

# & GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

**04** Gezondheidsprofiel van onze ouderen

**44** Budget gezondheidszorg 2024: 'eerst de inhoud'

9 - april 2024

**Een systeem  
onder druk**

# Een systeem onder druk

## Editio



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

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

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

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

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

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

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

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

Élise Derroitte  
Directie Beleid en Studies

## Bibliografie

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

# Gezondheidsprofiel van onze ouderen

Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest – Studiedienst

## Samenvatting

We horen het telkens weer: “België vergrijsst”. Maar wat betekent dat? Het betekent dat het aantal en het aandeel ouderen in de bevolking toeneemt. Demografische projecties geven aan dat het aantal 80-plussers tegen 2050 verdubbeld zal zijn. Ouder worden is op zich geen slecht nieuws: het vooruitzicht van een lang en bevredigend leven is eerder positief. Maar we zullen niet allemaal de kans krijgen om in goede gezondheid oud te worden: veel ouderen zullen te maken krijgen met (acute of chronische) gezondheidsproblemen en verlies van zelfredzaamheid. En samen met het aantal ouderen zal ook het gebruik van gezondheidsdiensten en ondersteunende diensten toenemen. We staan dus voor een grote maatschappelijke uitdaging.

Hoe kunnen we ons hierop voorbereiden? Ten eerste door het gezondheidsprofiel van onze ouderen op te stellen. Wat is hun gezondheidstoestand? Wat is hun sociale situatie? Op welke zorg doen ze een beroep? CM heeft al veel studies gepubliceerd over ouderenzorg. Maar dit waren vaak maar deelstudies. Met deze studie willen we systematisch te werk gaan. Voor het eerst maken we een globale analyse van het profiel van de CM-senioren, dus onze leden van 65 jaar en ouder, in de periode 2016 tot 2022. Hierna volgen enkele algemene resultaten.

## Gezondheidsindicatoren

- Hart- en vaatziekten zijn het meest voorkomende gezondheidsprobleem (62% van de 65-plussers). Daarna volgen trombose (41%), diabetes (18%) en psychische aandoeningen (13%). Ongeveer een vijfde van onze ouderen lijdt aan geen enkele van de in deze studie onderzochte aandoeningen.
- Het percentage mensen dat palliatieve zorg krijgt, is vrij laag: 1,5% van de 65-plussers, 4% van de 80-plussers.
- Elk jaar overlijdt ongeveer 4% van de 65-plussers en 12% van de 85-plussers.


### Indicatoren van sociale kwetsbaarheid

- Het aandeel begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming (VT) daalt van 29% in 2016 naar 25% in 2022. Wel is in 2022 nog bijna 45% van de 80-plussers VT-er.
- Het aandeel mensen met het statuut chronische aandoening neemt toe van 31% in 2016 naar 37% in 2022.
- Bijna een op de drie 65-plussers woont alleen (eenpersoonshuishouden). In Brussel is dat bijna de helft.

### Indicatoren van zorggebruik

- De voorkeur gaat duidelijk uit naar de huisarts: meer dan negen op de tien ouderen doen er minstens één keer per jaar een beroep op. Ambulante contacten met specialisten zijn ook zeer frequent: in 2022 deed 78% van de 65-plussers hier minstens één keer een beroep op. Ongeveer 21% van onze ouderen maakt gebruik van thuisverpleging. Het gebruik van ambulante afgeleverde geneesmiddelen is aanzienlijk: 86% van de 65-plussers gebruikt minstens 180 DDD per jaar.
- Een op de vijf 65-plussers werd in 2022 opgenomen in het ziekenhuis of deed een beroep op de dienst spoedgevallen. Eén op de vier maakte minstens één keer gebruik van daghospitalisatie.
- De dagverzorgingscentra worden weinig gebruikt: in 2022 0,5% van de 65-plussers en 1,1% van de 85-plussers. Het gebruik van centra voor kortverblijf ligt iets hoger: 1,3% van de 65-plussers maakte er in 2022 minstens één keer gebruik van (4,3% van de 85-plussers). De ouderen die in woonzorgcentra verblijven, zijn talrijker: in 2022 7,3% van de 65-plussers en 28% van de 85-plussers.

Achter deze algemene trends gaat ook een aantal variaties schuil. Natuurlijk zijn er de verwachte leeftijdseffecten. Opvallender zijn echter de effecten gerelateerd aan het VT-statuuut. Ouderen met het VT-statuuut hebben systematisch slechtere gezondheidsindicatoren.



Het percentage waargenomen overlijdens bijvoorbeeld, is bij de VT-ers 2,4 keer hoger dan bij de andere ouderen. De prevalentie van chronische aandoeningen is eveneens hoger bij ouderen met het VT-statuu. Tot slot doen deze personen vaker een beroep op de huisarts (maar minder vaak op specialisten), op thuisverpleging en op de spoeddienst van ziekenhuizen, zijn ze vaker ingeschreven bij een wijkgezondheidscentrum, worden ze vaker opgenomen in een ziekenhuis en verblijven ze vaker in een woonzorgcentrum. Er zijn ook veel regionale verschillen. Zo is het aandeel Brusselaars en Luikenaars dat een huisarts consulteert kleiner, maar wordt dat gecompenseerd door het feit dat zij vaker ingeschreven zijn bij een wijkgezondheidscentrum. Ouderen in Brussel gaan vaker naar de dienst spoedgevallen van een ziekenhuis dan anderen. Ouderen in Limburg en Henegouwen maken vaker gebruik van thuisverpleging.

Het profiel van de ouderen is dus gediversifieerd. Hiermee rekening houden, evenals met de lokale situatie (zowel in sociaal opzicht als op vlak van het zorgaanbod) is een grote uitdaging voor alle beleidsmakers (zowel federaal als regionaal) en terreinactoren. In het licht van dit profiel zien we nu al een aantal pistes voor actie voor de toekomst: blijven investeren in de eerstelijnszorg, aandacht schenken aan de levenskwaliteit van onze ouderen en aan de meest kwetsbaren en de mantelzorgers ondersteunen.

Sleutelwoorden: Ouderenzorg, vergrijzing, kwetsbaarheid, gezondheidstoestand, zorggebruik, kwantitatieve studie



## Inleiding: De uitdaging van de vergrijzing

Net als in veel andere landen zal de bevolking ook in België de komende jaren blijven vergrijzen. Dat betekent dat het aandeel en het aantal ouderen onder de bevolking zal blijven toenemen. Volgens de demografische projecties van het Federaal Planbureau en Statbel, zal het aandeel 65-plussers als volgt evolueren: 19,6% in 2022, 22,2% in 2030, 24,4% in 2040 en 25,1% in 2050. En binnen deze groep ouderen zal het aantal 80-plussers aanzienlijk toenemen. In 2022 waren dat er 643.700 (5,6% van de totale bevolking) en in 2050 zal dit naar verwachting het dubbele zijn (1.272.500 80-plussers, dit is 10,1% van de totale bevolking) (Bureau fédéral du Plan & Statbel, 2023).

Deze vergrijzing van de bevolking hangt samen met een dubbel fenomeen: enerzijds een laag vruchtbaarheidscijfer, dat op lange termijn laag zal blijven (van ongeveer 1,6 kinderen per vrouw in 2022 naar 1,7 kinderen per vrouw in 2050), en anderzijds een stijging van de levensverwachting<sup>1</sup>. In 2022 bedraagt de levensverwachting bij de geboorte 79,8 jaar voor mannen en 84,2 jaar voor vrouwen. Tegen 2050 zou deze levensverwachting oplopen tot 85,4 jaar voor mannen en 87,9 jaar voor vrouwen. Ook voor de ouderen neemt de levensverwachting toe. Voor een man en vrouw van 65 jaar bedraagt de levensverwachting in 2022 respectievelijk 18,4 jaar en 21,4 jaar. Dit zou evolueren naar respectievelijk 19,7 jaar en 22,4 jaar in 2030, 21,0 jaar en 23,4 jaar in 2040 en 22,3 jaar en 24,3 jaar in 2050.

Dit zijn algemene trends voor het geheel van de Belgische bevolking. Maar de vergrijzing is niet homogeen en zal dat niet worden. Ze wordt gekenmerkt door verschillen.

- De vergrijzing verschilt van gewest tot gewest. Wat de geboortes betreft, ligt het Waalse vruchtbaarheidscijfer in 2022 iets hoger dan het Vlaamse. Toch is het vruchtbaarheidscijfer de afgelopen jaren in alle gewesten gedaald. Bovendien “wijst een analyse per gewest op een dubbel fenomeen: een convergentie sinds 2004 tussen de Waalse en Vlaamse vruchtbaarheidscijfers, en een Brussels vruchtbaarheidscijfer dat sinds 2021 lager ligt dan dat in de andere gewesten, terwijl het er historisch gezien ruim boven lag” (IWEPS, 2023, eigen vertaling). De regionale verschillen zijn meer uit-

gesproken als we kijken naar de levensverwachting bij de geboorte: die is hoger in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel. Ook het aandeel van de bevolking van 80 jaar en ouder is groter in Vlaanderen (6,1% in 2022) dan in Wallonië (5,1% in 2022) en Brussel (3,8% in 2022). De demografische projecties voor de toekomst geven aan dat deze trend structureel is: Vlaanderen vergrijst sneller dan de andere twee regio's van het land (en zal dat blijven doen).

- De veroudering is niet voor alle sociale groepen identiek. Onderzoekers van de UCLouvain merken op: “Tussen 1992-1996 en 2011-2015 is de levensverwachting op 65-jarige leeftijd voor alle sociale groepen gestegen, zowel bij mannen als bij vrouwen, maar niet in hetzelfde tempo: hoger voor de meer bevoorrechten, langzamer voor de minder bevoorrechten. [...] Dezelfde conclusies gelden voor de levensverwachting op 80-jarige leeftijd naargelang de sociale groep” (Eggerickx, Sanderson, Vandeschrick, & Donadille, 2021, p. 113, eigen vertaling).

We kunnen de algemene toename van de levensverwachting toejuichen, maar moeten ons ook vragen stellen over de ‘kwaliteit’ van de veroudering: worden we in goede gezondheid ouder? Volgens Eurostat kan een vrouw van 65 jaar in 2021 verwachten nog 11,3 jaar in goede gezondheid te leven<sup>2</sup> (Eurostat, 2023). Haar totale levensverwachting is 21,4 jaar (Bureau fédéral du Plan & Statbel, 2023). Dat betekent dat een vrouw van 65 jaar gemiddeld 10,2 jaar in slechte gezondheid zal leven. Voor mannen van 65 jaar bedraagt die morbiditeitsperiode 7 jaar. Een andere interessante indicatie van de gezondheid van de oudere bevolking wordt gegeven door de Belgische gezondheidsenquête die regelmatig door Sciensano wordt georganiseerd. In 2018 zei ongeveer 40% van de personen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar te lijden aan ten minste één ziekte of chronische aandoening. Bij de 75-plussers loopt dat percentage op tot 44% (Van der Heyden & Charafeddine, 2019).

De vergrijzing van de bevolking zal dus niet neutraal zijn voor de gezondheidszorg. Niet iedereen zal in goede gezondheid oud worden en veel mensen zullen te maken krijgen met gezondheidsproblemen en een verlies van zelfredzaamheid. En met het stijgende aantal ouderen zal het zorggebruik (en het gebruik van andere ondersteunende diensten zoals thuishulp) alleen maar toenemen.

1 De levensverwachting bij geboorte is het aantal jaren dat een persoon gemiddeld kan verwachten te leven, gebaseerd op de huidige mortaliteit.

2 Een goede gezondheid wordt gedefinieerd door de afwezigheid van activiteitsbeperkingen / de afwezigheid van handicaps.



Er is een breed scala aan zorg- en ondersteuningsdiensten beschikbaar om ouderen met gezondheidsproblemen te helpen. Ten eerste is er een uitgebreide medische en paramedische zorg, zowel ambulante als in het ziekenhuis (huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, klassieke ziekenhuisopnames, dagopnames, enz.). Daarnaast zijn er veel diensten voor thuiszorg, zoals gezinshulp, huishoudhulp, vervoersdiensten, maaltijden aan huis, enz. Naast de acute ziekenhuiszorg zijn er ook semi-residentiële voorzieningen (verschillende vormen van dag- en nacht-zorg, herstelverblijven en revalidatiecentra, centra voor kortverblijf) en residentiële centra voor langdurige zorg (woonzorgcentra al dan niet met bijkomende erkenning<sup>3</sup>).

Dat diverse en complexe aanbod brengt een aantal uitdagingen met zich mee. Hoe kunnen we de coördinatie en continuïteit van al deze vormen van zorg en ondersteuning garanderen? Hoe kunnen we inspelen op de vaak geuite wens van ouderen om in hun vertrouwde omgeving te blijven (*'ageing in place'*) (Koning Boudewijnstichting, 2023a)? In het kader van het thuiszorgbeleid zijn er veel voorzieningen om die optie realistisch te maken, nog los van de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers. Het is trouwens een prioriteit die bepleit wordt in heel wat beleidsvoering. De voormalige minister van Volksgezondheid van de Vlaamse regering, Wouter Beke, verklaarde in zijn beleidsnota: "Mensen willen zo lang mogelijk thuis wonen. We zetten daarom verder in op het zo lang mogelijk thuis of in de buurt kunnen blijven wonen met aangepaste zorg, infrastructuur en technologische innovaties" (Beke, 2019, p. 50). "We zetten sterk in op buurtwerking en op vermaatschappelijking van de zorg" (Beke, 2019, p. 52). Hetzelfde geldt voor Wallonië: "De regering zal er een prioriteit van maken om mensen met verlies van autonomie thuis te houden als ze dat wensen" (Wallonie, 2019, p. 92, eigen vertaling).

Het zorgaanbod zal in de nabije toekomst waarschijnlijk ingrijpend evolueren. In de afgelopen jaren zijn heel wat innovatieve projecten opgezet. Zo zijn er sinds 2018 twaalf projecten voor geïntegreerde zorg ontwikkeld. Het doel is om nieuwe modellen van zorg te testen "waarbij de gezondheidsdiensten zodanig georganiseerd worden dat de patiënt-e zorgcontinuïteit ervaart in de gehele zorgverlening" (Integreo, 2023). Deze projecten zijn vooral gericht op mensen met een chronische aandoening. Daarnaast zijn er negentien projecten voor alternatieve vormen van zorg voor kwetsbare ouderen (RIZIV, 2023a). De ervaring die in al deze projecten wordt opgedaan, zal bijdragen aan

de ontwikkeling van een toekomstig Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg (RIZIV, 2023b).

De vergrijzing van de bevolking plaatst de samenleving voor grote uitdagingen wat betreft de toekomstige ontwikkeling van het aanbod en de organisatie van zorg en van hulp- en ondersteuningsdiensten. Daarom is het belangrijk dat we het profiel van de ouderen kennen. Wat is hun socio-demografisch profiel? Wat is hun gezondheidstoestand? Hoe gebruiken ze de zorg? Welke evoluties zien we? Zijn er verschillen volgens bepaalde parameters? CM heeft al veel onderzoeken gepubliceerd over de gezondheid van en de gezondheidszorg voor ouderen. Maar ze waren vaak fragmentarisch, gericht op de ene of andere zorgsector (zoals woonzorgcentra, geneesmiddelen) (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020; Noirhomme & Lambert, 2020). In deze studie willen we meer systematisch te werk gaan. Op basis van de beschikbare gegevens hebben we een verkennende en beschrijvende analyse gemaakt van het profiel (socio-demografisch en gezondheidstoestand) van en het zorggebruik door 65-plussers (eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, residentiële zorg), en van hun evolutie in de periode van 2016 tot 2022. Eerst wordt de gebruikte methodologie beschreven. Vervolgens worden de belangrijkste resultaten van de analyse voorgesteld en besproken. Op basis hiervan formuleren we een aantal conclusies en aanbevelingen.

## 1. Methodologie: Hoe kunnen CM-gegevens inzicht geven in het profiel van ouderen?

### 1.1. Selectie van de studiepopulatie

Voor deze studie zijn in 2023 zowel de facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering, die het gebruik van het gezondheidssysteem weergeven, als de profielgegevens geanalyseerd van alle CM-leden die in de periode 2016-2022 in de loop van een kalenderjaar 65 jaar of ouder zijn. De personen zijn niet noodzakelijk tijdens de volledige periode of tijdens een volledig kalenderjaar aanwezig in onze databank. Leden kunnen uit de databank verdwijnen omwille van een uitgaande mutatie of wegens hun over-

<sup>3</sup> Een woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning komt overeen met het vroegere rustoord voor bejaarden. Een woonzorgcentrum met bijkomende erkenning komt overeen met het vroegere rust- en verzorgingstehuis.

lijden. Daartegenover staat dat nieuwe leden toegevoegd kunnen worden in de loop van een jaar. We beschikken over een steekproef van 1.005.266 65-plussers in 2016 en 1.096.495 65-plussers in 2022.

## 1.2. Operationalisering van de variabelen

### 1.2.1. Gezondheidsprofiel

#### Chronische aandoeningen

De gegevens waarover de ziekenfondsen beschikken bevatten geen diagnostische informatie. Maar door gebruik te maken van facturatiegegevens van ambulant afgeleverde geneesmiddelen (facturatiecircuit Farmanet) of van bepaalde specifieke prestaties, kan men bepaalde aandoeningen detecteren. Voor deze studie hebben we 22 aandoeningen geselecteerd (zie Tabel 1). De meeste daarvan zijn gedetecteerd met de methode die wordt gebruikt in de 'Echantillon Permanent Steekproef' (in het document 'EPS-flags'), een database van het Intermutualistisch Agentschap (IMA, 2019).

Voor de met een asterisk gemarkeerde aandoeningen zijn we als volgt te werk gegaan:

- De cardiovasculaire aandoeningen werden onderverdeeld in twee categorieën, met detectie op basis van de volgende klassen geneesmiddelen: antihypertensiva<sup>4</sup> (ATC-klassen<sup>5</sup>: C02, C03, C07, C08 en C09), cardiaca (C01) (MLOZ, 2013).
- De detectie van diabetes volgt de methode die gebruikt wordt in de IMA-Atlas van het Intermutualistisch Agentschap. Mensen worden geacht diabetes te hebben wanneer ze antidiabetica (A10) gebruiken of als ten minste een van de specifieke prestatiecodes voor diabetespatiënten (bijvoorbeeld diabeteszorgtraject) geattesteerd is.
- Mensen die aan een zeldzame aandoening lijden worden geïdentificeerd op basis van de lijst van mensen die een akkoord hebben gekregen van de adviserend arts voor de terugbetaling van een weesgeneesmiddel<sup>6</sup>.
- De detectie van kanker combineert verschillende criteria: minstens één van de specifieke prestaties voor

kankerpatiënten hebben ontvangen (multidisciplinaire oncologische raadpleging, radiotherapie, oncologische daghospitalisatie), of een beroep hebben gedaan op de geneesmiddelen gebruikt in het kader van chemotherapie (L01).

- Mensen die lijden aan depressie, psychose en angststoornissen worden gedetecteerd via psychoanaleptica (N06A, N06C) en psycholeptica (N05A, N05B).
- Voor de detectie van nierinsufficiëntie hebben we zowel rekening gehouden met de geneesmiddelen vermeld in het document 'EPS-flags' als met de prestatiescodes voor dialyse.

Tabel 1: Lijst van geselecteerde aandoeningen

1	Cardiovasculaire aandoeningen - hypertensie* °
2	Cardiovasculaire aandoeningen - cardiaca* °
3	Trombose – Antitrombotica °
4	Chronisch obstructief longlijden (COPD) °
5	Astma °
6	Mucoviscidose °
7	Diabetes*
8	Exocriene aandoeningen van de pancreas °
9	Psoriasis °
10	Reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, artritis psoriatica °
11	Depressie, psychose, angststoornissen* °
12	Ziekte van Parkinson °
13	Epilepsie plus neuropathische pijn °
14	HIV °
15	Chronische hepatitis B en C °
16	Multiple sclerose °
17	Organtransplantatie °
18	Ziekte van Alzheimer °
19	Nierinsufficiëntie* °
20	Schildklierandoeningen °
21	Zeldzame aandoeningen*
22	Kanker *

° Voor geneesmiddelen, rekening houdend met minimum 90 DDD op jaarbasis.

4 Deze geneesmiddelen kunnen preventief worden gebruikt bij hart- en vaatziekten.

5 Het ATC-classificatiesysteem (Anatomisch Therapeutisch Chemisch) is de internationale classificatie van geneesmiddelen die door de Wereldgezondheidsorganisatie is opgesteld.

6 Zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-terugbetalen/weesgeneesmiddelen>.

## Palliatieve zorg

Het gebruik van palliatieve zorg is gebaseerd op specifieke facturatiegegevens: forfait thuisverpleging voor palliatieve patiënten, forfait voor palliatieve patiënten in dagverzorgingscentra, bezoeken van een huisarts aan een palliatieve patiënt-e, kinesitherapie sessies voor palliatieve patiënten thuis, forfait voor palliatieve patiënten (een tegemoetkoming van 756 euro in 2023, eenmalig hernieuwbaar), prestaties door multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging. Ook inbegrepen zijn mensen die in het ziekenhuis verbleven op een afdeling gespecialiseerd in chronische aandoeningen die palliatieve zorg vereisen (dienst 64). Deze facturatiegegevens dekken waarschijnlijk niet alle bestaande palliatieve situaties.

## Kwetsbaarheid

De kwetsbaarheid wordt gemeten aan de hand van drie indicatoren.

- Recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (VT) - Met dit sociaal statuut krijgt men hogere terugbetalingen van de verplichte ziekteverzekering. Het wordt toegekend aan huishoudens met een laag inkomen (onder een bepaald inkomensplafond). Dit is een indicator van economische kwetsbaarheid.
- Recht hebben op het statuut van persoon met een chronische aandoening<sup>7</sup> - Dit statuut wordt toegekend aan personen met hoge gezondheidszorguitgaven (minimaal 365 euro<sup>8</sup> per kwartaal gedurende acht opeenvolgende kwartalen), die recht hebben op het forfait voor chronisch zieken<sup>9</sup> of aan een zeldzame ziekte of weesziekte lijden. Dankzij dit statuut wordt het grensbedrag van het remgeld in het kader van de maximumfactuur<sup>10</sup> verlaagd. Dit statuut wijst meestal op een slechte gezondheidstoestand (zoals blijkt uit de hoge en terugkerende kosten voor gezondheidszorg).
- Eenpersoonshuishouden - Op basis van de gezinsamenstelling worden de eenpersoonshuishoudens geïdentificeerd. Het begrip huishouden is dat van de maximumfactuur. Het komt overeen met het de facto huishouden, dus alle personen die volgens het Rijksregister op 1 januari van het betreffende jaar op hetzelfde adres wonen.

## 1.2.2. Indicatoren zorggebruik

### Eerstelijnszorg

Voor de eerstelijnszorg is in deze studie vooreerst gekeken naar prestaties door huisartsen en specialisten. Daarbij is enkel rekening gehouden met prestatiecodes die wijzen op een contact met een arts, meer bepaald raadplegingen, bezoeken en adviezen. De contacten met een huisarts kunnen ook verlopen via een wijkgezondheidscentrum (medisch huis). Voor deze wijkgezondheidscentra hebben we in onze databank geen informatie over de activiteit, over het volume van contacten. We weten enkel of een CM-lid ingeschreven is in een wijkgezondheidscentrum of niet. Naast contacten met een arts, beschikken we ook over prestaties thuisverpleging. Hierbij is nagegaan of voor een lid uit de studiepopulatie in de loop van een kalenderjaar minstens één gefactureerde prestatie thuisverpleging was.

### Residentiële en semi-residentiële ouderenzorg

Voor de zorgvormen woonzorgcentrum (WZC), centrum voor kortverblijf (CVK) en dagverzorgingscentrum (DVC) is nagegaan voor welk aandeel CM-leden van 65 jaar of ouder in de loop van een kalenderjaar minstens een verblijfsdag in deze voorzieningen is gefactureerd. De berekening van het aantal gebruikers gebeurde per type voorziening.

### Ziekenhuiszorg

Voor alle personen van 65 jaar en ouder uit ons databestand hebben we gekeken wie in de loop van een jaar (1 januari - 31 december) opgenomen geweest is in het ziekenhuis. Zowel klassieke opnames als opnames in het dagziekenhuis werden meegenomen. Een klassieke opname houdt in dat er minstens één overnachting in het ziekenhuis is. Een klassieke opname werd meegenomen in de dataset van een gegeven kalenderjaar indien de opnamedatum in het betreffende jaar lag, ongeacht het kalenderjaar van de ontslagdatum.

Naast de klassieke opnames en opnames in het dagziekenhuis, zijn ook de contacten met de spoedafdeling van een ziekenhuis onder de loep genomen. Voor elke 65-plusser die zich op spoed aanmeldde, werd slechts één contact per dag geregistreerd om geen vertekend beeld te krijgen door personen die bijvoorbeeld twee maal op dezelfde dag op spoed terecht kwamen.

7 Voor het jaar 2022 hebben de geanalyseerde gegevens betrekking op de situatie in juni. Ten tijde van het uitvoeren van de studie waren alleen deze gegevens beschikbaar.

8 Bedrag voor 2023.

9 Zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/forfait-voor-chronisch-ziekten>.

10 Zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiële-toegankelijkheid/de-maximumfactuur-maf>.

### Ambulant afgeleverde geneesmiddelen

Voor alle 65-plussers in de studiepopulatie hebben we gekeken of ze gebruik hebben gemaakt van terugbetaalbare geneesmiddelen ambulant afgeleverd door publieke officina. We hebben ook een schatting gemaakt van het globaal volume geneesmiddelen, berekend als het aantal DDD per persoon en per jaar. "DDD is het acroniem voor de Engelse term *defined daily dose*, letterlijk de gedefinieerde dagelijkse dosis. Deze dosis wordt gedefinieerd als de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel dat voor diens hoofdindicatie bij volwassenen wordt gebruikt. [...] De DDD wordt bepaald door een bureau van deskundigen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor elke werkzame stof die is opgenomen in de internationale ATC-classificatie van werkzame bestanddelen" (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, pp. 457-458, eigen vertaling).

Voor de personen die ambulant afgeleverde terugbetaalbare geneesmiddelen hebben gebruikt, hebben we op basis van hun jaarlijks DDD-volume de volgende twee indicatoren geconstrueerd:

- 1) Percentage personen dat minder dan 180 DDD per jaar heeft gebruikt van ambulant in de apotheek afgeleverde geneesmiddelen;
- 2) Percentage personen dat 180 DDD of meer per jaar heeft gebruikt van ambulant in de apotheek afgeleverde geneesmiddelen.

### 1.3. Beperkingen van de studie

Een eerste beperking is dat voor dit onderzoek enkel de gegevens van CM-leden zijn geanalyseerd. Hoewel CM een marktaandeel heeft van 40,1% van de totale bevolking en ruim 46,3% van de 65-plussers (RIZIV, gegevens 2022<sup>11</sup>), stemt het CM-ledenprofiel niet noodzakelijk overeen met dat van andere ziekenfondsen en kunnen de resultaten niet zomaar veralgemeend worden voor de Belgische bevolking van 65 jaar en ouder. Zo is binnen de CM-ledenpopulatie het aandeel 65-plussers iets groter dan binnen de Belgische bevolking en is dit aandeel binnen de CM-ledenpopulatie de voorbije jaren sterker toegenomen dan in de Belgische bevolking (9% tegenover 7%, eigen berekening op basis van gegevens Statbel). Bovendien moet er ook

rekening mee worden gehouden dat de CM-ledenpopulatie ongelijk verdeeld is over het land. Volgens gegevens van het RIZIV<sup>12</sup> woonde op 31 december 2022 76,0% van de CM-leden van 65 jaar en ouder in het Vlaams Gewest, 20,3% in het Waals Gewest en 2,5% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest<sup>13</sup>. Gezien het beperkte marktaandeel van CM in Brussel (17,5%), moeten de resultaten voor deze regio met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Vervolgens zijn er enkele beperkingen inherent aan het feit dat de ziekenfondsgegevens in de eerste plaats administratieve gegevens zijn die verzameld worden in het kader van ledenbeheer en facturatie van gezondheidszorg.

- Voor sommige kenmerken zoals kwetsbaarheid of gezondheidstoestand bevatten de gegevens geen directe indicatoren zoals inkomens- of vermogensgegevens van de leden, het opleidingsniveau of klinische of diagnostische gegevens. Voor deze kenmerken gebruiken we proxyvariabelen die relevante informatie geven over de indicator die we willen schetsen. Niettemin bestaat het risico dat hiermee niet alle leden met een bepaalde aandoening of die kwetsbaar of chronisch ziek zijn als dusdanig in onze databestanden geïdentificeerd worden.
- Verder bevatten de databestanden van de ziekenfondsen enkel gegevens over het zorggebruik van hun leden voor zover deze zorg wordt terugbetaald in het kader van de federale verplichte ziekteverzekering. Daarnaast beschikken ze ook over informatie over een deel van de zorg die sinds de zesde staatshervorming vergoed wordt in het kader van de regionale systemen van sociale bescherming (bijvoorbeeld opname in een woonzorgcentrum), met uitzondering van de Duitstalige Gemeenschap. De ziekenfondsen hebben dus geen informatie over niet-terugbetaalde zorg zoals D-geneesmiddelen of over diverse vormen van zorg en ondersteuning die door de regionale overheden worden georganiseerd en waarop ouderen een beroep kunnen doen (bijvoorbeeld poetshulp, gezinszorg, vervoersdiensten, andere vormen van collectieve opvang zoals CADO (Collectieve Autonome DagOpvang) in Vlaanderen en *Centres de jour* in Wallonië, enz.). Het beeld dat geschetst wordt over het zorggebruik is bijgevolg partieel.

11 Bron: RIZIV, Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/nl/analytics/Portal/navigate.do?PortalPage=PortalPage%2Bomi%3A%2F%2FFoundation%2Freposname%3DFoundation%2FSPortalPage%3Bid%3DA5ZP84SJ.BN000002>.

12 Ibidem.

13 Ongeveer 1,2% van onze leden van 65 jaar en ouder leeft in het buitenland.

- Specifiek voor wat betreft de gegevens over de geneesmiddelen, wijzen we er bijkomend op dat het steeds gaat over terugbetaalde geneesmiddelen die op naam van een lid worden afgeleverd en waarbij we ervan uitgaan dat deze door het betreffende lid gebruikt worden. Uit onze gegevens kan evenwel niet worden afgeleid of het lid deze geneesmiddelen ook effectief ingenomen heeft, voor welke precieze indicatie dit was en met welke dosering. Voor dit onderzoek is ook enkel rekening gehouden met geneesmiddelen die ambulant zijn afgeleverd in publieke officina.

Rekening houdend met de COVID-19-pandemie, moeten de gegevens voor de jaren 2020 en 2021 met de nodige voorzichtigheid worden gelezen. Het is niet uit te sluiten dat de sanitaire crisis een impact had op het gebruik van bepaalde zorg. Bovendien kan het zijn dat als gevolg van de oversterfte, vooral in de oudste leeftijdscategorieën, het profiel van de CM-ledenpopulatie ook in de jaren na de coronaperiode afwijkt van dat van de jaren ervoor, onder meer op vlak van leeftijd en gezondheidsprofiel.

Ten slotte willen we er ook op wijzen dat bij de bespreking van de resultaten enkele verschillen volgens bepaalde parameters vermeld worden, bijvoorbeeld volgens leeftijd, geslacht, regio, enz. Het gaat hier om een loutere beschrijving van vaststellingen, zonder uitspraken te willen doen over causaliteit.

## 2. Resultaten: Het profiel van de 65-plussers van CM

In dit deel stellen we de resultaten voor van de analyses over het profiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder en hun zorggebruik, waarbij een selectie is gemaakt van enkele vormen van zorg. Voor deze zorg is vervolgens per jaar gekeken naar het aandeel ouderen dat er een beroep op heeft gedaan, zonder verdere opsplitsingen binnen dit type van zorg. Zo is bijvoorbeeld nagegaan of een oudere contact had met een huisarts of een specialist, verzorgd is door een thuisverpleegkundige, opgenomen is in het ziekenhuis, enz., maar is daarbij geen verder onderscheid gemaakt, bijvoorbeeld naar type specialist, type contact (consultatie, huisbezoek, enz.), ziekenhuisdienst, enz. Er zijn evenmin analyses gedaan om verschillen in volume van zorggebruik in kaart te brengen. In deze eerste verkennende analyses is verder ook niet gekeken naar het al

dan niet gelijktijdig gebruik van bepaalde vormen van zorg, noch naar het zorgtraject van een oudere in de loop van een jaar of over de jaren heen. Ten slotte ligt in deze studie de focus op het gebruik van zorg en is niet gekeken naar de kosten van deze zorg voor de gebruiker of voor de systemen van sociale bescherming.

### 2.1. Socio-demografisch profiel

Tussen 2016 en 2022 is het aandeel CM-leden van 65 jaar of ouder binnen de totale ledenpopulatie toegenomen van 22,1% tot 24,2%. Dit wijst op een zekere vergrijzing van de ledenpopulatie. Deze toename zien we zowel bij de mannen als bij de vrouwen. Bij de vrouwen is er een toename van 24,1% in 2016 naar 26,1% in 2022, bij de mannen van 19,9% naar 22,1%. Als we meer in detail kijken, zien we binnen de globale studiebevolking vooral een stijgende trend in het aandeel CM-leden van 85 jaar en ouder: van 16,5% in 2019 tot 17,3% in 2022. Het aandeel 65-74-jarigen bleef in dezelfde periode stabiel en het aandeel 75-84-jarigen kende zelfs een licht dalende trend van 34,3% naar 33,2%. Dit wijst op een vergrijzing binnen de vergrijzing. In 2022 bedraagt de mediane leeftijd in de groep CM-leden van 65 jaar en ouder 75 jaar en de gemiddelde leeftijd 76 jaar. Een kwart is tussen de 65 en 69 jaar, een even groot aandeel is 82 jaar of ouder. In de groep met recht op de verhoogde tegemoetkoming bedraagt de mediane leeftijd 79 jaar, in de groep zonder dit statuut 74 jaar.

De groep CM-leden van 65 jaar en ouder bestond in 2016 voor 44,0% uit mannen en voor 56,0% uit vrouwen. In de daarop volgende jaren nam het aandeel mannen geleidelijk toe tot 44,7%. Een meer gedetailleerde analyse volgens leeftijdscategorie en volgens geslacht wijst uit dat binnen de studiebevolking het aandeel vrouwelijke CM-leden van 85 jaar en ouder stabiel blijft rond 11%, terwijl er een lineaire toename is van het aandeel mannelijke CM-leden in die leeftijdscategorie, van 5,5% in 2016 over 6,0% in 2019 tot 6,2% in 2022. Verder neemt het aandeel vrouwelijke CM-leden tussen 75 en 84 jaar in dezelfde periode af van 19,4% in 2016 tot 18,3% in 2022, terwijl het aandeel mannelijke CM-leden in die leeftijdscategorie stabiel blijft rond 14,5%. Dit kan te maken hebben met het feit dat de kloof in de levensverwachting tussen mannen en vrouwen de voorbije jaren is afgenomen (Statbel, 2023b).

De analyse van de evolutie van de samenstelling van de CM-ledenpopulatie volgens gewest toont dat in Brussel het aandeel 65-plussers in 2016 16,6% bedraagt en dat dit aandeel tot 2022 vrij stabiel is gebleven.

In de andere regio's zien we een licht stijgende trend. In Vlaanderen is er een toename van 22,4% in 2016 tot 24,6% in 2022 en in Wallonië van 21,8% tot 24,0%. Daarnaast stelden we ook vast dat in 2022 sommige provincies sterker vergrijsd zijn dan andere. In Vlaanderen is dit het geval voor de provincies Limburg en West-Vlaanderen waar het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder minstens 26% bedraagt, terwijl dit in Oost-Vlaanderen 23,1% is. In Wallonië vallen de provincies Henegouwen en Luxemburg op met een aandeel van respectievelijk 24,6% en 25,3%, tegenover bijvoorbeeld 23,3% in Namen.

## 2.2. Gezondheidsprofiel

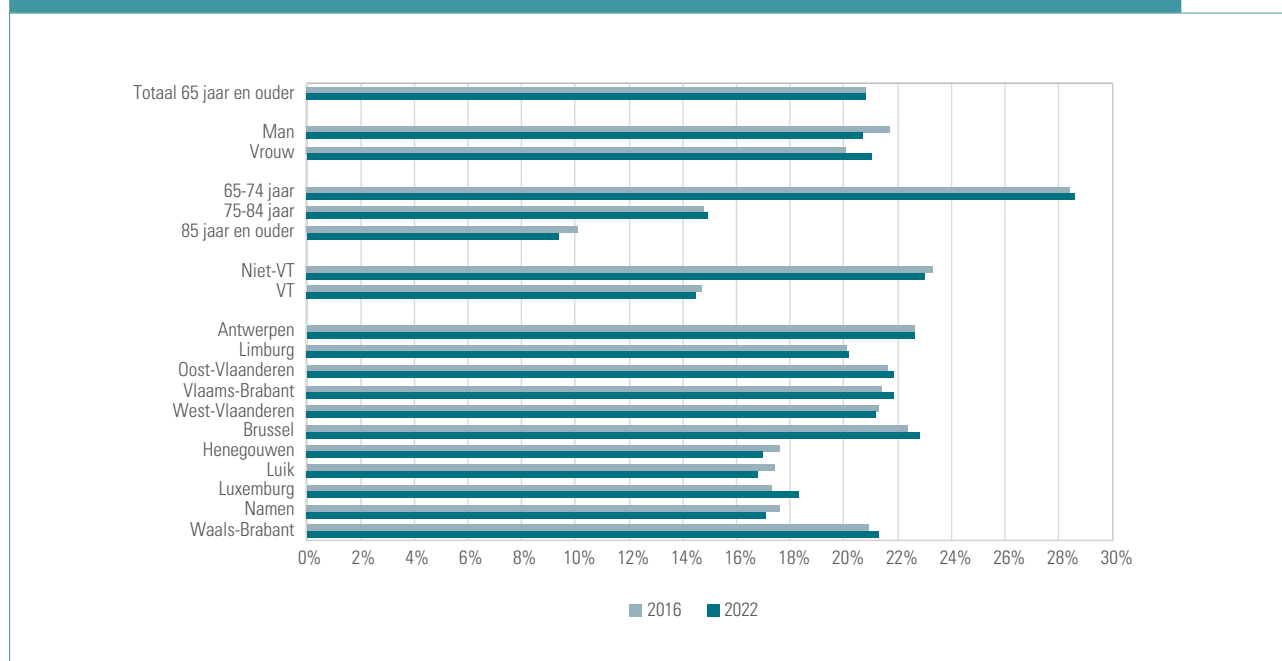
### 2.2.1. Chronische aandoeningen

Voor de lijst van 22 aandoeningen in tabel 1 is het gemiddeld aantal aandoeningen per persoon 1,7 (mediaan = 2, P75 = 3). Dit gemiddelde is iets lager voor degenen zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming (gemiddelde = 1,6, mediaan = 1, P75 = 2), terwijl het hoger is bij wie hier wel recht op heeft (gemiddelde = 2,0 mediaan = 2, P75 = 3). Er is ook een leeftijdseffect: het gemiddeld aantal aandoeningen bedraagt 1,4 voor mensen van 65-74 jaar (mediaan = 1, P75 = 2), 1,9 voor mensen van 75-84 jaar (mediaan = 2, P75 = 3) en 2,1 voor 85-plussers (mediaan = 2, P75 = 3). Er is echter geen verschil tussen mannen en vrouwen.

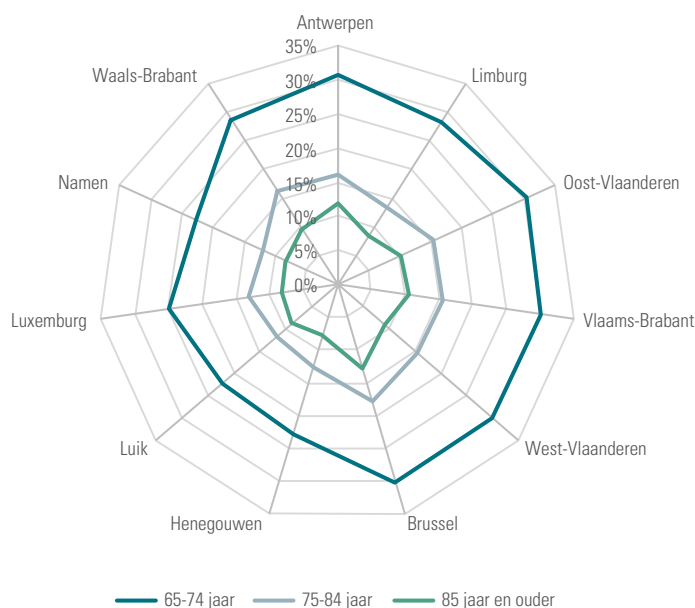
Een alternatieve voorstellingswijze is het berekenen van het percentage mensen dat aan geen enkele van de 22 aandoeningen van de lijst lijdt (zie Figuren 1 en 2).

- In 2022 bedraagt dat percentage 20,8% bij de 65-plussers (79,2% van hen heeft dus ten minste één aandoening uit de lijst).
- Het is hoger bij niet-VT-ers (23,0%). Het feit dat het aandeel vastgesteld bij VT-ers lager is (14,5%), lijkt erop te duiden dat deze mensen vaker ziek zijn (85,5% van de VT-ers heeft ten minste één aandoening uit de lijst).
- Er is ook een leeftijdseffect: het aandeel is hoger onder 65-74-jarigen (28,6%) en daalt zeer sterk voor de leeftijdsgroepen 75-84 jaar (14,9%) en 85 jaar en ouder (9,9%).
- Er zijn weinig verschillen tussen mannen en vrouwen.
- Er zijn wel regionale verschillen: het percentage leden zonder een van de aandoeningen uit de lijst is in het algemeen lager in de provincies Luik (16,8%), Henegouwen (17,0%), Namen (17,1%), Luxemburg (18,3%) en Limburg (20,2%). Dit geldt ook voor alle leeftijdsgroepen.
- Merk bovendien op dat in Brussel en de provincie Antwerpen het percentage leden van 85 jaar en ouder zonder een van de aandoeningen uit de lijst, hoger is dan het landelijk percentage in dezelfde leeftijdscategorie.
- Al deze percentages zijn zeer stabiel in de tijd.

**Figuur 1: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder zonder aandoening uit de lijst van 22 aandoeningen, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuu t en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 2: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder zonder aandoening uit de lijst van 22 aandoeningen, volgens leeftijd en provincie, in 2022 (Bron: CM)**



Wat zijn de meest voorkomende aandoeningen (zie Tabel 2)?

- In 2022 zijn hart- en vaatziekten het meest voorkomende gezondheidsprobleem bij de 65-plussers. Bijna 62,0% van hen gebruikt antihypertensiva. En als we daar de mensen aan toevoegen die geneesmiddelen uit de klasse C01 (cardiaca) gebruiken, dan stijgt het percentage naar 68,4%.
- Tromboseproblemen zijn eveneens wijdverspreid: iets meer dan 41,2% van de 65-plussers gebruikt antistollingsmiddelen.
- Dan zijn er in volgorde van frequentie nog volgende aandoeningen: diabetes, psychische aandoeningen (zoals depressie, psychose, angststoornissen), COPD, schildklier-aandoeningen en kanker.

Welke factoren beïnvloeden de frequentie van de aandoeningen?

- De frequentie is altijd hoger voor de begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming, behalve voor kanker. Dit lijkt te wijzen op een slechtere gezondheid bij de personen met recht op dit sociaal statuut.

- Voor bepaalde aandoeningen is de vastgestelde frequentie hoger bij vrouwen: voor psychische aandoeningen (depressie, psychose, angststoornissen) en schildklier-aandoeningen. Omgekeerd lijden mannen vaker aan trombose, diabetes, COPD en kanker.
- Er is ook een leeftijds-effect voor bepaalde ziekten. De frequentie van hart- en vaatziekten, trombose en psychische gezondheidsproblemen (depressie, psychose, angststoornissen) neemt toe met de leeftijd.

Verschilt de frequentie in de loop van de tijd?

- Over het geheel genomen, voor alle 65-plussers samen, zijn de frequenties tussen 2016 en 2022 relatief stabiel.
- De frequentie van diabetes (16,4% in 2016, 18,0% in 2022) en COPD (8,6% in 2016, 9,8% in 2022) stijgt echter.
- Anderzijds daalt het aantal mensen dat voor cardiovasculaire aandoeningen wordt behandeld met geneesmiddelen uit de klasse C01 (cardiaca): van 9,3% in 2016 naar 6,4% in 2022.

Tabel 2: Frequentie van de meest voorkomende aandoeningen bij CM-leden van 65 jaar en ouder, volgens VT-status, geslacht en leeftijd, in 2022 (Bron: CM)

Aandoening	Alle personen van 65 jaar en ouder	VT		Geslacht		Leeftijdsgroepen		
		Zonder	Met	Mannen	Vrouwen	65-74	75-84	85 en ouder
1 Cardiovasculaire aandoeningen - antihypertensiva	62,0%	59,8%	68,5%	62,2%	61,9%	52,7%	68,9%	75,6%
3 Trombose - Antitrombotica	41,2%	38,7%	48,4%	47,3%	36,2%	29,5%	49,0%	59,5%
7 Diabetes	18,0%	16,6%	22,0%	20,7%	15,8%	16,5%	20,4%	17,6%
11 Depressie, psychose, angststoornissen	13,2%	11,5%	18,2%	8,9%	16,6%	11,6%	13,6%	17,0%
4 COPD	9,8%	8,8%	12,5%	11,0%	8,8%	9,2%	10,3%	10,3%
20 Schilddklieraandoeningen	9,2%	8,9%	10,3%	4,0%	13,4%	8,9%	9,7%	9,2%
2 Cardiovasculaire aandoeningen - cardiaca	6,4%	5,8%	8,4%	6,9%	6,0%	3,6%	7,9%	11,8%
22 Kanker	4,4%	4,4%	4,3%	5,5%	3,5%	3,9%	5,3%	4,0%

### 2.2.2. Palliatieve zorg

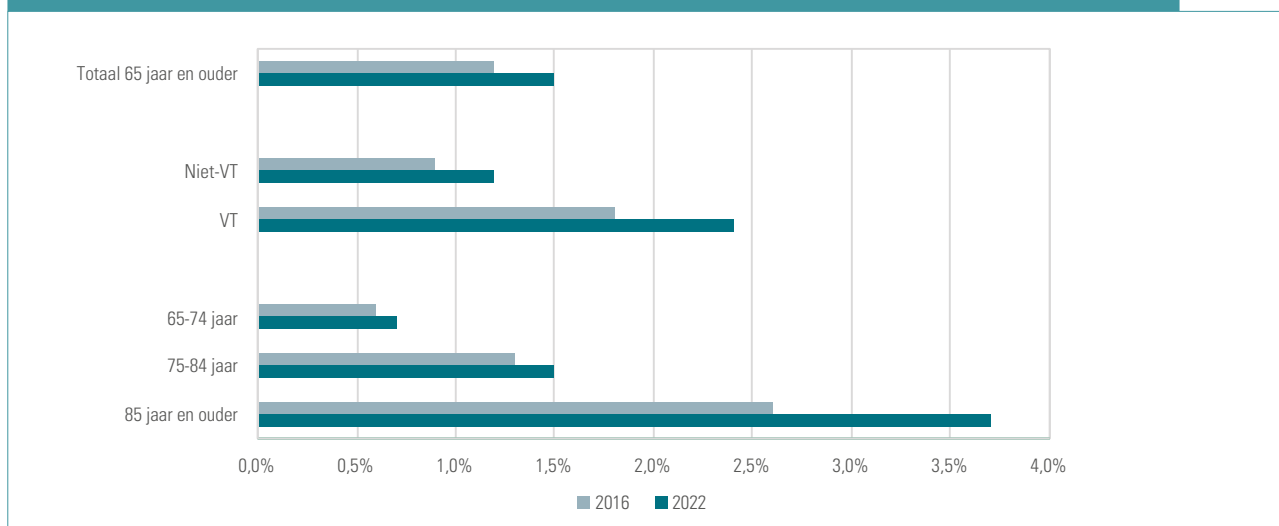
Het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder dat een beroep doet op palliatieve zorg blijft algemeen relatief beperkt. Er is wel een licht stijgende trend van 1,1% in 2016 naar 1,5% in 2022 (zie Figuur 3).

We stellen enkele verschillen vast volgens bepaalde parameters.

- Het aandeel is in de volledige bestudeerde periode iets hoger bij mannen dan bij vrouwen (in 2022 1,6% tegenover 1,3%).

- Er is een duidelijk leeftijdseffect. Daar waar in de groep 65-74 jaar het aandeel gebruikers in 2022 amper 0,7% bedraagt, is dit in de groep van 85 jaar en ouder 3,7%. De globale toename van het aandeel gebruikers is ook bijna volledig toe te schrijven aan deze oudste leeftijdscategorie (zie Figuur 3), wat verklaard kan worden door de slechtere gezondheidstoestand naarmate men ouder wordt.
- Naar gewest stellen we vast dat het aandeel gebruikers van palliatieve zorg in Brussel iets lager ligt dan in de andere regio's (in 2022 1,2% in Brussel tegenover 1,5% in Vlaanderen en 1,4% in Wallonië).

Figuur 3: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder dat beroep doet op palliatieve zorg, volgens VT-status en leeftijd, in 2016 en 2022 (Bron: CM)





- Verder is er ook een opvallend verschil in het gebruik van palliatieve zorg volgens sociaal statuut waarbij het aandeel gebruikers bij CM-leden van 65 jaar en ouder met recht op de verhoogde tegemoetkoming dubbel zo hoog is als bij deze zonder recht op dit statuut.

### 2.2.3. Overlijdens

Over het geheel genomen bedraagt het percentage overlijdens in de loop van een jaar in onze studiepopulatie ongeveer 3,7%. Dat percentage bereikt echter een piek in 2020: in dat jaar is het percentage sterfgevallen hoger (4,3%) als gevolg van de coronapandemie.

Het percentage overlijdens varieert volgens verschillende factoren.

- Zoals verwacht neemt het percentage toe met de leeftijd: ongeveer 1,2% bij de mensen van 65-74 jaar, 3,2% tot 3,4% bij de mensen van 75-84 jaar en 11,5% tot 12% bij de 85-plussers. Vooral in deze laatste leeftijdsgroep is de impact van de coronapandemie merkbaar: het percentage overlijdens ligt 17% hoger dan het gemiddelde van de voorgaande jaren.
- Het percentage overlijdens is iets lager bij vrouwen dan bij mannen. Dit weerspiegelt het feit dat de levensverwachting op 65 jaar hoger is voor vrouwen dan voor mannen.
- Het aandeel overlijdens is lager in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel.
- Opvallender is het verschil in aandeel overlijdens naargelang de personen wel of niet recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (zie Figuur 4).

Bij de niet-VT-ers ligt het aandeel overlijdens tussen 2,6% en 2,8% (uitgezonderd 2020). Bij de VT-ers ligt dit aandeel echter tussen 6,3% en 6,6% (uitgezonderd 2020). Dit is meer dan het dubbele van dat van niet-VT-ers.

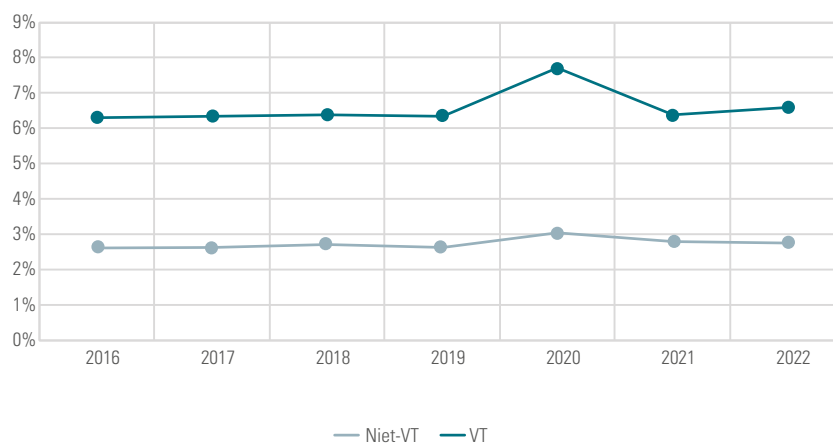
### 2.2.4. Kwetsbaarheid

#### Verhoogde tegemoetkoming

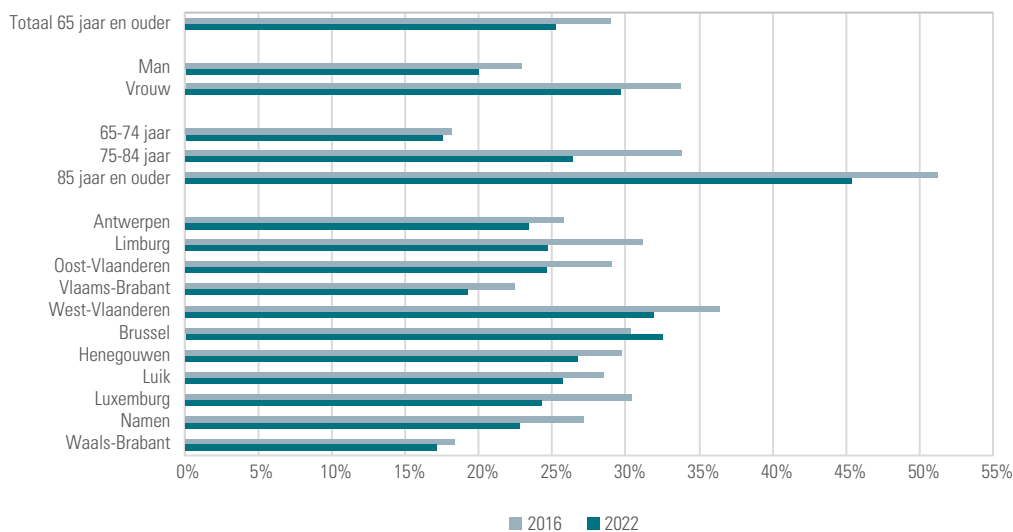
Laten we eerst kijken naar het percentage leden van 65 jaar en ouder met recht op de verhoogde tegemoetkoming (zie Figuur 5).

- Over de volledige periode 2016-2022 daalt dat percentage van 29,0% naar 25,3%. Zoals een ander CM-onderzoek aantoonde, 'verjongt' het VT-statuut: 'jongere' mensen lopen steeds meer risico om VT-er te zijn, terwijl dat risico voor oudere mensen juist afneemt (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023).
- Vrouwen zijn vaker VT-er (2022: 29,7%) dan mannen (2022: 19,9%).
- Bij de 65-plussers is er eveneens een leeftijdeffect: in 2022 is 45,4% van de 85-plussers VT-er, terwijl dat percentage lager is bij de 75-84-jarigen (26,4%) en de 65-74-jarigen (17,5%).
- Er zijn ook geografische verschillen. Voor alle provincies daalt het percentage VT-ers tussen 2016 en 2022, maar niet in Brussel, waar er een toename is van 30,5% naar 32,5%. Voor 2022 zijn de laagste percentages vastgesteld in Waals-Brabant (17,1%) en Vlaams-Brabant (19,2%). De hoogste percentages zijn te vinden in Brussel (32,5%) en West-Vlaanderen (31,9%).

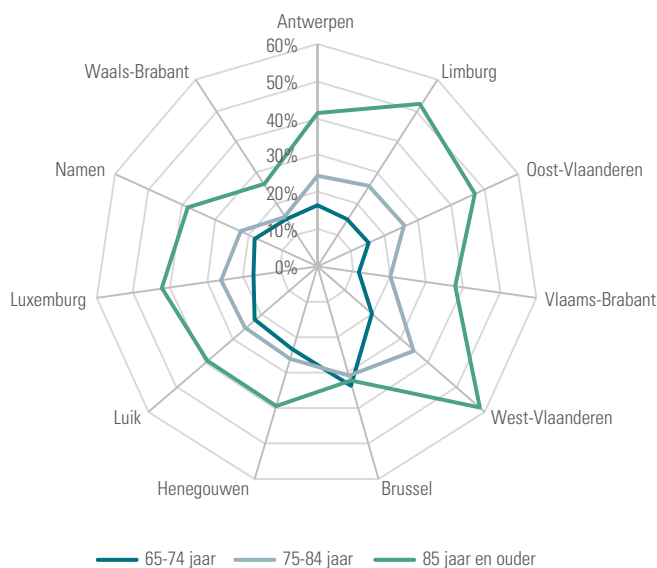
**Figuur 4: Percentage overlijdens van CM-leden van 65 en ouder volgens VT-statuut tussen 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 5: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met recht op de verhoogde tegemoetkoming, volgens geslacht, leeftijd en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 6: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met recht op de verhoogde tegemoetkoming, volgens leeftijd en provincie, in 2022 (Bron: CM)**



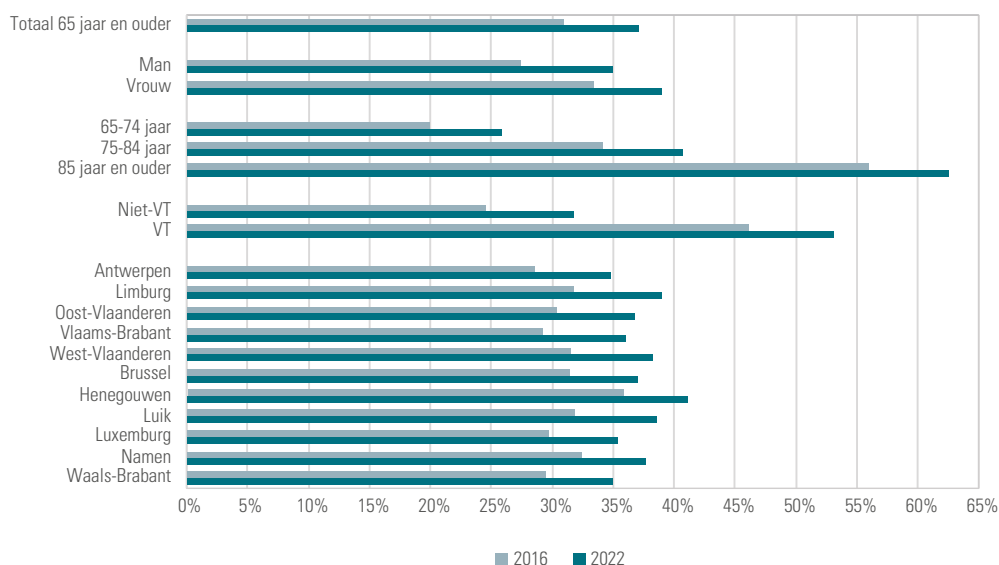
Als we de drie leeftijdsgroepen en de provincie waar de leden wonen combineren (zie Figuur 6), zien we dat West-Vlaanderen en Brussel atypische profielen hebben. In West-Vlaanderen is het percentage VT-ers hoger in alle leeftijdsgroepen (vergeleken met de nationale gemiddelden berekend per leeftijdsgroep). In Brussel daarentegen zien we een lager percentage bij de 85-plussers (in vergelijking met het nationale gemiddelde voor deze leeftijdsgroep).

#### Statuut chronische aandoening

Het aandeel 65-plussers met het statuut van persoon met een chronische aandoening neemt globaal genomen toe: van 30,8% in 2016 naar 37,1% in 2022 (zie Figuur 7). Een meer gedetailleerde analyse van de vastgestelde percentages toont volgende trends.

- Vrouwen hebben vaker het statuut chronische aandoening dan mannen (39,0% versus 34,9%).

**Figuur 7: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met het statuut van persoon met een chronische aandoening, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**

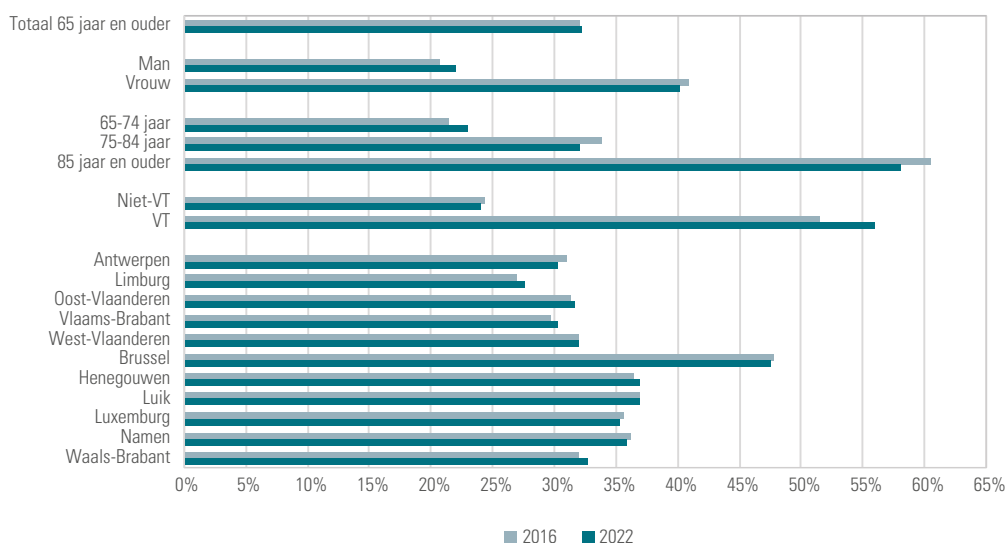


- Meer VT-ers hebben het statuut chronische aandoening dan niet-VT-ers (53,1% versus 31,7%).
- De meerderheid van de 85-plussers heeft het statuut chronische aandoening (62,5%). De percentages voor leden in de leeftijdsgroepen 75-84 en 65-74 zijn lager, respectievelijk 40,7% en 25,9%.
- Naar provincie is het percentage mensen met het statuut chronische aandoening hoger in Henegouwen (41,1%) en Limburg (38,9%) en lager in Waals-Brabant (35,0%) en Luxemburg (35,3%). Dit geldt voor alle drie de leeftijdsgroepen.

#### Eenpersoonshuishouden

Over het geheel genomen is het percentage 65-plussers dat alleen woont (dus een eenpersoonshuishouden vormt) ongeveer 32%. Dat percentage is zeer stabiel tussen 2016 en 2022 (zie Figuur 8). Ter vergelijking: op 1 januari 2023 telde België bijna 1,84 miljoen eenpersoonshuishoudens (Statbel, 2023a). Als we dit aantal relateren aan dat van de Belgische bevolking (11,58 miljoen), bedraagt het aandeel alleenstaanden ongeveer 16%. De kans dat iemand van 65 jaar of ouder alleen woont is dus tweemaal groter in vergelijking met de algemene bevolking.

**Figuur 8: Percentage alleenwonende CM-leden van 65 jaar en ouder, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



Laten we de percentages in 2022 voor onze leden van 65 jaar en ouder nader bekijken (zie Figuur 8).

- Er is een leeftijdseffect: het percentage alleenstaanden is veel hoger bij de 85-plussers (58,1%) dan bij de 75-84-jarigen (32,0%) en de 65-74-jarigen (23,0%).
- Het percentage alleenwonende vrouwen is hoger (40,2%) dan dat van de mannen (22,0%).
- Er zijn veel meer alleenstaanden onder de VT-ers (55,9%) dan onder de niet-VT-ers (24,0%).
- Er zijn ook geografische verschillen: het aandeel 65-plussers dat alleen woont, is aanzienlijk hoger in Brussel (47,6%) dan in om het even welke andere provincie. De provincies waar dit aandeel hoger is dan het landelijk gemiddelde zijn Henegouwen (36,9%), Luik (36,3%), Namen (35,8%) en Luxemburg (35,2%). De provincies waar het aandeel alleenwonenden lager is dan het landelijke gemiddelde zijn Limburg (27,5%), Antwerpen (30,4%) en Vlaams-Brabant (30,2%). Als we de drie leeftijdsgroepen combineren met de provincies (zie Figuur 9), zien we dat de percentages in Brussel voor alle drie de leeftijdsgroepen hoger zijn dan elders. In de provincie Limburg zijn de percentages voor de drie leeftijdsgroepen lager dan elders.

## 2.3. Gezondheidszorggebruik

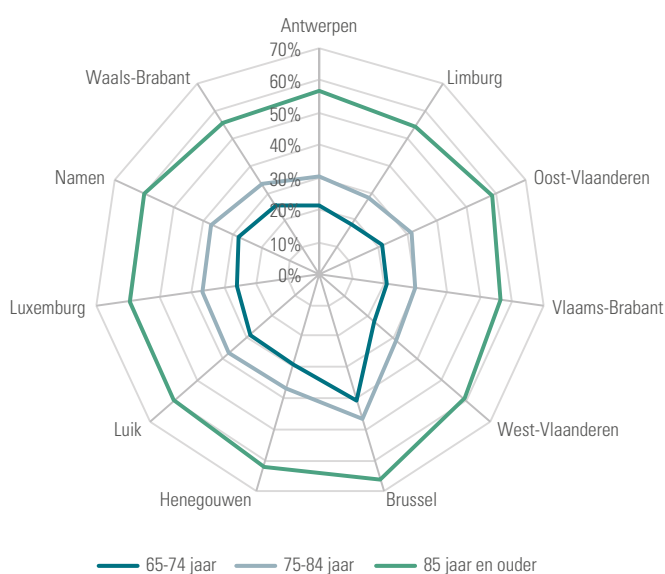
### 2.3.1. Eerstelijnszorg

#### Huisarts

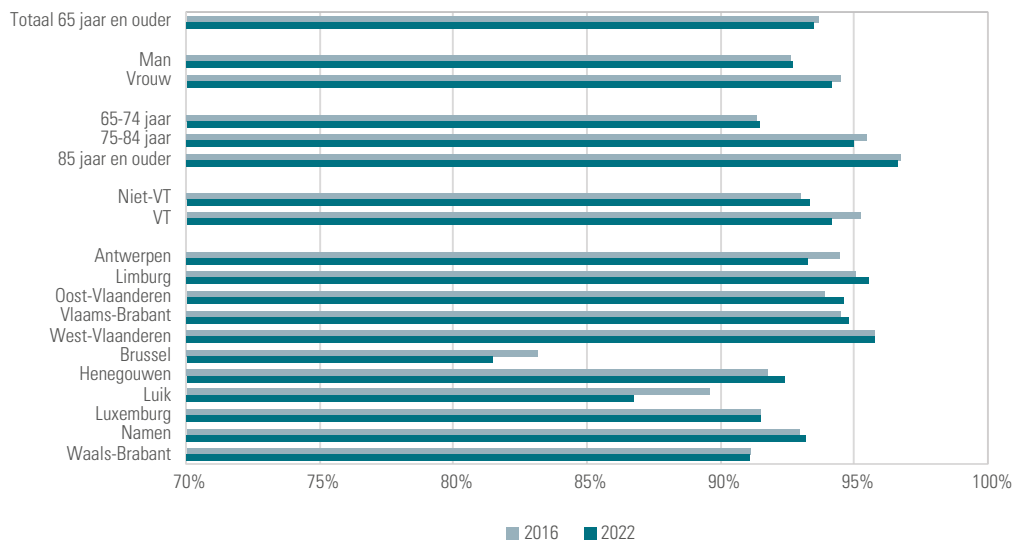
93,7% van de 65-plussers had in 2016 minstens één contact (raadpleging, bezoek of advies) met een huisarts. Over de jaren heen is dit aandeel stabiel gebleven met 93,5% in 2022. Er zijn wel verschillen tussen groepen mensen. We zien bijvoorbeeld dat dit aandeel lager is bij mannen tussen 65 en 74 jaar, met het VT-statuuut en woonachtig in het Brussels Gewest. Voor de jaren 2016 tot 2022 had minder dan 70% (variatie 67,1% - 69,8%) van hen op jaarbasis minstens één contact met een huisarts. Daar tegenover staat dat in Vlaanderen in diezelfde periode zowel de mannen als de vrouwen van 85 jaar en ouder, met VT-statuuut, bijna allemaal (>98%) minstens één contact hadden met een huisarts.

- Er zijn verschillen tussen de regio's. In 2022 had 81,5% van de Brusselse CM-leden van 65 jaar en ouder, 90,7% van de Waalse en 94,7% van de Vlaamse, minstens één contact met een huisarts. Er zijn ook verschillen op provinciaal niveau (zie Figuur 10): in Luik had 86,8% in 2022 minstens één contact met een huisarts, in Limburg en West-Vlaanderen was dit respectievelijk 95,5% en 95,8%.

Figuur 9: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder dat alleen woont, volgens leeftijd en provincie, in 2022 (Bron: CM)



**Figuur 10: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met een huisarts, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**

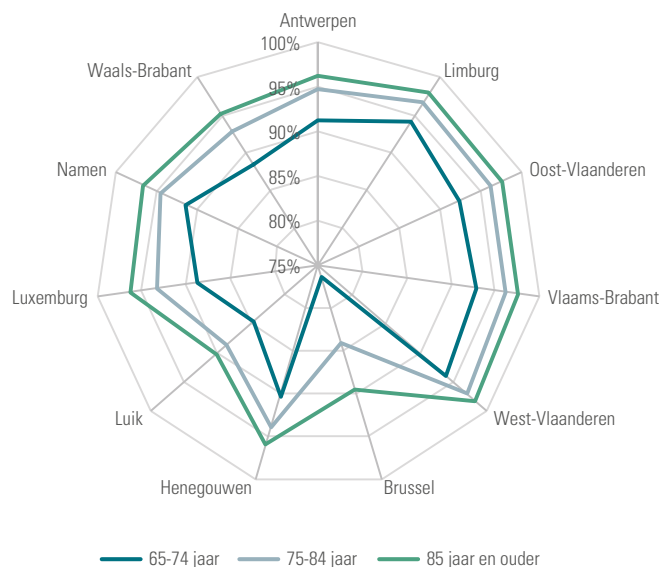


- Ook de leeftijd speelt een rol: 91,4% van de 65-74-jarigen had in 2022 minstens één contact met een huisarts, tegenover 95,0% en 96,6% voor respectievelijk de 75-84-jarigen en de 85-plussers.
- Er is een klein verschil volgens geslacht: 94,2% van de vrouwelijke CM-leden had in 2022 minstens één contact met een huisarts, voor de mannelijke CM-leden was dit 92,7%. In Brussel was dit verschil iets groter: 83,9% ten opzichte van 78,4%.

- Er was geen verschil volgens VT-statuut.

Wanneer we de drie leeftijdscategorieën combineren met de provincies, zien we vooral voor Brussel en de provincie Luik een afwijkend resultaat in het percentage CM-leden dat in 2022 een huisarts contacteert (zie Figuur 11).

**Figuur 11: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met een huisarts, volgens provincie en leeftijd, in 2022 (Bron: CM)**



### Ambulante specialist

Naast contact met de huisarts, hebben ouderen ook contact (raadpleging, bezoek of advies) met specialisten. De top vijf van specialisten die het meest bezocht worden door ouderen zijn de oftalmologen, de cardiologen, de orthopedisten, de dermatologen en de artsen inwendige geneeskunde. Deze top vijf van specialisten vertegenwoordigt 53,7% van alle ambulante contacten met specialisten in 2022.

Met uitzondering van het jaar 2020, omwille van de coronapandemie, is het aantal CM-leden met minstens één ambulant contact met een specialist in de loop van een kalenderjaar tussen 2016 en 2022 licht gestegen van 75,9% tot 77,9%. Deze minimale stijging verbergt echter grote verschillen tussen groepen mensen in die periode. In 2017 had slechts 54,6% van de vrouwen van 85 jaar of ouder, met VT-statuut en woonachtig in Oost-Vlaanderen, minstens één ambulant contact met een specialist. In 2022 daarentegen had 86,6% van de mannelijke CM-leden van 75-84 jaar, zonder VT-statuut, wonend in Waals-Brabant, minstens één ambulant contact met een specialist.

- In 2022 zijn er bijna geen verschillen tussen de regio's: 76,7% van de Brusselse CM-leden had minstens één ambulant contact met een specialist (zie Figuur 12). Voor Vlaanderen bedraagt dit percentage 77,7% en voor Wallonië 78,8%. Tussen provincies binnen eenzelfde regio

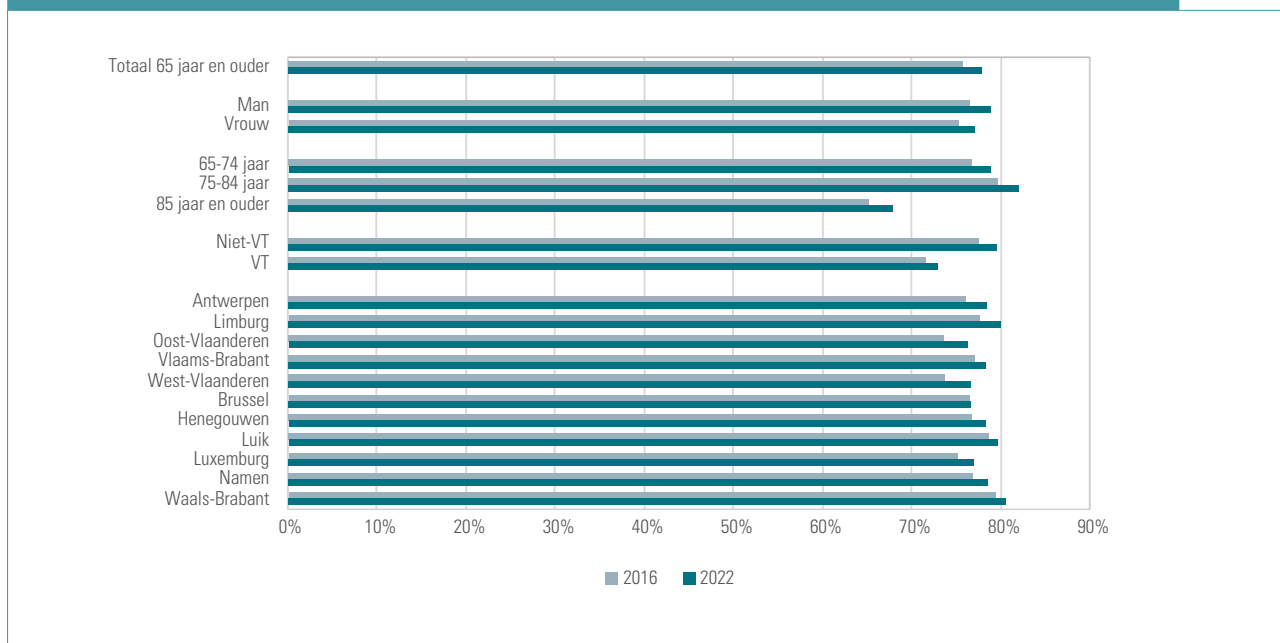
zijn er wel verschillen. Zo had 76,3% van de Oost-Vlaamse CM-leden een ambulant contact met een specialist, tegenover 80,0% in Limburg.

- Ook het statuut van de oudere speelt een rol: 79,6% van de personen zonder het VT-statuut had minstens één contact, tegenover 72,9% van de personen met dit statuut.
- Ook de leeftijd van de patiënt-e is belangrijk: 78,7% van de CM-leden tussen de 65 en de 74 jaar en 82,0% van diegenen tussen 75 en 84 jaar, had een contact met een specialist. Eenmaal boven de 85 jaar daalt dit aandeel tot 67,9%.
- Er zijn amper verschillen tussen mannen en vrouwen.

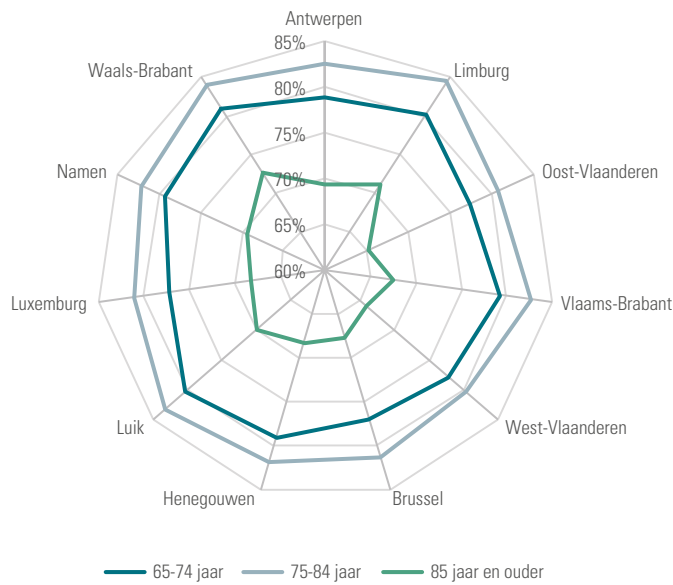
Een combinatie van de provincies met de drie leeftijdscategorieën leert dat vooral CM-leden van 85 jaar en ouder in West- en Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant minder een specialist frequenteren (zie Figuur 13).

Hoe ouder een persoon, hoe hoger de kans dat deze overlijdt in de loop van een kalenderjaar. Daarom gingen we voor 2022 na of het beperkter aandeel 85-plussers met een ambulant contact met een specialist mogelijk te verklaren is door het grotere aantal overlijdens in deze leeftijdscategorie. Dit blijkt het geval. Van de 85-plussers, in leven op 31 december 2022, had 73,1% een contact met een specialist. Binnen de totale groep van CM-leden van 85 jaar en ouder in 2022 is dit 67,9%.

Figuur 12: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met een specialist, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)



**Figuur 13: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met een specialist, volgens provincie en leeftijd, in 2022 (Bron: CM)**

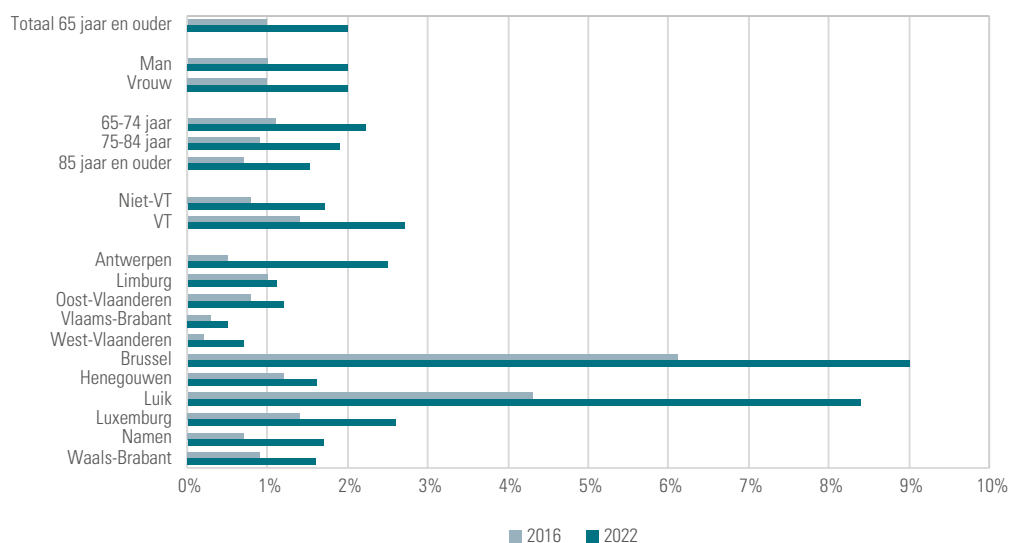


Op provinciaal vlak is er een kleine verschuiving zichtbaar: West- en Oost-Vlaanderen blijven de provincies met het kleinste percentage personen met een contact met een specialist. Deze provincies worden niet meer gevolgd door Vlaams-Brabant, maar door de provincie Luxemburg indien enkel de 85-plussers die eind 2022 nog in leven zijn, worden geïncludeerd.

#### Wijkgezondheidscentrum

Het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum blijft eerder beperkt, al is er op zes jaar tijd wel een verdubbeling (van 1,0% in 2016 tot 2,0% in 2022 - zie Figuur 14). Achter die lage percentages schuilen wel grote verschillen volgens regio. In 2022 is slechts 1,3% van de Vlaamse CM-leden ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum, 3,7% van de Waalse CM-leden en 9,0% van de CM-leden woonachtig in Brussel.

**Figuur 14: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



Op provinciaal vlak zijn de wijkgezondheidscentra het sterkst uitgebouwd in Luik (8,4%) en Brussel (9,0%). Bij alle andere provincies is maximum 2,6% van de CM-leden ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum.

### Thuisverpleging

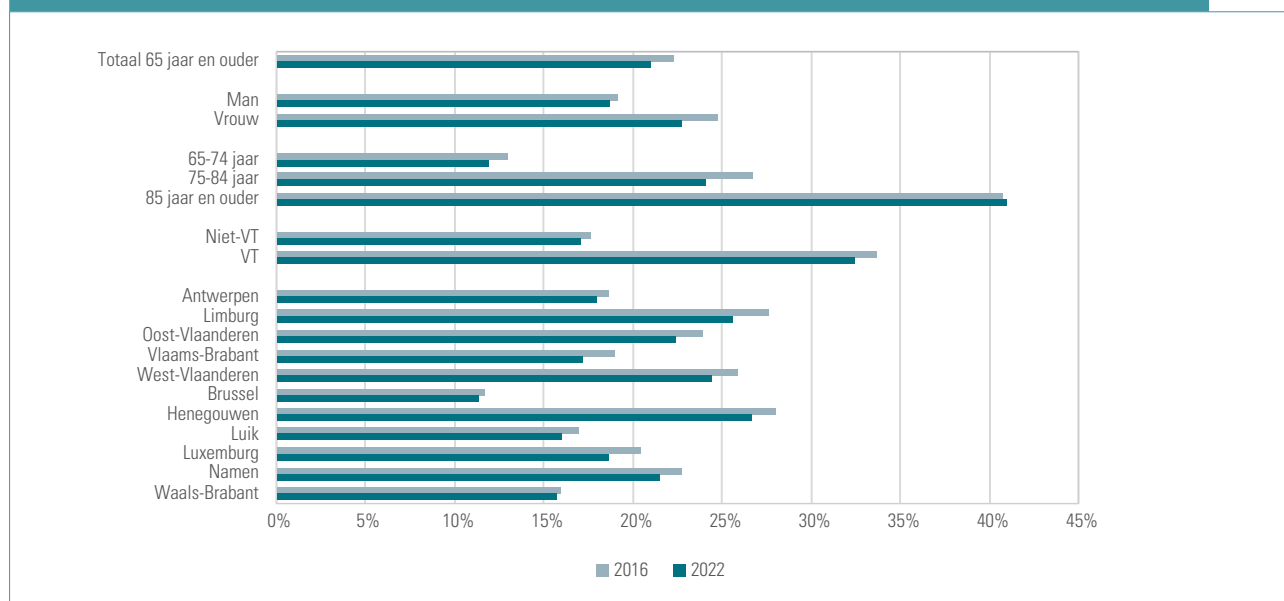
Tussen 2016 en 2022 zien we bij CM-leden een licht dalende trend in het gebruik van thuisverpleging: van 22,3% in 2016 naar 21,0% in 2022.

- We zien grote regionale verschillen en dit gedurende de ganse bestudeerde periode. 20,6% en 21,4% van de Waalse en Vlaamse CM-leden kreeg in 2022 thuisverpleging. In Brussel bedroeg dit aandeel met 11,4% de helft. Ook in Waals-Brabant heeft slechts een klein aandeel van 15,8% van de inwoners thuisverpleging gekregen. Limburg en

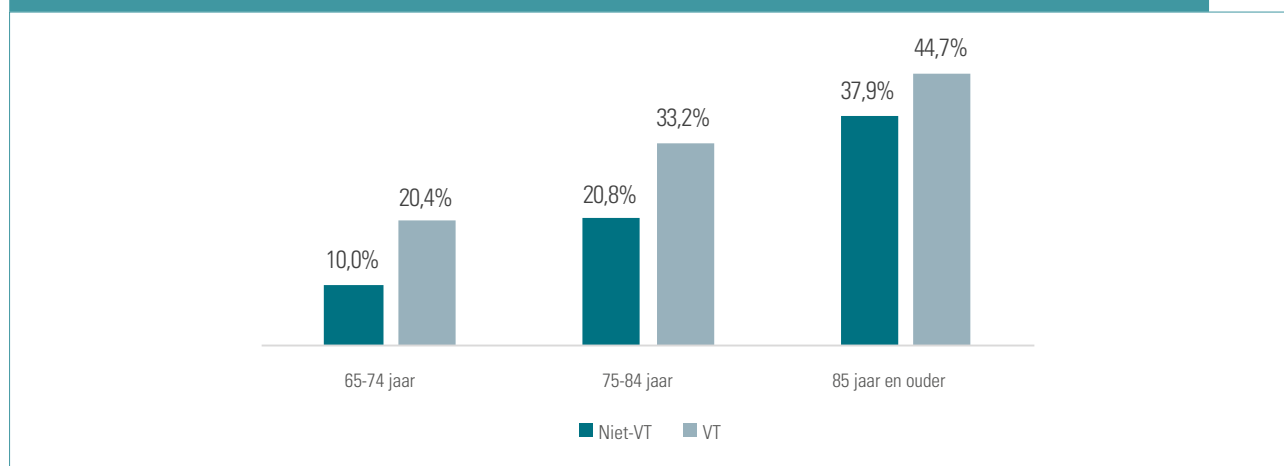
Henegouwen spannen de kroon met 25,6% en 26,5% (zie Figuur 15).

- Leeftijd en geslacht spelen ook een rol bij het gebruik van thuisverpleging: 18,7% van de mannen deed er in 2022 een beroep op, tegenover 22,8% van de vrouwen.
- De jongste leeftijdscategorie in onze studie (65-74 jaar) deed het minst vaak een beroep op thuisverpleging (11,8%), gevolgd door de groep 75-84-jarigen met 24,1%. Bij de CM-leden van 85 jaar en ouder, kreeg meer dan vier op de tien (= 41,0%) thuisverpleging.
- Ten slotte speelt ook het VT-statuut een belangrijke rol. Bijna dubbel zoveel personen met het VT-statuut (= 32,4%) maakten in 2022 gebruik van thuisverpleging in vergelijking met personen zonder het VT-statuut (= 17,1%). Dit verschil neemt wel af volgens de leeftijdscategorie (zie Figuur 16).

**Figuur 15: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één prestatie thuisverpleging, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 16: Percentage CM-leden van 65-jar en ouder met minstens één prestatie thuisverpleging, volgens leeftijd en VT-statuut, in 2022 (Bron: CM)**





### 2.3.2. Ambulant afgeleverde geneesmiddelen

Aangezien de vastgestelde percentages stabiel zijn in de tijd, tonen we voor de ambulant afgeleverde geneesmiddelen de resultaten voor het jaar 2022. De overgrote meerderheid van de 65-plussers gebruikt een of ander ambulant afgeleverd geneesmiddel. Het niet-gebruik is zelfs marginaal: nauwelijks 4,4% van de 65-plussers. Dat percentage is iets hoger in de leeftijdsgroep 65-74 jaar (6,3%), bij mannen (5,0%), bij diegenen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (4,6%), in Brussel (7,2%), Limburg (5,5%), Waals-Brabant (5,3%) en de provincie Antwerpen (5,0%).

Wat het geschatte volume DDD betreft, gebruikte 85,8% van de 65-plussers minstens 180 DDD gedurende het jaar (zie Figuur 17). Dit percentage is hoger in de leeftijdsgroepen 75-84 jaar (90,3%) en 85 jaar en ouder (92,8%), bij de begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming (89,8%), bij vrouwen (86,5%) en in de provincies Henegouwen (87,9%), Luik (87,3%), Namen (87,2%) en Limburg (87,4%). In Brussel daarentegen ligt dit percentage lager (81,5%), net als bij de mensen zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming (84,5%).

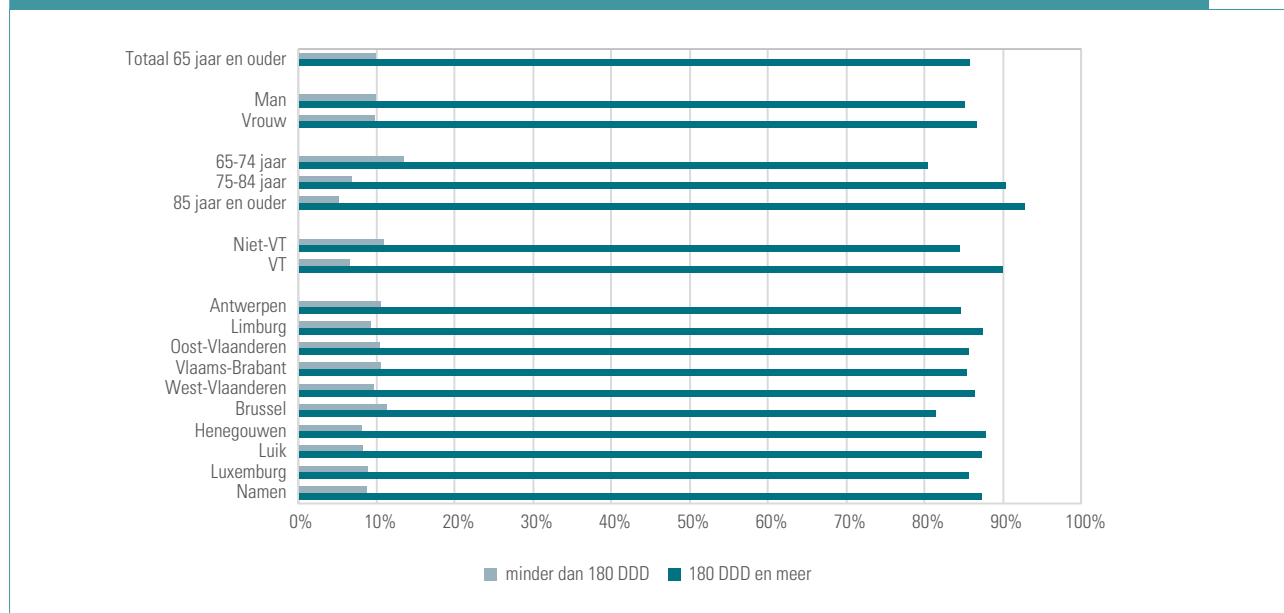
### 2.3.3. Ziekenhuiszorg

#### Contact met de spoedafdeling van een ziekenhuis

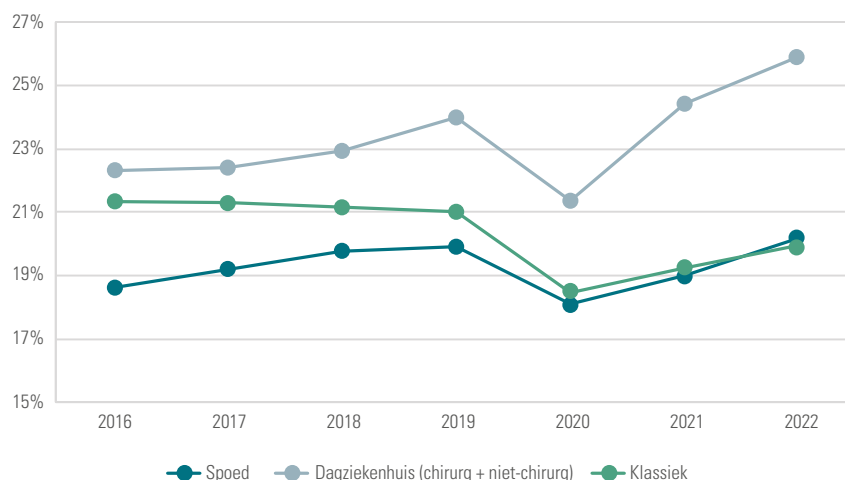
Sinds 2016 (met uitzondering van 2020 en 2021, omwille van de coronapandemie) is er binnen de studiepopulatie een licht stijgende trend in het percentage dat gebruik maakt van de spoedafdeling van een ziekenhuis. In 2016 bezocht 18,6% van de CM-leden van 65 jaar en ouder minstens één maal de spoedafdeling, in 2022 was dit 20,2% (zie Figuur 18).

- Het percentage aanmeldingen op spoed is afhankelijk van de woonplaats van de CM-leden: in 2022 zien we het kleinste percentage in de Vlaamse provincies met een variatie tussen 18,7% en 20,2% (totaal Vlaanderen = 19,6%), gevolgd door vier Waalse provincies met een variatie van 20,3% tot 22,5% (totaal Wallonië = 22,0%) en 23,5% in Brussel. Het hoogste percentage contacten met een spoeddienst zien we echter in de provincie Henegouwen met 24,1%.
- Er is ook een belangrijk verschil volgens sociaal statuut. In vergelijking met CM-leden zonder het VT-statuut, komt een hoger percentage van de CM-leden met VT-statuut op spoed terecht (18,1% tegenover 26,4%).

**Figuur 17: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder dat ambulant afgeleverde geneesmiddelen gebruikt, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 18: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met spoed, dagziekenhuis (chirurgische + niet-chirurgisch) of klassieke opname, 2016-2022 (Bron: CM)**



- De belangrijkste parameter is echter de leeftijd: 14,8% van de 65 tot 74-jarigen kwam in 2022 op een spoeddienst terecht. Voor de leeftijdscategorie 75 tot 84 jaar is dit percentage al 21,7%, terwijl 85-plussers bijna één kans op drie hadden (32,6%) om op spoed terecht te komen.

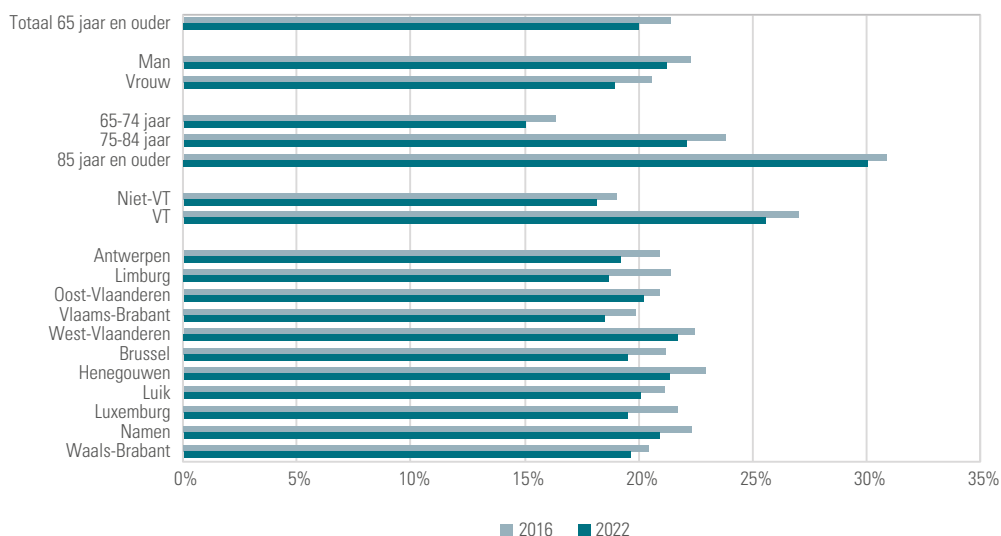
#### Klassieke opname

Tussen 2016 en 2022 is het percentage CM-leden van 65 jaar en ouder dat ten minste één nacht in het ziekenhuis opgenomen was, elk jaar licht gedaald. In 2020 en 2021 (omwille van de coronapandemie) is er een grotere daling

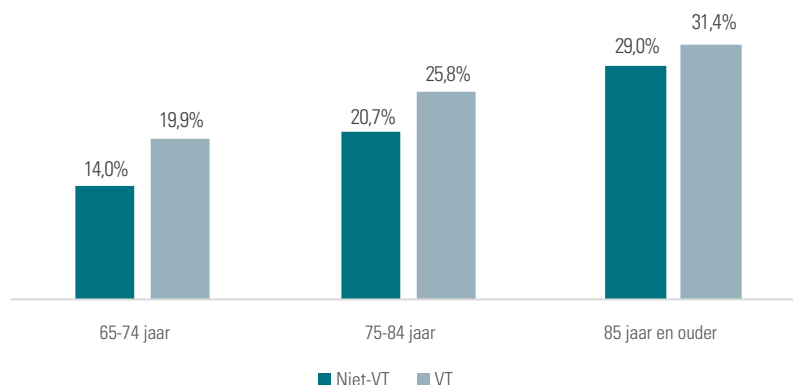
zichtbaar. Het jaar 2022 volgt opnieuw de trend die zichtbaar was vóór de coronapandemie (zie Figuur 18). In 2016 werd 21,3% van de CM-leden in het ziekenhuis opgenomen, in 2022 was dit 20,0%.

- Er zijn in 2022 quasi geen verschillen tussen de regio's, noch tussen de provincies (zie Figuur 19).
- Mannen worden iets meer opgenomen dan vrouwen: 21,2% tegenover 19,0% in 2022.
- De parameters met de grootste verschillen zijn het VT-statuut en de leeftijdscategorie (zie Figuur 20).

**Figuur 19: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één klassieke opname, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 20: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één klassieke opname, volgens leeftijd en VT-statuut, in 2022 (Bron: CM)**



18,1% van de CM-leden zonder de verhoogde tegemoetkoming is in 2022 opgenomen in het ziekenhuis, bij personen met de verhoogde tegemoetkoming is dit 25,5%.

- Het percentage CM-leden met minstens één opname stijgt volgens leeftijd: 15,0% bij 65 tot 74-jarigen, 22,1% bij 75 tot 84-jarigen en 30,1% bij personen van 85 en ouder.

#### Dagziekenhuis (chirurgisch en niet-chirurgisch)

Met uitzondering van 2020 (coronapandemie), is er tussen 2016 en 2022 jaar na jaar een kleine toename in het percentage personen met een opname in het dagziekenhuis (zie Figuur 18). Deze toename is volledig op het conto van het niet-chirurgisch dagziekenhuis te schrijven. Mogelijks verklaart de stijgende trend van het dagziekenhuis de dalende trend in het aantal klassieke ziekenhuisopnames.

#### 2.3.4. Residentiële en semi-residentiële ouderenzorg<sup>14</sup>

##### Verblijf in een centrum voor dagverzorging (CDV)

In de loop van 2022 maakte 0,5% van de CM-leden van 65 jaar en ouder minstens één dag gebruik van een CDV. Dit aandeel is sinds 2016 zo goed als ongewijzigd. Er zijn geen verschillen vastgesteld volgens geslacht, maar wel volgens gewest en volgens sociaal statuut. Zo doet in Vlaan-

deren 0,5% van de 65-plussers in 2022 beroep op een CDV terwijl dit in Wallonië en Brussel respectievelijk 0,2% en 0,1% is. Verder bedraagt het aandeel onder de 65-plussers met VT-statuut 0,8%, terwijl dit in de groep zonder dit statuut 0,3% is. Dit resultaat is sterk beïnvloed door de cijfers in Vlaanderen waar het aandeel respectievelijk 1% en 0,4% bedraagt. In de overige gewesten is er weinig of geen verschil tussen de twee groepen.

De grootste verschillen stellen we vast volgens leeftijd. Daar waar in de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar het aandeel gebruikers amper 0,1% is, bedraagt dit bij de CM-leden van 85 jaar en ouder 1,1%. Deze toename volgens leeftijd is volledig toe te schrijven aan de gebruikscijfers in Vlaanderen. In Wallonië en Brussel zien we de sterke toename volgens leeftijd veel minder.

##### Verblijf in een centrum voor kortverblijf (CVK)

Van de CM-leden van 65 jaar en ouder verblijft in 2022 1,3% minstens een dag in een erkend centrum voor kortverblijf (CVK)<sup>15</sup>. Dit aandeel is sinds 2016 vrijwel ongewijzigd gebleven, behoudens de twee coronajaren 2020 en 2021 waar het aandeel iets lager lag. Er is geen verschil volgens geslacht.

<sup>14</sup> We herinneren eraan dat deze cijfers enkel betrekking hebben op ouderenzorg die sinds de zesde staatshervorming vergoed wordt in het kader van de regionale systemen van sociale bescherming (WZC, CVK en DVC). Daarnaast kunnen ouderen gebruik maken van andere opvangstructuren zoals Collectieve Autonome Dagopvang (CADO) in Vlaanderen en 'Centres de jours' (dagcentra) in Wallonië en Brussel, voorzieningen erkend in het kader van het beleid voor personen met een handicap of andere vormen van respijtzorg (bijvoorbeeld oppasdienst aan huis, zorghotels) of permanente opvang van ouderen (bijvoorbeeld private opvanginitiatieven). In onze analyse is ook niet gekeken naar het verblijf in een herstelverblijf, in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) of initiatief voor beschermt wonen (IBW).

<sup>15</sup> De gegevens over kortverblijf betreffen opnames in woonzorgcentra die ook een specifieke erkenning als Centrum voor Kortverblijf hebben en de geleverde zorg met specifieke pseudocodes factureren. Het kan evenwel gebeuren dat ouderen tijdelijk in een woonzorgcentrum verblijven zonder specifieke erkenning als CVK. In dat geval is dit verblijf in ons onderzoek beschouwd als een verblijf in een WZC.

Net als bij de CDV, zijn er wel verschillen vastgesteld volgens gewest en volgens sociaal statuut. Naar gewest stellen we het grootste aandeel vast voor Vlaanderen (1,3%), gevolgd door Wallonië (1,1%) en Brussel (0,3%). Wat betreft het sociaal statuut: onder de 65-plussers met recht op de verhoogde tegemoetkoming maakt 2,3% in 2022 gebruik van een CVK, in de groep zonder VT is dit 0,9%. Dit verschil stellen we vast zowel in Vlaanderen (2,6% tegenover 0,9%) als in Wallonië (1,6% tegenover 0,9%). In Brussel zien we het omgekeerde: 0,2% van de VT-ers tegenover 0,4% van de niet-VT-ers<sup>16</sup>.

Ook hier zien we vooral een leeftijdseffect. In de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar bedraagt het aandeel gebruikers in 2022 amper 0,2% terwijl dit bij de CM-leden van 85 jaar en ouder 4,3% is. Deze vaststelling geldt voor alle gewesten.

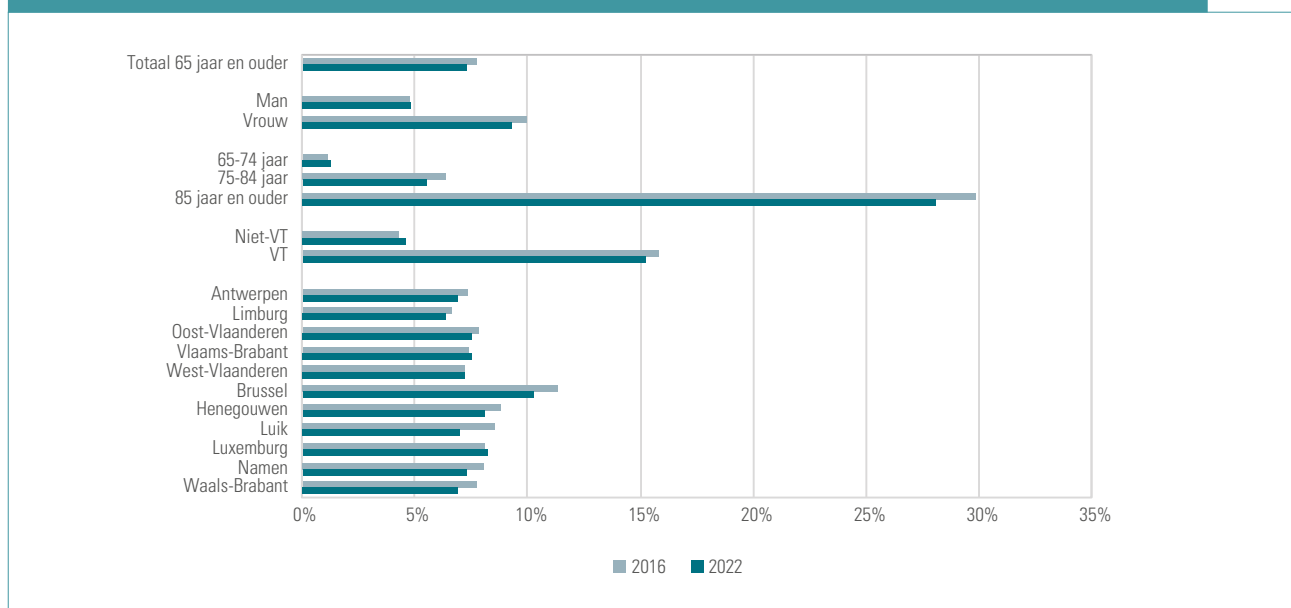
### Verblijf in een woonzorgcentrum (WZC)

In 2022 verblijft 7,3% van de CM-leden van 65 jaar en ouder minstens een dag in een woonzorgcentrum (zie Figuur 21). Dit is een beperkte daling ten opzichte van 2016 toen dit aandeel 7,7% bedroeg. Hier speelt wellicht de impact van de coronapandemie waarbij de oversterfte onder de bewoners van woonzorgcentra nog groter was dan binnen de totale bevolking (Surkyn, 2020).

Wanneer we de gegevens in figuur 21 meer in detail bekijken, zijn er enkele duidelijke vaststellingen.

- Zoals verwacht neemt het aandeel gebruikers van residentiële ouderenzorg exponentieel toe volgens de leeftijd: van 1,2% in de leeftijdscategorie 65-74 jaar tot 28,1% bij de CM-leden van 85 jaar en ouder in 2022. Het is wel in deze leeftijdscategorie dat tussen 2016 en 2022 de grootste daling is vastgesteld, mogelijk als gevolg van de coronapandemie. Dit leeftijdseffect ligt in het verlengde van de vraag van ouderen om de opname in een woonzorgcentrum zo lang als mogelijk uit te stellen. Uit eerder onderzoek bleek dat de mediane opnameleeftijd in een woonzorgcentrum in 2018 86 jaar bedroeg (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020).
- Hoewel deze klein zijn, zijn er ook tussen de provincies verschillen in het aandeel 65-plussers dat gebruik maakt van residentiële ouderenzorg. Zo gaat het in Limburg om 6,4%, in Antwerpen om 6,9% en in de andere Vlaamse provincies om minstens 7%. Aan Waalse kant noteren we het grootste aandeel in Luxemburg (8,2%) en het laagste in de provincie Waals-Brabant (6,9%). Globaal is het hoogste aandeel gebruikers van residentiële ouderenzorg vastgesteld in Brussel (10,2% in 2022), gevolgd door Wallonië (7,5% in 2022) en Vlaanderen (7,1% in 2022).

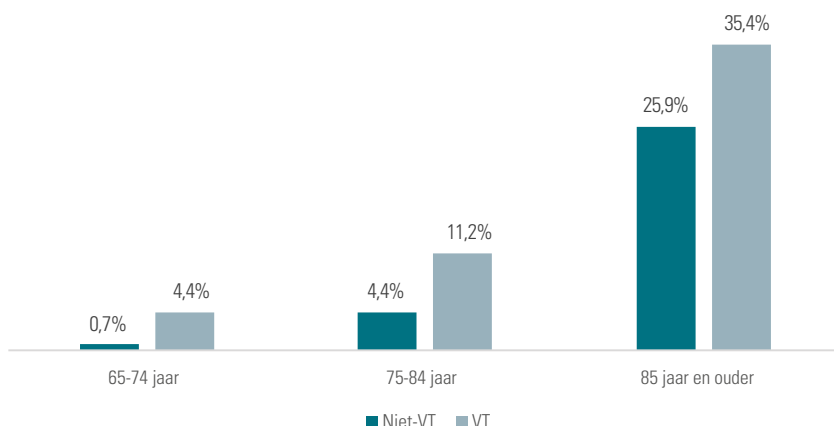
**Figuur 21: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één verblijfsdag in een woonzorgcentrum, volgens geslacht, leeftijdscategorie, VT-statuut en provincie<sup>17</sup>, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



<sup>16</sup> We herinneren eraan dat de resultaten voor Brussel met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden gezien het beperktere marktaandeel van CM.

<sup>17</sup> Noot: Bij de interpretatie van de cijfers voor Wallonië moet er rekening mee gehouden worden dat de ziekenfondsen sinds 2019 niet meer beschikken over de gegevens van de Duitstalige Gemeenschap.

**Figuur 22: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één verblijfsdag in een woonzorgcentrum, volgens leeftijd en VT-statuut, in 2022 (Bron: CM)**



- Opvallend is ook dat van de 65-plussers met recht op de verhoogde tegemoetkoming een groter aandeel opgenomen is in een woonzorgcentrum in vergelijking met deze zonder recht op dit statuut. Het verschil tussen beide groepen neemt ook toe met de leeftijd (zie Figuur 22).

### 3. Bespreking: Het profiel van de ouderen stelt ons voor uitdagingen

De vergrijzing van de bevolking waarmee ons land wordt geconfronteerd, plaatst de zorg- en welzijnssector voor enkele belangrijke uitdagingen. De stijgende levensverwachting en de daarmee gepaard gaande hogere prevalentie van chronische aandoeningen en beperkingen, zal de vraag naar zorg en ondersteuning voor ouderen verder doen toenemen. In antwoord hierop moet een beleid gevoerd worden dat rekening houdt met de wensen van de ouderen en de moeilijkheden die ze ondervinden, maar tegelijk met de beschikbare middelen om de noodzakelijke zorg en ondersteuning te organiseren. Om de denkoefening hierover te voeden, analyseerden we het profiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder. We schetsten hun socio-demografisch profiel, evenals hun gezondheidstoestand, kwetsbaarheid en gezondheidszorggebruik.

### 3.1. Hoe kwetsbaar zijn onze ouderen?

#### 3.1.1. Gezondheidsprofiel

Aan de hand van een lijst van 22 aandoeningen, gemeten op basis van proxyvariabelen waaronder in belangrijke mate specifiek geneesmiddelengebruik, kregen we een beeld van de **gezondheidssituatie** van de ouderen. Uit de analyse bleek dat de **65-plussers in 2022 gemiddeld twee aandoeningen** hebben. **Een op de vijf heeft geen van de onderzochte aandoeningen.** Cardiovasculaire aandoeningen komen het vaakst voor, zoals blijkt uit het grote aantal ouderen dat gebruik maakt van antihypertensiva (62,0%), gevolgd door het risico op trombose (41,2%). Op de derde plaats vinden we diabetes (18,0%). Op basis van de analyse stelden we verder vast dat 13,2% gebruik maakt van psychofarmaca. Deze resultaten verdienen de nodige aandacht. Het is aangetoond dat met het ouder worden, het risico op chronische aandoeningen toeneemt en dat er vaak sprake is van comorbiditeit (Paulus, Van den Heede, & Mertens, 2012). Aangezien de bevolking de komende jaren verder zal vergrijzen, zal het aantal mensen met een chronische aandoening en dus met nood aan zorg en ondersteuning verder toenemen.

Deze gegevens moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd gezien de beperkingen inherent aan het werken met proxyvariabelen die enkel rekening houden met gezondheidszorggebruik vergoed binnen de verplichte ziekteverzekering. Voor elke onderzochte aandoening kunnen dus enkel die personen gedetecteerd wor-

den voor wie deze prestaties gefactureerd zijn. Bijgevolg kan het werkelijk aantal mensen met een bepaalde pathologie onderschat zijn omdat sommigen een niet-vergoede behandeling volgen of geen behandeling (meer) krijgen, bijvoorbeeld omdat deze niet meer nodig is. Dit laatste kan onder meer voorkomen bij personen die in remissie zijn na een kankerbehandeling en die wellicht verder worden opgevolgd door een arts, maar niet meer gedetecteerd kunnen worden op basis van de gehanteerde proxyvariabele voor deze categorie aandoeningen. Bovendien kan het zijn dat mensen nog geen diagnose hebben of dat ze een behandeling uitstellen. Daarnaast is het mogelijk dat ouderen kampen met een of meerdere andere aandoeningen die niet in de lijst zijn opgenomen en waarvoor geen proxyvariabelen beschikbaar zijn. Ten slotte moet voor de gezondheidstoestand niet alleen gekeken worden naar ziekte-diagnoses, maar ook naar beperkingen waarmee ouderen geconfronteerd worden. Zo blijkt uit de gezondheidsenquête dat bijna één op de drie ouderen zegt ernstige beperkingen te ondervinden bij minstens één functionele activiteit (bijvoorbeeld zien, horen, stappen, enz.). Een vierde is matig tot ernstig beperkt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld in en uit een bed stappen, zich aan- en uitkleden, toiletbezoek, enz.) en meer dan de helft ervaart beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten (bijvoorbeeld maaltijd bereiden, boodschappen doen, enz.) (Demarest, Gisle, Charafeddine, & Van der Heyden, 2019). Uit het jaarverslag 2022 van de Vlaamse Sociale Bescherming blijkt dat van de 65-79-jarigen 6,5% een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden ontvangt (dit is de vroegere zorgverzekering). Bij de personen van 80 jaar en meer loopt dit op tot bijna een op de drie. En van alle zorgbudgetten samen die toegekend worden in geval van grote zorgbehoevendheid, bijvoorbeeld als gevolg van ernstige gezondheidsproblemen of een handicap<sup>18</sup>, gaat bijna een op de vier naar personen van 65 jaar of ouder (Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, 2022). Het aantal ouderen dat nood heeft aan behandeling en ondersteuning is in werkelijkheid dus hoger.

Naarmate de gezondheidstoestand van ouderen verder verslechtert en het levenseinde nadert, kan **palliatieve zorg** een meerwaarde zijn voor zowel de patiënt-e als diens naasten. Als multidisciplinaire totaalzorg ligt bij palliatieve zorg de nadruk niet op de levensverwachting, maar wel op de levenskwaliteit en het comfort van de patiënt-e waarbij

niet alleen oog is voor symptoomcontrole, maar ook voor psychisch-emotionele, sociale en spirituele-existentiële behoeften (Morel, 2020). Toch stelden we vast dat het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder dat hier een beroep op doet **vrij beperkt** blijft. Het is zeker zo dat een deel van de overlijdens plots is (bijvoorbeeld in geval van een hartaanval) en dat we op basis van de beschikbare gegevens niet alle situaties kunnen detecteren waar palliatieve ondersteuning geboden wordt. Maar in het licht van de vergrijzende bevolking en het toenemend aantal aandoeningen met een chronisch karakter waar de gezondheidstoestand geleidelijk achteruitgaat, denken we dat **meer mensen baat kunnen hebben bij palliatieve zorg**. Een mogelijke verklaring voor het beperkte gebruik kan het taboe zijn dat nog steeds hangt over het praten over de dood en levens-eindezorg (Balasundram, et al., 2023) waardoor palliatieve zorg pas laat wordt opgestart (Morel, 2020).

Ten slotte stelden we vast dat in de loop van een kalenderjaar 3,7% van de 65-plussers overlijdt en dat dit aandeel in de onderzochte periode vrij stabiel is gebleven, met uitzondering van het coronajaar 2020.

### 3.1.2. Kwetsbaarheidsprofiel

Om een indicatie te krijgen van de mate van kwetsbaarheid van de CM-ledenpopulatie van 65 jaar en ouder, is in de eerste plaats gekeken naar het aandeel met recht op de verhoogde tegemoetkoming. In 2022 bedroeg dit 25,3% en dit is een daling ten opzicht van 2016. Een eerdere CM-studie wees er al op dat bij de oudere CM-leden het **risico op het VT-statuut de voorbije jaren duidelijk is afgenomen** en dat de groep van rechthebbenden op dit statuut een globale verjonging kent (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023). Mogelijke verklaringen zijn de toegenomen arbeidsmarktparticipatie van vrouwen<sup>19</sup> waardoor ze vaker een eigen pensioen hebben. Samen met de toename van de levensverwachting, kan dit ertoe leiden dat steeds meer gezinnen over twee pensioenen beschikken en daardoor de inkomensgrens voor het recht op het VT-statuut overschreden is. Daarenboven beoogden verschillende beleidsmaatregelen de herwaardering van de laagste pensioenen.

Ook het **statuut chronische aandoening** is een indicatie van kwetsbaarheid. Hier zien we dat het aantal 65-plussers

18 Het gaat om het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (voorheen de Vlaamse zorgverzekering), het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (voorheen de Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden of THAB) en het zorgbudget voor personen met een handicap. Voor meer informatie: zie <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget>.

19 Uit een rapport van de Hoge Raad voor Werkgelegenheid blijkt dat de werkgelegenheidsgraad bij vrouwen gestaag toenam van 55,5% in 2002 tot 66,8% in 2021. Bij mannen was er in dezelfde periode een evolutie van 73,8% naar 74,5% (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2023).

dat hierop recht heeft **gevoelig gestegen** is tussen 2016 en 2022. Aangezien de regelgeving hierover in die periode ongewijzigd bleef, moet de verklaring voor de toename gezocht worden in de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg voor ouderen. Belangrijk om te onthouden is dat voor dit statuut niet alleen rekening wordt gehouden met de remgelden ten laste van de patiënt-e, maar ook met de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering en bepaalde uitgaven ten laste van de regionale systemen van sociale bescherming. Eerder CM-onderzoek verwees al naar de impact van de vergrijzing op de uitgaven voor innovatieve geneesmiddelen waarvan de kost geheel of grotendeels door de verplichte ziekteverzekering wordt gedragen (Ntahonganyira & Lebbe, 2023).

We stelden ten slotte vast dat in 2022 **ongeveer een derde van de ouderen een eenpersoonsgezin** vormt. Ook dit kan een indicatie van kwetsbaarheid zijn, zeker als we rekening houden met de soms ernstige gezondheids- en afhankelijkheidsproblemen waarmee ouderen geconfronteerd worden. Er is ook een verband tussen het gezondheidsrisico en het gevoel van eenzaamheid (Koning Boudewijnstichting, 2022). Zo bleek in de gezondheidsenquête 2018 een op de acht ouderen vanwege gezondheidsredenen beperkt te zijn in hun bewegingsvrijheid. Concreet betekent dit dat hun bewegingsvrijheid beperkt is tot hun huis, tuin, zetel of bed (Demarest, Gisle, Charafeddine, & Van der Heyden, 2019). Recent onderzoek wees uit dat het gevoel van eenzaamheid toeneemt met de leeftijd (Statbel, 2022). Het feit dat het alleen wonen **een risicofactor is voor een mindere gezondheid** blijkt ook uit ander onderzoek. Zo concludeerde een Canadese studie dat “personen die gehuwd zijn of samenwoonden een kleinere kans hadden om te overlijden tijdens de opvolgingsperiode dan degenen die geen dergelijke relatie hadden” en dat “mannen en vrouwen die een laag niveau van participatie hadden, gemiddeld een kortere levensverwachting hadden dan mensen die vaker deelnamen aan activiteiten in de samenleving” (Gilmour & Ramage-Morin, 2020, pp. 33-34, eigen vertaling). Een Belgische studie stelde vast dat “het risico om te overlijden sterk varieert, afhankelijk van de gezinssituatie en de burgerlijke staat, vooral tussen de 65 en 79 jaar [...]. Deze variabele weerspiegelt in zekere zin de impact van sociaal en familiaal isolement, of omgekeerd van de gezinssteun waarop ouderen wel of niet kunnen rekenen. De resultaten bevestigen gedeeltelijk het beschermende effect van het huwelijk, waarbij mensen die gehuwd zijn zich onderscheiden door een duidelijk lagere sterfte vergeleken met andere gezinssituaties en de burgerlijke staat” (Eggerickx T., Sanderson, Vandeschrick, & Donadille, 2021, p. 115, eigen vertaling).

## 3.2. Op welke zorg doen de 65-plussers een beroep?

### 3.2.1. Eerstelijnszorg en geneesmiddelen

Verouderen gaat voor velen gepaard met gezondheidsproblemen en aandoeningen. De kans is dus reëel dat ze op een gegeven moment een beroep moeten doen op een of meerdere professionele zorgverleners. Uit onze analyses blijkt duidelijk dat de **huisarts** voor de overgrote meerderheid **nog steeds een referentiepersoon** is als het op gezondheid aankomt. Meer dan negen op de tien ouderen heeft in de loop van een kalenderjaar minstens één contact met de huisarts. Deze blijft dus een belangrijke zorgactor voor ouderen. Onze cijfers bevestigen de bevindingen uit de gezondheidsenquête van Sciensano waar bijna 83% van de bevolking in het voorbije jaar minstens één contact met de huisarts had, een aandeel dat verder toeneemt met de leeftijd (96,5% bij de 75-plussers) (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). Uit diezelfde gezondheidsenquête blijkt bovendien dat de overgrote meerderheid van de mensen het contact met de huisarts als heel positief beschouwt en vindt dat die voldoende tijd uittrekt, op een voldoende duidelijke manier uitleg geeft, de gelegenheid geeft om vragen te stellen of zorgen te uiten over de aanbevolen behandeling, en hen voldoende betreft bij beslissingen over zorg en behandeling (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019). Meer dan twee derde heeft in de loop van een kalenderjaar ook minstens één ambulante contact met een specialist, een aandeel dat een stijgende trend kent sinds 2016. We zagen ook een toename van het aandeel ouderen dat ingeschreven is in een wijkgezondheidscentrum. In 2022 deed een op de vijf 65-plussers een beroep op thuisverpleging.

Uit onze analyses blijkt dat bijna alle 65-plussers in 2022 minstens één geneesmiddel voorgeschreven kregen. Voor ruim 80% ging het op jaarbasis om minstens 180 DDD, wat wijst op **geneesmiddelengebruik over een langere periode en/of op het gelijktijdig gebruik van meerdere geneesmiddelen**. Deze resultaten zijn in de lijn der verwachtingen, rekening houdend met de hogere prevalentie van chronische aandoeningen en comorbiditeit naarmate men ouder wordt. Polyfarmacie en chronisch geneesmiddelengebruik kunnen dan noodzakelijk zijn (Blum, et al., 2021). En op basis van onze gegevens is het ook onmogelijk om uitspraken te doen over de gepastheid van de medicamenteuze behandelingen. Niettemin stemmen de cijfers tot nadenken. Het is immers gekend dat België algemeen koploper is wat betreft geneesmiddelengebruik, onder meer voor antibiotica en psychofarmaca. Ook **op vlak van polyfarmacie**

**bij ouderen scoort België algemeen slechter dan heel wat Europese landen** (Devos, et al., 2019). Andere studies wezen dan weer op het hoge geneesmiddelengebruik van ouderen in woonzorgcentra, zeker inzake psychofarmaca (Noirhomme & Lambert, 2020), al lijken recente analyses te wijzen op een mogelijke kentering in deze sector (Willaert, Maron, & Vrancken, 2023). Tegelijk wordt ook de nodige aandacht gevraagd voor de **risico's voor ouderen** bij het gebruik van bepaalde geneesmiddelen en polyfarmacie waaronder interactie tussen geneesmiddelen en bijwerkingen, en verminderde levenskwaliteit (Blum, et al., 2021), evenals een verhoogd valrisico (Woolcott, et al., 2009; Wilson, et al., 2011). Ander onderzoek wijst uit dat tot 30% van de ziekenhuisopnames bij ouderen geneesmiddelen gerelateerd is en dat de helft ervan potentieel vermijdbaar is (Blum, et al., 2021). Ten slotte is er in eerder CM-onderzoek op gewezen dat voor het gebruik van bepaalde geneesmiddelen (bijvoorbeeld antidiabetica, antihypertensiva, enz.) mogelijk een link kan gelegd worden met een minder gezonde levensstijl (onvoldoende beweging, onvoldoende gezonde voeding, enz.) (Ntahonganyira, Avalosse, & Vandeleene, 2018). **Blijven inzetten op rationeel geneesmiddelengebruik en op preventie en gezondheidsbevordering blijft dan ook essentieel.**

### 3.2.2. Ziekenhuiszorg

In de loop van een kalenderjaar komen heel wat ouderen in het ziekenhuis terecht. Voor ruim één op de vijf ging het om minstens één **contact met de spoedafdeling** van een ziekenhuis, een aandeel dat bovendien sinds 2016, met uitzondering van het coronajaar 2020, een **duidelijk stijgende trend** kent. Onze gegevens laten niet toe uitspraken te doen over de noodzakelijkheid dan wel vermijdbaarheid van het contact met de spoedafdeling. Niettemin is het belangrijk voldoende aandacht te besteden aan deze resultaten. Verschillende studies wezen al uit dat het gebruik van spoeddiensten toeneemt met de leeftijd (Observatorium Gezondheid & Welzijn BXL-Hoofdstad, 2019; Driesen, et al., 2021), en dat de verdere vergrijzing, samen met de focus op vermaatschappelijkte zorg, de druk op deze diensten verder zal doen toenemen (Lucassen, Colijn, Snijders, Zarbanoui, & Schuitemaker, 2021; Driesen, et al., 2021). Een spoedopname heeft niet alleen een grote impact op de ouderen zelf, maar ook een maatschappelijke impact gezien de hoge kost die deze genereert voor het systeem. Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat in het algemeen een groot deel van de patiënten die een beroep doen op een spoeddienst door een huisarts behandeld zou kunnen worden (Driesen, et al., 2021; Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerry, 2005; Van den Heede, Dubois, & Devriese, 2016).

Verschillende factoren bepalen mee de keuze om toch een beroep te doen op de spoeddienst. Bij ouderen speelt de slechtere gezondheidstoestand zeker een belangrijke rol en doen ze vaker een beroep op een spoeddienst voor urgente problemen, zoals na een valincident, en volgt ook vaker een ziekenhuisopname in een eerste fase (Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015) en een opname in een woonzorgcentrum in een volgende fase (Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerry, 2005). Maar studies wijzen ook op heel wat andere, ook niet strikt medische factoren die aan de basis liggen van het gebruik van een spoeddienst, waaronder de makkelijke toegang en de nabijheid van een spoeddienst, de niet onmiddellijke beschikbaarheid van de huisarts (Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerry, 2005), de ingekorte ligduur bij ziekenhuisopnames of de beschikbaarheid en snelle toegankelijkheid van diagnostische technologieën (Lievens, 2015). Er zijn al initiatieven genomen om het gebruik van spoeddiensten af te remmen en zo de beschikbare middelen meer efficiënt in te zetten, waaronder een verschil in eigen bijdrage naar gelang de opname op een spoeddienst al dan niet op doorverwijzing gebeurde en de uitbouw van wachtposten. Het is nog niet duidelijk of deze maatregel het gewenste effect heeft. Zo concludeert een studie het volgende: "Toch kunnen we geen duidelijke daling waarnemen in het aantal aanmeldingen op spoed sinds de oprichting van de wachtpost. Er blijkt dus een parallelle stroom te ontstaan naar de wachtposten, naast de al bestaande stroom richting spoedgevalen." (Tubbax, 2016, p. 10). Bovendien moet in dit debat ook rekening gehouden worden met het tekort aan huisartsen in verschillende regio's.

Wat betreft de **klassieke ziekenhuisopnames** (dus met minstens één overnachting), stellen we vast dat het aandeel gebruikers de voorbije jaren een **dalende trend** vertoont. **Daartegenover staat de sterk stijgende trend** van het aandeel 65-plussers met minstens één opname **in het dagziekenhuis**, een toename die zelfs groter is dan de daling bij de klassieke opnames. De trend die algemeen wordt vastgesteld voor ziekenhuiszorg, zien we dus ook bij ouderen. Gezien de grote impact van een ziekenhuisopname, zeker bij ouderen, is dit een positieve trend. Tegelijk betekent het ook dat er **voldoende aandacht moet zijn voor een goed ontslagmanagement** dat garant staat voor een naadloze overgang naar bijvoorbeeld de thuisituatie en waarbij voldoende en kwaliteitsvolle nazorg door zowel zorg- als welzijnsactoren gegarandeerd kan worden op de eerstelijns. Dit is des te belangrijker bij ouderen die extra kwetsbaar zijn en die in de eigen omgeving niet of onvoldoende kunnen rekenen op een ondersteunend netwerk.



### 3.2.3. Ouderenzorg

De meeste ouderen geven er de voorkeur aan om zo lang mogelijk thuis te blijven, ook in geval van grote zorgbehoevendheid ('*ageing in place*') (Koning Boudewijn Stichting, 2017). Ook beleidsmakers zetten sterk in op de vermaatschappelijking van de zorg (Beke, 2019; Gouvernement de Wallonie, 2019). Maar dit realiseren is niet alleen afhankelijk van een voldoende aanbod aan professionele thuiszorg. Ook mantelzorgers zijn een onmisbare schakel om mensen langer thuis te kunnen laten wonen. Bijgevolg is het belangrijk om vanuit de zorg niet alleen aandacht te hebben voor de zorgbehoevende, maar ook oog te hebben voor deze mantelzorgers en mee te waken over de balans tussen draagkracht en draaglast. Een van de mogelijkheden is dan bijvoorbeeld het af en toe **inschakelen van respijtzorg** zoals een centrum voor dagverzorging of een centrum voor kortverblijf. Deze voorzieningen zorgen voor de tijdelijke opvang van een zorgbehoevende overdag en/of 's nachts zodat de mantelzorger even op adem kan komen. Toch stelden we in onze analyses vast dat het gebruik van centra voor dagverzorging (0,5%) en centra voor kortverblijf (1,3%) **relatief beperkt** blijft. Dit bevestigt de bevinding van een eerdere CM-studie. Als mogelijke verklaringen is toen verwezen naar persoonlijke weerstand en angst voor de afkeuring door naasten, het gebrek aan informatie over dit aanbod en de onvoldoende toegankelijkheid, zowel in termen van aanbod als in termen van eigen bijdrage (Gérain & Avalosse, 2020).

Wanneer de zorgbehoevendheid te groot wordt (Luppa, Luck, Weyer, König, & Riedel-Heller, 2010), en zeker als de draagkracht van de mantelzorg overschreden wordt of de mantelzorg wegvalt (Buhr, Kuchibhatla, & Clipp, 2006), dringt een permanente opname in een woonzorgcentrum zich op. In 2022 verbleef 7,3% van de CM-leden van 65 jaar en ouder minstens één dag in een woonzorgcentrum. Ondanks de lichte daling in vergelijking met 2016, die mogelijk nog het gevolg is van de coronapandemie, maar misschien ook kadert in het zo lang mogelijk thuis wonen, mag men niet uit het oog verliezen dat ook de **woonzorgcentra een noodzakelijke schakel blijven in het zorgcontinuüm voor ouderen**.

## 3.3. Welke grote variaties stellen we vast?

### 3.3.1. Socio-demografische verschillen

**We stelden in de analyses duidelijke verschillen volgens leeftijd vast voor zowel het gezondheidsprofiel, de mate van kwetsbaarheid als het zorggebruik. Voor een aantal variabelen was er ook een verschil volgens geslacht.**

Het vastgestelde leeftijdseffect, dat misschien wel in de lijn van de verwachtingen ligt gezien de verdere achteruitgang van de gezondheidstoestand naarmate men ouder wordt, blijft niettemin een belangrijke vaststelling. Gezien de verdere vergrijzing van de bevolking in de komende jaren, betekent het dat de vraag naar zorg verder zal blijven toenemen en staat de samenleving voor de uitdaging om hierop een gepast antwoord te geven.

Wat betreft het **gezondheidsprofiel** zagen we een **exponentiële afname volgens leeftijd van het aantal ouderen dat geen enkele van de onderzochte aandoeningen heeft** (van iets meer dan een kwart bij de 65-74-jarigen tot een op de tien bij de ouderen van 85 jaar en meer). Tegelijk worden de oudsten met meer aandoeningen geconfronteerd en neemt de prevalentie van bijna alle onderzochte aandoeningen toe met de leeftijd. Dit is in lijn met vaststellingen in andere studies dat de gezondheidstoestand verder afneemt naarmate men ouder wordt en de prevalentie van chronische aandoeningen en multimorbiditeit toenemen (Demarest, Gisle, Charafeddine, & Van der Heyden, 2019; Van der Heyden & Charafeddine, 2019).

Wat betreft de **kwetsbaarheid** zagen we dat er, ondanks de globaal dalende trend van de voorbije jaren in het risico op het **VT-statuut** bij ouderen, binnen deze groep ook opvallende verschillen zijn volgens leeftijd en volgens geslacht. Zo blijft het een belangrijke vaststelling dat **vrouwelijke CM-leden van 65 jaar en ouder** vaker recht hebben op het VT-statuut en dus globaal een **groter risico** hebben om zich in een precaire situatie te bevinden. Hetzelfde geldt voor de 85-plussers, waar bijna de helft het VT-statuut heeft, een aandeel dat veel hoger is dan in de andere leeftijdscategorieën. Ook deze groep bestaat voor het merendeel uit vrouwen. Een eerdere CM-studie verwees als mogelijke verklaring naar het verschil tussen mannen en vrouwen in de mogelijkheden om te werken en in de arbeidsomstandigheden, zeker bij het oudste deel van onze bevolking: vooral in het verleden, maar ook nu nog participeren vrouwen minder aan de arbeidsmarkt, werken ze vaker deeltijds en blijft er een loonkloof bestaan tussen mannen en vrouwen. Dit leidt tot een lager pensioeninkomen wat zich vertaalt in een groter aandeel met recht

op de verhoogde tegemoetkoming (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023). Hetzelfde zien we voor de indicator **eenpersoonsgezin** waar het **aandeel het grootst is bij de vrouwen en bij de 85-plussers**, wat verklaard kan worden door de hogere levensverwachting bij vrouwen waardoor ze vaker als langstlevende overblijven. Dit is een niet te verwaarlozen vaststelling, wetende dat in veel situaties van zorgbehoefendheid, de beschikbaarheid van mantelzorgers vaak een cruciale factor is in de haalbaarheid van thuiszorg en het feit dat, naast de kinderen, ook de partner een belangrijke hulpbron is voor zorgbehoevende ouderen (Cès, et al., 2016).

Het feit dat de oudsten in onze samenleving, en dan vooral de vrouwen, een beduidend groter risico hebben op kwetsbaarheid, mag niet uit het oog verloren worden, zeker als we daarbij ook rekening houden met de grotere prevalentie van beperkingen en aandoeningen. Het plaatst de samenleving voor de belangrijke uitdaging om de zorg en ondersteuning dusdanig te organiseren dat ook deze ouderen, indien zij dit wensen, zo lang als mogelijk kwaliteitsvol kunnen leven in de eigen vertrouwde omgeving.

Rekening houdend met de mindere gezondheidstoestand naarmate men ouder wordt, stelden we **ook voor het zorggebruik doorgaans een leeftijdseffect** vast. Dit was bijvoorbeeld het geval voor contact met de huisarts, gebruik van thuisverpleging, geneesmiddelengebruik, ziekenhuisopname en verblijf in een woonzorgcentrum. Bovendien waren er soms verschillen volgens geslacht, bijvoorbeeld voor contact met de huisarts, gebruik van thuisverpleging en ziekenhuisopname. Dit bevestigt wat ook in andere studies zoals de gezondheidsenquête naar voren komt (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020).

**Het leeftijdseffect is onder meer vastgesteld voor de huisartsen** waar het aandeel met minstens één contact in de loop van een kalenderjaar het hoogst is bij de 85-plussers. Wel zagen we tegelijk een omgekeerde tendens voor de inschrijving in een wijkgezondheidscentrum. Het kan dus zijn dat de jongste groep ouderen vaker een beroep doet op een huisarts via een wijkgezondheidscentrum, al kan dit niet uit onze gegevens worden afgeleid. Een opvallende vaststelling is dat het aandeel ouderen dat in de loop van een kalenderjaar een **ambulant contact had met een specialist afneemt met de leeftijd**. Een mogelijke verklaring kan zijn dat mensen voor een specifieke aandoening in een beginfase een of meerdere contacten hebben met een specialist, maar dat na verloop van tijd, eens de aandoening gestabiliseerd is, de verdere opvolging door de huisarts gebeurt. Deze kan dan, indien nodig, opnieuw

doorverwijzen naar de specialist. Dit resultaat over het omgekeerde leeftijdseffect moet wellicht ook samen gelezen worden met dat voor de ziekenhuisopnames. Het aantal ouderen dat in de loop van een kalenderjaar contact had met een spoedafdeling of in het ziekenhuis is opgenomen, neemt immers exponentieel toe met de leeftijd. De kans is reëel dat op er dat moment een of meerdere contacten zijn met artsen-specialisten. Niettemin is het nuttig dit omgekeerde leeftijdseffect voor ambulante specialistische zorg verder te onderzoeken en na te gaan in welke mate dit zou kunnen wijzen op een ondergebruik van ambulante specialistische zorg en wat hiervoor dan de achterliggende oorzaken zijn. Indien er sprake zou zijn van ondergebruik, kan dit wijzen op niet-beantwoorde behoeften (*'unmet needs'*) en kan dit een impact hebben op de kwaliteit van leven. Tegelijk moet ook voldoende kritisch gekeken worden naar het sterke leeftijdseffect voor **ziekenhuiszorg**. Studies wezen immers uit dat een ziekenhuisopname een grote impact kan hebben op ouderen en hun functioneren negatief kan beïnvloeden (Buurman & Seben, 2018). Het groter risico op ziekenhuiszorg volgens leeftijd hangt wellicht grotendeels samen met het leeftijdseffect op vlak van de gezondheidssituatie. Niettemin wezen verschillende studies al uit dat **een deel van de opnames potentieel vermijdbaar** is (Driesen, et al., 2021; Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerri, 2005).

Een sterk leeftijdseffect is ook vastgesteld voor opname in een **woonzorgcentrum**. Dit hangt wellicht samen met het verband tussen leeftijd enerzijds en de gezondheidssituatie en de mate van afhankelijkheid anderzijds. Onderzoek wees immers uit dat afhankelijkheid een van de meest doorslaggevende factoren is voor een residentiële opname (Luppa, Luck, Weyer, König, & Riedel-Heller, 2010). Ook in een samenleving die de voorkeur geeft aan vermaatschappelijkste zorg, blijven de woonzorgcentra dan ook een **onmisbare schakel in de zorg voor ouderen**.

### 3.3.2. Verschillen volgens mate van kwetsbaarheid

Bij de analyses van het gezondheidsprofiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder, stelden we vast dat er belangrijke verschillen zijn volgens sociaal statuut, meer bepaald het al dan niet recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming. Onder de leden van minstens 65 jaar met het VT-statuuut is het aandeel zonder een van de bestudeerde aandoeningen beduidend kleiner. Bovendien is binnen deze groep de prevalentie van de aandoeningen doorgaans hoger. Ouderen met het VT-statuuut hebben ook vaker recht op het statuut chronische aandoening, wat erop wijst dat ze over een langere periode hoge uitgaven voor gezondheidszorg

genereren en dus in een slechtere gezondheidstoestand verkeren. Ten slotte viel nog op dat VT-ers duidelijk een groter risico hebben om in de loop van een kalenderjaar te overlijden. Dus **ook bij ouderen stellen we een sociale gradiënt in gezondheid vast**. Dit sluit aan bij een van de conclusies van een eerdere CM-studie die stelde dat er ook in onze samenleving een verband is tussen de mate van kwetsbaarheid van mensen enerzijds en het risico om met gezondheidsproblemen te kampen en binnen het jaar te overlijden anderzijds (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022).

Deze slechtere gezondheidstoestand **vertaalt zich doorgaans in een grotere kans op het gebruik van de zorg** die in deze studie geanalyseerd is. We zagen dit onder meer voor het contact met de huisarts en vooral de inschrijving in een wijkgezondheidscentrum, het gebruik van thuisverpleging, het langdurig of groot gebruik van geneesmiddelen en van palliatieve zorg.

Opvallend is dat voor het **ambulant contact met de specialist het omgekeerde is vastgesteld**. Het aandeel ouderen met het VT-statuuat dat in de loop van een jaar contact heeft met een specialist is kleiner dan bij de ouderen zonder dit statuut. Deze vaststelling ligt in het verlengde van de bevinding in de gezondheidsenquête over socio-economische verschillen (volgens opleidingsniveau) in ambulante contacten met een specialist (Van der Heyden, Berete, & Driekens, 2020). Dus hoewel meer kwetsbaren zich doorgaans in minder goede gezondheid bevinden en dus in principe een hogere zorgnood hebben, lijkt het erop dat de drempel om de hulp van een specialist in te roepen groter is.

Hoewel dit in deze studie niet onderzocht is, verwijzen we hier graag naar een andere belangrijke conclusie uit het CM-onderzoek rond gezondheidsongelijkheden. Daarin is vastgesteld dat ook voor preventieve gezondheidszorg een omgekeerde sociale gradiënt geldt. Zo doen de meest kwetsbaren minder een beroep op preventieve tandzorg en participeren ze minder vaak aan preventieve gezondheidszorgcampagnes zoals borstkankerscreening (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). De kans bestaat dus dat aandoeningen pas in een latere fase worden geconstateerd en hiervoor onmiddellijk zwaardere zorg nodig is.

Dezelfde vaststelling van een groter gebruik was er voor de klassieke opname in het ziekenhuis en het contact met de spoedafdeling van een ziekenhuis. Ook dit kan het gevolg zijn van de algemeen slechtere gezondheidstoestand, maar voor contacten met de spoedafdeling vermelden verschillende studies ook andere redenen. Zo zou het ge-

bruik van een spoeddienst voor mensen in een kwetsbare situatie meer laagdrempelig zijn dan andere zorgvormen, onder meer omwille van de onmiddellijke en permanente beschikbaarheid en omdat de kosten voor de zorg niet onmiddellijk betaald moeten worden (Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015; Observatorium Gezondheid & Welzijn BXL-Hoofdstad, 2019).

Wat betreft het hoger aandeel met VT-statuuat dat in de loop van een kalenderjaar in een woonzorgcentrum wordt opgenomen, moeten we ook rekening houden met een mogelijk generatie-effect. We weten uit eerder onderzoek dat de gemiddelde leeftijd voor opname in een WZC hoog is, namelijk 86 à 87 jaar in 2018 (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020). Het zijn net deze oudsten, voornamelijk vrouwen, die nog de gevolgen meeslepen van de veel beperktere arbeidsparticipatie en dus minder voordelige pensioenrechten, en van de minder gunstige arbeidsomstandigheden tijdens hun beroeps carrière in vergelijking met mannen (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023). Ook andere rapporten vermelden de grotere financiële kwetsbaarheid van deze groep. Uit de EU-SILC-enquête 2022 blijkt dat ouderen algemeen een hoger armoederisico hebben dan de totale bevolking: 17,9% tegenover 13,2%. Bij 75-plussers loopt zelfs 23,1% een risico op armoede (Hoge Raad van Financiën, 2023). We zagen ook dat ouderen met het VT-statuuat vaker een eenpersoonsgezin vormen. Het is dus mogelijk dat het groter risico op opname in een woonzorgcentrum niet alleen verklaard wordt door hogere leeftijd en dus de slechtere gezondheidssituatie. Het kan ook zijn dat ze minder een beroep kunnen doen op een netwerk van mantelzorgers waardoor het minder haalbaar is om thuis in de vertrouwde omgeving verzorgd te worden.

### 3.3.3. Regionale verschillen

Voor heel wat variabelen waren er ook **regionale verschillen, zowel tussen de gewesten als tussen de provincies**. Wat betreft de **kwetsbaarheid**, was het resultaat voor het aandeel 65-plussers met VT-statuuat in Brussel opmerkelijk. Daar waar in de totale studiebevolking en andere regio's dit aandeel een dalende trend kende tussen 2016 en 2022, nam dit aandeel in Brussel in dezelfde periode toe. Dit is een niet te verwaarlozen vaststelling. Bovendien stellen we in Brussel ook een groter aandeel eenpersoonsgezinnen vast. In Vlaanderen viel het resultaat voor West-Vlaanderen op met een opvallend hoog aandeel ouderen met het VT-statuuat in vergelijking met de andere provincies. Ook voor het **zorggebruik** bleken uit de analyses enkele regionale verschillen, met bijvoorbeeld een groter aandeel Limburgse ouderen dat een beroep doet op thuisverpleging en

ook op de huisarts. Verder lijken 65-plussers in Brussel en Luik minder een beroep te doen op de huisarts, maar ze zijn wel vaker ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum. Bij de ziekenhuiszorg zien we een groter gebruik van de spoedafdeling in Brussel.

Het is niet eenvoudig de oorzaak voor de verschillen tussen de regio's en provincies precies te duiden. Wellicht spelen meerdere factoren een rol, waaronder mogelijk het **verschil in vergrijzingsgraad**. Dit kan bijvoorbeeld mee aan de basis liggen van het hoge aandeel VT-ers in West-Vlaanderen. Het is immers geweten dat zowel de Belgische kust als het platteland sterker vergrijzen (De Decker, et al., 2018). Bovendien is er het hoger armoederisico<sup>20</sup> bij ouderen in het algemeen (Hoge Raad van Financien, 2023) en de niet te verwaarlozen armoedeproblematiek op het platteland (Steunpunt tot Bestrijding van armoede, 2016).

Maar ook **de omvang, de aard en de mate van beschikbaarheid van het zorgaanbod** hebben ongetwijfeld invloed op het zorggebruik, evenals **het aandeel ouderen in een bepaalde regio dat zich in een precare situatie bevindt**. In Brussel bijvoorbeeld, waar meerdere ziekenhuizen zijn, is een spoeddienst voor veel inwoners dichtbij en bovendien altijd onmiddellijk bereikbaar ook 's avonds en tijdens het weekend, dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld een huisarts. Zoals eerder aangegeven speelt voor kwetsbare groepen soms ook mee dat de zorg, verleend in de spoeddienst, niet onmiddellijk betaald moet worden (Observatorium Gezondheid en Welzijn BXL-Hoofdstad, 2019; Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015). Zoals gezegd is het aandeel VT-ers in Brussel in onze studiepopulatie de voorbije jaren toegenomen. De aard van het zorgaanbod zorgt ook voor een groter aandeel ouderen dat in Brussel een beroep doet op een woonzorgcentrum. Een van de oorzaken hiervoor is immers onder meer het ontoereikend specifieke aanbod voor personen met bepaalde zorgbehoeften waardoor de opname in een woonzorgcentrum sneller de enig overblijvende optie is (Carbonelle, 2017). Vlaanderen zet dan weer al langer nadrukkelijk in op vermaatschappelijkte zorg wat zich vertaalde in sterke investeringen in thuiszorg en thuiszorgondersteunende diensten (ING & Probis, 2018). Voor Limburg kan het grotere beroep op thuisverpleging dan weer mee beïnvloed zijn door het beperktere aanbod aan residentiële ouderenzorg in vergelijking met de andere Vlaamse provincies (Departement Zorg van de Vlaamse overheid, 2022).

## 4. Aanbevelingen voor een adequate ouderenzorg en ouderenzorgbeleid

De analyse van het profiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder leert dat velen onder hen, zoals verwacht, geconfronteerd worden met chronische aandoeningen. Uit de gezondheidsenquête weten we bovendien dat ze in het dagelijks leven ook kampen met heel wat beperkingen. Ouderen zijn bijgevolg meer dan andere leeftijdsgroepen afhankelijk van zorg en ondersteuning. De CM-cijfers tonen inderdaad aan dat heel wat ouderen in de loop van een kalenderjaar contact hebben met een of meerdere zorgverleners zoals de huisarts, specialist of thuisverpleegkundige. Een groot deel doet ook een beroep op institutionele zorg, onder meer in het ziekenhuis of in een woonzorgcentrum. **De verdere vergrijzing van de bevolking in de komende jaren, plaatst beleidsverantwoordelijken en aanbieders van zorg en ondersteuning dan ook voor de uitdaging om op een adequate manier in te spelen op de verwachte toename in de vraag naar zorg en ondersteuning.**

Hierbij is het belangrijk er rekening mee te houden dat de **groep van 65 jaar en ouder niet homogeen** is. We zagen in onze analyses soms grote **verschillen** in het gezondheidsprofiel en het zorggebruik **volgens leeftijd, geslacht of regio en provincie**. En vooral **de mate van kwetsbaarheid** lijkt een belangrijke rol te spelen in de gezondheidstoestand en het zorggebruik. De meest kwetsbaren verkeren doorgaans in een minder goede gezondheid, doen vaker een beroep op (zware) zorg en hebben een hoger risico op overlijden in de loop van een jaar. Dit is een **belangrijk aandachtspunt voor zowel de beleidsvoering in het algemeen als voor de organisatie van het zorgaanbod door de terreinactoren, met het oog op een adequate zorgverlening op maat van de zorgvrager.**

Op basis van de verschillende vaststellingen in onze analyses, formuleren we hieronder een aantal algemene aanbevelingen rond vier belangrijke thema's.

### 4.1. Investeer in de eerstelijnszorg

De CM-gegevens bevestigden de bevinding uit de gezondheidsenquête dat de overgrote meerderheid van de ouderen in de loop van een kalenderjaar minstens één contact

20 [https://indicators.be/nl/i/G10\\_POV/nl](https://indicators.be/nl/i/G10_POV/nl)

met de huisarts heeft. Deze blijft dus een belangrijke plaats innemen in het zorgteam rond een oudere en geniet heel wat vertrouwen. Doordat met het ouder worden het risico op een of meerdere chronische aandoeningen en op functionele en/of cognitieve beperkingen toeneemt, ontstaan soms heel complexe zorgsituaties waar de inzet van meerdere eerstelijnsactoren noodzakelijk is, met naast de huisarts onder meer ook thuisverpleging, apotheker, gezinshulp, kinesitherapie, maatschappelijk werk, enz. **In een vermaatschappelijkte zorg, zowel de wens van de ouderen zelf als van de overheden, spelen eerstelijnsactoren dus een essentiële rol.**

Al deze actoren zullen door de verdere vergrijzing geconfronteerd worden met een toenemende zorgvraag. Het beleid moet hiermee proactief rekening houden bij de verdere programmering en organisatie van het aanbod. Een bijzonder aandachtspunt hier is de huidige context van krapte op de arbeidsmarkt voor bepaalde profielen. De **investeringen ter versterking van de aantrekkelijkheid en de waardering van eerstelijnsactoren moeten de komende jaren aangehouden worden.** Hierbij denken we onder meer aan het verder versterken van de positie van de huisarts in de eerstelijns, de herwaardering van het beroep van verpleegkundige, het toekennen van specifieke taken aan de apotheker in het ondersteunen van chronische zorgsituaties, het versterken van de diensten maatschappelijk werk, het ondersteunen van het welzijn van zorgverleners, enz. **Er moet ook creatief worden nagedacht over taakdelegatie en over het efficiënt en complementair inzetten van de verschillende profielen professionals in functie van hun opleiding en expertise** (CM, 2024, p. 29).

Deze sterke eerstelijns moet ook kaderen in een model van geïntegreerde zorg waarbij er een naadloze overgang is tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning op de verschillende zorglijnen en waarbij de persoon met zorgnoden centraal staat (CM, 2024, p. 27).

## 4.2. Zet kwaliteit van leven centraal

CM hecht veel belang aan de levenskwaliteit en het welzijn van mensen doorheen het ganse leven. Deze levenskwaliteit wordt onder meer beïnvloed door de gezondheid en dit is meer dan alleen niet ziek zijn of geen beperkingen onderkennen. Gezondheid is evenzeer zich goed in zijn vel voelen, zin vinden in wat men doet, een ondersteunend netwerk hebben, voldoende financiële slagkracht hebben, in een aangename omgeving wonen, enz. **Vanuit deze brede visie op gezondheid vraagt CM dan ook een gezondheidsbeleid**

**dat vertrekt van de strategie 'gezondheid op alle beleidsdomeinen' ('Health in All Policies')** (CM, 2024, pp. 6-7). Voor de preventie van gezondheidsproblemen, het promoten van een gezonde levensstijl, het onder controle houden van een ziekte, het bestrijden van symptomen, het bieden van comfortzorg, praktische hulp en psychologische, sociale en spiritueel-existentiële ondersteuning, enz., zijn zeker initiatieven nodig in het domein welzijn en gezondheid. Maar om gezondheid en levenskwaliteit te garanderen zijn tegelijk initiatieven nodig in andere domeinen als inkomen, huisvesting, vrije tijd, materiële levensomstandigheden, maatschappelijke betrokkenheid, mobiliteit, ruimtelijke ordening, enz.

In het kader van ouderenzorg hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het concept **'actief ouder worden' ('active ageing')**, of het optimaliseren van de mogelijkheden voor gezondheid, participatie en veiligheid met het oog op het verbeteren van de levenskwaliteit naarmate mensen ouder worden (Wereldgezondheidsorganisatie, 2002). Ook de WHO hanteert een holistische visie op gezondheid en welzijn en pleit niet alleen voor initiatieven gericht op **gezond ouder worden** en op een **gepaste en kwaliteitsvolle behandeling of ondersteuning** waar nodig. Ouderen moeten vanuit hun ervaring, kennis en talenten **ook een actieve en betekenisvolle rol kunnen spelen in de samenleving**, kansen krijgen voor verdere persoonlijke ontwikkeling, kunnen wonen in een omgeving die voldoende veiligheid en zekerheid biedt, enz., en dit ongeacht hun leeftijd of gezondheidstoestand. Een bijzonder aandachtspunt is het **mentaal welbevinden** en meer algemeen de **zingeving** die door een combinatie van medische en niet-medische factoren onder druk kunnen komen staan. Ouder worden betekent immers geconfronteerd worden met verschillende veranderingen en uitdagingen. Als gevolg van het ouder worden en het optreden van chronische aandoeningen en beperkingen, zijn er de verlieservaringen rond het eigen functioneren. Daarnaast is er de verdunning van het sociaal netwerk door het wegvallen van leeftijdsgenoten. Ouderen lopen dan ook het risico op isolatie en vereenzaming, op een onvoldoende ervaren levenskwaliteit en een levensmoeheid. Het vormt een uitdaging hen te ondersteunen en te versterken in het omgaan met deze veranderingen.

Concrete voorbeelden die willen bijdragen aan de levenskwaliteit, zijn deze van middenveldorganisaties als Okra, Samana, Altéo en Enéo. Zij hebben een divers aanbod aan **laagdrempelige activiteiten** waaraan leden kunnen participeren. Dergelijke middenveldorganisaties bieden mensen ook kansen om zich in te zetten als vrijwilliger

waarbij geweten is dat sociaal engagement, het kunnen deelnemen aan zinvolle activiteiten en participatie aan de samenleving bijdragen tot gezondheid en levenskwaliteit (Vancorenland, et al., 2020).

Ook **innovatieve vormen van wonen** van ouderen zijn concretisering van principes van actief ouder worden. Het gaat onder meer om vormen van groepswonen en intergenerationeel wonen, waar ouderen en gezinnen, al dan niet met een specifieke behoefte, in eenzelfde gebouw wonen en elkaar kunnen ondersteunen. Een ander voorbeeld zijn de woonzorgzones die toelaten dat zorgbehoevenden in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen doordat in een specifieke zone een optimaal kader gerealiseerd is voor zelfstandig wonen met zorg. Kernbegrippen zijn vraaggestuurde zorg en zorg op maat, en maatschappelijke integratie van en participatie door zorgbehoevenden (Franssen, Gillis, & Verniest, 2009; Koning Boudewijstichting, 2023b; Agence pour le Non-Marchand, 2017; Bernard, 2008; Mettetal, Mandon, & Laurence, 2018).

Het realiseren van een ouderenbeleid, gestoeld op de principes van *'active ageing'* en *'health in all policies'*, vergt bovendien inzetten op **het bevorderen in de samenleving van een positieve perceptie op ouder worden en op ouderen**. Dit betekent onder meer het bestrijden van discriminatie op basis van leeftijd of kwetsbaarheid en het verminderen van stereotypen over ouderen als afhankelijk, zorgbehoevend of passief (= *'ageism'*) (Baert & Duppen, 2020). Dat *'ageism'* een realiteit is, ook in onze samenleving, blijkt onder meer uit een bevraging van Enéo bij 15-49-jarigen (Dayez, 2013-2014). Daarin is de attitude van de respondenten tegenover ouderen ook op een indirecte manier onderzocht met de vraag "Noteer hier, zonder nadenken en zo snel mogelijk, de eerste vijf woorden die je te binnen schieten wanneer je aan een oudere denkt (eigen vertaling)." Na analyse stelden de onderzoekers vast dat 29,1% van de aangehaalde termen negatief was (bijvoorbeeld traagheid, ziekte, afhankelijkheid, enz.) en 22,1% eerder negatief (bijvoorbeeld verwijzingen naar de gezondheid, uiterlijke kenmerken, enz.). **Er moet gewerkt worden aan een inclusieve samenleving met kansen op volwaardige participatie ook voor ouderen**, en dit op basis van hun levenservaring, expertise en talenten. Op het terrein zijn hiervan al concrete voorbeelden zoals de eerder vermelde initiatieven met vrijwilligerswerk, intergenerationale activiteiten in woonzorgcentra zoals gezamenlijke bewegingsactiviteiten voor bewoners en kleuters, jeugd-

kampen in het WZC, het organiseren van een marktnamiddag in het WZC, enz. (Zenner, 2013). Dit draagt bij aan het wederzijds delen van kennis en kan het wederzijds begrip en waardering vergroten.

### 4.3. Heb bijzondere aandacht voor de meest kwetsbare ouderen

Diverse studies, onder meer van CM, brachten al de gezondheidskloof in kaart en illustreerden heel concreet de **grote verschillen in gezondheid naargelang de plaats die men inneemt op de sociale ladder**. Deze studie bevestigt dat dit **ook geldt voor de ouderen**. CM blijft bijgevolg pleiten voor **een krachtig beleid dat de ongelijkheden verkleint** en streeft naar rechtvaardige, inclusieve en doeltreffende zorg. Hierbij moet het **beginsel van proportioneel universalisme de leidraad** zijn. "Iedereen heeft recht op dezelfde kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Maatregelen moet universeel zijn, maar met een omvang en intensiteit die evenredig zijn aan de behoefte van mensen" (CM, 2024, p. 7). De inhoud, de ingezette middelen en intensiteit van de maatregelen moeten dus aangepast zijn aan de specifieke behoeften die samenhangen met de mate van kwetsbaarheid van bepaalde groepen. Wat betreft de toegankelijkheid, moet aandacht gaan naar de vier dimensies ervan: gezondheidsproblemen en zorgbehoeften moeten tijdig gedetecteerd en onderkend worden (= gevoeligheid), het aanbod aan zorg en ondersteuning moet voldoende beschikbaar zijn in tijd en ruimte en vlot bereikbaar (= beschikbaarheid), het aanbod moet financieel toegankelijk zijn zodat de eigen bijdragen geen drempel vormen om er een beroep op te doen of geen risico inhouden op financiële problemen (= betaalbaarheid) en ten slotte moet het aanbod voldoen aan minimale ervaren kwaliteitseisen zodat mensen aanvaarden om er een beroep op te doen (= aanvaardbaarheid) (Cès S., 2021; CM, 2024, pp. 10-11). Dergelijk beleid is **de verantwoordelijkheid van zowel de verschillende bevoegde overheden in ons land als van middenveldorganisaties en terreinactoren**.

Een mogelijke aanpak is bijvoorbeeld **outreaching werken**<sup>21</sup> om ouderen te bereiken in verschillende contexten en omgevingen. In dit verband is het intermutualistisch project *'Community Health Workers'* vermeldenswaardig. Deze actoren hebben als opdracht om mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties de nodige begeleiding te geven, hen te informeren, hen toe te leiden naar zorg- en

21 Outreaching werken verwijst naar laagdrempelige werkvormen waarbij zowel professionals of vrijwilligers buiten de muren van de eigen organisatie werken en zich begeven in de leefwereld van kwetsbare mensen met het oog op de verbetering van het welzijn.

welzijnsvoorzieningen en hen te ondersteunen in het gebruik van zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld door hen te herinneren aan een afspraak. Ze gaan hierbij proactief en *outreachtend* te werk en zoeken mensen op en leggen contacten. Op basis van hun concrete acties krijgen ze bovendien ook zicht op structurele problemen en ongelijkheden in de toegang tot zorg waardoor ze ook naar het beleid een belangrijke signaalfunctie kunnen opnemen<sup>22</sup>. Gezien hun meerwaarde, is het belangrijk dit initiatief structureel te verankeren (CM, 2024, p. 12).

In Vlaanderen is er het initiatief '**geïntegreerd breed ont-haal**' (GBO) dat prioritair gericht is op het verhogen van de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de lokale sociale hulp- en dienstverlening en de aanpak van onderbescherming, onder meer door een brede onthaalfunctie en rechtenverkenner. Om dit te realiseren voorziet het GBO een samenwerkingsverband tussen minstens het OCMW, het CAW en de diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen<sup>23</sup>. Ze stemmen ook af met andere lokale basis- of faciliterende actoren (bijvoorbeeld armoedeverenigingen, huisartsen, thuiszorgdiensten, enz.) én met het meer gespecialiseerde begeleidingsaanbod. Ook binnen het GBO zijn het proactief informeren en *outreachtend* handelen basisprincipes voor de initiatieven.

Het is ook mogelijk om in zorgverlening *outreachtend* te werken. Dit is onder meer voorzien in de nieuwe **conventie psychologische zorg** waarin de principes van 'vindplaatsen' en '*outreach*' zijn geïntegreerd om psychologische zorg beter toegankelijk te maken. Dit laat toe psychologische zorg ook aan te bieden op plaatsen waar deze momenteel niet aanwezig is, maar waar de kans groot is dat er zich mensen uit de beoogde doelgroepen bevinden (vindplaatsen). Ook kunnen psychologen sessies organiseren op plaatsen waar de patiënt-e zich bevindt, wanneer die het zorgaanbod zelf niet kan bereiken, bijvoorbeeld omwille van diens verplaatstingsproblemen (= *outreach*) (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). Het is belangrijk dat ook voor ouderen deze mogelijkheden versterkt worden door evenzeer in ouderenvoorzieningen en binnen de thuiszorg deze zorg aan te bieden (CM, 2024, p. 21).

Nog een voorbeeld is het Vlaams beleid dat streeft naar het creëren van **zorgzame buurten**: buurten waar mensen wonen, "comfortabel in hun woning of vertrouwde buurt. Het is een buurt waar jong en oud elkaar kennen en helpen. In een zorgzame buurt staat levenskwaliteit centraal, voorzieningen en diensten zijn er voor iedereen toegankelijk. Iedereen voelt er zich goed en wordt geholpen, ongeacht de ondersteuningsbehoeften" (Vlaanderen, 2023). In deze buurten wordt vanuit de focus op sociaal weefsel en solidariteit gewerkt aan participatie en inclusie bijvoorbeeld door in te zetten op elkaar ontmoeten en elkaar helpen, en op het actief met elkaar verbinden van informele en formele zorg. Dit versterkt de mogelijkheden voor vroegdetectie van kwetsbaarheden, het vermijden of bestrijden van ongelijkheden en de ondersteuning van informele zorgverleners. Ten slotte streven zorgzame buurten ook actief naar intersectorale samenwerking en de creatie van een netwerk van actoren dat inzet op preventie, gezondheidsbevordering en integrale zorgverlening<sup>24</sup>. Heel wat middenveldorganisaties zoals ouderenorganisatie Okra en de verenigingen van én voor mensen met een chronische ziekte of zorgnood, hun mantelzorgers en vrijwilligers en Samana, dragen met hun aanbod en werking met vrijwilligers bij aan de concretisering op het terrein van zorgzame buurten.

Het is belangrijk om vanuit het beleid de **ruimte te blijven geven aan initiatieven die van onderuit opgezet worden en te blijven investeren in terreinactoren, actief in de verschillende levensdomeinen** (CM, 2024, p. 31). Zij hebben op lokaal niveau voeling met wat de noden van een samenleving zijn en voorzien in een laagdrempelig aanbod aan zorg, ondersteuning en allerhande activiteiten die bijdragen aan gezondheid, welbevinden en levenskwaliteit en aan meer toegankelijke zorg en ondersteuning.

Ten slotte is het ook voor de toekomst belangrijk te blijven investeren in maatregelen die de **kosten voor zorg en ondersteuning ten laste van de meest kwetsbaren beperken** en in maatregelen die voorzien in de **automatische toekenning van rechten**, zoals het statuut chronische aandoening<sup>25</sup>.

22 Voor meer informatie, zie <https://www.chw-intermut.be/>.

23 Voor meer informatie zie <https://www.departementwvg.be/gbo>.

24 Voor meer informatie, zie <https://www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/wat>.

25 Voor meer informatie, zie <https://www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/wat>.

#### 4.4. Betrek en ondersteun de mantelzorger

Ouderen willen zo lang als mogelijk in hun vertrouwde thuisomgeving blijven, ook in geval van grote zorgbehoefte. Dit realiseren vergt doorgaans het inschakelen van meerdere zorg- en welzijnsactoren. Maar ook **mantelzorgers**, het vaakst de partner of de kinderen, vormen hier **een essentiële schakel**. Mantelzorgers nemen heel uiteenlopende taken op, waaronder socio-emotionele steun, huishoudelijke taken, administratieve hulp, zorgtaken, enz. Bijgevolg is het belangrijk dat professionele zorgverleners deze naasten **als volwaardige partners zien en betrekken bij beslissingen** over en de organisatie van de zorg en ondersteuning.

Voor veel mensen is het opnemen van mantelzorg een evidentie en ze halen er ook heel wat voldoening uit. Maar tegelijk houden ze eraan dit te kunnen combineren met andere rollen, waaronder het werk, die eveneens een belangrijke bron zijn van zingeving en persoonlijke ontwikkeling, en die kunnen zorgen voor ademruimte in hun rol als mantelzorger en het vermijden van sociaal isolement (Cès, et al., 2016). Bovendien betekent de rol als mantelzorger **vaak een niet te verwaarlozen bijkomende belasting**. Zo ervaren ze soms belangrijke drempels en worden ze bijvoorbeeld geconfronteerd met de soms moeilijke zoektocht naar informatie, advies en zorg- en ondersteuningsmogelijkheden, onder meer op vlak van respijtzorg (Cès, et al., 2016). Een eerdere CM-studie over mantelzorg toonde aan dat naast het gebrek aan informatie, ook een persoonlijke terughoudendheid en angst voor het oordeel van anderen, evenals de kostprijs van respijtzorg een drempel vormen om hierop een beroep te doen (Gérain & Avalosse, 2020). Daarnaast toonde onderzoek aan dat het bieden van mantelzorg een impact kan hebben op de mentale gezondheid (Gordon, 2021) en ook op sociaal en financieel vlak gevolgen heeft (Criel, De Koker, & Vanlerberghe, 2010).

**Professionele zorgverleners moeten dan ook oog hebben voor de noden van de mantelzorger(s) en mee het evenwicht bewaken tussen de draaglast en de draagkracht, en dus hun gezondheid en levenskwaliteit.** Indien ze risico's detecteren, kunnen zij mantelzorgers hierover aanspreken en dit, in overleg, bespreken binnen het zorgteam. Ze kunnen hen informeren over het bestaande aanbod en hen stimuleren een beroep te doen op bijkomende ondersteuning of hen doorverwijzen naar andere eerstelijnsac-

toren die hen daarin kunnen begeleiden. Het wegvallen van mantelzorg, zeker indien dit de partner van de zorgbehoevende oudere is, is immers vaak een doorslaggevende reden voor institutionalisering (Buhr, Kuchibhatla, & Clipp, 2006).

Met het oog op een duurzame inzet van mantelzorgers moet **het beleid initiatieven nemen die de draagkracht van mantelzorgers ondersteunen**. Het gaat bijvoorbeeld om het wegnemen van financiële en organisatorische drempels, het versterken van het mantelzorgverlof, enz. (CM, 2024).

Bovendien moet zowel voor de zorgactoren als de beleidsmakers het basisprincipe zijn dat **de beslissing om mantelzorg op te nemen of de hoeveelheid zorg die men opneemt, steeds een vrije keuze kan zijn van de naasten**. Dit mag niet louter het gevolg zijn van problemen op vlak van beschikbaarheid, bereikbaarheid of financiële toegankelijkheid van het professioneel aanbod aan zorg en ondersteuning.

## Conclusie

We worden allemaal ouder en dat is op zich geen slecht nieuws: het vooruitzicht van een lang en bevredigend leven is eerder positief. Maar helaas zal ouder worden voor velen van ons gepaard gaan met gezondheidsproblemen en verlies van zelfredzaamheid. Het gezondheidsprofiel van onze ouderen bevestigt dit: veel ouderen hebben te maken met verschillende kwetsbaarheden: een gezondheid die erop achteruitgaat, de aanwezigheid van een of meer chronische aandoeningen, een toenemend gebruik van zorg, zowel ambulante als in het ziekenhuis. Daarnaast zijn er de eerder sociale kwetsbaarheden: het aandeel ouderen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (een indicatie van een beperkt beschikbaar inkomen) neemt weliswaar af, maar blijft toch groot, vooral bij de 85-plussers. Bovendien wonen veel ouderen alleen (een op de drie). Alleen wonen, met het gevaar van een verminderde deelname aan het sociale leven, is eveneens een risicofactor voor de gezondheid. We zien dus een probleem ontstaan dat verder gaat dan alleen de gezondheid. Het komt er niet alleen op aan ervoor te zorgen dat gezondheids- en welzijnsdiensten een adequaat antwoord kunnen formuleren op de zorg- en ondersteuningsbehoeften van onze ouderen (die talrijker zullen worden).



Het gaat in er in bredere zin om hun levenskwaliteit te waarborgen en dit vergt reflectie en initiatieven op alle gebieden (preventie, huisvesting, stedenbouw, inkomen, ondersteuning van mantelzorgers, enz.). Hiervoor is het nodig dat alle beleidsverantwoordelijken en terreinactoren zich inzetten. Het is een maatschappelijke uitdaging waar we allemaal voor staan.

De huidige studie is een systematische verkenning van het profiel van onze ouderen. We zullen een volgende studie wijden aan een gedetailleerde analyse van hun gebruik van gezondheidszorg waarbij we naar de volumes kijken. Bijvoorbeeld: hoeveel contacten met artsen? Hoeveel ziekenhuisopnames en voor hoe lang? Welk volume geneesmiddelen? Met dit type analyse zullen we de aandacht vestigen op de intensiteit van de zorg die ouderen gebruiken.

## Bibliografie

- Agence pour le Non-Marchand. (2017). *L'habitat intergénérationnel en plein boom à Bruxelles*. Opgehaald van [leguidesocial](#).
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (2022). *Jaarverslag 2022*. Brussel: Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming.
- Avalosse, H., Chapelle, A., & van Sloten, F. (2015). Toevlucht tot de spoeddienst van een ziekenhuis: exploratie van de gegevens van CM. *CM-Informatie*, 262, 18-25.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-30.
- Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2023). Meer begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming in België. *Gezondheid & Samenleving*, 5, 6-33.
- Baert, V., & Duppen, D. (2020). *Ageism: 'Ouderen zijn slachtoffer van discriminatie, stereotypen en vooroordelen'*. Opgehaald van [Sociaal.net](#).
- Balasundram, S., Holm, A., Skov Benthien, K., Boch Waldorff, F., Reventlow, S., & Overbeck, G. (2023). Increasing the chance of dying at home: roles, tasks and approaches of general practitioners enabling palliative care: as systematic review of qualitative literature. *BMC Primary Care*, 24(77), 1-11.
- Beke, W. (2019). *Welzijn, Volksgezondheid. Beleidsnota 2019-2024*. Brussel: Vlaams Parlement.
- Bernard, N. (2008). Le logement intergénérationnel : quand l'habitat (re)créé du lien. *La Revue nouvelle*, 2, 67-76.
- Blum, M., Sallevelt, B., Spinewine, A., O'Mahony, D., Moutzouri, E., Feller, M., . . . Rodondi, N. (2021). Optimizing therapy to prevent avoidable hospital admissions in multimorbid older adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 374(1585), 1-13.
- Buhr, G., Kuchibhatla, M., & Clipp, E. (2006). Caregivers' reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition. *The Gerontologist*, 46(1), 52-61.
- Bureau fédéral du Plan, & Statbel. (2023). *Perspectives de la population*. Opgehaald van [statbel.fgov.be](#).
- Buurman, B., & Seben, R. (2018). De wijkkliniek: zorg in de buurt voor kwetsbare ouderen. *TVZ*, 128, 44-48.
- Carbonelle, S. (2017). *De profielen van de bewoners O en A\* in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven*. Bruxelles: Institut de Sociologie - ULB.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A., Pauwen, N., & Macq, J. (2016). *Mantelzorgers van thuiswonende ouderen in België: een cruciale en complexe rol. Data-onderzoek*. Brussel: Koning Boudewijn Stichting.
- Clumeck, N., De Spiegelaere, M., & Deguerri, M. (2005). *Rapport betreffende het onderzoek naar het profiel van de Brusselse patiënten die voor een dringend medisch probleem twee zorgcircuits bezoeken: de ziekenhuiswachtdienst en de huisartsen*. Brussel: IRIS netwerk.

- CM. (2024). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- Criel, B., De Koker, B., & Vanlerberghe, V. (2010). Mantelzorg in Vlaanderen. Uitdagingen en perspectieven. *Huisarts Nu*, 39(7), 259-261.
- Dayez, J.-B. (2013-2014). Comment les aînés sont-ils perçus? Résultats de l'étude menée par Énéo. *Balises*, 44, 2-23.
- De Decker, P., Vandekerckhove, B., Wellens, C., Volckaert, E., Schillebeeckx, E., & De Luyck, N. (2018). *Vergrijzing op het platteland. Samenvatting & beleidsaanbevelingen*. Brussel: KU Leuven.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Drieskens, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen*. Brussel: Sciensano.
- Demarest, S., Gisle, L., Charafeddine, R., & Van der Heyden, J. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Langdurige beperkingen*. Brussel: Sciensano.
- Departement Zorg van de Vlaamse overheid. (2022). *Erkende/geplande capaciteit per gemeente, geplaatst tegenover de programmatie voor woonzorgcentra op 1-apr-2022*. Opgeroepen op 11 9, 2023, van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers>
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance of the Belgian health system - report 2019. Supplement: technical sheets for indicators*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Driesen, B., Mertens, H., Barendregt, R., Bonjer, J., Wagner, C., & Nanayakkara, P. (2021). Root causes and preventability of emergency department presentations of older patients: a prospective observational study. *BMJ Open*, 11, 1-12.
- Eggerickx, T., Sanderson, J.-P., Vandeschrick, C., & Donadille, C. (2021). Inégalités sociales de mortalité au-delà de 65 ans. Le cas de la Belgique. *Revue Quetelet*, 9(5), 101-125.
- Eurostat. (2023). *Nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans, par sexe*. Opgehaald van [ec.europa.eu/eurostat](http://ec.europa.eu/eurostat).
- Franssen, A., Gillis, O., & Verniest, R. (2009). Alternatieve en innoverende vormen van huisvesting, dienstverlening en zorg voor ouderen. *CM-Informatie*, 237, 3-16.
- Gérain, P., & Avalosse, H. (2020). Focus op de mantelzorger: hun welzijn en hun gebruik van ondersteunende diensten en respijtzorg. *CM-Informatie*, 282, 4-19.
- Gilmour, H., & Ramage-Morin, P. (2020). Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada. *Statistique Canada*, 31(3), 29-41.
- Gordon, E. (2021). *Proches aidants: quelles retombées sur la santé?* Opgehaald van Planète Santé.
- Gouvernement de Wallonie. (2019). *Déclaration de politique Wallonie 2019-2024*. Namur.
- Hoge Raad van Financiën. (2023). *Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag*. Brussel: Hoge Raad van Financiën.
- Hoge Raad voor de Werkgelegenheid. (2023). *De arbeidsmarktparticipatie van vrouwen - Januari 2023*. Opgehaald van Hoge Raad voor de Werkgelegenheid.
- IMA. (2019). *Echantillon Permanent Steekproef - EPS R13 – FLAGS Release 20190201 NL*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap.
- ING, & Probis. (2018). *Woonzorgcentra: trends en indicatoren*. Brussel.
- Integreo. (2023). *Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid*. Opgeroepen op oktober 26, 2023, van [integreo.be](http://integreo.be).
- IWEPS. (2023). *Fécondité et natalité - indice conjoncturel*. Opgeroepen op november 10, 2023, van [iweps.be](http://iweps.be).
- Koning Boudewijn Stichting. (2017). *Zoom: Levenskeuzes van 60-plussers*. Opgehaald van [www.kbs-frb.be/nl/](http://www.kbs-frb.be/nl/)
- Koning Boudewijnstichting. (2022). *Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Koning Boudewijnstichting. (2023a). *Zoom: Levenskeuzes van 60-plussers*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Koning Boudewijnstichting. (2023b). *Het cohousingproject Vosberg. De passie van hte samenleven van generaties*. Opgehaald van [kbs-frb.be/nl](http://kbs-frb.be/nl).
- Lievens, S. (2015). *Overbezetting op spoedopname: oorzaken, effecten en oplossingen. Case study in een middelgroot ziekenhuis*. Gent: UGent.
- Lucassen, R., Colijn, P., Sniijders, M., Zarbanoui, P., & Schuitemaker, D. (2021). *Data geeft inzicht in hoe ziekenhuisopnames onder ouderen voorkomen kunnen worden. Onderzoek naar het verband tussen opnames op spoedeisende hulp en de persoonlijke omstandigheden van ouderen*. Nederland: Deloitte.
- Luppa, M., Luck, T., Weyer, S., König, H., & Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31-38.
- Mettetal, L., Mandon, O., & Laurence, L. (2018). *Les granny flats au Royaume-Uni. Habiter autrement n° 9*. Paris: Institut Paris Région.
- MLOZ. (2013). *Concentration des dépenses en soins de santé. Analyse des remboursements de l'assurance maladie*. Bruxelles: MLOZ.
- Morel, M. (2020). CM-visie op palliatieve zorg: een zoektocht naar verbondenheid. *CM-Informatie*, 285, 46-54.
- Noirhomme, C., & Lambert, L. (2020). In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica. *CM-Informatie*, 280, 44-52.
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2023). De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 4-39.
- Ntahonganyira, R.-M., & Lebbe, C. (2023). Aanhoudend stijgende uitgaven voor geneesmiddelen. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 64-85.
- Ntahonganyira, R.-M., Avalosse, H., & Vandeleene, G. (2018). De Top 10 van de therapeutische klassen. Vermijdbare/noodzakelijke uitgaven? *CM-Informatie*, 271, 26-36.

- Observatorium Gezondheid & Welzijn BXL-Hoofdstad. (2019). *Het gebruik van de spoeddienst door Brusselaars (2008-2016): focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Paulus, D., Van den Heede, K., & Mertens, R. (2012). *Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- RIZIV. (2023). *Het interfederaal plan Geïntegreerde zorg*. Opgeroepen op oktober 27, 2023, van riziv.fgov.be.
- RIZIV. (2023a). *Alternatieve zorgvormen voor ouderen*. Opgeroepen op oktober 26, 2023, van riziv.fgov.be.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, 24(188), 457-458.
- Statbel. (2022). *Nieuwe enquête brengt eenzaamheid, geluksgevoel en tevredenheid van de Belgen in kaart*. Opgehaald van statbel.fgov.be.
- Statbel. (2023a). *La Belgique compte 1,8 million de ménages d'une personne en 2023*. Opgeroepen op september 26, 2023, van statbel.fgov.be.
- Statbel. (2023b). *Sterftetafels en levensverwachting*. Opgeroepen op juli 6, 2023, van statbel.fgov.be.
- Steunpunt tot Bestrijding van armoede. (2016). *Feiten en cijfers. Is er meer armoede in de stad dan op het platteland?* Brussel: Steunpunt tot Bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.
- Surkyn, J. (2020). *Oversterfte in de Belgische woonzorgcentra*. Opgeroepen op september 26, 2023, van Interface Demography Research Group.
- Tubbax, L. (2016). *Analyse van de doorverwijzing van ouderen door de huisarts met wachtdienst*. Leuven: KU Leuven.
- Van den Heede, K., Dubois, C., & Devriese, S. (2016). *Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Van der Heyden, J., & Charafeddine, R. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen*. Brussel: Sciensano.
- Van der Heyden, J., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018. Ambulante zorg door artsen en tandartsen*. Brussel: Sciensano.
- van Oostrom, S., Gijzen, R., Stirbu, I., Korevaar, J., Schellevis, F., Picavet, H., & Hoeymans, N. (2016). Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: data from general practices and health surveys. *Plos One*, 11(8), 1-14. Opgehaald van Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.
- Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Rimé, B., Morton, J., Tourné, J., . . . Dayez, J.-B. (2020). Sociaal engagement en gezondheid. *CM-Informatie*, 279, 26-39.
- Verniest, R., Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2020). Wie zijn de bewoners van een woonzorgcentrum: welke uitdagingen voor de toekomst van de woonzorgcentra gaan schuil achter de evolutie van het bewonersprofiel? *CM-Informatie*, 282, 30-45.
- Vlaanderen. (2023). *Zorgzame buurten*. Opgeroepen op november 14, 2023, van www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/wat.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: WHO.
- Willaert, D., Maron, L., & Vrancken, J. (2023). *Medicatiegebruik in woonzorgcentra in 2021: een longitudinale analyse*. Brussel: Solidaris.
- Wilson, N., Hilmer, S., March, L., Cameron, I., Lord, S., Seibel, M., . . . Sambrook P. (2011). Associations between drug burden index and falls in older people in residential aged care. *Journal of the American geriatrics society*, 59(5), 875-880.
- Woolcott, J., Richardson, K., Wiens, M., Patel, B., Marin, J., Khan, K., & Marra, C. (2009). Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Archives of internal medicine*, 169(21), 1952-1969.
- Zenner, C. (2013). *Dialoog tussen jong en oud. Uit het leven in het woonzorgcentrum gegrepen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

# Budget gezondheidszorg 2024: "eerst de inhoud"

Saskia Mahieu – Dienst Politiek en Beleid

Met dank aan H el ene Janssens – Studiedienst

## Samenvatting

De werkzaamheden voor de opmaak van het budget gezondheidszorg voor 2024 was een gezamenlijke oefening van alle sectoren van de gezondheidszorg, veeleer dan een reeks bilaterale onderhandelingen per sector. De zorgverleners en de verzekeringsinstellingen zijn samen aan tafel gaan zitten om duidelijkheid te krijgen over de bedragen die voor nieuwe begrotingsinitiatieven beschikbaar zijn en om samen na te denken over de verdeling van die middelen.

In de praktijk hebben de artsen – specialisten en huisartsen – verpleegkundigen, tandartsen, vroedvrouwen, ziekenhuizen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, psychologen en andere zorgverleners naar de prioritaire behoeften van elke sector geluisterd, en ook naar de behoefte aan toegankelijkheid die de mutualiteiten hebben geïdentificeerd. Het is de bedoeling een gemeenschappelijke enveloppe te verdelen, rekening houdend met de specifieke noden van de sectoren die door de verplichte ziekteverzekering worden gefinancierd, en er tegelijkertijd voor te zorgen dat de zorg voldoende toegankelijk is. Dat is een ware evenwichtsoefening in een context van sterk uiteenlopende belangen, waarvoor men uitkijkt naar de werkzaamheden van de toekomstige Commissie voor de Gezondheidszorgdoelstellingen. Het werken met gezondheidszorgdoelstellingen zou meer en meer een gemeenschappelijk kader moeten bieden dat begrotingskeuzes mogelijk maakt.

Het financiële kader voor 2024 was bijzonder onduidelijk vanwege de vele wijzigingen die de regering in de loop van 2023 heeft doorgevoerd (onder andere een verlaging van de groeinorm van 2,5% naar 2% en bedragen die niet mogen worden besteed). Dat kader werd aangevuld met het initiatief voor *'appropriate care'*, een herverdeling van de middelen die ook van de gezondheidszorgsector wordt gevraagd om meer *'health value'* te genereren.

Onder impuls van de mutualiteiten, beslissen de zorgverleners om het gemeenschappelijke budget van 100 miljoen euro, zoals vorig jaar beslist om de conventioneringsgraad zoveel mogelijk te behouden, te herverdelen. Solidair wordt beslist om dit budget toe te wijzen aan enkele prioritaire sectoren met het oog op toegankelijke thuisverpleging, vroedkunde, kraamzorg, kinesithérapie, logopedie en tandzorg. Hoewel de Algemene Raad bij het RIZIV het voorstel van het Verzekeringscomité niet volledig volgt, hebben de mutualiteiten in elk geval aangetoond dat het overlegmodel tussen mutualiteiten en zorgverleners werkt en dat het net in tijden van grote uitdagingen voor het gezondheidszorgsysteem en budgettaire schaarste nodig is om de begrotingsopmaak intersectorieel aan te pakken.

Sleutelwoorden: Budget, gezondheidszorg, *governance*, gezondheidszorgdoelstellingen, *appropriate care*, nieuwe initiatieven, hervormingen, analyse

# 1. Budgettraject 2022-2024

De uitdagingen voor het gezondheidszorgsysteem zijn groot. Sociale en financiële ongelijkheden, een toenemend tekort aan zorgpersoneel, budgettaire schaarste, de vergrijzing van de bevolking, epidemiologische en klimatologische evoluties, een toenemend aantal mensen met chronische zorgbehoeften en een onvoldoende preventieve zorg vergen onze aandacht. Dit maakt dat de mutualiteiten er al tijdje voor ijveren dat de besluitvorming bij het RIZIV gebaseerd zou zijn op een langetermijnvisie en meer dan voorheen op wetenschappelijke evidentie<sup>1</sup>.

Op 1 maart 2021 startte daarom bij het RIZIV, mede onder impuls van een nieuwe regering en een groeionorm van 2,5%<sup>2</sup>, een budgettraject 2022-2024. Omdat intussen de eerste resultaten daarvan duidelijk zijn geworden, voelde het Verzekeringscomité een grote behoefte om tegelijkertijd met het financieel voorstel van budget gezondheidszorg 2024 enkele *lessons learned* op het vlak van de methodologie aan de Algemene Raad<sup>3</sup> mee te geven. Deze methodologie betreft het werken met gezondheidszorgdoelstellingen en het vermijden van *inappropriate care*, of dus een methodologie voor het creëren van meer *health value* (gezondheidseffecten en/of een betere levenskwaliteit) met de beschikbaar gestelde middelen.

## 1.1. 2022-2023: Gezondheidszorgdoelstellingen en *Appropriate Care*

Begin 2021 werd een oproep rond gezondheidszorgdoelstellingen en *appropriate care*<sup>4</sup> (RIZIV, 2022a) gelanceerd die bijna 300 fiches met ideeën voor het creëren van *health value* opleverde. Een evaluatie ervan door verschillende *task forces* en onder begeleiding van een Wetenschappelijk Comité, leidde in de zomer van 2021 tot de detectie van

enkele prioritaire domeinen in de gezondheidszorg: toegankelijkheid van zorg, preventieve zorg, gestructureerde en geïntegreerde patiëntgerichte zorg, geestelijke gezondheidszorg en duurzame zorg.

De budgetopmaak voor 2022 werd dus een scharnierperiode in de transitie naar een budgetopmaak op basis van een langetermijnvisie en meer methodologie.

Bij het opstellen van het budget voor 2022 stelde het Verzekeringscomité aan de Algemene Raad voor om de volledige budgettaire marge<sup>5</sup> van 123 miljoen euro aan een nieuwe lijn in de gezondheidszorgbegroting toe te wijzen, met name de nieuwe lijn 'Gezondheidszorgdoelstellingen en *appropriate care*', voor de gezamenlijke aanpak van prioritaire problemen in de gezondheidszorg. Bijvoorbeeld wordt een aanzienlijk deel van dit budget toegewezen aan een samenwerking rond zorgtrajecten voor een betere levenskwaliteit voor patiënten met het risico op diabetes of die al diabetes hebben, voor kinderen met obesitas, voor kwetsbare, zwangere vrouwen, voor patiënten met een abdominale orgaantransplantatie, voor jongeren met eetstoornissen, voor COPD-patiënten (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease* of chronisch obstructief longlijden) en voor longcovidpatiënten (Mahieu, Cès, & Lambert, 2022).

Met een finaal rapport in februari 2022 wordt ervoor gekozen om de *Quintuple Aim* voortaan de basis van alle besluitvorming binnen het RIZIV te laten zijn (RIZIV, 2022a). De *Quintuple Aim* in de gezondheidszorg staat voor:

- kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- gezondheid van de bevolking;
- kosteneffectiviteit, dit is de verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden;

1 Eind oktober 2019 al vroegen de mutualiteiten om in de schoot van het RIZIV een werkgroep op te richten om een sectoroverschrijdende methodologie op basis van een langetermijnvisie en gezondheidszorgdoelstellingen te ontwikkelen die aan het opstellen van een budget moeten voorafgaan (RIZIV, 2019).

2 Een groeionorm van 2,5% betekent dat de regering bij het begin van haar legislatuur beslist heeft dat tijdens haar regeerperiode het budget voor de gezondheidszorg jaarlijks met 2,5% mag groeien.

3 Het Verzekeringscomité is samengesteld uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de zorgverleners. Vertegenwoordigers van de sociale partners hebben hierin zitting met adviserende stem. De Algemene Raad is samengesteld uit de vertegenwoordigers van diegenen die instaan voor de financiering van de verzekering, met name werkgevers, werknemers, zelfstandigen en vertegenwoordigers van de Regering (3/4 van de mandaten) en de verzekeringsinstellingen (1/4 van de mandaten). De vertegenwoordigers van de zorgverleners hebben in de raad enkel een adviserende stem.

4 "*Appropriate care* heeft als doelstelling bijkomende '*health value*' te creëren en is gebaseerd op principes zoals de juiste zorg op de juiste plaats. Dit impliceert *desinvestment* in '*inappropriate care*', terugdringing praktijkvariëaties, recycling van middelen uit 'overuse' en herinvestering in 'underuse'. Over- en onderconsumptie van zorg en geneesmiddelen worden bestreden, onder meer door technologische innovatie te bevorderen." (RIZIV, 2022a, p. 193).

5 De budgettaire marge is het verschil tussen de geraamde uitgaven bij constant beleid en de globale begrotingsdoelstelling conform de vastgelegde groeionorm. Als dit verschil positief is, dan is er een budgettaire marge beschikbaar waarmee nieuwe initiatieven kunnen genomen worden.

- rechtvaardigheid in de samenleving met speciale aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (dus niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit;
- welzijn van de zorgprofessionals.

De zorgsector gaat helaas van crisis naar crisis. De COVID-19-pandemie is nog niet onder controle of de zorgverleners worden geconfronteerd met watersnood, een grote energiefactuur en een enorme inflatie waarop de huidige indexeringsmechanismen niet voldoende zijn voorzien. Het water staat alle zorgverleners tot aan de lippen. Ook de financiële toegankelijkheid van zorg staat onder druk aangezien de levensduurte voor de patiënten gestegen is. Eind september 2022 dient de regering tijdens haar begrotingsconclaf een evenwicht te zoeken tussen enerzijds de meeruitgaven ten behoeve van de koopkracht van de gezinnen en de concurrentiekracht van de bedrijven, en anderzijds het beperken van de overheidsschuld naar aanleiding van de verschillende crisissen<sup>6</sup>.

Het Verzekeringscomité stelt daarom aan de Algemene Raad voor om de budgettaire marge voor 2023 in eerste instantie te besteden aan het behoud van een voldoende kwalitatief zorgaanbod conform de *Quintuple Aim*. De zorgverleners engageren zich bovendien om 20 miljoen euro zelf te financieren op basis van een oefening rond het vermijden van *inappropriate care*. In totaal wordt 195 miljoen euro geïnvesteerd in het behoud van en het toegankelijk maken van het zorgaanbod. Ruim de helft daarvan, 100 miljoen euro, wordt aan alle sectoren toegewezen in de vorm van een 'conventiepremie'. Het gaat meer precies over een compensatie aan volledig geconventioneerde zorgverleners voor de toenemende werkingskosten omwille van de energiefactuur en de inflatie (RIZIV, 2022b).

De uitvoering van deze eerste oefening '*appropriate care*' loopt echter fout. Daar waar de mutualiteiten enkele fiches van het rapport van de zomer van 2021 willen realiseren, wordt de oefening uiteindelijk per sector georganiseerd. Echter, historische elementen maken dat niet in elke sector evenveel *inappropriate care* plaatsvindt. In sommige sectoren wordt het vooropgestelde budget niet gevonden en worden lineaire correcties, dus in feite besparingsmaatregelen, genomen.

## 1.2. 2024: Een begrotingsopmaak in co-constructie

In 2023 hebben zowel de zorgverleners als de mutualiteiten behoefte aan een inhoudelijk debat over de performantie van het zorgstelsel vooraleer een debat over de verdeling van de enveloppe te voeren. 'Eerst de inhoud en dan de centen' wordt het motto van de opmaak van het budget gezondheidszorg voor 2024. Dit leidt tot een begrotingsproces in 'co-constructie' waarbij het Verzekeringscomité vanaf augustus regelmatig vergadert, eerst aan de hand van enkele ronde tafels (zie bijlage) en uiteindelijk om een concreet voorstel van budget gezondheidszorg 2024 te formuleren.

De inhoudelijke boodschappen aan de Algemene Raad betreffen:

- de methodologie rond gezondheidszorgdoelstellingen (inclusief het vermijden van *inappropriate care*) of dus het creëren van *health value* kan op enkele essentiële punten verbeterd worden;
- het budget gezondheidszorg dient opnieuw transparanter gemaakt te worden, niet in het minst na de verschillende begrotingsconclaven (zie verder);
- het Verzekeringscomité dient meer in haar rol op het RIZIV gerespecteerd te worden aangezien de regering een aantal beslissingen neemt die niet eerst met het Verzekeringscomité overlegd worden of er weinig rekening mee houden;
- de sectoren hebben zeer verschillende en specifieke noden en het gezondheidsbeleid dient hiermee meer rekening te houden, waardoor een herverdeling van een beperkt deel van de middelen is aangewezen.

Wat de methodologie betreft, engageert het Verzekeringscomité zich ervoor om in de toekomst eerst de gezondheidszorgdoelstellingen gezamenlijk SMART<sup>7</sup> te formuleren en indicatoren ter monitoring ervan te selecteren vooraleer budgetbeslissingen te nemen (RIZIV, 2023c). Immers, de zorgtrajecten die in 2022 zijn opgestart, worden pas in 2024 geïmplementeerd omdat de besprekingen sterk beïnvloed waren door het beschikbaar gestelde budget en omdat in alle haast om het beschikbare budget te realiseren te weinig aandacht is gegaan naar het formuleren van gemeenschappelijke doelstellingen en de mogelijkheid

6 Het Monitoringcomité verwacht dat de Belgische overheden gezamenlijk in 2023 een tekort van 26,1 miljard euro zullen noteren, een tekort dat omwille van de vergrijzing grotendeels structureel van aard is.

7 Een SMART-doelstelling is specifiek, meetbaar wat betekent gekwantificeerd (bijvoorbeeld X% vermindering) of ten minste met vermelding van een indicator die moet worden gecontroleerd, bereikbaar (ambitieuw, aanvaardbaar of overeengekomen, vooral omdat acties kunnen worden bepaald), realistisch in termen van context, middelen, tijdschikhorizon (haalbaarheid), tijdelijk bepaald, met een vastgestelde termijn op korte, middellange of lange termijn (met basislijngegevens). (RIZIV, 2022a, p. 195).

van een meerjarige planning voor de realisatie ervan. Daardoor werd de beoogde co-constructie, die het opbouwen van knowhow en innovatieve oplossingen binnen het bestaande budget omvat, maar beperkt gerealiseerd en zou dit volgens de leden van het Verzekeringscomité beter kunnen zijn geweest wanneer eerst over de inhoud zou zijn gesproken. Het Verzekeringscomité engageert zich om deze nieuwe werkwijze te testen voor een nog te formuleren SMART gezondheidszorgdoelstelling en uit te werken actieprogramma op het vlak van een betere levenskwaliteit bij het levenseinde vooraleer eventueel vanaf 2025 middelen aan deze gezondheidszorgdoelstelling toe te wijzen.

Onze ambities als CM op het vlak van co-constructie zijn groot. Co-constructie wordt gedefinieerd als de samenwerking tussen verschillende actoren (zorgverstrekkers, zorgorganisaties, patiëntenverenigingen, deskundigen, mutualiteiten) rond complexe vraagstukken in verband met de volksgezondheid en de performantie van het gezondheidszorgsysteem, teneinde actieprogramma's voor te stellen om gedeelde prioritaire doelstellingen te verwezenlijken en de effecten daarvan te monitoren (Cès, 2022).

Co-constructie gaat over een iteratieve verbeteringscyclus (Mahieu & Cès, 2023):

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

De doelstelling van co-constructie is bovendien het creëren van een engagement voor het realiseren van een gezondheidszorgdoelstelling. Aangezien gezondheidszorgdoelstellingen slechts over vijf tot tien jaar kunnen gerealiseerd worden, wordt met deze methodologie in feite een meerjarig financieel kader voor toekomstige begrotingsprocessen gecreëerd.

## 2. De begrotingsdoelstelling en de technische ramingen

### 2.1. Globale begrotingsdoelstelling 2024

De berekeningswijze voor de globale begrotingsdoelstelling, dus de totale jaarlijkse middelen die voor de verplichte ziekteverzekering beschikbaar zijn, ligt bij wet vast. Elk jaar wordt de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar vermeerderd met de wettelijke groeinorm die de regering bij aanvang van de legislatuur vastlegt, met de indexmassa op basis van de gezondheids- (6,05%)<sup>8</sup> en spilindex en wordt de globale begrotingsdoelstelling aangepast voor een raming van de inkomsten art. 111/81 in de sector van de geneesmiddelen<sup>9</sup> (zie Tabel 1). Voor 2024 werd de groeinorm uitzonderlijk verlaagd tot 2%.

De globale begrotingsdoelstelling voor 2024 bedraagt 37,824 miljard euro. Dit is minder dan verwacht:

- De groeinorm wordt door de regering in 2024 uitzonderlijk verlaagd van 2,5% naar 2%. Dit betekent in 2024 169 miljoen euro minder in het budget gezondheidszorg, al moet gezegd dat een deel daarvan, namelijk 94 miljoen euro, in gezondheidszorgmaatregelen in de bredere verplichte ziekteverzekering wordt geherinvesteerd (zoals dringende hulpverlening en drugbeleid).
- Verder wordt de meerkost van de COVID-19-pandemie in de globale begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg ingekanteld, ongeveer 36,993 miljoen euro (RIZIV, 2023b).

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

9 Hiermee wordt verwezen naar art. 111 en volgende (vroeger art. 81 en volgende) van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 op basis waarvan de staat geneesmiddelen, die over het algemeen zeer duur zijn en waarvan de therapeutische werking nog onzeker is, terugbetaalt, zodat patiënten er zo snel mogelijk van kunnen genieten.



**Tabel 1: De berekening van de globale begrotingsdoelstelling voor 2024**  
(Bron: RIZIV, 2023b)

	In miljoenen euro
Globale begrotingsdoelstelling 2023	35.176,3
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2023	-1.429,3
<b>Strikte norm 2023</b>	<b>33.746,9</b>
Reële groeinorm 2%	674.939
<b>Subtotaal</b>	<b>34.421,9</b>
Gezondheidsindex (6,05%)	1.205,3
Spilindexmassa 2022 en 2023 (meerkost in 2024 ten opzichte van doelstelling 2023)	188
Spilindexmassa 2024	167,3
<b>Subtotaal</b>	<b>35.982,5</b>
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2024	1.842,2
<b>Voorstel begrotingsdoelstelling 2024</b>	<b>37.824,7</b>

## 2.2. Technische ramingen voor 2024 en vergelijking met de normberekening

Het RIZIV raamt de gezondheidszorguitgaven voor 2024 bij constant beleid op 37,308 miljard euro. Exclusief de niet te besteden bedragen wordt in de vergelijking van de herziene technische ramingen voor 2024 met de glo-

bale begrotingsdoelstelling 2024 een tekort van 41,030 miljoen euro vastgesteld. In de technische ramingen voor 2024 zitten namelijk niet te besteden bedragen vervat (zie Tabel 2).

**Tabel 2: Herziene technische ramingen van de gezondheidsuitgaven voor 2024**  
(Bron: RIZIV, 2023b)

	Simulatie begrotingsdoelstelling 2024, in miljoenen euro	Herziene technische ramingen 2024, in miljoenen euro	Vershil, in miljoenen euro
<b>Resultaat in prijzen 2023</b>	<b>37.267,6</b>	<b>35.936</b>	
Indexmassa			
· Gezondheidsindex		1.205,3	
· Spilindex 2024		167,3	
<b>Resultaat excl. niet te besteden bedragen</b>	<b>37.267,6</b>	<b>37.308,6</b>	<b>-41,0</b>
Niet te besteden bedrag (farma)	250		
Technische correcties conclaaf maart 2023	100		
Technische correctie 125 miljoen euro: 50% binnen doelstelling	62,5		
Niet te besteden bedrag: <i>appropriate care</i>	40		
Transfer buiten doelstelling	104,6		
<b>Resultaat in prijzen 2024</b>	<b>37.824,7</b>		

- een besparingstraject in de sector van de geneesmiddelen dat bij aanvang van de legislatuur door de regering werd beslist: in 2024 moet 250 miljoen euro structureel worden bespaard, 40 miljoen euro meer dan de inspanningen die al in 2023 werden geleverd;
- technische correctie<sup>10</sup> van het begrotingsconclaaf van maart 2023: 100 miljoen euro in het budget gezondheidszorg 2024;
- technische correctie van het begrotingsconclaaf van oktober 2022: 125 miljoen euro in het budget gezondheidszorg 2024 deels binnen en deels buiten de norm. Men beslist dat de helft van het bedrag, dus 62,5 miljoen euro binnen de begrotingsdoelstelling zal worden gerealiseerd;
- de helft van de *appropriate care* (40 miljoen euro op een totaal van 80 miljoen euro) kan in 2024 niet opnieuw in de zorg worden geïnvesteerd;
- transfers buiten doelstelling: in 2024 wordt een bedrag van 104 miljoen euro verschoven van binnen naar buiten de begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg. Deze middelen worden aan een andere begroting toegevoegd, meestal aan het Budget Financiële Middelen dat door de federale overheidsdienst Volksgezondheid wordt beheerd.

Rekening houdend met de bedragen die niet mogen besteed worden, in totaal 557 miljoen euro, bedraagt de te besteden begrotingsdoelstelling slechts 37,267 miljard euro. Dit betekent dat de geraamde gezondheidszorguitgaven voor 2024 de te besteden globale begrotingsdoelstelling met 41 miljoen overschrijden en dat, om de begroting in evenwicht te brengen, voor 41 miljoen euro besparingsmaatregelen moeten worden voorgesteld.

### 2.3. Niet beschikbare middelen in de begrotingsdoelstelling 2024

Zoals in punten 2.1. en 2.2. beschreven, nam de regering beslissingen die maakten dat er voor 2024 minder budget voor de gezondheidszorg beschikbaar was dan verwacht, namelijk op basis van een vermindering van de groeinorm, op basis van technische correcties, op basis van besparingsmaatregelen in de farmaceutische sector en in de oefening *appropriate care*, en tot slot omwille van een transfer van middelen van het strikte normbudget gezondheidszorg naar andere begrotingen in het kader van de gezondheidszorg (zie Tabel 3).

Hoewel een deel van de vermindering van de groeinorm opnieuw aan initiatieven in de gezondheidszorg is toegevoegd en hoewel de middelen die naar een andere begroting binnen het RIZIV getransfereerd worden wel degelijk nog de gezondheidszorg dienen, wordt het Verzekeringscomité als zodanig geconfronteerd met een aanzienlijke vermindering van de ter beschikking gestelde middelen in 2024. Het totaal van al deze bedragen komt neer op meer dan 850 miljoen euro, wat meer is dan het effect van de groeinorm van 2% op de begroting van 2024 (676 miljoen euro). Met andere woorden, de impact van de groeinorm voor het budget gezondheidszorg is in 2024 volledig tenietgedaan. Bovendien beslist de regering een bijkomende technische correctie van 93 miljoen euro (RIZIV, 2023a).

Vermoedelijk zijn enkel de inkanteling van de maatregelen COVID-19, het besparingstraject in de sector farmaceutische specialiteiten en de transfer van middelen buiten doelstelling structureel. Het gebrek aan duidelijkheid over de toepassing van de verschillende eenmalige bedragen

**Tabel 3: Overzicht van de niet beschikbare budgettaire middelen voor het budget 2024 (Bron: RIZIV, 2023a en RIZIV, 2023b)**

Niet te besteden middelen begrotingsdoelstelling 2024	In miljoenen euro
Vermindering van de groeinorm van 2,5% naar 2%	169
Inkanteling van de maatregelen tegen COVID-19	37
Besparingstraject farmaceutische specialiteiten	250
Technische correcties (100+62,5+93)	255,5
Niet te besteden herallocatie van <i>appropriate care</i>	40
Transfer van middelen	104,6
<b>Totaal</b>	<b>856,1</b>

<sup>10</sup> Technische correcties zijn beslissingen van de regering die inhouden dat de technische ramingen van het RIZIV worden naar beneden gecorrigeerd omdat de regering verwacht dat de gezondheidszorguitgaven minder zullen zijn dan diegene die door het RIZIV zijn geraamd. Tegelijkertijd beslist de regering dat deze bedragen niet mogen worden besteed. De regering gebruikt deze bedragen voor het dekken van het federale deficit.

heeft niettemin geleid tot een zeer onduidelijk financieel kader voor de opmaak van het budget gezondheidszorg 2024.

### 3. Het voorstel van het Verzekeringscomité en de beslissing van de Algemene Raad

De uitdagingen in de gezondheidszorg zijn groot. Het Verzekeringscomité adviseert bijgevolg aan de Algemene Raad om enerzijds 41 miljoen euro in de sector van de farmaceutische specialiteiten te besparen<sup>11</sup> en anderzijds ook nieuwe initiatieven in 2024 te durven nemen op basis van nog meer vertraging in de implementatie van al besliste, maar nog niet uitgevoerde nieuwe initiatieven. Het Verzekeringscomité stelt aan de Algemene Raad voor om de 'conventiepremie' van 100 miljoen euro te herverdelen onder de sectoren die dit meer nodig hebben. Voor het Verzekeringscomité zijn dit de thuisverpleging, de perinatale zorg, de kinesitherapie en de logopedie omdat dit vaak over een reeks van afspraken gaat waarvoor de financiële toegankelijkheid sneller in het gedrang komt. Ook de financiële toegankelijkheid van tandzorg wordt als een prioritair aandachtspunt beschouwd.

Verder laat het Verzekeringscomité de nieuwe initiatieven later in het jaar ingaan waardoor er in 2024 geen financiering voor een volledig jaar nodig is. Het nadeel van deze werkwijze is dat deze initiatieven in 2025 wel een volledige kostprijs hebben waardoor een deel van de nog onzekere budgettaire marge in 2025 al is toegewezen. Het Verzekeringscomité maakt zich hier geen grote zorgen over omdat meerdere beslissingen van de regering in principe enkel 2024 aangaan, zoals de uitzonderlijke daling van de groeionorm voor het budget gezondheidszorg van 2,5% naar 2%, de technische correcties en het niet te besteden bedrag *appropriate care*.

De Algemene Raad volgt het voorstel van het Verzekeringscomité in grote lijnen, maar niet helemaal:

- De Algemene Raad gaat akkoord met 41 miljoen besparingsmaatregelen in de sector farmaceutische speciali-

teiten, zij het op basis van andere maatregelen:

- de voorziene hervorming van de *cliffen* brengt, volgens een berekening van het RIZIV, 46,964 miljoen euro op, waarvan 33,173 miljoen euro gebruikt wordt om het tekort van de ziekteverzekering weg te werken;
- het project 'voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen per dosis' wordt zoals voorzien in de eerste plaats uitgerold voor antibiotica en moet 7,857 miljoen euro opleveren. Over de uitwerking van deze maatregel zal het nodige overleg voorzien worden, onder meer met de apothekers.
- Een lijst van initiatieven die in 2024 vertraagd zullen worden uitgevoerd, wordt opgesteld (62,8 miljoen euro). Met deze middelen worden nieuwe initiatieven in 2024 gelanceerd.
- Dankzij de heroriëntering van de 'conventiepremie' (106 miljoen euro) kan er in 2024 voor in totaal 168,5 miljoen euro aan nieuwe initiatieven worden genomen, grotendeels in de prioritaire sectoren.
- In tegenstelling tot het Verzekeringscomité schrijft de Algemene Raad haar nieuwe initiatieven met een bedrag op jaarbasis in. Op deze manier doet ze nog geen toewijzing van een eventuele budgettaire marge in 2025. Daardoor moet de regering wel meer keuzes maken in de nieuwe initiatieven, naast het feit dat ze ook eigen accenten legt. De regering beslist om onder meer de volgende beleidsinitiatieven van het Verzekeringscomité niet mee te nemen: een betere honorering van de postnatale zorg voor de vroedvrouwen, bijkomende middelen voor de geestelijke gezondheidszorg, de revalidatie van patiënten die behandeld worden van refractaire epilepsie en de individualisering van het recht op de verhoogde tegemoetkoming voor samenwonenden.

De regering investeert verder meer in de artsen in opleiding, in een overgangsfase opdat artsen aan mensen met recht op de verhoogde tegemoetkoming geen erelonen meer zouden aanrekenen en in het zorgpersoneelsfonds met het oog op meer zelfstandige verpleegkundigen zowel als de opleiding en het mentorschap van werknemers in de thuisverpleging. Voor de ziekenhuizen worden de maatregelen om het hoofd te bieden aan de personeelsschaarste in de zorg verdergezet. Er werden onder meer eenmalige budgetten voorzien voor ondersteunende functies en voor uitrusting die het zorgpersoneel ontlast. De volledige lijst van nieuwe initiatieven in 2024 is opgenomen in tabel 4.

<sup>11</sup> Het Verzekeringscomité wenst eerst en vooral een prijsverlaging op de geneesmiddelen die door een patent beschermd worden. De belangrijkste reden voor de groei van de uitgaven is in de afgelopen jaren immers de hoge prijs van nieuwe geneesmiddelen en de toename van het gebruik van deze dure therapieën. Ook al wordt in het kader van de contracten tussen de minister en het bedrijf een lagere reële kost onderhandeld, dan nog blijft deze prijs buiten alle proporties ten opzichte van vorige generaties. De Algemene Raad beslist uiteindelijk om op voorstel van Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken, het tekort in de begroting voor de gezondheidszorg aan te zuiveren door besparingen op geneesmiddelen die niet langer door een patent beschermd worden.

Tabel 4: Initiatieven 2024 (Bron: RIZIV, 2023a)

	Initiatieven in miljoenen euro
<b>Artsen</b>	<b>19,038</b>
<i>Maatregelen probleemsituaties verbod op ereloonsupplementen</i>	10
<i>Artsen in opleiding</i>	9
<b>Tandheelkundigen</b>	<b>40,7</b>
<i>Herinvestering appropriate care</i>	0,801
<i>Herwaardering subgingivaal</i>	6,5
<i>Herwaardering extracties</i>	11,4
<i>Mata prothesen terugbetaling VT (Verhoogde tegemoetkoming) en MAF (Maximumfactuur) niet VT</i>	10,9
<i>Vroege orthodontische behandelingen</i>	1,1
<i>Enveloppe gerichte compensatie verbod ereloonsupplementen VT</i>	10
<b>Kinesitherapeuten</b>	<b>40,9</b>
<i>Ondergewaardeerde prestaties</i>	40
<i>Frailty 70+</i>	0,9
<b>Logopedisten</b>	<b>23,7</b>
<b>Thuisverpleging</b>	<b>10</b>
<b>Ziekenhuizen</b>	<b>Pro memorie</b>
<b>Farmaceutische verstrekkingen</b>	<b>12,9</b>
<i>Afbouw benzodiazepines</i>	0,8
<i>Magistrale bereidingen</i>	0,5
<i>Marge groothandelaar-verdelers</i>	8,6
<i>Commissie Tegemoetkoming Farmaceutische Producten en Verstrekkingen (Medische voeding en Cannabidiol)</i>	3
<i>Semi-automatische toekenning VT alleenstaande werklozen en invaliden</i>	0,3
<b>Opticiens</b>	<b>5,3</b>
<b>Audiciens</b>	<b>3,2</b>
<i>Herinvestering appropriate care</i>	0,2
<i>Toegang tot hoorzorg</i>	3,1
<b>Transversale gezondheidszorgdoelstellingen</b>	<b>2,7</b>
<i>Herwaardering diabeteseducatoren in het kader van het opstarttraject</i>	0,5
<i>Project onco@home</i>	1,4
<i>Kinderobesitas derde lijn</i>	0,8
<b>Indexering zorgpersoneelsfonds</b>	<b>6,2</b>
<i>Meer zelfstandige verpleegkundigen aan het werk</i>	2,9
<i>Opleiding en mentorship werknemers thuisverpleging</i>	2,1
<i>Thuisverpleegkundigen</i>	1
<i>Wijkgezondheidscentra</i>	0,2
<b>Mobile Health</b>	<b>3,8</b>
<b>Totaal initiatieven</b>	<b>168,9</b>

## Conclusie

In 2024 zullen alle beleidsinitiatieven die met de budgetbeslissing voor de gezondheidszorg in 2022 zijn genomen effectief gerealiseerd zijn. Twee jaren zullen er dus nodig zijn geweest om dankzij de toewijzing van middelen aan gezondheidszorgdoelstellingen in plaats van aan partiële begrotingsdoelstellingen van individuele sectoren enkele prioritaire problemen in de gezondheidszorg intersectorieel aan te pakken. Het is interessant dat de mutualiteiten samen met de zorgverleners voorstellen doen voor een verbeterde methodologie. Eerst gemeenschappelijk een gezondheidszorgdoelstelling formuleren, vervolgens een actieprogramma uitwerken samen met alle relevante actoren (inclusief gespecialiseerde patiëntenverenigingen) om pas op het einde van het traject een budgetbeslissing te nemen, zal bijdragen tot een betere besteding van de beschikbare middelen en zal toelaten om op een gedragen en doordachte manier inefficiënties uit het bestaande budget te halen. We hopen nu dat de minister op het voorstel van het Verzekeringscomité ingaat om de nieuwe werkwijze aan de hand van het thema van een betere levenskwaliteit bij het levenseinde te testen en aan het RIZIV de opdracht zal geven om hiervoor een werkgroep op te richten. De mutualiteiten zijn alvast bereid om hier hun schouders onder te zetten.

In het Regeerakkoord was opgenomen dat “de wettelijke groeinorm niet enkel zal dienen ter financiering van het volume-effect in de vraag, maar ook nieuwe zorginitiatieven moet mogelijk maken die mee ten dienste staan van het realiseren van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en het verlagen van de patiëntenfactuur” (Federale Regering, 2020, p. 14). Echter, doordat het te besteden bedrag van de groeinorm in 2024 is geneutraliseerd, en er in 2024 weinig duidelijkheid is over de beschikbaarheid van bepaalde bedragen vanaf 2025, werd het tot stand brengen van een correcte begroting een moeilijke opdracht. De verschillende genomen maatregelen dragen nu al aanzienlijk bij aan het terugdringen van het federale begrotingstekort. Bijkomende besparingsmaatregelen zouden de toeganke-

lijkheid en de kwaliteit van de zorg nog meer op de helling zetten. Om kwaliteitsvolle zorg te verlenen en een degelijk gezondheidszorgbeleid te voeren, is het noodzakelijk om over een toereikend budget te beschikken, met reële marges voor nieuwe initiatieven.

Begin 2024 zal een nieuwe Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen het begrotingsproces ondersteunen. Na de publicatie ervan in het Belgisch Staatsblad op 24 november laatstleden, dienen nog de uitvoeringsbesluiten te worden afgerond. De opdracht van deze commissie bestaat erin om op het einde van een legislatuur aan de hand van een brede bevraging op het terrein en op basis van een internationale studie over gezondheids(zorg)systemen een rapport over de prioriteit na te streven gezondheidszorgdoelstellingen op te leveren. De nieuwe commissie zal niet alleen gezondheidszorgdoelstellingen aan de Algemene Raad voorstellen, maar ook jaarlijks tegen eind juni de voortgang in de gezondheidszorgdoelstellingen monitoren. De vraag is in welke mate het Verzekeringscomité al voor de budgetopmaak van 2025 door deze nieuwe commissie zal ondersteund worden. CM benadrukt dat het noodzakelijk is dat deze commissie over voldoende mankracht beschikt om een gebruiksvriendelijk rapport op te leveren waarmee de verschillende organen en werkgroepen in het RIZIV aan de slag kunnen.

De mutualiteiten toonden met de begrotingsopmaak voor 2024 het potentieel van co-constructie aan. De volgende stap is om deze werkwijze in de dagelijkse besluitvorming bij het RIZIV te integreren. Hervormingen gaan altijd met weerstand gepaard, maar we moeten af van het louter denken in beroepsgroepen. Het gaat niet alleen over hoeveel middelen elke sector nodig heeft, maar ook over hoe we elke patiënt-e het beste kunnen omkaderen op basis van de beschikbare middelen voor het gezondheidszorgsysteem. Een goed kader is een multidisciplinair kader. Vandaar dat we blij zijn dat we voor het eerst ook vanaf het eerste moment multidisciplinair over het gezondheidszorgbudget 2024 konden onderhandelen. Met deze stap maakten we ook duidelijk dat het overlegmodel tussen de mutualiteiten en de zorgverleners wel degelijk werkt.

## Bijlage: beknopte verslaggeving ronde tafels

### Tafel 1

De leden van het Verzekeringscomité hebben de volgende prioritaire domeinen voor gezondheidszorgdoelstellingen vastgesteld:

- welzijn, respect voor zorgverleners en duurzaamheid<sup>12</sup>;
- toegang tot zorg;
- geestelijke gezondheidszorg (met specifieke aandacht voor jongeren).

### Tafel 2

De leden van het Verzekeringscomité hebben op basis van een eerste brainstorm een ontwerplijst van criteria opge maakt:

- moet in lijn zijn met de doelstellingen van de *Quintuple Aim*;
- moet passen binnen de prioritaire domeinen;
- moet haalbaar zijn (risico – timing – operationele duidelijkheid voor de realisatie ervan);
- vermindert de gezondheidsongelijkheid;
- is realistisch op het vlak van de budgettaire impact;
- de indicatoren voor de monitoring zijn al beschikbaar;
- verhoogt de participatie van de patiënt-e in diens persoonlijke zorg;
- houdt een realistische administratieve impact / administratieve vereenvoudiging in;
- verhoogt de veiligheid van de patiënt-e;
- EBM (*Evidence Based Medicine*) en EBP (*Evidence Based Practice*) ondersteunen het initiatief;
- is innovatief;
- heeft multiplicatoreffecten => hierin investeren heeft een positief effect in nog andere sectoren.

### Tafel 3

Omdat de besluitvorming niet altijd even transparant verloopt, blijkt het vertrouwen bij de leden van het Verzekeringscomité geslonken te zijn en vraagt het Verzekeringscomité daarom om:

- meer vertrouwen in het werk van de verschillende commissies en in het overleg tussen alle stakeholders;
- een transparante communicatie over de besluitvorming;
- meer continuïteit over verschillende legislaturen, zeker in het kader van een hervormingstraject;
- meer coherentie op het vlak van het gezondheidsbeleid op de verschillende bestuursniveaus met meer ruimte voor overleg en zonder fragmentatie;
- een meer werkbare regelgeving: een goed doordachte en wel onderbouwde rationalisering van de regelgeving en een doelmatig inzetten van registratie;
- een betere transparantie van het budget en een correcte financiering van de opgelegde verplichtingen.

Een andere bijzonder belangrijke boodschap aan de regering betreft de zorg voor de gezondheidswerkers. Het Verzekeringscomité doet in dat kader enkele voorstellen om het zorgberoep aantrekkelijker te maken:

- een grotere waardering van de zorgberoepen en meer respect voor hen vanwege politici en de samenleving in het algemeen;
- de omgeving en de werkomstandigheden moeten aantrekkelijk zijn (evenwicht tussen bestaffing en werklust, waken over een volledige bestaffing, deelname aan de besluitvorming, aandacht voor een collegiale relatie tussen zorgverleners, verbetering van de werkomstandigheden voor de stagiaires, vermindering van het risico op burn-out, enz.);
- arbeidstevredenheid is afhankelijk van de mogelijkheid om volledige en kwalitatieve zorg te verlenen;
- een slanke administratie zodat er veel meer aandacht naar de patiënt-e kan gaan;
- gegevensdeling met het oog op meer patiëntgerichte zorg;
- voldoende tijd voor kwalitatieve zorg die gemeten kan worden aan de hand van harde indicatoren (voor zover beschikbaar) en voldoende tijd voor menselijke relaties tussen patiënten en zorgverleners;

12 Hieronder verstaan we de duurzaamheid van human resources, de continuïteit van praktijken, de levensduur van loopbanen, het totale aantal actieve zorgverleners, enz.

- aandachtig zijn voor het automatiseren van competenties: een vlotte heroriëntatie van het ene naar het andere zorgberoep waar mogelijk;
- aandacht voor de juiste delegatie van taken;
- vlotte actualisering van nomenclatuur en regelgeving;
- meer vertrouwen in de zorgverleners, ook vanuit de controlerende diensten, beseffende dat mensen met een zorgberoep op anderen gericht zijn;
- aandacht voor een verzoening tussen het privéleven en het professionele leven van elke zorgverlener. De uurregeling van de huidige zorgverleners zijn anders met een impact op het totaal beschikbare aanbod aan zorg;
- aandacht geven aan de vergrijzing, zowel bij de zorgverleners als bij de bevolking, wat het tekort doet toenemen (minder mankracht en meer zorgvragen);
- aandacht nodig voor een massale deconventionering. Deze discussie gaat overwegend gepaard met een discussie over een billijke vergoeding. Het Verzekeringscomité stelt een generieke methodologie voor de berekening van deze billijke vergoeding voor geleverde prestaties voor evenals voor de eraan gelinkte kosten, zoals bijvoorbeeld de verplaatsingskosten in de verschillende sectoren;
- vermindering van geweld waarover men meer en meer hoort praten, het tekort leidt tot geweld dat op zijn beurt het tekort doet toenemen.



## Bibliografie

- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Federale Regering. (2020). *Regeerakkoord 30 september 2020*. Brussel.
- Mahieu, S., & Cès, S. (2023). Begroting voor gezondheidszorg 2023 - Ondersteuning van de zorgverstrekkers en van de patiënten. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 62-73.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022: een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg in België. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 6-17.
- RIZIV. (2019). Nota CGV 2019/314. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2022a). Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024. Brussel: RIZIV-INAMI.
- RIZIV. (2022b). Nota ARGV 2022/064. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2023a). Nota ARGV 2023/080. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2023b). Nota CGV 2023/266. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2023c). Nota CGV 2023/287. Brussel: RIZIV.

# Mondiale milieuveranderingen en hun gevolgen voor gezondheid

Samenvatting van hoofdstuk 2 uit het rapport *Planetary Health, an emerging field to be developed*

Ann Morissens — Studiedienst

## Samenvatting

Onze planeet en gezondheid staan voor tal van uitdagingen zoals de klimaatverandering, het verlies aan biodiversiteit en de wereldwijde milieuveranderingen. Zij vormen een enorme uitdaging voor de gezondheid van mensen wereldwijd. Een aantal van de effecten op de gezondheid, meestal de directe, zijn bekend, maar er is nog veel dat we niet weten over de gevolgen van de milieuveranderingen op de menselijke gezondheid. Met dit rapport geeft de Koninklijke Nederlandse Academie van de Wetenschappen (KNAW) haar visie op het onderzoeksdomein *Planetary health* en brengt ze een aantal lacunes in de kennis rond gezondheid in kaart. De focus in deze voor u gelezen ligt op de gevolgen van wereldwijde milieuveranderingen voor de menselijke gezondheid en het wetenschappelijk bewijs dat hiervoor al geleverd werd (hoofdstuk 2 van het rapport). Andere onderzoeksgebieden die aan bod komen in het rapport zijn de ontwikkeling van doeltreffende mitigatie- en adaptiemogelijkheden, het bevorderen van het uitvoeren van deze mogelijkheden en ook de gegevens en methoden voor *Planetary health*-onderzoek.

Sleutelwoorden: *Planetary health*, milieuveranderingen, klimaatverandering, gezondheidsgevolgen, gezondheidszorg, voor u gelezen



## Inleiding

Steeds vaker wordt er gewezen op de gezondheidsgevolgen van de milieu- en klimaatverandering. Denk maar aan het vaker voorkomen van hittegolven, hevige regens of slechte luchtkwaliteit en de gevolgen hiervan voor de gezondheid. De term 'Planetary Health' werd in 2015 geïntroduceerd en heeft als uitgangspunt dat al het leven op deze aarde met elkaar verbonden is. Het is een breed vakgebied dat verder kijkt dan de milieubedreiging op lokaal niveau.

In een artikel, gepubliceerd in *The Lancet* in 2015, werd het begrip gedefinieerd als "het bereiken van de hoogst haalbare standaard van gezondheid, welzijn en rechtvaardigheid wereldwijd door oordeelkundige aandacht voor de menselijke systemen - politiek, economisch en sociaal - die de toekomst van de mensheid en de natuurlijke systemen van de aarde vormgeven die de veilige milieugrenzen definiëren waarbinnen de mensheid kan gedijen (Whitmee et al., 2015, p. 1978, eigen vertaling). Eenvoudiger gezegd, planetaire gezondheid is de gezondheid van de menselijke beschaving en de staat van de natuurlijke systemen waarvan het afhangt.

Er is vandaag afdoend bewijs dat het milieu gewijzigd is door toedoen van menselijke activiteiten en bevolkingsgroei. De economische activiteit leverde bijvoorbeeld een positieve bijdrage aan welzijn en gezondheid, maar we zien ook steeds meer de keerzijde van economische groei die een negatieve impact heeft op de biodiversiteit en het milieu en dit blijft niet zonder gevolgen voor de gezondheid. Ook de COVID-19-pandemie herinnerde ons eraan dat er een mogelijke link was tussen menselijke gezondheid en globale milieuveranderingen. Een steeds verder reikende inmenging van de mens in de habitat, zorgt er immers voor dat ziekten makkelijker kunnen overspringen van dier op mens.

De Koninklijke Nederlandse Academie van de Wetenschappen (KNAW) heeft haar visie op dit onderzoeksdomein uitgeschreven in een rapport. Het rapport inventariseert bestaande kennis, maar geeft ook aan waar kennis ontbreekt en presenteert op basis van haar bevindingen een onderzoeksagenda voor de toekomst.

## 1. Gevolgen van de wereldwijde milieuveranderingen voor de gezondheid: de feiten

Veranderingen in het wereldwijde milieu zoals het verlies aan biodiversiteit, klimaatverandering, lucht- en watervervuiling, enz. zullen negatieve gevolgen hebben voor de menselijke gezondheid. Sommige van deze gevolgen zoals de toename van het aantal hittegerelateerde overlijdens zijn reeds duidelijk aantoonbaar, maar de conclusie is dat we ons aan nog ernstigere gevolgen moeten verwachten indien er geen actie ondernomen wordt. Toch is de kennis over de gevolgen nog gefragmenteerd.

Zo is er in de wetenschappelijke literatuur veel aandacht voor klimaatverandering en vervuiling, maar weten we veel minder over de gevolgen van de vervuiling van vers water. We weten wel dat menselijk leven uiterst afhankelijk is van water, dus als de gevolgen van vervuiling ernstig zijn, zal dit ook gevaarlijk zijn voor onze gezondheid.

### 1.1. Ongelijke verdeling van de gezondheidsgevolgen

Als we kijken naar de klimaatverandering en de gevolgen ervan, dan zien we dat deze ongelijk verdeeld zijn: de meeste gevolgen voor gezondheid zullen zich voordoen in het globale Zuiden. Deze landen hebben sowieso al minder toegang tot gezondheidszorg of middelen om de gevolgen van de klimaatverandering op te vangen. Het zou onethisch zijn dat de rijkere landen die effecten negeren, omdat ze zelf een veel grotere ecologische voetafdruk hebben en dus een relatief grotere verantwoordelijkheid dragen. Ook binnen landen zelf zal de ongelijkheid toenemen. Zo zijn bepaalde groepen meer blootgesteld aan de risico's, zijn deze vatbaarder voor de gevolgen (bijvoorbeeld niet beschikken over een woning die koel kan blijven) of zijn ze minder in staat om met de gevolgen om te gaan of ervan te herstellen (bijvoorbeeld omdat ze minder toegang hebben tot gezondheidszorg). Denk maar aan personen die wonen in slecht geïsoleerde woningen of zonder toegang tot airco, de gezondheidsgevolgen van hittegolven zullen voor hen groter zijn.

Ook hier moeten we opnieuw vaststellen dat de meest kwetsbaren de eerste slachtoffers zijn van de klimaatverandering. Hun ecologische voetafdruk is echter veel kleiner. In de periode 1990-2015 waren de 10% rijksten verantwoordelijk voor 52% van de cumulatieve CO<sub>2</sub>-uitstoot, terwijl 50% van de armste bevolking verantwoordelijk was voor slechts 7% van de cumulatieve uitstoot (Kartha, Kamp-Benedict, Ghosh, Nazareth, & Gore, 2020).

## 1.2. Klimaatverandering

“Klimaatverandering is de grootste gezondheidsbedreiging voor de mensheid in de 21<sup>ste</sup> eeuw” (WGO, 2018, eigen vertaling).

De uitstoot van fossiele brandstoffen en broeikasgassen resulteren in klimaatverandering, waarvan de globale opwarming van de aarde het meest bekende gevolg is. Deze opwarming heeft gevolgen voor de gezondheid, heel wat *systematic reviews* (overzichtsstudies) illustreren dit. De verbanden tussen opwarming en gezondheid zijn echter vaak complex en niet alle gevolgen zijn direct, het is ook nog niet duidelijk hoe groot de omvang van de gevolgen zal zijn.

Het *International Panel on Climate Change* (IPCC) rapporteerde in 2022 uitgebreid over de reeds waarneembare negatieve gezondheidsgevolgen van de klimaatverandering, zowel op fysiek als mentaal vlak. Zo is er sprake van meer hittegerelateerde mortaliteit en morbiditeit, verschillende vormen van infectieziekten en ook trauma. Het panel gaat ervan uit dat de gevolgen van de klimaatverandering op de gezondheid op middellange en lange termijn (2041-2100), afhankelijk van de effectiviteit van het gevoerde klimaatbeleid, toenemende schade zal toebrengen, met meer hittegerelateerde mortaliteit, infectieziekten, maar ook mentale gezondheidsproblemen.

Voor rijkere landen en landen gelegen in meer gematigde klimaatzones, zullen de gevolgen vermoedelijk beperkter zijn, te meer omdat deze landen ook de middelen hebben om zich te beschermen tegen deze klimaatdreigingen. Toch blijft ook voor deze landen waakzaamheid geboden, want we weten tenslotte niet in welk van de verschillende opwarmingsscenario's we terecht komen. Door de opwarming kan er destabilisatie ontstaan, niet enkel van ecologische systemen. Ook economische systemen kunnen instabiel worden door bepaalde ontwikkelingen.

Het rapport bevat eveneens inschattingen van experten voor de toekomst. Ze stellen dat heel veel zal afhangen van de mate waarin we de opwarming kunnen afremmen, maar in een minder gunstig scenario wordt het wereldwijd aantal klimaatgerelateerde overlijdens ten gevolge van klimaatverandering jaarlijks geschat op negen miljoen in 2100. Daarnaast zullen naar schatting ook 3,5 miljard mensen af te rekenen hebben met voedsel- en wateronzekerheid, wat ook gevolgen heeft voor hun gezondheid (IPCC, 2022).

## 1.3. Verlies van biodiversiteit

Plant- en diersoorten verdwijnen met hoge snelheid en de aantallen van sommige soorten nemen snel af. Dit verlies is een slechte zaak en zal gevolgen hebben voor de mensheid. Het wetenschappelijk bewijs van dit verlies voor de menselijke gezondheid is echter minder uitgebreid dan voor klimaatverandering. Toch is er voldoende reden om aan te nemen dat ook het biodiversiteitsverlies gevolgen heeft voor de menselijke gezondheid. Zo is er een verband tussen het verlies aan biodiversiteit en een verhoogd risico op de verspreiding van overdraagbare infectieziekten en problemen met de ontwikkeling van geneesmiddelen. Een ander aangetoond verband en risico zijn de gevolgen voor bestuiving en vervolgens de gevolgen voor voedselproductie, de terugval van het aantal bestuivers kan eveneens gevolgen hebben voor de verspreiding van overdraagbare aandoeningen.

## 1.4. Globale vervuiling

Vervuiling op lokale en regionale schaal is reeds lang een bezorgdheid voor de volksgezondheid. Er is nu echter het bewustzijn dat deze vervuiling wereldwijd erg verspreid is en grote proporties aanneemt. Luchtvervuiling ten gevolge van de verbranding van fossiele brandstoffen is een wereldwijd probleem met grote gevolgen voor de gezondheid. Ook de vervuiling van water en bodem, vaak het resultaat van het lozen van schadelijke stoffen, is een probleem. Daarnaast zien we dat er veel nieuwe chemische stoffen worden gebruikt, waarvan de mogelijke toxiciteit nog niet duidelijk is. Heel wat van deze vervuilende stoffen hebben gevolgen voor de menselijke gezondheid. Zo zijn er heel wat gerelateerde vruchtbaarheidsproblemen en kunnen hormoonverstoorders gevolgen hebben voor het prenatale leven.

## 1.5. Andere globale klimaatveranderingen

Hoewel klimaatverandering, verlies aan biodiversiteit en vervuiling de meest bekende factoren zijn, die gevolgen hebben voor de gezondheid, zijn er daarnaast nog minder bekende veranderingen die gevolgen hebben. Ontbossing heeft gevolgen voor de biodiversiteit. Het gebruik van meststoffen bracht ook grote hoeveelheden nitraten en fosfor in het milieu. Verder laat het omzetten van bossen of prairies tot landbouwgebied sporen na. Want hoewel het cultiveren van voedsel zeker positieve effecten heeft, zal het verlies aan natuur op langere termijn negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid zoals een snellere verspreiding van overdraagbare aandoeningen en een mogelijke versnelling van de klimaatverandering. Ook op het vlak van water gaat het niet goed. Een te groot waterverbruik verhoogt het risico op waterschaarste en kan zo bepaalde oogsten in gevaar brengen. Deze risico's worden nog groter door het smelten van gletsjers die nodig zijn om grotere rivieren van water voorzien. Door het verdwijnen van gletsjers dreigen deze op termijn ook droger komen te staan, want met het wegsmelten van gletsjers, zullen zij-rivieren ook niet meer kunnen voorzien van water.

## 1.6. Directe, indirecte en heel indirecte gevolgen

Niet alle klimaatveranderingen hebben directe gevolgen voor de gezondheid, sommige gevolgen zijn eerder indirect of zelfs zeer indirect. Het is belangrijk om dit onderscheid te maken. Directe gevolgen zijn bijvoorbeeld de biologische gevolgen van hittegolven, extreem weer en interacties van temperatuurgerelateerde veranderingen in combinatie met vervuiling. De zeer indirecte gevolgen zijn veeleer diffuus. Dit kunnen bijvoorbeeld mentale problemen zijn of spanningen en stress omwille van schaarser wordende middelen en grondstoffen. Twee indirecte gevolgen, die toch wel wat onderzoeks aandacht krijgen omdat ze belangrijk zijn voor de planetaire gezondheid, zijn voedselproductie en -consumptie en infecties.

## 2. Wat zijn de oorzaken van klimaatverandering?

### 2.1. Bevolkingsgroei en consumptie

De hierboven opgesomde veranderingen zijn op de een of andere manier veroorzaakt door menselijk toedoen, waarbij de combinatie van bevolkingsgroei en de hiermee gepaard gaande consumptie zeker een rol spelen. Er is een stijging van consumptie per capita, die ook samengaat met een hoger verbruik van energie. Zonder bevolkingsgroei zou deze beperkter zijn. Economische groei heeft ongetwijfeld ook positieve gevolgen gehad voor de gezondheid en levensverwachting, maar heeft ook bijgedragen aan de klimaatverandering door de uitstoot van broeikasgassen, de vernietiging van habitats en vervuiling. Klimaatverandering zorgt er eveneens voor dat de beschikbare grond om voedsel op te produceren beperkter wordt, wat kan leiden tot voedseltekorten.

### 2.2. De ecologische voetafdruk van de gezondheidssector

Heel wat sectoren dragen bij aan de klimaatverandering door het intensief gebruik van energie en materialen. De gezondheidssector is er hier één van. De bijdrage van deze sector wordt geschat op 1 tot 5% van de totale ecologische voetafdruk van de verschillende menselijke activiteiten, maar met verschillen tussen landen. Om een beter idee te krijgen van de impact is het zinvol om te kijken naar specifieke impact. Zo wordt de CO<sub>2</sub>-uitstoot van de gezondheidssector in OESO-landen (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) geschat op 5% van de nationale koolstofvoetafdruk. Dit aandeel komt overeen met dat van de vliegtuigindustrie. Er is eveneens veel aandacht voor afvalmaterialen uit deze sector die vaak in het milieu terecht komen en zo schade berokkenen. Gegevens voor Nederland tonen aan dat het aandeel van de gezondheidssector in de nationale voetafdruk als volgt verdeeld is: 13% van de materiaalextractie, 8% van de koolstofuitstoot, 7% watergebruik, 7% landgebruik en 4% van de afvalproductie (Steenmeijer, 2022).

### 3. Strategieën om klimaatverandering en de gevolgen voor gezondheid om te buigen

#### 3.1. Mitigatie- en adaptatiemaatregelen

Om de klimaatverandering te beperken en de negatieve gevolgen ervan te temperen, zijn mitigatie- en adaptatiemaatregelen nodig. Mitigatiemaatregelen hebben als doel om de klimaatveranderingen te beperken, bijvoorbeeld door de uitstoot van broeikasgassen te beperken of om te keren, terwijl adaptatiemaatregelen als doel hebben de negatieve gevolgen die we niet kunnen mitigeren, te beperken. Om bijvoorbeeld de klimaatopwarming te beperken tot 1,5 graden Celsius en bijgevolg ook de gezondheidsgevolgen ervan, zijn mitigerende maatregelen nodig. Een voorbeeld van een mitigerende maatregel is het overstappen van fossiele energie naar hernieuwbare energie. We zien echter dat de uitstoot nog steeds toeneemt omdat mitigerende maatregelen niet snel genoeg geïmplementeerd worden. Er dringen zich dus ook adaptatiemaatregelen op.

Deze maatregelen zullen ook gevolgen hebben voor de gezondheid, deze gevolgen kunnen gewild of ongewild zijn, ook hier kunnen we uitgaan van positieve of negatieve gevolgen voor de gezondheid. Betere isolatie van huizen kan resulteren in slechtere kwaliteit van de binnenhuislucht, meer groene omgeving kan mensen aanzetten tot beweging wat goed is voor de bevolking. Meer groen zou echter ook kunnen resulteren in een verhoogd risico op allergie. Met een goede mix aan maatregelen zal het resultaat voor de gezondheid echter positief zijn.

#### 3.2. Hoe kan de gezondheidssector bijdragen?

De gezondheidssector kan zelf ook inspanningen leveren om de impact op het milieu te verminderen. Dit kan onder meer gebeuren door het koolstofarm maken van de gezondheidszorg. Zo streeft de *National Health Service* (NHS) in het Verenigd Koninkrijk een netto zero emissie na tegen 2040. Gezondheidsbevorderende maatregelen kunnen mensen ook aansporen tot gedragsveranderingen, die op hun beurt dan weer kunnen bijdragen aan een beperktere impact van de klimaatverandering. Voorbeelden hiervan zijn minder de auto of het vliegtuig nemen of minder vlees eten. Daarnaast zal de gezondheidssector zich

in de toekomst moeten voorbereiden op een toename van het aantal gezondheidsproblemen ten gevolge van de klimaatverandering.

Mitigatie- en adaptatiemaatregelen vragen naast technologische oplossingen ook inspanningen van burgers, bedrijven en beleidsmakers. Vaak gaat het daarbij over gedragsveranderingen en die zijn niet altijd evident om te realiseren. Mensen beschikken immers niet altijd over de informatie en de kennis over de impact van hun gedragswijzigingen. Onderwijs is een belangrijke actor, maar om een omslag te maken is eveneens een systeemwijziging nodig. Ook voor commerciële bedrijven of collectiviteiten dringen zich aanpassingen op om hun ecologische voetafdruk te beperken, een combinatie van strategieën is ook hier aangewezen.

In het rapport wordt de gezondheidszorgsector opgeroepen om haar stem te laten horen in het debat over ecologische duurzaamheid, nu duidelijk is dat er heel wat gezondheidsgevolgen zullen zijn. Zo kan ze bijvoorbeeld nagaan hoe advies rond het verminderen van de ecologische voetafdruk ook een onderdeel kan worden van ander gezondheidsadvies.

### Conclusie

Ondanks de reeds bestaande kennis, die aan bod kwam in deze *voor u gelezen*, zijn er nog veel hiaten in de kennis rond de gevolgen van de klimaatverandering op de gezondheid. De Koninklijke Nederlandse Academie van de Wetenschappen zet daarom onderstaande onderzoeksprioriteiten rond *Planetary health* voorop. Deze zijn eveneens relevant voor het beleid.

1. Integrale analyse van de effecten van de globale milieuverandering op menselijke gezondheid, vooral over de combinatie en interactie tussen verschillende milieuveranderingen en hun impact op de menselijke gezondheid.
2. Onderzoek naar datgene wat de transformatieve processen gidst en ondersteunt. Hier kan het interessant zijn om na te gaan welke de rol kan zijn van het bewustzijn van gezondheidsrisico's bij inwoners.
3. Onderzoek over methoden die individuele en collectieve gedragswijziging kunnen bewerkstelligen om meer inzicht te krijgen in wat er nodig is om deze gedragswij-

ziging te realiseren. Gedragsveranderingen zijn immers nodig om een verdere achteruitgang te voorkomen. We zien dat de verandering maar traag komt. Om dit te versnellen moet ons inzicht in de individuele of institutionele gedragingen die klimaatverandering drijven en hoe we deze kunnen veranderen nog versterkt worden. Gezondheidsgerelateerd gedrag van inwoners, maar ook het gedrag van zorgverleners moet veranderen. Het wegwerken van kennislacunes kan resulteren in *quick wins* voor beleidsmakers.

4. Onderzoek dat mitigatie- en adaptatiestrategieën van de gezondheidssector ondersteunt. Opnieuw vinden we hier kennislacunes. Zo kennen we nog niet de volle omvang van de gevolgen van hitte of extreem weer. Om de ecologische voetafdruk van de gezondheidssector te verkleinen, zal er ook moeten gekeken worden naar de verschillende toeleveranciers (bijvoorbeeld geneesmiddelen en eenmalige beschermingsmaterialen).

## Bibliografie

IPCC. (2022). *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kartha, S., Kamp-Benedict, E., Ghosh, E., Nazareth, A., & Gore, T. (2020). *The Carbon Inequality Era: An assessment of the global distribution of consumption emissions among individuals from 1990 to 2015 and beyond*. Stockholm: Stockholm Environment Institute and Oxfam International.

KNAW. (2023). *Planetary Health, an emerging field to be developed*. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen.

Steenmeijer, M.A., et al. (2022). The environmental footprint of the Dutch Healthcare sector: beyond climate impact. *The Lancet Planetary Health*, e949-957.

WGO. (2018). *COP24 Special Report: Health and Climate Change*. Geneva: World Health Organization.

Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., de Souza Dias, B. F., Ezech, A., Frumkin, H., Gong, P., Head, P., Horton, R., Mace, G. M., Marten, R., Myers, S. S., Nishtar, S., Osofsky, S. A., Pattanayak, S. K., Pongsiri, M. J., Romanelli, C., Soucat, A., ... Yach, D. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet*, pp.1973–2028.



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

Het adressenbestand wordt uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van het tijdschrift en wordt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) beheerd en bewaard. Je kan op elk moment vragen om je persoonsgegevens te raadplegen, aan te passen of te verwijderen. Onjuiste of onvolledige gegevens kan je bovendien kosteloos laten verbeteren. Voor meer informatie in verband met de verwerking van je persoonsgegevens en de uitoefening van je rechten, kan je de privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

Indien je vragen hebt over het rechtmatig verwerken van je persoonsgegevens, kan je contact opnemen met onze Data Protection Officer. Dit kan zowel:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van de data protection officer naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek, België
- Per mail: naar [privacy@cm.be](mailto:privacy@cm.be)

Indien je klachten hebt, dan kan je je eveneens tot de CM-Ombudsman richten:

- Schriftelijk door een brief te sturen ter attentie van CM-Ombud naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar [cm.ombud@cm.be](mailto:cm.ombud@cm.be)

Indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, kan je dit laten weten:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van Mieke Hofman naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – Studiedienst, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar [GezondheidEnSamenleving@cm.be](mailto:GezondheidEnSamenleving@cm.be)

# Inhoud

Edito: Een systeem onder druk · 02

Studie: Gezondheidsprofiel van onze ouderen · 04

Inleiding: De uitdaging van de vergrijzing · 08

1. Hoe kunnen CM-gegevens inzicht geven in het profiel van ouderen? · 09

2. Het profiel van de 65-plussers van CM · 13

3. Het profiel van de ouderen stelt ons voor uitdagingen · 29

4. Aanbevelingen voor een adequate ouderenzorg en ouderenzorgbeleid · 36

Besluit

Analyse: Budget gezondheidszorg 2024: 'eerst de inhoud' · 44

Voor u gelezen: Mondiale milieuveranderingen en hun gevolgen voor gezondheid · 56

## Colofon

Verantwoordelijke uitgever

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

Hoofdredactie

Élise Derroitte

Eindredactie

Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova

Redactiecomité

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens,

Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Lay-out

Gevaert Graphics

Druk

Albe De Coker

Retouradres

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

Copyright

De studies van Gezondheid & Samenleving worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd"