

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

06 Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg in België

18 Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg

38 Evolutie van terugbetaalde antibiotica van 2015 tot 2021

2 - juli 2022

Samen beslissen

Samen beslissen

Editio



In België zijn de sociale zekerheid en het beheer ervan gebaseerd op een belangrijk principe, namelijk dat van het paritair beheer. De wetgever was terecht van mening dat, voor het nemen van besluiten in een complexe omgeving, een veelheid aan actoren bijeen moet worden gebracht en dat de verschillende belangengroepen moeten samenkomen om van gedachten te wisselen. Twee jaar geleden hebben wij een lang artikel gewijd aan de toepassing van dit mechanisme op de begrotingsonderhandelingen (Lambert, 2020) en aan onze bezorgdheid over het feit dat er steeds minder in wordt geïnvesteerd. Twee jaar later zien we een aantal opmerkelijke ontwikkelingen in het overlegmechanisme in het kader van de begrotingsprocedure.

In ons artikel *Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg* schetsen we de belangrijkste ontwikkelingen in het begrotingstraject. In 2021 is een traject gestart voor het vastleggen van transversale gezondheidszorgdoelstellingen. Deze moeten een nieuwe benadering mogelijk maken van gezondheid en van de organisatie van de gezondheidszorg rond grote uitdagingen van volksgezondheid, zoals de toegankelijkheid van de gezondheidszorg,

de follow-up van diabetespatiënten of het terugdringen van obesitas door het opzetten van een zorgtraject voor jongeren. De begrotingsmarge van 124 miljoen werd dus toegekend voor de verwezenlijking van gezondheidszorgdoelstellingen en de uitwerking van vijf grote doelstellingen voor het gezondheidszorgsysteem (*Quintuple Aim*): het verbeteren van de gezondheid van de bevolking, het verbeteren van de kwaliteit van de zorg zoals de patiënten die ervaren, het verbeteren van de verhouding tussen de beschikbare middelen en de bereikte waarden in ruime betekenis, het verbeteren van de rechtvaardigheid door een bijzondere aandacht te besteden aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in ruime zin en het verbeteren van het welzijn van de gezondheidswerkers. Een dergelijke methodologie, die in andere landen ruimschoots is gedocumenteerd en beproefd, is een revolutie in ons land. Bij ons is de begroting nog steeds in silo's opgebouwd, dit wil zeggen onderhandeld en verdeeld in grote sectoren: farmaceutische specialiteiten, ziekenhuizen, artsen, verpleegkundigen, enz. In ons artikel over de begroting van vorig jaar (Mahieu & Lambert, 2021) hebben wij gewezen op het belang van deze verandering.

Het werken met doelstellingen beoogt de ontwikkeling van beleidsmaatregelen die rekening houden met een strategische visie op lange termijn en die de rijkdom aan deskundigheid van de verschillende belanghebbenden omzetten in concrete acties ter verbetering van de gezondheid van de bevolking in het algemeen, maar ook van de performantie van het gezondheidssysteem.

Wij kunnen alleen maar het theoretische belang onderstrepen van een dergelijke evolutie van het werken met

doelstellingen waardoor de financiering wordt gekoppeld aan een langetermijnbeleid dat gericht is op grotere gezondheidswinsten. In de praktijk moet dit systeem, dat nog in de kinderschoenen staat, collectief eigendom worden. Ons artikel, *Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg*, legt uit waar het om gaat, wat de redenen daarvoor zijn en wat de toegevoegde waarde is van participatieve methoden van co-constructie voor het gezondheidsbeleid. Bij samen beslissen gaat het er immers niet om alle meningen en standpunten over een kwestie naast elkaar te leggen en te hopen om zonder verandering tot een gemeenschappelijk akkoord te komen. Een dergelijke regeling kan slechts tot twee resultaten leiden: het aannemen van het standpunt van de dominante groepen of het aanvaarden van de kleinste gemene deler. In beide gevallen gaat het voordeel van de collectieve reflectie verloren. Het werken met doelstellingen en het gebruik maken van participatieve gespreksmethoden daarentegen kunnen een verschuiving van zienswijzen, van respectievelijke standpunten mogelijk maken, met het oog op het uitwerken van een gemeenschappelijk en gecoördineerd beleid. Een dergelijke participatieve aanpak – die met name door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) al sterk wordt bepleit voor de besluitvorming over volksgezondheidskwesties (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016) – voorziet de invoering van een doelstelling die in fasen van toe-eigenen en experimenteren verloopt. Deze geleidelijke uitrol stelt de betrokken actoren in de onderhandelingen in staat hun gedeelde veronderstellingen te leren kennen en te evalueren, en ze bij te stellen naarmate zij het effect ervan kunnen meten. Een dergelijke aanpak is absoluut noodzakelijk, vooral voor het oplossen van complexe problemen (dit zijn problemen die noch

eenvoudig zijn en waarbij één enkele oorzaak bekend en geïdentificeerd kan worden, noch ingewikkeld en waarbij verschillende oorzaken kunnen worden geïdentificeerd). In complexe systemen kunnen één of meer oorzaken niet met zekerheid worden geïsoleerd en aangepakt. Daarom zijn er iteratieve en zelflerende mechanismen nodig om de actoren in staat te stellen een relevant gezondheidszorgbeleid uit te stippelen, de effecten ervan te evalueren en de noodzakelijke, constante aanpassingen aan te brengen. De uitdaging van deze mechanismen is immers te komen tot een gemeenschappelijke besluitvorming over het gezondheidszorgbeleid voor de komende jaren.

Wij weten dat de gezondheidszorg voor enorme uitdagingen staat, zoals de vergrijzing van de bevolking, de explosie van chronische ziekten, de voortdurende toename van arbeidsongeschiktheid, maar ook de vooruitgang van de telegeneeskunde en de wetenschappelijke en medische evolutie. Voor veel van deze evoluties moeten wij nu anticiperen en besluiten om te investeren, af te bouwen en aan te passen, zonder precies te weten wat de toekomstige ontwikkelingen zullen zijn. Samen beslissen en mobiliseren rond gedeelde doelstellingen is van cruciaal belang om deze uitdagingen in de komende jaren aan te gaan. In dit scharnierjaar hebben wij de gelegenheid om te investeren in nieuwe methodologieën die ons in staat zullen stellen collectief te leren nadenken over de verbetering van het gezondheidssysteem en tegelijkertijd deze co-constructie duurzaam te maken. In ons artikel leggen we uit waarom wij ons inzetten voor dit proces van omvorming van de governance en welke richtpunten het welslagen van dergelijke mechanismen mogelijk zullen maken.

Tot slot is ons laatste artikel, *Evolutie van de terugbetaalde antibiotica van 2015 tot 2021*, gewijd aan de evolutie van het antibioticaverbruik in de afgelopen jaren. In België gebruiken we meer antibiotica dan in de buurlanden en het is gekend dat het overmatig gebruik van deze geneesmiddelen leidt tot een resistentie bij bacteriële infecties. Het rationeel gebruik van antibiotica is dus een belangrijke uitdaging voor de Belgische volksgezondheid. Om objectief zicht te krijgen op de stimulansen die de grootste impact hebben op dit verbruik, analyseerde onze studie drie zaken. Ten eerste keken we naar de evolutie van het antibioticaverbruik in verhouding tot de verschillende periodes van lockdown tijdens de COVID-19-pandemie tussen 2020 en 2021 om te bepalen hoe de consumptie en het voorschrijfgedrag hebben gereageerd op deze ongekende historische context. Ten tweede onderzochten we de evolutie van het voorschrijfgedrag na de wetswijziging in 2017 en

2018 en het programma *One Health*. Dit programma tracht het voorschrijven van antibiotica beter te reguleren door het uitwerken van een nationaal actieplan met een geïntegreerde en holistische *One Health*-aanpak om de ontwikkeling van antimicrobiële resistentie tegen te gaan. Het moet sinds eind 2019 toegepast worden in de medische, de farmaceutische en de veterinaire sector. Tenslotte hebben wij gekeken naar de voorschriften voor antibiotica (clindamycine, metronidazol en amoxicilline) door tandartsen. Deze terugblik stelt ons niet alleen in staat om beter te begrijpen welke beleidsmaatregelen het gebruik van antibiotica kunnen veranderen. Ze laat ook toe om te wijzen op de ontoereikendheid van bepaalde bestaande wettelijke regelingen.

Élise Derroitte
Directie Studiedienst

Bibliografie

Lambert, L. (2020). De begroting van de gezondheidszorg in historisch perspectief. Gaan we naar een afbrokkeling van ons sociaal model? *CM-Informatie*, 281, 4-22.

Mahieu, S., & Lambert, L. (2021). Budget 2021: Zorgverstrekkers, zorgvoorzieningen en ziekenfondsen gaan samen voor noodzakelijke hervormingen. *CM-Informatie*, 283, 4-11.

Wereldgezondheidsorganisatie. (2016). *Open mindsets Participatory Leadership for Health*. Geneva: Wereldgezondheidsorganisatie.



Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg in België

Saskia Mahieu - Directie Beleid
Sophie Cès en Louise Lambert - Studiedienst

Samenvatting

Met het begrotingsvoorstel van oktober 2020 werden de bouwstenen voor een aangepaste begrotingsopmaak al bepaald: meerjarenplannen, gezondheidszorgdoelstellingen, doelmatige zorg en een efficiënte samenwerking met respect voor de individuele competenties van elke zorgverlener. Aan de basis lag een brede visie op gezondheid, namelijk gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en de eigen regisseur te zijn in het licht van de sociale, emotionele en fysieke uitdagingen van het leven. In oktober 2021 was er dus nog één belangrijke stap te zetten: het concretiseren van deze nieuwe visie in het begrotingsvoorstel voor het budget gezondheidszorg in 2022.

Dankzij de beslissing van deze regering om het budget voor de ziekteverzekering jaarlijks met 2,5% (reële groeinorm) te laten groeien, kon het Verzekeringscomité op basis van een budgettaire marge van 124 miljoen euro nieuwe initiatieven voorstellen naast beleidsinitiatieven op basis van efficiëntiewinsten. Dit comité, voornamelijk bestaande uit zorgverstrekkers en mutualiteiten, wees de budgettaire marge toe aan gezondheidszorgdoelstellingen waarmee vanaf 2022 meer preventie, meer patiëntgerichte zorg, meer doelmatige zorg en een lagere patiëntenfactuur nagestreefd worden. Elk voorstel van nieuw beleid wordt met alle betrokken sectoren en met experts (academici zowel als terreinexperten) overlegd vooraleer tot implementatie over te gaan. Een systeem van monitoring wordt voorzien om de genomen maatregelen te kunnen evalueren en bijsturen. Tegelijkertijd engageren de sectoren zich om via budgetverschuivingen binnen de eigen sector meer toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg te realiseren. Zo wordt ook sterk op een betere performantie van het gezondheidszorgsysteem ingezet.

Het begrotingsvoorstel voor het budget voor de gezondheidszorg 2022 is een belangrijke stap in de hervorming van de ziekteverzekering. De effectieve realisatie van de genomen maatregelen via een vernieuwd overleg van samenwerking tussen sectoren is de volgende uitdaging. Ook is het uitkijken naar een beschrijving van de structurele aanpassingen van een vernieuwd begrotingsproces vanaf 2022 dat moet leiden tot een eerste meerjarig budgettair kader, met name voor de periode 2023-2025.

Sleutelwoorden: Budget, gezondheidszorg, governance, nieuwe initiatieven, gezondheidsdoelstellingen, gezondheidszorgdoelstellingen

1. Evolutie van het budget voor de gezondheidszorg

In België evolueert het budget voor de gezondheidszorg volgens de groeïnorm, vastgesteld door de regering, de indexatiemassa en enkele specifieke uitgaven. De groeïnorm bepaalt dus de omvang van het budget dat in de gezondheidszorg kan worden aangewend en de bestaande marge om nieuwe initiatieven te financieren. Tot 2013 bedroeg die 4,5%, waarna hij onder de regering-Michel geleidelijk werd verlaagd tot 1,5%. De regering-De Croo heeft besloten hem in 2020 opnieuw op te trekken tot 2,5%, wat een redelijker niveau is, vermits dit bij ongewijzigd beleid meer overeenstemt met de huidige evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg.

Naast de verhoging van de groeïnorm heeft de regering-De Croo onder druk van de sociale bewegingen beslist om in 2020 opnieuw 1,2 miljard te investeren in de gezondheidszorg, om onder meer de ziekenhuizen, het Zorgpersoneelsfonds en de psychologische zorg te financieren. Dit beleid staat in contrast met de vele besparingsmaatregelen die onder de regeringen Di Rupo (1 miljard) en Michel (2,5 miljard) zijn genomen. In 2022 beperken de extra investeringen bovenop de groeïnorm zich tot maatregelen in het bestrijden van de pandemie en het ontwikkelen van een gedeeld, elektronisch patiëntendossier. Het kunnen uitwisselen van patiëntengegevens over zorgverleners heen is essentieel om gezondheidszorgdoelstellingen na te streven en om verspilling van middelen te vermijden.

De verdeling van het budget voor gezondheidszorg over de sectoren¹ heeft ook vragen doen rijzen aangezien sommige sectoren een groter deel van het budget of de groei ervan kunnen bemachtigen. Dit was met name het geval in de farmaceutische sector, die de afgelopen jaren een sterke groei heeft gekend omwille van de dure, nieuwe geneesmiddelen (gemiddelde begrotingsgroei van 6,3% tussen 2018 en 2021). Sinds 2012 is er een snelle groei van de bruto-uitgaven (exclusief kortingen) van geneesmiddelen onder contract (d.w.z. tijdelijk vergoed via een vertrouwelijke overeenkomst tussen de minister en het farmaceutisch bedrijf) die 61% van de uitgaven van de ziekteverzekering

vertegenwoordigen (op basis van CM-gegevens) voor medicijnen in 2019 (Lebbe & Ntahonganyira, 2021). In 2019 bedroegen de totale bruto-uitgaven voor deze geneesmiddelen voor het RIZIV 1,6 miljard euro (inclusief 38,5% van de kortingen) (Neyt, et al., 2021). Al met al zijn de netto-uitgaven voor de farmaceutische sector sinds 2015 gestegen tot boven de begrotingsdoelstelling voor farmaceutische specialiteiten. En deze overschrijding zet zich voort ondanks de toewijzing van een aanzienlijke jaarlijkse groei van 8% sinds 2019 (Lebbe & Ntahonganyira, 2021). De wijze waarop nieuwe geneesmiddelen in het budget van de ziekteverzekering worden opgenomen, moet kritisch onder de loep worden genomen.

2. De grote, lopende projecten

De COVID-19 pandemie vergde heel wat aandacht van de regering en in het bijzonder van de bevoegde, federale minister van volksgezondheid. In september 2021 had de regering de plannen voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering nog niet klaar, was er nog geen nieuw pact met de geneesmiddelenindustrie en geen enkel ander duidelijk meerjarig financieel traject met een van de zorgsectoren. Het begrotingsvoorstel voor het budget voor de gezondheidszorg hield bijgevolg geen rekening met de budgettaire impact van dergelijke meerjarige trajecten in 2022. Een budgettaire impact wordt wel vanaf 2023 verwacht.

We kijken vandaag uit naar beleidsvoorstellen onder meer op het vlak van:

- De hervorming van de medische nomenclatuur: deze hervorming is van cruciaal belang om onredelijke inkomensverschillen tussen artsen te corrigeren en de nomenclatuur aan te passen aan de nieuwe modellen van zorgverlening (telegeneeskunde, multidisciplinaire zorg, enz.). Deze hervorming moet ook bijdragen tot een betere tariefzekerheid. Het is dus nodig dat het tijdschema voor dit project daadwerkelijk wordt nageleefd.
- De hervorming van de algemene ziekenhuizen (zie kader): de besprekingen over de ziekenhuishervorming zijn begin 2022 door de minister geopend. Deze hervormingen moeten bijdragen tot onder andere een betere

¹ De onderhandelingen vinden in eerste instantie plaats in de Akkoorden en overeenkomstencommissies (commissie per zorgsector waarin de mutualiteiten en betrokken zorgaanbieders samenkomen). Vervolgens wordt begin oktober een globaal begrotingsvoorstel (dat het globale budgettaire kader van de regering moet respecteren) voorgelegd aan het Verzekeringscomité (bestaande uit vertegenwoordigers van mutualiteiten en zorgaanbieders). De Algemene Raad (bestaande uit vertegenwoordigers van werkgevers, overheid, mutualiteiten en vakbonden) keurt vervolgens het begrotingsvoorstel goed (Lambert, 2020).

- kwaliteit van de ziekenhuiszorg en een verlaging van de patiëntenfactuur.
- De financiële toegankelijkheid van tandzorg: de ontoereikende financiering van de mondzorg leidt tot de onderconsumptie van tandheelkundige zorg door een deel van de bevolking. Een betere, redelijke terugbetaling binnen de ziekteverzekering is dringend.
 - De toegankelijkheid en kwaliteit van kinesitherapeutische zorg: de essentiële rol van de kinesitherapeuten in revalidatietrajecten dient erkend te worden via de verdere ontwikkeling van zorgtrajecten en geïntegreerde zorg. Uit internationale studies (Cieza, Causey, Kamenov & Hanson, 2020) blijkt dat een grotere aandacht voor revalidatie aangewezen is. Daarnaast dringt een herwaardering van enkele honoraria, gekoppeld aan kwaliteitscriteria, zich sterk op.
 - De toegankelijkheid tot geestelijke gezondheidszorg: er is in 2021 een nieuwe overeenkomst met de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en kinderen/adolescenten gesloten. Deze nieuwe overeenkomst is een belangrijke stap naar een betere toegang tot psychologische zorg. Deze hervorming zal geleidelijk uitgevoerd worden, naarmate netwerken en beroepsbeoefenaren uit de geestelijke gezondheidszorg zich bij het nieuwe model aansluiten. De ambitie is dat op termijn de coördinatie van de psychologische ambulante zorg volledig bij de eerste lijn komt te liggen.

Beschrijving van de hervorming van de algemene ziekenhuizen

Er is behoefte aan een eenvoudiger, efficiënter, eerlijker en transparanter model voor de financiering van de ziekenhuizen. Deze hervorming staat niet los van de hervorming van de nomenclatuur, die een onderscheid moet maken tussen het intellectuele en het operationele deel van het honorarium van de arts. De hervorming van de financiering moet ook duidelijkheid scheppen over de overeenkomsten inzake het rechtskader voor de retrocessies. De hervorming zou een oplossing moeten bieden voor het probleem van de ereloonsupplementen of het op zijn minst verzachten.

Bovendien voorziet het regeerakkoord in een meer doorgedreven vormgeving van het ziekenhuislandschap op basis van netwerken. Het is belangrijk de samenwerking tussen ziekenhuizen binnen klinische netwerken te stimuleren, om infrastructuur, apparatuur en diensten efficiënter in te zetten. Daarbij moet ervoor worden gezorgd dat de geografische beschikbaarheid van de lokale zorg en de toegankelijkheid van de gespecialiseerde zorg in het hele land behouden blijven. Voor de verdere ontwikkeling van netwerken is het nodig dat de belemmeringen voor de vorming van netwerken, zoals de btw-wetgeving, worden aangepakt. Netwerkvorming vereist ook nauw overleg met de regio's. Ook moet de band tussen het ziekenhuisnetwerk enerzijds en het ambulante sociale en institutionele gezondheidsnetwerk buiten de ziekenhuizen worden versterkt aangezien de crisis eens te meer heeft aangetoond dat een sterke verbinding tussen deze verschillende zorglijnen noodzakelijk is. Dit is van essentieel belang om een continuüm van gedegen zorg te garanderen en de uitbesteding van de ziekenhuiszorg en de verkorting van de verblijfsduur te vergemakkelijken, onder optimale kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden voor de patiënten. Ten slotte moeten er supraregionale zorgopdrachten worden gedefinieerd om de concentratie van de meest geavanceerde expertise te garanderen en de kwaliteit van de zorg te versterken. Kortom, consolidatie van de netwerken moet leiden tot meer passende zorg: relevante zorg op de juiste plaats en op het juiste moment.

3. Een nieuwe aanpak voor de begroting voor 2022

3.1. Wijziging van het begrotingskader

De regering sloot zich in haar begrotingsnota voor de Algemene Raad van 19 oktober 2020 aan bij de wens van het Verzekeringscomité om het budgettaire kader van de ziekteverzekering aan te passen “om het overleg binnen een voorspelbaar meerjarenperspectief mogelijk te maken, de ontschotting aan te moedigen en de uitvoering van de noodzakelijke hervormingen met betrekking tot de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen te ondersteunen” (RIZIV, 2020). In dat verband ging op 1 maart 2021 een project met een task force Gezondheidszorgdoelstellingen, een task force *Appropriate care*, een task force Dynamisch meerjarenkader, een Wetenschappelijk Comité en een overkoepelende stuurgroep van start om een concrete methodologie te ontwikkelen voor de integratie van de gezondheidsdoelstellingen in de keuzes van de ziekteverzekering en om een doeltreffend zorgplan uit te werken (vermindering van de variaties in de medische praktijk, rationeel voorschrijven enz.). Deze werkzaamheden leidden tot een tussentijds rapport op 14 juli 2021 (RIZIV, 2021a). Hoewel de werkzaamheden niet afgewerkt waren, werd het tussentijds rapport een belangrijke inspiratiebron bij het opstellen van het budget.

3.2. Gezondheids(zorg)doelstellingen en appropriate care

De formulering van doelstellingen is het uitgangspunt voor de ontwikkeling van een ambitieus beleid met een strategische visie op lange termijn. Deze aanpak is erop gericht de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren door de investeringen beter af te stemmen op de meervoudige uitdagingen die zich stellen om aan het geheel van zorgbehoeften van de bevolking te voldoen. Een van de belangrijkste voordelen van deze methodologie is dat zij instrumenten aanreikt voor de prioritering van investeringen en te nemen maatregelen op basis van wetenschappelijke kennis en op basis van de standpunten van de betrokken actoren. Deze aanpak stimuleert de inzet van alle actoren rond gecoördineerde en gedeelde doelstellingen.

De *Quintuple Aim* is de vertrekbasis van de nieuwe methodologie (RIZIV, 2022). De *Quintuple Aim* gaat over de volgende vijf doelstellingen:

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

De verwezenlijking van bepaalde doelstellingen zal niet alleen afhangen van de acties van de gezondheidszorgsector. Ook andere niet-medische factoren zijn van invloed op de gezondheidstoestand en de levenskwaliteit van de bevolking (milieu-, sociaal-economische, gedragsfactoren, enz.). Wat de verbetering van de performantie van het gezondheidssysteem betreft, gaat het om doelstellingen die specifiek zijn voor de gezondheidszorg en die gericht zijn op de oplossing van problemen die belangrijk worden geacht voor de werking van het gezondheidssysteem: bijvoorbeeld de bestrijding van ziekenhuisinfecties of de verbetering van de toegang tot preventieve zorg, de screening op ernstige of chronische ziekten. De verwezenlijking van deze doelstellingen zal in de eerste plaats afhangen van de wijze waarop de gezondheidszorg wordt georganiseerd en verstrekt.

Idealiter zouden er in België al globale gezondheidsdoelstellingen over de verschillende bestuursniveaus heen bestaan, zoals het regeerakkoord vermeld, maar nog niet is verwezenlijkt: “We stellen in samenspraak met de deelstaten en zorgactoren gezondheidsdoelstellingen op alsook een monitoringsysteem met mogelijke bijsturing”, stelt het regeerakkoord van 30 september 2020. Deze globale gezondheidsdoelstellingen kaderen in een meer algemeen gezondheidsbeleid dat gericht is op alle beleidsdomeinen. Gezondheid in alle beleidsdomeinen (*Health in all policies*) houdt in dat er een algemeen kader moet komen met globale gezondheidsdoelstellingen die door de federale overheid en de overheden van gemeenschappen en gewesten samen opgesteld worden om in de toekomst een samenhangend en geïntegreerd gezondheidsbeleid te realiseren.

Binnen het beleidsdomein gezondheidszorg moeten er gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd worden. Deze helpen mee de globale gezondheidsdoelstellingen te realiseren.

In afwachting van de tenuitvoerlegging van de coördinatie van het gezondheidsbeleid is het reeds wenselijk om

gezondheidszorgdoelstellingen voor het gezondheidssysteem te formuleren om de doeltreffendheid van de gezondheidszorg bij de aanpak van een aantal belangrijke problemen van volksgezondheid (bijvoorbeeld geestelijke gezondheid, of ook het obesitasprobleem) te verbeteren. *Appropriate Care* baseert zich op het principe van de juiste zorg op de juiste plaats, volgens het subsidiariteitsbeginsel. Dit impliceert minder “*inAppropriate Care*” verlenen zoals het terugdringen van medische praktijkvariëaties, het recupereren van middelen uit “*overuse*” om te herinvesteren in “*underuse*” of onderwaardering. Het gaat dan niet over besparingsmaatregelen, maar over het heralloceren van middelen dankzij efficiëntiewinsten. Positiever gesteld zijn de maatregelen *appropriate care* acties waarmee de *Quintuple Aim* wordt nagestreefd.

3.3. Oproep tot het indienen van voorstellen in 2021

In het kader van de *Quintuple Aim* moeten specifieke doelstellingen worden geformuleerd om de investeringen te prioriteren. Met het oog hierop is in april 2021 door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) een oproep gedaan tot het indienen van voorstellen bij een breed scala van gezondheidsactoren (conventiecommissies, patiëntenverenigingen, mutualiteiten, het KCE, enz.). Het doel was voorstellen te verzamelen om de gezondheid van de bevolking te verbeteren door een betere kwaliteit van de zorg en voorstellen om ongeschikte zorg te vermijden. De ontvangen voorstellen zijn vervolgens afzonderlijk beoordeeld door het RIZIV en de twee Task Forces (Gezondheidszorgdoelstellingen en *Appropriate Care*). Dankzij deze oproep tot het indienen van initiatieven kon een reeks problematieken worden gedefinieerd die van belang zijn voor de verbetering van het gezondheidssysteem. De weerhouden thema's waren: preventieve zorg en chronische ziekten, toegankelijkheid van de zorg, zorgtrajecten, geestelijke gezondheid, geïntegreerde zorg (RIZIV, 2021a).

Uit deze voorstellen kon een reeks prioritaire maatregelen worden geselecteerd, waarvan sommige reeds worden gefinancierd in het kader van het begrotingsjaar 2022 (zie het samenvattend deel begrotingskader 2022, 124 miljoen, zie Tabel 3). Het jaar 2022 is dus een eerste stap naar een doelgericht gezondheidszorgbeleid. Hoewel dit eerste experiment het mogelijk heeft gemaakt een reeks gevarieerde voorstellen te verzamelen, heeft het nog geen aanleiding gegeven tot discussies tussen de betrokken actoren over de doelstellingen en mogelijke acties, onder meer wegens de korte termijnen in verband met de begrotingskalender.

In 2022 moeten nog twee grote werven worden uitgevoerd. Het eerste heeft betrekking op de selectie van prioritaire doelstellingen voor het gezondheidssysteem en het tweede is het opzetten van werkgroepen rond de doelstellingen om tot samenhangende en operationele actieprogramma's te komen. De belangrijkste uitdaging in 2022 is om snel een permanente governancestructuur op te zetten om tegemoet te komen aan de behoefte aan breed overleg tussen de actoren. Gezien de complexiteit van bepaalde kwesties is de uitwisseling tussen de verschillende actoren immers essentieel om tot voorstellen te komen die zowel relevant als innovatief zijn (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016). Eerst zal moeten worden nagedacht over een reeks samenhangende acties om de gewenste doelstellingen te bereiken en vervolgens zullen prioriteiten moeten worden vastgesteld voor de uitvoering ervan, naargelang van het veronderstelde effect en de gevolgen voor de begroting. Gezien de jaarlijkse begrotingsmarge die beschikbaar zal zijn, zal de financiering van de relevante acties over verschillende jaren moeten worden gespreid. Bovendien moeten sommige acties die al in 2022 zijn geselecteerd, nog worden geoperationaliseerd.

Door verschillende expertises en perspectieven rond prioritaire doelstellingen samen te brengen, zouden deze werkgroepen het mogelijk moeten maken om ruimte voor reflectie te creëren om gemeenschappelijke knowhow voor een passend beleid op het vlak van de gezondheidszorg te ontwikkelen (meer hierover in het artikel van dit nummer: Cès, 2022).

3.4. Prioritaire hefboomen

Drie hefboomen moeten worden gebruikt om ons gezondheidszorgsysteem te verbeteren, het beter af te stemmen op de behoeften van de bevolking en de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te verhogen.

1. In de eerste plaats is de verdere digitalisering van de gezondheidszorg van cruciaal belang. Een geïntegreerd, elektronisch en interprofessioneel patiëntendossier is een absolute noodzaak voor efficiënte en veilige zorg: om onnodige onderzoeken of overplaatsingen van patiënten te voorkomen en de continuïteit van de zorg te waarborgen, moet er een efficiënt en beveiligd systeem zijn voor de uitwisseling van belangrijke patiëntgegevens over de zorglijnen heen met respect voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en met geïnformeerde toestemming. Het elektronisch, interprofessioneel patiëntendossier is een prioriteit voor alle zorgverstrekkers, zorgverleners, zorgvoorzieningen en mutualiteiten.

2. Ook de financieringsmodellen moeten worden aangepast: de financieringsmodellen moeten de doelstelling van meer gezondheid ondersteunen (in termen van gezondheidstoestand of levenskwaliteit). Dit houdt in dat moet gekozen worden voor financieringsmodellen die meer inzetten op preventie, patiënt empowerment, minder *inappropriate care*, relevante multidisciplinariteit en samenwerking. Deze financieringsmodellen houden onder meer kwaliteitsparameters in.

3. Ten slotte moet de betaalbaarheid van de gezondheidszorg verder worden verbeterd. Deze doelstelling kan alleen worden bereikt als zij in al haar dimensies wordt nagestreefd. Ten eerste is er de garantie van tariefzekerheid en de nood aan het verbeteren van de conventioneeringsgraad. Iedere overheidsinvestering die erop gericht is om aan objectief vastgestelde noden tegemoet te komen, moet gepaard gaan met een verbetering van de financiële toegankelijkheid voor de patiënt. Ten tweede is er de beperking van de persoonlijke bijdrage van de patiënten.

Het wegnemen van de financiële belemmeringen voor de toegang tot gezondheidszorg blijft een belangrijke kwestie die vanaf 2022 moet worden aangepakt.

4. De technische ramingen en de begrotingsdoelstelling voor 2022

4.1. Globale begrotingsdoelstelling 2022

De berekeningswijze van de globale begrotingsdoelstelling is bij wet vastgelegd. Elk jaar is de basis van de berekening de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar. Deze wordt vermeerderd met de bij wet vastgelegde groeinorm (2,5% tijdens deze legislatuur), de indexmassa op basis van de gezondheids-² en de spilindex³ (kosten in verband met jaarlijkse indexaties) en enkele specifieke uitgaven (zie Tabel 1).

Tabel 1: Samenvatting van de berekening van de globale begrotingsdoelstelling voor 2022 (bron: RIZIV, 2021d)

	In 1000 euro
Globale begrotingsdoelstelling 2021	30.072.305
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81 – 2021 (*)	-876.153
Strikte norm 2021	29.196.152
Reële groeinorm 2,5%	729.904
Sub-totaal	29.926.056
Gezondheidsindex (0,79%)	138.708
Spilindexmassa 2021 (meerkost in 2022 t.o.v. doelstelling 2021)	115.064
Spilindexmassa 2022	45.322
Sub-totaal	30.225.150
Sociaal akkoord	250.000
Sub-totaal	30.475.150
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/82-2022	1.280.272
Voorstel begrotingsdoelstelling 2022	31.755.422
<i>(*) 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, terugbetalen, zodat patiënten er zo snel mogelijk van kunnen genieten.</i>	

2 De actuele waarde van deze index wordt verkregen door bepaalde producten af te trekken van het mandje van de consumentenprijsindex, namelijk alcoholische dranken (gekocht in winkels of geconsumeerd in een café), tabak en brandstoffen, met uitzondering van LPG. Gezondheidsindex, Statbel (fgov.be).
3 Voor werknemers geldt de spilindex (toegepast de 1ste maand na overschrijding van 2%).

4.2. Technische ramingen 2022

De technische ramingen voor 2022, of dus de inschatting van de gezondheidsuitgaven in 2022 bij ongewijzigd beleid, zijn gemaakt op basis van de trendevolutie van de gezondheidsuitgaven voor de periode 2015 – 2019 en zonder rekening te houden met het jaar 2020 of met de eerste vijf maanden van het jaar 2021. De impact van COVID-19 op deze cijfers zou de trendberekening onbetrouwbaar maken. Ook houden de technische ramingen van de gezondheidsuitgaven in 2022 geen rekening met minderuitgaven of eventuele bijkomende uitgaven ten gevolge van een mogelijke inhaalbeweging van de uitgestelde zorg of gewijzigde zorgnoden (long COVID, psychologische zorgen) omdat die effecten momenteel nog moeilijk in te schatten zijn.

De technische ramingen laten toe de gezondheidsuitgaven voor 2022 bij constant beleid te schatten op 31,6 miljard euro. De budgettaire marge is het saldo van de begrotingsdoelstelling verminderd met de technische ramingen. De technische ramingen van het RIZIV liggen 124 miljoen euro lager dan de normatieve begrotingsdoelstelling. Er is met andere woorden een budgettaire marge van 124 miljoen beschikbaar om nieuwe beleidsinitiatieven mee te nemen.

4.3. Budget maatregelen COVID-19 buiten doelstelling

Buiten de begrotingsdoelstelling wordt rekening gehouden met de meerkost van de maatregelen COVID-19. Deze kosten worden omwille van de nood aan gedetailleerde beleidsinformatie afzonderlijk opgevolgd. Er werd een extra rijkstegemoetkoming voor voorzien. De verwachte impact van de maatregelen COVID-19 buiten doelstelling bedraagt volgens de ramingen van half september 2021 ongeveer 1,5 miljard euro voor het jaar 2021. Op basis van onderbouwde hypothesen voor de maatregelen die doorlopen in 2022, wordt de globale impact ervan voor het 1^{ste} semester van het jaar 2022 geraamd op 430,1 miljoen euro. De meerkost dient in de loop van het jaar 2022 regelmatig opgevolgd te worden aangezien de evolutie in de zorguitgaven naar aanleiding van de pandemie onvoldoende kan ingeschat worden (effecten van vaccinatie en andere maatregelen enerzijds, bijkomende kosten naar aanleiding van mutaties in het virus anderzijds).

Impact van COVID-19 op de gezondheidszorguitgaven

De coronapandemie heeft een aanzienlijke impact gehad op het gebruik van gezondheidszorg, wat tot uiting komt in aanzienlijke veranderingen in de totale terugbetalingen in alle gezondheidszorgsectoren sinds maart 2020 in vergelijking met 2019. De totale uitgavenvermindering wordt geraamd op 1,47 miljard voor het jaar 2020 (RIZIV, 2021b).

Het RIZIV voorziet sinds die datum in de monitoring van de COVID-19-uitgaven om de evolutie van de uitgaven te volgen. Verschillende bevindingen lijken ons interessant:

- De verstrekkingen op afstand door artsen vertegenwoordigen 14,6% van het totale aantal verstrekkingen in 2020.
- Er is een daling waargenomen van de totale uitgaven in 2020 ten opzichte van 2019 voor de sectoren van de artsen (-0,2%), tandartsen (-12%), kinesisten (-8%), orthopedisten (-9%), opticiens (-12%), audiciens (-9%) en logopedie (-10%). Daarentegen is een stijging genoteerd van de uitgaven voor verpleging (+7%), farmaceutische prestaties (+3,7%), bandagisten (+1,7%) en vroedvrouwen (+8%).
- De ziekenhuisuitgaven liggen in 2020 4,1% lager dan in 2019, vooral door de honoraria van artsen, die sterk zijn aangetast door de crisis. Er is een uitzonderlijke federale financiële tussenkomst van 2 miljard toegekend aan de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen om de financiële gevolgen van het uitstel van verzorging op te vangen.
- Voor de maatregelen die een extra kost vertegenwoordigen ten opzichte van de begrotingsdoelstelling voor 2020 (PCR-testen, triagecentrum, enz.) wordt een beroep gedaan op extra overheidsfinanciering. In 2020 bedroeg deze financiering 1,2 miljard.

5. Het Begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en de beslissing van de Algemene Raad

De regering respecteert het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en bevestigt de nieuwe methodologie en de prioriteiten voor 2022.

5.1. Elektronisch, geïntegreerd patiëntendossier

Een scharniergelement voor de ontwikkeling van een silo-overschrijdend actieplan voor de volgende jaren om het gezondheidssysteem te verbeteren, betreft het veilig gedeeld elektronisch patiëntendossier. Het Verzekeringscomité vroeg met aandrang dat de Algemene Raad zich stevig voor de invoering van het veilig gedeeld elektronisch patiënten-

dossier zou engageren met een financiering ook al in 2022 van dit project en met middelen buiten het budget gezondheidszorg omwille van de aard en de kostprijs ervan.

De regering ging met haar beslissing over het budget gezondheidszorg 2022 op deze vraag in. De Algemene Raad besloot dat de invoering van het geïntegreerd, elektronisch en interprofessioneel patiëntendossier binnen een veilige omgeving één van de primaire domeinen in de *Roadmap eGezondheid*⁴ en de *Roadmap Health Data 2022-2024* wordt (het doel is om een Belgische gezondheidsgegevensautoriteit op te richten. Om dit te bereiken werden verschillende werkmodules gedefinieerd met de oprichting van een gebruikerscomité en een raad van bestuur waarin alle betrokken gezondheidsadministraties op federaal niveau, patiëntenvertegenwoordigers, verzekeringsinstellingen en industrie zijn samengebracht) (Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers, 2021). In het totaal werd via het Europese relanceplan 29 miljoen euro toegekend aan het RIZIV die tot en met 2025 kunnen worden geïnvesteerd.

Tabel 2: Middelen van het Europese relanceplan voor het elektronisch, geïntegreerd patiëntendossier (bron: RIZIV, 2021c)

	In 1000 euro	
	2021-2025	2022
Actie 1 : Multidisciplinaire zorg ondersteunen door zorgsets ter beschikking te stellen	5.000	1.250
Actie 2 : Uitbreiden van de mogelijkheden van elektronisch voorschrijven	5.000	1.250
Actie 3 : De kwaliteit van voorschriften verbeteren en de kosten verminderen door middel van systemen ter ondersteuning van klinische beslissingen	4.000	1.000
Actie 4 : Een geïntegreerd beeld creëren van informatie over verdeelde medicatie en het gebruik van zorg activeren	4.000	1.000
Actie 5 : Operationaliseren van teleconsultatie	4.000	1.000
Actie 6 : Een Ecosysteem voor gezondheidsgegevens creëren in lijn met de doelstelling van de Europese Commissie inzake de openstelling van openbare gegevens	7.000	1.750
Totaal	29.000	7.250

4 Dit zal worden gedefinieerd met de volgende prioriteiten: "(1) empowerment van de burger door het verhogen van de literacy en het beschikbaar maken van data en toepassingen voor de burger, (2) het ondersteunen van geïntegreerde zorg, multidisciplinaire zorg en interoperabiliteit door deze concepten in alle toepassingen te voorzien, (3) een geïntegreerd patiëntendossier (EPD) dat over de verschillende lijnen heen kan worden gebruikt en (4) speciale aandacht voor ondersteuning van GGZ" (Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers, 2021).

5.2. Nieuwe beleidsinitiatieven in 2022

De Algemene Raad respecteert het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en meer concreet elk van de voorgestelde beleidsinitiatieven binnen de budgettaire marge van 124 miljoen euro, te beschouwen als een opstap naar een meerjarenbegroting en meer interdisciplinair beleid (zie Tabel 3).

Zo zijn er verschillende initiatieven (sommigen nog nader te bepalen) gefinancierd op het gebied van secundaire en tertiaire preventie (via zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg), verbetering van levenskwaliteit, *appropriate care* en financiële toegankelijkheid. In 2022 wordt het verbod op derdebetalers voor ambulante zorg opgeheven (met de verplichting om het conventietarief toe te passen).

Tabel 3: Nieuwe beleidsinitiatieven in 2022 (bron: RIZIV, 2021c)

Gezondheidszorgdoelstellingen en <i>appropriate care</i>		In 1000 euro
Secundaire en tertiaire preventie onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg		
1	Voortraject voor de patiënt met risico op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes	5.000
2	Zorgtraject voor kinderen met obesitas	5.000
3	Multidisciplinair perinataal (prenataal en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen, zie KCE-studie 326	10.000
4	Zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie	4.900
5	Meer psychiatrische zorg, maar ook in somatische zorg voor jongeren met psychiatrische problemen	5.000
6	Reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren	5.000
7	Diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn (post COVID-19)	13.730
Verbeteren van de levenskwaliteit		
8	Advanced care planning	400
Appropriate care		
9	Kinesitherapeutische zorg aangepast aan noden van de patiënten met hersenverlamming	820
10	Optimalisatie geneesmiddelengebruik	3.500
11	Uitbreiding van daghospitalisatie door het wegnemen van financiële belemmeringen (op ziekenhuisniveau enerzijds en op patiëntniveau anderzijds)	9.000
Financiële toegankelijkheid		
12	Bijkomende inkomenscategorie MAF met een MAF-plafond verlaagd naar 250 euro	13.300
13	Uitbreiding systeem derdebetalers	0
14	Toegankelijke mond- en tandzorg	45.000
15	Transportkosten	3.000
	Totaal	123.650

5.3. Andere aspecten van het budget 2022

Er wordt een bedrag van 60 miljoen euro buiten de begrotingsdoelstelling voorzien om de kosten van bijkomende maatregelen gelinkt aan COVID-19 ten laste te nemen. Er zal verder overleg gevoerd worden met de regio's omtrent de ten laste name van de kosten inzake bijvoorbeeld vaccins en/of testing.

Er worden enkele technische beslissingen doorgevoerd ter verbetering van het begrotingssaldo van de federale regering:

- De ramingen met betrekking tot juridische geschillen in het Budget van de Financiële Middelen worden verlaagd met 50 miljoen euro in 2022; dit bedrag wordt uitgesplitst in 42,5 miljoen euro voor het RIZIV-gedeelte en 7,5 miljoen euro voor het Staatsgedeelte.
- Het bedrag aan uitgaven voor internationale verdragen wordt voor 2022 met 20 miljoen euro verlaagd.
- De maatregelen die het Verzekeringscomité op 4 oktober 2021 heeft voorgesteld, evenals eventueel eerder besliste maatregelen, zullen niet in werking treden op 1 januari 2022. Een bedrag van 50 miljoen euro zal dus niet besteed worden in 2022.

Verder wordt conform het door de regering bepaalde traject 2021-2024 structureel bespaard in de sector van de farmaceutische specialiteiten. Voor 2022 moet er voor die doelstelling 180 miljoen euro worden bespaard rekening houdend met de geleverde inspanningen in 2021 (die structureel waren). Volgens de technische ramingen van het RIZIV bedragen de voor 2021 besliste besparingsmaatregelen 152,6 miljoen euro in 2022. Het verwachte bedrag aan besparingen voor 2022 is dus 27,4 miljoen euro die in 2022 zullen worden genomen, na overleg met de farmaceutische sector. In de loop van 2022 zijn de opbrengsten uit de besparingsmaatregelen herberekend: bij een bedrag van 151,2 miljoen euro zullen er uiteindelijk voor minstens 28,8 miljoen euro bijkomende besparingsmaatregelen moeten worden genomen.

6. Conclusie

Met de begrotingsopmaak voor 2022 is er werk gemaakt van een begrotingsvoorstel voor het budget gezondheidszorg op basis van meer evidence en vertrekkende van de noden van de populatie en van zorg rond de patiënt, met een brede visie op gezondheid. Voortaan worden nieuwe

initiatieven geïmplementeerd in overleg met alle betrokken zorgactoren die een bijdrage kunnen leveren en op basis van een monitoring met bijsturingsmechanismen en mogelijke stopzetting van initiatieven nadien, als ze niet aan de verwachtingen voldoen.

De mutualiteiten zetten dit proces van een begroting die meer op methodologie is gebaseerd verder in gang door te werken aan voorbeelden van geïntegreerde zorg en door de patiënten, onze leden, te informeren over de pistes die ons gezondheidssysteem aanbiedt met garantie voor kwaliteit en toegankelijkheid. Tegelijkertijd zijn we een stuwende kracht voor de toekomstige methodologie en governance voor een aangepast begrotingsproces dat op co-constructie met alle betrokkenen gebaseerd is (Cès, 2022).

Ook nemen we onze rol op in de realisatie van de methodologie en de eerste beleidsinitiatieven rond transversaal beleid in 2022. Omwille van onze aanwezigheid in elke overeenkomstencommissie dienen we onze coördinerende rol en intermutualistische afstemming daarin optimaal op te nemen.

De begroting voor 2022 maakt de financiering van nieuwe initiatieven mogelijk dankzij een hogere reële groeinorm dan in de vorige jaren. Toch is de beschikbare budgettaire marge beperkt gebleven. In de komende jaren is het van essentieel belang dat de begroting voldoende reële groei blijft tonen om de duurzaamheid van het gezondheidssysteem te garanderen. Er moeten immers tal van uitdagingen worden aangegaan, in de eerste plaats de ontwikkeling van een financieel toegankelijk zorgaanbod dat kan voldoen aan de toenemende zorgbehoeften in verband met de vergrijzing, de medische vooruitgang en de toenemende prevalentie van chronische ziekten. Er zijn ook belangrijke hardnekkige problemen die moeten worden opgelost, zoals de structurele onderbenutting van gezondheidszorg door kwetsbare bevolkingsgroepen, de aantrekkelijkheid van zorgberoepen en een betere integratie van de zorg. Bovendien heeft de COVID-19-pandemie het gezondheidssysteem gedestabiliseerd door de plotselinge toename van de zorgbehoefte van de bevolking, waardoor ziekenhuiszorg massaal werd uitgesteld, minder gebruik werd gemaakt van ambulante zorg en aanzienlijke extra kosten ontstonden. Daarom is een aanzienlijke en volgehouden investeringsinspanning nodig om te zorgen voor voldoende mobilisatie voor gezondheid om aan de vraag naar zorg te voldoen en om nieuwe uitgavenposten te financieren, en bovendien ook verspilling te vermijden. Deze crisis herinnert ons aan de essentiële rol van het gezondheidssysteem

in onze samenleving. Het vormt een gemeenschappelijk goed dat niet alleen behouden moet blijven. Door middel van passende investeringen moet het gezondheidssysteem verder worden ontwikkeld om iedereen toegang tot kwaliteitszorg te garanderen. In de komende jaren zullen de budgettaire keuzes doorslaggevend zijn om ervoor te zorgen dat iedereen de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Er is een breed maatschappelijk debat nodig om de vol-

gende vragen te beantwoorden: Wat zijn de belangrijkste beleidsdoelstellingen met betrekking tot de manier waarop wij in sociale basisbehoeften voorzien (onderwijs, gezondheidszorg, behoud van onze leefomgeving, enz.)? Met welke waarden gaan wij die nastreven? En ten slotte, hoeveel middelen zijn wij bereid in te zetten om in deze basisbehoeften te voorzien?

Bibliografie

- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2.
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., & Hanson, S. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006-2017.
- Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. (2021). *Beleidsnota Volksgezondheid 28 oktober 2021. DOC 55 2294/003*.
- Lambert, L. (2020). De begroting van de gezondheidszorg in historisch perspectief. Gaan we naar een afbrokkeling van ons sociaal model? *CM-Informatie*, 281, 4-22.
- Lebbe, C., & Ntahonganyira, R.-M. (2021). Evolutie van de uitgaven voor terugbetaalde geneesmiddelen afgeleverd in ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten. *CM-Informatie*, 285, 4-20.
- Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., . . . Verleye, L. (2021). *Benefits and costs of innovative oncology drugs in Belgium*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) KCE Reports 343.
- RIZIV. (2020). Nota_ARGV_066.
- RIZIV. (2021a). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024 Intermediair rapport*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2021b). *Rapport: impact van COVID-19 op het budget van de ziekteverzekering*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2021c). Nota_ARGV_2021/069.
- RIZIV. (2021d). Nota_CGV_2021/276.
- RIZIV. (2022). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024. Finaal rapport*. Brussel: RIZIV.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2016). *Open mindsets Participatory Leadership for Health*. Geneva: Wereldgezondheidsorganisatie.

Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg

Sophie Cès – Studiedienst

Met dank aan Alessandro Rancati – Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek (JRC), Europese Commissie

Samenvatting

Dit artikel dient ter ondersteuning van de reflectie over de veranderingen die nodig zijn om de governance van het beleid inzake gezondheidszorg te verbeteren. Co-constructie verwijst naar de samenwerking van de verschillende stakeholders rond complexe vraagstukken betreffende volksgezondheid en prestaties van het gezondheidssysteem, met het oog op de uitwerking van actieprogramma's om gemeenschappelijke prioritaire doelstellingen voor het gezondheidssysteem te verwezenlijken en de gevolgen ervan te beoordelen. Deze nieuwe opdracht vereist een aangepast overlegproces waarmee de bestaande middelen binnen het gezondheidssysteem beter kunnen worden gemobiliseerd. De uitdaging is om zowel de doorstroming van kennis als van perspectieven mogelijk te maken, binnen een collectief denkproces, teneinde op die manier innovatie te bevorderen. In het eerste deel presenteren we de beginselen waarop een participatieve governance moet worden gebaseerd. Omwille van de complexiteit, reikwijdte en diversiteit van de vraagstukken die hierbij meespelen en het nieuwe karakter van een dergelijke participatieve benadering, is methodologische ondersteuning onmisbaar. In het tweede deel beschrijven we de relevante methodologische benaderingen voor het tot stand brengen van een effectieve samenwerking voor wat betreft gezondheidszorgbeleid. Met name op Design gebaseerde benaderingen verschaffen een methodologisch kader dat enerzijds compleet genoeg is om de vele uitdagingen aan te gaan die stakeholderparticipatie komen kijken, en dat anderzijds afgestemd is op de specifieke problematiek van de gezondheidszorg.

Sleutelwoorden: Governance, participatie, innovatie, gezondheidssysteem, complexiteit, op Design gebaseerde benaderingen

1. Introductie

Door haar enorme impact op de samenleving als geheel heeft de gezondheids crisis ons er nog eens aan herinnerd hoe belangrijk gezondheidszorg is als essentieel gemeenschappelijk goed. De huidige context wordt gekenmerkt door een snelle toename van de zorgbehoeften als gevolg van de epidemiologische evolutie (vergrijzing van de bevolking, de toenemende prevalentie van chronische ziekten en multimorbiditeit, de pandemie) en het ontstaan van nieuwe behoeften in verband met de medische en technologische vooruitgang. Gezien al deze uitdagingen zullen het begrotingskader en de investeringsprioriteiten die de komende jaren worden gekozen, beslissend zijn voor het vermogen van het gezondheidsstelsel om de toegang tot gezondheidszorg voor ieder van ons veilig te stellen, zoals vastgelegd in de VN-verklaring over de universele gezondheidsdekking (Universal Health Coverage): “dat alle personen, zonder discriminatie, toegang hebben tot de nationaal bepaalde sets van noodzakelijke bevorderende, preventieve, curatieve, revalidatie en palliatieve essentiële gezondheidsdiensten, en tot essentiële, veilige, betaalbare, effectieve en hoogwaardige medicijnen en vaccins, terwijl ervoor gezorgd wordt dat het gebruik van deze diensten de gebruikers niet blootstelt aan financiële problemen, met bijzondere nadruk op arme, kwetsbare en gemarginaliseerde delen van de bevolking” (United Nations, 2019, p. 1, onze vertaling).

Om op de snelle veranderingen in de zorgbehoeften van de bevolking te kunnen inspelen, is het dus essentieel om met een betere governance op budgettair vlak het aanpassingsvermogen van het gezondheidssysteem te versterken. De jaarlijkse begrotingskeuzes binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging weerspiegelen de belangrijkste beleidsoriëntaties voor de gezondheidszorg in de komende jaren.

Het Belgische socialezekerheidsstelsel, dat van het Bismarckiaanse type is, wordt beheerd door de werkgevers en werknemers, die er via hun socialezekerheidsbijdragen de grootste financierders van zijn. Voor de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt het sociaal overleg uitgebreid naar de ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van zorgverleners en zorginstellingen (Lambert, 2020). De gezondheidspartners (ziekenfondsen en verte-

genwoordigers van zorgverleners en gezondheidsorganisaties) beschikken binnen het Verzekeringscomité over een relatieve autonomie in het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit Comité is namelijk ondergeschikt aan het budgettaire kader dat wordt vastgesteld in de Algemene Raad (waarin de sociale partners, de ziekenfondsen en vertegenwoordigers van de regering zetelen) (Reman & Feltesse, 2003). Een van de beperkingen van het huidige overlegmechanisme is dat het de mogelijkheid uitsluit om transversale gezondheidskwesties aan te pakken, d.w.z. kwesties die verder gaan dan de specifieke problemen van elke professionele gezondheidssector (bv. de integratie van of financiële toegang tot gezondheidszorg), omdat het jaarlijks begrotingsoverleg georganiseerd is in ‘silo’s’, per beroepssector. De uitdaging voor een betere governance is dat er een breder collectief debat tot stand moet worden gebracht over het gebruik van vrijgekomen middelen binnen de budgettaire groeimarge en over de mogelijkheden voor een efficiënter gezondheidssysteem. Een ander verbeterpunt dat door de ziekenfondsen wordt bepleit, is te zorgen voor coherenter investeringen doorheen de tijd op basis van een strategische langetermijnvisie op het gezondheidssysteem. Daarom moet, in het kader van de begrotingshervorming, de governance binnen de opdrachten van het Verzekeringscomité worden omgevormd, met het oog op een coherent en geïntegreerd beleid inzake gezondheidszorg¹ waarmee de collectieve en financiële inspanningen om aan de groeiende gezondheidsbehoeften van de bevolking te voldoen, beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Dit artikel ondersteunt het lopende debat, waarvoor het wachten is op een beslissing van de regering. Bovenal moet er een theoretisch kader worden voorgesteld, vergezeld van een reeks praktische voorstellen om het debat over governance te voeden.

In dit artikel beogen we de principes te presenteren waarop we ons bij de verbetering van de governance moeten baseren, evenals de methodologische benaderingen die zouden kunnen worden gekozen om de ontwikkeling van het beleid inzake gezondheidszorg te ondersteunen. In het eerste deel leggen we uit waarom een gezondheidsbeleid in co-constructie een absolute voorwaarde is als we over de vereiste dynamiek willen beschikken om het gezondheidssysteem te kunnen aanpassen. Ook beschrijven we de gevolgen op het gebied van governance. In het tweede deel beschrijven we mogelijke methodologische benaderingen om die co-constructie te ondersteunen.

1 ‘Beleid inzake gezondheidszorg’ verwijst in dit artikel naar de organisatie van de geneeskundige verstrekkingen (exclusief het vraagstuk van de financiering van de gezondheidszorg).

Er kleven immers nogal wat uitdagingen aan het debat over het beleid inzake gezondheidszorg, dat voor de stakeholders van het gezondheidssysteem een geheel nieuwe opdracht vormt. Daarom willen we in ons artikel twee vragen beantwoorden: Volgens welke principes kunnen we de governance voor de uitwerking van het beleid inzake gezondheidszorg verbeteren? Welke methodologieën kunnen worden ingezet om ons gezamenlijk over het gezondheidsbeleid te buigen?

2. De verschillende hefboomen om de governance van het gezondheidssysteem te verbeteren

2.1. Conceptueel kader voor de governance van het gezondheidssysteem

Het conceptuele governancekader ontwikkeld door het *European Observatory of Health Policies and Systems* definieert de pijlers waarop we ons moeten richten om de doeltreffendheid van het overheidsbeleid in de gezondheidszorg te verbeteren: “het doel van het verbeteren van de governance is het verbeteren van de performantie van het beleid, met andere woorden een beter geformuleerd en beter geïmplementeerd beleid” (Greer, Wismar, & Figueras, 2016, onze vertaling). Governance draait om vijf dimensies: transparantie, verantwoordelijkheid, participatie, integriteit en beleids capaciteit.

- **Transparantie** betekent dat “de instellingen de burgers en andere stakeholders informeren over komende en reeds genomen beslissingen, alsook over het proces en de redenen waarom bepaalde beslissingen worden genomen” (idem, onze vertaling). Als patiënten, burgers, investeerders en andere organisaties weten hoe, wanneer en waarom bepaalde beslissingen worden genomen, kunnen ze overeenkomstig plannen en bepalen hoe zij met hun inzicht en kennis kunnen bijdragen, of beslissingen van de beleidsmakers betwisten. In het kader van een verbetering van de governance van de verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen verschillende methodes worden gebruikt om transparantie te implementeren. In de eerste plaats moet worden gegarandeerd dat alle stakeholders in het gezondheidssysteem (experts, vertegenwoordigers van verenigingen, enz.) over voldoende nauwkeurige en volledige strategische informatie beschikken om een adequate bijdrage te kun-

nen leveren aan de ontwikkeling en evaluatie van het beleid inzake gezondheidszorg.

- **Verantwoordelijkheid** is niet hetzelfde als transparantie. Ze houdt de plicht in om te informeren, de ondernomen acties toe te lichten en de impact ervan op te volgen.
- **Participatie** betekent dat “de betrokken partijen toegang hebben tot de besluitvorming en macht zodat ze een betekenisvol aandeel krijgen in de werkzaamheden van de instelling” (idem, onze vertaling). Gemeenschappelijke begrotingen zijn een voorbeeld van een participatief mechanisme.
- **Integriteit** betekent “een heldere rol- en verantwoordelijkheidsverdeling en een duidelijk proces dat deze verbindt. Dit houdt in dat de processen voor vertegenwoordiging, besluitvorming en uitvoering duidelijk gespecificeerd moeten zijn. Alle leden moeten de processen waarmee een instelling beslissingen neemt, kunnen begrijpen en voorspellen, en deze toepassen; iedereen moet over een duidelijke rol en verantwoordelijkheden beschikken” (idem, onze vertaling). Integriteitsmechanismen kunnen de vorm aannemen van wetgevende mandaten, procedures (vergadernotulen, vergaderregels, enz.), audits of zelfs begrotingen.
- **Beleids capaciteit** betekent “het vermogen om voor de verwezenlijking van doelstellingen beleid te ontwikkelen dat is afgestemd op de middelen” (Greer, Wismar, & Figueras, 2016, p. 39, onze vertaling). Beleids capaciteit verwijst naar het geheel van middelen dat wordt aangewend om “oplossingen voor overheidsproblemen te identificeren, te formuleren, uit te voeren en te evalueren” (Forest, Denis, Brown, & Helms, 2015, p. 1, onze vertaling). Mogelijke mechanismen om de beleids capaciteit te verbeteren zijn bijvoorbeeld een prestatieanalyse in relatie tot bestaande problemen, gevolgen van het gevoerde beleid of inzicht in het systeem, in het bijzonder juridische of budgettaire problemen en opleiding van professionals die betrokken zijn bij beleidsontwikkeling.

Deze vijf dimensies vormen een kader om na te denken over mogelijke verbeteringen in de governance, zonder daarbij de precieze toepassingsmethodes vast te leggen.

2.2. Definitie van co-constructie

Co-constructie wordt gedefinieerd als “een vrijwillig en geformaliseerd proces waarbij twee of meer stakeholders het eens worden over een definitie van de werkelijkheid (een voorstelling, een beslissing, een project, een diagnose) of een werkwijze (een oplossing voor een probleem). Het oogmerk, de bedoeling van een co-constructie proces

is het definiëren, uitwerken, opbouwen van een diagnose, een analyse, een project, een verandering, een beleid, een methode, enz.” (Foudriat, 2019, p. 17, onze vertaling). In de context van gezondheidszorgbeleid verwijst co-constructie naar de samenwerking van verschillende stakeholders rond complexe vraagstukken betreffende volksgezondheid en performantie van het gezondheidssysteem, met het oog op de uitwerking van actieprogramma’s om gemeenschappelijke prioritaire doelstellingen voor het gezondheidssysteem te verwezenlijken en de gevolgen ervan te beoordelen. De co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg vormt dus een nieuwe opdracht die bedoeld is om het gezondheidssysteem op een dynamische manier te verbeteren. Enerzijds heeft deze aanpak als voordeel dat hij concreet inspeelt op het huidige probleem van overleg in silo’s (zie inleiding). Anderzijds zou - volgens de Wereldgezondheidsorganisatie en het *European Observatory of Health Systems* (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016; Greer, Wismar, & Figueras, 2016) - deze nieuwe vorm van governance beter geschikt zijn om de vele uitdagingen aan te gaan waar het gezondheidssysteem voor staat. De complexiteit van het systeem, de onzekerheid, de constante evolutie, de veelheid aan actoren, enz. maken dat we de governance in de gezondheidssystemen dringend moeten herzien. De uitdaging is om een effectief overlegproces op te zetten, zodat via de doorstroming van kennis en perspectieven ten gunste van innovatie bestaande middelen kunnen worden gemobiliseerd.

2.3. Het gezondheidssysteem, een complex ecosysteem

De centrale pijler van co-constructie is de participatie van de verschillende stakeholders van het gezondheidssysteem in de uitwerking van het gezondheidszorgbeleid. Dit is gerechtvaardigd vanwege de aard van het gezondheidssysteem, dat moet worden gezien als een complex ecosysteem (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016), waarin een veelheid van stakeholders in wisselwerking staan met elkaar en elkaar - direct of indirect - beïnvloeden met

verschillende prioriteiten en belangen. De grootste uitdaging voor het invoeren van verbeteringen in een complex systeem is dat het gedrag van zo’n systeem niet voorspelbaar is: “Omdat de elementen veranderlijk zijn, de relaties niet lineair zijn en gedrag opduikt en gevoelig is voor kleine veranderingen, is het gedetailleerde gedrag van om het even welk complex systeem in de loop van de tijd fundamenteel onvoorspelbaar. Uiteindelijk is de enige manier om exact te weten wat een complex systeem zal doen, het te observeren: het is geen kwestie van een beter inzicht in de medewerkers, betere modellen of meer analyse” (Plsek & Greenhalgh, 2001, p. 626, onze vertaling). Tegen deze achtergrond benadrukt de Wereldgezondheidsorganisatie het belang van participatief leiderschap boven individueel leiderschap. Los van democratische overwegingen, stelt de Wereldgezondheidsorganisatie dat een complex systeem “voor een niet-lineaire maar goed gecoördineerde werking in het hele systeem moet kunnen steunen op gezamenlijke perspectieven en uiteenlopende krachten. ‘Gespreid maar niet losgekoppeld’ beschrijft een dergelijk participatief leiderschapsmodel” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016, p. 13, onze vertaling). Deze nieuwe aanpak vindt zijn wortels in de filosofie van de collectieve actie, het experimentalisme dat “gebaseerd is op de idee dat collectieve actie aan effectiviteit en anticipatievermogen wint wanneer het meer participatiemogelijkheden voor de verschillende betrokkenen creëert en dat ze profijt trekt van de intensere band die deze participatie – tussen gedeeld *commitment* en gesitueerd leren – met zich meebrengt² (Maesschalck, 2021, p. 3, onze vertaling). Met name binnen de gezondheidszorg zijn interdisciplinariteit en een systeembenadering vereisten om de complexe problemen aan te pakken³. Het bepalen van gedeelde doelstellingen voor het gezondheidssysteem om een strategische langetermijnvisie vast te leggen, rondt het mechanisme voor een co-constructie in het gezondheidsbeleid af.

In het volgende deel leggen we uit hoe de co-constructie van het gezondheidszorgbeleid deze verschillende gerelateerde dimensies integreert en tegelijkertijd een meer dynamische vorm van participatief governance-model voorstelt.

2 Gesitueerd leren is het resultaat van een sociaal proces binnen een bepaalde context: de werkplek vormt bijvoorbeeld een kader waarbinnen men bepaalde dingen kan leren, over regels, gedrag, waarden, enz.

3 The Cynefin Framework® (cynefincentre.com). De problemen kunnen van vier verschillende types zijn: eenvoudig (duidelijk causaal verband) – best practices zijn hier het antwoord –, gecompliceerd (meerdere oorzaken die de mening van deskundigen vereisen om een causaal verband te kunnen bepalen), complex (geen aanwijsbaar oorzakelijk verband buiten de specifieke context, onvoorspelbare en opkomende resultaten), chaotisch (geen aanwijsbaar oorzakelijk verband).

2.4. Gedeelde prioriteiten

2.4.1. Een strategische langetermijnvisie voor het gezondheidssysteem

Door doelstellingen vast te leggen, wordt een strategische langetermijnvisie mogelijk. Ook worden zo de vereiste instrumenten aangereikt om het gezondheidsbeleid te oriënteren en te coördineren (onder 'gezondheidsbeleid' verstaan we al het overheidsbeleid dat van invloed is op de volksgezondheid, inclusief het beleid inzake de gezondheidszorg). Het nastreven van een gemeenschappelijk doel is een van de noodzakelijke voorwaarden voor co-constructie (Topp, Mair, Smillie, & Cairney, 2020).

Binnen het gezondheidszorgbeleid hoopt men met deze aanpak de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren door investeringen en actieprogramma's beter af te stemmen op de vele uitdagingen om aan alle gezondheidsbehoeften van de bevolking te voldoen. Het past dus in een logische continuïteit van de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem die tot doel heeft "de gezondheidsautoriteiten te informeren over de performantie van het gezondheidssysteem en eventuele problemen aan het licht te brengen" (Vrijens, Renard, Walkiers, Meeus, & Léonard, 2014, p. 84, onze vertaling). Naast de verbetering van de performantie van het gezondheidssysteem, is het nastreven van prioritaire gezondheidsdoelen om op kwesties van volksgezondheid in te spelen in coördinatie met ander overheidsbeleid, tevens een aanvulling op de strategische langetermijnvisie voor het gezondheidssysteem.

Dankzij de benadering per doelstelling kan in vijf dimensies van governance worden opgetreden. Het doel hiervan is om – expliciet en rechtstreeks – het zoeken naar resultaten op het gebied van volksgezondheid en performantie van het gezondheidssysteem, te integreren in de procedures van het begrotingsoverleg. Door te behalen doelstellingen voorop te stellen, kunnen verschillende expertises en perspectieven naadloos bij elkaar worden gebracht. Zo kan elke actor niet alleen meedenken op het eigen vakgebied maar tevens genieten van de inbreng van de andere deelnemers (zie deel 2.3.1.). Het vaststellen van doelstellingen biedt dus de mogelijkheid om het innovatievermogen te verbeteren door alle actoren die betrokken zijn bij het oplossen van complexe problemen bijeen te brengen en deze problemen op een zo alomvattend mogelijke manier aan te pakken met betrekking tot de meervoudige mogelijke oorzaken (in plaats van me-

teen na te denken over slechts één soort actie). Met deze nieuwe manier van structureren van de begrotingsreflectie en van het gezondheidszorgbeleid rond gedeelde doelstellingen, kunnen innovatieve, transversale, multidisciplinaire en gecoördineerde voorstellen beter worden bevorderd. Bovendien motiveert ze de stakeholders, concentreert ze hun collectieve inspanningen en responsabiliseert ze hen. En ten slotte is het preciseren van doelstellingen voor het gezondheidssysteem tevens een manier om veranderlijke beleidskeuzes in de tijd tegen te gaan. Het langetermijnperspectief versterkt de continuïteit van het gezondheidszorgbeleid. Dit beleid kan vervolgens op korte en middellange termijn worden geëvalueerd en bijgesteld volgens stabielere, objectievere en transparante criteria. Het bepalen van doelstellingen voor het gezondheidssysteem is dus ook een manier om op macroniveau transparantere prioriteiten te verkrijgen. Doordat de doelstellingen openbaar zijn, kunnen de betrokken stakeholders geïnformeerd worden over de gemaakte keuzes, in vergelijking met prioritaire investeringen en voorkeursmaatregelen, en kan de link worden gelegd met de aan te pakken problemen en met de waarden van het gezondheidssysteem.

De uitwerking van het gezondheidszorgbeleid is dus bovenal een proces van dynamische aanpassingen op korte en middellange termijn, binnen een geformaliseerd structurerend kader van langetermijndoelstellingen.

2.4.2. SMART-doelstellingen

In het gezondheidszorgsysteem zijn er allereerst de hoofdprioriteiten die zijn vastgelegd in het regeerakkoord, de 'Quintuple Aim' en de 'SMART-doelstellingen', die nog nader moeten worden bepaald (RIZIV, 2022):

- Specifiek, d.w.z. duidelijk omschreven, ondubbelzinnig;
- Meetbaar, d.w.z. kwantificeerbaar aan de hand van een indicator;
- Acceptabel, haalbaar in het licht van de mogelijke maatregelen, het gestelde probleem (een 80% vermindering van de prevalentie van diabetes is bijvoorbeeld niet haalbaar);
- Realistisch, d.w.z. haalbaar binnen het tijdschema;
- Tijdgebonden, d.w.z. met een precieze tijdslijm (Ogbeiw, 2016; Ogbeiw, 2017).

Dit type doelstelling laat zich samenvatten in een resultaat, een indicator, een streefwaarde⁴ en een tijdschema (Ogbeiw, 2017). Het definieert de tastbare resultaten die in de toekomst in het gezondheidssysteem moeten worden be-

4 Een streefwaarde duidt op de numerieke waarde van een indicator, maar het is op zichzelf geen doelstelling (onze vertaling) (Ogbeiw, 2016).

reikt en die kunnen worden geëvalueerd. Het bepalen van SMART-doelstellingen is geen exacte wetenschap. Het is vooral een symbolisch en praktisch instrument om stakeholders te stimuleren en te inspireren (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017).

Al naargelang de aard van de gewenste resultaten, kunnen er drie soorten doelstellingen worden onderscheiden (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017) die spelen op macro- (landelijk), meso- (op het niveau van zorgorganisaties of op lokaal niveau) en microniveau (zorgverleners, patiënten):

- Strategische doelstellingen
 - Binnen de resultaatdoelstellingen zijn de einddoelstellingen gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand (sterftecijfer, ziektecijfer) of de levenskwaliteit.
 - Intermediaire resultaatdoelstellingen hebben betrekking op de gezondheidsdeterminanten die bepalend zijn voor het bereiken van de einddoelstellingen (bv. toegang tot gezondheidszorg, gezondheidsgeletterdheid, leefgewoonten).
- Operationele doelstellingen
 - Procesdoelstellingen hebben betrekking op de manier waarop gezondheidszorg wordt verstrekt, teneinde de kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid ervan te verbeteren. Dit zijn de acties die moeten worden ondernomen om de resultaatdoelstellingen te behalen. Procesdoelstellingen zijn nuttig om op korte termijn toezicht te houden op de implementatie van programma's.
 - De structuur- en organisatiedoelstellingen hebben betrekking op wijzigingen in wetgeving, infrastructuur, human resources, enz.

2.4.3. Een benadering gericht op problemen en hun beperkingen

Het formuleren van SMART-doelstellingen betreft een probleemgerichte benadering. Ze begint met een analyse van de huidige stand van zaken om problemen te identificeren, om vervolgens de punten te selecteren die verbeterd moeten worden en acties te bepalen die genomen moeten worden (Ogbeiwi, 2021). Op die manier kunnen SMART-doelstellingen worden geformuleerd op grond van reeds goed gedocumenteerde en gekwantificeerde problemen (bv. ziekenhuisinfecties).

Het aantal SMART-doelstellingen moet worden beperkt teneinde het probleem vanaf het begin goed af te bakenen. Eventueel kunnen ze later in het debat (met name voor de operationele doelstellingen) nog wat worden aangevuld. We moeten opletten dat we niet vervallen in een overdaad aan doelstellingen voor een bepaald probleem, daar ze vooral een instrument zijn om het debat rond de verbetering van de gezondheidszorg te sturen (zodat acties kunnen worden gedefinieerd en de geboekte vooruitgang kan worden gemeten) veeleer dan een controle-instrument. Verder kan het interessant zijn om ook andere indicatoren op te volgen, maar deze moeten dan wel duidelijk te onderscheiden zijn van de SMART-doelstellingen.

De eerste beperking van dit type aanpak schuilt in het feit dat niet alle problemen worden gemeten, of zelfs maar meetbaar zijn. Daarom moet het gezondheidszorgbeleid ook worden gestuurd door meer algemene, niet-gekwantificeerde doelstellingen, zodat de beleidsreflectie niet te eng wordt en bepaalde belangrijke gebieden niet verborgen blijven (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017). Sommige complexe problemen kunnen niet in één enkele maatregel worden verrat. De integratie of patiëntgerichtheid van zorg, bijvoorbeeld, zijn moeilijk te kwantificeren (Champagne et al., 2005). Anderzijds kan, zelfs bij kwantificeerbare problemen, de performantie van het gezondheidssysteem op een gegeven moment niet uitputtend worden geëvalueerd, en dat vooral om technische redenen (bv. de beperkte beschikbaarheid van gegevens of middelen die voor zo'n evaluatie beschikbaar zijn). Ook de samenstelling van performantie-indicatoren is een domein dat geregeld moet evolueren in functie van mogelijke nieuwe theoretische vragen, het ontstaan van nieuwe maatschappelijke problemen, de technologische ontwikkeling (nieuwe mogelijkheden voor het verzamelen van gegevens of kruisverwijzingen naar bestaande databases), de medische vooruitgang, veranderingen in het wettelijk kader, wijzigingen in de organisatie van de gezondheidszorg, enz. Dit betekent dat reflecties over het gezondheidszorgbeleid op hun beurt de inhoud van de evaluatie van de performantie van het systeem moeten kunnen doen evolueren en dat werkzaamheden moeten kunnen worden afgestemd op het uit te stippelen beleid, met name voor de samenstelling van indicatoren die momenteel nog ontbreken of pas sinds kort onmisbaar zijn. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat er reeds tal van indicatoren⁵ bestaan die het nu al mogelijk maken om SMART-doelstellingen te formuleren,

5 De kwaliteit van indicatoren (met name wat betreft betrouwbaarheid en validiteit) is een onvermijdelijke vraag die bij de keuze van indicatoren aan de orde moet komen.

bv. op supranationaal niveau, met betrekking tot de gezondheidstoestand, de toegankelijkheid en de gezondheidsbevordering (ook al moeten ze soms worden aangepast aan de epidemiologische context van België). Op federaal niveau hebben wetenschappelijke stakeholders zoals het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) reeds een aantal SMART-doelstellingen geformuleerd, in de vorm van aanbevelingen voor te behalen langetermijnresultaten. Administratieve stakeholders zoals het RIZIV hebben op hun beurt aanbevelingen gedaan op een meer operationeel, kortetermijnniveau (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017).

Een te grote focus op indicatoren kan trouwens de reflectie beperken rond een nauwe doelstelling, zoals we zien bij te gerichte acties. In dat geval lopen we het risico dat we niet het volledige probleem in aanmerking nemen. Als de indicator bijvoorbeeld wordt berekend voor een bepaalde populatie of pathologie (zoals borstkankerscreening binnen een kwetsbare populatie), neemt dat niet weg dat het gestelde probleem ook van toepassing kan zijn op een bredere populatie of bij meerdere pathologieën, waarbij acties ook voordelen kunnen opleveren. Het risico is een versnippering van het gezondheidszorgbeleid, in de vorm van een vermenigvuldiging van het aantal kleinschalige actieprogramma's met beperkte schaalopbrengsten of die de problemen slechts gedeeltelijk aanpakken. Daarom is het van essentieel belang dat het op te lossen probleem duidelijk gedefinieerd en afgebakend wordt voordat er een actieprogramma wordt opgezet. Hiertoe moet de reflectie methodologisch worden omkaderd (zie deel 3.1), want de SMART-doelstellingen zijn slechts één van meerdere instrumenten om een relevant beleid uit te stippelen dat tot echte verbeteringen in het gezondheidssysteem kan leiden.

Een ander risico is dat we uitkomen op een ongestructureerde lijst met meerdere doelstellingen, zonder globale strategische visie, omdat ze niet gekoppeld zijn aan de onderliggende prioriteiten en waarden. Daarom is het zo belangrijk om een gestructureerde visie van de doelstellingen en actieprogramma's uit te werken (Ogbeiw, 2021). Deze gestructureerde synthese heeft geen vaste vorm, want ze moet altijd worden afgestemd op het uitgangspunt van het probleem:

- Neem bijvoorbeeld de doelstelling om de ondercon-

sumptie van tandzorg te bestrijden (strategische intermediaire resultaatdoelstelling met gezondheidszorg als één van de gezondheidsdeterminanten, zie deel 2.2.1). Deze doelstelling kan gepaard gaan met een actieprogramma op verschillende gebieden, zoals financiële toegang, gezondheidsbevordering, beschikbaarheid van het zorgaanbod, enz.

- De verbetering van de financiële toegang (een andere intermediaire resultaatdoelstelling) zou zodanig kunnen worden gepresenteerd dat we een overzichtsbeeld krijgen van alle maatregelen in deze performantiedimensie, d.w.z. specifieke maatregelen voor tandzorg naast andere mogelijke maatregelen (voor financiële bescherming of specifieke gezondheidszorgen).

Deze verschillende gestructureerde samenvattingen zouden onder andere kunnen helpen om mogelijke interacties of tegenstrijdigheden te identificeren tussen acties uit verschillende doelstellingen.

2.4.4. Een strategische visie en de performantiedimensies van het gezondheidssysteem

De strategische visie voor het gezondheidssysteem valt allereerst onder de *Quintuple Aim*, dat in de eerste plaats een waardenkader is (Schokkaert, et al., 2022; Mahieu, Cès, & Lambert, 2022; RIZIV, 2022). Verder moet worden opgemerkt dat dit een kader is om de reflectie te begeleiden dat nog nader zou moeten worden gedefinieerd en aangepast om zo nauw mogelijk de prioriteiten van geheel van actoren in het gezondheidssysteem te weerspiegelen. Ook zullen deze prioriteiten noodzakelijkerwijs tot compromissen moeten leiden, gezien de beperkte beschikbaarheid van middelen en de mogelijkheid van interacties tussen de verschillende doelstellingen (Schokkaert, et al., 2022).

Aanvullend op de *Quintuple Aim*, heeft⁶ de regering aan het begin van de legislatuur ook prioriteiten geformuleerd in de vorm van algemene doelstellingen inzake gezondheid en de performantie van het gezondheidssysteem op het vlak van financiële toegankelijkheid. Het regeerakkoord bevat de volgende doelstellingen: "om tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met het hoogste en het laagste aantal te verwachten gezonde levensjaren met minstens 25% te verkleinen, het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15% terug te dringen en opnieuw een plaats te veroveren in de groep van de tien Europese landen waar

6 "General goals are broad aims or statements of expected long-term impact of intervention, futuristic visions and overall purposes of an organisation" (Ogbeiw, 2021, p. 328).

het aantal te verwachten gezonde levensjaren het hoogst is, en een hoge toegankelijkheid en een goede dekking te blijven garanderen” (Regeerakkoord, 2020). Een oproep tot het indienen van initiatieven kon een reeks problematieken worden gedefinieerd in 2021 die van belang zijn voor de verbetering van het gezondheidssysteem. De behandelde thema’s zijn: preventieve zorg en chronische ziekten, toegankelijkheid van de zorg, zorgtrajecten, geestelijke gezondheid, geïntegreerde zorg (RIZIV, 2021).

De SMART-doelstellingen (die nog moeten worden geformuleerd) zijn mogelijke uitgangspunten voor reflectie over het gezondheidszorgbeleid (zie deel 2.2.2.) dewelke worden vastgelegd met het oog op het bepalen van acties. De uitvoering van die acties kan, afhankelijk van de begrotingsmogelijkheden, over meerdere jaren worden gespreid, zolang de doelstelling niet is bereikt en er in de gezondheidszorg nog potentieel voor verbetering is.

Het conceptuele kader dat is ontwikkeld om de prestatie van het gezondheidssysteem te evalueren, biedt een gedetailleerde en direct bruikbare logische structuur om nauwkeuriger na te denken over mogelijke verbeteringen van het gezondheidssysteem, zowel om eventuele actiegebieden te identificeren als om prestatieproblemen op te lossen (hiervoor worden waarschuwingstekens aangeduid) (Devos, et al., 2019). Tussen de dimensies zijn tegenstrijdige effecten mogelijk (net als bij de *Quintuple Aim*). Daarom is het van fundamenteel belang de SMART-doelstellingen en de hiertoe te implementeren acties te structureren volgens de verschillende dimensies, om de algehele interne consistentie te waarborgen en te anticiperen op mogelijke interacties en negatieve effecten tussen de dimensies. Het zou er bovendien voor zorgen dat bepaalde dimensies van de prestatie van zorg niet zomaar over het hoofd worden gezien. Anderzijds kan het ook nuttig zijn om de reeks SMART-doelstellingen te structureren in relatie tot de *Quintuple Aim* en tot de algemene doelstellingen uit het regeerakkoord.

Het conceptuele kader van de evaluatie van de prestatie van het gezondheidssysteem (Devos, et al., 2019) overlapt de definitie van de universele gezondheidsdekking (*Universal Health Coverage*), het streefdoel voor elk gezondheidssysteem, op drie hoofddimensies: toegankelijkheid (inclusief financiële toegankelijkheid), kwaliteit van zorg (inclusief doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, conti-

nuïteit en patiëntgerichtheid) en rechtvaardigheid. Verder zijn er nog twee andere dimensies toegevoegd, efficiëntie en duurzaamheid (inclusief projecties van de toekomstige ontwikkeling van vraag en aanbod en financiële duurzaamheid met betrekking tot toekomstige uitgaven en de financiering daarvan). Efficiëntie is niet direct gekoppeld aan de universele gezondheidsdekking. Gezien de beperkte beschikbaarheid van begrotingsmiddelen op macroniveau is efficiëntieverbetering echter een fundamenteel middel om het gezondheidsstelsel te verbeteren. Aan de andere kant kan financiële duurzaamheid, om verschillende redenen, geen deel uitmaken van SMART-doelstellingen. Ten eerste kan ze niet rechtstreeks worden aangepakt in het kader van de taken van het Verzekeringscomité, omdat dat niet onder diens directe verantwoordelijkheid valt. De tweede reden is theoretisch: financiële duurzaamheid is een complexe economische kwestie die niet kan worden opgelost met behulp van drempelindicatoren die uitgaan van het bestaan van een absolute of aanvaardbare theoretische drempel. Ten slotte verwijst deze kwestie ook naar economische keuzes die worden gestuurd door maatschappelijke waarden, met name inzake sociale rechtvaardigheid, ethiek en solidariteit. De gezondheids crisis heeft duidelijk aangetoond hoezeer een gewaarborgde toegang tot zorg voor de dringendste behoeften de overhand moet hebben op de economische gevolgen. Volgens de WGO: “Een goed gezondheidsfinancieringssysteem werft voldoende fondsen voor gezondheid op een manier die ervoor zorgt dat mensen de benodigde diensten kunnen gebruiken en incentives biedt voor aanbieders en gebruikers om efficiënt te zijn” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2007, p. 6). Op operationeel niveau moet overigens ook rekening kunnen worden gehouden met environmentale duurzaamheid.

Zo kunnen SMART-doelstellingen worden geformuleerd op grond van de beoordeling van de prestatie van het gezondheidssysteem. Daarnaast kunnen ook meerdere onderzoeken worden gebruikt voor het formuleren van SMART-doelstellingen.

Het besluitvormingsproces rond het bepalen van SMART-doelstellingen voor het gezondheidssysteem is een centrale strategische kwestie die het onderwerp zou moeten zijn van een diepgaande analyse⁷. Een belangrijke succesfactor van deze aanpak is het feit dat deze doelstellingen door zoveel mogelijk stakeholders worden gedeeld (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017) en dat de

7 Opgemerkt moet worden dat deze vraag niet kon worden beantwoord omdat deze ontwikkelingen vereist die te lang zijn voor een enkel artikel.

actieprogramma's in overleg met de betrokken stakeholders worden opgesteld. Het gaat om participatieve, niet technocratische doelstellingen, die van bovenaf of door henzelf worden gedefinieerd (Ogbeiw, 2021).

2.5. Uitgebreide participatie van de stakeholders

Volgens het onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016) waren de meest genoemde kenmerken van goed leiderschap 'teamspirit', 'geïnformeerd' en 'adaptatief'. Het eerste kenmerk komt samen met alle betrokken stakeholders tot stand, het tweede vormt een grote uitdaging voor het verbeteren van de governance (zie deel 2.3.1) en het derde is niet alleen essentieel om de vereiste transformaties van het gezondheidssysteem door te voeren en zo de medische en technologische vooruitgang te integreren, maar ook om adequaat te kunnen reageren op plotselinge veranderingen in de gezondheidsbehoeften (hierbij moet wel worden opgemerkt dat deze kwaliteiten ook aanwezig moeten zijn op de andere governance-niveaus van het systeem).

De uitgebreide participatie van stakeholders in de ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid is vooral een manier om een completere analyse van de problemen te verkrijgen, door met name verschillende perspectieven aan het woord te laten en inzichten in de praktijkervaring van zorgprofessionals en gebruikers van diensten uit te wisselen. Ook bevordert ze een dynamiek van collectieve reflectie rond een bepaald probleem die veel verder gaat dan de eenvoudige uitdrukking van de respectieve standpunten van de deelnemers, met name door de totstandbrenging van een gemeenschappelijk inzicht. Het gezamenlijk zoeken naar oplossingen komt de innovatie ten goede doordat op die manier creativiteit en nieuwe ideeën van de stakeholders (over het beoogde probleem, de context of de mogelijke oplossingen) worden gestimuleerd.

2.5.1. Doorstroming van kennis

De complexiteit van gezondheidsproblemen, ongeacht of het op de schaal van een bevolkingsgroep, een gemeenschap of een individu is, impliceert dat keuzes voor het gezondheidsbeleid gebaseerd moeten zijn op zeer uiteenlopende elementen zoals waarden, wetenschappelijke kennis en standpunten van de betrokken stakeholders, en dat inherente onzekerheden moeten worden meegevoerd. Een van de uitdagingen bij de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid is allereerst het adequaat mobi-

liseren van bestaande kennis – vooral op ervaring gebaseerde, intuïtieve en contextafhankelijke, stilzwijgende kennis – uit verschillende bronnen (Wereldgezondheidsorganisatie, Open mindsets Participatory leadership, 2016).

De eerste uitdaging op het gebied van gezondheid is om wetenschappelijke kennis beter in de reflectie te integreren, met andere woorden erin slagen om wetenschappelijke expertise op een adequate manier te mobiliseren door wetenschappelijke kennis voldoende ruimte te geven, op een voldoende exhaustieve wijze rekening te houden met wetenschappelijke bijdragen en stakeholders in de gelegenheid te stellen zich de kennis eigen te maken. Naast zeer uiteenlopende contexten (tijdshorizonten, onzekerheden, vragen, enz.) schuilt de moeilijkheid er vooral in dat het beleidsdomein radicaal verschilt van het wetenschappelijk domein, in die zin dat er op een radicaal andere manier met problemen omgegaan wordt. Binnen de wetenschap worden problemen vanuit een technische invalshoek benaderd, terwijl beleidsmakers ze meer zien als een onderhandelingsproces over oplossingen die de steun van de meerderheid krijgen (Sienkiewicz & Mair, 2020). Beleidskeuzes kunnen zich echter niet alleen laten leiden door het wetenschappelijke perspectief. Bij beleidsbeslissingen moet men ook rekening houden met een reeks uiteenlopende, minstens zo geldige overwegingen, bv. maatschappelijke waarden zoals, billijkheid, solidariteit of zelfs ethiek, het wettelijk kader, de sociale en economische context, de standpunten van de stakeholders die er direct of indirect door worden beïnvloed, enz. De gezondheidscrisis illustreert perfect hoe belangrijk het is om rekening te houden met een breed scala aan standpunten en belangen, teneinde voldoende geïnformeerde beleidsbeslissingen te garanderen (door een betere anticipatie van alle potentiële gevolgen en een beredeneerde keuze). In noodsituaties worden de uitdagingen van het overleg nog versterkt door de noodzaak van een snelle reactie door de beleidsmakers.

De uitdaging is in de eerste plaats van procedurele aard. Er moet voor worden gezorgd dat wetenschappelijke bijdragen niet verloren gaan in het gezondheidszorgbeleidsvormingsproces, teneinde het risico op desinformatie, onwetendheid over de behandelde onderwerpen en moeilijkheden of misvattingen zoveel mogelijk te voorkomen. Ten tweede is het ook een kwestie van het bevorderen dat stakeholders zich wetenschappelijke bijdragen eigen maken, teneinde zo de collectieve reflectie te ondersteunen (bv. over het juiste gebruik van indicatoren). Via de mobilisatie van wetenschappelijke expertise kan bovendien beter onderscheid worden gemaakt tussen wat onder wetenschappelijke kennis valt en wat eerder betrekking heeft

op specifieke waarden, overtuigingen of belangen. Slechts een deel van de gehele wetenschappelijke productie is nuttig, dat wil zeggen geconstrueerd om op de beleidsagenda in te spelen. Dat is een belangrijk criterium om in een langetermijnperspectief te laten meewegen, teneinde een nauwere samenwerking tussen politieke stakeholders en wetenschappelijke onderzoekers mogelijk te maken en zo de impact van onderzoek op de samenleving te versterken (Sienkiewicz & Mair, 2020). Een ander risico waarover moet worden gewaakt, is een overdaad aan informatie waardoor de meest relevante onderzoeksresultaten ondergesneeuwd kunnen raken. Daarom is het van fundamenteel belang om - ter ondersteuning van beleidsreflecties - een samenvatting te maken van de meest relevante wetenschappelijke bijdragen.

Ook de expertise van leken, dus van niet-wetenschappers, moet een plaats krijgen zodat alle standpunten van de stakeholders die met het betrokken probleem te maken hebben, in aanmerking worden genomen. Met andere woorden, in de eerste plaats het standpunt van de patiënten en mantelzorgers, en in bredere zin ook dat van de bevolking. De kennis van de patiënten wordt erkend als een goede aanvulling op wetenschappelijke kennis (Kohn, Dauvrin, & Cleemput., 2021). De expertise van de patiënten hangt samen met hun persoonlijke ervaring, dat wil zeggen met ervaringskennis, ongeacht of het hierbij gaat om kennis van aandoeningen (door het waarnemen van signalen of symptomen) of om kennis van de gezondheidszorg als gebruiker. In wetenschappelijk onderzoek wordt de bijdrage van patiënten op prijs gesteld vanwege de unieke expertise. In het kader van de onderzoeksactiviteiten van het KCE (Kohn, Dauvrin, & Cleemput., 2021) ziet men het voordeel in om patiënten als deskundigen te betrekken. Dit vooral om (niet-bevredigde of prioritaire) behoeften van patiënten en moeilijkheden of problemen waarmee patiënten worden geconfronteerd te identificeren, dan wel om informatie te verzamelen die niet a priori bekend is bij artsen (bv. over praktische haalbaarheidskwesties in het dagelijks leven). Op die manier kan de aanvaardbaarheid van onderzoeksresultaten worden verbeterd. Bij het betrekken van patiënten moet echter wel aan bepaalde voorwaarden worden voldaan om ervoor te zorgen dat de gekozen patiënten niet worden beïnvloed door privébelangen en dat ze goed zijn opgeleid.

De veldexpertise van de professionals is eveneens een complementaire kennis die moet worden geïntegreerd om na te denken over de mogelijkheden tot verandering. Het mobiliseren van deze kennis is immers essentieel voor innovatie. De complementariteit van kennis is essentieel voor de beleidsvorming, maar volstaat niet om complexe problemen

aan te pakken (Maesschalck, 2021). Participatieve governance is niet alleen bedoeld om de betrokken stakeholders eenvoudiger te kunnen raadplegen. De uitdaging ligt erin om de deelnemers in staat te stellen om - in alle etappes - gezamenlijk na te denken over gemeenschappelijke doelstellingen, zowel vóór de uitstippeling van het beleid als later, als de effecten ervan moeten worden geëvalueerd. Hiervoor moet wel een zekere knowhow en algemene kennis zijn vergaard.

2.5.2. Samenwerken, een leerproces

De co-constructie van het gezondheidszorgbeleid is voornamelijk gebaseerd op het vermogen van de stakeholders om samen problemen op te lossen die zij als prioriteit beschouwen. De configuratie van de co-constructie in het kader van de begrotingshervorming is a priori gunstig omdat de stakeholders zich op gemeenschappelijke doelstellingen concentreren om gecoördineerde oplossingen voor te stellen. Het vermogen om breder samen te werken hangt echter af van de totstandbrenging van een samenwerkingscultuur tussen stakeholders met zeer heterogene profielen (op het vlak van opleiding, werkcultuur, verantwoordelijkheden, rollen, interesses, enz.) die elders niet snel zullen samenwerken (al dan niet beroepsmatig). Voor de ziekenfondsen en de zorgverstrekkers vinden de formele interacties plaats in het kader van het jaarlijkse begrotingsoverleg, bij de onderhandeling over tariefafspraken. Erkend moet worden hoe moeilijk het is om een gunstig kader voor te stellen voor een effectieve samenwerking in alle stadia, ook in de besluitvormingsprocessen. De samenwerking is dus afhankelijk van het vermogen van de deelnemers om nieuwe vormen van interactie aan te leren. Dit veronderstelt van de kant van de stakeholders een zekere bekwaamheid om zich de participatieve aanpak toe te eigenen (vooral het naleven van de formalistische procedures) en akkoord te gaan met een denkproces waarbij de deelnemers soms flink van standpunt veranderen, met betrekking tot hun ideeën, hun percepties van het aangekaarte probleem, contextuele factoren, mogelijke reacties, enz. (Maesschalck & Blésin, 2009). Deze samenwerking moet tevens aan feedback worden onderworpen om de procedures in de loop van de tijd te kunnen verbeteren (Maesschalck, 2008).

2.5.3. De totstandbrenging van knowhow

Een van de uitdagingen van participatie is het verwerven van een gemeenschappelijke knowhow om het gezondheidszorgbeleid te kunnen uitstippelen. Om te beginnen is het essentieel dat de collectieve reflectie op

gang gebracht wordt aan de hand van methodologische instrumenten (zie deel 3) die de kennis samenvatten, het aangekaarte probleem omschrijven en ervoor zorgen dat de vraagstelling volledig en relevant genoeg is zodat de voorgestelde acties het aangekaarte probleem niet alleen vanuit theoretisch maar ook vanuit operationeel oogpunt kunnen aanpakken, en ze niet in strijd zijn met de overige nagestreefde doelstellingen en de waarden van het gezondheidssysteem. Uiteindelijk moeten de deelnemers zich deze tools en methodologieën ook zelf eigen kunnen maken.

Het vermogen van de stakeholders om de vaardigheden te verwerven die nodig zijn voor de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid hangt niet alleen af van hun betrokkenheid bij de reflectiefases over de gemeenschappelijke doelstelling en bij de besluitvorming over actieprogramma's. Ook wordt het leerproces van de stakeholders bevorderd wanneer ze betrokken worden bij de overige fases, dus ook in de uitvoerings- en opvolgingsfase (Maesschalck, 2008). De participatieve aanpak moet verder ook op langere termijn kunnen worden ingezet (dus niet alleen bij de formulering van voorstellen) om de acties te monitoren in vergelijking met de vastgelegde doelstellingen en deze zo nodig continu bij te sturen. Dit impliceert tevens een vorm van leren gericht op de ontwikkeling van het vermogen om de impact van beslissingen te monitoren, rekening te houden met eventuele veranderingen in beschikbare gegevens over het probleem (zoals medische vooruitgang) of in context, en dienovereenkomstig aanpassingen aan te brengen. Deze evaluatieve benadering kan ook aanleiding geven tot een herziening van bepaalde vooronderstellingen, standpunten of beslissingen uit het verleden.

2.5.4. De totstandbrenging van een gemeenschappelijke kennis

Naast het leren samenwerken tussen deelnemers, moet voor de uitwerking van gezondheidszorgbeleid ook een gemeenschappelijke kennis worden ontwikkeld over de interpretatie en oplossing van het probleem. De participatieve benadering levert gunstige context om samen te leren, want dankzij de sociale interactie kunnen mensen zich enerzijds scholen en anderzijds kunnen ze gemeenschappelijke inzichten ontwikkelen die verder gaan dan hun individuele kennis (de leerresultaten zijn het gevolg van de sociale context waarin zij zich bevinden) (Jafari Amineh & Davatgari Asl, 2015). Daarom is het zo belangrijk om oog te hebben voor de context, en vooral voor de manier van uitwisseling tussen de stakeholders om complexe problemen (waarvoor geen vaste oplossing bestaat) aan te pakken.

De creativiteit van de deelnemers wordt verder ook bevorderd door een goed geformaliseerde en niet-oordelende uitwisselingsruimte.

2.6. De principes van een participatieve governance

Onafhankelijk van het domein waarin participatieve processen worden geïmplementeerd (gezondheidszorg dan wel bredere collectieve maatregelen), kunnen gemeenschappelijke principes worden geïdentificeerd die gunstige voorwaarden creëren voor een collectieve reflectie (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Door de betrokkenheid van verschillende stakeholders houden participatieve processen namelijk een aantal risico's en praktische problemen in waarmee rekening gehouden moet worden.

2.6.1. De vertegenwoordiging van de stakeholders

Participatieve processen moeten de *ad hoc* betrokkenheid van verschillende stakeholders mogelijk maken in functie van de mogelijkheden tot inbreng en tot het delen van de verantwoordelijkheden met betrekking tot de aangekaarte vraagstukken (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016), ongeacht de rol en de taken van de stakeholders. Een belangrijke uitdaging is de effectieve vertegenwoordiging van de betrokken stakeholders omdat het risico bestaat dat er een ongelijke machtsverhouding ontstaat met betrekking tot bepaalde specifieke belangen (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016; Sienkiewicz & Mair, 2020). Het meest acute risico is het risico dat belangen worden behartigd die in strijd zijn met het nagestreefde doel (bv. op het vlak van volksgezondheid, zoals de strijd tegen roken). In dat geval zou participatie eerder schadelijk dan heilzaam zijn (Greer, Wismar, & Figueras, 2016). Anderzijds moet erop worden toegezien dat de uitbreiding van de participatie de macht van bepaalde reeds goed vertegenwoordigde belangen niet nog versterkt. Een andere beperking aan participatie van stakeholders is het vermogen van de vertegenwoordigers om het perspectief van bepaalde stakeholders uit te dragen, in het bijzonder patiënten, gezien de enorme heterogeniteit van deze groep.

2.6.2. De kwaliteit van de relaties

In de processen moet bijzondere aandacht worden besteed aan de relaties tussen stakeholders en conflict-beheersing inherent aan het politieke domein. Een van de succesfactoren is immers vertrouwen en het smeden

van banden tussen de deelnemers (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016; Topp, Mair, Smillie, & Cairney, 2020). Tijdens interacties moet de kwaliteit van de relaties in alle fasen van het proces gewaarborgd kunnen worden (bij het nemen van beslissingen, wanneer men het woord neemt, enz.). De kwaliteit van de participatie hangt af van de plaats die aan elke deelnemer wordt toegekend. Tijdens interacties moet iedereen vrij en gelijkwaardig kunnen bijdragen aan de discussies. Doordat participatie conflicten aan het licht brengt, is er een risico op vooringenomenheid, op polariserende debatten of zelfs op bloccage van beslissingen. Door bepaalde standpunten over hun historische rol, financieringskwesaties of zelfs de taakverdeling kunnen deelnemers de collectieve reflectie juist belemmeren (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Toch onderstreept Greenhalgh ook het belang van conflicten en de beheersing ervan, omdat deze het mogelijk maken om bepaalde belangrijke aspecten of problemen aan het licht te brengen die noodzakelijkerwijs moeten worden meegewogen om de reflectie vooruit te helpen. Als het goed gebeurt, wordt conflictbeheersing niet alleen gezien als “gezond en constructief, maar als een essentieel proces voor het bereiken van succesvolle veranderingen in een complex adaptief systeem” (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016, p. 147, onze vertaling).

2.6.3. Het besluitvormingsproces

Het besluitvormingsproces staat eveneens centraal en sommige auteurs benadrukken dat het bereiken van consensus niet altijd mogelijk is en geen doel op zich moet zijn (Greer, Wismar, & Figueras, 2016). De regel van de kleinste gemene deler mag niet zegevieren bij het bepalen van gezondheidszorgbeleid, omdat de keuzemogelijkheid dan wel eens erg beperkt zou kunnen zijn in vergelijking met de nagestreefde doelstellingen. Het gaat niet om het onderhandelen, maar om het samen oplossen van complexe problemen.

Het besluitvormingsproces moet transparant blijven en door iedereen worden geaccepteerd, d.w.z. dat het resultaat niet buiten de participatieve processen om mag worden gewijzigd of gemanipuleerd. In dat verband draait de rol van de besluitvormers om het formaliseren van de collectieve beslissing. De motivatie om deel te nemen wordt ook grotendeels beïnvloed door de manier waarop de participatie is georganiseerd, met name in relatie tot de besluitvorming.

Daarom moeten de procedures uitwisselingen mogelijk maken, zodat ideeën verduidelijkt kunnen worden en een gemeenschappelijk inzicht wordt bereikt. Zo kunnen de standpunten van de deelnemers evolueren (Wereld-

gezondheidsorganisatie, 2016). Dit is tevens een van de essentiële criteria om innovatie te bevorderen. De organisatie van de uitwisselingen moet voldoende ruimte laten voor vragen en argumenten, zodat standpunten kunnen evolueren en voorstellen de steun van de groep kunnen krijgen: “de besluitvorming is gebaseerd op consensusvalidatie. Het doel is niet om een algemeen compromis te bereiken, maar eerder om tot een akkoord te komen dat de steun heeft van alle betrokken partijen, nadat ze allen volop de gelegenheid hebben gehad om hun bezorgdheden te uiten, zich ervan verzekerd voelen begrepen te worden en meegewerkt hebben aan het vinden van de best mogelijke oplossing. Het criterium voor succes bij een dergelijke innovatie-inspanning is de mate waarin alle betrokken partijen dezelfde visie hebben of een sociale constructie delen over de te volgen nieuwe richting” (Bouwen & Fry, 1993, p. 12, onze vertaling).

Daarnaast moet de langzaam opgebouwde gemeenschappelijke visie gedocumenteerd worden en voor alle deelnemers toegankelijk zijn om het gemeenschappelijk inzicht te bevorderen en misverstanden, onnauwkeurigheden, dubbelzinnigheden en dergelijke zoveel mogelijk te voorkomen. Daarom is de traceerbaarheid van uitwisselingen tussen de deelnemers absoluut essentieel om het traject van de gezamenlijke reflectie te volgen, omdat deze waarschijnlijk nog aanzienlijk zal evolueren bij complexe onderwerpen (Maesschalck & Blésin, 2009; Foudriat, 2019).

2.6.4. Vereiste middelen

Ten slotte zijn voor het betrekken van stakeholders bij participatieve processen middelen nodig: tijd (tijd die aan de uitwisselingen wordt besteed, maar ook het voorbereidende werk om de discussies voor te bereiden), expertise in participatieve methodes om de uitwisselingen tussen stakeholders te kunnen structureren, formaliseren en begeleiden (via professionele facilitatie) (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Gelet op de diversiteit in vertegenwoordigde belangen en hun mogelijke onderlinge concurrentie, hangen de resultaten van de participatieve processen af van de kwaliteit van het leiderschap en de toegewezen middelen (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016).

Ten slotte wijzen we er nog op dat governance moet worden gezien als een proces dat over een langere periode wordt geïmplementeerd. De participatieve processen moeten deel uitmaken van een wederzijdse en individuele leerdynamic die het mogelijk maakt om een duurzame vertrouwensrelatie tussen de deelnemers tot stand te brengen,

met het oog op een betere samenwerking. Het is gebleken dat deze positieve dynamiek waarschijnlijk ook een overloopeffect heeft naar buiten toe (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Het kan echter gebeuren dat niet alle ingrediënten van deze dynamiek aanwezig zijn, in het bijzonder bij het opstarten van participatieve processen. In dat geval zou het risico bestaan dat de aanwezige stakeholders vasthouden aan hun individuele perspectieven in plaats van een wederzijds inzicht te verwerven, wat de gedeelde visie op de aangekaarte problemen en hun collectieve oplossing zou schaden. Dit is een van de redenen waarom participatieve processen vooral moeten worden gezien als processen van continu leren en aanpassen.

Hoewel de behoefte aan een participatieve governance voor de gezondheidszorg algemeen wordt erkend, blijft het - in het licht van de genoemde potentiële problemen - een feit dat de implementatie ervan een uitdaging is. In het deel hieronder beschrijven we een reeks participatieve methodologieën die de moeilijkheden niet wegnemen, maar die wel een nieuwe manier aanbrengen om de samenwerking bij het uitstippelen van gezondheidszorgbeleid op een meer productieve en creatieve manier te benaderen.

3. De methodologische benaderingen om de co-constructie van het gezondheidszorgbeleid te ondersteunen

3.1. Designmethodologieën

3.1.1. Definitie en toepassingen

Designmethodologieën zijn vooral interessant voor het oplossen van complexe problemen waarvoor a priori geen bekende oplossingen of voorspelbare resultaten zijn (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). “Op Design gebaseerde benaderingen zijn systemisch van karakter, verkennen een complexe context aan de hand van visuele methodes, combineren meerdere vakgebieden om het de probleem te proberen te begrijpen en formuleren voorstellen die op de kwaliteit van ervaring focussen, vanuit het oogpunt van de uiteindelijke begunstigen” (Rudkin & Rancati, 2020, p. 146,

onze vertaling). Deze methodologieën zijn afkomstig uit verschillende vakgebieden, zoals psychologie en antropologie. Ze zijn gebaseerd op diverse strategieën voor gegevensverzameling die gebruikt worden in de sociale wetenschappen (bv. samenvattingen van bestaande kennis, observaties *in situ*, diepte-interviews met stakeholders, focusgroepen en co-creatieworkshops, enz.) (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019), waarbij het doel is de benodigde gegevens te verzamelen en die op een voldoende beknopte en begrijpelijke manier samen te vatten. Ons doel hier is niet om alle methodologieën te beschrijven die onder Design vallen, maar om hun belang toe te lichten wanneer ze worden toegepast in het domein van de gezondheidszorg.

Het toepassingsgebied van op Design gebaseerde benaderingen is breed en richt zich zowel op het beleidsterrein (Troussard, et al., 2016) als op het terrein van diensten: Service Design (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Op Design gebaseerde benaderingen die worden gebruikt op het gebied van beleidsontwikkeling zijn strategische instrumenten, waarmee we innovatie bevorderen en de manier veranderen waarop we gezamenlijk problemen aanpakken binnen de actiedomeinen van de publieke sector. De ervaring met beleidsvorming in Europa laat zien hoe deze methodes hebben geleid tot succesvolle reflecties over complexe en uiteenlopende problemen (Troussard, et al., 2016). Toegepast op diensten zijn Service Design-methodologieën, dewelke gericht zijn op het verbeteren van diensten om ze wenselijker, nuttiger, bruikbaar, effectiever en efficiënter te maken (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Een snelle zoektocht in de literatuur leert dat het toepassingsgebied van Design in het domein van de gezondheidszorg uitgestrekt is (Altman, Huang, & Breland, 2018; Pfanstiel & Rasche, 2019; Weller & Pallez, 2017; Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019; Weller & Pallez, 2017), en dat zowel voor aandoeningen (bv. Chronisch Obstructief Longlijden, diabetes, geestelijke gezondheid) als voor het verbeteren van zorgprocessen (bv. beheer van patiëntenstromen, mantelzorgers, integratie van zorg, introductie van digitale technologieën, ontwerp van zorgtrajecten, ontslag uit het ziekenhuis, patiëntervaring op de spoedgevallendienst, vermindering van de diagnosetijd voor borstkanker). In Zweden is de op Design gebaseerde benadering in de gezondheidszorg georganiseerd in de vorm van een “laboratorium”, Experio lab⁸. Enkele illustratieve voorbeelden zijn:

- De stad Oslo zocht een nieuwe aanpak om de vraag naar langdurige zorg voor kwetsbare bejaarden beter te be-

8 <https://experiolab.se/healthcaredesign/?lang=en>.

heren met kwaliteitsverbetering (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Het doel was hierbij om een visie op langdurige zorg uit te stippelen in 2025.

- Het academisch ziekenhuis Oslo verkortte de wachttijd voor borstkankerzorg (90% kortere wachttijd) (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).
- Het kinderziekenhuis Sant Joan de Déu in Barcelona zette in 2015 een afdeling patiëntervaring op om het zorgmodel voor verschillende types patiënten te herzien (kinderen en adolescenten tot 18 jaar met diabetes of met een chronische aandoening, buitenlandse kinderen op de afdeling oncologische orthopedie voor wie een behandeling niet beschikbaar is in hun land van herkomst, en zwangere vrouwen). De patiënten, hun families en het personeel werden bij dit proces betrokken (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

3.1.2. Het belang van op Design gebaseerde benaderingen binnen de gezondheidszorg

Naast de nagestreefde directe resultaten, bieden ze ook nieuwe perspectieven voor samenwerkingsvormen en transformaties in gezondheidsdiensten. De kenmerken van Designmethodologieën die interessant kunnen zijn voor de gezondheidszorg, zijn de volgende:

Patiëntgerichte zorg

Service Design-methodologieën zijn gericht op het beter begrijpen van de behoeften, ervaringen en motivaties van de gebruikers, via de ontwikkeling van empathie, en op het garanderen dat hun standpunt mee in overweging wordt genomen, aanvullend op de standpunten van de overige stakeholders (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016; Malmberg, et al., 2019). De principes van Service Design sluiten aldus op verschillende punten goed aan bij het nieuwe paradigma van patiëntgerichte zorg (Malmberg, et al., 2019):

- patiënten worden gezien als experts op het gebied van “hun ervaring en hun eigen leven”;
- er wordt gekozen voor een holistisch perspectief op het leven en de ervaring van patiënten, met een bredere focus op hun behoeften (in plaats van op oplossingen);
- men erkent dat de waarde van de dienst mee wordt gecreëerd door alle partijen die bij de dienst betrokken zijn, inclusief de gebruikers;
- er komt een machtsverschuiving tot stand tussen zorgverleners en patiënten.

Met participatieve processen kunnen de machtsverhoudingen in evenwicht worden gebracht, dankzij de participatie van stakeholders die *a priori* strategisch minder vertegenwoordigd zijn op institutioneel niveau. Door de subjectieve ervaring van alle stakeholders, d.w.z. met inbegrip van zowel het professionele als het gebruikersperspectief, een centrale plaats te geven, beogen deze methodologieën de interacties en ervaringen beter te begrijpen vanuit de insteek van serviceverbetering (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019). Het betrekken van de eindgebruikers bij participatieve processen komt de resultaten positief ten goede, met name een verbetering van de gebruikerservaring. Binnen de beleidsvorming ligt het potentieel ervan in het bevorderen van een beter begrip van de werkelijkheid. Dit door de gemeenschappelijke visie op problemen uit te breiden dankzij de inachtneming van verschillende gezichtspunten en perspectieven. Door de gebruikerservaring in het centrum van de reflecties te plaatsen, kan een inclusiever beleid worden uitgestippeld dat beter voldoet aan hun behoeften (Rudkin & Rancati, 2020). In het bijzonder dit type benadering die de aanvaardbaarheid van zorg verbetert (“het vermogen om gezondheidszorg te bieden die voldoet aan de minimale waargenomen behoefte aan kwaliteit voor individuen om een beroep te doen op de gezondheidszorg” (Cès, 2021)).

Multidisciplinariteit

De gezondheidszorg is georganiseerd binnen een complex ecosysteem dat is gestructureerd in silo's, rond uiteenlopende vakgebieden en met een sterke verdeling van rollen, verantwoordelijkheden en kennis volgens soms concurrerende institutionele logica's. Multidisciplinariteit⁹ is een manier om deze institutionele complexiteit te benaderen aan de hand van nieuwe innovatiepraktijken, bijvoorbeeld door mogelijke verschillen in belangen, praktijken, voorstellingen en standpunten te expliciteren (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019). Om transversale problemen op te lossen die een globale visie op de diensten vereisen, moet niet alleen kennis uit verschillende vakgebieden worden geïntegreerd, maar moeten de stakeholders ook worden betrokken bij het bevorderen van creatieve interacties, in het bijzonder op basis van uiteenlopende ideeën of standpunten (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016; Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019).

9 Dit principe van multidisciplinariteit wordt overigens ook expliciet vermeld in de Franse Volksgezondheidswet inzake gezondheidsexpertise, die als volgt luidt: “L'expertise sanitaire répond aux principes d'impartialité, de transparence, de pluralité et du contradictoire” Art. L. 1452-1, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000025071689/#LEGISCTA000025071695.

Experimentele praktijken

Een van de sterke punten van Designmethodologieën is het gebruik van prototypes om snel mee te experimenteren en vooraf te testen (Rudkin & Rancati, 2020). Het gebruik van prototypes “dient om verschillende alternatieve hypothesen en strategieën te genereren en te testen, alvorens de best beschikbare optie(s) te selecteren om ze te verbeteren” (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). Deze experimentele fase heeft tot doel de mogelijkheden te verkennen en oplossingen snel iteratief te testen alvorens ze worden geïmplementeerd (inclusief mogelijke juridische en technische aspecten). In deze fase worden falende oplossingen gebruikt om de voorstellen iteratief te verbeteren. Vroegtijdig experimenteren met de gebruikers bespaart middelen en tijd, beschermt tegen het maken van vermijdbare fouten, maakt het mogelijk om vóór implementatie beter te anticiperen op de effecten en leidt tot relevante tussenkomsten vanuit het oogpunt van de stakeholders (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). Naast de aangekaarte problemen bieden Designpraktijken tevens de kans om op kleine schaal te experimenteren met samenwerkingen rond gemeenschappelijke belangen (bv. in Zweden het co-creatieproject patiëntgerichte zorg voor mensen met een chronische ziekte binnen de eerstelijnszorg) die vervolgens tot nieuwe vormen van geïnstitutionaliseerd werk op grotere schaal kunnen leiden (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019; Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016).

Communicatiemiddelen

Tools en visualisaties, “*boundary objects*” geheten, worden gebruikt om een gemeenschappelijke taal te hanteren en multidisciplinaire co-creatie mogelijk te maken. Op die manier kunnen de deelnemers - los van hun institutionele of professionele segmentatie, verantwoordelijkheden, rollen, enz. - worden bijeengebracht. Er bestaan verschillende soorten visualisatietools, zoals kaarten (bv. kaarten van zorgtrajecten) of andere weergavetools. “*Persona’s*” zijn bijvoorbeeld hulpmiddelen om een archetype van een bepaalde groep gebruikers of andere stakeholders weer te geven. Ze maken het mogelijk om rekening te houden met de heterogeniteit van gebruikersprofielen, die niet door de deelnemers zelf kan worden weergegeven (zie deel 2.4.1). Deze instrumenten fungeren in alle fasen als aanvulling op mondelinge en schriftelijke uitwisselingen en ondersteunen de reflectie, teneinde het ontstaan van nieuwe interpretaties, concepten, ideeën, enz. te bevorderen (Rudkin & Rancati, 2020). De communicatiemiddelen creëren een gemeenschappelijke basis die iedereen zich eigen kan maken en wijzen de deelnemers op de behandelde onderwerpen. Ook tastbare, bewerkbare instrumenten zijn mogelijk.

Deze verschaffen nieuwe modaliteiten van expressie en communicatie die gunstiger zijn voor de creativiteit dan mondelinge of schriftelijke uitwisselingen (Rygh & Clatworthy, 2019).

Innovatie

Binnen de gezondheidszorg is innoveren een enorme uitdaging, want het vereist grote veranderingen in de van nature vrij rigide institutionele structuren, op het vlak van normen, overtuigingen, waarden en voorstellingen. Diensteninnovatie kan als volgt worden omschreven: “diensteninnovatie wordt beschouwd als een innovatief proces voor de integratie van hulpmiddelen, bedoeld om nieuwe vormen van co-creatie van waarde tussen de stakeholders mogelijk te maken” (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019, p. 21, onze vertaling).

De designers fungeren als facilitatoren om de verschillende perspectieven te verzamelen, ernaar te luisteren en ze samen te vatten, en om de collectieve reflectie te sturen. De designer is niet de “eigenaar van de oplossing”, maar wel de eigenaar van de “denkruimte”. In deze ruimte kunnen alle verschillende standpunten naast elkaar bestaan en is een systemische visie mogelijk. Door het wederzijds begrip van de rol van elk van de deelnemers te stimuleren, kunnen deze samenwerkingspraktijken standpunten, voorstellingen en zelfs overtuigingen aanzienlijk veranderen. Innovatie wordt ook bevorderd door het feit dat Service Design een fase omvat waarin het probleem wordt herkaderd. Soms betekent dit dat de oplossing ergens anders moet worden gezocht of dat de beoogde oplossingen in de loop van het denkproces moeten evolueren. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor het oplossen van complexe problemen ook verschillende opties naast elkaar kunnen worden overwogen, met name bij uiteenlopende standpunten of conflicten (zie deel 2.4.3). Zo voorkomen we bijvoorbeeld dat we het verkeerde probleem proberen op te lossen. De complexe aard van problemen houdt in dat de oplossingen niet vooraf kunnen worden uitgedacht zonder een proces van collectieve reflectie dat in etappes is georganiseerd. Het iteratieve karakter van het Designproces is gebaseerd op het principe dat men “al doende moet leren” om nieuwe voorstellen en ideeën te verkrijgen. Deze methodologieën willen expliciet de creativiteit van de deelnemers bevorderen door de nadruk te leggen op de verkenning, zonder oordeel, van uiteenlopende paden en verschillende ideeën, aan de hand van tools en technieken.

Door eventuele tegenstrijdigheden in de organisatie van diensten aan het licht te brengen, bieden deze methodologieën eveneens de mogelijkheid om de gewoonten of fun-

damenten van de organisatie ingrijpend te wijzigen. Naast het zoeken naar oplossingen, stellen op Design gebaseerde benaderingen ook een nieuwe filosofie voor om transformaties te ontwerpen die op participatie en reflexiviteit gestoeld zijn, en die de stakeholders zich in bredere zin kunnen toe-eigenen teneinde de dynamiek van innovatie binnen de organisaties te steunen. Hierbij werd opgemerkt dat het gebruik van Designtools eveneens tot veranderingen kan leiden die verder gaan dan het kader waarin ze worden gebruikt, doordat ze samenwerking, participatie en de keuze van meer gebruikersgerichte routines stimuleren.

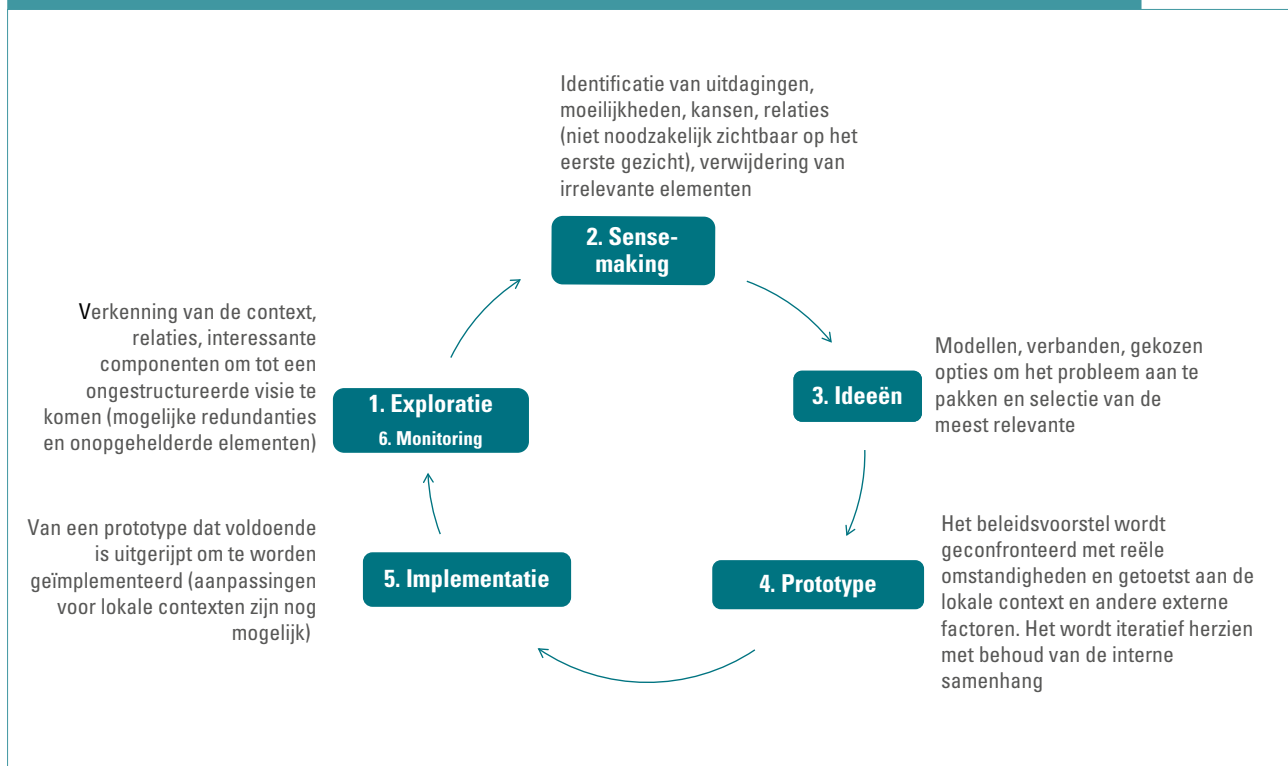
De verschillende etappes van beleids Design worden weergegeven in Figuur 1.

De eerste fase, de verkenningsfase, is van essentieel belang om aspecten van het probleem te ontdekken die niet altijd duidelijk zijn. Het risico bestaat dat het probleem wordt vereenvoudigd, wat ten koste zou gaan van de kwaliteit van de tweede fase, de analyse van de betekenis. Deze twee stadia zijn gericht op een verdieping van het

wederzijds leren van de deelnemers, voorafgaand aan het stadium van het zoeken naar oplossingen, naar ideeën om het probleem op te lossen. In stap 3 worden verschillende ideeën vergeleken en worden de ideeën met het meeste potentieel geselecteerd (één of meer). Stap 4 is de testfase van de geselecteerde ideeën om een prototype te verkrijgen dat kan worden uitgevoerd en stap 5 is de operationaliseringfase.

In de praktijk is de kwaliteit van de interacties tussen de deelnemers van essentieel belang voor het bevorderen van een gemeenschappelijk begrip van complexe problemen en het stimuleren van collectief denken. Designmethodologieën bewerkstelligen interacties tussen deelnemers in de vorm van gestructureerde gesprekken (door middel van tijdsbeheer en het gebruik van participatieve methoden, zie ook hoofdstuk 3.1.). De vergaderingen vergen voorbereiding vooraf om het precieze verloop ervan en de te bespreken punten, uit te werken (Troussard, et al., 2016).

Figuur 1: Beleids Designprocessen (aangepast naar Troussard, et al., 2016)



3.1.3. Andere participatieve methodes

Andere, meer generieke en minder geavanceerde, methodologieën (die ook kunnen worden gebruikt in Designmethodologieën) kunnen eveneens nuttig blijken, afhankelijk van de context en de behandelde problemen, zoals participatief leiderschap¹⁰ (Scordialos, et al.) of “*The Art of Hosting*”¹¹. Er bestaan talloze technieken die allen worden gekenmerkt door geformaliseerde procedures en nauw omschreven toepassingen. De deelnemers kunnen hierop invloed uitoefenen volgens zeer duidelijke regels. Enkele voorbeelden:

- De *World Café-methode* is waarschijnlijk de bekendste. Het principe is hier om rond belangrijke kwesties een dialoog op gang te brengen in kleine gespreksgroepen (4 of 5 personen) met een gastpersoon die notities maakt. Bij elke ronde wisselen de deelnemers van groep en gaan ze verder waar het gesprek in de vorige ronde was opgehouden. De laatste fase is bedoeld om al wat besproken werd, samen te brengen. De uitgangsvraag kan in de loop van de discussies evolueren. De toepassingen zijn legio: deelnemers connecteren, een grondig collectief denkproces verkennen of uitvoeren, of acties plannen.
- ‘*Ritual dissent*’ is een methode om voorstellen en ideeën te testen en te versterken. Het doel is hier om de robuustheid en veerkracht van een actieplan te testen (deze methode past dus eerder in een breder proces). De procedure is heel nauwkeurig en moet worden gerespecteerd om interessante resultaten te verkrijgen. Eén persoon legt het voorstel voor aan een kleine groep, legt het gedurende een paar minuten uit en luistert dan zonder tussen te komen (met de rug naar de groep toe om het voorstel niet te personifiëren). Vervolgens wordt gediscussieerd over mogelijke kritieken en alternatieven. Er is zowel sprake van een leerproces bij degene die het voorstel indient als bij de deelnemers die het evalueren. Er vinden verschillende gespreksrondes in kleine groepjes plaats.
- De cirkelpraktijk is een methode om een gesprek te focussen, wat kan helpen om een onderhandeling vooruit te helpen. Het principe is hier om de aandacht te vestigen op het probleem, dat symbolisch in het midden van de cirkel wordt geplaatst. Iedereen praat om de beurt.

Binnen dezelfde horizontale, participatieve filosofie is Hocracy¹² een managementmethode voor organisaties die een interessant besluitvormingsproces voorstelt voor strategische bijeenkomsten. Het verloop hiervan wordt bepaald door specifieke regels, om er met name voor te zorgen dat het standpunt van elk van de deelnemers gehoord kan worden. Er zijn verschillende fasen en de mogelijkheden voor reacties van en interacties tussen de deelnemers zijn duidelijk afgebakend, met in elke fase een specifiek doel (indiening van een voorstel, verzoek om verduidelijking, mogelijkheid tot reageren op het voorstel, eventuele wijzigingen van het voorstel op basis van de voorgaande discussie, gemotiveerde bezwaarronde, integratiefase met een open discussie over mogelijke aanpassingen als antwoord op bezwaren en op de problematiek van het oorspronkelijk ingediende voorstel).

Deze methodologieën laten zien hoe belangrijk het is om de discussies tussen de stakeholders in goede banen te leiden volgens welomschreven procedures en regels, om een constructieve dialoog te bevorderen die het gezamenlijke denken vooruit helpen.

3.2. Samenvatting van de co-constructie

De co-constructie van het gezondheidszorgbeleid steunt op verschillende componenten:

- **Een strategische visie** voor het gezondheidssysteem, met een kader van nauwkeurig gedefinieerde gemeenschappelijk waarden, algemene doelstellingen en gedeelde SMART-doelstellingen;
- **Participatieve governance:**
 - totstandbrenging van een permanente geformaliseerde ruimte voor uitwisseling en reflectie:
 - participatie van de betrokken stakeholders op ad-hoc basis, in functie van de behandelde problemen, in alle fasen van de ontwikkeling en aanpassing van actieprogramma’s,
 - met een onafhankelijke externe facilitator die gespecialiseerd is in participatieve benaderingen,
 - interacties die geformaliseerde en transparante principes en regels volgen, met name in het besluitvormingsproces en bij conflictbeheersing, gebruik makend van participatieve methodes,

10 “Participatief Leiderschap is een gestructureerd proces met inbegrip van instrumenten, methoden, conceptueel denken en een systeembenadering om groeps- en organisatiedynamiek op gang te brengen. Hoewel gericht op groepen, schaaft het van het individu over teams, naar hele organisaties en gemeenschappen. De aanpak is gebruikt om afstemming en actie te bewerkstelligen in complexe situaties door middel van diepgaande, gefaciliteerde gesprekken.” (Zie <https://participatoryleadership.eu/index.php/faq-s>).

11 <https://artofhosting.org/fr/>.

12 <https://www.holacracy.org/>.

- een regelmatige evaluatie van de governance door de deelnemers, met van tijd tot tijd aanpassingen om de procedures te verbeteren,
- beheer en samenvatting van bestaande en geproduceerde kennis (relevante wetenschappelijke bijdragen, uitwisselingen tussen deelnemers en voortgang van het collectieve denkproces),
- financiële middelen om de kosten te dekken van de participatie en methodologische ondersteuning.
- **Iteratieve verbeteringscycli:**
 - Continue leerprocessen op het gebied van samenwerking en ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid voor de betrokken stakeholders,
 - een onafhankelijke evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem en afgestemd op het gezondheidsbeleid,
 - Iteratieve verbetercycli met geformaliseerde etappes (omschrijving van het probleem, voorstellen, implementatie, monitoring, bijstellingen en aanpassingen).
- **De publicatie van een jaarverslag,** inclusief:
 - strategische visie en voorgestelde actieplannen,
 - vorderingen in de operationalisering en uitvoering van de acties,
 - monitoring van de impact van de acties en evaluatie van de mate waarin de operationele en strategische doelstellingen zijn bereikt,
 - verslag van de werkzaamheden van de werkgroepen rond de doelstellingen en evaluatie van de participatieve procedures.

4. Conclusie

De erkende complexiteit van het gezondheidssysteem, de vele uitdagingen waarmee het wordt geconfronteerd en de vele onzekerheden vragen om nieuwe vormen van samenwerking, van werkcultuur waarbinnen met succes kan worden gewerkt aan een deugdzame dynamiek van leer- en verbetercycli. De co-constructie van het gezondheidszorgbeleid, waarmee men het gezondheidssysteem op een participatieve en iteratieve manier hoopt te transformeren, is een nieuwe opdracht voor de stakeholders.

Om deze dynamiek tot stand te kunnen brengen, moeten er duurzame ruimtes voor transdisciplinaire uitwisseling en reflectie tot stand worden gebracht. Dit voorstel sluit aan bij het concept van waardescheppende, lerende gezondheidssystemen (*value-creating learning health systems*), die als volgt worden gedefinieerd: “dynamische gezondheidsecosystemen waarin de wetenschappelijke, sociale, technologische, politieke, juridische en ethische dimensies synergetisch op elkaar zijn afgestemd, opdat de continue leer- en verbetercycli routinematig in het gehele systeem kunnen worden geïntegreerd en de waarde wordt vergroot, dankzij een geoptimaliseerde balans tussen de effecten op de ervaring van patiënt en zorgverlener, de volksgezondheid en de kosten van het gezondheidssysteem” (Menear, Blanchette, Demers-Payette, & Roy, 2019, p. 3, onze vertaling). Ook al is het begrip waarde moeilijk te definiëren vanwege de vele legitieme belangen die allemaal voorrang verdienen, kan niettemin een aanvaardbaar evenwicht worden bereikt, aan de hand van open participatieve processen die alle bestaande kennis – op grond van ervaringen, wetenschap en context – in aanmerking nemen (Menear, Blanchette, Demers-Payette, & Roy, 2019).

Los van de verschuiving van leiderschapsparadigma voor het gezondheidssysteem, is co-constructie een nieuwe manier om innovatie in de gezondheidszorg te stimuleren die verder gaat dan de bekende bottom-up- en top-down-benaderingen, in een meer representatief en dynamisch horizontaal systeem.

In het licht van de complexiteit, de omvang en de diversiteit van de vraagstukken is methodologische ondersteuning essentieel. Met name op Design gebaseerde benaderingen verschaffen een methodologisch kader dat compleet genoeg is en dat afgestemd is op de specifieke problematiek van de gezondheidszorg. De toekomstige veranderingen in het gezondheidssysteem zullen sterk afhangen van de manier waarop de problemen worden aangepakt, hoe erover wordt gereflecteerd en welke middelen ervoor worden uitgetrokken. De uitdaging is om een methodologisch kader voor governance te bieden dat goed geformaliseerd en gestructureerd is, maar tegelijkertijd flexibel en adaptief genoeg om deze transformaties in goede banen te leiden.

Bibliografie

- Altman, M., Huang, T., & Breland, J. (2018). Design Thinking in Health Care. *Preventing Chronic Disease, 15*, 1-13.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Bouwen, R., & Fry, R. (1993). Innovation et apprentissage organisationnel : quatre modèles de dialogue entre la logique dominante et la logique nouvelle. *Communication & Organisation, 3*.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie, 286*, 4-22.
- Devos, C., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., . . . Meeus, P. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg KCE Reports 313A.
- Forest, P.-G., Denis, J.-L., Brown, L., & Helms, D. (2015). Health reform requires policy capacity, *International Journal of Health Policy and Management, 4*(5), 265-266.
- Foudriat, M. (2019). Définition et dimensions de la co-construction. Dans M. Foudriat, *La co-construction: Une alternative managériale* (pp. 15-36). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Greenhalgh, T., Jackson, C., Shaw, S., & Janamian, T. (2016). Achieving research impact through co-creation in community-based health services: literature review and case study. *The Milbank quarterly, 94*(2), 392-429.
- Greer, S., Wismar, M., & Figueras, J. (2016). *Strengthening Health System Governance, Better policies, stronger performance*. The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Jafari Amineh, R., & Davatgari Asl, H. (2015). Review of constructivism and Social Constructivism. *Journal of Social Sciences, Literature and Languages, 1*(1), 9-16.
- Kohn, L., Dauvrin, M., & Cleemput, I. (2021). *Process note: patient involvement in KCE research*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Lambert, L. (2020). De begroting van de gezondheidszorg in historisch perspectief. Gaan we naar een afbrokkeling van ons sociaal model? *CM-Informatie, 281*, 4-22.
- Maesschalck, M. (2008). Normes de gouvernance enrôlement des acteurs sociaux. *Multitudes, 3*(34), 182-194.
- Maesschalck, M. (2021). Critiques de l'expérimentation : paradigmes politiques et technologies gouvernementales. *Cahiers du GRM, 18*, 1-20.
- Maesschalck, M., & Blésin, L. (2009). Apprentissage social et participation locale Les enjeux de l'autotransformation des pratiques. *Cahiers philosophiques, 119*, 45-60.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving, 2*.
- Malmberg, L., Rodrigues, V., Lännerström, L., Wetter-Edman, K., Vink, J., & Holmlid, S. (2019). Service Design as a Transformational Driver Toward Person-Centered Care in Healthcare. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in health-care and hospital management* (pp. 1-18). Cham: Springer Nature Switzerland AG.
- Menear, M., Blanchette, M.-A., Demers-Payette, O., & Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Research Policy and Systems, 17*(1), 1-13.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. Paris: Nations Unies.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). *Exploratory steps for the formulation of Belgian health system target*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Ogbeiw, O. (2016). Defining goal terms in development and health. *British Journal of Healthcare Management, 22*(11), 544-550.
- Ogbeiw, O. (2017). Why written objectives need to be really SMART. *British Journal of Healthcare Management, 23*(7), 324-336.
- Ogbeiw, O. (2021). General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *Journal of Management & Organization, 27*, 324-341.
- Pfannstiel, M. A., & Rasche, C. (2019). *Service Desing and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*. Cham: Springer.
- Pisek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *Bmj, 323*(7313), 625-628.
- Regeerakkoord. (2020). Récupéré sur https://www.belgium.be/sites/default/files/Regeerakkoord_2020.pdf
- Reman, P., & Feltesse, P. (2003). L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique, 4*(XLII), 101-113.
- RIZIV. (2021). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024 Intermediair rapport*.
- RIZIV. (2022). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024 Finaal Rapport*.
- Roberts, J. P., Fisher, T. R., Trowbridge, M. J., & Bent, C. (2016). A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthcare, 4*, 11-14.
- Rudkin, J.-E., & Rancati, A. (2020). Design for Policy. Dans *Science for Policy Handbook* (pp. 144-151). Brussel: Elsevier.

- Rygh, K., & Clatworthy, S. (2019). The Use of Tangible Tools as a Means to Support Co-design During Service Design Innovation Projects in Healthcare. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management* (pp. 93-115). Cham: Springer.
- Schokkaert, E., Baeten, R., Bruffaerts, R., De Maeseneer, J., Geerts, J., Godderis, L., . . . Vandewaetere, S. (2022). *Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. Brussel: RIZIV.
- Scordialos, M., Corrigan, C., Moller, T., Nissen, M., Arthur, M.-A., Kleinschmager, M., . . . Hillbrand, U. (s.d.). *Participatory Leadership in the European Context Leading Through Conversations That Matter*. Art of hosting stewards and European Commission hosts.
- Sienkiewicz, M., & Mair, D. (2020). Against the Science– Policy Binary Separation: Science for Policy 1.0. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 1-13). Brussels: Elsevier Limited.
- Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., & Schneider, J. (2019). *This is Service Design doing Applying Service Design thinking in the real world*. Sebastopol: O'Reilly Media.
- Topp, L., Mair, D., Smillie, L., & Cairney, P. (2020). Skills for co-creation. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 32-42). Elsevier.
- Troussard, X., Scapolo, F., Svanfeldt, C., Cuccillato, E., Giovannini, S., Rancati, A., & Rudkin, J. (2016). *Lab connections Innovations in policy making*. Brussels: European Commission.
- United Nations. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Vinck, J., Prestes Joly, M., Wetter-Edman, K., Tronvoll, B., & Edvardsson, B. (2019). Changing the Rules of Games in Healthcare Through Service Design. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management* (pp. 19-37). Cham: Springer.
- Vrijens, F., Renard, F., Walkiers, D., Meeus, P., & Léonard, C. (2014). Evaluer la performance du système de santé : l'expérience de la Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4(Tome LIII), 83-102.
- Weller, J.-M., & Pallez, F. (2017). Les formes d'innovation publique par le Design: un essai de cartographie. *Sciences du Design*, 1(5), 32-51.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes Who's framework action*. Geneva: Wereldgezondheidsorganisatie.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2016). *Open mindsets Participatory leadership*. Geneva: Wereldgezondheidsorganisatie.

Evolutie van terugbetaalde antibiotica van 2015 tot 2021

De impact van recente overheidsmaatregelen en COVID-19 op het antibioticagebruik en eigenaardigheden bij tandartsen

Jesse Berwouts en Rose-Marie Ntahonganyira — Studiedienst
Kris Van haecht en Denis Delvenne — Directie Beleid

Samenvatting

Het overdadige gebruik van antibiotica in België vormt een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid. Antibiotica geven immers aanleiding tot resistente bacteriën, wat de behandeling van bepaalde ziektes steeds moeilijker maakt. Daarom moet het gebruik ervan worden beperkt tot gevallen waarin antibiotica absoluut noodzakelijk zijn. Om dit probleem van antimicrobiële resistentie in te perken, werden in 2017 en 2018 de terugbetalingsregels verstrengd, en lanceerden overheden in 2019 een actieplan om aan te zetten tot minder en beter antibioticagebruik.

In deze studie gaan we de effectiviteit van deze initiatieven na door de evolutie van het aantal gebruikers en volume van (gefactureerde) antibiotica in kaart te brengen. Tevens kijken we naar de impact die de coronapandemie op het antibioticagebruik heeft gehad, en besteden we bijzondere aandacht aan enkele specifieke groepen antibiotica. Tot slot analyseren we specifiek het voorschrijfgedrag van tandartsen omtrent enkele antibiotica die niet voor tandheelkundig gebruik worden aanbevolen.

Uit de resultaten van onze analyses blijkt dat louter financiële prikkels niet voldoende zijn om minder en correcter antibioticagebruik te stimuleren. Bovendien blijkt dat de dalingen in terugbetaalde antibiotica veel sterker waren na de lockdownmaatregelen tijdens de coronapandemie dan de dalingen volgend op beleidsmaatregelen. Ten slotte merken we dat er bij tandartsen nog steeds flink wat niet-aanbevolen antibiotica worden voorgeschreven. Verdere sensibilisering van zowel artsen als eindgebruikers is dan ook noodzakelijk.

Sleutelwoorden: antibiotica, overconsumptie, antimicrobiële resistentie, beleidsmaatregelen, chinolonen, spiramycine, COVID-19, tandartsen

1. Inleiding

In een welvarend en hoogtechnologisch land als België hebben we voor vrijwel elk kwaaltje wel een passend medicijn. Helaas nemen we dat iets te letterlijk, waardoor we wel eens vaker dan nodig naar antibiotica durven te grijpen. We staan daarom ook berucht als een van de grootste antibioticagebruikers van de Europese Unie (Tyrstrup et al., 2017). Het aloude adagium ‘baat het niet, dan schaadt het niet’ is echter niet overdraagbaar van grootmoeders muurspreuk naar ons overdadige antibioticagebruik: wanneer je met een antibioticum bijna alle bacteriën die je ziek maken kan doden, kunnen de weinige overlevende bacteriën hun resistentie tegen dit geneesmiddel doorgeven aan een nieuwe generatie bacteriën die veel moeilijker met antibiotica kan worden bestreden. Door ondoordacht gebruik van antibiotica werken we dus *antimicrobiële resistentie* in de hand, en lopen we het risico een leger ‘superbacteriën’ te creëren waartegen onze beschikbare geneesmiddelen veel minder effectief zijn (Antimicrobial Resistance Collaborators, 2022). Hoewel de Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC, 2020) aangeeft dat zowel het antibioticamisbruik als de antimicrobiële resistentie het afgelopen decennium zijn afgenomen in België, geven ze aan dat resistente bacteriën nog steeds een ernstig probleem vormen in Europa. Jaarlijks zorgt dit voor zo’n 33.000 doden ten gevolge van een niet te behandelen bacteriële infectie – een ziektelast die vergelijkbaar is met die van de griep, tuberculose en AIDS samen. Om het tij van toenemende antimicrobiële resistentie te doen keren, zetten de gezondheidsorganisaties van ons land sterk in op *antimicrobial stewardship*, een gecoördineerde reeks strategieën om voorzichtig antibioticagebruik te bevorderen met het oog op het aan banden leggen van antimicrobiële resistentie (Leroy et al., 2019). Deze initiatieven hebben het afgelopen decennium vorm gekregen door bijvoorbeeld gewijzigde terugbetalingsregels en sensibiliseringscampagnes door instanties als BAPCOC.

Het doel van deze studie is om een exploratieve stand van zaken op te stellen van het antibioticagebruik na drie zulke stewardship-maatregelen:

- 1) de overheveling van antibiotica naar een strengere terugbetalingscategorie in 2017,
- 2) de gewijzigde terugbetalingsregels voor chinolonen in 2018,
- 3) de implementatie van het *One Health*-actieplan in 2019 (Leroy et al., 2019).

Tegelijk willen we de impact op het antibioticagebruik evalueren van een periode waar we minder controle over

hadden: de coronapandemie vanaf maart 2020 en de bijhorende lockdowns. Tot slot besteden we bijzondere aandacht aan enkele specifieke groepen antibiotica die frequent worden gebruikt (amoxicilline met/zonder clavulaanzuur en tweedelijnsantibiotica) en aan het gebruik van niet-aanbevolen antibiotica binnen de tandheelkunde op basis van recente aanbevelingen van het KCE (Leroy et al., 2020). Onze algemene onderzoeksvraag blijft dan ook vrij breed, exploratief en samengesteld: wat is de impact van recente overheidsmaatregelen en de coronapandemie op het Belgische antibioticagebruik, en in hoeverre treffen we onregelmatigheden aan binnen de tandheelkunde?

2. Methodologie

Om de hierboven vermelde onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, beschouwen we antibioticagegevens tussen 1 januari 2015 en 31 december 2021. De geneesmiddelen die deel uitmaken van de analyse zijn afgebakend met de ATC-code (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification*, een classificatiesysteem voor geneesmiddelen) J01; deze code staat voor antibacteriële middelen voor systemisch gebruik. Een uitzondering op deze afbakening is metronidazol in de analyses bij tandartsen, een geneesmiddel dat strikt genomen geen antibioticum is maar desalniettemin vermeld wordt in de richtlijnen voor rationeel antibioticagebruik in de tandheelkunde van KCE (2020). Deze afbakeningen in tijd en type zijn van toepassing op alle hieronder vermelde analyses.

Voor een evaluatie van het globale antibioticagebruik en specifieke groepen gebruiken we gegevens van aan CM-leden terugbetaalde antibiotica die werden afgeleverd in openbare apotheken. Voor de specifiekere analyses van types antibiotica en opsplitsing per specialisme wordt enkel gekeken naar de ATC-code overeenstemmend met het antibioticum in kwestie of wordt gefilterd op de aard van de voorschrijver (tandarts, huisarts of specialist). Ook wordt de analyse hier waar relevant opgesplitst volgens kenmerken van gebruiker of voorschrijver, zoals regio of leeftijd. De analysevariabelen om gebruik te evalueren zijn het aantal gebruikers met minstens 1 door de Christelijke Mutualiteit terugbetaald voorschrift binnen de beschouwde tijdspanne (maand, trimester of jaar), het volume in gedefinieerde dagdosissen (DDD) binnen die periode en het totale bedrag ten laste van de patiënt en/of de verplichte verzekering. Door onze focus op gebruik beschouwen we meestal aantal gebruikers en volume.

Aangezien onze facturatiegegevens van in openbare apotheken verkochte geneesmiddelen geen diagnostische gegevens bevatten, maken we voor een grondige analyse van de terugbetaalde chinolonen gebruik van onze databank van de machtigingen tot terugbetaling voor de geneesmiddelen in hoofdstuk IV¹, waarin wel diagnostische gegevens worden geregistreerd (RIZIV, 2018).

3. Resultaten

3.1. Globale cijfers

In Tabel 1 en Figuur 1 zien we een algemeen dalende trend van het Belgische antibioticagebruik door de jaren heen, wat ook door Bruyndonckx en anderen (2020) werd vastgesteld. Tevens zien we dat het aantal gebruikers en het volume gelijkaardige evoluties kenden. Daarnaast zien we dat de kosten voor de verplichte verzekering buitenproportioneel gedaald zijn en de kosten ten laste van de

patiënt net stegen. Deze verschillen hoeven niet te verbazen, aangezien er door de wijzigingen in terugbetaling inderdaad meer kosten worden gedragen door de patiënt. We zien sterkere dalingen na 2018 en vooral in 2020, wat respectievelijk door de gewijzigde terugbetalingsregels voor chinolonen en de COVID-19-crisis zou kunnen komen. In de analyses hieronder gaan we dieper in op specifieke antibiotica en periodes.

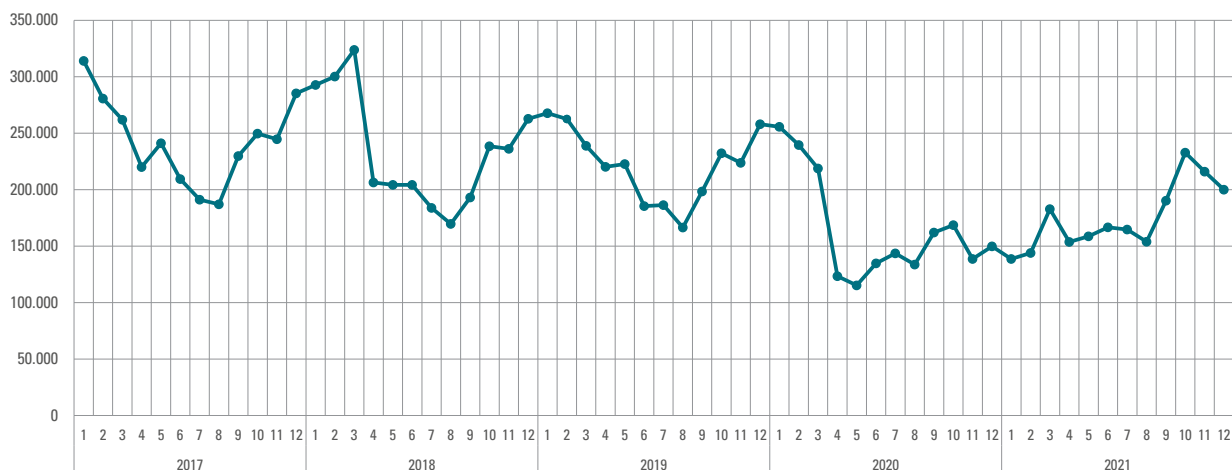
Bij de evaluatie van de globale cijfers zullen we ons in de eerste plaats in Figuur 1 en Figuur 2 baseren op de evolutie van de gegevens voor terugbetaalde antibiotica die in openbare apotheken werden afgeleverd. Een algemene trend die hier meteen opvalt zijn de seizoensgebonden schommelingen die ook door Martinez en anderen (2020) worden beschreven: in het najaar zijn we vatbaarder voor (luchtweg)infecties, waardoor ook vaker antibiotica worden ingezet om deze te bestrijden. Het is belangrijk om rekening te houden met deze seizoensgebonden trends wanneer we hieronder respectievelijk de impact van de overheveling van antibiotica naar terugbetalingscategorie C, het *One Health*-actieplan en de COVID-19-crisis evalueren.

Tabel 1: Evolutie van antibioticagebruik bij CM-leden tussen 2015 en 2021 (openbare officina/CM-gegevens)

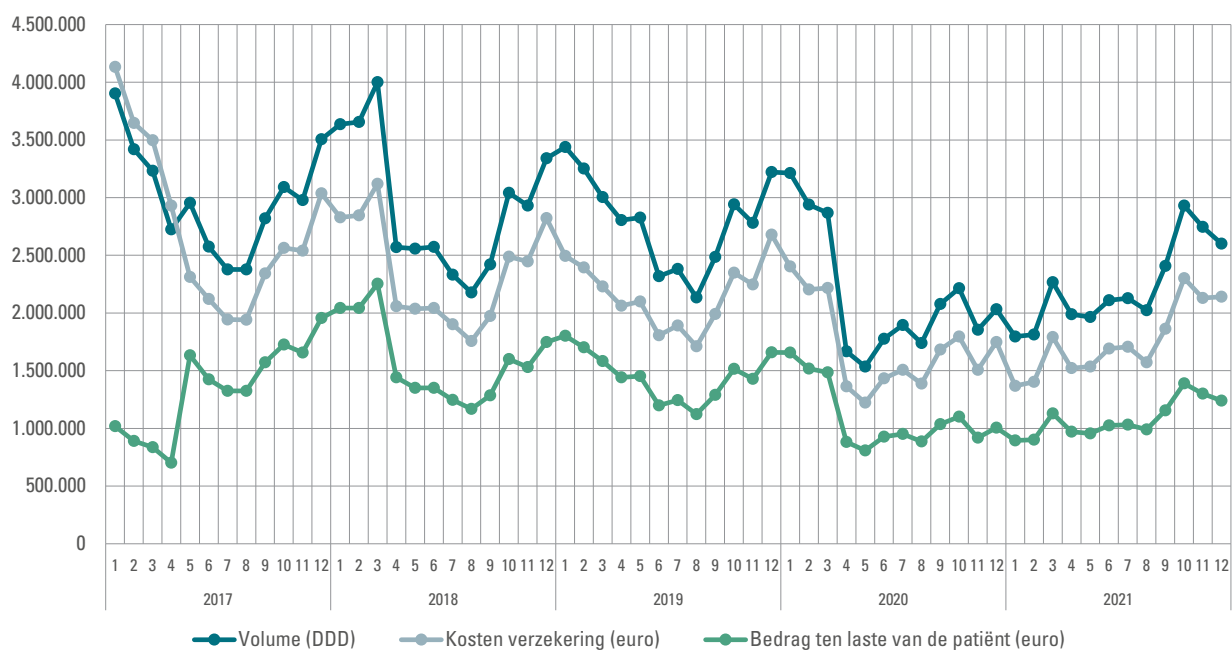
Jaar	Aantal gebruikers	Volume (DDD)	Bedrag ten laste van de verplichte verzekering, in euro	Bedrag ten laste van de patiënt, in euro
2015	1.853.437	39.972.350	43.570.134	10.902.230
2016	1.820.566	38.135.797	41.611.249	9.941.159
2017	1.730.477	35.957.140	33.010.736	16.068.476
2018	1.703.262	35.235.233	28.315.645	19.064.308
2019	1.620.859	33.588.588	25.956.362	17.444.689
2020	1.262.192	25.811.359	20.472.629	13.178.464
2021	1.311.892	26.779.053	21.027.110	12.985.610
Evolutie 2015-2018	-8,1%	-11,9%	-35,0%	74,9%
Evolutie 2015-2019	-12,5%	-16,0%	-40,4%	60,0%
Evolutie 2015-2021	-29,2%	-33,0%	-51,7%	19,1%

¹ Het RIZIV categoriseert farmaceutische specialiteiten in 'hoofdstukken', volgens terugbetalingsvoorwaarden. Een hoger hoofdstuk wijst op strengere terugbetalingsvoorwaarden voor het medicijn in kwestie. Hoofdstuk IV houdt in dat chinolonen pas zullen worden terugbetaald indien een terugbetalingsaanvraag met legitieme reden voor voorschrijven wordt ingediend (zie 3.4 voor meer details).

Figuur 1: Evolutie van aantal gebruikers van antibiotica tussen 2017 en 2021 op maandbasis (openbare officina/CM-gegevens)



Figuur 2: Evolutie van antibioticagebruik tussen 2017 en 2021 op maandbasis: volume en uitgaven (openbare officina/CM-gegevens)



3.1.1. Overheveling van antibiotica naar terugbetalingscategorie C in 2017

Een eerste recente maatregel die trachtte het antibioticagebruik te minderen, was de overheveling van antibiotica van terugbetalingscategorie B naar C: vanaf 1 mei 2017 worden antibiotica niet langer gecategoriseerd onder

therapeutisch belangrijke farmaceutische specialiteiten, maar onder geneesmiddelen bestemd voor symptomatische behandeling (RIZIV, 2017). Met deze maatregel vallen antibiotica onder een minder 'noodzakelijke' klasse van medicatie, zodat de kosten ten laste van de gebruiker tweemaal zo hoog liggen als ervoor. Het RIZIV rechtvaardigt deze maatregel als onderdeel van het aan banden

leggen van de overconsumptie van antibiotica in België en van de daaropvolgende antimicrobiële resistentie.

In Figuren 1 en 2 vinden we niet meteen aanwijzingen dat deze maatregel effectief zou zijn geweest: het volume en aantal gebruikers daalt in de maanden volgend op de maatregel niet sterker dan wat de jaren ervoor kon worden toegeschreven aan de seizoenen en de algemeen dalende trend (in het tweede en derde trimester van 2016 daalde het aantal gebruikers immers al met respectievelijk 12% en 33%). Deze bevinding werd reeds gerapporteerd in een eerdere studie van CM (Van haecht et al., 2019), waarin werd geconcludeerd dat de maatregel vooral gunstig was voor het budget van het RIZIV. De enige substantiële impact die de overheveling had, leek op de kosten voor de gebruiker en de verplichte ziekteverzekering te zijn (respectievelijk een toe- en afname), wat uiteraard een vanzelfsprekend gevolg is van een dergelijke maatregel. Ook Bruyndonckx et al. (2020) stelden in de eerste plaats een afname in de kosten voor de ziekteverzekering vast na deze maatregel, en niet zozeer in het totale gebruik of aantal voorschriften. De overheveling van antibiotica naar terugbetalingscategorie C lijkt dus niet zijn doel te hebben bereikt: de kosten voor de verplichte verzekering zijn weliswaar gedaald, maar deze daling mist het doel om de antimicrobiële resistentie in te dijken.

3.1.2. Evolutie van het antibioticagebruik in de eerste maanden na het One Health-actieplan

In samenwerking met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (Leroy et al., 2019) werkte de Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC, 2019) een nationaal actieplan uit met een geïntegreerde, holistische *One Health*-benadering tegen antimicrobiële resistentie, om vanaf eind 2019 te implementeren in de medische, farmaceutische en veterinaire wereld. Deze *One Health*-benadering wil de aanpak van irrationeel antibioticagebruik in de 'menselijke' geneeskunde afstemmen met die van de diergeneeskunde en acties rond de voedselketen en het milieu. De betrokken actoren kaarten samen de problematiek aan van de moeilijk te beheersen antimicrobiële resistentie in België, kaderen het probleem binnen een setting die breder is dan enkel de menselijke geneeskunde (bijvoorbeeld resistente bacteriën in ons drinkwater), definiëren doelstellingen voor de periode 2020-2024, bespreken aanbevelingen voor de gewenste holistische aanpak en vertalen deze aanbevelingen in concretere operationele voorstellen met de nodige kritieke prestatie-indicatoren ter evaluatie. Zo leggen de aanbevelingen van het KCE (Leroy et al., 2019) de nadruk

op preventie, sensibilisering en transparantie: ze pleiten onder andere voor het voorkomen van infecties die tot antibioticagebruik zouden aanzetten, het implementeren van kennis omtrent bewust antibioticagebruik in de vorming van (dieren)artsen, transparante informatie over dosissen/verpakkingen en extra waakzaamheid in 'broeihaarden' voor overconsumptie zoals in ziekenhuizen, rusthuizen en op boerderijen.

In Figuren 1 en 2 was reeds te zien dat er in de eerste maanden na implementatie niet echt verbetering merkbaar was: in de maanden na november 2019 zijn geen substantiële verschillen merkbaar. De piek in december volgt normale seizoenstrends, en de dalingen begin 2020 leunen dicht aan bij de seizoenstrends en willekeurige fluctuaties van de vorige jaren. We moeten er ook rekening mee houden dat de eerste lockdown in het midden van maart 2020 plaatsvond, en er mogelijks al onmiddellijke gevolgen voor het antibioticagebruik merkbaar waren binnen het venster van de eerste twee weken. Om die reden lijkt het ook niet zo zinvol om verder dan maart te kijken om het *One Health*-actieplan te kunnen evalueren: in de volgende subsectie zullen we zien dat de cijfers vanaf april 2020 volkomen gedomineerd worden door de coronamaatregelen, zodat een 'netto-effect' van *One Health* nagenoeg onmogelijk te identificeren valt. Het zou echter fout zijn het actieplan als ineffectief te bestempelen omdat er geen merkbare verbetering optrad in de eerste maanden erna. Een dergelijk actieplan is een werk van lange adem, en zal doorgaans veel trager voelbaar zijn dan een disruptieve gebeurtenis zoals de coronacrisis en de bijhorende lockdowns. We kunnen enkel besluiten dat het actieplan de pech heeft gehad samen te vallen met een veel dominantere determinant van het antibioticagebruik, en kunnen de beleidsmakers enkel aanmoedigen om de doelstellingen, actiepunten en prestatie-indicatoren vol te houden om een objectievere evaluatie in 'normale' tijden toe te laten.

3.1.3. Impact van de coronacrisis op antibioticagebruik

Nadat de hierboven besproken maatregelen en interventies doorgaans minder effectief bleken dan gehoopt (bijvoorbeeld de doelstelling van het BAPCOC om het totale antibioticagebruik tegen 2020 te reduceren naar 600 voorschriften per 1000 inwoners), zorgde de natuur begin 2020 voor een veel disruptievere interventie waar niemand op voorzien was. Vanaf februari 2020 begon het coronavirus zich als een lopend vuur door België te verspreiden, waardoor het land noodgedwongen op slot moest op 18 maart – besmettingen en maatregelen waar we tot op vandaag nog

een ernstige impact van voelen. Ondanks de ongunstige gevolgen van deze pandemie op onze levens, lijkt in veel landen een sterke daling van het antibioticagebruik een wenselijk bijproduct te zijn. Naast de geobserveerde daling van het aantal voorschriften voor antibiotica in België (Colliers et al., 2021) werden vergelijkbare globale dalingen van het aantal voorschriften, aantal gebruikers of het volume vastgesteld in onder andere het Verenigd Koninkrijk (Armitage & Nellums, 2021; Hussain, Paudyal & Hadi, 2021; Zhu et al., 2021a), Nederland (van de Pol et al., 2021), Italië (Gagliotti et al., 2021) en de Verenigde Staten (King et al., 2020). In de Engelse eerstelijnszorg stelde men bijvoorbeeld een globale daling van 13,5% ten opzichte van 2019 vast in het aantal voorgeschreven antibiotica met de sterkste dalingen in antibiotica die hoofdzakelijk worden gebruikt tegen luchtweginfecties (Hussain, Paudyal & Hadi, 2021). Ook omschrijven Colliers en anderen (2021) dat het antibioticagebruik een 'herstel' kende in de zomer, maar weer afnam bij het uitbreken van de tweede coronagolf. In het begin van de pandemie werd hier en daar een toename van antibioticagebruik vastgesteld, bijvoorbeeld een lichtere stijging van breed spectrumantibiotica² (Zhu et al., 2021b). Deze stijging werd door de auteurs toegeschreven aan de initiële verwarring rond diagnose en behandeling bij coronasymptomen: artsen waren in het begin van de pandemie ook zoekende naar de meest passende therapie, waardoor het inzetten van een breed spectrumantibioticum nog enigszins verantwoordbaar is wanneer men patiënten behandelt die symptomen van een longontsteking vertonen. Een antibioticum dat in het begin van de pandemie een stijging kende was azitromycine (Gagliotti et al., 2021; Hussain, Paudyal & Hadi, 2021; King et al., 2020), als gevolg van een initiële maar nadien niet bevestigde hypothese dat dit antibioticum een nut zou kunnen hebben bij de behandeling van COVID-19.

Aangezien de eerste en meest disruptieve lockdown op 18 maart 2020 werd geïmplementeerd, lijkt een vergelijking tussen het eerste en tweede trimester van 2020 de meest informatieve manier om de impact van de coronacrisis te evalueren. Figuren 1 en 2 suggereren al dat de grootste schok plaatsvond tussen maart en april, wat zou impliceren dat het slechts een tot twee weken duurde vooraleer de invloed van de lockdown op het antibioticagebruik voelbaar was. We zien dat het globale antibioticagebruik in het tweede trimester van 2020 gedaald is met 47% (aan-

tal gebruikers) en 45% (volume), wat volgens Figuren 1 en 2 in de eerste plaats toe te schrijven valt aan een vrijwel onmiddellijke daling na de eerste lockdown gevolgd door een geleidelijk 'herstel'. In tegenstelling tot de vorige jaren kent het antibioticagebruik een aanzienlijke stijging in het derde trimester van 2020; het valt op dat deze pieken en dalen in 2020 een soort 'omgekeerde' seizoenstrend vertonen gekenmerkt door stijgend gebruik in de zomermaanden en dalingen in het najaar. Deze trends lijken intuïtief aangezien ze de versoepelingen rond juni en de nieuwe lockdown midden oktober 2020 volgen. De cijfers van door CM terugbetaalde antibiotica uit openbare apotheken lijken dus sterk aan te sluiten bij de hierboven besproken bevindingen. Ook het door Colliers et al. (2021) omschreven herstel is merkbaar in de omgekeerde seizoenstrends, maar uiteraard valt een stijging van bepaalde types antibiotica niet af te leiden uit deze globale cijfers.

Aangezien onze cijfers overeenstemmen met evaluaties van de pandemie door andere onderzoekers, lijken hun verklaringen ook voor het Belgische antibioticagebruik aannemelijk. Een eerste voor de hand liggende verklaring zou zijn dat het gereduceerde sociaal contact door de lockdown en de striktere hygiëne voorgeschreven door de preventiemaatregelen (bijvoorbeeld het dragen van een mondkapje en het ontsmetten van de handen) niet enkel de verspreiding van het coronavirus hebben helpen in te dijken, maar als 'bijproduct' ook andere besmettelijke aandoeningen minder opportuniteiten hebben geboden om zich te verspreiden (Colliers et al., 2021; Gagliotti et al., 2021; Hussain, Paudyal & Hadi, 2021; King et al., 2020; Subramanya et al., 2021). Een logisch gevolg van deze beperkende maatregelen is dan ook dat er minder infecties optreden, en er dus ook minder antibiotica zullen moeten worden voorgeschreven. Een tweede verklaring ligt niet zozeer bij een lagere prevalentie van bacteriële aandoeningen, maar eerder bij het gebrek aan opportuniteiten om hiervoor een voorschrift te halen bij een arts (Colliers et al., 2021; van de Pol et al., 2021). Door de toenemende druk door de pandemie kampte de gezondheidszorg met ernstige capaciteitsproblemen. Hierdoor werd niet-reguliere zorg soms uitgesteld of aarzelden sommige patiënten medische hulp te zoeken. Hierdoor waren er minder opportuniteiten om antibiotica voorgeschreven te krijgen. In de werkelijkheid zal de daling van het antibioticagebruik hoogstwaarschijnlijk toe te schrijven vallen aan een samenspel van deze

2 Bred spectrumantibiotica zijn antibiotica gericht op het remmen van de groei van verschillende soorten bacteriën (zowel ziekte-makende als "goede" bacteriën belangrijk voor de endogene flora), waardoor ze effectief zijn in het bestrijden van een breed scala aan bacteriële aandoeningen, maar ook resistentie en bijwerkingen in de hand werken.

twee verklaringen: mensen liepen door het volgen van de maatregelen minder snel besmettingen op – wat uiteraard voor veel meer dan enkel het coronavirus geldt – en indien ze toch ziek werden, lag de drempel om naar de dokter te gaan en een antibioticum voorgeschreven te krijgen hoger dan in ‘normale’ tijden. Deze verklaringen worden verder ondersteund door de latere fases van onze gegevens: bij de versoepelingen in de zomermaanden van 2020 werden sociaal contact en medische hulpverlening bereikbaarder, wat gepaard ging met een stijging van het antibioticagebruik. Het omgekeerde patroon was merkbaar in de laatste maanden van 2020, wanneer een nieuwe lockdown werd afgekondigd (hoewel dit patroon tegenovergesteld is aan ‘normale’ seizoenstrends). In de veronderstelling dat de pandemie onder controle zal blijven, lijkt het waarschijnlijk dat ook het antibioticagebruik zich zal herstellen tot het ‘nieuwe normaal’ – wat bijvoorbeeld al gesuggereerd wordt door de cijfers van eind 2021.

3.2. Amoxicilline en de combinatie met clavulaanzuur

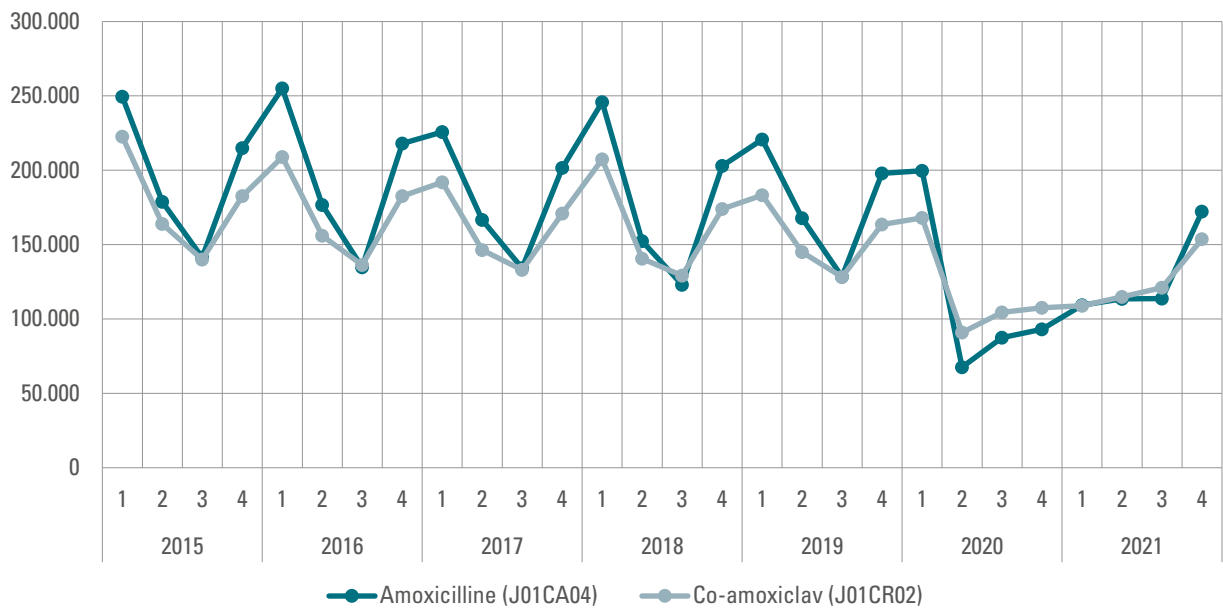
Na de bespreking van de globale cijfers gaan we dieper in op enkele specifieke antibiotica. Een eerste antibioticum dat bijzondere aandacht verdient is amoxicilline, een veelvoorkomend geneesmiddel uit de penicilline-antibiotica dat wordt voorgeschreven bij een breed scala aan aandoeningen zoals luchtweg- of urineweginfecties. Voor deze studie is amoxicilline vooral interessant vanwege de vaak gebruikte combinatie met clavulaanzuur. Deze combinatie – ook wel ‘co-amoxiclav’ genoemd – kan als breed-spectrumantibioticum worden ingezet tegen bredere groepen bacteriën indien deze resistent zijn tegen amoxicilline. De kracht van deze combinatie heeft echter ook nadelige gevolgen voor antimicrobiële resistentie, waardoor het BAPCOC als doelstelling voor 2018 had uitgetekend dat er per vier voorschriften voor amoxicilline slechts één voorschrift voor co-amoxiclav zou zijn – een evolutie van de toenmalige 50/50-verhouding naar 80/20 (Leroy et al., 2019).

Hoewel we in de eerste plaats geïnteresseerd zijn in de hierboven vermelde verhoudingen tussen amoxicilline en co-amoxiclav, beschouwen we in Figuur 3 eerst even de absolute aantallen gebruikers. De evolutie lijkt in zekere mate vergelijkbaar met de globale cijfers: het aantal gebruikers kent systematisch pieken in het eerste en vierde trimester, terwijl vooral amoxicilline daalt in het voorjaar. De impact van de coronacrisis lijkt veel sterker voor amoxicilline dan voor co-amoxiclav met dalingen van respectievelijk 66% (van ongeveer 200.000 naar 68.000 gebruikers) en 46% (van ongeveer 160.000 naar 91.000 gebruikers). Door dit verschil in COVID-19-schokken³ stijgt het aantal gebruikers van co-amoxiclav voor het eerst uit boven dat van amoxicilline, wat zich pas op het einde van 2021 weer lijkt te herstellen. De geobserveerde daling van amoxicilline tijdens de COVID-19-periode is identiek aan de daling die Colliers et al. (2021) rapporteerden, terwijl ze voor co-amoxiclav een daling van slechts 38,1% vaststelden, in vergelijking met de daling van 66% in het algemene aantal gebruikers in figuur 1.

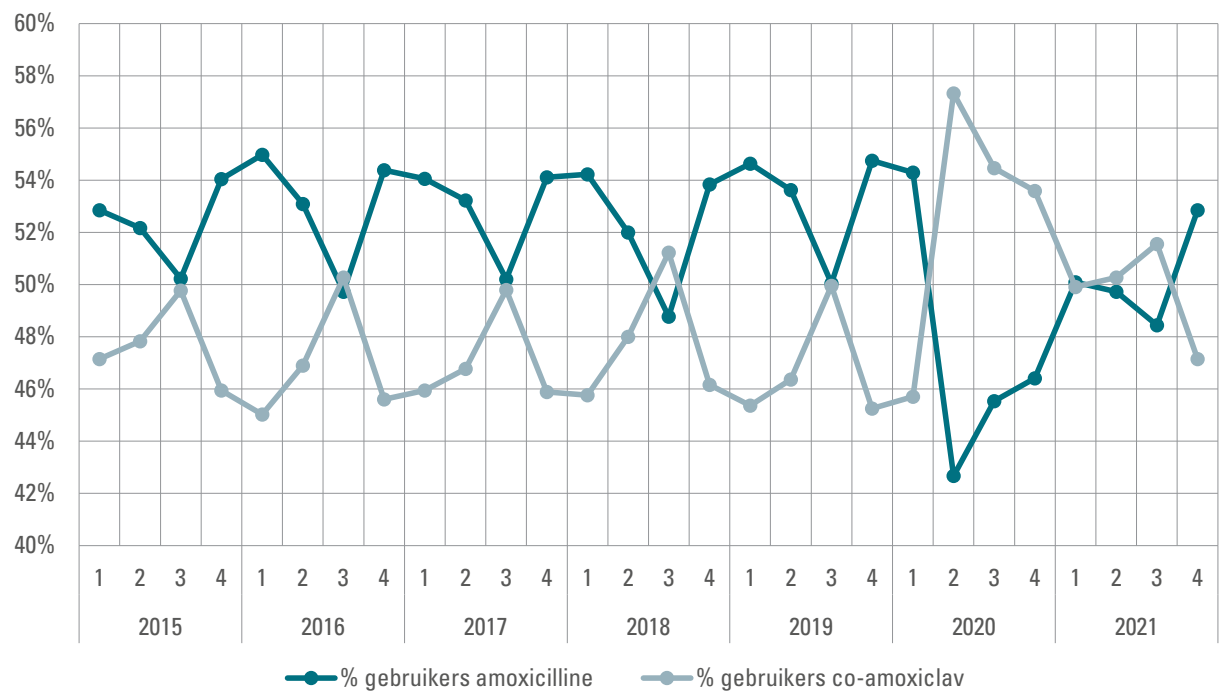
De ‘robuustheid’ van co-amoxiclav voor de COVID-19-schok is ook zichtbaar in Figuur 4. Opvallend is dat de verhouding voor de coronacrisis systematisch 50/50 werd in de zomer, met een dominantie van amoxicilline in de andere trimesters. Na de eerste lockdown ligt de proportie co-amoxiclav boven 50%, en pas op het einde lijkt amoxicilline weer lichtjes dominant te worden. Hoewel deze evolutie binnen de coronacontext goed te kaderen valt door de status van co-amoxiclav als relatief zwaar breed-spectrumantibioticum bij mogelijks ernstige infecties, is deze dominantie van de combinatie met clavulaanzuur eerder verontrustend: de na te streven verhouding van 80% amoxicilline en 20% co-amoxiclav lijkt nog een heel eind buiten zicht. Een belangrijke nuance hierbij is wel dat het absolute gebruik van beide antibiotica nog steeds lager ligt dan voor de pandemie het geval was, en dat het absolute gebruik van co-amoxiclav reduceren uiteraard een fundamenteel doel is dan de verhouding met amoxicilline.

3 Met de term ‘COVID-19-schok’ bedoelen we in dit artikel een abrupte daling in het antibioticagebruik in het begin van de lockdown. Deze daling situeert zich telkens tussen maart en april 2020, of tussen het eerste en tweede trimester van 2020.

Figuur 3: Evolutie van aantal gebruikers van amoxicilline en co-amoxiclav tussen 2015 en 2021 op trimesterbasis (openbare officina/CM-gegevens)



Figuur 4: Evolutie van de verhouding van aantal gebruikers van amoxicilline en co-amoxiclav tussen 2015 en 2021 op trimesterbasis (openbare officina/CM-gegevens)

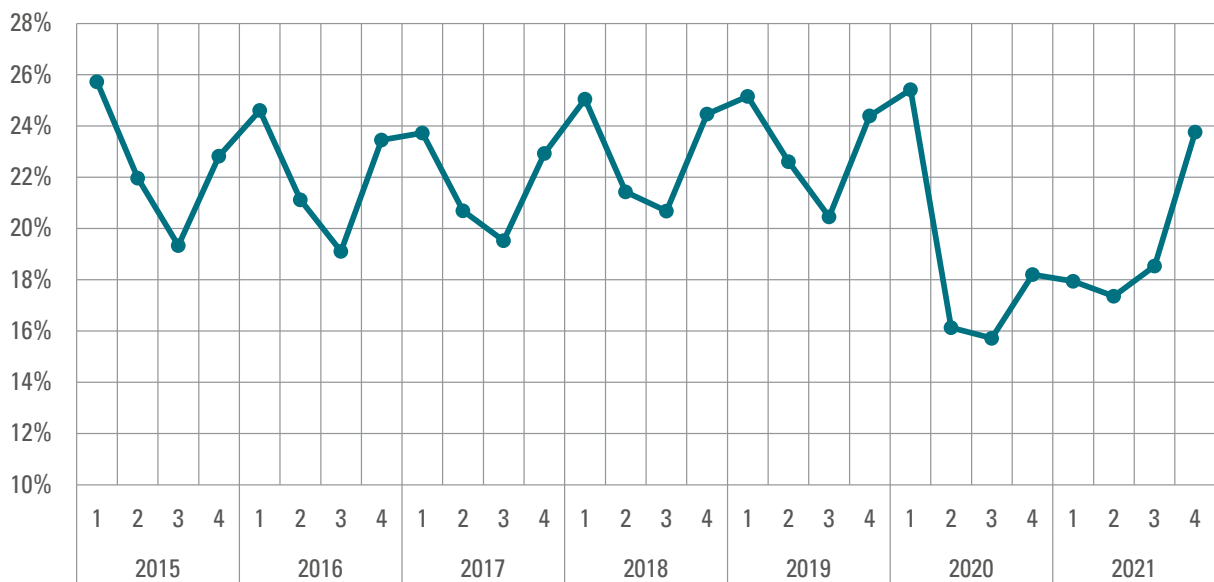


3.3. Macroliden en cefalosporine

In tegenstelling tot de meeste andere antibiotica in dit artikel, zijn macroliden en cefalosporine typische tweedelijs-antibiotica. Daarom beschouwen we in Figuur 5 de verhoudingen van het aantal gebruikers van deze antibiotica ten opzichte van het totaal aantal gebruikers. Het meest opvallende hieraan is de ‘naschok’ van de coronapandemie in mei 2020: hoewel we meestal enkel een sterke daling van het aantal gebruikers zagen tussen maart en april, blijft het

aantal hier dalen tot mei. Tussen maart en april daalde het aantal gebruikers van 51.241 naar 22.148 (-57%), om in mei dan nog eens te dalen tot 17.083 voor een totale daling van 67%. Deze ‘vertraagde’ afname in het begin van de eerste lockdown is opvallend, maar valt prima te begrijpen binnen de context van tweedelijsantibiotica: behandelingen met tweedelijsantibiotica hebben doorgaans zwaardere indicaties, en zullen zich dan ook minder abrupt laten stopzetten door een lockdown.

Figuur 5: Verhouding van aantal gebruikers van macroliden en cefalosporine ten opzichte van het totaal aantal antibioticagebruikers tussen 2015 en 2021 op trimesterbasis (openbare officina/CM-gegevens)



Opvallend aan bovenstaande cijfers was ook dat de schommelingen relatief sterk leken ten opzichte van het totale antibioticagebruik dat we hierboven hebben besproken. Deze schommelingen blijven dan ook merkbaar in de evolutie van de proportie macroliden en cefalosporine ten opzichte van het totale antibioticagebruik (Figuur 1 en 2). Hoewel het totale antibioticagebruik uiteraard ook onderhevig is aan seizoenstrends en de lockdown, suggereren de schommelingen van deze proportie dat macroliden en cefalosporine sterkere fluctuaties kennen. Algemeen lijkt de proportie te fluctueren tussen de 16 en 25%, met proporties in de buurt van deze ondergrens in het voorjaar en tijdens de lockdown.

3.4. Chinolonen

In België bestond in 2017 ongeveer 10% van het volume voorgeschreven antibiotica uit chinolonen (ECDC, 2017). Deze antibiotica zijn effectief bij onder andere lucht- en urinewegontstekingen (Vermeulen et al., 2021), maar induceren verschillende noemenswaardige bijwerkingen, zoals gastro-intestinale klachten en neurotoxiciteit (opwinding, hallucinaties, maar ook convulsies en depressies). Daarboven is het snelle ontstaan van resistente bacteriën een belangrijk nadeel bij het gebruik van chinolonen. Wegens deze ongunstige impact op zowel de volksgezondheid (hoog gebruik + resistentie), als het individu (bijwerkingen),

zijn de chinolonen een voor de hand liggende categorie antibiotica om aan de hand van beleidsmaatregelen zowel het gebruik als de resistentie terug te dringen.

Vanaf 1 mei 2018 werd een dergelijke maatregel toegepast waarbij de vijf geneesmiddelen uit de (fluoro)chinolonenfamilie overgebracht werden naar hoofdstuk IV van de lijst van vergoedbare geneesmiddelen uit het RIZIV. Concreet hield deze overdracht in dat ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, norfloxacin en ofloxacin vanaf 1 mei 2018 slechts op voorwaarde van zeer specifieke door de voorschrijvend arts bevestigde diagnoses worden terugbetaald (RIZIV, 2018). Het RIZIV specificeerde zeven sterk afgebakende diagnostische voorwaarden zoals ‘acute prostatitis’, en liet daarnaast de ruimte voor twee iets meer generische diagnoses zoals ‘een uitzonderlijke en dringende situatie die het starten van een behandeling met chinolonen vereist’. Ook omschrijft het RIZIV hoe de administratieve last van deze diagnose niet op de schouders van de patiënt valt, maar op die van de voorschrijvend arts: deze terugbetaling wordt slechts gevalideerd indien de arts een elektronische aanvraag indient of op het voorschrift ‘derdebetalersregeling van toepassing’ vermeldt. Uit het farmacotherapeutische overzicht van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI, 2021) kan gemakkelijk worden geverifieerd dat de verkoopprijzen van deze chinolonen relatief laag zijn (afhankelijk van het volume doorgaans tussen de 8 en 25 euro per kuur), waarvan het terugbetaalde gedeelte doorgaans hooguit enkele euro’s zal omvatten. De relatief bescheiden aard van deze financiële prikkel is belangrijk in het licht van de rechtvaardiging die het RIZIV (2018) geeft voor deze nieuwe maatregel: ze kaderen de nieuwe vergoedingsvoorwaarde binnen het overmatige antibioticagebruik van België, en de absolute noodzaak van het aan banden leggen van deze overconsumptie voor de strijd tegen resistentie.

Figuren 6 en 7 geven de globale evolutie weer van de terugbetaalde chinolonen tussen 2015 en 2021. De geaggregeerde cijfers op jaarbasis zijn terug te vinden in Tabel 2, bij de (geschatte) reconstructie van het totale en niet-terugbetaalde gebruik. We stellen vast dat de evolutie van de terugbetaalde chinolonen volkomen wordt gedomineerd door de maatregel in mei 2018: de daling van het aantal gebruikers in mei 2018 ten opzichte van april bedraagt ongeveer 75%. Aangezien de cijfers in Figuur 6 op trimesterbasis zijn en april nog in het tweede trimester valt, zien we daar een iets geleidelijkere overgang van –64% in trimester 2, en nog eens –51% in trimester 3 (in het derde trimester is het aantal gebruikers gedaald met 79% ten opzichte van het eerste trimester, maar deze daling is voor een klein deel toe te

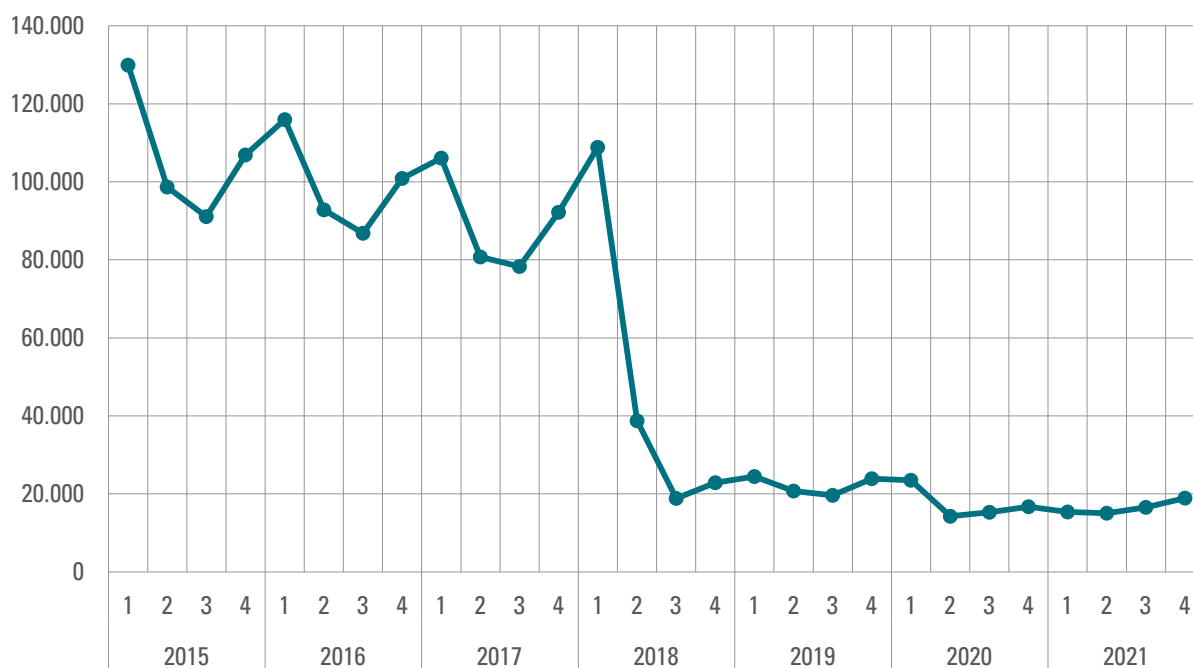
schrijven aan seizoensgebonden trends). Bij het volume merken we een gelijkaardige evolutie op, die telkens iets zwakker is. Deze zwakkere daling bij volume hoeft niet te verbazen, aangezien het mensen die voldoen aan de nieuwe terugbetalingsregels uiteraard vrij staat om hun oude – mogelijks relatief hoge – volume te behouden. Ook de COVID-19-schok is zichtbaar, met een vermindering van respectievelijk 39 en 34 procent in het tweede semester van 2020. Wanneer we deze vermindering vergelijken met de reeds besproken COVID-19-cijfers, valt het op dat chinolonen een relatief zwakke impact van COVID-19 hebben ondervonden. Deze zwakkere COVID-19-schok kan een te verwachten gevolg zijn van het feit dat het gebruik van terugbetaalde chinolonen al een ‘filter’ heeft gekend door de maatregel in 2018, en de mogelijkheid dat de proportie gebruikers voor wie deze geneesmiddelen strikt noodzakelijk zijn groter is dan bij antibiotica die niet aan een dergelijke maatregel onderhevig waren. Wat de terugbetaalde chinolonen betreft, lijkt het doel van de maatregel in elk geval bereikt. De cijfers en bevindingen uit onze analyse zijn dan ook conform de bevindingen van Vermeulen et al. (2021), die vaststelden dat het volume van terugbetaalde chinolonen daalde van 2,12 DDD per 1000 inwoners voor de maatregel (januari 2017-april 2018) tot 0,52 DDD per 1000 inwoners erna (mei-november 2018). Ook vonden ze een significante daling van de proportie van chinolonen op het totale volume van voorgeschreven antibiotica van 9,14% naar 6,52%.

Hoewel deze dalingen hoopgevend zijn, zijn enkele kritische kanttekeningen hier op hun plaats. Vermeulen en anderen (2021) geven zelf aan dat deze proportie nog steeds de doelstelling van 5% niet haalt, en het valt ook op dat de daling in het terugbetaalde gebruik (van ongeveer driekwart) veel sterker is dan de daling in de proportie van het voorgeschreven gebruik (van ongeveer een derde). Ook merken Vermeulen en anderen op dat de proporties van voorgeschreven nitrofurantoïne, nifurotinol en fosfomycine significant gestegen zijn na de maatregel, wat volgens hen toe te schrijven zou kunnen zijn aan een ‘compensatie’ van de chinolonen omdat deze antibiotica ook vaak gebruikt worden tegen blaasinfecties. Aangezien onze cijfers gebaseerd zijn op facturatiegegevens – en dus in principe op terugbetaalde chinolonen – voegen we in Tabel 2 en Figuur 8 een reconstructie toe op basis van cijfers van de Algemene Pharmaceutische Bond (APB, 2020). Ook zij nemen een daling in terugbetaalde chinolonen van ongeveer 75% waar (gebaseerd op RIZIV-uitgaven), maar deze daling gaat gepaard met een verwaarloosbare daling van minder dan 4% van de kosten ten laste van de patiënt. Het algemene gebruik is weliswaar met 37% gedaald, maar

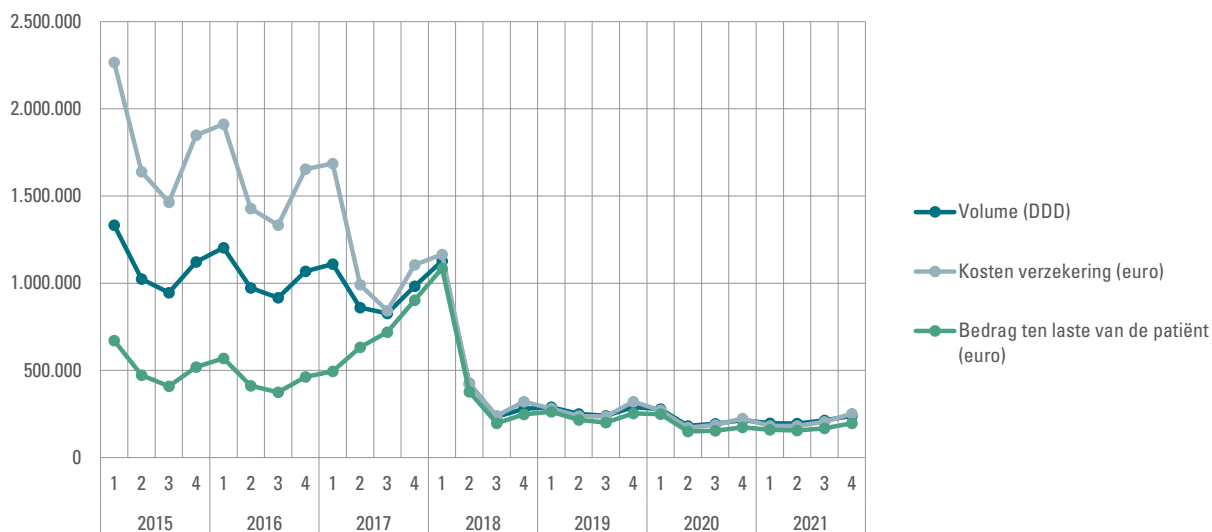
deze daling is uiteraard verre van proportioneel met de daling in terugbetaalde medicatie. De APB nuanceert dit verschil in effectiviteit verder door te stellen dat voor de maatregel nagenoeg alle ('meer dan 9 op de 10') chinolonen werden terugbetaald, terwijl de proportie terugbetaalde chinolonen erna naar ongeveer 36% zijn gedaald. Met andere woorden: de maatregel lijkt het meest gunstig voor de ziekenfondsen en een aanzienlijk aantal gebruikers blijft de chinolonen op eigen kosten innemen. We gebruikten dit percentage terugbetaalde chinolonen om een hypothetische reconstructie te maken van het totaalgebruik: aangezien gesteld werd dat na de maatregel slechts 36% van de chinolonen wordt terugbetaald, maakten we een be-

nadering van het totaalgebruik door het aantal gebruikers in onze analyses te delen door 0,36. Het aantal gebruikers van niet-terugbetaalde chinolonen kan dan gemakkelijk worden geschat door het verschil tussen het totale en terugbetaalde aantal te berekenen. Aangezien de APB (2020) stelde dat voor de maatregel 'minstens negen op de tien chinolonen werden terugbetaald', reconstrueerden we het totaal voor de maatregel op analoge wijze door te delen door de conservatieve ondergrens van 0,9. Tabel 2 geeft deze gereconstrueerde cijfers weer met de procentuele evoluties, vergelijkend met de procentuele evoluties van de terugbetaalde chinolonen in onze database op jaarbasis (met mei als afkapmaand).

Figuur 6: Evolutie van het aantal gebruikers van chinolonen tussen 2015 en 2021 op trimesterbasis (openbare officina/CM-gegevens)



Figuur 7: Evolutie van het chinolonegebruik tussen 2015 en 2021 op trimesterbasis: volume en uitgaven (openbare officina/CM-gegevens)



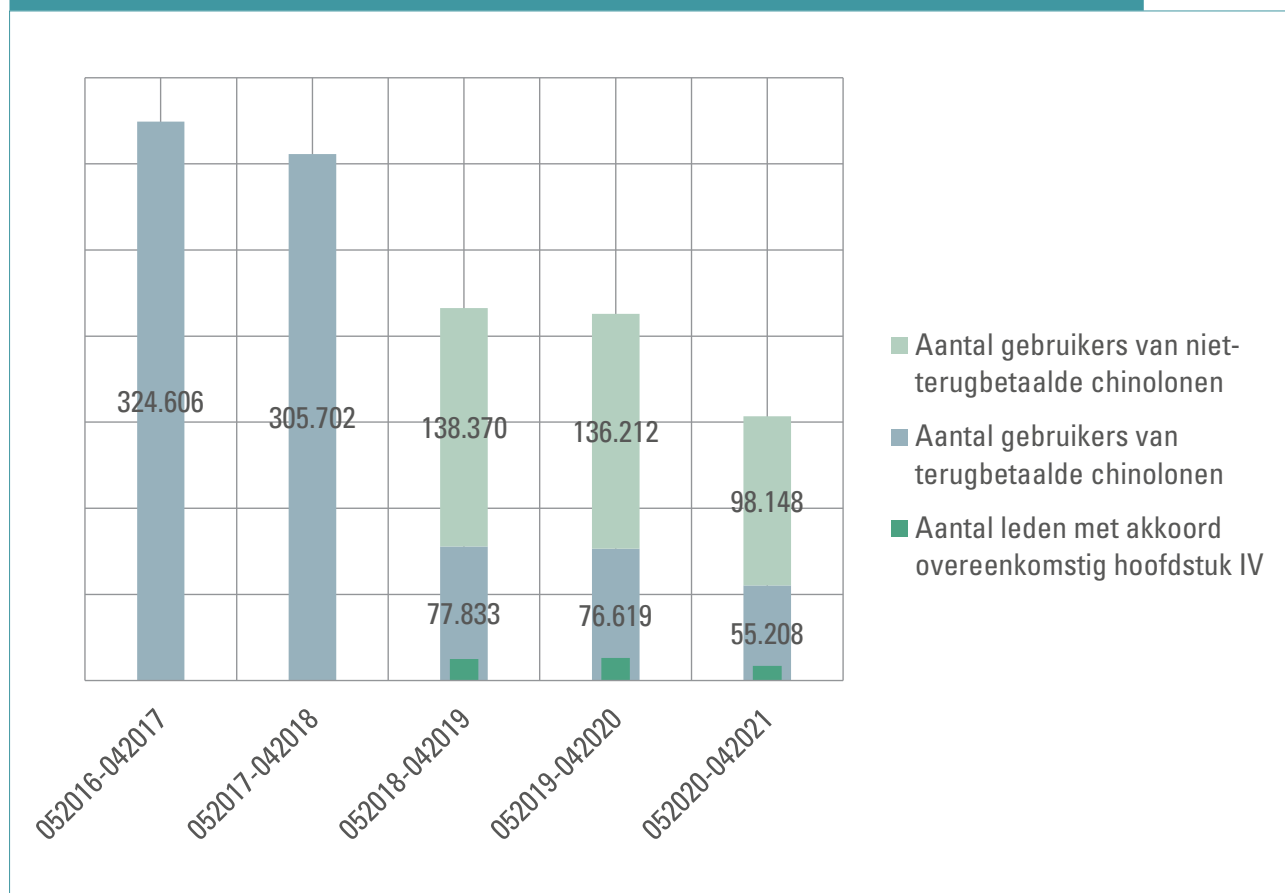
Tabel 2: Aantal gebruikers van terugbetaalde chinolonen en reconstructie van aantal gebruikers van niet-terugbetaalde chinolonen tussen 2016 en 2021 (openbare officina/CM-gegevens/schattingen APB)

Periode	Terugbetaalde chinolonen		Terugbetaalde en niet-terugbetaalde chinolonen		Niet-terugbetaalde chinolonen	
	Aantal gebruikers	Procentuele wijziging vorige periode	Aantal gebruikers	Procentuele wijziging vorige periode	Aantal gebruikers	Procentuele wijziging vorige periode
1/05/2016-30/04/2017	324.606	/	360.673	/	36.067	/
1/05/2017-30/04/2018	305.702	-5,82%	339.669	-5,82%	33.967	-5,82%
1/05/2018-30/04/2019	77.833	-74,54%	216.203	-36,35%	138.370	+307,37%
1/05/2019-30/04/2020	76.619	-1,56%	212.831	-1,56%	136.212	-1,56%
1/05/2020-30/04/2021	55.207	-27,95%	153.353	-27,95%	98.146	-27,95%

Vooral de procentuele veranderingen tussen 1 mei 2018 en 30 april 2019 zijn interessant: we vinden op jaarbasis inderdaad de daling van de terugbetaalde chinolonen van ongeveer 75% terug, maar voor het totaal aantal chinolonen lijkt dit nog niet eens de helft te zijn. De maatregel heeft dus weliswaar geleid tot een afname van het totale chinolonengebruik, maar dit succesverhaal mogen we niet enkel baseren op de terugbetaalde chinolonen. Het zou interessant zijn om subgroepanalyses uit te voeren op het totale aantal gebruikers om na te gaan of deze verschillen inderdaad sociale implicaties hebben, maar op basis van deze gereconstrueerde data is een dergelijke analyse niet mogelijk. Wel is het belangrijk om de (nog altijd aanzien-

lijke) effectiviteit van de maatregel te kaderen binnen het totaalplaatje, dus ook rekening houdende met eventuele compensatorische antibiotica en de zwakkere impact op het totale gebruik. Deze kloof tussen daling van terugbetaald en effectief gebruik wordt door de APB omschreven als 'klassengeneeskunde' ten gevolge van de strijd tegen resistentie: de financiële incentive zou minder effectief zijn bij de gegoede klassen, waardoor de maatregel mogelijks de sociale stratificatie van gezondheid in de hand zou kunnen werken. Tegelijkertijd weten we door het BCFI dat deze terugbetalingen doorgaans erg kleine bedragen omvatten, maar dat er een sterk afgebakend tot zelfs bureaucratisch proces aan voorafgaat. Figuur 8 geeft deze verschillen tussen terugbetaald en totaal gebruik grafisch weer.

Figuur 8: Aantal gebruikers van terugbetaalde chinolonen en reconstructie van aantal gebruikers van niet-terugbetaalde chinolonen tussen 2016 en 2021 (openbare officina/CM-gegevens/schattingen APB)



Tot slot is het interessant om dieper in te gaan op het aantal leden met een akkoord voor terugbetaling van chinolonen op basis van de door het RIZIV verankerde vereiste diagnoses. Tabel 3 geeft het aantal leden per jaar en diagnose weer voor de periode van 1 mei 2018 tot 30 april 2021, telkens met mei als afkapmaand. We merken op dat het aantal leden met akkoord lager is in de periode tussen 1 mei 2020 en 30 april 2021, wat een gevolg zou kunnen zijn van het verminderde antibioticagebruik tijdens de coronacrisis. Opvallend is dat de diagnoses gedomineerd worden door de bovenste twee antwoordmogelijkheden (acute pyelonefritis en acute prostatitis), en vooral door de generische diagnose van een uitzonderlijke en dringende

situatie – die met 18 tot 29% toch niet zo uitzonderlijk blijkt te zijn. De dominantie van deze generische categorie doet vermoeden dat er nog veel ruimte is voor verbetering om chinolonegebruik te beperken tot strikt noodzakelijke situaties. Algemeen kunnen we over de maatregel rond chinolonen dus besluiten dat er weliswaar verbetering lijkt te zijn in termen van gebruik, maar dat er nog steeds werk aan de winkel is – wat bijvoorbeeld weerspiegeld wordt in de bevinding van Vermeulen en anderen (2021) dat we zelfs met deze verbetering de doelproportie van 5% chinolonen binnen het totale antibioticagebruik nog niet hebben bereikt.

Tabel 3: Diagnoses van CM-leden met akkoord voor terugbetaling chinolonen tussen 2018 en 2021 (openbare officina/CM-gegevens)

Periode	1 mei 2018 – 30 april 2019	1 mei 2019 – 30 april 2020	1 mei 2020 – 30 april 2021
Diagnose	Aantal leden met akkoord (%)		
Acute pyelonefritis, na afname van een cultuur voor antibiogram	2.574 (20,46%)	2.702 (20,46%)	2.388 (27,74%)
Acute prostatitis	2.253 (17,90%)	2.443 (18,50%)	1.917 (22,27%)
Chronische prostatitis, na afname van een cultuur voor antibiogram	177 (1,41%)	179 (1,36%)	123 (1,43%)
Acute urethritis, na afname van een cultuur voor antibiogram	646 (5,14%)	743 (5,63%)	528 (6,13%)
Orchi-epididymitis	612 (4,86%)	633 (4,79%)	480 (5,58%)
Pelvic Inflammatory Diseases	234 (1,86%)	240 (1,82%)	179 (2,08%)
Acute diverticulitis, ongecompliceerd	983 (7,81%)	1.017 (7,70%)	756 (8,78%)
Bij patiënten met een ernstige co-morbiditeit, of behandeld met een immunosuppressivum, of met een maligniteit of een HIV-infectie	1.542 (12,26%)	1.433 (10,85%)	635 (7,38%)
Een uitzonderlijke en dringende situatie die het starten van een behandeling met een chinolone vereist	3.559 (28,29%)	3.817 (28,90%)	1.603 (18,62%)
Totaal aantal CM-leden met akkoord	12.580	13.207	8.609

3.5. Voorschrijfgedrag van tandartsen

Het KCE (Leroy et al., 2020) stelt dat in 2016 5,8% van de antibiotica in de Belgische ambulante zorg werd voorgeschreven door tandartsen, en dat deze cijfers voor clindamycine, metronidazol en amoxicilline met/zonder clavulaanzuur nog een pak hoger lagen. In datzelfde rapport lijstte het KCE echter een aantal tandheelkundige indicaties van deze antibiotica op, zodat de prominentie van deze types bij tandartsen niet per se als wereldschokkend hoeft te worden ervaren. Tabel 4 geeft de 10 vaakst door tandartsen voorgeschreven antibiotica weer in 2019, waarvan sommige niet vermeld staan in de rationele tandheelkundi-

ge toepassingen geselecteerd door het KCE (gemarkeerd). Om een beeld te kunnen vormen van de omvang van het gebruik van ongepaste antibiotica binnen de tandheelkunde, zoomen we in deze sectie dieper in op enkele geneesmiddelen uit de tandartsenpraktijk. Hiervoor gebruiken we 2019 als laatste 'normale' jaar. Subramanya en anderen (2021) stelden immers een stijging van tandheelkundige antibiotica vast in de periode waarin tandartspraktijken gesloten moesten blijven maar voorschriften nog steeds elektronisch mogelijk waren (antibiotica konden dan bijvoorbeeld worden ingezet om tandheelkundige symptomen te verlichten).

Tabel 4: Top 10 in 2019 vaakst door tandartsen voorgeschreven geneesmiddelen volgens aantal gebruikers van antibiotica en metronidazol (openbare officina/CM-gegevens)

Ranking	Geneesmiddel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Amoxicilline	93.406	90.892	86.981	83.700	83.122	76.093	78.503
2	Amoxicilline met clavulaanzuur	59.868	61.856	60.834	61.074	62.870	62.490	64.006
3	Clindamycine	23.328	22.724	21.637	21.264	20.796	19.477	19.329
4	Azithromycine	6.236	6.180	5.822	5.819	5.972	5.510	5.987
5	Metronidazol	3.479	3.641	3.547	3.512	3.721	3.264	3.727
6	Claritromycine	4.785	4.545	4.105	3.707	3.329	2.709	2.599
7	Doxycycline	3.718	3.363	3.036	2.683	2.504	1.855	1.625
8	Spiramycine	2.120	1.961	1.762	1.443	1.454	1.068	893
9	Fosfomycine	249	274	285	291	307	232	224
10	Cefuroxim	331	305	324	300	296	244	220

3.5.1. Voorschrijfgedrag van spiramycine en doxycycline in 2019

Spiramycine en doxycycline worden niet weerhouden in het hierboven besproken KCE-rapport, maar staan respectievelijk op de achtste en zevende plaats van door tandartsen het vaakst voorgeschreven antibiotica in Tabel 4. Dit gebruik is merkwaardig, aangezien er een gebrek is aan wetenschappelijk bewijs voor het gebruik van beide antibiotica

in de tandartsenpraktijk. Toch zien we dat 26,5% van het totaalvolume aan spiramycine in 2019 werd voorgeschreven door tandartsen. Hierbij gaat onze aandacht vooral naar de vergelijking tussen het gemiddeld aantal gebruikers per voorschrijver en het gemiddelde volume per voorschrijver.

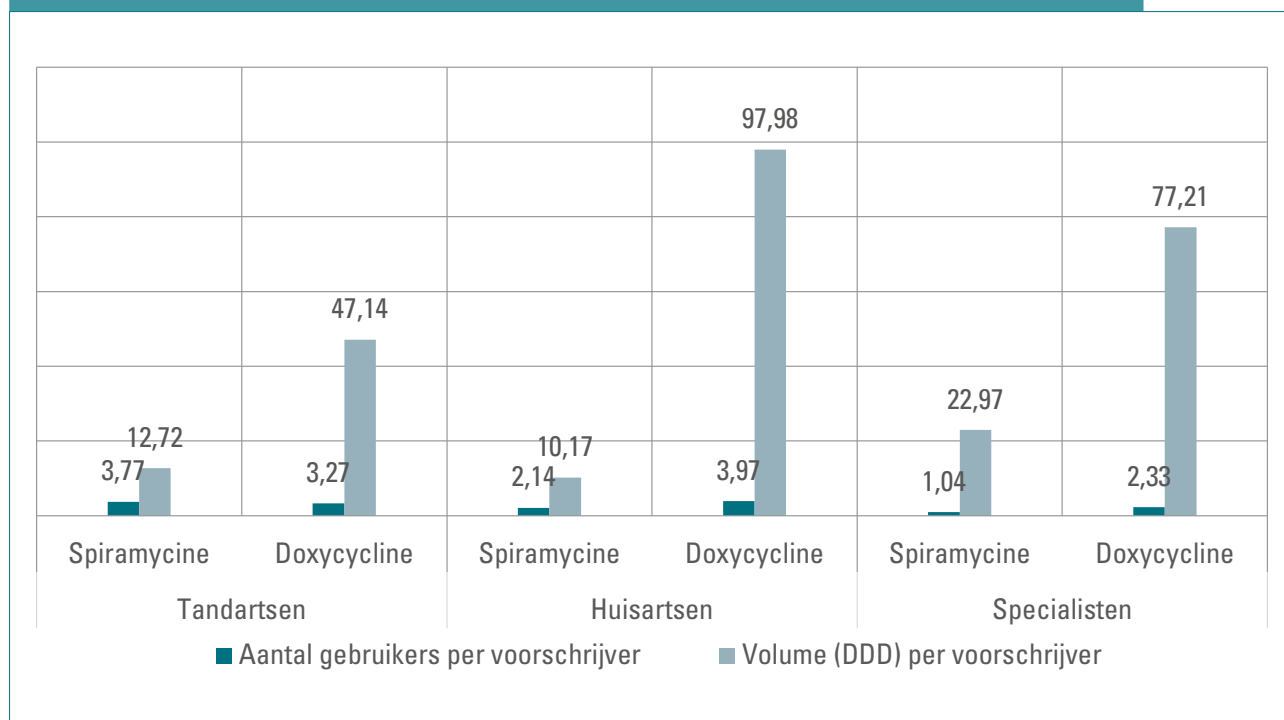
De vergelijking tussen het gemiddeld aantal gebruikers per voorschrijver⁴ en gemiddeld volume per voorschrijver in Figuur 9 laat zien dat het relatieve volume voor spiramycine

4 Bij onze gemiddelde cijfers per voorschrijver is het belangrijk op te merken dat dit gemiddelde berekend is op basis van het totaal aantal artsen die in 2019 antibiotica voorschreven. Voor tandartsen bedraagt dit volgens onze cijfers in 2019 65% van alle praktiserende tandartsen.

niet zo sterk afwijkt van huisartsen (terwijl het bij specialisten bijna tweemaal zo hoog ligt omdat zij eerder hogere dosissen voorschrijven aan een kleiner aantal patiënten die met ernstige problemen kampen). Tevens zien we dat tandartsen eerder geneigd zijn om kleinere dosissen voor te schrijven bij een groter aantal patiënten. Voor doxycycline zijn zowel het aantal gebruikers als het volume per voorschrijver lager bij tandartsen dan bij huisartsen, al valt ook dit gebruik niet te rechtvaardigen. In elk geval leren we

uit deze cijfers dat er onterecht gebruik van deze antibiotica plaatsvindt in de tandartspraktijken; idealiter zouden we deze cijfers tot 0 gebruikers per voorschrijver kunnen reduceren. Onze analyse zet aan tot reflectie over het inzetten van spiramycine en doxycycline in de tandartsenpraktijk, aangezien de hoge mate van gebruik niet verzoenbaar lijkt met de lage wetenschappelijke evidentie.

Figuur 9: Gemiddeld aantal gebruikers en volume (DDD) per voorschrijver van spiramycine en doxycycline volgens voorschrijver in 2019 (openbare officina/CM-gegevens)



Om dit voorschrijfgedrag meer in detail te benaderen zijn we het tandheelkundig spiramycinegebruik gaan onderzoeken opgesplitst volgens regio en leeftijd van tandartsen. Opvallend aan Tabel 5 is dat het voorschrijfgedrag meer dan dubbel zo hoog is in Wallonië dan in Vlaanderen. Hierbij is wel echter belangrijk op te merken dat het per-

centageverschil minimaal is (1 procentpunt in 2019) door het lage percentage gebruikers. Tevens is er een gunstige evolutie merkbaar in beide regio's. De situatie in Brussel is minder goed dan in Vlaanderen, maar beter dan in Wallonië, al zien we hier een iets tragere gunstige evolutie dan in de andere regio's.

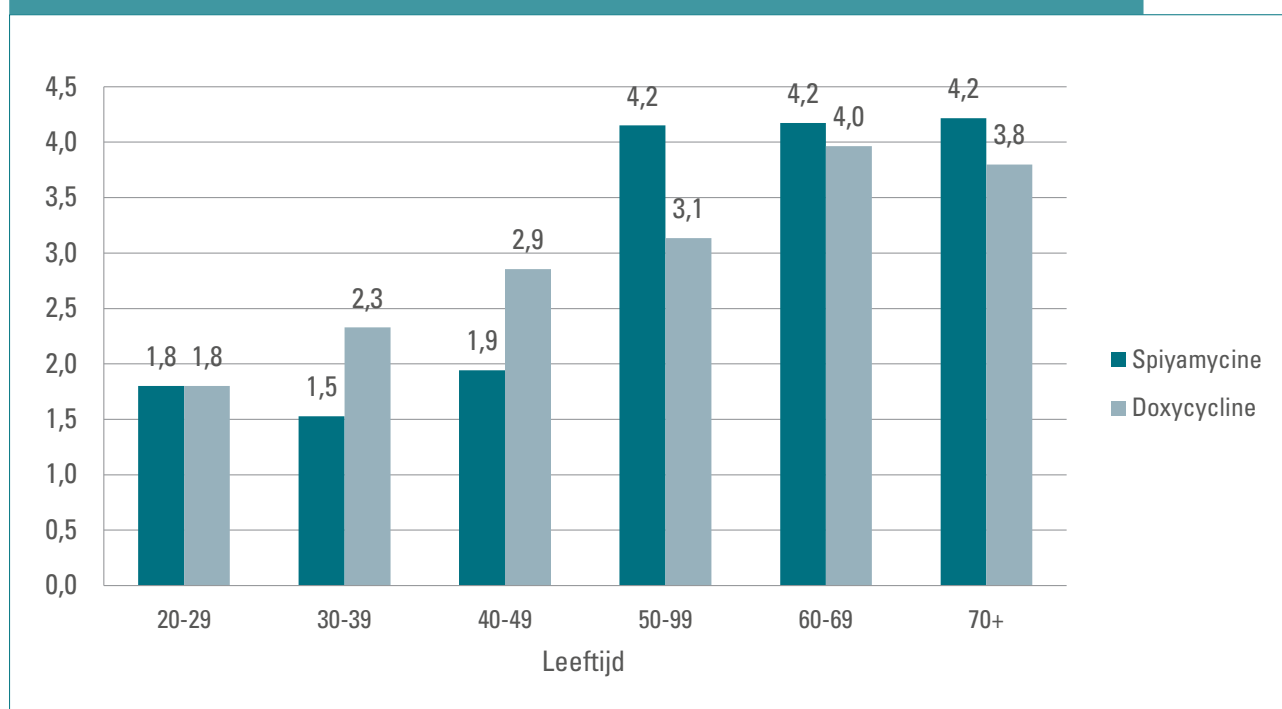
Tabel 5: Evolutie van het percentage gebruikers van door tandartsen voorgeschreven spiramycine ten opzichte van totaal aantal gebruikers van door tandartsen voorgeschreven antibiotica tussen 2015 en 2021 (openbare officina/CM-gegevens)

Regio	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brussels	1,1%	0,8%	1,0%	0,9%	1,0%	0,7%	0,8%
Waals Gewest	2,1%	2,1%	1,9%	1,7%	1,6%	1,3%	1,0%
Vlaams Gewest	0,8%	0,8%	0,7%	0,5%	0,6%	0,5%	0,4%

In Figuur 10 zien we dat vooral tandartsen ouder dan 50 jaar geneigd zijn om spiramycine en doxycycline voor te schrijven. Dit verschil valt wellicht te verklaren vanuit de opleiding tandheelkunde, waarin in de jaren 80 spiramycine en doxycycline werden aanbevolen bij parodontitis in het geval van penicilline-allergie, terwijl de geëvolueerde inzichten nu azithromycine, clarithromycine, clindamycine en metronizadol aanbevelen in dit scenario. We kunnen dus stellen dat het voorschrijfgedrag van spiramycine en

doxycycline kan worden aangepakt, waarbij we weten dat de grootste problemen zich situeren bij tandartsen ouder dan 50 jaar. De oudere generaties tandartsen lijken dus de meest interessante groep om te sensibiliseren omtrent het rationeel gebruik van deze antibiotica. Tevens zou voor spiramycine Wallonië een interessantere regio zijn om te benaderen met interventies, omdat het voorschrijfgedrag daar het hoogste is.

Figuur 10: Gemiddeld aantal gebruikers per voorschrijver van spiramycine en doxycycline bij tandartsen volgens leeftijdscategorie in 2019 (openbare officina/CM-gegevens)

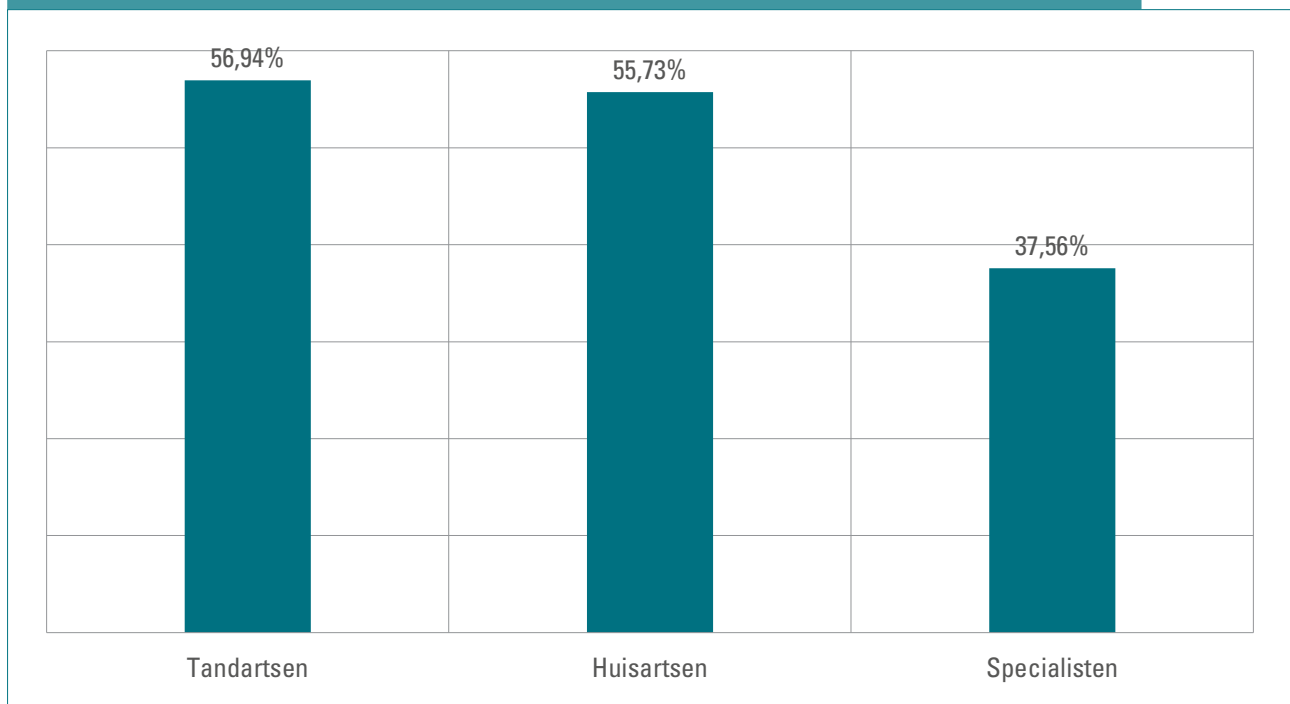


3.5.2. Verhoudingen van amoxicilline met en zonder clavulaanzuur in 2019

Aangezien zowel amoxicilline als co-amoxiclav in de top 10 vaakst voorgeschreven antibiotica bij tandartsen staan, maar het KCE (Leroy et al., 2020) enkel aanbevelingen gaf over het gebruik van amoxicilline zonder de combinatie met clavulaanzuur, bekijken we in Figuur 11 het aantal gebruikers van deze twee antibiotica opgesplitst per specia-

lisme. Uit onze cijfers valt op dat, indien we de KCE-richtlijnen strikt hanteren, er in principe 62.870 gebruikers van co-amoxiclav te veel binnen de tandheelkunde zijn. De proportie van amoxicilline ligt hoger bij tandartsen dan bij huisartsen en specialisten; deze proportie is nog steeds ver van de gewenste 80/20-verhouding. De lage proportie van amoxicilline bij specialisten van 37,5% lijkt binnen hun context van zwaardere tweedelijnszorg voorbehouden voor ernstige gevallen logisch.

Figuur 11: Verhouding van aantal gebruikers van amoxicilline ten opzichte van co-amoxiclav volgens voorschrijver in 2019 (openbare officina/CM-gegevens)

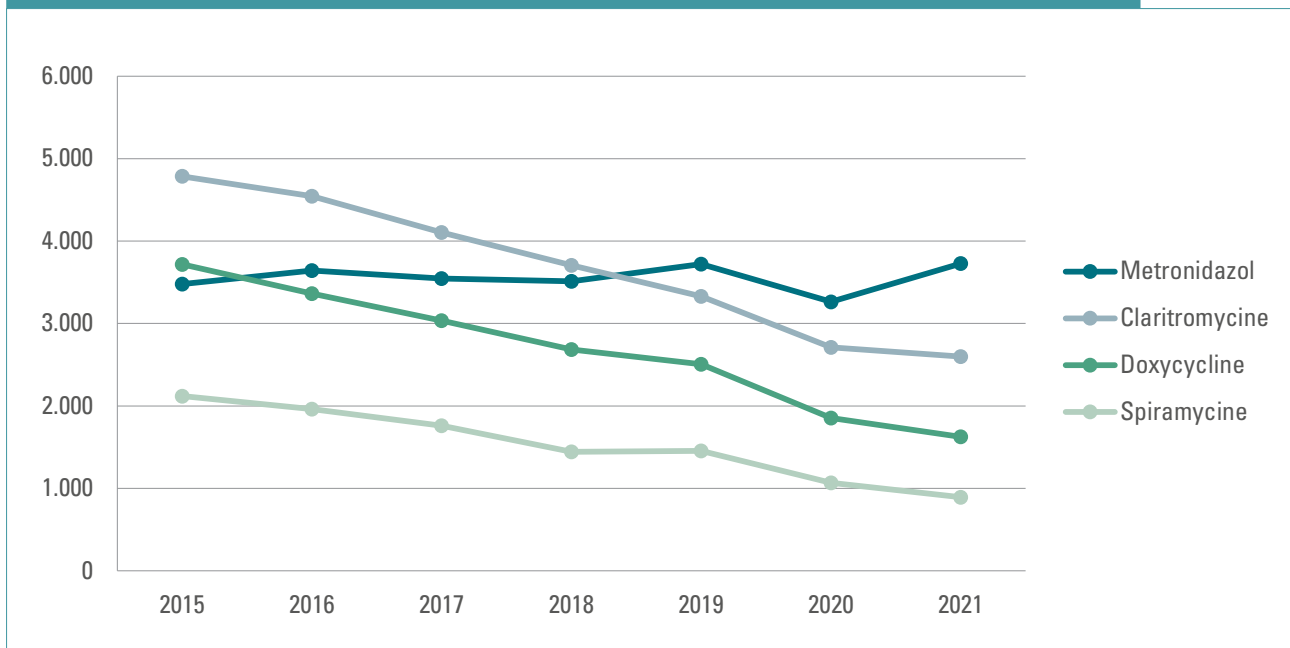


3.5.3. Voorschrijfgedrag van metronidazol in 2019

Hoewel metronidazol vermeld wordt bij de aanbevelingen van KCE (Leroy et al., 2020), valt het geneesmiddel technisch gezien niet in de top 10 van vaakst voorgeschreven antibiotica bij tandartsen in Tabel 4. Daar is ook een goede reden voor: strikt genomen is het een antiparasitair middel en geen antibioticum. Aangezien dit geneesmiddel antibacteriële toepassingen heeft en tussen de tandheelkundige aanbevelingen voor rationeel antibioticagebruik van KCE valt, beschouwen we ook voor metronidazol het absolute en relatieve aantal gebruikers en volume in 2019. We zien dat in 2019 3.721 gebruikers metronidazol door een tandarts voorgeschreven kregen, meer dan het aantal gebruikers van doxycycline en spiramycine (zie Figuur 12).

In tegenstelling tot deze twee onterecht voorgeschreven antibiotica, zouden de gebruikers van metronidazol wel degelijk legitieme tandheelkundige redenen hiervoor kunnen hebben; het middel wordt door KCE immers aanbevolen bij niet-chirurgische behandeling van agressieve parodontitis (hoewel ze het slechts zwak aanbevelen). Het gemiddelde aantal gebruikers per voorschrijver bedraagt 2,9 gebruikers, en voor het volume is dit 16,2 DDD. Uit onze analyses blijkt ook dat – hoewel 15% van de voorschrijvende tandartsen het middel voorschrijft – het aandeel gebruikers en vooral het volume consistent zeer laag blijft op respectievelijk 2% en 1%. Metronidazol lijkt dus niet meteen een problematisch geneesmiddel binnen de tandheelkunde te zijn, hoewel de effectiviteit volgens KCE (Leroy et al., 2020) niet bijzonder overtuigend is.

Figuur 12: Evolutie van het aantal gebruikers van metronidazol, claritromycine, doxycycline en spiramycine bij tandartsen tussen 2015 en 2021 (openbare officina/CM-gegevens)



4. Conclusies en aanbevelingen

We hebben gezien dat de maatregelen wisselend succes kenden: na de overheveling van antibiotica naar terugbetalingscategorie C en het *One Health*-actieplan was geen onmiddellijke verbetering merkbaar, terwijl dit bij de terugbetaling van chinolonen in de eerste plaats voor de terugbetaalde chinolonen leek te werken en in mindere mate voor het totale gebruik. Een eerste rode draad in onze analyses lijkt overeen te stemmen met onze voorgaande studie (Van haecht et al., 2019): financiële prikkels ten nadele van de eindgebruiker lijken niet de heilige graal naar rationeel antibioticagebruik. Bovendien geven dergelijke terugbetalingsregels een louter extrinsieke reden om het gebruik te minderen, zonder patiënten ervan te overtuigen dat hun consumptiepatroon schadelijk is voor henzelf en de volksgezondheid. Bovendien zagen we dat deze maatregelen verbleken bij de impact van COVID-19, een 'maatregel' die buiten onze controle lag. Alles wijst er echter op dat bij de overgang naar het 'nieuwe normaal' ook het antibioticagebruik teruggroeit naar een nieuw, stabiel consumptiepatroon gelijkaardig aan dat van voor de coronacrisis. Aangezien sensibilisering, preventie en motivatie hoe dan ook wenselijker lijken dan louter financiële prikkels, zou een dergelijke 'zachte' aanpak perfect te combineren vallen met het reeds lopende *One Health*-actieplan dat een paar jaar noodgedwongen in de schaduw van de coronapandemie heeft gestaan.

Een eerste aanbeveling zou dus een verstandige overgang naar het nieuwe normaal omvatten: we zouden de lessen uit de coronaperiode kunnen verwerken in een gegeredificeerd actieplan om gedragsmatig de eindgebruiker te bereiken, in plaats van deze enkel te 'straffen' met financiële maatregelen. Hoewel een groot deel van het gedaalde antibioticagebruik tijdens de coronapandemie ongetwijfeld een gevolg was van lockdownmaatregelen waar we nooit meer naar terug willen en antibiotica nog steeds hun plaats hebben bij ernstige aandoeningen, kunnen we met voldoende vertrouwen veronderstellen dat minstens een deel van het 'verdwenen' gebruik bestond uit onnodige antibioticacconsumptie. Verdere sensibilisering en preventie binnen de *One Health*-aanpak zouden dan ook waar gepast deze klemtoon kunnen leggen en mensen ontmoedigen naar antibiotica te grijpen bij lichtere klachten.

Uit de *One Health*-benadering hebben we ook geleerd hoe belangrijk samenwerking en onderlinge afstemming zijn op het niveau van de voorschrijver. Een aanbeveling die deze filosofie volgt, is het aanmoedigen van overleg tussen artsen en apothekers, zoals omschreven in het 'Veilig minder antibiotica'-programma (Medisch-Farmaceutisch Overleg, 2020). In dit programma wordt een optimale samenwerking tussen artsen en apothekers nagestreefd om de patiënt zo goed mogelijk te informeren en te sensibiliseren, met het oog op minder maar beter antibioticagebruik. Om deze samenwerking en eindbeslissingen te bevorderen, reikt het

programma beide partijen een reeks checklists aan om te evalueren of antibiotica inderdaad de oplossing zouden zijn bij de patiënt in kwestie. Het (blijven) aanmoedigen van dergelijke gestroomlijnde samenwerkingen lijkt essentieel om onnodig antibioticagebruik – en dus ook antimicrobiële resistentie – in te dijken. Naast samenwerking is sensibilisering ook op het niveau van de voorschrijver van levensbelang: onze analyses suggereerden dat de kennis rond rationeel antibioticagebruik hier en daar dient te worden geactualiseerd bij voorschrijvers. We bevelen iedereen die bevoegd is om antibiotica voor te schrijven dan ook warm aan om hun kennis over dit onderwerp regelmatig bij te schaven met nieuwe inzichten en aanbevelingen, bijvoorbeeld door de BAPCOC-richtlijnen op de site van het eerder besproken BCFI te volgen.

We zien echter ook dat de eindbeslissing voor het al dan niet voorschrijven van antibiotica in de eerste plaats bij de arts ligt, als *gatekeeper* van geneesmiddelen. Het houdt dus ook steek om voorschrijvende artsen te benaderen in plaats van enkel de eindgebruiker. Uiteraard zit dit al voor een deel vervat in *One Health*, omdat ook zij worden benaderd met acties rond sensibilisering en preventie. Een mogelijke gedragsmatige aanpak zou kunnen bestaan uit het wegnemen van de onzekerheid bij diagnose, zodat de arts objectiever kan oordelen of antibiotica voorschrijven al dan niet nodig is. Een nuttige tool ter bevordering van de diagnostische zekerheid wordt aangereikt door point-of-care C-reactief proteïne-tests (POC-CRP), een in de artsenpraktijk afgenomen test om het CRP-niveau (een indicator van (bacteriële) ontstekingen) te meten. Hoewel niet alle resultaten uit de literatuur een significante impact van POC-CRP-tests op het voorschrijfgedrag tonen, rapporteren onder andere Boere et al. (2021) en Lemiengre et al. (2018) gunstige resultaten. Een dergelijke test kan immers de onzekerheid over de diagnose en de eventuele noodzaak van antibiotica helpen te reduceren, en geeft de arts ook een objectiever ankerpunt en rationale om antibiotica te durven weigeren aan patiënten die hier toch om zouden vragen. In het verlengde hiervan lijkt het ons ook essentieel dat een arts een antibioticavoorschrift durft te weigeren aan een patiënt bij wie een dergelijke behandeling niet noodzakelijk lijkt, en dat artsen indien nodig een gepast vangnet krijgen om deze soms moeilijke beslissing te nemen. Een laatste gedragsmatige aanbeveling bestaat uit het ‘gemarkeerd’ maken van antibioticagebruik, het op subtiele wijze doen afwijken van de norm. Tot op zekere hoogte is dit wat er gebeurd is met chinolonen in 2018: het terugbetalen van deze

geneesmiddelen ging plots niet meer ‘vanzelf’ aangezien de terugbetaling nu expliciet door de arts moet worden aangevraagd met vermelding van een gepaste diagnose. Hoewel we zagen dat deze maatregel in de eerste plaats een invloed leek te hebben op de terugbetalingen, kunnen we er niet omheen dat ook het absolute gebruik aanzienlijk gedaald is. Indien de ‘zachtere’ aanbevelingen en alternatieve vormen om het antibioticagebruik gemarkeerder te maken niet effectief zouden zijn, zou het doortrekken van de chinolonenmaatregel naar andere categorieën antibiotica een laatste redmiddel kunnen zijn om het absolute gebruik op zijn minst wat terug te dringen.

Wat de tandartsen betreft, zien we dat er nog veel ruimte is voor verbetering om niet-aanbevolen antibiotica te weren uit hun voorschriften, met spiramycine, co-amoxiclav en doxycycline als meest prominente kandidaten. Hoewel financiële prikkels rond terugbetaling van deze antibiotica voor tandheelkundig gebruik een oplossing zouden kunnen zijn, lijkt ook hier een aanpak rond sensibilisering wenselijker. Aangezien het foutieve gebruik voor spiramycine en doxycycline eerder een probleem van de oudere generatie tandartsen lijkt te zijn, zouden we kunnen inzetten op het actualiseren van de aanbevelingen omtrent rationeel en correct gebruik van antibiotica. Hiervoor zijn recente aanbevelingen zoals de hierboven besproken richtlijnen van KCE en BAPCOC essentieel, en deze moeten dan ook met de nodige zorgvuldigheid moeten worden geïmplementeerd in opleidingen en bijscholingen om zeker te zijn elke Belgische tandarts voldoende up-to-date is. In dat opzicht is onze studie een belangrijke aanvulling op het onderzoek van Lamper en Politis (2020), die in hun onderzoek naar het voorschrijfgedrag van tandartsen wijzen op de rol van universitaire leerprogramma's om rationeel voorschrijven te bevorderen. Ook deze aanbeveling laat zich perfect combineren met de informerende en holistische benadering van *One Health*, en zit tot op zekere hoogte vervat in onze eerder besproken aanbeveling tot het regelmatig bijschaven van de kennis rond rationeel antibioticagebruik.

Concluderend kunnen we stellen dat er in elk geval een positieve evolutie in het Belgische antibioticagebruik merkbaar is, maar dat we niet op onze lauweren mogen rusten, zeker nu de consumptie zich bijna hersteld heeft tot hoe het voor COVID-19 was. De recente financiële maatregelen volstaan duidelijk niet, en we moeten in de eerste plaats allemaal met onze neuzen in dezelfde richting staan in deze strijd tegen overconsumptie en antimicrobiële resistentie.

Bibliografie

- Algemene Pharmaceutische Bond. (2020). Helpt patiënten betaalt chinolonen nu vaak gewoon uit eigen zak. *Farmaceutisch Tijdschrift voor België*, 4, 14-15.
- Antimicrobial Resistance Collaborators. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*, 399(10325), 629-655.
- Armitage, R. & Nellums, L.B. (2021). Antibiotic prescribing in general practice during COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(6), e144.
- Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. (2022). *Chinolonen*. Beschikbaar op: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/12?frag=10165>.
- Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid. (2019). *Belgisch nationaal actieplan 'One Health' voor de bestrijding van antimicrobiële resistentie (AMR) 2020-2024*.
- Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid. (2021). *One Health report on antibiotic use and resistance 2011-2020*.
- Boere, T.M., van Buul, L.W., Hopstaken, R.M., van Tulder, M.W., Twisk, J.W.M.R., Veheij, T.J.M & Hertogh, C.M.P.M. (2021). Effect of C reactive protein point-of-care testing on antibiotic prescribing for lower respiratory tract infections in nursing home residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 374.
- Bruyndonckx, R., Coenen, S., Hens, N., Vandael, E., Catry, B. & Goossens, H. (2020). Antibiotic use and resistance in Belgium: the impact of two decades of multi-faceted campaigning. *Acta Clinica Belgica*, 76 (4).
- Colliers, A., De Man, J., Adriaenssens, N., Verhoeven, V., Anthierens, S., De Loof, H., Philips, H., Coenen, S. & Morreel, S. (2021). Antibiotic Prescribing Trends in Belgian Out-of-Hours Primary Care during the COVID-19 Pandemic: Observational Study Using Routinely Collected Health Data. *Antibiotics*, 10, 1488.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2017). *Quality indicators for antibiotic consumption in the community*. Beschikbaar op: <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/quality-indicators>.
- Lamper, N. & Politis, C. (2020). Voorschrijfgedrag van tandartsen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 76(22), 1154-1160.
- Leroy, R., Christiaens, W., Maertens De Noordhout, C. & Hanquet, G. (2019). *Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Leroy, R., Bourgeois, J., Verleye, L., Declerck, D., Depuydt, P., Eloit, A., Carvalho, J.C., Teughels, W., Cauwels, R., Leprince, J., Toma, S., Michiels, K., Aryanpour, S., Vanden Abbeele, A. & De Bruyne, M. (2020). *Richtlijn voor het rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Gagliotti, C., Buttazzi, R., Ricchizzi, E., Di Mario, S., Tedeschi, S. & Moro M.L. (2021). Community use of antibiotics during the COVID-19 lockdown. *Infectious Diseases*, 53(2), 142-144.
- Hussain, A.Z., Paudyal, V. & Hadi, M.A. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Prescribing Patterns of First-Line Antibiotics in English Primary Care: A Longitudinal Analysis of National Prescribing Dataset. *Antibiotics*, 10, 591.
- King, L.M., Lovegrove, M.C., Shebab, N., Tsay, S., Budnitz, T.S., Geller, A.L., Lind, J.N., Roberts, R.M., Hicks, L.A. & Kabbani, S. (2021). Trends in US Outpatient Antibiotic Prescriptions During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Clinical Infectious Diseases*, 73(3), 652-660.
- Lemiengre, M.B., Verbakel, J.Y., Colman, R., Van Roy, K., De Burghgraeve, T., Buntinx, F., Aertgeerts, B., De Baets, F. & De Sutter, A. (2018). Point-of-care CRP matters: normal CRP levels reduce immediate antibiotic prescribing for acutely ill children in primary care: a cluster randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(4), 1-14.
- Medisch-Farmaceutisch Overleg. (2020). *Veilig minder antibiotica*. Beschikbaar op: <https://www.medischfarmaceutischoverleg.be/antibiotica>.
- RIZIV. (2017). *Antibiotica: terugbetaling vanaf 1 mei 2017*. Beschikbaar op: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/wijzigingen/Paginas/antibiotica-20170501.aspx>.
- RIZIV. (2018). *Antibiotica die tot de klasse van de (fluoro)chinolonen behoren: terugbetaling vanaf 1 mei 2018*. Beschikbaar op: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/wijzigingen/Paginas/antibiotica-fluoro-chinolonen.aspx>.
- Subramanya, S.H., Czyn D.M., Acharya, K.P. & Humphreys, H. (2021). The potential impact of the COVID-19 pandemic on antimicrobial resistance and antibiotic stewardship. *VirusDisease*, 32(2), 330-337.
- Tyrstrup, M., van der Velden, A., Engstrom, S., Goderis, G., Molstad, S., Verheij, T., Coenen, S. & Adriaenssens, N. (2017). Antibiotic prescribing in relation to diagnoses and consultation rates in Belgium, the Netherlands and Sweden: use of European quality indicators. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(1), 10-18.
- van de Pol, A.C., Boeijen, J.A., Venekamp, R.P., Platteel, T., Damoiseaux, R.A.M.J., Kortekaas, M.F. & van der Velden, A.W. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Antibiotic Prescribing for Common Infections in The Netherlands: A Primary Care-Based Observational Cohort Study. *Antibiotics*, 10, 196.

Van haecht, K., Callens, M., Ntahonganyira, R. & Morel, M. (2019). Duurdere antibiotica: geen effect op overconsumptie. *CM-Informatie*, 277, 31-36.

Vermeulen, H., Coenen, S., Hens, N. & Bruyndoncks, R. (2021). Impact of changing reimbursement criteria on the use of fluoroquinolones in Belgium. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 76, 2725-2732.

Zhu, N.J., Aylin, P., Ricchizzi, E., Rawson, T., Gilchrist, M., Majeed, A. & Holmes, A. (2021). Investigating the impact of COVID-19 on primary care antibiotic prescribing in North West London across two epidemic waves. *Clinical Microbiology and Infection*, 27, 762-768.

Zhu, N.J., McLeod, M., McNulty, C.A.M., Lecky, D.M., Holmes, A.H. & Ahmad, R. (2021). Trends in Antibiotic Prescribing in Out-of-Hours Primary Care in England from January 2016 to June 2020 to Understand Behaviours during the First Wave of COVID-19. *Antibiotics*, 10, 32.

Teleconsultaties tijdens de COVID-19-pandemie

Een studie van het Intermutualistisch Agentschap

Hervé Avalosse — Studiedienst CM-MC
Jérôme Vrancken, Didier Willaert — NVSM
Johan Vanoverloop — Intermutualistisch Agentschap

Samenvatting

Tijdens de COVID-19-pandemie werden er binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging nieuwe nomenclatuurcodes in het leven geroepen om (meestal telefonische) raadplegingen op afstand mogelijk te maken. Het doel hiervan was de continuïteit van de zorg te waarborgen. Het Intermutualistisch Agentschap onderzoekt het gebruik van deze nieuwe nomenclatuurcodes in de loop van het jaar 2020 in detail. Wie hielden de teleconsultaties en voor wie? De nadruk lag hierbij op toegankelijkheid: heeft iedereen gebruik kunnen maken van teleconsultaties?

Enkele resultaten:

- In 2020 werden zo'n 11 miljoen raadplegingen op afstand gedaan, voornamelijk door huisartsen (85%) en specialisten (12,5%). Het beroep op teleconsultaties was intenser tijdens de pieken van de pandemie (maart, november), maar ook tussen deze twee pieken en tegen het einde van het jaar, toen de lockdown geleidelijk werd versoepeld, werd er nog veel gebruik van gemaakt.
- Vrijwel alle huisartsen (93%) hebben (minstens één keer) teleconsultaties gehouden. Hierbij zien we echter wel een leeftijdseffect: 24% van de huisartsen boven de 65 jaar had in 2020 geen enkele ervaring met teleconsultaties.
- Onder de patiënten had 45% (minstens één keer) contact met hun huisarts via teleconsultatie. Bovendien bedraagt, per patiënt die dat jaar minimaal één keer een teleconsultatie had, het gemiddelde aandeel raadplegingen op afstand onder alle huisartscontacten 39%.

- Deze indicatoren werden onderzocht voor verschillende groepen patiënten, gedefinieerd op basis van uiteenlopende sociaal-demografische criteria (leeftijd, geslacht, sociaal statuut, enz.) of gezondheidstoestand (diabetes, astma, hart- en vaatziekten, enz.). Sommige patiëntengroepen zitten boven deze referentiewaarden, andere zitten eronder (bijvoorbeeld de begunstigden van een verhoogde tegemoetkoming). Geen van de groepen vertoont echter een dramatisch laag percentage teleconsultaties.

De algemene indruk die uit de resultaten naar voren komt, is dat contacten op afstand tijdens de pandemie hun plaats hebben gevonden, zonder afbreuk te doen aan de toegankelijkheid van de zorg voor de meest kwetsbare sociale groepen. Teleconsultaties zijn natuurlijk geen wondermiddel, maar ze hebben de continuïteit van de eerstelijnszorg (vooral in de huisartsenpraktijk) wel mogelijk gemaakt in een tijd dat fysiek contact met de zorgverlener niet aan te bevelen was.

Sleutelwoorden: Teleconsultatie, COVID-19, huisarts, Intermutualistisch Agentschap

1. Inleiding

Begin 2020 werd vanwege de verspreiding van het coronavirus een lockdown ingevoerd. Alle niet-essentiële zorg werd uitgesteld. Om toch de continuïteit van de essentiële zorg te waarborgen, werden er nieuwe nomenclatuurcodes in het leven geroepen, zodat raadplegingen op afstand (per video, telefoon) konden doorgaan. Deze teleconsultaties waren oorspronkelijk bedoeld om artsen te helpen bij de triage van patiënten met het coronavirus en om de continuïteit van de zorg voor gekende patiënten te waarborgen. Later werden deze teleconsultaties uitgebreid tot andere beroepen in de gezondheidszorg, zoals tandartsen, kinesisten, logopedisten, vroedvrouwen, psychologen, ergotherapeuten en diabeteseducatoren.

De pandemie heeft dus de mogelijkheid geboden om over te schakelen op andere vormen van contact met zorgverleners. Hoewel het hier om tijdelijke maatregelen gaat gelinkt aan de pandemie, zullen het gebruik en de doeltreffendheid van teleconsultaties ongetwijfeld grondig worden geëvalueerd. In dit verband hadden alle verzekeringsinstellingen al in 2020 het initiatief genomen om een intermutualistisch enquête te organiseren naar de tevredenheid van patiënten die een teleconsultatie hebben ondergaan (Avalosse, Bruyneel, Hens, Kestens, & Willaert, 2020). Meer recentelijk heeft het Intermutualistisch Agentschap¹ (IMA) het gebruik van deze nieuwe codes in de loop van het jaar 2020 in detail geanalyseerd en er een verslag over gepubliceerd (Vrancken, Willaert, Avalosse, & Vanoverloop, 2022).

In de rest van dit artikel zullen we de belangrijkste resultaten van dit verslag voorstellen.

- Het volgende punt 2 is gewijd aan de **beschrijving van teleconsultaties**. We bekijken de evolutie van de volumes in de loop van het jaar 2020 en de zorgverleners achter deze teleconsultaties.
- Vervolgens gaan we in punt 3 nader in op het **profiel van de huisartsen** die ervaring hebben met teleconsultatie (naar leeftijd, geslacht, gewest).

- Ten slotte onderzoeken we in punt 4 het **profiel van de patiënten**. Verschillende sociaal-demografische criteria (leeftijd, geslacht, statistische sectoren van woonplaats, enz.) en criteria betreffende de gezondheidstoestand (bepaalde chronische aandoeningen, statuten die wijzen op een verslechterde gezondheidstoestand, zoals arbeidsongeschiktheid, statuut van chronische aandoening, enz.) worden in verband gebracht met het feit dat men een teleconsultatie heeft ondergaan.

2. Beschrijving van teleconsultaties

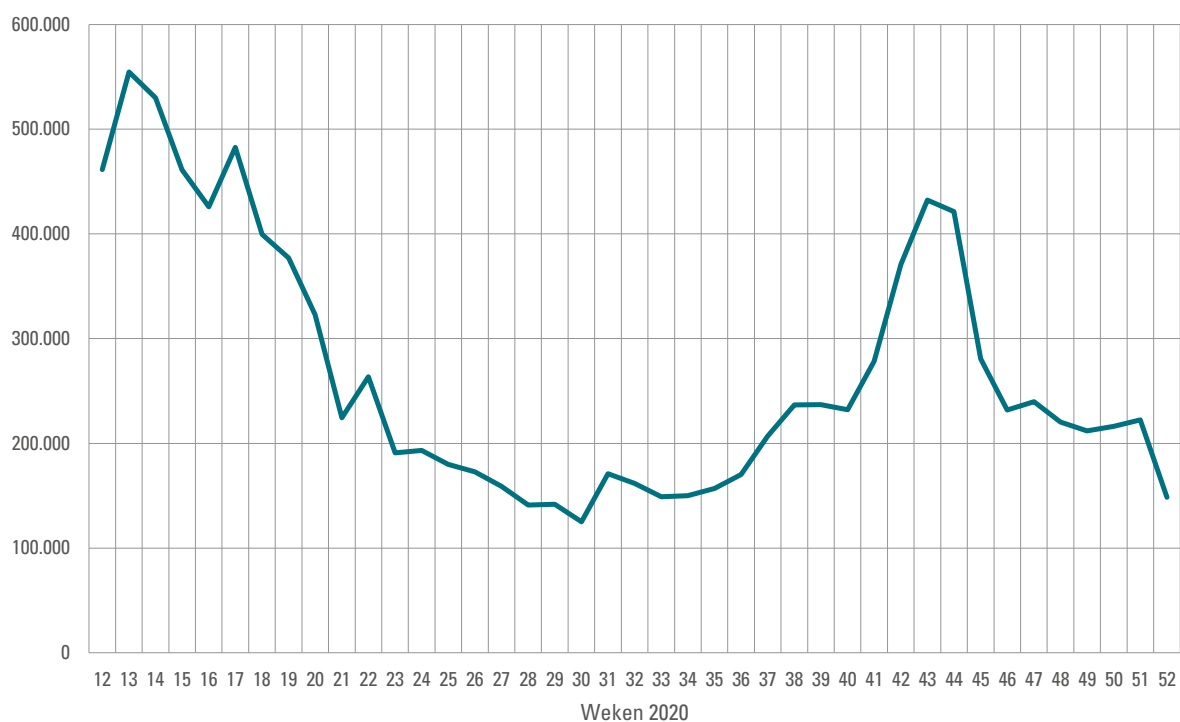
Hoeveel teleconsultaties zijn er in 2020 uitgevoerd? Wie heeft deze teleconsultaties uitgevoerd? Hoe is dit aantal contacten op afstand in de loop van het jaar geëvolueerd? In de volgende paragrafen worden deze vragen beantwoord. Daarnaast vergelijken we voor huisartsen en specialisten het aantal contacten (op afstand en face-to-face) in 2020 met die van 2019.

2.1. Volume en evolutie van het aantal teleconsultaties

Van maart tot december 2020 hebben alle zorgverleners samen ongeveer **11 miljoen raadplegingen op afstand** gedaan. Vanaf de eerste piek (maart-april) bedraagt het volume ongeveer 400.000 tot 500.000 contacten op afstand per week (zie Figuur 1). Vervolgens neemt het volume geleidelijk af tot juli-augustus (de geleidelijke versoepeling begint in mei) en is er weer een stijging tot de tweede piek in oktober-november. Tenslotte neemt tegen het einde van het jaar het aantal teleconsultaties af, maar het zakt niet tot nul. Zelfs wanneer het mogelijk is om fysiek naar de zorgverlener te gaan, blijven er raadplegingen op afstand plaatsvinden (in december waren er gemiddeld nog ongeveer 170.000 teleconsultaties per week).

¹ Het IMA verzamelt patiëntgegevens van de zeven Belgische verzekeringsinstellingen (de vijf landsbonden van ziekenfondsen, de hulpkas en de Kas der geneeskundige verzorging van HR-Rail) op een platform en maakt ze klaar voor analyse. Naast demografische en socio-economische gegevens van alle inwoners die zijn aangesloten bij de verplichte Belgische ziekteverzekering, bevatten de IMA-databanken facturatiegegevens van de terugbetaalde gezondheidszorgen.

Figuur 1: Aantal teleconsultaties per week



bron: Intermutualistisch Agentschap

2.2. De zorgverleners achter deze teleconsultaties

Hoe zijn deze 11 miljoen teleconsultaties uitgesplitst naar type zorgverlener? Bijna **85%** van de raadplegingen op afstand werd uitgevoerd door huisartsen. De specialisten hebben bijna **12,5%** van deze teleconsultaties uitgevoerd. In dit verband moet worden gewezen op het belang van de psychiaters: zij alleen al hebben iets meer dan een vijfde (21,5%) van de teleconsultaties van alle specialisten uitgevoerd. Tot slot zijn verschillende paramedische beroepen verantwoordelijk voor **2%** van de teleconsultaties die in 2020 hebben plaatsgevonden. In dit verband wijzen we op het belang van tandartsen: 37% van de raadplegingen op afstand van paramedici wordt uitgevoerd door tandartsen.

In de grote meerderheid van de gevallen, zowel voor huisartsen (86%) als voor specialisten (81%), was het doel van raadplegingen op afstand de continuïteit van de zorg voor hun patiënten te waarborgen. In het kader van de pandemie werd ook een beroep gedaan op huisartsen voor triage (14% van de teleconsultaties van huisartsen). De specialisten waren daarentegen slechts marginaal betrokken bij dit soort activiteiten (2,4% van hun teleconsultatievolume).

Andere teleconsultaties werden uitgevoerd door specialisten: het ging hoofdzakelijk om psychotherapeutische sessies die op afstand werden uitgevoerd door psychiaters

2.3. Vergelijking van het contactvolume 2019-2020

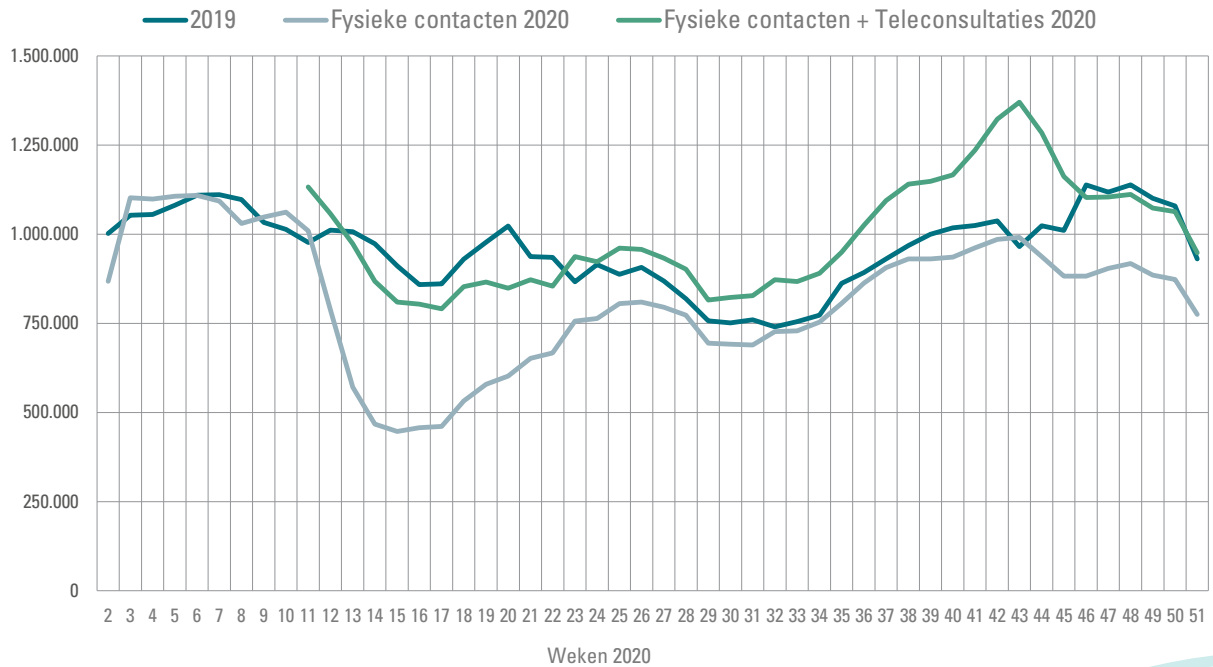
2.3.1. Huisartsen

Wij concentreren ons eerst op de activiteit van de **huisartsen**. Figuur 2 toont het volume van contacten die huisartsen face-to-face hebben gehad in 2019 en 2020. We zien duidelijk het effect van de eerste piek (weken 12 en volgende) en we zien ook het tekort aan contacten aan het eind van het jaar. Zouden teleconsultaties dit gebrek aan contacten hebben kunnen compenseren? Wanneer we (in Figuur 2) het volume van teleconsultaties door huisartsen erbij tellen, zien we niet alleen dat teleconsultaties het tekort aan fysieke contacten tijdens de eerste piek bijna volledig hebben gecompenseerd, maar ook dat over de rest van het jaar het totale volume in 2020 groter is dan in 2019. Het totaal aantal contacten met huisartsen bedraagt in 2019 iets minder dan 50 miljoen. In 2020 is het totaal aantal

contacten (inclusief raadplegingen op afstand) groter: iets meer dan 52 miljoen contacten. In vergelijking met 2019 is

de huisartsenactiviteit met bijna **5,3%** toegenomen (d.w.z. ongeveer 2,6 miljoen extra contacten).

Figuur 2: Aantal contacten - huisartsen



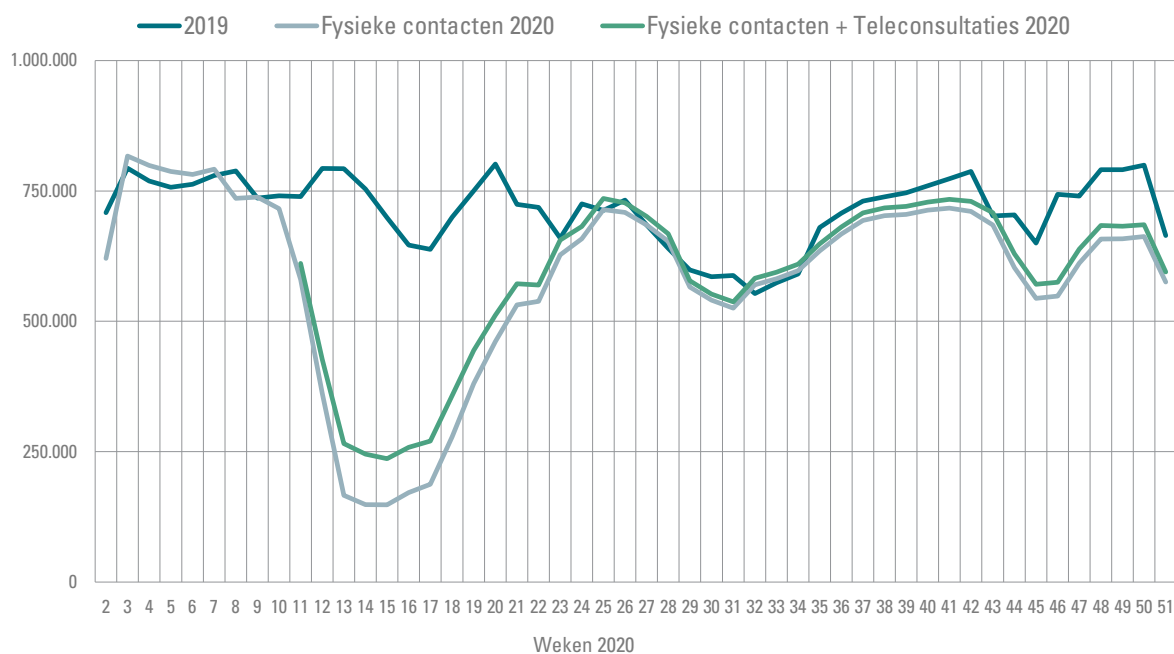
bron: Intermutualistisch Agentschap

2.3.2. Specialisten

Voor **specialisten** ligt de situatie heel anders. Figuur 3 toont het volume van face-to-face ambulante contacten van specialisten in 2019 (donkerblauwe lijn) en 2020. Het effect van de eerste piek van de pandemie is duidelijk zichtbaar: het tekort aan fysieke contacten is veel groter dan bij de huisartsen (vergelijk Figuur 3 met Figuur 2). Zoals blijkt uit Figuur 3, compenseren teleconsultaties het tekort aan fysieke contacten helemaal niet.

In totaal bedraagt het aantal contacten met specialisten in 2019 iets meer dan 37 miljoen. Het totaal aantal contacten (inclusief raadplegingen op afstand) ligt in 2020 lager: iets minder dan 32 miljoen contacten. De **activiteit van specialisten is dan ook sterk gedaald**: het aantal contacten ligt in 2020 **13,7%** lager dan in 2019.

Figuur 3: Aantal contacten –specialisten



bron: Intermutualistisch Agentschap

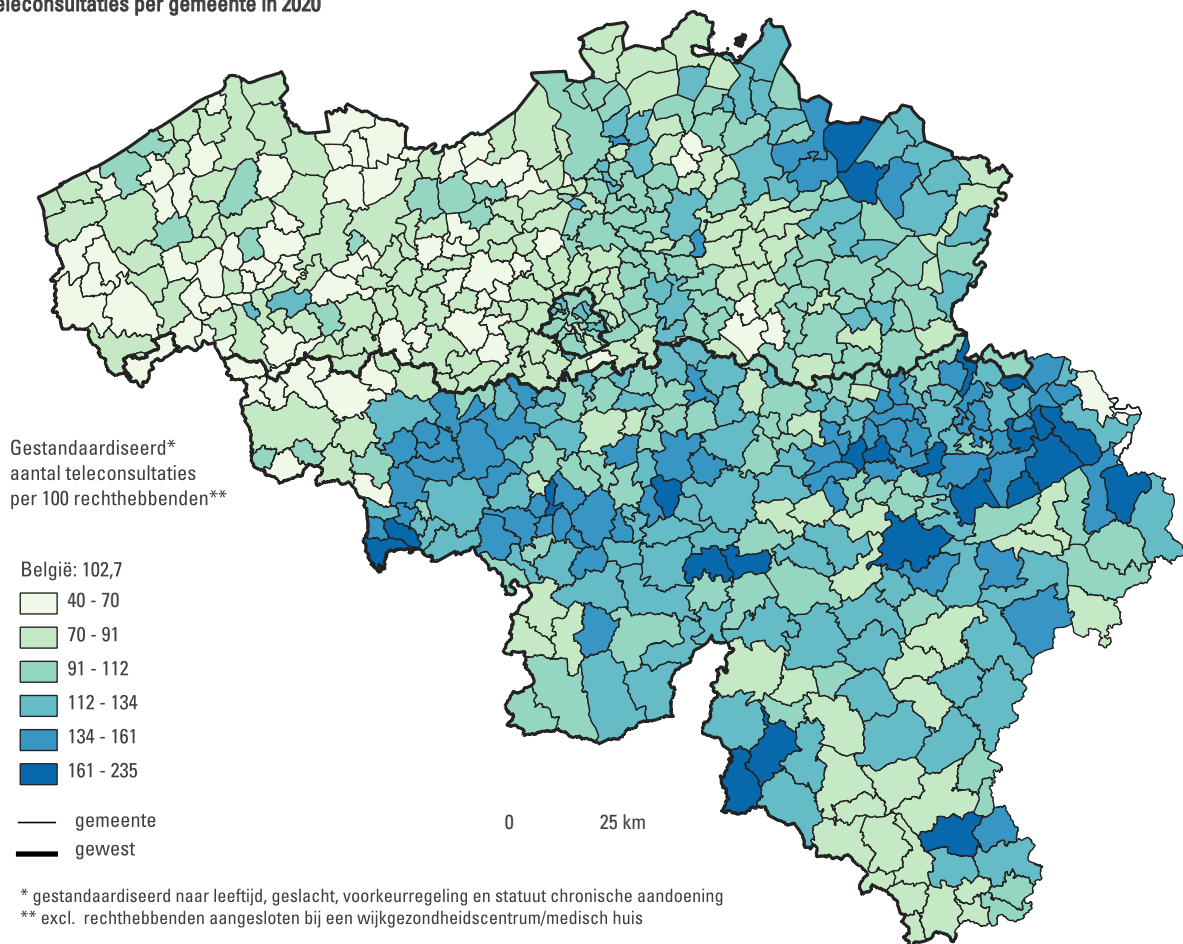
2.4. Cartografie

Het gebruik van teleconsultaties was uiteraard niet overal uniform. Wat kunnen we zeggen over de geografische verschillen in het volume van teleconsultaties? Op Kaart 1 zien we per gemeente het gestandaardiseerde aantal teleconsultaties per 100 rechthebbenden (of aangeslo-

tenen bij ziekenfondsen). De standaardisatie vond plaats voor 4 criteria²: leeftijd, geslacht, of men begunstigde is van een verhoogde tegemoetkoming, of men het statuut chronische aandoening heeft. Zoals we zien, ligt dit aantal teleconsultaties hoger in het zuiden van het land (vooral langs de Waalse ruggengraat), maar ook in de Kempen.

Kaart 1: Gestandaardiseerd aantal consultaties per 100 rechthebbenden

Teleconsultaties per gemeente in 2020



BRON: IMA/AIM CARTOGRAFIE:
Didier Willaert

2 Dankzij de standaardisering worden de effecten geëlimineerd die te wijten zijn aan de verschillen in de leeftijds- en geslachtsstructuur van de bevolking van de ene gemeente tot de andere, maar ook aan het feit dat de bevolking naargelang de locatie te maken heeft met verschillen in gezondheidstoestand (aan de hand van het statuut chronische aandoening) en met verschillen in sociale situatie (aan de hand van een recht op verhoogde tegemoetkoming). Door te standaardiseren op deze vier criteria kunnen we dus de geografische variatie zien van het aantal teleconsultaties, met gelijkwaardige leeftijd- en geslachtsstructuur, sociale situatie en gezondheidstoestand.

3. De huisartsen

Aangezien 85% van de teleconsultaties voor rekening van de huisartsen komt, werd het profiel van deze zorgverleners nader onderzocht. Wie zijn die huisartsen die deze teleconsultaties hebben verzorgd? Hebben alle huisartsen contacten op afstand kunnen leggen? En met welke intensiteit? U vindt de antwoorden in de volgende paragrafen.

3.1. Profiel van huisartsen die ten minste eenmaal gebruik hebben gemaakt van teleconsultatie

In totaal heeft **93%** van de huisartsen in België in het jaar 2020 minstens één teleconsultatie meegemaakt. Dit percentage ligt iets hoger in Vlaanderen (**95%**) dan in Wallonië (**90%**) en Brussel (**89%**). Ook zijn er verschillen naar geslacht en leeftijd. Het percentage is hoger bij vrouwen (**97%**) dan bij mannen (**89%**). Het percentage huisartsen dat geen teleconsultaties heeft uitgevoerd, neemt toe met de leeftijd: 5% wanneer de artsen tussen 50 en 59 jaar oud zijn, 8% voor degenen tussen 60 en 65 jaar oud, **24%** voor degenen die ouder zijn dan 65 jaar. Anderzijds hebben bijna alle artsen jonger dan 49 jaar minstens één teleconsultatie uitgevoerd.

Hoe valt dit leeftijdseffect te verklaren? Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Uit analyses van het aantal contacten blijkt dat oudere huisartsen over het algemeen minder activiteiten hebben en verhoudingsgewijs meer huisbezoeken afleggen. Zij hebben ook een gemiddeld ouder patiëntenbestand, wat waarschijnlijk gunstiger is voor traditioneel contact. De mogelijkheid om teleconsultaties uit te voeren lijkt voor deze oudere artsen dus minder groot dan voor hun jongere collega's.

3.2. Aandeel contacten via teleconsultatie

Op nationaal niveau bedraagt, per huisarts met ten minste één teleconsultatie in het jaar 2020, het gemiddelde percentage teleconsultaties onder hun contacten in 2020 op **18%** (mediaan: 16%).

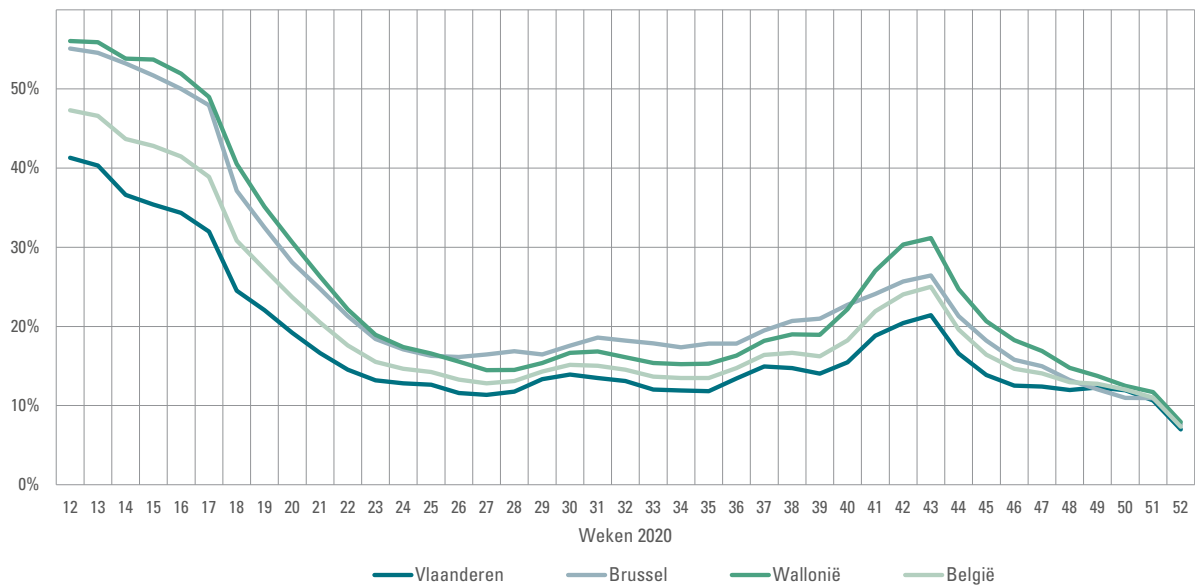
Natuurlijk hebben niet alle huisartsen even intensief gebruik gemaakt van teleconsultaties. Zo zijn er regionale verschillen te zien. In Wallonië (gemiddeld: **23%**, mediaan: 22%) en in Brussel (gemiddeld: **23%**, mediaan: 20%) ligt dit aandeel hoger dan in Vlaanderen (gemiddeld: **15%**, mediaan: 13%). In vergelijking met de resultaten uit het vorige punt hebben we dus een omgekeerd beeld. Als we kijken naar het percentage artsen dat minstens één teleconsultatie had uitgevoerd, was dit percentage inderdaad in Vlaanderen het hoogst. Maar wanneer we kijken naar het volume van de teleconsultaties (in verhouding tot het totale volume van de contacten), maken de huisartsen in Wallonië en Brussel intensiever gebruik van raadplegingen op afstand dan hun Vlaamse collega's.

Het aandeel van teleconsultaties in het totaal aantal contacten is hoger voor vrouwelijke artsen (gemiddeld **21%**, mediaan 19%) dan voor mannelijke artsen (gemiddeld **16%**, mediaan 13%). Opnieuw wordt hetzelfde leeftijdseffect opgemerkt als in het vorige punt: zowel gemiddeld als in de mediaan neemt het aandeel van de contacten via teleconsultatie af met de leeftijd van de verstrekker. Het is voor artsen boven de 65 dat dit aandeel het laagst is (gemiddeld: **14%**, mediaan: 8%).

En natuurlijk is het percentage teleconsultaties ook niet constant gebleven in de tijd. Figuur 4 toont de evolutie van het aandeel van teleconsultaties tijdens de weken van 2020. De eerste en tweede piek zijn duidelijk zichtbaar. Het is vooral tijdens de eerste piek dat teleconsultaties werden gebruikt (teleconsultaties vertegenwoordigen tussen 40 en 50% van de huisartscontacten). Maar tussen de pieken door, en zelfs tijdens de geleidelijke versoepeling (vanaf mei), werd nog steeds gebruik gemaakt van teleconsultaties (tussen 10 en 20% van de contacten). Na de tweede piek nam het aandeel van teleconsultaties weer af en aan het eind van het jaar lag het aandeel van teleconsultaties rond de 7 à 8%.

Ook valt op dat in Wallonië en Brussel het aandeel van de raadplegingen op afstand in 2020 het grootst is. Over het algemeen, maken de Waalse en Brusselse huisartsen intensiever gebruik van teleconsultatie. Het verschil is vooral merkbaar tijdens de eerste piek: het aandeel van de teleconsultaties in de contacten van de Waalse en Brusselse huisartsen bedraagt 50 tot 55%, terwijl dat voor hun Vlaamse collega's eerder 30 tot 40% is.

Figuur 4: Aandeel teleconsultaties per week - huisartsen



bron: Intermutualistisch Agentschap

4. De patiënten

In dit deel zijn we geïnteresseerd in het profiel van patiënten die in 2020 contact hebben gehad³ met de huisartsenpraktijk. Daartoe gebruiken we meer specifiek verschillende sociaal-demografische of gezondheidsstatuut-criteria. Het doel van deze analyse is om na te gaan in hoeverre bepaalde sociale groepen of groepen patiënten te weinig gebruik hebben gemaakt van teleconsultaties.

4.1. Profiel van patiënten die minstens eenmaal gebruik hebben gemaakt van teleconsultatie

Gemiddeld had **45%** van alle patiënten (mensen die contact hadden met de huisarts) minstens één contact op afstand met een huisarts. Figuur 5 laat zien hoe dit percentage verandert naar gelang de socio-demografische

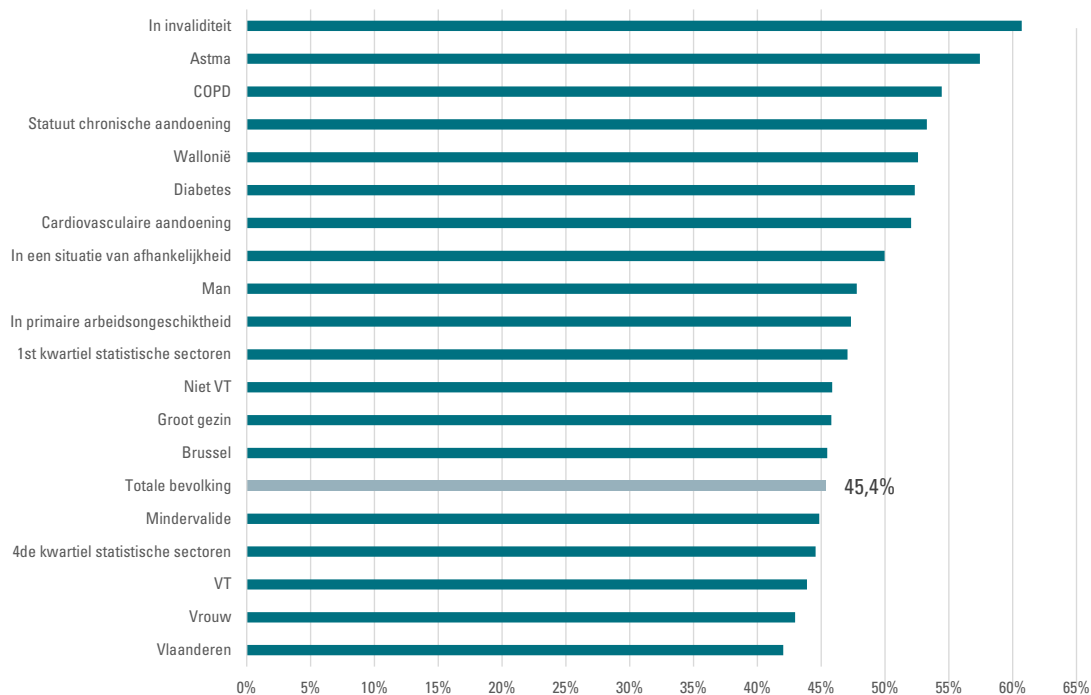
en gezondheidsstatuut-criteria van de patiënt. De hoogste percentages worden waargenomen bij mensen die lijden aan chronische aandoeningen, zoals astma, COPD (chronisch obstructieve longziekte), diabetes. Dit is normaal, deze aandoeningen vereisen een regelmatige follow-up, waardoor de kans groter is dat men baat heeft bij een teleconsultatie. Hetzelfde geldt voor personen die arbeidsongeschikt of invalide zijn, personen die het statuut chronische aandoening hebben, personen die afhankelijk zijn: deze verschillende statuten wijzen op een verminderde gezondheidstoestand.

Het valt ook op dat mannen, Walen en Brusselaars boven het gemiddelde zitten, terwijl vrouwen en Vlamingen onder het gemiddelde zitten. Volgens een welvaartsschaal, samengesteld op basis van de statistische sectoren van woonplaats van de patiënten, stellen wij vast dat het eerste kwartiel van de bevolking in de armste statistische⁴ sectoren boven het gemiddelde ligt, terwijl het laatste kwartiel van de bevolking in de rijkste statistische sectoren onder het gemiddelde ligt.

3 De activiteit van de wijkgezondheidscentra (face-to-face of op afstand) is niet bekend bij de verzekeringsinstellingen. Daarom hebben we alle patiënten die in 2020 in een wijkgezondheidscentrum waren ingeschreven, uit de analyse verwijderd.

4 De statistische sectoren waar de patiënten wonen, zijn geordend volgens stijgende waarde van het mediane fiscale inkomen van deze sectoren.

Figuur 5: Percentage patiënten die minstens eenmaal gebruik heeft gemaakt van teleconsultatie* - gestandaardiseerd naar leeftijd



bron: Intermutualistisch Agentschap

* In Figuur 5 gebruikte afkortingen:

- **COPD** = chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstructieve longziekte) ;
- **VT** = rechthebbende op verhoogde tegemoetkoming.

4.2. Percentage contacten via teleconsultatie

Laten we de intensiteit van het gebruik van teleconsultaties verder onderzoeken. Dit doen we door, per patiënt die in 2020 minstens één keer een teleconsultatie had, het aandeel raadplegingen op afstand te berekenen binnen alle contacten met de huisarts. Deze indicator wordt gegeven op de verticale as van figuur 6. De horizontale as van deze grafiek toont het aantal contacten per patiënt (= volume contacten / volume patiënten die minstens één contact hadden; alle contacten worden meegerekend, zowel op afstand als face-to-face).

Laten we eens kijken naar de roze stip (met het label 'bevolking') in figuur 6: dit is het referentiepunt voor de algemene patiëntenpopulatie. Wat zijn de waarden op dit referentiepunt?

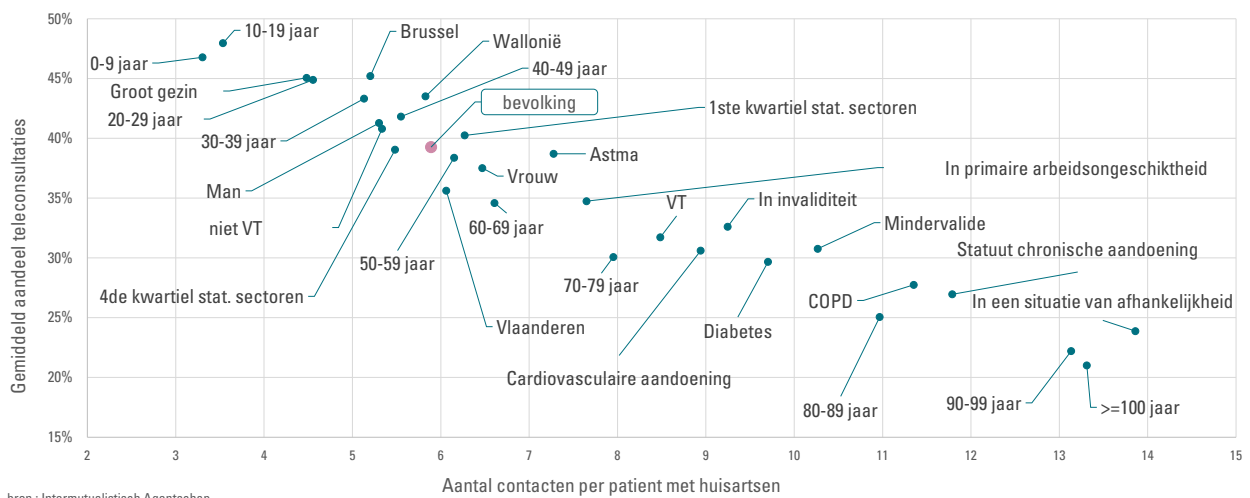
- Op de verticale as zien we dat, op nationaal niveau, per patiënt het gemiddelde aandeel van raadplegingen op afstand **39%** bedraagt (het mediane aandeel is 33%). Dit gemiddelde aandeel is hoger in Brussel (45%) en Wallonië (44%) dan in Vlaanderen (36%).

- Op de horizontale as zien we dat het aantal contacten met huisartsen op nationaal niveau rond de **5,9** contacten per patiënt ligt. Deze indicator ligt in Vlaanderen (6,1) iets hoger dan in Wallonië (5,8) en Brussel (5,2).

De overige punten in figuur 6 verwijzen naar verschillende groepen patiënten, en dat zowel volgens sociaal-demografische criteria (leeftijd, geslacht, sociaal statuut, enz.) als gezondheidstoestand (diabetes, astma, COPD, enz.). Hieruit blijkt hoe alle patiëntengroepen verdeeld zijn in vergelijking met dit referentiepunt (roze stip in figuur 6). Er tekent zich een tendens af: de groepen met een hoog aantal contacten met de huisarts zijn ook die met een lager percentage teleconsultaties.

Maar zelfs voor de groepen waar het aandeel teleconsultaties lager is dan het referentiepunt, wordt geen van hen gekenmerkt door een dramatisch laag percentage teleconsultaties. Het is waar dat een raadpleging op afstand niet gelijkwaardig is aan een fysieke ontmoeting met de huisarts. Het is normaal dat deze groepen, vooral patiënten met een verslechterde gezondheidstoestand, die aan een chronische aandoening lijden, behoefte hebben aan regelmatige opvolging en voorkeur hebben voor traditionele contacten.

Figuur 6 : Aandeel van teleconsultaties en aantal contacten met huisartsen, per patiëntengroep



bron : Intermutualistisch Agentschap

5. Besluit

Zoals we hierboven hebben gezien, waren het vooral artsen die in 2020 gebruik maakten van teleconsultaties. De meeste van deze contacten op afstand werden verzorgd door huisartsen, met het doel de continuïteit van de zorg voor hun patiënten te behouden.

Natuurlijk was het gebruik van teleconsultaties niet overal hetzelfde. Zo blijkt uit de analyses onder zorgverleners dat huisartsen van 65 jaar en ouder minder gebruik maakten van contacten op afstand dan hun jongere collega's. Evenzo kon worden vastgesteld dat bepaalde groepen patiënten minder vaak een beroep deden op teleconsultaties dan andere. Bijzondere aandacht ging hierbij uit naar groepen patiënten die kwetsbaarder zijn vanwege hun gezondheidstoestand of hun sociaal statuut. Maar de resultaten van de analyses wijzen er niet op dat de contacten op afstand de huisartsenpraktijk minder toegankelijk hebben gemaakt. Voor deze groepen, waar het aandeel teleconsultaties lager is, is het totale aantal contacten (alle typen samen) per patiënt namelijk ook hoger. Dat zou kunnen wijzen op een voorkeur voor face-to-face contacten.

Een raadpleging op afstand is niet hetzelfde als een fysiek contact met de huisarts. Dit is wat de respondenten

van de Intermutualistische enquête 2020 hebben gezegd: hoewel de meerderheid van hen tevreden is met teleconsultaties, geven ze wel duidelijk aan dat fysieke consultaties de voorkeur behouden, en dat teleconsultaties eerder uitzondering dan regel moeten zijn (Avalosse, Bruyneel, Hens, Kestens, & Willaert, 2020, p. 3). Bovendien hebben de respondenten van deze enquête een vrij duidelijk idee waarvoor teleconsultatie geschikt is: het is in de eerste plaats nuttig voor de opvolging van een bekend gezondheidsprobleem, vooral wanneer een lichamelijk onderzoek niet nodig is, om snel een advies te krijgen, om een nieuw voorschrift voor medicatie te krijgen, en om snel en gemakkelijk contact te kunnen opnemen met de zorgverlener.

Naast de face-to-face contacten hebben teleconsultaties tijdens de pandemie dus duidelijk hun plaats gevonden, en dat zowel tijdens de strikte lockdownperiode als daarna, toen de lockdown geleidelijk werd versoepeld, en tevens tegen het einde van het jaar. Welke toekomst is er weggelegd voor teleconsultaties? Concreet is er op korte termijn een nieuw tijdelijk kader opgesteld dat in de loop van 2022 zal worden toegepast. "Het is niet de bedoeling dat teleconsultaties alle gewone consultaties vervangen. In de gezondheidszorg blijven persoonlijk contact, lichamelijk onderzoek en menselijke face-to-face communicatie immers de fundamenteën. Wel kunnen teleconsultaties een nuttige aanvulling zijn" (RIZIV, 2022).

Teneinde dit soort contacten op langere termijn blijvend te verankeren in de nomenclatuur van verstrekkingen die vergoed worden door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, “[...] werkt een reflectiegroep momenteel aan een conceptnota voor een definitief orga-

nisatie- en financieel kader voor de raadplegingen op afstand. Deze reflectiegroep bestaat uit vertegenwoordigers van universiteiten, ziekenfondsen, artsensyndicaten, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en het RIZIV” (RIZIV, 2022).

Bibliografie

Avalosse, H., Bruyneel, L., Hens, E., Kestens, W., & Willaert, D. (2020). *Intermutualistische enquête: raadpleging op afstand*. Brussel: Nationaal Intermutualistisch College.

RIZIV. (2022). *Raadplegingen op afstand door artsen: een nieuwe terugbetalingsregeling in de loop van voorjaar 2022*. Geraadpleegd op 04-01-2022, via <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/Verstrekkingen-op-afstand-artsen/Paginas/raadplegingen-afstand-artsen-nieuwe-terugbetalingsregeling-2022.aspx>

Vrancken, J., Willaert, D., Avalosse, H., & Vanoverloop, J. (2022). *Teleconsultaties tijdens de COVID-19-pandemie. Door wie? Voor Wie?* Brussel: Intermutualistisch Agenstchap.

Solidariteit en armoede, wat kunnen wij doen?

Samenvatting van het tweemaandelijkse verslag (2020-2021) van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Hervé Avalosse – Studiedienst

Samenvatting

In dit artikel willen we een overzicht geven van de hoofdlijnen van het 11e tweemaandelijkse verslag (2020-2021) dat het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting heeft gepubliceerd onder de titel 'Solidariteit en armoede'. De originaliteit van dit verslag schuilt erin dat het tot stand is gekomen op basis van uitgebreid overleg met mensen in armoede, verenigingen en organisaties op het terrein. Het benadert solidariteit vanuit drie dimensies (bijdrage, herverdeling en collectiviteit) en richt zich meer specifiek op twee domeinen: werk en fiscaliteit. Deze keuze is het gevolg van het overlegproces: beide domeinen zijn essentieel in de strijd tegen armoede en solidariteit heeft hierin een centrale plaats.

Een meerwaarde van dit verslag is dat het solidariteit bestudeert vanuit het standpunt van de mensen in armoede, aan de hand van talrijke getuigenissen en interventies tijdens het overleg. Maar het verslag wil meer doen dan solidariteit illustreren en verdedigen als centrale waarde van onze samenleving. Daarom worden er allerlei voorstellen geformuleerd, stuk voor stuk gericht op het bestrijden van sociale ongelijkheid en armoede. Want een solidaire samenleving is een samenleving waarin we niemand aan de kant laten staan. Naar het motto van de Agenda 2030 van de Verenigde Naties, is 'To leave no one behind' tevens de rode draad en de slotboodschap van dit verslag. Daarnaast is het een duidelijke oproep tot politieke actie, voor meer sociale rechtvaardigheid, waaraan het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting op deze manier een bijdrage wil leveren.

Sleutelwoorden: Solidariteit, armoede, bijdrage, herverdeling, collectiviteit, fiscaliteit, werk

1. Inleiding

Het recente nieuws is wreed en dramatisch. De COVID-19-pandemie, de catastrofale overstromingen van het afgelopen jaar, de opvang van vluchtelingen uit oorlogsgebieden, al deze gebeurtenissen herinneren ons aan het belang van solidariteit. Of ze nu *direct*, door toedoen van burgers of verenigingen, of *indirect* en institutioneel is, door de tegemoetkomingen en beschermingsmechanismen van de sociale zekerheid, solidariteit stelt een samenleving als de onze in staat om allerlei crises (economisch, sociaal, klimatologisch, enz.) het hoofd te bieden.

Valorisatie van deze solidariteit is het centrale thema van het 11^e twejaarlijks verslag van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Het is het resultaat van overleg met mensen in armoede, verenigingen en actoren op het terrein. In dit verslag wordt solidariteit benaderd vanuit drie dimensies: **bijdrage**, **herverdeling** en **collectiviteit**. Twee domeinen krijgen hierbij extra aandacht: **werk** en **fiscaliteit**. Zoals blijkt uit de ondertitel van het verslag, is het doel zowel een bijdrage te leveren aan het debat over solidariteit als actie te voeren op beide domeinen. Daarom doet het verslag tevens meerdere voorstellen (waarvan we er hieronder enkele zullen bespreken).

2. De drie dimensies van solidariteit

De eerste twee dimensies van solidariteit – bijdrage en herverdeling – benadrukken het feit dat binnen een samenleving iedereen zowel een bijdrager als een rechthebbende is. Onze **bijdragende activiteiten** aan de samenleving zijn veelvoudig: allereerst natuurlijk door ons werk, maar ook via belastingen, onderwijs, wederzijdse hulp, vrijwilligerswerk, enz. In het verslag wordt benadrukt dat mensen in armoede ook een volwaardige bijdrage aan de maatschappij leveren. Desondanks “[ze] worden al te vaak afgedaan als parasieten” (naar een citaat op p. 12 van het verslag). Het wijst er verder op dat hun bijdragende activiteiten, zoals wederzijdse hulp of gezinssolidariteit, niet altijd genoeg aandacht of erkenning krijgen. Erger nog, binnen het statuut van samenwonende kan deze weder-

zijdse hulp soms zelfs bestraft worden. En op het gebied van werk zijn er maar weinig opties voor mensen die in armoede leven: daarvoor moet men immers toegang hebben tot de arbeidsmarkt. Als er voor hen al iets beschikbaar is, dan zijn het vaak preciaire banen met weinig maatschappelijk aanzien.

De **herverdelingsdimensie** herinnert ons eraan dat we dankzij solidariteit begunstigden zijn van meerdere vormen van steun, zowel via de hulp van dierbaren als via de verschillende mechanismen van belastingheffing en sociale zekerheid of de toegang tot verschillende openbare diensten. Wat dat betreft belicht het verslag de verschillende ‘mattheuseffecten’ waarvan mensen in preciaire situaties zo vaak het slachtoffer zijn, zoals de verminderde toegang tot publieke diensten, het niet gebruik maken van bepaalde sociale rechten (omdat het hen aan informatie ontbreekt of de procedures te ingewikkeld zijn). Bovendien gaat het recht op overheidssteun soms niet zonder stigma. Onze tegemoetkomingsmodellen leggen namelijk steeds meer nadruk op individuele verantwoordelijkheid.

De derde dimensie, de **collectiviteit**, verwijst naar de waarden van onze samenleving: solidariteit is een constructie die voortkomt uit een collectieve dynamiek. Het volstaat niet om te ‘geven’ en te ‘ontvangen’ (de eerste twee dimensies van solidariteit), we moeten ook collectief een solidaire maatschappij willen en om die reden strijden tegen sociale ongelijkheden. Dat is een politiek project waar iedereen bij betrokken is: “Solidariteit staat dus centraal in de opbouw van het collectieve maatschappelijke project voor de huidige en de toekomstige generaties. Solidariteit is zowel een uiting van als een voorwaarde tot sociale cohesie” (p. 80 van het verslag).

3. Werk

Dankzij werk kunnen we in de samenleving integreren en bijdragen aan die samenleving, bijvoorbeeld door de inning van sociale bijdragen waarmee dan weer de sociale zekerheid wordt gefinancierd. Helaas zijn mensen in armoede vaak werkloos, en anders hebben ze preciaire en soms zware banen (bijvoorbeeld nachtwerk). Toegang krijgen tot een duurzame en kwaliteitsvolle job (in termen van

1 Verwijzing naar het evangelie van Mattheus (13:12): “Want wie heeft zal nog meer krijgen, en het zal overvloedig zijn; maar wie niets heeft zal zelfs het laatste worden ontnomen”.

arbeids- en contractvoorwaarden, verloning, enz.) is dus een manier om uit een precare situatie te geraken. Voor laagopgeleiden blijft dit echter een enorme uitdaging. Bovendien gaat in ons land de kwaliteit van de nieuw gecreëerde banen er eerder op achteruit. “In 2016 [...] was 40% van de nieuwe banen deeltijds, 52% tijdelijk en 47% werd betaald in het laagste loonkwintiel” (p. 44 van het verslag).

Wat de socialezekerheidsbijdragen betreft, betreft het verslag dat “door bijvoorbeeld een deel van het loon uit te betalen in extralegale voordelen (maaltijdcheques, salariswagens ...) betalen werkgevers minder sociale bijdragen en verdienen werknemers netto meer” (p. 33 van het verslag). De financiering van de sociale zekerheid wordt hierdoor aangetast en dat leidt weer tot minder solidariteit. Bovendien merkt het verslag op dat “de meeste jobs die laaggeschoolde of kwetsbare groepen uitoefenen zelden of nooit extralegale voordelen opleveren. Deze werknemers dragen dus op hun volledige loon bij. Op die manier creëren extralegale voordelen een mattheuseffect” (p. 33 van het verslag).

Ten aanzien van de doelstelling om duurzame en kwaliteitsvolle banen te creëren, worden in het verslag verschillende pistes aangedragen. Een daarvan is de steun voor de sociale economie: “In het algemeen kan een systematisch en duurzaam versterkte sociale economie een structurele rol spelen in de strijd tegen armoede door de uitsluiting van economisch minder productieve arbeidskrachten af te remmen en de gevolgen van nieuwe evoluties, zoals robotisering, voor laaggeschoolden mee op te vangen” (p. 42 van het verslag).

Een ander voorstel is om ‘Gebieden zonder langdurige werkloosheid’ (GZLW) in het leven te roepen. In verschillende gebieden in Frankrijk werd hiermee reeds geëxperimenteerd. Het is gebaseerd op het idee dat niemand oninzetbaar is. Op plaatselijk niveau is het doel van het concept om “iedere langdurig werkloze die in het gebied woont, een baan met een contract van onbepaalde duur aan te bieden” (p. 42 van het verslag). Dit initiatief is vrijwillig en gaat niet gepaard met sancties. De mensen die ervoor in aanmerking komen moeten “in het middelpunt van het initiatief staan door hen te betrekken bij het besluitvormingsproces en door te vertrekken van hun vaardigheden en verwachtingen om te bepalen welke jobs gecreëerd moeten worden, waarbij tegelijk wordt ingespeeld op lokale behoeften waarin de markteconomie in deze gebieden niet lijkt te kunnen voorzien” (p. 42 van het verslag). Het Waalse en Brusselse Gewest hebben het idee om met GZLW's te experimenteren opgenomen in hun algemene

beleidsverklaring. In Vlaanderen bestaan er al gelijkaardige initiatieven: daar worden buurt- en nabijheidsdiensten (lokale diensteneconomie) ondersteund, zoals sociale restaurants, kinderdagverblijven, groenonderhoud, enz.

4. Fiscaliteit

Belastingen spelen een belangrijke rol in de financiering van onze herverdelingsmechanismen en daarmee in de structurele organisatie van solidariteit. Het verslag onderstreept het idee dat “de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen” (p. 59 van het verslag). Helaas kunnen we alleen maar constateren dat de progressiviteit van onze belasting in de loop van de tijd is uitgehold, waardoor de herverdelende effecten van ons belastingstelsel gedeeltelijk zijn uitgewist. Een andere negatieve constatering is dat lineaire (zoals btw en accijnzen) of forfaitaire (bijvoorbeeld op huishoudelijk afval) belastingen neigen toe te nemen en zwaarder wegen voor mensen met een beperkt budget. Tot slot worden in ons belastingstelsel roerende inkomsten tegen lagere tarieven belast dan inkomsten uit werk. Inkomsten uit kapitaal worden zelfs heel weinig belast.

De vrees bestaat dat er steeds meer belastingen op gedrag komen. Het voorbeeld dat in het verslag wordt genoemd is de koolstofaks, een hulpmiddel dat zou kunnen worden ingevoerd in het kader van het beleid om de opwarming van de aarde tegen te gaan. Maar beschikken mensen in precare situaties wel over de middelen om hun energieverbruik te verminderen? Hebben ze de mogelijkheid om hun woonruimte te isoleren? Kunnen ze een nieuwe auto kopen en hierbij voor een minder vervuilende auto kiezen? Met dit soort fiscaliteit om het gedrag te sturen bestaat het risico dat mensen in armoede proportioneel zwaarder getroffen worden dan anderen. Het verslag suggereert op zijn minst dat er sociale correctiemechanismen moeten komen om de gevolgen van een dergelijke belasting voor de laagste inkomens te compenseren. “Er werd ook voorgesteld om een deel van de opbrengsten uit een koolstofaks aan te wenden voor de financiering van een sociaal energiefonds, waarmee vervolgens onder meer de bouw van extra sociale en energiezuinige woningen gefinancierd kan worden” (p. 98 van het verslag).

Ten slotte wijst het verslag nog eens op de ongelijke verdeling van de welvaart in ons land. Hierbij benadrukt het met name het feit dat de *extreme rijkdom* de afgelopen jaren is toegenomen: in 2019 waren er 132.000 miljonairs (in

dollars), een stijging van 8% ten opzichte van 2018 en van 60% ten opzichte van 2012. “Ook de gemiddelde rijkdom van deze miljonairs stijgt. [...] De gemiddelde Belgische miljonair in 2019 een vermogen van 2,5 miljoen euro bezat, 62% meer dan in 2012” (p. 66 van het verslag).

Deze vermogensongelijkheden worden als problematisch beschouwd: “rijkdom verschaft een grote economische en politieke macht, terwijl armoede leidt tot een leven waarin grondrechten niet effectief kunnen worden gerealiseerd” (p. 66 van het verslag). Ze ondermijnen onze waarden: “De gedachte van een samenleving waarin extreme rijkdom voor sommigen samengaat met toenemende armoede voor de rest van de bevolking was ethisch ondraaglijk voor de deelnemers aan het overleg” [dat was opgezet door het Steunpunt tot bestrijding van armoede en waarop het verslag is gebaseerd] (p. 67 van het verslag).

Het verslag doet een duidelijke oproep “om het systeem van belastingen en heffingen rechtvaardiger te maken” (p. 97 van het verslag). “Belangrijk is dat de betrokken overheid ex ante – op voorhand – de impact nagaat van een nieuwe belasting of van een hervorming, met betrokkenheid van mensen in armoede en andere actoren” (p. 99 van het verslag). Hiertoe worden verschillende concrete voorstellen gedaan om de belastingen progressiever te maken: hogere belastingtarieven voor de hoogste inkomensschijven, globalisatie van de inkomsten, invoering van een progressieve vorm van vermogensbelasting, enz.

5. To leave no one behind

Dat is het motto van de Agenda 2030 van de Verenigde Naties. Maar het is tevens de algemene boodschap van dit verslag. De samenleving organiseren rond solidariteit als centrale waarde betekent strijden tegen sociale ongelijkheden, ervoor zorgen dat iedereen een waardig leven kan leiden en zo de samenleving tot bloei laten komen. “Solidariteit is een onmisbare voorwaarde voor het samenleven in een maatschappij: solidariteit versterkt mee het sociale weefsel, verbindt mensen en geeft vorm aan het samenleven, geeft betekenis aan de staat ... Idealiter ondersteunt ze de verwezenlijking van mensenrechten voor iedereen, laat ze de hele bevolking genieten van medische, technologische en wetenschappelijke vooruitgang en kennis, en bevordert ze een positieve maatschappelijke ontwikkeling op sociaal of milieuvlak” (p. 80 van het verslag).

Om dit te bereiken roept het verslag op tot de uitvoering van structurele maatregelen gericht op het creëren van “voldoende toegankelijke en kwaliteitsvolle jobs, de versterking van de sociale zekerheid, een rechtvaardige fiscaliteit, en kwaliteitsvolle en toegankelijke publieke diensten” (p. 114 van het verslag). Als de verschillende overheden dit verslag zouden willen meenemen in het kader van een toekomstige Interministeriële conferentie rond armoedebestrijding, of in het kader van het relanceplan, zou dat een eerste stap en een krachtig signaal zijn.

Bibliografie

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2021). *Solidariteit en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijks Verslag 2020-2021*, Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.

Het volledige verslag is hier beschikbaar op: <https://www.armoedebestrijding.be/publicaties/publicaties-steunpunt/tweejaarlijks-verslag/solidariteit-en-armoede-een-bijdrage-aan-politiek-debat-en-politieke-actie/>







Gezondheid & Samenleving 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 *Gezondheid & Samenleving*, kan je in bepaalde specifieke gevallen ook vragen om uw persoonsgegevens definitief te laten verwijderen. In plaats van verwijdering kan je vragen om de gegevens te bewaren, maar niet meer te verwerken (behalve in bepaalde gevallen die door de wet worden voorgeschreven).

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

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

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

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst

Mieke Hofman

Haachtsesteenweg 579

1031 Schaarbeek

Of per mail: GezondheidEnSamenleving@cm.be

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

Inhoud

Editoriaal : Samen beslissen 02

Studie: Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg in België 06

Studie: Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg 18

Studie: Evolutie van terugbetaalde antibiotica van 2015 tot 2021 38

Voor u gelezen: Teleconsultaties tijdens de COVID-19-pandemie. Een studie van het Intermutualistisch Agentschap 60

Voor u gelezen: Solidariteit en armoede, wat kunnen wij doen? 72

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Hoofdredactie

Eindredactie

Layout

Druk

Retouradres

Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

Élise Derroitte

Astrid Luybaert, Svetlana Sholokhova

CM - team grafische vormgeving: Helga Van Aken en Herman Barthels

Albe De Coker

CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579,
PB 40, 1031 Brussel