake is van de biosimilar van adalimumab maar nauwelijks van etanercept.

3.6. Analyse naargelang het ziekenhuis

Initieel selecteerden we alle ziekenhuizen waar minstens één biologisch geneesmiddel werd afgeleverd (n=172). Voor de verdere analyse werden echter de psychiatrische ziekenhuizen (waar nauwelijks biosimilars worden opgestart of toegediend) uit de dataset gehaald. Zo bleven er nog 112 ziekenhuizen (met RIZIV-erkenningsnummer beginnend met 710) over waar dus minstens 1 biologisch geneesmiddel (origineel of biosimilar) werd afgeleverd.

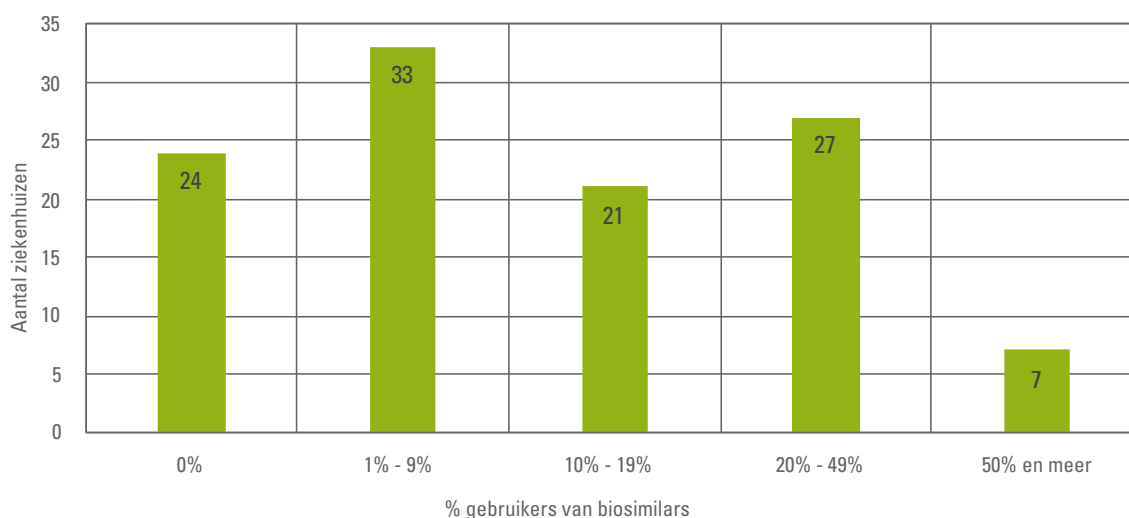
Van deze 112 ziekenhuizen waren er 24 (21%) waar geen enkele biosimilar werd voorgeschreven. De helft van de ziekenhuizen slagen er niet in voor minstens 10% van de CM-leden aan wie minstens 1 biologisch geneesmiddel werd voorgeschreven de biosimilar te kiezen (figuur 3).

Als we een vergelijking maken tussen de universitaire en de niet-universitaire ziekenhuizen, valt op dat de niet-universitaire ziekenhuizen globaal een 6 à 7% hogere uptake vertonen (tabel 6). Rekening houdend met de aantallen stellen we dit vooral vast voor infliximab en insuline glargine, terwijl het eerder andersom is voor rituximab. Voor trastuzumab zijn de verschillen kleiner.

Tabel 4: Prevalentie en incidentie van gebruikers van een biosimilar onder de CM-leden met minstens 1 terugbetaald voorschrift van een biologisch geneesmiddel in 2019 naargelang kwalificatie van de voorschrijver

Voorschrijver	Molecule	Prevalentie		Incidentie	
		Aantal gebruikers van biologische geneesmiddelen	% gebruikers van een biosimilar	Aantal starters in 2019	% starters van een biosimilar
Huisarts	Adalimumab	37	10,81%	4	50,00%
	Etanercept	17	5,88%	1	0,00%
	Infliximab	7	28,57%		
	Insuline glargine	24.611	3,18%	2.764	5,97%
	Rituximab	23	0,00%	9	0,00%
	Trastuzumab	41	9,76%	15	13,33%
Specialist	Adalimumab	6.522	10,49%	991	36,53%
	Etanercept	3.459	15,03%	333	58,56%
	Infliximab	3.933	51,54%	406	61,58%
	Insuline glargine	28.312	3,36%	4.105	7,19%
	Rituximab	2.391	5,98%	1.111	6,48%
	Trastuzumab	1.878	5,27%	709	4,09%
Huisarts	Totaal	24.736	3,21%	2.793	6,05%
Specialist		46.217	9,53%	7.611	15,71%

Figuur 3: Aantal ziekenhuizen naargelang het % van het aantal CM-leden dat een biosimilar terugbetaald kreeg als het minstens één biologisch geneesmiddel voorgeschreven kreeg in 2019



Tabel 5: Prevalentie en incidentie van gebruikers van een biosimilar onder de CM- leden met minstens 1 terugbetaald voorschrift van een biologisch geneesmiddel in 2019 naargelang plaats van aflevering

ATC5	Molecule	Ziekenhuis				Publieke officina			
		Aantal gebruikers van biologische geneesmiddelen	Prevalentie	Aantal starters in 2019	Incidentie	Aantal gebruikers van biologische geneesmiddelen	Prevalentie	Aantal starters in 2019	Incidentie
A10AE04	Insuline glargine	9.883	10,10%	3.125	15,20%	38.074	3,31%	5.193	6,51%
L01XC02	Rituximab	2.784	6,71%	1.317	7,06%				
L01XC03	Trastuzumab	1.900	5,37%	711	4,22%				
L04AB01	Etanercept	54	1,85%	1	0,00%	3.458	15,04%	322	59,01%
L04AB02	Infliximab	3.956	51,58%	405	61,48%				
L04AB04	Adalimumab	128	55,91%	18	55,56%	6.453	9,59%	947	37,06%
Totaal		18.641	18,24%	5.577	15,37%	47.839	5,01%	6.462	13,60%

Tabel 6: Prevalentie en incidentie van gebruikers van een biosimilar onder de CM-leden met minstens 1 terugbetaald voorschrift van een biologisch geneesmiddel in 2019 naargelang aard van het ziekenhuis (universitair of niet)

Type ziekenhuis	Molecule	Prevalentie		Incidentie	
		Aantal gebruikers van biologische geneesmiddelen	% gebruikers van een biosimilar	Aantal starters in 2019	% starters van een biosimilar
Niet-universitair ziekenhuis	Adalimumab	98	65,31%	11	45,45%
	Etanercept	37	2,70%	0	/
	Infliximab	3.072	55,24%	326	63,80%
	Insuline glargine	7.872	11,61%	2.551	17,52%
	Rituximab	1.986	5,59%	959	5,53%
	Trastuzumab	1.501	5,53%	558	3,94%
Universitair ziekenhuis	Adalimumab	15	53,33%	5	100,00%
	Etanercept	11	0,00%	1	0,00%
	Infliximab	903	39,09%	91	52,75%
	Insuline glargine	2.052	3,75%	596	4,53%
	Rituximab	766	9,92%	375	10,67%
	Trastuzumab	409	4,65%	157	5,10%
Niet-universitair ziekenhuis		14.517	19,77%	4.386	16,76%
Universitair ziekenhuis		4.142	12,87%	1.219	10,50%

3.7. Bevindingen naargelang diagnostiek

Tabel 7 bevat onze bevindingen op basis van de diagnoses waarover we beschikken.

Voor rituximab en infliximab kunnen we op basis van de aanvraagprocedure een opdeling maken tussen deze voorgeschreven omwille van reumatoïde artritis, afgekort RA (aanvraag via TARDIS) en de verzameling van de andere diagnoses die we niet kunnen onderscheiden omdat ze enkel in het ziekenhuis afgeleverd mogen worden en wel zonder voorafgaandelijke aanvraag of registratie. Voor etanercept maken we het onderscheid tussen de indicatie RA (via TARDIS) en de andere paragrafen van hoofdstuk IV die allemaal van reumatologische aard zijn. Voor adalimumab kunnen we het onderscheid maken tussen RA (via Tardis), de gegroepeerde andere reumatologische indicaties, de gastro-intestinale indicaties (ziekte van Crohn en colitis ulcerosa), de dermatologische indicaties (vormen van psoriasis en hidradenitis) en de oftalmologische indicaties (uveïtis).

Opvallend is dat voor de geneesmiddelen die onder meer gebruikt worden in de behandeling van RA, de incidentie van biosimilars merkbaar hoger ligt voor deze indicatie (RA), met uitzondering van rituximab. Voor etanercept, infliximab en adalimumab zagen we reeds dat de incidentie gevoelig hoger ligt dan de prevalentie. Nu zien we dat deze stijging het meest uitgesproken is voor de indicatie RA.

3.8. Evolutie van trastuzumab

Trastuzumab (Herceptin®) wordt vooral gebruikt in geval van borstkanker, maar ook bij maagkanker. Vermits de terugbetalingsprocedure verloopt via een formulier voor de ziekenhuisapotheker dat niet geregistreerd moet worden, kunnen we hier geen diagnostisch onderscheid maken.

De prevalentie van de biosimilar Herzuma® is eerder laag (5,37%) en incidentie toont geen groei (4,21%). We zien wel in figuur 4 dat de subcutane vorm (Herceptin 600mg®) in de loop der jaren meer wordt gebruikt, wat zou kunnen wijzen op een onderliggende strategie van de firma om de vorm waarvan (nog) geen biosimilar bestaat te promoten.

3.9. Evolutie van insuline glargine

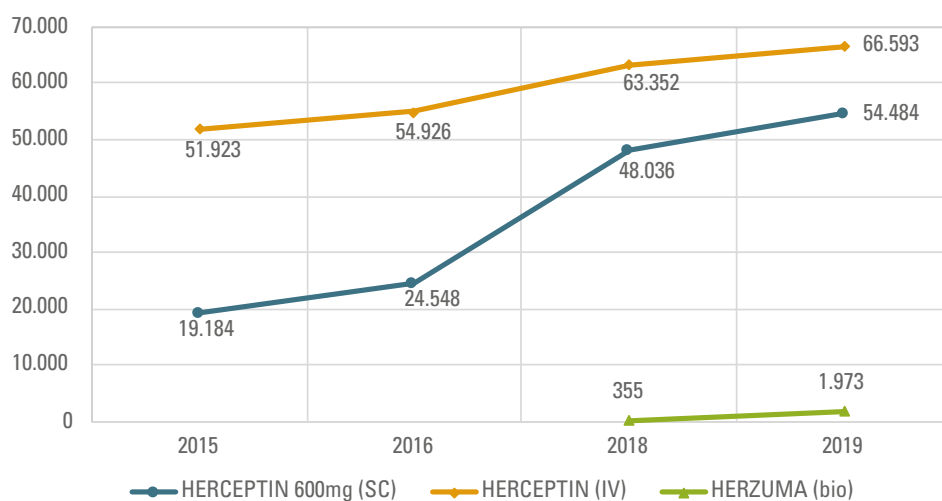
De huidige beschikbare insulinepreparaten voor de behandeling van diabetes worden biosynthetisch geproduceerd. De langwerkende insuline-analogen zijn insuline glargine en insuline detemir. Van insuline glargine is reeds sinds 2016 een biosimilar op de Belgische markt.

De prevalentie van de uptake van de biosimilar is eerder laag (4,67%) en incidentie toont een matige groei (9,86%). Er is iets minder uptake bij jongeren, leden zonder recht op verhoogde tegemoetkoming, in Vlaanderen en in de open officina.

Tabel 7: Prevalentie en incidentie van gebruikers van een biosimilar onder de CM-leden met minstens 1 terugbetaald voorschrift van een biologisch geneesmiddel in 2019 naargelang de diagnose

ATC5	Molecule	Diagnosegroep	Prevalentie		Incidentie	
			Aantal gebruikers van biologische geneesmiddelen	% gebruikers van een biosimilar	Aantal starters in 2019	% starters van een biosimilar
L01XC02	Rituximab	Andere	2.283	7,49%	1.215	7,24%
		RA	350	2,00%	41	4,88%
L04AB01	Etanercept	Andere RA	1.742	11,77%	145	46,90%
		RA	1.504	17,09%	156	71,15%
L04AB02	Infliximab	Andere	3.746	52,59%	406	61,33%
		RA	210	33,33%	10	70,00%
L04AB04	Adalimumab	Andere RA	2.155	12,71%	313	44,73%
		Dermatologisch	699	4,58%	73	24,66%
		Gastro-intestinaal	2.276	8,83%	323	29,10%
		Oftalmologisch	167	0,00%	56	0,00%
		RA	1.103	14,60%	167	58,68%
Totaal			16.235	11,03%	2.905	30,12%

Figuur 4: Evolutie van het volume terugbetaalde trastuzumab (subcutaan [SC], intraveneus [IV], biosimilar [bio]) in DDD van 2015 tot 2019



Mogelijk verdringt de promotie van “nieuwe” insulines (het “hoger geconcentreerd” insuline glargine 300 E/ml Toujeo® en het langer werkend insuline degludec Tresiba®) de vervanging van Lantus® door zijn biosimilar Abasaglar®). Deze “nieuwe” insulines hebben echter geen of maar een zeer beperkte meerwaarde en worden bijvoorbeeld in de richtlijn diabetes mellitus type 2 van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) niet aanbevolen.⁴

4. Bespreking

Biosimilars zijn even werkzaam en veilig als de originele biologische geneesmiddelen, daarvoor staat het Europees geneesmiddelenagentschap EMA dat de markttoelating regelt, garant (Europese Commissie, 2017). In een recent afgeronde grote systematische review kwam men ook tot het besluit dat niets erop wijst dat switchen van een origineel biologisch geneesmiddel naar een biosimilar geassocieerd is met problemen inzake werkzaamheid, veiligheid en immunogeniciteit van welke aard dan ook (Barbier et al., 2020).

Ondanks het convenant afgesloten door de vorige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid met alle belanghebbende partijen, waaronder de verenigingen van ziekenhuizen, artsen-specialisten, ziekenhuisapothekers en farmaceutische industrie, getekend op 7 januari 2016 en kaderend binnen het Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie (2015) en ondanks de (tijdelijke) financiële premie als incentive voor het voorschrijven van de biosimilars van etanercept en adalimumab⁵ is de penetratie van biosimilars op de Belgische markt pover te noemen. Belemmerende factoren zijn onzekerheden die blijven bestaan in hoofde van artsen en patiënten, maar evenzeer de voor België specifieke problematiek van de ziekenhuisfinanciering en de zichzelf beschermende opstelling van de innovatieve farmaceutische industrie. Een andere hindernis is dat het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten afraadt biologische geneesmiddelen op stofnaam voor te schrijven (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, 2020).

Uit onze studie blijkt dat er toch een tendens is tot hogere uptake vermits de incidentiecijfers hoger zijn dan de prevalentiecijfers. Er zijn wel verschillen te noteren tussen de moleculen en binnen de moleculen. In bepaalde indicaties stellen we een hogere penetratie vast. Dat is bijvoorbeeld

het geval voor de reumatologische indicaties. Mogelijk speelt daar de invloed bepaalde sleutelfiguren van de beroepsvereniging (Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie KBVR), die tevens betrokken waren bij het ontwerpen van het specifiek instrument voor registratie en terugbetalingsaanvragen TARDIS. De evolutie van de uptake van biosimilars hangt in belangrijke mate af van de perceptie door de voorschrijvende specialisten, zoals reeds aangetoond werd in een Belgische studie bij reumatologen en hun patiënten (van Overbeeke et al., 2017).

Wat betreft de demografische factoren zagen we eerder beperkte verschillen, b.v. een 3% hogere uptake in de actieve bevolking. Er was op dit vlak echter ook een verschil tussen de moleculen, waarbij opviel dat de biosimilar van insuline glargine enkele procenten minder uptake kende bij jongere, actieve Vlamingen. Mogelijk schakelen die sneller over naar de “nieuwe” insulines, wat een aandachtspunt kan zijn voor een gerichte aanpak om biosimilars te stimuleren.

Een belangrijke bevinding is dat er grote verschillen bestaan tussen ziekenhuizen onderling. Ook zijn er opmerkelijke verschillen tussen universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen. Financiële afspraken in het kader van de openbare aanbestedingen tussen ziekenhuizen en farmaceutische firma's zijn hieraan niet vreemd. Transparante en efficiëntere organisatie van aanbestedingen (b.v. op niveau van ziekenhuisnetwerken) met toezicht en controle op de correcte toepassing zijn vereist om te komen tot een meer competitieve marktwerking (Moorkens et al., 2020).

In onze studie merkten wij het effect op van het feit dat bepaalde firma's van originele biologische geneesmiddelen op het moment dat de biosimilar beschikbaar is, nieuwe “originelen” op de markt brengen die een eerder beperkt voordeel bieden maar ondertussen wel de uptake van de biosimilar belemmeren. Voorschrijvende artsen, bewust of onbewust beïnvloed door reclameboodschappen, zouden hier oog voor moeten hebben en medisch niet noodzakelijke shifts naar nieuwe en dure innovatieve middelen (bijvoorbeeld ook de JAK (Janus Kinase)-inhibitoren in de reumatologie) vermijden.

4. NHG-richtlijn diabetes mellitus type 2 versie 5.2 [Online]. Beschikbaar op: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2> (geraadpleegd op 1 december 2020)

5. <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/geneesmiddel-voorschrijven/Paginas/biosimilaire-geneesmiddelen-buiten-ziekenhuis.aspx> (geraadpleegd op 22 december 2020)

5. Besluit en aanbevelingen

Onze studie toont aan dat er een maar zeer beperkte tendens is tot uptake van de biosimilars op de Belgische markt. Daarbij stelden we belangrijke verschillen vast naargelang de moleculen en ook naargelang een aantal karakteristieken van patiënt en voorschrijver.

Om het voorschrijven van biosimilars te stimuleren sluiten wij ons aan bij de aanbevelingen uit het rapport van de programmamanager voor de taskforce van het RIZIV (Vandenplas et al. 2020). Haast vanzelfsprekend wordt daar aanbevolen verder in te zetten op communicatieprogramma's en het promoten van 'switchen' om niet medische redenen. Ook het instellen van quota voor voorschrijvers wordt voorgesteld. Andere belangrijke aanbevelingen zijn het optimaliseren van het aanbestedingsproces, het ontwikkelen en implementeren van 'gain sharing' mechanismen en 'level playing field'⁶ waarborgen.

Een aanbeveling die wij vanuit onze studie ten volle kunnen ondersteunen is het ontwikkelen van specifieke initiatieven per therapeutische groep en zelfs per biosimilar in samenspraak met de relevante stakeholders. Dit geldt zowel voor de reeds bestaande categorieën biosimilars als voor deze die nog in de pipeline zitten.

Men zou een specifieke strategie kunnen uitwerken in het kader van een convenant met de betrokken stakeholders voor bijvoorbeeld trastuzumab en insuline glargine, met bepaling van quota (bv 50% zodat nog 50% beschikbaar is voor de originator). Ook bevacizumab waarvoor recent biosimilars op de markt gekomen zijn, is een goede kandidaat hiervoor.

Vervolgens is een horizonscanning noodzakelijk van de biosimilars die op komst zijn zoals voor insuline lispro en insuline aspart alsook voor een aantal monoclonale antistoffen (ranibizumab, omalizumab, tocilizumab, ipilimumab, enz.). Zo kunnen we ons er op voorbereiden, ook pro-actief door een convenant met de betrokken voorschrijvers.

Daarnaast blijft het noodzakelijk te streven naar een ziekenhuisfinanciering die minder afhankelijk is van het aankoopbeleid inzake geneesmiddelen. De aanbestedingen moeten transparanter en efficiënter gemaakt kunnen worden. Belangrijk is ook de rol van de ziekenhuisapotheker in het opstellen van het ziekenhuisformularium met indien mogelijk een substitutiestrategie in overleg met de voorschrijver en de patiënt.

Bibliografie

- Barbier, L., Ebbers, H.C., Declerck, P., Simoens, S., Vulto, A.G., Huys, I. (2020) *The Efficacy, Safety, and Immunogenicity of Switching Between Reference Biopharmaceuticals and Biosimilars: A Systematic Review*, *Clinical Pharmacology Therapeutics*, 108(4), 734-755. doi: 10.1002/cpt.1836.
- Europese Commissie (2016) *Wat ik moet weten over biosimilars: informatie voor patiënten*. Beschikbaar op <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/26643> (geraadpleegd: 22 december 2020)
- Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (2020) Voorschrijven op stofnaam (VOS) Operationele regels voor het voorschrijven op stofnaam in de medische en farmaceutische praktijk en in het elektronisch medisch dossier. Beschikbaar op https://www.fagg.be/sites/default/files/content/nota_vos_versie_8.pdf
- Moorkens E., Vulto A.G., en Huys I. (2020) *Biosimilars in Belgium: a proposal for a more competitive market*, *Acta Clinica Belgica*, DOI: 10.1080/17843286.2020.1761690.
- RIZIV (2019) De TOP 25 van de werkzame bestanddelen van de uitgaven in de ambulante sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging in 2018. Beschikbaar op https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot_top25_geneesmiddelen_2018.pdf
- Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie (2015) Beschikbaar op <https://docplayer.nl/10813912-Toekomstpact-voor-de-patient-met-de-farmaceutische-industrie.html>
- Vandenplas Y., Huys I., Van Wilder Ph., Vulto A.G., en Simoens S. (2020) *Probleemstelling en voorstellen tot maatregelen voor af-patent biologische en biosimilaire geneesmiddelen in België*. RIZIV, Nota CGV 2020/178.
- Van Overbeeke, E., De Beleyr, B., de Hoon, J., Westhovens, R., en Huys, I. (2017) Perception of Originator Biologics and Biosimilars: A Survey Among Belgian Rheumatoid Arthritis Patients and Rheumatologists, *BioDrugs*, 31(5), 447-459. doi: 10.1007/s40259-017-0244-3. PMID: 28929342.

6. "gain sharing" mechanismen ("winstdeling" in deze context tussen ziekenhuis en ziekteverzekering) en "level playing field" (speelveld met gelijke kansen in deze context voor firma van origineel biologisch geneesmiddel en firma's van biosimilars)

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

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

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

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

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

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

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

Voor de uitoefening van bovenstaande rechten kan je, indien je CM Informatie niet meer wenst te ontvangen, dit schriftelijk laten weten bij

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Of per mail : cminfo@cm.be

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

Inhoud

Editio 2

Begroting van de gezondheidszorg 4

Budget 2021: Zorgverstrekkers, zorgvoorzieningen en ziekenfondsen gaan samen voor noodzakelijke hervormingen

Gezondheidsbeleid 12

“Voor een welvarend, solidair en duurzaam België”? Analyse van het federaal regeerakkoord 2020-2024

Gezondheidszorg 23

Het zorgtraject geboorte in België: stand van zaken en voorstel(len)

Preventie en gezondheidsbevordering 42

Visie, structuur en financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België

Geneesmiddelen 58

Analyse van het gebruik van biosimilars bij CM-leden in 2019

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

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Hoofdredactie	Élise Derroitte
Eindredactie	Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova en Mieke Hofman
Layout	grafische vormgeving CM
Druk	Albe De Coker
Retouradres	CM Studiedienst Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel