

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

04 De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg

40 Vrouwen en gezondheidszorg in België

64 Aanhoudend stijgende uitgaven voor geneesmiddelen

7 - oktober 2023

**Zichtbaar
maken**

Zichtbaar maken

Edito



Sinds de invoering ervan, spreekt iedereen zich uit over de overeenkomst voor eerstelijnspsychologen. De meningen lopen uiteen, gaande van zij die vinden dat het niet snel genoeg gaat tot zij die de territoriale uitrol ervan betreuren, gaande van de enthousiastelingen die blij zijn dat er binnen de verplichte verzekering eindelijk een aanbod is voor psychologische zorg tot zij die vinden dat er te weinig wordt gedaan voor kinderen en jongeren. In deze veelheid aan meningen gingen we na wat er werkelijk gebeurt binnen de overeenkomst. In onze studie *De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg*, onderzochten we alle prestaties geregistreerd binnen de overeenkomst. Op die manier wilden we nagaan of deze haar oorspronkelijke doelstellingen haalde, welke groepen erdoor bereikt worden en hoe het aanbod is verdeeld. Volgens ons is een echte evaluatie enkel mogelijk vanuit de objectiviteit van de gebruiksgegevens. We werkten voor deze studie ook samen met Sciensano om inzicht te krijgen in de prevalentie van geestelijke gezondheidsbehoeften. Ten slotte hebben we de overeenkomst gesitueerd in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg in België en de specifieke rol ervan aangetoond voor de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg.

Onze studie toont in de eerste plaats dat een dergelijke overeenkomst absoluut noodzakelijk was. Met meer dan 88.400 CM-leden die eindelijk toegang konden hebben tot terugbetaalde psychologische zorg, is dit een enorme stap

voorwaarts in termen van een betaalbaar aanbod voor patiënten. We stellen ook vast dat onder de gebruikers van de overeenkomst het aantal mensen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (het administratieve statuut dat ons toelaat onze meest kwetsbare leden te identificeren) proportioneel hoger ligt. We tonen eveneens aan dat vrouwen er meer gebruik van maken, evenals de leeftijdsgroep jonger dan 25 jaar. Deze gegevens laten toe de reële vooruitgang te benadrukken die gerelateerd is aan de overeenkomst, maar ze tonen ook de inspanningen die nog nodig zijn om geestelijke gezondheidszorg echt toegankelijk te maken. De verzadiging van het psychiatrisch aanbod voor volwassenen bijvoorbeeld, zorgt natuurlijk voor wachtlijsten voor dit nieuwe aanbod aan psychologische zorg, ook al is het beantwoorden van psychiatrische noden niet het hoofddoel van de overeenkomst. En tegelijkertijd neemt het gebruik van het psychiatrisch aanbod niet af als gevolg van de verzadiging, omdat patiënten die wachtten op een plaats, er gebruik van maken zodra er een beschikbaarheid is. We hebben ook aangetoond dat veel mensen die beroep deden op de overeenkomst, hun gebruik van geestelijke gezondheidszorg hebben gewijzigd door hun medicatiegebruik te verminderen. Dit is een belangrijke vooruitgang, die in lijn is met een brede visie op geestelijke gezondheid waarbij voorrang wordt gegeven aan preventie en lichte vormen van ondersteuning wanneer de situatie van de patiënt dit toelaat. Door het werkelijke gebruik van de overeenkomst te analyseren, konden we de vooruitgang zien, en ook de uitdagingen in kaart brengen waarmee de sector geconfronteerd werd en nog steeds wordt.

Tijdens een toespraak over de onzichtbaarheid van schoonmaakpersoneel, zei Laurent Vogel, onderzoeker bij het *European Trade Union Institute*: "Onwetendheid is vaak het resultaat van een sociale constructie. We weten niet wat we niet willen weten" (eigen vertaling). Dit citaat

beschrijft perfect de moeilijkheid die we ervaren bij het uitvoeren van onze studie *Vrouwen en gezondheidszorg in België*, die kijkt naar gendervooroordelen in gezondheid. Met deze studie wilden we kennis ontwikkelen over de specifieke verschillen in de prestaties van het gezondheidszorgsysteem ten aanzien van mannen en vrouwen. Helaas is dit nog grotendeels onontgonnen gebied. We werden al snel geconfronteerd met het ongemak dat gepaard gaat met de volgende kwestie: accepteren dat het systeem genderongelijkheid produceert, betekent toegeven dat er vooroordelen aan het werk zijn in de kennis over gezondheid. Bij het ontwikkelen van deze onderzoekslijn zagen we al snel dat het probleem veel vormen aanneemt: van het verzamelen van gegevens over de deelname van vrouwen aan bepaalde klinische studies tot de samenstelling van de bestuursorganen in de gezondheidszorg, lijkt de genderkwestie een thema dat amper aan bod komt binnen de gezondheidszorg in België. Het vermijden ervan heeft gevolgen voor de studies die kunnen worden uitgevoerd. Het is nooit eenvoudig om een afwezigheid aan te tonen. In onze studie analyseerden we eerst alle beschikbare gegevens over gender in de gezondheidszorg, maar onze uitdaging was om de gegevens te identificeren die we niet hadden (omdat de resultaten niet gepubliceerd zijn, omdat de variabele niet opgenomen was). Dankzij deze eerste analyse konden we echte verschillen in prestaties tussen mannen en vrouwen waarnemen, zoals de levensverwachting in goede gezondheid of de prevalentie van chronische ziekten. Onze invalshoek van de gezondheid van vrouwen bracht ons al snel bij de rol van intersectionaliteit: we stelden onder meer vast dat vrouwen met een beperking minder preventieve zorg ontvangen dan vrouwen zonder beperking. We willen daarom de echte oorzaken van de bestaande gezondheidskloven blijven bestuderen, zodat we een aanpak volgens het principe van proportioneel universalisme in de gezondheidszorg kunnen blijven bevorderen.

Tot slot brengt onze studie *Aanhoudend stijgende uitgaven voor geneesmiddelen*, over de duurste geneesmiddelen eveneens aan het licht wat anders onopgemerkt blijft: de gigantische cumulatieve kost van geneesmiddelen voor ambulante patiënten, die dus geen nacht in het ziekenhuis verblijven. Een analyse van de bruto-uitgaven voor geneesmiddelen voor deze groep laat zien dat deze jaar na jaar blijven stijgen. In 2022 bedraagt het totale bedrag aan terugbetalingen ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor farmaceutische specialiteiten voor deze doelgroep naar schatting bijna drie miljard euro. Deze uitgaven zijn geconcentreerd op een beperkt aantal geneesmiddelen: tien moleculen, waarvan zes nieuwe, waren goed voor 43% van de totale uitgaven in 2022, en het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen zal niet voldoende zijn om deze uitgaven te verminderen. Deze bevindingen doen vragen rijzen over de last die dergelijke uitgaven betekenen voor het budget van de gezondheidszorg. Er wordt voortdurend onderzoek gedaan naar nieuwe moleculen en de resultaten kunnen een grote impact hebben op de overlevingskansen van patiënten. Toch zou het nuttig zijn om ons af te vragen of de motivatie om ze terug te betalen nog steeds ingegeven is door een nood voor de volksgezondheid (vraaggestuurd beleid) of gewoon de erkenning is van het bestaan van deze moleculen op de markt (aanbodgestuurd beleid). Wij zijn van mening dat, in een gezondheidszorgbeleid dat steeds meer gericht is op gezondheidsdoelstellingen, de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten ook een echt antwoord moet zijn op een reële behoefte van patiënten en op gezondheidsdoelstellingen, alvorens het kansen voor nieuwe markten kunnen zijn.

Élise Derroitte
Directie Beleid en Studies

De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg

Overzicht van het gebruik van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg en de beantwoorde en onbeantwoorde noden in België

Clara Noirhomme — CM-studiedienst

Marc Dispas en Pierre Smith — Sciensano, Afdeling Epidemiologie en Volksgezondheid

Samenvatting

In januari 2024 wordt een nieuwe overeenkomst psychologische zorg ondertekend tussen het RIZIV en de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg. Hiermee wordt het werk voortgezet dat in 2019 was gestart. Het belangrijkste doel van de overeenkomst is psychologische zorg toegankelijker te maken, zowel financieel als op het vlak van de organisatie van de zorg. Dit is dus een goed moment om de balans op te maken van de eerste jaren van uitvoering van deze overeenkomst en van haar plaats in het landschap van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg. Daarom schetst deze studie vooreerst de stand van zaken van de geestelijke gezondheidszorg in België, zowel in termen van behoeften (BELHEALTH-enquête van Sciensano), als in termen van zorgaanbod en het gebruik ervan (CM-analyse). De resultaten van de BELHEALTH-enquête van februari 2023 wijzen op een hoog niveau van onbeantwoorde psychologische noden (*unmet needs*) in de Belgische bevolking, vooral bij financieel kwetsbaren, vrouwen en jongeren. Het stigma dat aan geestelijke gezondheid kleeft en de problemen van financiële toegankelijkheid vormen nog al te vaak hinderpalen voor de toegang tot de zorg. Een CM-analyse toont dan weer aan dat de ambulante psychiatrische diensten verzadigd zijn en dat heel vaak psychotrope geneesmiddelen gebruikt worden zonder enige andere vorm van opvolging.

Op basis van deze inventaris van de behoeften en van het bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg, analyseren we vervolgens de reikwijdte van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg en formuleren we enkele hypothesen over de evolutie van het gebruik ervan.

Zorgt ze voor een betere toegang tot de psychologische zorg? Wat zijn de sterke punten en wat zijn de vooruitzichten voor verbetering? Om deze vragen te beantwoorden, kijkt deze studie naar de manier waarop de zorg is georganiseerd, de evolutie van het aanbod, het gebruik ervan, het profiel van de gebruikers en de types verstrekkingen die voorzien zijn. Ze toont aan dat, hoewel de overeenkomst recent is, het aandeel van de bevolking dat er gebruik van maakt exponentieel toeneemt. Mensen in moeilijker levensomstandigheden raadplegen vaker een geconventioneerde psycholoog (dit is een psycholoog die zorg verleent binnen het kader van de overeenkomst), wat erop kan wijzen dat de overeenkomst de toegang tot psychologische zorg inderdaad verbetert.

Hoewel de overeenkomst nog moet evolueren en meer bekendheid moet krijgen om al haar doelstellingen te bereiken, besluiten wij de studie met te bevestigen dat ze haar rechtmatige plaats heeft binnen het landschap van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg in België. Door de vele actuele crisissen wordt de geestelijke gezondheid van de bevolking nog steeds op de proef gesteld. In die context vormt deze overeenkomst een belangrijke uitdaging voor de volksgezondheid en is het essentieel dat we deze verder uitrollen en blijven opvolgen.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheidszorg, beantwoorde en onbeantwoorde noden, gebruik van de psychologische zorg, overeenkomst, terugbetaling, kwetsbare groepen, kwantitatieve studie

1. Inleiding

1.1. Het evoluerend landschap van de geestelijke gezondheidszorg in België

De geestelijke gezondheidszorg, die lange tijd zeer hospitalocentrisch georganiseerd was, onderging de voorbije decennia talrijke hervormingen. In de jaren 1970 werden de Psychiatrische Afdelingen in Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) erkend, evenals de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) die ook gesubsidieerd werden. Hierdoor was een raadpleging bij een psycholoog mogelijk tegen een lager tarief en dus in functie van de financiële middelen van patiënten. In de jaren 1990 werden vervolgens Initiatieven voor Beschut Wonen (IBW) opgericht waardoor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen buiten psychiatrische ziekenhuizen konden wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en psychiatrische thuiszorg, evenals 'overlegplatformen voor geestelijke gezondheid' voor de regionale coördinatie (per provincie) van de verschillende voorzieningen. Ondanks verschillende hervormingen, bleef het residentiële karakter van de Belgische geestelijke gezondheidszorg in de jaren 2000 domineren. In 2010 werd een nieuwe fase in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg gelanceerd, in de vorm van experimentele projecten, ook gekend als 'artikel 107-projecten'. Deze hadden opnieuw tot doel de overgang te maken van een ziekenhuissysteem naar een ambulante aanpak, gericht op de re-integratie in de samenleving van mensen die lijden aan psychische aandoeningen. In de loop der jaren werden in het kader van de artikel 107-hervorming bedden in psychiatrische instellingen bevroren en werden de vrijgekomen middelen onder andere (en vooral) gebruikt voor mobiele equipes en de intensivering van de ziekenhuiszorg (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019).

Deze 'artikel 107-hervorming' blijkt echter onvoldoende, aangezien het voornamelijk initiatieven zijn die zich richten op de zorg en begeleiding van mensen met relatief ernstige problemen (zoals schizofrenie, bipolaire stoornissen en ernstige depressie). In 2016 werd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een studie uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD Volksgezondheid), waarin een **organisatie- en financieringsmodel werd voorgesteld voor de professionele opvang en behandeling voor veelvoorkomende en meer gematigde psychologische problemen** (zoals

milde of matige depressie, angststoornissen, enz.) in de Belgische gezondheidszorg. Volgens het rapport is "voor courante en matige vormen van psychologisch lijden, toch de meerderheid van de problemen, [...] de bestaande aanpak vandaag verre van afdoende. De sector vormt voor de doelgroep een compleet onoverzichtelijk kluwen, met wachttijden (zeker in gesubsidieerde structuren) die zelfs de meest gemotiveerden ontmoedigen, en met weinig financieel haalbare oplossingen. Eigenlijk zijn psychotrope geneesmiddelen (antidepressiva en kalmeermiddelen) één van de enige gemakkelijk toegankelijke therapeutische opties voor mensen met angst- en depressieve stoornissen. [...] Recente bronnen tonen aan dat voor depressieve klachten een psychotherapeutische aanpak minstens even efficiënt en zelfs duurzamer is dan een farmacologische en dat de combinatie van deze therapieën de beste resultaten oplevert. Maar **omdat psychotherapie niet wordt terugbetaald, is deze behandeling niet toegankelijk voor het grootste deel van de bevolking**" (Kohn, et al., 2016).

Dit rapport schetst daarmee de contouren van de overeenkomst psychologische zorg zoals we die vandaag kennen en stelt een model met twee niveaus voor: een eerste, generalistisch niveau ('eerstelijns psychologische zorg'), dat breed toegankelijk is, om zonder beperking vaak voorkomende en gematigde psychische problemen op te vangen, en een tweede niveau ('gespecialiseerde psychologische zorg'), dat toelaat gespecialiseerde zorg te verlenen aan diegenen voor wie het eerste niveau ontoereikend is.

Sinds maart 2019 kunnen consulten klinische psychologie dus terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering, maar enkel voor patiënten tussen 18 en 65 jaar met een matig ernstig psychisch probleem van angst, depressie of alcoholgebruik waarvoor een beperkt aantal eerstelijns psychologische sessies kan volstaan, met een maximum van vier sessies (verlenging toegestaan) en op voorschrift van de huisarts of psychiater (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Sinds april 2020 is terugbetaling mogelijk zonder leeftijdsbeperking. Vanaf 2022 neemt de overeenkomst het voorstel over om ambulante psychologische zorg te structureren in eerstelijns en gespecialiseerde zorg. Het aantal sessies wordt uitgebreid en de toegangsvoorwaarden worden versoepeld: geen voorschrift meer nodig en geen beperking tot specifieke psychische problemen.

1.2. Behoeften op het vlak van geestelijke gezondheid

Uit de gezondheidsenquête van Sciensano blijkt dat in België geestelijke gezondheidsproblemen, en in het bijzonder angst- en depressieve stoornissen, behoren tot de meest voorkomende ziekten in de algemene bevolking. In 2018 leed ongeveer een op de tien mensen aan een angststoornis en/of een depressieve stoornis (Sciensano, 1997-2018). De Belgische nationale ziektebelastingstudie, uitgevoerd door Sciensano, benadrukte ook dat in 2019 psychische aandoeningen de belangrijkste oorzaak waren van de ziektebelasting, meer specifiek in termen van verloren gezonde levensjaren (Sciensano, 2022). Bovendien zijn geestelijke gezondheidsproblemen niet gelijkmatig verdeeld over de Belgische bevolking en zijn sommigen er gevoeliger voor, zoals mensen in een zwakkere sociaaleconomische positie. Dit getuigt van grote persisterende gezondheidsongelijkheden. Helaas heeft de COVID-19-pandemie deze problemen verergerd bij de algemene bevolking en in het bijzonder bij kwetsbare groepen zoals jongeren, vrouwen en kansarmen. In maart 2022 schatte het COVID-19-gezondheidsonderzoek van Sciensano dat ongeveer één op de vier mensen in de algemene bevolking een angst- en/of depressieve stoornis had (Gisle, et al., 2022).

Vandaag moeten we vaststellen dat het landschap van de geestelijke gezondheidszorg in België eerder georganiseerd is op basis van het aanbod dan op basis van de behoeften aan of de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Vaak wordt het gebrek aan gegevens voor een degelijke opvolging van de geestelijke gezondheidsbehoeften van de Belgen op lokaal niveau aangehaald als verklaring voor de onmogelijkheid om de performantie van de Belgische geestelijke gezondheidszorg te meten (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Zonder de pretentie te hebben dit volledig te ondervangen, wil het Belgisch Cohort Gezondheid en Welzijn (BELHEALTH), momenteel georganiseerd door Sciensano, de evolutie van de geestelijke gezondheid en het welzijn van de volwassen bevolking in België volgen om de langetermijnpact van de COVID-19-pandemie te onderzoeken. Een van de onderzoeksdoelstellingen van BELHEALTH, die in dit artikel zal worden behandeld, is de evaluatie van de zelfgerapporteerde geestelijke gezondheidsbehoeften van individuen, en nagaan of ze al dan niet gebruik hebben gemaakt van geestelijke gezondheidszorg.

1.3. Gebruik van geestelijke gezondheidszorg

De invoering van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg in het landschap van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg in België in 2022, lijkt ons een goede gelegenheid voor een stand van zaken van de evolutie van het gebruik van alle terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg (ambulante zorg, psychiatrische hospitalisatie, psychotrope geneesmiddelen, enz.). We bestudeerden daarvoor het gebruiksniveau, het type gebruikte zorg en de evolutie ervan in de afgelopen jaren. Dit gebeurde op basis van de gegevens over het zorggebruik door de CM-leden, die 40% van de Belgische bevolking vertegenwoordigen en geëxtrapoleerd kunnen worden naar de totale bevolking.

Het merendeel van de personen met geestelijke gezondheidsproblemen lijdt aan milde tot matige stoornissen en voor hen werd voor de nieuwe overeenkomst weinig zorg terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering. Een antwoord op deze problemen kan worden gevonden in de eerstelijns psychologische zorg, aangeboden onder de nieuwe overeenkomst. Dankzij gegevens over het zorggebruik door de CM-leden, kunnen we hiervan al een eerste evaluatie maken. Hoewel deze gegevens ons geen informatie verschaffen over de diagnose van de mensen die toegang hebben tot de zorg of over de verbeteringen in hun gezondheidstoestand, stellen ze ons wel in staat de evolutie in het gebruik van de psychologische zorg aangeboden onder de overeenkomst te analyseren en na te gaan of er verschillen in gebruik zijn naargelang de doelgroep (geslacht, inkomensniveau, leeftijd, gewest, maar ook eerder gebruik van zorg) en naar gelang het type zorg (eerstelijns of gespecialiseerde psychologische zorg, *outreach* in de leefomgeving, groepssessies, enz.).

Dit onderzoek heeft dus tot doel om, vanuit de geestelijke gezondheidsbehoeften van de algemene bevolking, geïdentificeerd door Sciensano, het gebruik van geestelijke gezondheidszorg te beoordelen, zowel globaal als meer specifiek voor de nieuwe overeenkomst psychologische zorg. Met behulp van de recente BELHEALTH-studie van Sciensano, inventariseren we eerst de ervaren behoeften aan psychologische hulp, onbeantwoorde behoeften (*unmet needs*) en belemmeringen bij de toegang tot zorg (deel 2). Aan de hand van een analyse van de CM-gegevens, kunnen we vervolgens een overzicht maken van het landschap van de geestelijke gezondheid in België en het gebruik van de verschillende terugbetaalde behandelingen beoordelen (deel 3). Daarna gaan we dieper in op de nieuwe overeenkomst psychologische zorg en de evolutie

ervan, met aandacht voor de evolutie van de aanbod en het gebruik ervan, evenals voor het profiel van de patiënten die er gebruik van maken. Dit gebeurt met behulp van zowel de gegevens uit de BELHEALTH-studie van Sciensano als de gebruiksgegevens van CM. Ook de soorten zorg komen aanbod: eerstelijns of gespecialiseerde zorg, aantal en type sessies (deel 4). Vervolgens bespreken we de resultaten en belichten we de kloof tussen de behoefte aan zorg, het zorgaanbod en het gebruik ervan (deel 5). Tot slot geven we een reeks aanbevelingen rond de toekomst van de overeenkomst (deel 6).

2. Ervaren behoeften aan psychologische hulp en onbeantwoorde behoeften

2.1. Methodologie

Het doel van de BELHEALTH-studie van Sciensano is om de evolutie van de geestelijke gezondheid en het welzijn van de volwassen bevolking in België op te volgen om de langetermijnpact van de COVID-19-pandemie te onderzoeken. In deze studie worden de resultaten van de BELHEALTH-studie geanalyseerd aan de hand van de volgende vragen: 1. Wat is de omvang van de behoeften aan psychologische hulp ervaren door de Belgen in februari 2023? 2. Welk aandeel van deze personen verklaart wel of geen gebruik te hebben gemaakt van geestelijke gezondheidszorg? 3. Wat is het sociodemografisch profiel van de personen die verklaren een geconventioneerde eerstelijnspsycholoog te hebben geraadpleegd?

De BELHEALTH-studie is gebaseerd op een online vragenlijst die drie of vier keer per jaar wordt afgenomen. De steekproef bestaat uit 12.391 volwassenen. Voor deze analyse gebruiken we de gegevens die in februari 2023 zijn verzameld. De gedetailleerde methodologie van de BELHEALTH-studie is beschikbaar in de gepubliceerde rapporten (Sciensano, 2023).

De ervaren behoefte aan psychologische hulp¹ werd gemeten aan de hand van de volgende vraag: “Hebt u in de afgelopen 6 maanden, sinds augustus 2022, behoefte

gehad aan professionele ondersteuning op het vlak van geestelijke gezondheid?” De deelnemers konden vervolgens aangeven of ze wel of niet psychologische hulp hadden gekregen, en zo niet, toelichten waarom (meerdere antwoorden mogelijk). Tot slot werd aan de deelnemers gevraagd of ze een consult hadden gehad bij een geconventioneerde eerstelijnspsycholoog: “Sinds 1 januari 2022 is de hervorming van de psychologische zorg aan de gang. Sindsdien hebben volwassenen recht op de terugbetaling van 8 individuele sessies per jaar (11 euro/sessie) of 5 groepsessies per jaar (2,5 euro/sessie) bij een eerstelijns geconventioneerde psycholoog. Heb je gebruik gemaakt van de sessies die vergoed kunnen worden?”

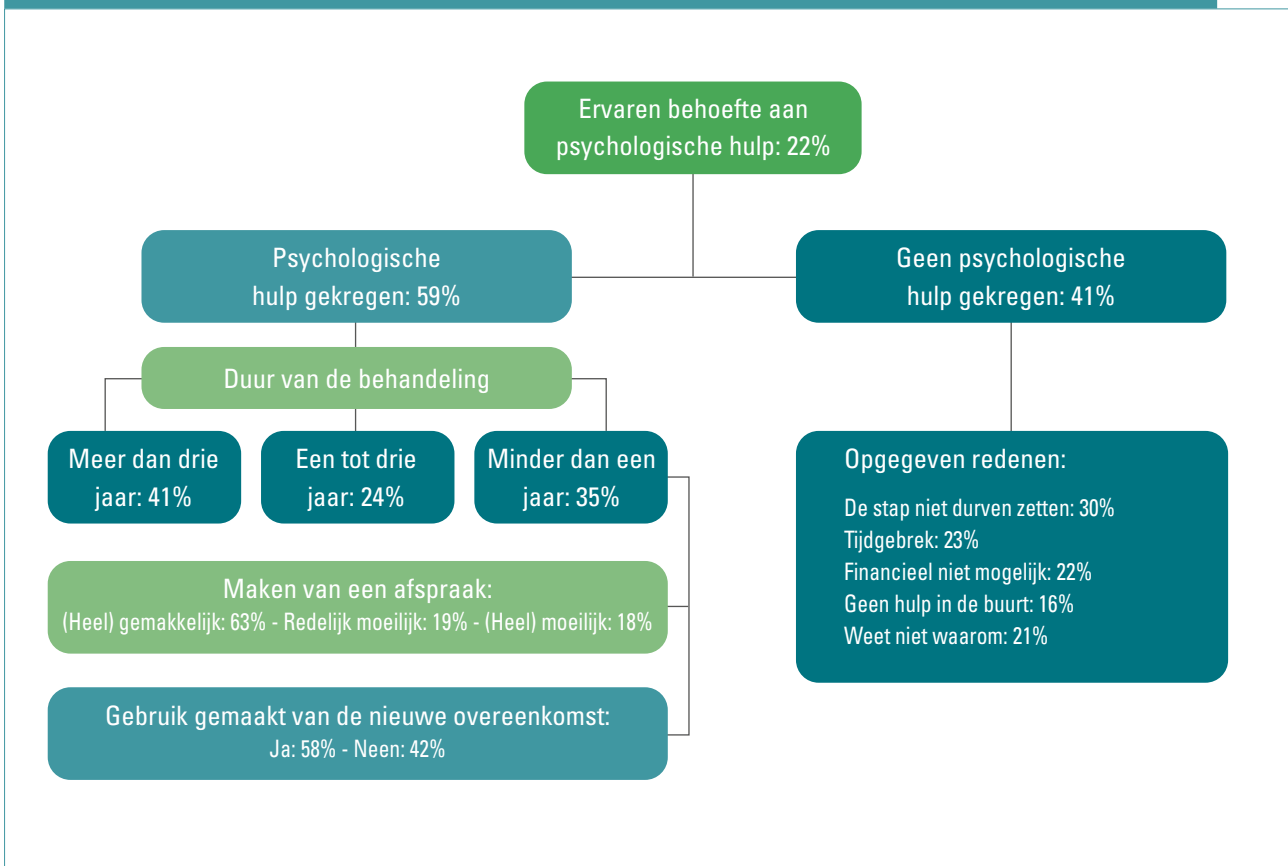
Er werden statistische analyses uitgevoerd met behulp van RStudio en SAS software. In tegenstelling tot de resultaten in de BELHEALTH-rapporten die op de Sciensano-website zijn gepubliceerd, zijn de resultaten in dit artikel niet gewogen omdat sommige subgroepen te klein waren. Aangezien de BELHEALTH-studie gebaseerd is op een gelegenhedssteekproef of *convenience sample*, is het belangrijk erop te wijzen dat de resultaten niet volledig representatief zijn voor de algemene bevolking. Van de 12.391 personen die werden gecontacteerd om deel te nemen aan het onderzoek in februari 2023, vulden 8.276 de volledige vragenlijst in (67%). In totaal is 59% van de respondenten vrouw en slechts 7% is tussen 18 en 29 jaar (25% tussen 30 en 54 jaar, 34% tussen 55 en 64 jaar en 34% ouder dan 65 jaar). De meerderheid van de respondenten woont in Vlaanderen (63%), gevolgd door Wallonië (27%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (10%).

2.2. Resultaten

Figuur 1 toont de uitsplitsing van personen die aangaven behoefte te hebben aan psychologische hulp (1.838 personen, dit is 22% van de respondenten) in twee subgroepen: een eerste die zei het afgelopen jaar hulp te hebben ontvangen (59%) en een tweede die zei geen hulp te hebben ontvangen (41%). De groep die psychologische hulp kreeg is vervolgens opgedeeld in drie groepen op basis van de duur van de behandeling, zoals door hen zelf aangegeven. Het gebruik van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg is geëvalueerd voor de groep mensen die maximaal een jaar psychologische hulp hadden ontvangen (vanaf februari 2022). Daarvan gaf 58% aan een beroep te hebben

1 De BELHEALTH-studie meet niet alleen de ervaren behoeften, dit zijn zelfgerapporteerde behoeften, maar meet ook het niveau van angst of depressie. Als respondenten geen behoefte aan psychologische hulp uiten, maar wel hoog scoren op de angst- of depressieschalen, dan gaat het om niet-ervaren problemen. We spreken dan van onderrapportering van geestelijke gezondheidsproblemen.

Figuur 1: Beantwoorde en onbeantwoorde behoefte aan psychologische hulp en zelfgerapporteerd gebruik van psychologische zorg (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



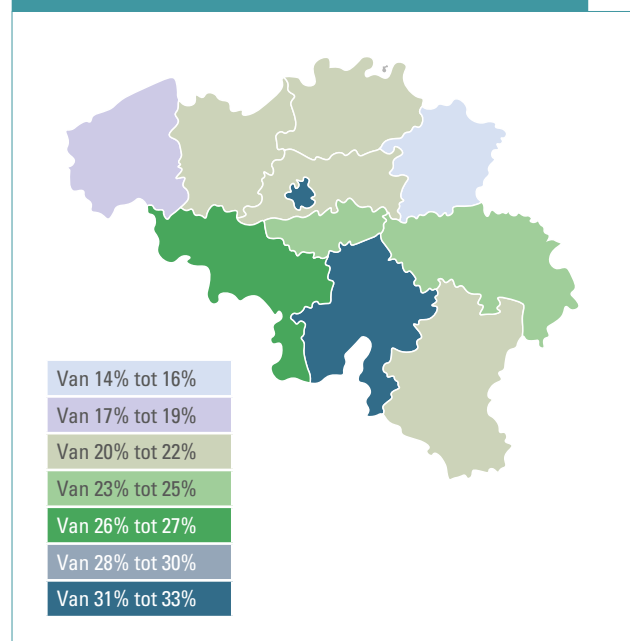
gedaan op een geconventioneerde psycholoog. Ook gaf 63% van de mensen die het afgelopen jaar psychologische hulp hadden ontvangen aan dat ze geen moeite hadden voor het maken van een afspraak. Tot slot, van degenen die zeiden psychologische hulp nodig te hebben maar nog geen enkele hulp gekregen hadden, waren de belangrijkste redenen: de stap niet durven zetten (30%), tijdgebrek (23%) en het zich financieel niet kunnen veroorloven (22%).

2.2.1. Geografische verschillen

Het Brussels Gewest heeft het hoogste aandeel deelnemers dat aangeeft behoefte te hebben aan psychologische hulp. Daarna volgen in dalende volgorde: de provincies Namen, Henegouwen, Luik en Waals-Brabant. Over het algemeen zien we een lager aandeel deelnemers met een ervaren geestelijke gezondheidsbehoefte in de Vlaamse provincies (zie Figuur 2).

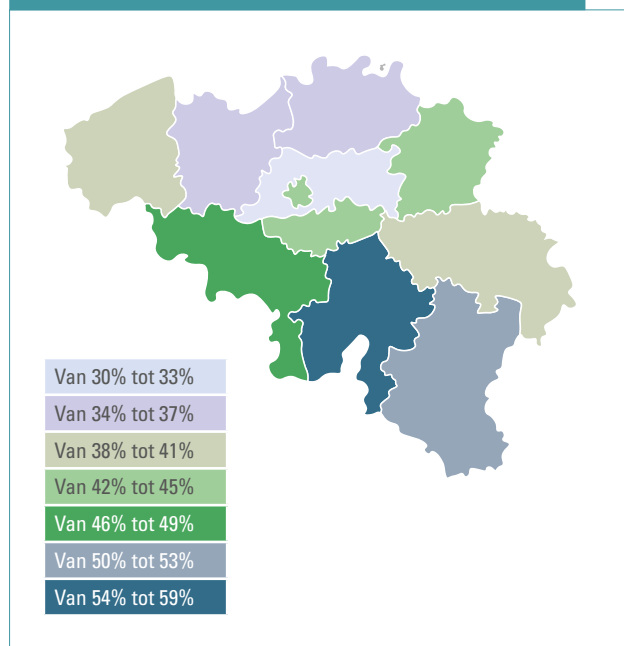
Wat de onbeantwoorde behoeften betreft, ligt het aandeel over het algemeen hoger in de Waalse provincies dan in de Vlaamse. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ligt dit aandeel rond het gemiddelde, hoewel de ervaren be-

Figuur 2: Aandeel respondenten dat aangeeft behoefte te hebben aan psychologische hulp, per provincie (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



hoeften hoog zijn. De provincie Namen heeft het hoogste aandeel onbeantwoorde behoeften, in dalende volgorde gevolgd door de provincies Luxemburg, Henegouwen en Waals-Brabant (zie Figuur 3).

Figuur 3: Aandeel respondenten dat aangeeft behoefte te hebben aan psychologische hulp, maar waarvan de behoefte onvervuld is, per provincie (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



2.2.2. Verschillen naar leeftijd, geslacht en financiële situatie

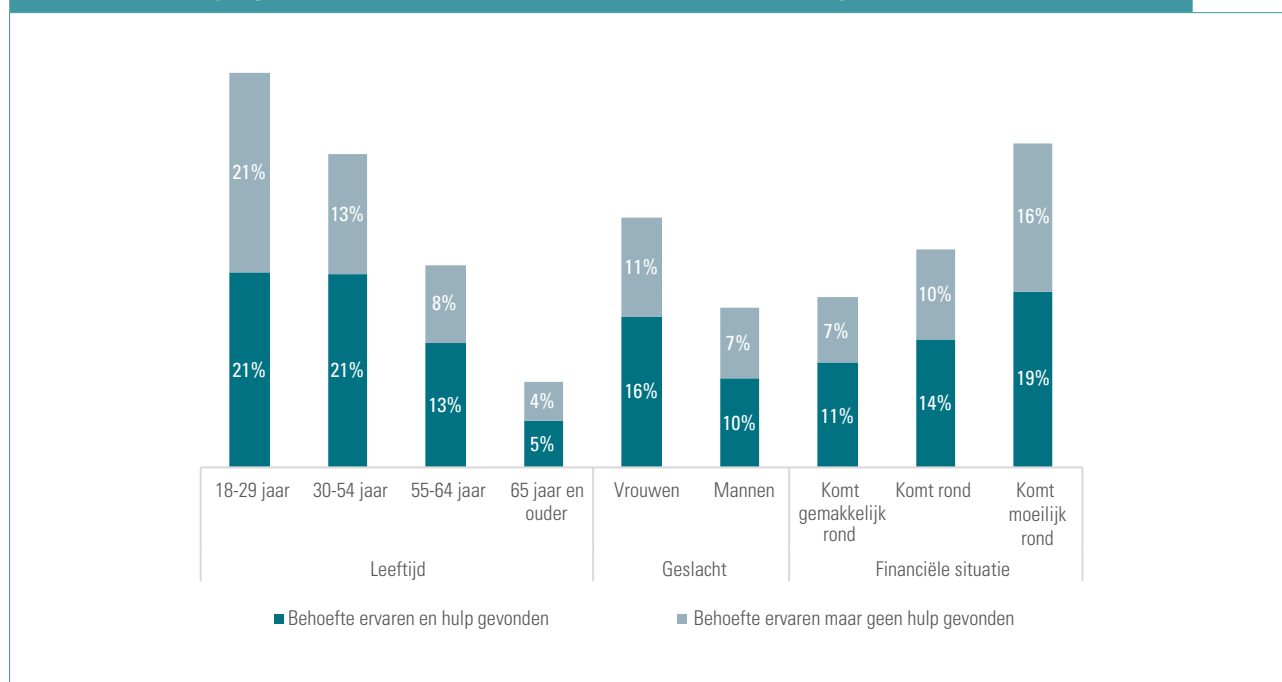
Om na te gaan of er groepen zijn met een grotere geestelijke gezondheidsbehoefte, maar ook meer onbeantwoorde behoeften, toont figuur 4 het aandeel respondenten met een ervaren behoefte aan psychologische hulp (beantwoord en onbeantwoord) volgens leeftijd, geslacht en financiële situatie.

We zien vooreerst dat de ervaren behoefte aan psychologische hulp groter is bij bepaalde groepen: jongeren tussen 18 en 29 jaar (42%), vrouwen (27% tegenover 17% bij mannen), en mensen met financiële problemen (35%).

Vervolgens, wat de onbeantwoorde behoeften betreft, zien we dat 51% van de 18-29-jarigen met een ervaren behoefte aan psychologische hulp, aangaf dat ze geen hulp hadden gekregen. Dit aandeel is ook hoog bij mensen van 65 jaar en ouder (46%), bij mannen (44% tegen 40% bij vrouwen) en bij mensen met financiële problemen (46%).

Het is echter belangrijk er rekening mee te houden dat, hoewel het aandeel met onbeantwoorde behoeften hoger is bij mannen, vrouwen nog steeds vaker onbeantwoorde behoeften hebben gezien hun grotere geestelijke gezondheidsbehoefte. Het is inderdaad zo dat 27% van de vrouwen deze behoefte uit, en daarvan 40% geen toegang heeft tot hulp, wat overeenkomt met 11% van de vrouwen

Figuur 4: Ervaren behoefte aan psychologische hulp (beantwoord en onbeantwoord), per leeftijd, geslacht en financiële situatie (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



(zie Figuur 4). Daarentegen uit 17% van de mannen deze behoefte, en wordt die in 44% van de gevallen niet vervuld, wat overeenstemt met 7% van de mannen. De twee subgroepen met het hoogste percentage onbeantwoorde behoeften zijn jongeren (21% van de 18-29-jarigen) en mensen met financiële problemen (16%).

Cumulatie van risicofactoren

We hebben gezien dat vrouwen significant vaker ($p < 0,0001$) aangeven psychologische hulp nodig te hebben, net als jongeren en mensen met financiële problemen. Hierbij is het cumulatieve karakter van deze risico's belangrijk: in combinatie verhogen de factoren leeftijd, geslacht en financiële situatie niet alleen het risico op geestelijke gezondheidsproblemen, maar ook op toegangsproblemen.

Zo zien we dat het aandeel respondenten dat aangeeft behoefte te hebben aan psychologische hulp toeneemt naarmate hun financiële situatie verslechtert. In de groep vrouwen tussen 18 en 29 jaar stijgt het aandeel met een ervaren behoeften van 45% voor wie gemakkelijk rond kan komen, naar 52% voor wie het financieel moeilijker heeft, en naar 66% voor wie de meeste moeite heeft om rond te komen (zie Figuur 5). **Bijna zeven op de tien vrouwen tussen 18 en 29 jaar in een kwetsbare situatie ervaren een behoefte aan psychologische hulp**, wat veel meer is dan voor vrouwen in het algemeen (27%), voor de totale groep mensen met financiële problemen (35%) of jongeren in het algemeen (42%) (zie Figuur 4).

Het verband tussen de leeftijd van de deelnemers en hun ervaren behoeften verschilt (lichtjes) volgens geslacht. Bij vrouwen zien we dat de behoeften in de verschillende groepen afnemen met stijgende leeftijd. Bij mannen is de ervaren behoefte aan psychologische hulp over het algemeen hoger in de leeftijdsgroepen 30-54 en 55-64 jaar.

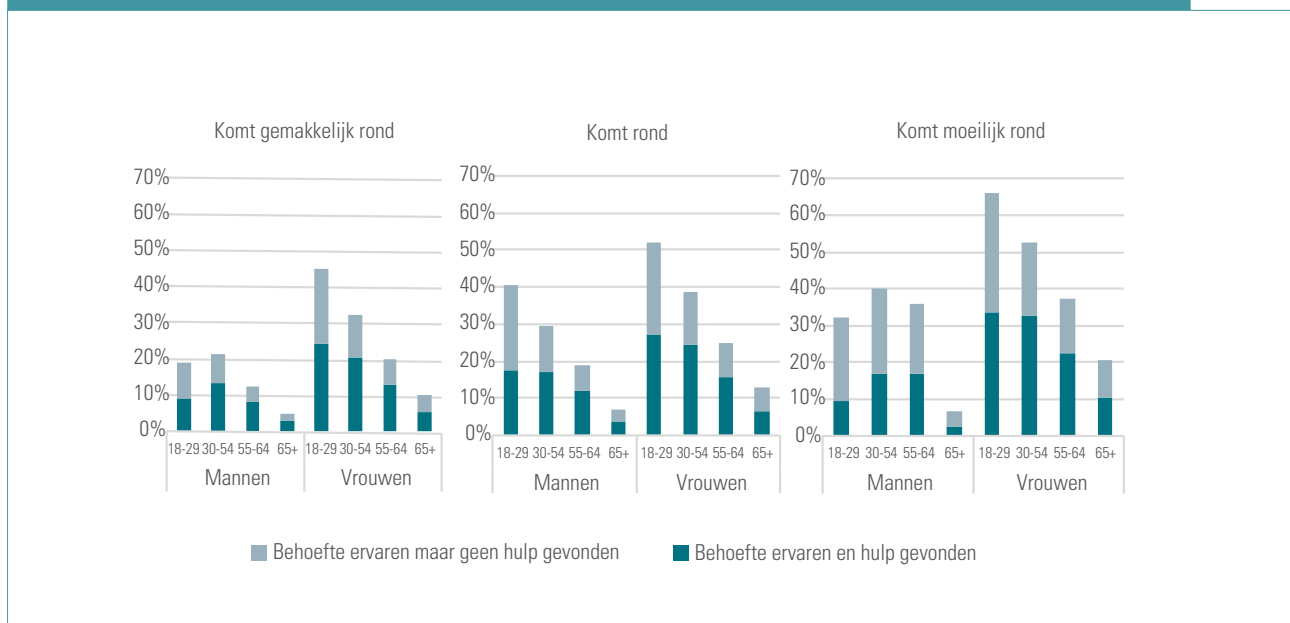
We stellen eveneens vast dat het aandeel mensen dat geen psychologische hulp kreeg systematisch afneemt naarmate hun financiële situatie verbetert en naarmate ze ouder worden. De meest kwetsbare groepen lijken vrouwen te zijn, vooral tussen 18 en 29 jaar, maar ook tot 54 jaar (ongeacht hun financiële situatie) en mannen tussen 18 en 54 jaar met financiële problemen.

Aangehaalde redenen om geen hulp in te roepen

Tabel 1 toont de redenen die respondenten gaven waarom hun behoeften onbeantwoord bleven.

- De meest opgegeven reden is **“de stap niet durven zetten”** (30%). Dit aandeel is vooral hoog onder de jongste respondenten: 53% van de mensen onder de 30 jaar vermeldt deze reden. Mannen geven deze reden ook vaker op dan vrouwen (34% tegenover 29%), net als mensen in een goede financiële situatie in vergelijking met mensen in een moeilijke financiële situatie (35% tegenover 24%).

Figuur 5: Verdeling van de ervaren behoefte aan psychologische hulp (beantwoord en onbeantwoord) volgens het gemak om rond te komen, per leeftijdscategorie en geslacht (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



- **Tijdgebrek** om beroep te doen op zorg wordt vermeld door 23% van de respondenten met onbeantwoorde behoeften. Dit aandeel is hoger onder 18-29-jarigen (31%) en 30-54-jarigen (32%). Mensen met financiële problemen noemen deze reden het minst vaak (14%).
- De **financiële drempel** om een beroep te doen op gezondheidszorg wordt door 22% van de respondenten genoemd. Dit aandeel is hoger onder de 18-29-jarigen (24%), onder vrouwen (23% tegenover 19% onder mannen), en is extreem hoog onder mensen met financiële problemen (52% van hen zegt dat ze geen gebruik hebben gemaakt van gezondheidszorg omdat het financieel onmogelijk was, vergeleken met slechts 4% van de mensen zonder financiële problemen).
- De **afwezigheid van hulp in de buurt** (gemiddeld 16%) wordt vaker genoemd naarmate de leeftijd toeneemt: terwijl slechts 8% van de jongste mensen dit als reden opgeeft, zijn het de oudste mensen die het vaakst een gebrek aan zorg in de buurt ervaren (21%). Er zijn geen significante verschillen naar geslacht of inkomensniveau.
- Tot slot weet 21% van de respondenten met onbeantwoorde behoeften niet waarom ze geen beroep deden op geestelijke gezondheidszorg. Dit aandeel is hoger onder 65-plussers (34%) en mensen met een goede financiële situatie (25%).

Tabel 1: Door respondenten opgegeven redenen om geen gebruik te maken van gezondheidszorg bij ervaren behoefte (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)

		Durf de stap niet te zetten	Geen tijd	Financieel onmogelijk	Geen hulp beschikbaar in de buurt	Weet niet waarom
Alle respondenten met onbeantwoorde behoeften (n = 752)		30%	23%	22%	16%	21%
Leeftijd	18-29 jaar	53%	31%	24%	8%	17%
	30-54 jaar	32%	32%	22%	15%	18%
	55-64 jaar	21%	14%	22%	17%	20%
	65 jaar en ouder	20%	3%	20%	21%	34%
Geslacht	Vrouwen	29%	23%	23%	15%	21%
	Mannen	34%	24%	19%	16%	21%
Financiële situatie	Komt gemakkelijk rond	35%	25%	4%	15%	25%
	Komt rond	30%	25%	24%	16%	20%
	Komt moeilijk rond	24%	14%	52%	16%	15%

3. Landschap van de geestelijke gezondheidszorg: gebruik van zorg

Na een inventarisatie van de behoeften aan geestelijke gezondheidszorg aan de hand van de Sciensano-enquête, stellen de CM-gegevens ons in dit derde deel in staat om een beeld te schetsen van de grootteorde van het gebruik van alle geestelijke gezondheidszorg door de CM-leden en van de evolutie ervan tussen 2010 en 2022.

3.1. Methodologie

We betrekken in onze analyse alle geestelijke gezondheidszorg die door de **verplichte ziekteverzekering (ZIV)** wordt vergoed. Het gaat om gegevens die routinematig door CM worden verzameld als onderdeel van haar rol als medebeheerder van de ZIV. Dit omvat verschillende soorten zorg:

- residentiële zorg, zoals ten minste één verblijf in een Initiatief voor Beschut Wonen (IBW) of een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT);
- ziekenhuisopnames (in psychiatrische ziekenhuizen of psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen);
- ambulante of residentiële revalidatieprogramma's (gespecialiseerd in de behandeling van psychotische patiënten, psychosociale revalidatie, werken met personen met verslavingsproblemen (alcohol, drugs, enz.));
- spoedeisende hulp (opname op een spoedafdeling met tussenkomst van een psychiater of opname op de afdeling van een psychiatrische voorziening, hetzij in spoed, hetzij voor het toedienen van antidepressiva via een infuus);
- het gebruik van geneesmiddelen (antidepressiva of anti-psychotica);
- zorg die we beschouwen als 'ambulant', dus zorg niet verleend tijdens een ziekenhuisopname, zoals de opvolging door een psychiater (consulten, psychotherapie sessies of overleg over de behandeling van patiënten) of door een geconventioneerde psycholoog (overeenkomst psychologische zorg), maar ook door een mobiele equipe, in een Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR) voor psychische problemen en in het kader van ondersteuningsprojecten voor ouderen met complexe zorg- en hulpbehoeften.

We nemen we in de analyse ook de zorg op waarvoor een financiële tegemoetkoming bestaat in het kader van de **aanvullende verzekering (AV) van CM**. Het gaat hier om sessies psychologische zorg² die niet gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering.

Om de financiële toegang tot de zorg te verbeteren, voorziet de verplichte ziekteverzekering (ZIV) in een speciale regeling voor gezinnen met een laag inkomen: het statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut). Dankzij dit statuut zijn de terugbetalingen van de verplichte ziekteverzekering hoger en betalen patiënten minder remgeld. In deze analyse gebruiken we dit statuut om de economisch meest kwetsbare groepen te identificeren.

3.1.1. Beperkingen

In 2022 telde CM bijna 4,6 miljoen leden of 40% van de Belgische bevolking. Deze studie is dus gebaseerd op een zeer grote steekproef, maar waarvan de kenmerken niet helemaal overeenstemmen met deze van de Belgische bevolking. Er moet immers rekening mee worden gehouden dat de CM-ledenpopulatie iets ouder is dan de totale Belgische bevolking (24% van de CM-leden is ouder dan 65 jaar, tegenover 21% van de totale Belgische bevolking) en dat het aandeel met VT-statuut lager is (15% van de CM-leden, in vergelijking met 19% van alle verzekerden in België). Dit laatste wordt vooral verklaard door het feit dat CM een groter marktaandeel heeft in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel, waar het aandeel met VT-statuut net hoger is: 16% van de Vlamingen heeft recht op de verhoogde tegemoetkoming, tegenover 21% van de Walen en 32% van de Brusselaars (bron: IMA Atlas, 2021). Om deze verschillen weg te werken, stellen we de resultaten over het zorggebruik dus voor niet in termen van volumes of aandeel binnen de groep van gebruikers, maar als percentage gebruikers binnen de CM-leden, volgens leeftijd, geslacht, VT-statuut en gewest. Op deze manier kunnen deze gegevens geëxtrapoleerd worden naar de totale Belgische bevolking.

Aan de hand van gebruiksgegevens kunnen we achterhalen welk percentage van onze leden gebruik maakt van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg. De beperking van deze aanpak is dat we geen gegevens hebben over niet-terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg. Het gaat dan onder meer om bepaalde geneesmiddelen zoals ben-

2 De voorwaarden voor het toekennen van een financiële tegemoetkoming verschillen naargelang de christelijke mutualiteit waartoe je behoort. Meer informatie over de Vlaamse mutualiteiten vind je op www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/geestelijke-gezondheid/psychologische-zorg. Voor Franstalige en Duitstalige mutualiteiten, meer informatie op www.mc.be/mes-avantages/soins-au-quotidien/psy.

zodiazepines (anxiolytica), maar ook psychologische zorg verleend door psychologen in een privé-setting - buiten de nieuwe overeenkomst psychologische zorg - waarvoor leden bij CM geen terugbetaling vragen in het kader van de aanvullende verzekering (bekend als 'non-take-up'). De personen in deze situatie, zijn dus niet opgenomen in de analyse.

Wat betreft de aflevering van geneesmiddelen zijn er ook beperkingen inzake de gebruiksgegevens: deze zijn gebaseerd op de aflevering van psychotrope geneesmiddelen (gefactureerd per volledige doos in apotheken of per eenheid in woonzorgcentra) op basis van een doktersvoorschrift, maar het is niet mogelijk om te weten of de geneesmiddelen daadwerkelijk door de patiënten werden ingenomen.

3.2. Gebruik van geestelijke gezondheidszorg

3.2.1. Globaal gebruik van zorg

Tussen 2010 en 2022 zien we een toename in het gebruik van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg (ZIV en AV): het percentage CM-leden dat gebruik maakt van geestelijke gezondheidszorg stijgt van 12% in 2010 tot meer dan 15% in 2022 (zie Figuur 6). Onder de verschillende soorten zorg, blijft het percentage leden dat in een ziekenhuis wordt opgenomen, in PVT of IBW verblijft en gebruik maakt van spoedeisende zorg stabiel. Het percentage leden dat medicatie gebruikt (antidepressiva en antipsychotica) en in hetzelfde jaar niet door een psycholoog of psychiater is gevolgd ('geen ambulante opvolging') stijgt lichtjes. De meest opvallende stijging zien we echter in het gebruik van ambulante zorg: van 2,6% van de CM-leden in 2010 (respectievelijk 1,5% in combinatie met medicatie en 1,1% zonder enige andere vorm van geestelijke gezondheidszorg), naar 5,6% in 2022 (respectievelijk 2,4% en 3,2%). Het is dus vooral door de toename van het gebruik van ambulante zorg dat het globale gebruik van geestelijke gezondheidszorg toeneemt.

Deze stijging houdt rechtstreeks verband met de evolutie van de terugbetaling van ambulante zorg. Psychologische zorg (door een psycholoog of orthopedagoog) wordt nu terugbetaald binnen de verplichte ziekteverzekering, en dit sinds 2019 in het kader van de 'overeenkomst psychologische zorg'. Ter compensatie van het feit dat er geen enkele terugbetaling was van psychologische zorg,

maakte CM vanaf 2017 werk van het uniformiseren van de tegemoetkoming voor psychologische zorg van de verschillende CM-ziekenfondsen en is geïnvesteerd in de terugbetaling van psychologische zorg (tegemoetkomingen zijn nu geharmoniseerd, zowel in Vlaanderen als in Wallonië).

Ter herinnering, de gegevens die we hier analyseren zijn cijfers over het gebruik van de zorg. Deze laten niet toe de behoefte aan zorg te beoordelen. Ze weerspiegelen eerder het aanbod en de evolutie van de terugbetaling. Het huidige aanbod volstaat niet om alle behoeften te beantwoorden, en omdat het aanbod van terugbetaalde ambulante zorg toeneemt, neemt het gebruik toe, maar in een mate die nog steeds onder de behoeften ligt, zoals bijzonder goed werd aangetoond in de analyse van de onbeantwoorde behoeften in punt 2.2. van deze studie.

Figuur 6 laat ook zien welke geestelijke gezondheidszorg door het grootste aantal mensen wordt gebruikt. We zien dat dit geneesmiddelen zijn (antidepressiva en antipsychotica): in 2022 werden ze gebruikt door 12% van de CM-leden. Het is vooral opvallend dat deze geneesmiddelen het vaakst worden gebruikt (in 75% van de gevallen) zonder dat er sprake is van enige andere vorm van geestelijke gezondheidszorg – ambulant of een andere vorm van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg.

Laten we eens kijken naar een behandeling met geneesmiddelen zonder ambulante psychologische opvolging, wat verre van triviaal is. In een onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie bij de behandeling van depressie, alleen of in combinatie met antidepressiva, stelt het KCE immers dat antidepressiva bij voorkeur niet alleen moeten worden voorgeschreven, omdat ze minder effectief zijn op de lange termijn dan in combinatie met psychotherapie (Karyotaki, et al., 2014). De studie preciseert dat bij depressie psychotherapie in combinatie met antidepressiva de voorkeursoptie is, maar dat als patiënten deze aanpak niet willen, psychotherapie als eerste keuze moet worden aangeboden. Op het moment van schrijven in 2014 benadrukten de auteurs ook het feit dat patiënten in België niet de volledige vrijheid hadden om deze keuze te maken, aangezien antidepressiva relatief gemakkelijk toegankelijk zijn en terugbetaald worden, terwijl psychotherapie maar (gedeeltelijk) was terugbetaald indien uitgevoerd door een psychiater.

Er moet echter worden opgemerkt dat het gebruik van geestelijke gezondheidszorg sterk verschilt naar **leeftijds-**

groep, geslacht en het recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut). De overgrote meerderheid van de kinderen (jonger dan 18) maakt inderdaad alleen gebruik van ambulante zorg, namelijk psychotherapie door psychiaters of psychologen (zie Figuur 7). Binnen deze leeftijdsgroep zijn er verschillen naar geslacht - jongens maken iets meer gebruik van zorg dan meisjes - en naar economische situatie - kinderen met VT-statuut maken meer gebruik van psychotrope geneesmiddelen en zware zorg (hospitalisatie, spoedeisende zorg, enz.).

Ook is te zien dat het gebruik van alleen psychotherapie afneemt met de leeftijd en dat het alleen voorschrijven van antidepressiva of antipsychotica juist toeneemt met de leeftijd. Als geestelijke gezondheidszorg dus het meest wordt gebruikt bij de groep van 65-plussers (in 2022 bijna 21% van de 65-plussers van CM), is dit voornamelijk te wijten aan het hoge gebruik van antidepressiva in deze groep³. De verschillen in gebruik naar geslacht en VT-statuut zijn ook opvallend. Ten eerste komt het gebruik van antidepressiva veel vaker voor bij vrouwen, vooral naarmate ze ouder worden, maar ook als ze VT-er zijn. In 2022 gebruikt meer dan één op de vier vrouwen ouder dan 65

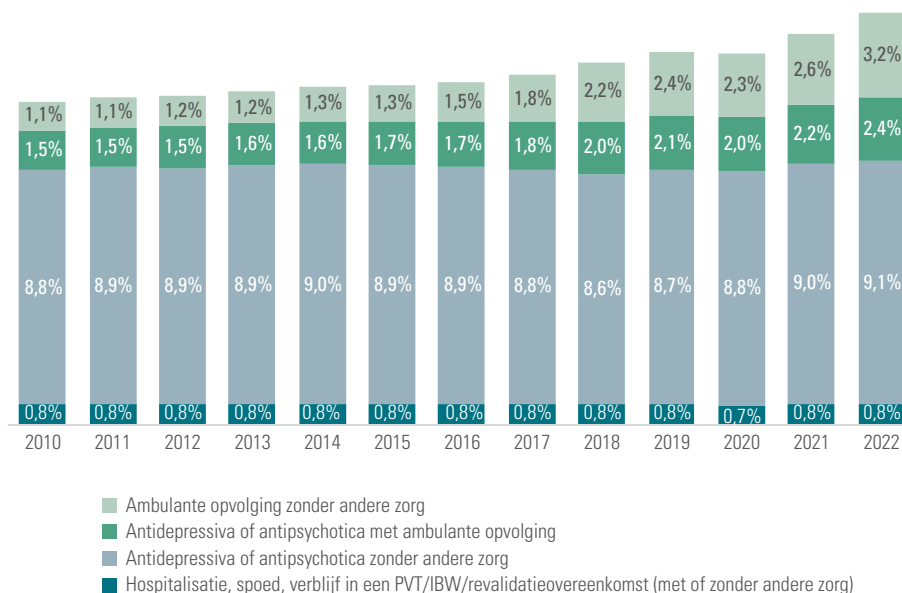
jaar met een laag inkomen geneesmiddelen zonder enige andere vorm van opvolging voor geestelijke gezondheidszorg (28%, zie Figuur 7).

We zien ook dat het gebruik van ambulante zorg vaker voorkomt bij vrouwen, waarbij een aanzienlijk percentage vrouwen tussen 18 en 29 jaar een beroep doet op ambulante zorg in 2022 (9% bij niet-VT-ers en 11% bij VT-ers, waarvan 6% zonder medicatie en 5% met medicatie). In deze leeftijdsgroep gebruiken bijna twee keer zoveel vrouwen als mannen antidepressiva en/of antipsychotica.

Het percentage gebruikers van ambulante zorg is ook hoog onder de VT-ers van 30 tot 54 jaar (zowel bij mannen als bij vrouwen) en het vaakst in combinatie met een voorschrift voor geneesmiddelen. We zien ook dat VT-ers meer gebruik maken van zware zorg (hospitalisatie, spoedeisende hulp, enz.), in alle leeftijdscategorieën en voor beide geslachten, maar vooral bij mannen van 30 tot 54 jaar.

Achter de gebruikscijfers voor alle CM-leden (zie Figuur 6) gaan dus twee realiteiten schuil die de nodige aandacht vragen. Ten eerste is de evolutie van het gebruik van am-

Figuur 6: Evolutie van het percentage CM-leden met terugbetaling voor geestelijke gezondheidszorg tussen 2010 en 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



3 Er moet echter op worden gewezen dat studies aantonen dat antidepressiva ook 'off-label' (buiten hun indicaties of voor andere indicaties) worden gebruikt, met name bij ouderen (Gers, Petrovic, Perkisas, & Vandewoude, 2018). Het gebruik van antidepressiva en antipsychotica is ook het onderwerp geweest van een CM-studie, die verontrustende verschillen laat zien tussen het niveau van medicatie in en buiten woonzorgcentra voor vergelijkbare niveaus van afhankelijkheid (Noirhomme & Lambert, In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica, 2020).

bulante zorg groter in de leeftijdsgroepen 0-17 jaar en 18-29 jaar, en vooral bij vrouwen: terwijl in 2010 13% van de gebruikers van ambulante zorg vrouwen onder de 30 jaar waren - met of zonder medicatie - vertegenwoordigen zij nu 21% van de gebruikers (2022). Achter de toename van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg in de totale bevolking, gaat dus de toename schuil van het gebruik bij vrouwen onder de 30 jaar.

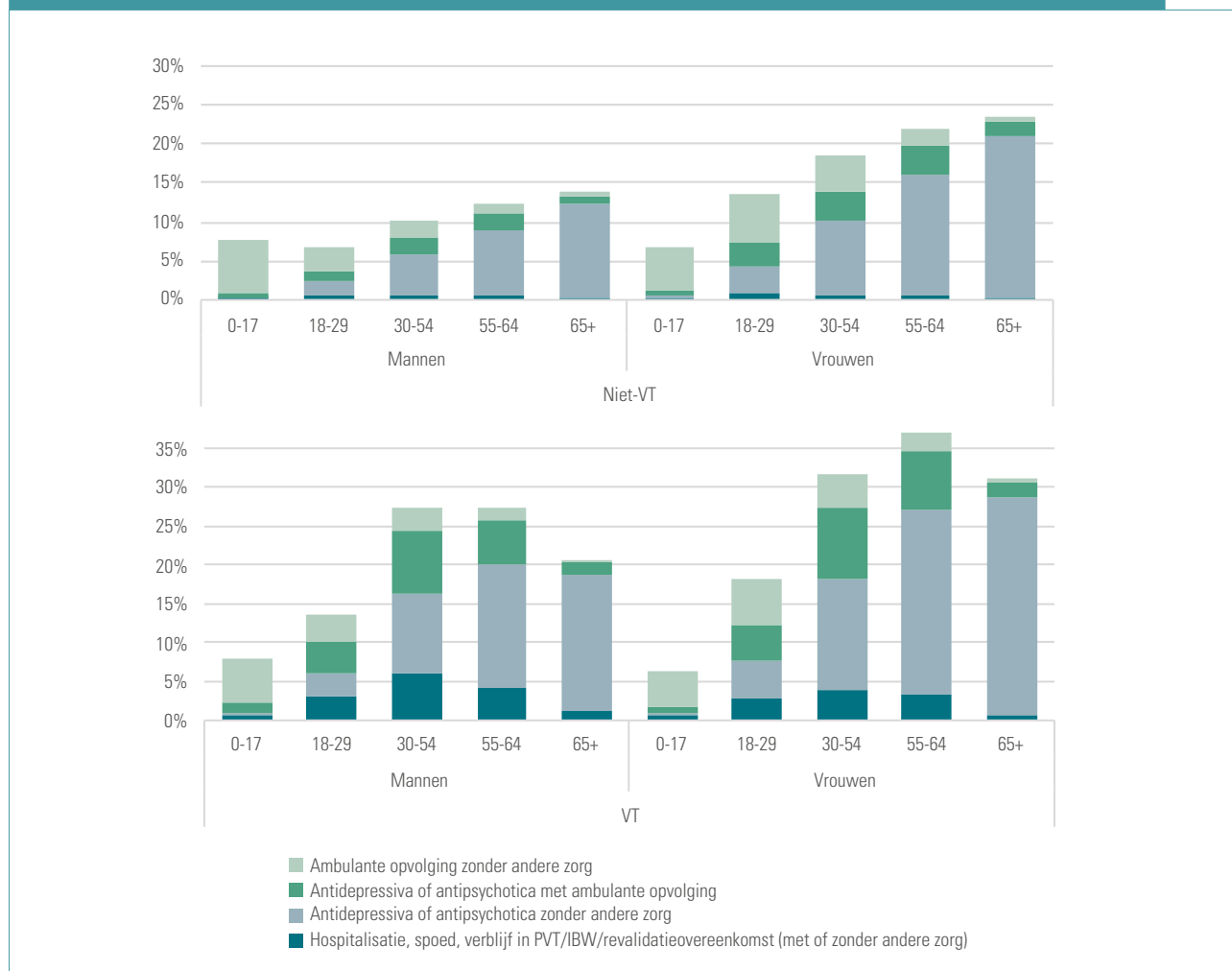
Ten tweede zijn de mensen die psychotrope geneesmiddelen voorgeschreven krijgen - met of zonder ambulante opvolging - voornamelijk mensen uit de oudste leeftijdsgroep (in 2022 is 48% van de gebruikers van antidepressiva en/of antipsychotica ouder dan 65) en meer specifiek vrouwen (33% van alle gebruikers zijn vrouwen ouder dan 65). Het is opvallend dat voor veel gebruikers van geestelijke

gezondheidszorg medicatie het enige antwoord is op hun gezondheidsbehoeften. Dit is het geval voor 87% van de 65-plussers. Het cijfer is ook hoog voor de andere groepen: 68% van de 55-64-jarigen, 49% van de 30-54-jarigen en 26% van de 18-29-jarigen.

3.2.2. Gebruik van ambulante zorg

Tot nu toe spraken we over de 'ambulante opvolging', die een reeks verschillende verstrekkingen (en zorgverleners) omvat, en een zorgaanbod in evolutie. Om de analyse te vereenvoudigen, worden hierna drie soorten terugbetaalde ambulante zorg in beschouwing genomen, die 93% van het volume aan verstrekkingen ambulante geestelijke gezondheidszorg⁴ vertegenwoordigen: zorg verleend door de psychiater (consulten, psychotherapiesessies en andere

Figuur 7: Percentage CM-leden dat in 2022 een terugbetaling ontvangt voor geestelijke gezondheidszorg, naar leeftijdsgroep, geslacht en VT-status (Bron: CM, juli 2023)



4 De psychologische opvolging door mobiele equipes, als onderdeel van de overeenkomsten voor ambulante revalidatie (CAR) en ondersteuningsprojecten voor ouderen met complexe zorg- en hulpbehoeften, die was opgenomen in de algemene analyse om het percentage CM-leden te bepalen dat geestelijke gezondheidszorg ontvangt en die kan worden beschouwd als ambulante zorg, is hier niet opgenomen en vormt de resterende 7%.⁵ Dit houdt in dat de risico's en kosten over een grotere groep gespreid worden.

verstrekkingen met betrekking tot de ambulante opvolging van patiënten), psychologische zorg terugbetaald door de AV van CM en psychologische zorg vergoed door de ZIV onder de nieuwe overeenkomst psychologische zorg.

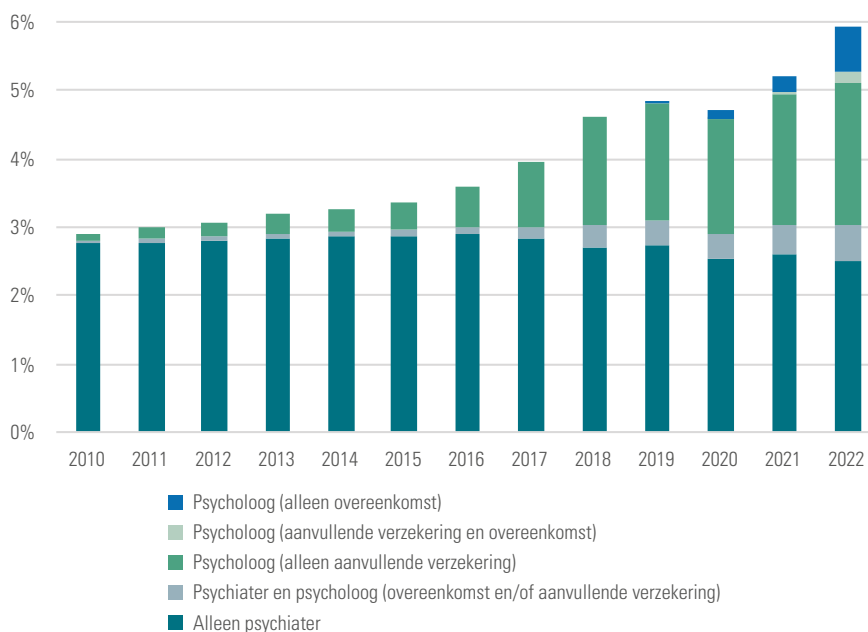
Als we kijken naar de evolutie in het gebruik van deze soorten zorg (zie Figuur 8), stellen we drie belangrijke zaken vast.

Ten eerste zien we in de loop der tijd **geen evolutie in het gebruik van de zorg door psychiaters**. Dat het gebruik stabiel is, komt niet doordat de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg of de vraag ernaar niet verandert, maar doordat het aanbod van psychiaters verzadigd is, zoals we meer in detail zullen zien in punt 3.2.3.

Ten tweede zien we geleidelijk en vooral vanaf 2018, een **evolutie in het gebruik van de tegemoetkoming voor psychologische zorg van CM (AV)**. Zo maakte in 2022 meer dan 2,6% van de CM-leden gebruik van deze tegemoetkoming. We willen hier wel preciseren dat deze evolutie ons niet toelaat om te evalueren of het gebruik van psychologische zorg toeneemt, omdat men er gebruik van kan

maken zonder terugbetaling door de aanvullende verzekering van CM, maar wel om vast te stellen dat de financiële toegankelijkheid van deze zorg toeneemt. Zonder dit voordeel en zonder terugbetaling via de verplichte ziekteverzekering, zouden de leden immers de volledige kosten van deze zorg moeten betalen. De terugbetaling door CM blijft echter beperkt en de kosten voor de patiënten zijn hoog: na terugbetaling betalen patiënten gemiddeld 42,7 euro per raadpleging in de privépraktijk van de psycholoog en VT-ers gemiddeld 35,7 euro (Noirhomme, 2022, p. 44). Het gebruik van dit voordeel toont dus aan dat de behoefte bestaat en dat de invoering van structurele terugbetalingsmechanismen noodzakelijk is. De aanvullende verzekering van de ziekenfondsen, kan worden gezien als een 'voorportaal' van de verplichte ziekteverzekering met een tijdelijke maar noodzakelijke dekking voor zorg die niet door de verplichte ziekteverzekering wordt gedekt, voordat deze in de ZIV wordt geïntegreerd. Het gezondheidszorgsysteem en de dekking door de verplichte ziekteverzekering moeten gebaseerd zijn op de behoeften van de bevolking en niet op de beschikbaarheid van het aanbod. Hoe groter de mutualisering⁵, hoe toegankelijker het systeem zal zijn.

Figuur 8: Evolutie van het percentage CM-leden dat een terugbetaling ontvangt voor ambulante psychiatrische/psychologische consulten tussen 2010 en 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



5 Dit houdt in dat de risico's en kosten over een grotere groep gespreid worden.

Ten derde zien we met de komst van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg **een toenemend gebruik van psychologische zorg terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering**: hoewel eerstelijns psychologische zorg al sinds 2019 onder bepaalde voorwaarden wordt vergoed, zien we vooral vanaf 2022 een significant gebruik van psychologische zorg, die op grotere schaal wordt terugbetaald. In 2022 maakte bijna 1% van de CM-leden er gebruik van en neemt het aantal patiënten dat wordt behandeld exponentieel toe.

3.3. Aanbod van ambulante zorg

3.3.1. Beschikbaarheid van zorgverleners

Het aantal praktiserende⁶ psychiaters weerspiegelt de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg - en vooral de beschikbaarheid ervan⁷. Dit aantal is de afgelopen jaren echter nauwelijks veranderd: van 1.890 psychiaters met een erkende praktijk in 2013 naar 2.011 psychiaters in 2021, een gemiddelde jaarlijkse stijging van 0,69%, wat lager is dan de stijging van 1,56% voor artsen in het algemeen (RIZIV, 2021). Dit betekent dat er in België 0,17 psychiaters per 1.000 inwoners zijn. Deze dichtheid is stabiel gebleven sinds 2000 en ligt lager dan het Europese gemiddelde (0,19/1000) (Devos, et al., 2019).

Er zijn geen gegevens beschikbaar om de lengte van de wachttijden voor toegang tot zorg door psychiaters te beoordelen op nationaal niveau. In Vlaanderen registreren de CGG die afhangen van de Vlaamse overheid wel de wachttijden. Deze centra werken in multidisciplinaire teams met psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers. Dankzij deze registratie kunnen we vaststellen dat bijna de helft van alle patiënten een maand of langer moet wachten op een eerste afspraak bij een CGG (44% in 2017), een percentage dat in de loop der tijd is gestegen (30% in 2009) (Devos, et al., 2019).

Daarnaast toont een recente studie over wachttijden in Vlaanderen in de geestelijke gezondheidszorg, uitgevoerd in het kader van de *Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg (SGGG)*, dat wachttijden en een inschrijvingsstap ook vaak voorkomen bij psychiaters in

privépraktijken. Meer dan de helft van de deelnemende psychiaters (61%) aanvaardt momenteel geen nieuwe patiënten meer en voor bijna de helft (43%) bedraagt de wachttijd minstens anderhalf jaar. Voor andere zorgverleners is de situatie minder catastrofaal: bij ongeveer de helft van de psychologen (49%), orthopedagogen (51%) en psychotherapeuten (58%) is binnen de maand een ontmoeting mogelijk. De kostenfactor speelt hier echter een belangrijke rol: voor veel mensen is psychotherapie door een privétherapeut geen optie. Bovendien blijkt de situatie ernstiger voor de doelgroep kinderen en jongeren, voor wie het aandeel zorgverleners met een wachttijd van minder dan een maand lager is dan bij volwassenen (Rens & Van den Broeck, 2021).

Het feit dat het gebruik van ambulante psychiatrische zorg niet wijzigt, heeft dus niets te maken met de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg die over de hele bevolking toeneemt - zoals blijkt uit de lange wachtlijsten -, maar is de loutere weerspiegeling van de verzadiging van het aanbod van psychiaters. Om deze verzadiging te verlichten, concluderen Rens & Van den Broeck onder andere dat het belangrijk is om de terugbetaling voor psychotherapie uit te breiden (Rens & Van den Broeck, 2021). De overeenkomst psychologische zorg schrijft zich sinds haar aanvang in 2019 in dit streven in om het aanbod van ambulante geestelijke gezondheidszorg voor patiënten met milde tot matige psychische klachten te versterken en psychiaters in staat te stellen zich te richten op patiënten met complexe en ernstige psychische aandoeningen en ziekten.

Wanneer we de activiteit van psychiaters nader bekijken aan de hand van de CM-gegevens, zien we bovendien dat slechts een derde van de psychiaters vrijwel uitsluitend ambulante werkt⁸. Bij de psychiaters die in belangrijke mate ambulant werken (meer dan 500 ambulante verstrekkingen per jaar voor CM-leden), heeft het grootste deel van de gefactureerde verstrekkingen nog steeds betrekking op de opvolging van gehospitaliseerde patiënten. Als we de CM-gegevens extrapoleren naar de totale Belgische bevolking (de CM-leden vertegenwoordigen 40% van de bevolking), schatten we dat psychiaters die in belangrijke mate ambulant werken, per dag gemiddeld zes verstrekkingen van ambulante opvolging leveren. Het gaat dan voornamelijk om psychotherapie, waarvoor per

6 Psychiaters zijn artsen die zich hebben gespecialiseerd in de psychiatrie; ze kunnen ook een aanvullende opleiding hebben gevolgd in een subspecialisme van de psychiatrie (bijvoorbeeld kinderpsychiater). Neuropsychiaters en neurologen vallen hier niet onder.

7 Er zijn vier dimensies van toegankelijkheid van gezondheidszorg: gevoeligheid, aanvaardbaarheid, betaalbaarheid en beschikbaarheid (Càs, 2021).

8 Om te worden beschouwd als een psychiater die bijna uitsluitend ambulant werkt, gaan we ervan uit dat die minder dan 200 ziekenhuisprestaties en meer dan 200 ambulante prestaties per jaar voor CM-leden moet uitvoeren.

verstrekking minstens 45 minuten beschikbaarheid voor de patiënt nodig is. Als we daar de opvolging van gehospitaliseerde patiënten bij optellen, blijft er niet veel tijd over op een dag.

Door de evolutie van de werklust van psychiaters met ambulante dienstverlening te analyseren (consulten, psychotherapie, evaluaties, overleg tussen professionals, enz.), stellen we ook vast dat er steeds meer tijd wordt besteed aan de psychotherapeutische behandeling van kinderen, en bijgevolg het totale aantal uren dat psychiaters aan volwassenen besteden, daalt (zie Figuur 9). Het gebrek aan beschikbare tijd voor de behandeling van volwassenen is dus een bijkomende verklaring voor de verzadiging van de ambulante psychiatrische diensten.

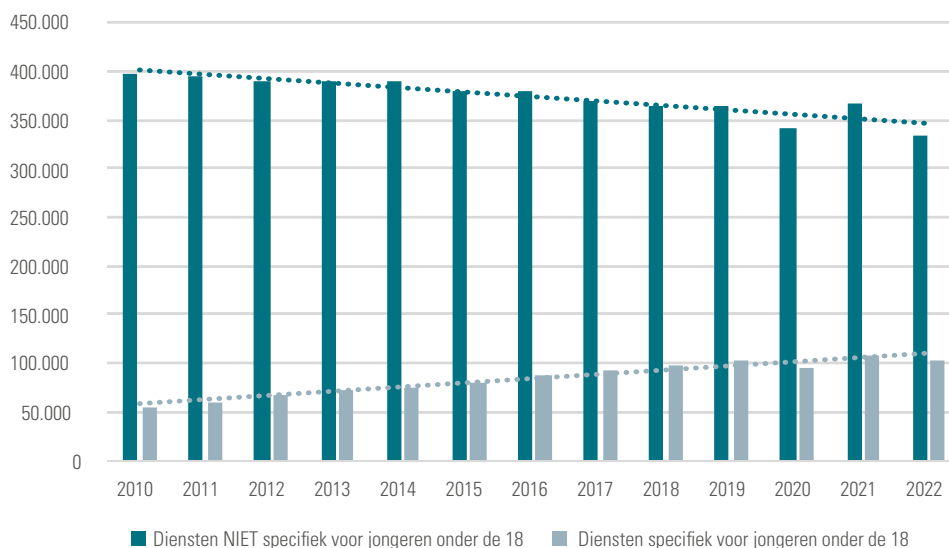
3.3.2. Aandeel van elk type zorg

In 2010 bestond de terugbetaalde ambulante geestelijke gezondheidszorg bijna uitsluitend uit zorg verleend door

psychiaters (zie Figuur 10). Gaandeweg neemt de zorg door psychologen en orthopedagogen een steeds belangrijker deel in van het landschap van de terugbetaalde ambulante zorg aan CM-leden, door de investering hierin door CM en de totstandkoming van de overeenkomst psychologische zorg. Zo vertegenwoordigen de psychologische zorg die door de AV aan CM-leden wordt terugbetaald en de ambulante zorg die wordt geleverd door de psychiater in 2021 respectievelijk 47% van het totale volume van de zorg, en de verstrekkingen geleverd in het kader van de overeenkomst 5%. In 2022 zien we vooral een evolutie in de overeenkomst psychologische zorg: de geleverde verstrekkingen vertegenwoordigen 15% van het totale volume.

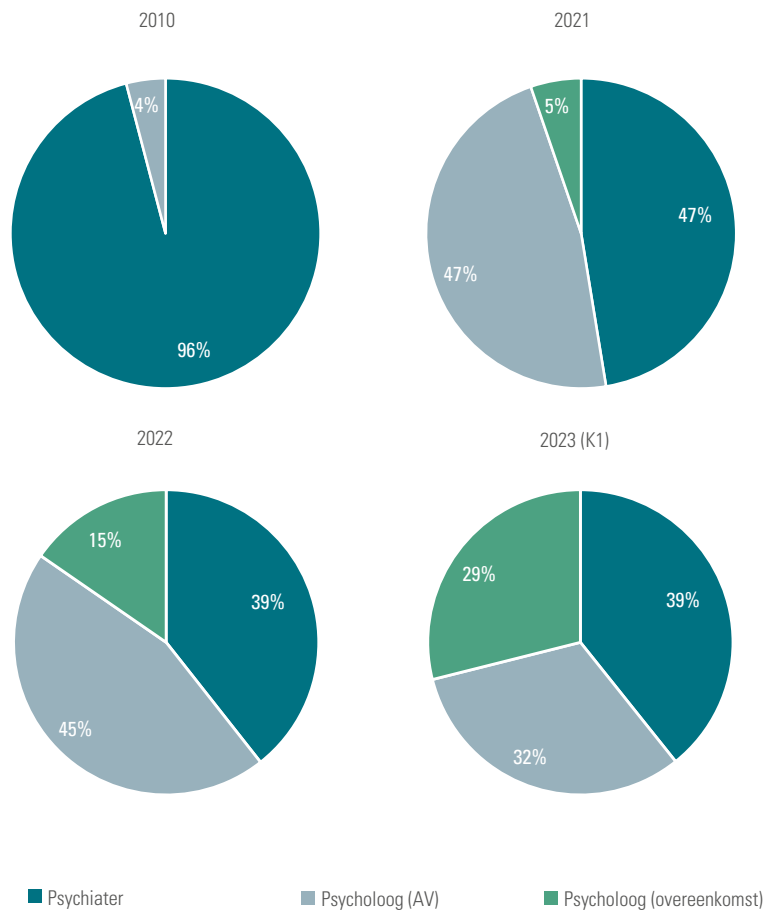
Gezien de exponentiële groei van het gebruik in 2022 is het moeilijk om het gebruik van de overeenkomst psychologische zorg in 2023 te voorspellen. We kunnen echter al zien dat in het eerste kwartaal van 2023 de zorg die onder de overeenkomst wordt terugbetaald 29% uitmaakt van de gefactureerde verstrekkingen.

Figuur 9: Evolutie van de som van het aantal gewerkte uren door psychiaters in ambulante psychiatrische zorg, al dan niet specifiek voor min 18-jarigen, voor CM-leden, tussen 2010 en 2022 (benadering⁹ op basis van CM-gegevens, juli 2023)



⁹ Deze benadering is gebaseerd op de wettelijke duur van de verstrekkingen (bijvoorbeeld 45 minuten voor een psychotherapie sessie) en gaat ervan uit dat een standaardconsult gemiddeld 15 minuten duurt.

Figuur 10: Uitsplitsing van de terugbetaalde verstrekkingen in het kader van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



4. Focus op de overeenkomst psychologische zorg

4.1. Werking van de overeenkomst

De nieuwe ‘overeenkomst psychologische zorg’ werd voorgesteld in overleg met het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en de hele sector van de geestelijke gezondheidszorg, en op 26 juli 2021 goedgekeurd door het Verzekeringscomité van het RIZIV. Uitgangspunt was het protocolakkoord van 2 december 2020 over een “gecoördineerde aanpak voor

de versterking van het psychisch zorgaanbod, in het bijzonder voor de kwetsbare doelgroepen die het zwaarst getroffen zijn door de COVID-19-pandemie”, dat door alle ministers bevoegd voor volksgezondheid werd goedgekeurd (RIZIV, 2022). Het gaat hier om een nieuwe fase in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, met name de verdere ontwikkeling van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg dicht bij de leefomgeving van de burger en in samenwerking met de eerstelijnsactoren (RIZIV & Volksgezondheid, 2021). Hierna gaan we verder in op vier principes van de overeenkomst: de *quadruple aim*, de territoriale planning, het onderscheid tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg, en het aspect van de *outreach* en de vindplaatsen.

4.1.1. Quadruple aim

De overeenkomst is gebaseerd op het principe van de *quadruple aim*: (1) patiëntervaring: de best mogelijke kwaliteit van zorg voor elke patiënt, (2) de gezondheid van de bevolking: het maximaliseren van de bijdrage aan de gezondheid van de gehele bevolking, (3) kostenreductie, toegespitst op de gemeenschap (niet alleen op individuen), (4) het welzijn van het zorgteam, rekening houdend met de arbeidsomstandigheden van de verzorgers/ondersteuners.

Het doel is dus om toegankelijke zorg te bieden, op lokaal niveau en dicht bij de burger, aangepast aan de persoonlijke situatie, behoeften en mogelijkheden van de patiënten en hun omgeving (aangepaste zorg), en die deel uitmaakt van een bredere eerstelijnszorg als onderdeel van een geïntegreerd multidisciplinair eerstelijnszorgsysteem. De idee is dus om een geïntegreerde, globale, lokale, toegankelijke en multidisciplinaire aanpak te bevorderen, zodat men zich bewust is van de middelen die lokaal beschikbaar zijn in de verschillende sectoren/domeinen, de partners op gelijke voet beschouwt, de continuïteit van de zorg verbetert en overleg en coördinatie worden aangemoedigd, rekening houdend met de administratieve en geografische realiteit van de gewesten en gemeenschappen (RIZIV & Volksgezondheid, 2021).

De volksgezondheidsbenadering richt zich op de hele bevolking en patiënten worden gezien in hun sociaaleconomische context. Ze is eerder gericht op primaire preventie dan op behandeling (Thornicroft & Tansella, 2009). Op basis van wetenschappelijke kennis, praktische haalbaarheid en de zorgvraag van de rechthebbende en diens context, is het doel van de overeenkomst dan ook om te streven naar de ontwikkeling van soorten interventies die een maximaal effect hebben op de bevolking, zoals interventies die rechtstreeks in de gemeenschap plaatsvinden, een groepsaanbod, met een prioritaire focus op kinderen en jongeren, vroegtijdige interventie en detectie.

4.1.2. Territoriale planning

Het aanbod wordt gefinancierd en gepland op territoriale basis. Volgens een logica van *population-based management* wordt het Belgisch grondgebied verdeeld in 32 netwerken – 11 netwerken ‘kinderen en jongeren’ en 21 netwerken ‘volwassenen’¹⁰. Elk netwerk heeft een specifiek vastgelegd maximumbudget. Het budget wordt vast-

gelegd op basis van het aantal inwoners, de aanvangsleeftijd en prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen en de sociaaleconomische situatie (RIZIV & Volksgezondheid, 2021).

Het gaat hier om iets nieuws in België: de zorg wordt op lokaal niveau georganiseerd, binnen de grenzen van een gesloten enveloppe, in tegenstelling tot andere soorten terugbetaalde zorg. Laten we de tandartsen als voorbeeld nemen: zodra ze gediplomeerd zijn, krijgen ze een RIZIV-nummer en kunnen ze beslissen om zich te vestigen waar ze willen en zich al dan niet te conventioneren (en dus om al dan niet de tarieven toe te passen die in de overeenkomst met het RIZIV voor de tandartsensector zijn vastgelegd). Als ze beslissen zich niet te conventioneren, worden hun behandelingen toch terugbetaald door de verplichte verzekering (naast het tarief dat door de ZIV wordt gedekt, worden eventuele supplementen die de zorgverlener in rekening brengt, aan de patiënt doorgerekend). Onder de nieuwe overeenkomst psychologische zorg daarentegen zijn het de netwerken die de zorgverleners conventioneren op basis van de lokale behoeften.

De overeenkomst wordt daarom op een meer lokaal niveau geïmplementeerd, aangezien zij bepaalt (artikel 11) dat de netwerken voor kinderen/jongeren en volwassenen gezamenlijk op provinciaal niveau een overeenkomst sluiten met de lokale partnerships, waarin afspraken worden gemaakt over de verdeling van de beschikbare middelen op basis van de risicostratificatie van de populatie om te komen tot een evenwichtige verdeling van de beschikbare capaciteit voor eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg in het werkgebied van het netwerk. We kunnen daarom verwachten dat elk netwerk voor de uitvoering van de overeenkomst verschillende strategieën zal implementeren, afhankelijk van de lokale specifieke kenmerken, bijvoorbeeld op het vlak van geestelijke gezondheidsbehoeften en zorgaanbod.

4.1.3. Eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg

Het doel van de overeenkomst is om zorg te verlenen aan mensen met milde tot matige psychische problemen via eerstelijns psychologische zorg - naar schatting 52% van de geestelijke gezondheidsproblemen bij volwassenen in België - en met matige tot matig ernstige problemen via gespecialiseerde psychologische zorg - naar schatting 27% van de geestelijke gezondheidsproblemen. Voor de

¹⁰ De netwerkkaarten zijn beschikbaar op de RIZIV-website: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geestelijke-gezondheidszorg/Paginas/eerstelijns-gespecialiseerde-psychologische-zorg-netwerk-geestelijke-gezondheidszorg.aspx>.

overige 21% - de complexe en ernstige geestelijke gezondheidsproblemen en stoornissen – is het niet de bedoeling dat deze onder de nieuwe overeenkomst vallen, maar onder de andere gespecialiseerde geestelijke gezondheidsfuncties (mobiele equipes, ambulante psychiatrische zorg, enz.) (RIZIV & Volksgezondheid, 2021).

In het kader van de overeenkomst is de eerste individuele sessie gratis en biedt deze de mogelijkheid om de situatie van de patiënt te verduidelijken. Afhankelijk van de intensiteit van de zorg die nodig blijkt, kunnen patiënten eerstelijns psychologische zorg krijgen, doorverwezen worden naar gespecialiseerde psychologische zorg of naar een andere vorm van hulp en zorg. Sessies kunnen individueel of in groepsverband worden georganiseerd.

4.1.4. *Outreach* en vindplaatsen

De overeenkomst wil de drempel voor de toegang tot psychologische zorg zoveel mogelijk verlagen. Het doel is om de gebruikers tegemoet te gaan en hen zorg te bieden die aansluit bij de realiteit van hun situatie. De locatie is daarom zeer ruim gedefinieerd. Dit kan in de praktijk van de zorgverlener zijn of diensten die specifiek gericht zijn op geestelijke gezondheidszorg (bijvoorbeeld een psychiatrisch ziekenhuis, een CGG, enz.). De overeenkomst voorziet ook in de mogelijkheid van *outreaching*, namelijk zorgverlening buiten de bovengenoemde locaties en het rechtstreeks bezoeken van de zorggebruikers. *Outreaching* kan plaatsvinden op school, op het werk, in jeugdcentra, wijkgezondheidscentra, enz., maar ook bij de gebruiker thuis als de persoon niet in staat is zich te verplaatsen.

De term 'vindplaats' verwijst naar een feitelijke of online plaats waar mensen met psychische problemen samenkomen voor andere doeleinden dan psychologische ondersteuning, zoals materiële of sociale hulp, algemene zorg of vrijetijdsactiviteiten: deze plaatsen verlagen dus de drempel. Er kunnen dan psychologische behoeften worden vastgesteld en mensen kunnen worden toegeleid naar passende psychologische zorg. Het is ook een plaats die intersectorale en multidisciplinaire samenwerking met andere (eerstelijns) zorgverleners en zorgactoren vergemakkelijkt. Deze plaatsen kunnen OCMW's zijn, kinder- en jeugddiensten, jeugdbeschermingsdiensten, CLB's, huisartsen, geriaters, lokale dienstencentra, enz. (RIZIV, 2022).

4.2. Methodologie

Voor de analyse van de overeenkomst psychologische zorg maken we gebruik van verschillende gegevensbronnen. De gegevens van de RIZIV-rapporten over de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg laten ons toe de evolutie van het aanbod te analyseren (aantal geconventioneerde zorgverleners) en van het zorggebruik (aantal patiënten dat onder de overeenkomst valt en dus zorg ontvangen heeft, cumulatief berekend). De evolutie van het zorggebruik wordt ook geanalyseerd met behulp van de CM-gegevens. Deze maken het mogelijk details te geven over het aantal patiënten dat zorg ontvangen heeft en over het volume van gefactureerde verstrekkingen door psychologen en orthopedagogen per maand en per jaar van verstrekking, en dat teruggaand tot 2020, dus vóór de huidige versie van de overeenkomst.

Aan de hand van de BELHEALTH-enquête maken we een vergelijking tussen de patiënten die een niet-geconventioneerde psycholoog hebben geraadpleegd en deze die een geconventioneerde psycholoog hebben geraadpleegd, om zo de specificiteit na te gaan van de groep die gebruik maakt van de overeenkomst. De CM-gegevens stellen ons ook in staat om verder te gaan in de analyse door het profiel van de patiënten die gebruik maken van de overeenkomst te bekijken (leeftijd, geslacht, VT-statuuat, regio), evenals hun eerder zorggebruik.

Met behulp van de CM-gegevens analyseren we ook welke soorten zorg het meest worden gebruikt: eerstelijnszorg of gespecialiseerde zorg, individuele of groepssessies, videoconsulten en *outreach*. We kijken eveneens naar het gemiddeld en mediaan aantal sessies over een periode van twaalf maanden. Om het aantal sessies over deze periode te beoordelen, is het noodzakelijk om alleen die patiënten mee te nemen die meer dan twaalf maanden geleden met hun behandeling zijn begonnen. Aangezien de laatst beschikbare gegevens dateren van juni 2023, nemen we alleen patiënten op die tussen januari en juni 2022 met hun opvolging zijn begonnen. Het gaat om 14.516 patiënten in de netwerken 'volwassenen' en 2.954 patiënten in de netwerken 'kinderen en jongeren'.

4.3. Evolutie van het eerstelijnsaanbod

We stellen vast dat het aantal psychologen en orthopedagogen dat deelneemt aan de overeenkomst psychologische zorg in de periode van januari 2022 tot mei 2023 bijna verviervoudigd is, van 1.083 tot 3.867 geconventio-

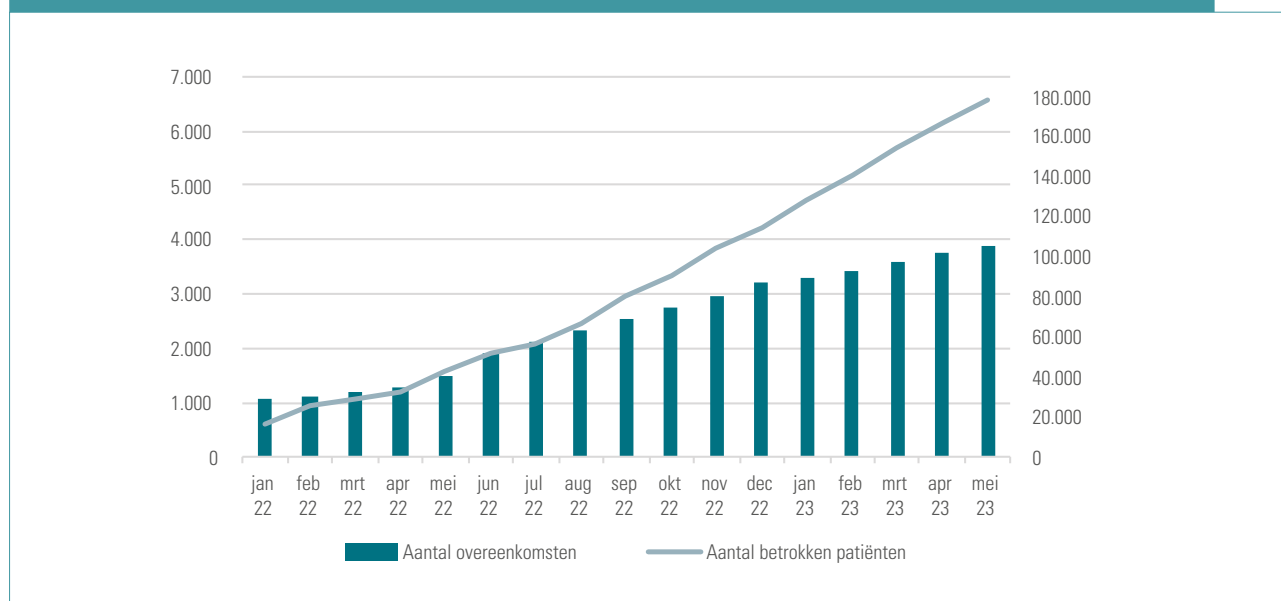
neerde zorgverleners (zie Figuur 11). Volgens de gegevens van het RIZIV neemt het aantal patiënten dat valt onder de overeenkomst exponentieel toe: van 16.316 patiënten in januari 2022 tot 178.425 in mei 2023, meer dan een vertienvoudiging.

Uit de CM-gegevens blijkt ook dat er in de eerste zes maanden van 2023 meer patiënten werden opgevolgd dan in het ganse jaar 2022: van de 88.440 patiënten die CM-lid zijn en die sinds de invoering van de overeenkomst werden opge-

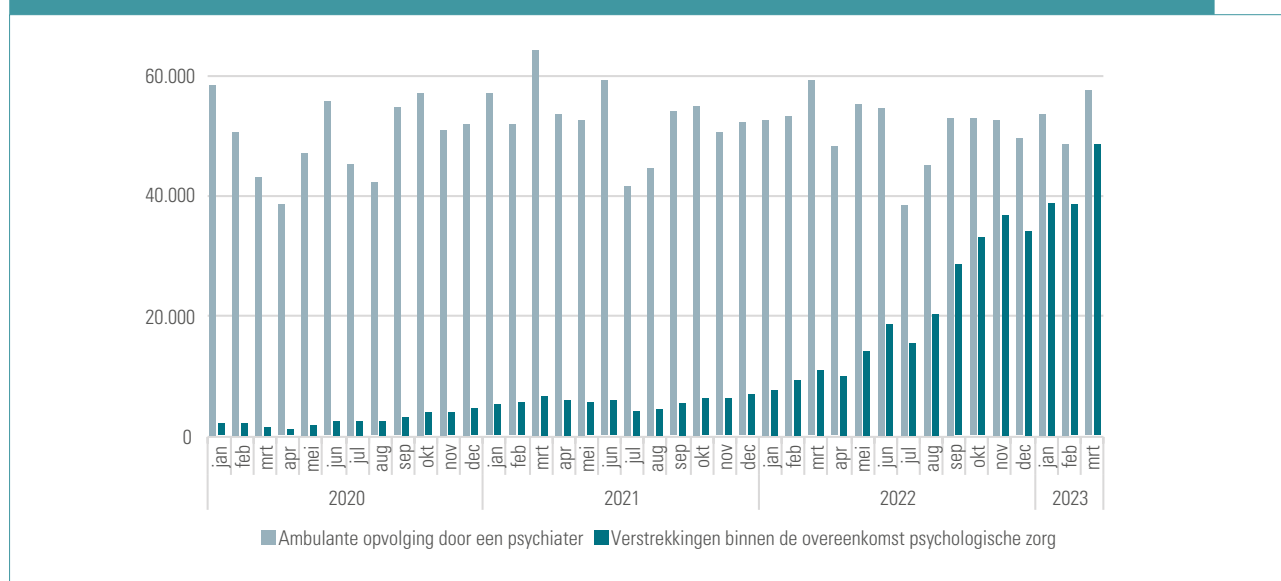
volgd, zijn er tussen januari en juni 2023 56.565 patiënten opgevolgd, wat al meer is dan de 44.474 patiënten die in 2022 werden opgevolgd.

Aan de hand van de CM-gegevens kunnen we ook nagaan hoe het volume van de verstrekkingen toeneemt. Eerst is er een zwakke toename tot december 2021. Vervolgens is er een stijging vanaf begin 2022 tot augustus en dan een intensivering vanaf september 2022, wanneer het aantal gefactureerde verstrekkingen voor CM-le-

Figuur 11: Evolutie van het aantal geconventioneerde psychologen/orthopedagogen en het aantal patiënten binnen de overeenkomst tussen januari 2022 en mei 2023 (RIZIV-gegevens, mei 2023)



Figuur 12: Vergelijking tussen het maandelijks volume aan verstrekkingen gefactureerd door psychologen in het kader van de overeenkomst en verstrekkingen gefactureerd door psychiaters in het kader van de ambulante opvolging (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



den de grens van 28.000 overschrijdt (zie Figuur 12). Het volume van de verstrekkingen gepresteerd in maart 2023 was dus zes keer hoger dan in januari 2022 (van 7.477 naar 45.399 verstrekkingen). Meer nog, de evolutie van het gebruik van psychologische zorg neemt zodanig toe dat het volume van de ambulante consulten door psychiaters wordt ingehaald. Bovendien zien we dat de psychologische zorg de normale schommelingen van de psychiatrische zorg door het jaar heen volgt (meer verstrekkingen buiten de periodes van de schoolvakanties), wat de verschillen in volume tussen de maanden verklaart.

4.4. Profiel van de patiënten

4.4.1. Profiel van de patiënten onder de deelnemers aan de BELHEALTH-studie

De gegevens uit de BELHEALTH-enquête van Sciensano laten zien welk aandeel van de respondenten met een ervaren behoefte aan psychologische hulp, ook daadwerkelijk toegang kreeg tot die hulp (alle duurtijden en zorgverleners samen), en welk aandeel het afgelopen jaar een niet-geconventioneerde psycholoog heeft geraadpleegd en welk aandeel een **geconventioneerde psycholoog**, volgens leeftijd, geslacht en financiële situatie (zie Tabel 2).

Een eerste vaststelling is dat 59% van de mensen met een ervaren behoefte aan psychologische hulp toegang had tot zorg (alle duurtijden en alle zorgverleners samen). Dit aandeel is lager bij de groep van 18-29-jarigen (49%), bij mannen (56% tegenover 60% bij de vrouwen) en bij mensen met financiële problemen (54%).

Wat het gebruik van psychologische zorg betreft, heeft eenzelfde aandeel mensen met een ervaren behoefte aan psychologische hulp het afgelopen jaar een niet-geconventioneerde psycholoog dan wel een geconventioneerde psycholoog geraadpleegd (8%). Bij de jongeren raadpleegde een iets hoger aandeel een geconventioneerde psycholoog dan een niet-geconventioneerde psycholoog (8% tegenover 6%), net als bij de 65-plussers (8% tegenover 5%). Het aandeel mannen dat een geconventioneerde psycholoog geraadpleegde was iets lager (6% tegenover 8%). Het grootste verschil tussen de twee groepen heeft te maken met de financiële situatie: er hebben meer mensen met financiële problemen gebruik gemaakt van psychologische zorg binnen de overeenkomst dan daarbuiten (8% tegenover 3%), wat erop kan wijzen dat de nieuwe overeenkomst de toegang tot psychologische zorg voor kwetsbaren verbetert.

Tabel 2: Aandeel respondenten met een ervaren behoefte aan hulp die toegang hadden tot de zorg (alle zorgverleners samen) en in het afgelopen jaar een niet-geconventioneerde of een geconventioneerde psycholoog raadpleegden, volgens leeftijd, geslacht en financiële situatie (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)

		Ervaren behoefte aan psychologische hulp	Toegang tot zorg (alle zorgverleners en duurtijden samen)	Gebruik van psychologische zorg buiten de overeenkomst gedurende minder dan een jaar	Gebruik van psychologische zorg enkel onder de overeenkomst
Alle respondenten		1.838	1.086 (59%)	140 (8%)	142 (8%)
Leeftijd	18-29 jaar	203	100 (49%)	13 (6%)	16 (8%)
	30-54 jaar	931	574 (62%)	77 (8%)	73 (8%)
	55-64 jaar	421	260 (62%)	36 (9%)	31 (7%)
	65+ jaar	283	152 (54%)	14 (5%)	22 (8%)
Geslacht	Vrouwen	1302	784 (60%)	98 (8%)	108 (8%)
	Mannen	536	302 (56%)	42 (8%)	34 (6%)
Financiële situatie	Komt gemakkelijk rond	634	389 (61%)	68 (11%)	47 (7%)
	Komt rond	933	550 (59%)	65 (7%)	74 (8%)
	Komt moeilijk rond	271	147 (54%)	7 (3%)	21 (8%)

4.4.2. Profiel van de patiënten onder de CM-leden

Sinds de start van de implementatie in 2019, maakten 88.440 CM-leden gebruik van psychologische zorg onder de nieuwe overeenkomst, wat neerkomt op 1,9% van alle CM-leden. Wanneer we deze cijfers analyseren volgens geslacht, leeftijd, recht op het VT-statuut en gewest, zien we kleine verschillen tussen de groepen. Zo is in de groepen waarvoor we eerder een grotere zorgbehoefte vaststelden, het gebruik het hoogst: binnen de totale CM-populatie zien we meer vrouwen (2,5%) dan mannen (1,4%) onder de gebruikers, maken meer personen met het VT-statuut gebruik van zorg (2,5%) en is de leeftijdsgroep met het hoogste aandeel gebruikers de leeftijdsgroep 18-29 jaar (3,2%, tegenover 2,7% gebruikers in de leeftijdsgroep 30-54 jaar en 2,1% in de leeftijdsgroep 0-17 jaar), (zie Tabel 3). Er is dus een convergentie tussen de gebruiksgegevens van CM en de resultaten van de BELHEALTH-enquête van Sciensano.

Volgens het statuut 'rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming'

Het doel van de overeenkomst is om psychologische zorg breder toegankelijk te maken, met bijzondere aandacht voor kwetsbare doelgroepen (RIZIV, 2023). De CM-gegevens bevestigen dat deze doelstelling wordt gehaald. Van de gebruikers van de overeenkomst heeft 20% het VT-statuut, wat een hoger aandeel is dan in de totale CM-populatie (15%). Er is echter nog ruimte voor verbetering, aan-

gezien de drempels waarmee deze doelgroepen worden geconfronteerd bij de toegang tot diensten groter zijn in alle dimensies van toegankelijkheid (zie Noirhomme, 2022).

Ter vergelijking: in 2022 heeft slechts 12% van de CM-leden die gebruik hebben gemaakt van de tegemoetkoming voor psychologische zorg in het kader van de aanvullende verzekering het VT-statuut. Dit kan worden verklaard door het feit dat, ondanks de CM-tussenkost (tot gemiddeld 15,2 euro per sessie), de eigen bijdrage voor patiënten voor een sessie zeer hoog blijft, met een gemiddelde van 42,7 euro (niet-VT-patiënten) of 35,7 euro (VT-patiënten) in 2021 (Noirhomme, 2022). In de nieuwe overeenkomst blijven de eigen uitgaven beperkt tot 11 euro en tot 4 euro voor VT-patiënten, en tot 2,5 euro voor groepssessies, wat de betaalbaarheid van psychologische zorg aanzienlijk verbetert. Men kan zich echter afvragen of de betaalbaarheid voor VT-patiënten niet nog beter zou zijn als er geen of een nog beperkter remgeld zou zijn. Volgens het KCE-rapport waarin het vergoedingsmodel voor psychologische zorg onder de loep is genomen, "zijn de actoren op het terrein [...] het er unaniem over eens dat de te betalen bedragen geen obstakel mogen vormen voor behandeling, maar dat de financiële bijdrage wel een algemeen principe is van elke therapie, die bijdraagt tot de motivatie van de patiënten" (Kohn, et al., 2016, p. 33). Het rapport stelt echter lagere remgeldbedragen voor dan die welke momenteel van kracht zijn: 6 euro per sessie / 1,5 euro voor VT-ers voor eerstelijns psychologische zorg en 12 euro per sessie / 3 euro voor VT-ers voor gespecialiseerde psychologische

Tabel 3: Percentage CM-leden dat gebruik maakte van psychologische zorg sinds de start van de overeenkomst, volgens geslacht, VT-statuut, regio en leeftijd (Bron: CM-gegevens, juli 2023)

		% van CM-leden dat gebruik maakte van zorg	Aantal gebruikers
Alle leden		1,9%	88.440
Geslacht	Vrouwen	2,5%	57.885
	Mannen	1,4%	30.555
Statuut	VT	2,5%	17.428
	Niet-VT	1,8%	71.012
Regio	Vlaanderen	1,9%	64.292
	Wallonië	2,2%	20.669
	Brussel	2,1%	3.479
Leeftijd	0-17 jaar	2,1%	16.889
	18-29 jaar	3,2%	19.597
	30-54 jaar	2,7%	38.283
	55-64 jaar	1,4%	8.733
	65 jaar	0,5%	4.938

zorg (naar analogie van de tarieven die worden toegepast voor consulten bij huisartsen en psychiaters).

Daartegenover staat dat we bij de zorg die betaalbaarder is omdat ze wordt vergoed door de verplichte ziekteverzekering (bijvoorbeeld antidepressiva en consulten of psychotherapie bij een psychiater), een hoger aandeel VT-ers zien (in 2022 heeft 27% van de gebruikers van antidepressiva en 30% van de patiënten die ambulante worden opgevolgd, het VT-statuuut). Dit grotere gebruik houdt ook verband met de slechtere geestelijke gezondheidstoestand van kwetsbare bevolkingsgroepen.

Volgens de regio

Het percentage CM-leden dat psychologische zorg ontvangt in het kader van de nieuwe overeenkomst verschilt zeer weinig volgens de regio¹¹. Sinds de lancering maakte 1,9% van de Vlaamse leden, 2,1% van de Brusselse leden en 2,2% van de Waalse leden er gebruik van (zie Tabel 3). Wanneer we de evolutie in het zorggebruik tussen januari 2022 en februari 2023 analyseren, zien we dat het percentage CM-leden dat zorg ontving aanvankelijk hoger was in Wallonië en Brussel en dat de trend vervolgens omkeert

(zie Figuur 13). Deze kleine regionale verschillen tonen aan dat de implementatie in de regio's enigszins verschilt, wat volkomen normaal is aangezien elk netwerk zijn eigen manier heeft om zijn aanbod te implementeren.

Nieuwe patiënten

Om meer te weten te komen over het profiel van de patiënten die gebruik maken van psychologische zorg in het kader van de nieuwe overeenkomst, kunnen we ook kijken naar de soorten zorg waarop ze een beroep deden voordat ze met hun psychologische behandeling begonnen. De CM-gegevens leren dat 44% van de patiënten die gebruik maakten van de overeenkomst psychologische zorg, in de twee jaar voorafgaand aan de start van hun behandeling in het kader van de overeenkomst geen ander type geestelijke gezondheidszorg¹² ontvingen. Ze kunnen dus beschouwd worden als 'nieuwe patiënten', die voordien geen toegang hadden tot terugbetaalde psychologische zorg (zie Figuur 14). Dit cijfer is hoger bij de jongeren onder de 18 (56% nieuwe patiënten) en lager bij de VT-ers (slechts 35% ontving de afgelopen twee jaar geen geestelijke gezondheidszorg, wat wijst op een verslechtering van de geestelijke gezondheidstoestand bij mensen met financiële problemen).

Figuur 13: Percentage CM-leden dat psychologische zorg ontvangt in het kader van de overeenkomst, evolutie tussen januari 2022 en februari 2023 per regio (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



11 Om de evolutie van het zorggebruik per regio te beoordelen, zou het misleidend zijn om de analyse te beperken tot het volume van de verstrekkingen of het aantal patiënten per regio, aangezien het aantal inwoners niet gelijkmatig verdeeld is over de drie regio's. De analyse van het percentage gebruikers onder de CM-leden in elke regio daarentegen, geeft een meer nauwkeurige en meer gedetailleerde analyse.

12 Ongeacht of het gaat om ambulante zorg of andere zorg die wordt vergoed door de ZIV of de AV van CM, zoals vermeld in de methodologie in punt 3.1.

Als we kijken naar de soorten zorg gebruikt in de twee jaar voorafgaand aan het gebruik van de overeenkomst, zien we eerst de psychologische zorg met tegemoetkoming van de AV van CM (20% van de patiënten gebruikte enkel dit type zorg), consulten/psychotherapie bij psychiaters (19%) en psychotrope geneesmiddelen gebruikt zonder ambulante opvolging (16%). In totaal kreeg 34% van alle patiënten behandeld in het kader van de overeenkomst minstens één antidepressivum voorgeschreven in de twee jaar voorafgaand aan het begin van hun behandeling.

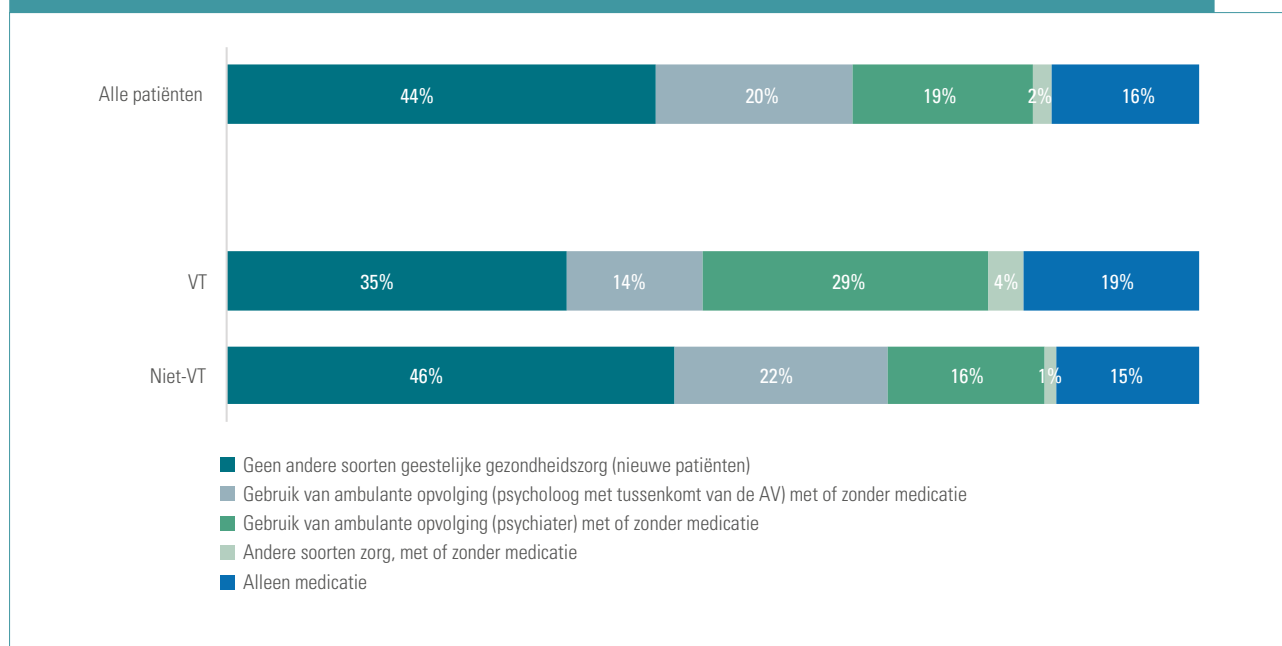
Hoewel VT-patiënten vaker gebruik maakten van zorg voordat ze aan hun traject begonnen, laat figuur 14 zien dat ze minder gebruik maakten van psychologische zorg en meer van psychiatrische zorg (29%) en van enkel psychotrope medicatie (19%).

We keken eveneens welk aandeel patiënten ook geestelijke gezondheidszorg ontving nadat ze begonnen waren met psychologische opvolging via de overeenkomst. Omdat de gegevens zeer recent zijn, hebben we voor deze opvolging geen uitsluitingsperiode bepaald: alle patiënten die in 2022 met opvolging begonnen, worden meegenomen in de analyse, en we nemen ook alle andere geestelijke gezondheidszorg mee die ze gebruikten vanaf de eerste dag van de opvolging in het kader van de overeenkomst tot juni 2023 (als het traject in het kader van de overeenkomst in december 2022 begon, kan de onderzochte periode dus relatief kort zijn).

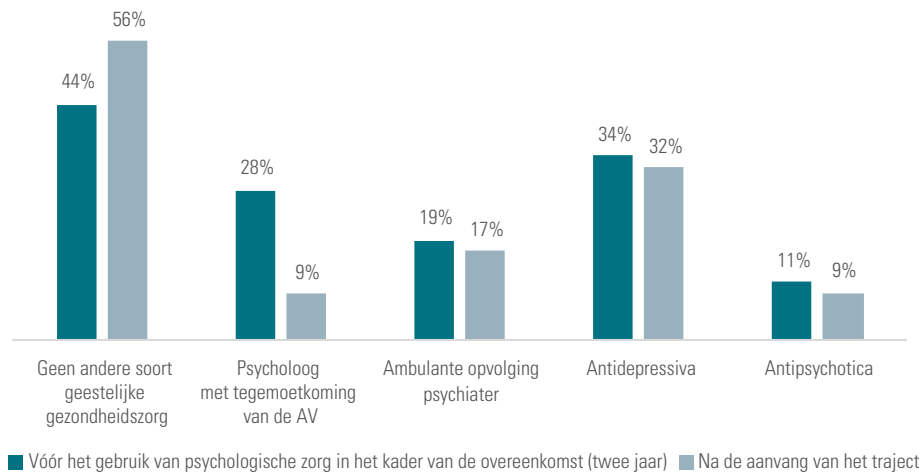
Een meerderheid van de patiënten (56%) gebruikte geen andere vorm van geestelijke gezondheidszorg na de aanvang van de psychologische zorg in het kader van de overeenkomst. Van de behandelingen die de patiënten nog gebruikten na de aanvang van de psychologische zorg, blijven antidepressiva (32%) en ambulante zorg door de psychiater (17%) de meest gebruikte behandelingen. Bij de gebruikers van de overeenkomst zien we een relatief grote daling in het gebruik van de tegemoetkoming voor psychologische zorg van de aanvullende verzekering van CM: vóór het gebruik van de overeenkomst maakte 28% van de patiënten gebruik van dit voordeel, na het starten van de opvolging in het kader van de overeenkomst was dat nog slechts 9% (zie Figuur 15). Deze daling zou verklaard kunnen worden door een overstap naar het geconventioneerde aanbod, waar de eigen bijdrage beperkter is. Bij deze analyse is echter voorzichtigheid geboden, aangezien het ook mogelijk is dat patiënten opnieuw gebruik maken van het de tegemoetkoming van de AV van CM zodra de limiet van de sessies onder de overeenkomst bereikt is. Het zou interessant zijn dit in de toekomst op te volgen.

Als we het traject van de CM-leden volgen, zien we bovendien dat 25% van wie antidepressiva gebruikte, 41% van wie naar de psychiater ging en 41% van wie antipsychotica gebruikte, deze zorg niet meer gebruikt na de aanvang van de psychologische behandeling in het kader van de nieuwe overeenkomst.

Figuur 14: Percentage gebruikers van de overeenkomst die (geen) andere zorg hadden in de twee jaar voorafgaand aan het begin van hun traject van psychologische zorg, voor trajecten gestart in 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



Figuur 15: Vergelijking tussen het percentage gebruikers van de overeenkomst die (geen) andere soorten zorg gebruiken in de twee jaar voorafgaand aan en in de periode volgend op de start van het traject, voor trajecten gestart in 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



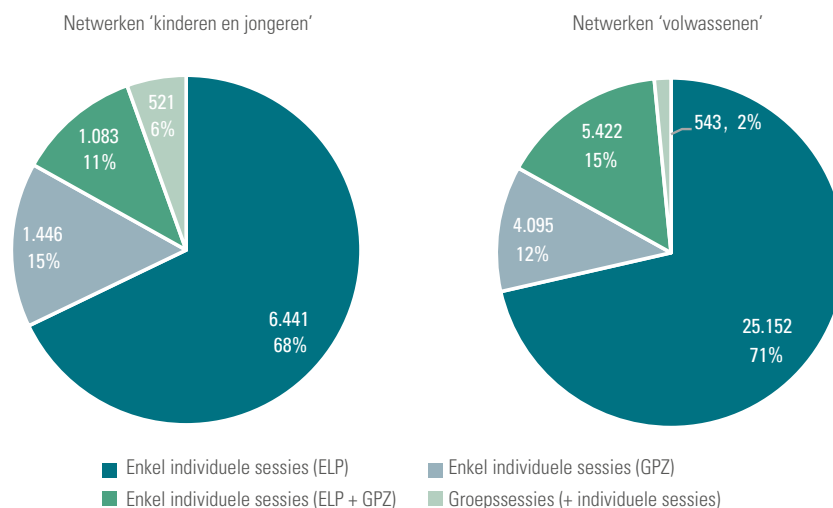
4.5. Soorten behandelingen en aantal sessies

4.5.1. Eerstelijnszorg versus gespecialiseerde zorg

De analyse mag echter niet worden vereenvoudigd en gereduceerd tot een loutere causaliteit en een reddings-effect van de psychologische zorg in het kader van de overeenkomst. Het kan zijn dat ook een verbetering in de gezondheidstoestand van patiënten de reden is dat ze overwogen om psychologische zorg te gebruiken in plaats van zwaardere zorg.

Van de CM-leden die in 2022 gebruik maakten van psychologische zorg via de netwerken 'volwassenen', ontvingen in totaal 34.699 patiënten enkel individuele sessies, dat is 98% (waarvan 71% eerstelijns psychologische zorg (ELP), 12% gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ), en 14% individuele sessies in beide soorten functies (ELP + GPZ)) en 2% individuele sessies gecombineerd met groepssessies (zie Figuur 16).

Figuur 16: Patiënten die gebruikmaken van eerstelijns psychologische zorg (ELP) en gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ) in 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



In de netwerken 'kinderen en jongeren' maakten 9.491 patiënten enkel gebruik van individuele sessies, dat is 95% (waarvan 69% bij ELP, 16% bij GPZ en 10% bij individuele sessies in beide soorten functies (ELP+ GPZ)) en 5% van individuele sessies gecombineerd met groepsessies.

In 2022 zoekt dus een overgrote meerderheid van patiënten psychologische zorg via individuele sessies, en meestal in de eerstelijns gezondheidszorg. Bij de beoordeling van het feit dat het gebruik van groepsessies nog steeds beperkt is, moet er rekening mee worden gehouden dat deze sessies pas sinds januari 2022 kunnen worden geattesteerd en dat zorgverleners tijd nodig hebben om dit aanbod in te voeren. Deze verdeling moet dus in de toekomst worden opgevolgd.

4.5.2. Aantal sessies

Het maximum aantal toegestane sessies verschilt naargelang de zorg wordt verleend in de netwerken 'kinderen en jongeren' of in de netwerken 'volwassenen', naargelang het type zorg (eerstelijns psychologische zorg of gespecialiseerde psychologische zorg) en naargelang het type sessie (individueel of in groep) (zie Tabel 4). Groepsessies kunnen worden gecombineerd met individuele sessies en het is ook mogelijk om sessies in de functie eerstelijnszorg en in de functie gespecialiseerde zorg te combineren. Als de quota bereikt zijn, is het nog steeds mogelijk voor de zorgverlener om extra sessies te factureren (in de factura-

tie vermeld met een specifieke pseudocode). Deze maxima worden berekend over een periode van twaalf maanden vanaf de eerste verstrekking.

Als we de groepsessies meerekenen, zijn er veel terugbetalingsopties voor het berekenen van het maximumaantal toegestane sessies. Om te kijken naar het aantal sessies dat door patiënten werd bijgewoond over een periode van twaalf maanden, is het daarom eenvoudiger om alleen te kijken naar de individuele sessies, die de meerderheid van de uitgevoerde sessies uitmaken. In zowel de netwerken 'volwassenen' als 'kinderen en jongeren' is het globale gemiddelde acht individuele sessies per patiënt en de mediaan zeven individuele sessies (zie Tabel 5). Dat betekent dat 50% van de patiënten gebruikmaakt van meer dan zeven terugbetaalde sessies over een periode van twaalf maanden.

Als we de verdeling van het aantal sessies van naderbij bekijken, zien we dat in de netwerken voor volwassenen 33% van de patiënten meer dan acht sessies heeft en in de netwerken voor kinderen en jongeren 28% van de patiënten meer dan tien sessies, wat het aanbevolen aantal individuele sessies in de functie eerstelijnszorg is.

Wanneer patiënten alleen zorg ontvangen in een van de twee functies, is het mediane/gemiddelde aantal sessies per jaar vijf in de functie eerstelijnszorg en elf in de functie gespecialiseerde zorg. Verder volgde 29% van de pa-

Tabel 4: Toegestaan aantal sessies per patiënt over een periode van 12 maanden binnen de overeenkomst (bron: RIZIV)

		Individuele sessies	Groepsessies
Netwerken 'kinderen en jongeren' (tot en met 23 jaar)	SPL	Maximaal 10 sessies	Maximaal 8 sessies
	GPZ	Gemiddeld 10 sessies (maximaal 20)	Maximaal 15 sessies
Netwerken 'volwassenen' (vanaf 15 jaar)	SPL	Maximaal 8 sessies	Maximaal 5 sessies
	GPZ	Gemiddeld 8 sessies (maximaal 20)	Maximaal 12 sessies

Tabel 5: Aantal individuele sessies per patiënt over een periode van 12 maanden (opvolging gestart tussen 1/1/2022 en 30/06/2022) (Bron: CM-gegevens, juli 2023)

	Netwerken 'volwassenen'				Netwerken 'kinderen en jongeren'			
	Alle soorten van zorg	ELP	GPZ	ELP + GPZ	Alle soorten van zorg	ELP	GPZ	ELP + GPZ
Aantal patiënten	14.516	9.133	1.119	4.264	2.954	1.839	302	813
Aantal sessies - mediaan	7	5	11	13	7	5	11	13
Aantal sessies - gemiddelde	8	5	11	13	8	5	11	14

tiënten die tussen 1 januari 2022 en 30 juni 2022 met een psychologische opvolging begonnen waren, een traject van eerstelijns psychologische zorg gecombineerd met gespecialiseerde zorg (binnen de eerstvolgende twaalf maanden). Dit betekent dat voor 29% van de patiënten eerstelijns psychologische zorg - of het toegestane aantal sessies - niet voldoende was. Voor deze patiënten is het mediane aantal sessies dertien, wat betekent dat voor 50% van hen meer dan dertien sessies per jaar nodig zijn.

We benadrukken hier wel dat het analyseren van het gebruik van een behandeling ons geen indicatie geeft van de geestelijke gezondheidstoestand van patiënten. Kijken naar het aantal sessies is daarom niet voldoende om conclusies te trekken over de effectiviteit van de opvolging, en het feit dat de opvolging stopt, betekent niet noodzakelijk dat het beter gaat met de patiënt.

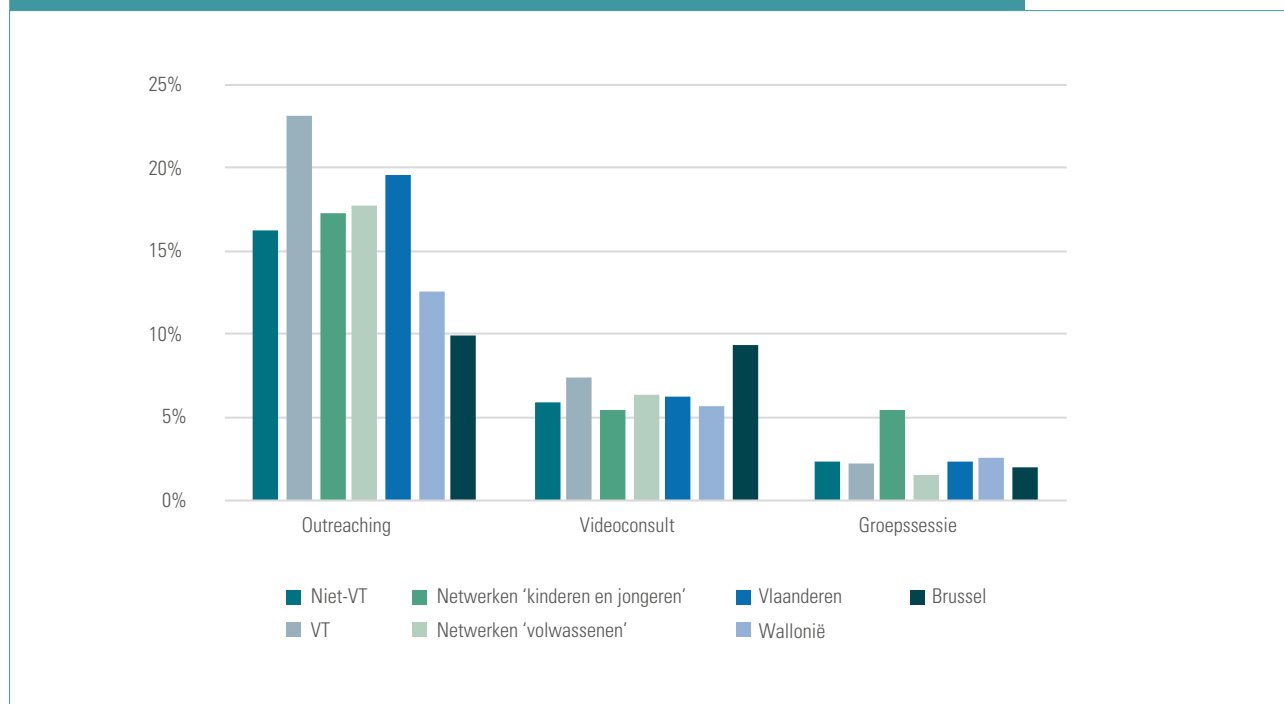
4.5.3. Soorten sessies

In 2022 heeft 98% van de CM-leden die gebruikmaken van psychologische zorg (overeenkomst) de psycholoog of orthopedagoog gezien tijdens individuele sessies in de praktijk van de zorgverlener, 18% tijdens individuele sessies in *outreaching*, 6% tijdens videoconsulten en 2% tijdens groepsessies. Er zijn geen significante verschillen naar leeftijd, VT-statuut, geslacht of regio in het gebruik

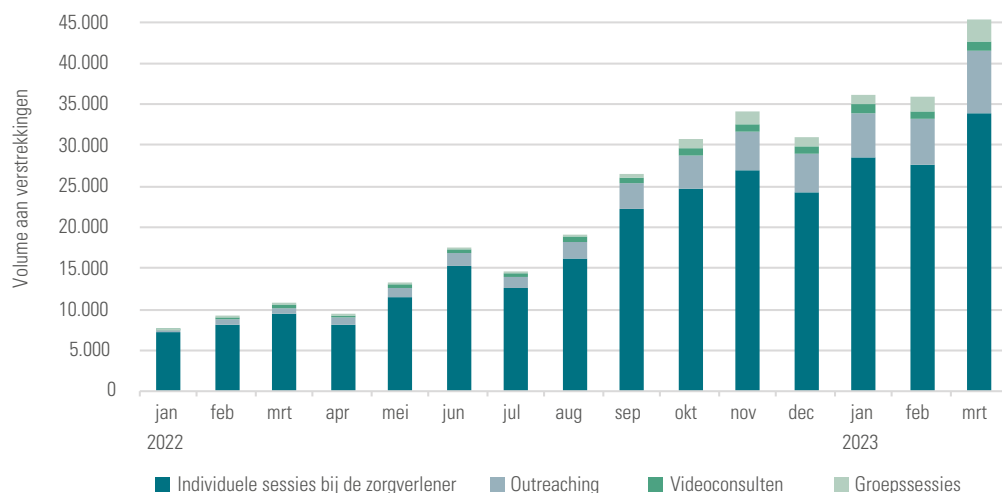
van individuele sessies. We zien wel dat meer VT-patiënten toegang hebben tot psychologische zorg via *outreaching*; 23% in vergelijking met 16% bij patiënten zonder VT-statuut (zie Figuur 17). Er zijn ook verschillen naargelang de leeftijd van de patiënten: meer volwassenen maken gebruik van videoconsulten, een format dat moeilijker te gebruiken blijkt bij kinderen (Morissens, Verniest, Noirhomme, & Sholokhova, 2022). Anderzijds maken meer kinderen en jongeren gebruik van groepsessies (5%) dan volwassenen (2%). Regionaal zijn er verschillen in implementatie: er worden meer gebruikers benaderd via *outreaching* in Vlaanderen en meer via videoconsulten in Brussel, wat aantoont dat de overeenkomst flexibel is en aan regionale contexten kan worden aangepast.

Zoals eerder toegelicht, zijn de nieuwe soorten sessies, zoals *outreaching* en groepsessies, pas sinds januari 2022 beschikbaar. Wanneer we het totale volume aan verstrekkingen analyseren en ook hun evolutie sinds de invoering van de nieuwe overeenkomst, zien we een tweeledige ontwikkeling: niet alleen neemt het totale volume aan verstrekkingen aanzienlijk toe na de zomer van 2022, maar ook het aandeel van de nieuwe soorten sessies neemt toe (zie Figuur 18). Zo vertegenwoordigt *outreaching* slechts 2% van de verstrekkingen in januari 2022, en 17% van de verstrekkingen in maart 2023. Voor de groepsessies is er een toename van 0 naar 6%.

Figuur 17: Percentage gebruikers van de overeenkomst in 2022, naar soort sessie (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



Figuur 18: Evolutie van het volume aan verstrekkingen naar soort tussen januari 2022 en maart 2023 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



5. Bespreking van de resultaten: kloof tussen behoefte, aanbod en gebruik

Momenteel is er in bepaalde netwerken een **onderbenutting van de budgetten** die ter beschikking worden gesteld, meer bepaald in de netwerken 'kinderen en jongeren'. De RIZIV-rapporten over de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg tonen echter een stijgende evolutie in het gebruik van de budgetten. Terwijl de netwerken in december 2022 58% van hun beschikbare maandelijkse zorgbudget hadden benut, bedroeg de benuttingsgraad in mei 2023 al 74%.

Het opstellen van een prognose van het gebruik op basis van de behoeften door het vergelijken van gegevens uit verschillende bronnen zou een oefening zijn die grondig kan worden uitgevoerd en zou alle twijfel wegnemen over het gebruik van het toekomstige budget. We weten immers dat **de behoefte aan zorg groter is dan het aanbod** dat de overeenkomst zou kunnen bieden als ze eenmaal volledig is uitgerold.

Er is inderdaad **een grote behoefte aan psychologische zorg bij de hele Belgische bevolking**. Volgens BELHEALTH

ervaart 22% van de respondenten een behoefte aan psychologische hulp. Het is ook belangrijk erop te wijzen dat de ervaren behoefte aan psychologische hulp over het algemeen ondergerapporteerd wordt in gezondheids-enquêtes die gebaseerd zijn op vragenlijsten, zoals de BELHEALTH-studie van Sciensano. Sommige deelnemers hebben immers verontrustende resultaten op schalen die angst of depressie meten, maar geven niet aan behoefte te hebben aan psychologische hulp. Een analyse van deze onderrapportering zal het onderwerp zijn van een specifieke publicatie van Sciensano, maar het is belangrijk om voor dit artikel te specificeren dat zowel het percentage van de behoeften als het percentage van de onbeantwoorde behoeften, waarschijnlijk worden onderschat.

Maar veel van deze behoeften op het vlak van geestelijke gezondheid blijven vandaag nog steeds onbeantwoord: 41% van de respondenten met een zorgbehoefte heeft geen toegang tot zorg, wat betekent dat bijna een tiende van de deelnemers aan de BELHEALTH-enquête geestelijke gezondheidsproblemen heeft die niet gedekt worden door het zorgsysteem.

De meerderheid van de mensen met geestelijke gezondheidsproblemen zou echter een oplossing kunnen vinden in de overeenkomst: milde tot matige psychische problemen en matige tot matig ernstige problemen zouden in to-

taal 79% van de geestelijke gezondheidsproblemen uitmaken en zouden kunnen worden behandeld via eerstelijns psychologische zorg en via gespecialiseerde psychologische zorg (beide georganiseerd in het kader van de overeenkomst). Om meer ondersteuning te bieden aan mensen met onbeantwoorde behoeften, is het noodzakelijk en ook mogelijk om actie te ondernemen via de overeenkomst, aangezien deze de financiële drempels verlaagt, maar ook het stigma dat verbonden is aan geestelijke gezondheidszorg vermindert door het organiseren van 'vindplaatsen'.

Op dit moment is het aantal mensen dat gebruik maakt van zorg via de overeenkomst echter nog laag. Momenteel (mei 2023) zien we dat 178.425 patiënten een beroep deden op de hulp van een geconventioneerde psycholoog of orthopedagoog, wat neerkomt op 1,5% van de Belgische bevolking en overeenkomt met het zorggebruik dat we zien bij de CM-leden (in juni 2023 ging het om 1,9% van de leden). **Maar dit gebruik is exponentieel:** de evolutie van het aantal patiënten dat wordt opgevolgd (vandaag tien keer meer inclusies dan begin 2022) en van het volume van de verstrekkingen (vier keer meer verstrekkingen in februari 2023 dan in februari 2022) zijn veelzeggend. Bovendien is de oorspronkelijke doelstelling om kwetsbare groepen te bereiken gerealiseerd, met meer gebruikers onder de VT-populatie (volgens de CM-gegevens maakte 2,5% van de VT-leden er gebruik van, tegenover 1,8% van de niet-VT-leden). Daarom is het noodzakelijk het zorggebruik in de toekomst verder op te volgen, aangezien dat in alle regio's toeneemt, met een groter gebruik onder kwetsbare groepen.

Dat het gebruik nog laag lijkt, komt omdat er tijd nodig is om het aanbod in te voeren. Niet alleen kost de territoriale planning op basis van behoeften tijd, maar zorgverleners moeten hun praktijk ook kunnen herbekijken (nieuw zorgaanbod, met name via *outreaching*) en er tijd voor vrijmaken. Psychologen die al een gevestigd patiëntenbestand hadden, moeten zich beschikbaar stellen voor nieuwe patiënten, aangezien de logica van de overeenkomst niet is om alle door psychologen verleende zorg van de ene op de andere dag te vergoeden. Aan de aanbodzijde moeten ook meer zorgverleners zich bij de overeenkomst aansluiten. In 2022 waren 3.867 van de 16.525 bij de Psychologencommissie geregistreerde psychologen geconventioneerd (= 23%) (Psychologencommissie, 2023). Er is dus nog veel marge om meer zorgverleners en dus meer patiënten op te nemen. Bovendien is de communicatiecampagne voor het grote publiek nog niet gelanceerd door het RIZIV en beginnen de netwerken nog maar net met het verstrekken van informatie over hun diensten. Er is dus grootschalige communicatie nodig om patiënten en zorgverleners bewust te maken van het aanbod, zodat het gebruik ervan nog verder kan toenemen.

Alles wijst er dus op dat de budgetten snel opgebruikt zullen zijn en dat ze meer dan nodig zijn om aan de behoeften te voldoen, en daarvoor zelfs niet zullen volstaan. Daarom is het noodzakelijk om te blijven investeren in de overeenkomst en deze te blijven uitbreiden. Immers, zelfs met het beschikbare budget zal de overeenkomst op de lange termijn niet aan alle onbeantwoorde behoeften kunnen voldoen. Het is daarom een misvatting te denken dat aan de behoefte is voldaan omdat de mogelijkheden momenteel onderbenut zijn.

6. Aanbevelingen

6.1. Verduidelijking van de terminologie 'vindplaatsen' en 'outreach'

Er is nog steeds onduidelijkheid over de begrippen 'vindplaatsen' en 'outreach', die soms door elkaar worden gehaald hoewel het om verschillende principes gaat. Daarom is het nodig **een duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende plaatsen waar een consultatie kan plaatsvinden om zo de terminologie te verduidelijken** en de verschillen in toepassing tussen netwerken en verschillen in interpretatie te vermijden.

- **Vindplaatsen:** Het doel is om een capaciteit voor psychologische zorg te creëren op plaatsen waar deze momenteel niet aanwezig is, maar waar de kans groot is dat mensen uit de beoogde doelgroepen zich bevinden. Dit kunnen scholen of groepspraktijken van huisartsen zijn, maar ook OCMW's, diensten voor kinderen en gezinnen, jeugdbeschermingsdiensten, CLB's, enz.
- **Outreach:** De psycholoog verlaat de eigen plaats van consultatie om sessies te organiseren op plaatsen waar de patiënt zich bevindt, omwille van diens verplaatstingsproblemen, de aard van de stoornis (bijvoorbeeld sociale angst) of voor een populatie met een grote afstand tot het zorgaanbod omwille van een gebrek aan kennis, maar ook omwille van hun kwetsbare situatie (bijvoorbeeld migranten).

Voor de facturatie bestaan momenteel twee pseudocodes voor het registreren van individuele eerstelijnsessies:

- deze voor sessies die plaatsvinden in het kabinet van de zorgverlener (individuele sessies);
- deze voor sessies die plaatsvinden in het kader van 'outreach'.

Maar er is geen specifieke prestatie voor sessies in het kader van 'vindplaatsen'. **Een aanpassing van de nomenclatuur is dan ook wenselijk door de invoering van een specifieke pseudocode voor 'vindplaatsen'**. Op die manier kan het gebruik van deze optie door zorgverleners in de verschillende netwerken opgevolgd worden en duidelijk onderscheiden worden van *outreach*. Gezien deze twee begrippen momenteel soms door elkaar worden gebruikt, is het mogelijk dat de gegevens over *outreach* die in deze studie worden voorgesteld, ook situaties omvatten van consultaties in vindplaatsen.

Dit onderscheid zou het ook mogelijk maken om discussies over reiskostenvergoedingen voor psychologen te verduidelijken, wat hen kan aanmoedigen om deze nieuwe praktijk meer toe te passen. Volgens een vergelijkbare logica die momenteel geldt voor andere zorgverleners zoals huisartsen, is een reiskostenvergoeding (die geen invloed heeft op de eigen bijdrage) gerechtvaardigd in de context van *outreach*, aangezien de psycholoog zijn consultatieplaats moet verlaten.

CM pleit voor een goede combinatie van verschillende soorten locaties voor consultaties. De eerstelijnsfunctie moet zo dicht mogelijk bij de gebruikelijke omgeving van de patiënt worden georganiseerd, om zo de toegangsdrempel te verlagen voor nieuwe groepen (kwetsbare) mensen die de weg naar de zorg nog niet hebben gevonden. We constateren echter dat ook kwetsbare groepen de weg naar de praktijk van de psychologen weten te vinden en dat het voorstel van sommige netwerken om eerstelijnszorg uitsluitend op vindplaatsen te organiseren, psychologen onnodig zou afschrikken om zich te conventioneren.

Wij stellen voor om te beginnen met een **doelstelling om 25% van de eerstelijnszorg in vindplaatsen te organiseren**. Deze doelstelling zou het mogelijk maken om hun effectiviteit te meten en de discussies binnen de netwerken te beperken. De selectie van praktijken en vindplaatsen moet binnen de netwerken besproken worden en moet gebaseerd zijn op een analyse van de lokale behoeften.

6.2. Onderscheid herbekijken tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg en het aantal toegestane sessies verhogen

Op dit moment is het belangrijkste onderscheid tussen de twee functies het aantal toegestane sessies en de ernst van de psychologische problemen waarmee patiënten worden geconfronteerd: lichte tot matige psychologische problemen moeten worden behandeld binnen de eerstelijns psychologische zorg en matige tot matig ernstige problemen binnen de gespecialiseerde psychologische zorgfunctie.

Om het doel van de **functie gespecialiseerde zorg** scherper af te bakenen, stellen we voor de **benaming aan te passen naar 'functie psychologische behandeling'**. Dit zou het onderscheid tussen de twee functies duidelijker maken en de koppeling met de 'hervorming 107' herstellen, waarbij de eerste functie preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling omvat en de tweede behandeling.

In de praktijk zijn psychologen echter vaak bevoegd om beide soorten zorg te verlenen, en we zien dat de duur van de behandeling soms meer de keuze van de functie bepaalt dan de aard van de problemen. Van de patiënten die tussen 1 januari en 30 juni 2022 startten met een behandeling, maakte bijvoorbeeld 63% enkel gebruik van eerstelijnszorg, 8% enkel van gespecialiseerde zorg en 29% zowel van eerstelijnszorg als van gespecialiseerde zorgsessies. De meerderheid van de patiënten die een beroep deden op beide functies, waren patiënten die de mogelijkheden voor eerstelijnszorgsessies hadden uitgeput (64% had meer dan zeven eerstelijnszorgsessies op een jaar tijd). Er zijn twee situaties mogelijk.

- In het eerste geval had gespecialiseerde zorg vanaf het begin de voorkeur moeten krijgen gezien de aard van de problemen, die een behandeling op maat vereisen (duur en intensiteit).
- In het tweede geval is gespecialiseerde zorg gebruikt als aanvulling op de eerstelijnszorg. Daarom bevelen we aan het aantal toegestane sessies te verhogen voor patiënten die er meer dan acht nodig hebben.

Om patiënten beter naar de juiste functie toe te leiden, stellen we de invoering voor van **sessies voor psychodiagnostiek**. Deze mogelijkheid zou een betere indicatiestelling mogelijk maken en een meer efficiënt gebruik van de twee zorgfuncties. Bovendien vinden wij dat **alleen de functie eerstelijnszorg rechtstreeks toegankelijk moet zijn**. Voor de psychologische behandelfunctie zou dan voorafgaande toestemming nodig zijn. Over de concrete modaliteiten hiervan moet nog verder nagedacht worden.

Aantal sessies

Vooreerst stellen we voor om het maximum aantal sessies gelijk te schakelen voor de netwerken kinderen en jongeren (momenteel beperkt tot tien) en de netwerken volwassenen (momenteel beperkt tot acht), en dit met het oog op vereenvoudiging maar ook op een betere leesbaarheid van de analyses.

- Voor de **eerstelijnsfunctie stellen we voor om het aantal sessies uit te breiden tot een maximum van twintig**. We stelden immers vast voor minstens een derde van de patiënten acht/tien sessies niet volstonden. Dit betekent niet noodzakelijk dat ze gespecialiseerde zorg nodig hebben, maar voor sommigen wijst het op de nood aan opvolging op middellange termijn. Daarom is het belangrijk om zorgverleners de mogelijkheid te geven om te oordelen of hun patiënten verdere opvolging nodig hebben na de huidige acht/tien sessies.

- Voor de **functie psychologische behandeling** (voorgestelde nieuwe naam voor 'gespecialiseerde zorg') stellen we voor om het aantal sessies uit te breiden tot een **maximum van vijftig** per jaar en per patiënt.

Voor groepssessies ten slotte, stellen we voor de beperkingen op te heffen op het aantal sessies per patiënt, maar dat deze sessies door het netwerk worden gevalideerd alvorens ze georganiseerd worden. Dit zou er ook voor zorgen dat de behandelde onderwerpen in overeenstemming zijn met de doelstellingen van de overeenkomst, zoals het bereiken van meer kwetsbare doelgroepen.

In plaats van individuele quota vast te stellen, is het zinvoller om trends te observeren en populatiegemiddelden vast te stellen. Wat het gebruik van sessies betreft, zien we momenteel een gemiddelde van vijf sessies voor patiënten die enkel gebruik maakten van eerstelijnszorg, en acht sessies ongeacht de functie (zie Tabel 5). Het gemiddeld gebruik van sessies per patiënt zal niet de hoogte in schieten als we toestaan dat patiënten die dat nodig hebben meer sessies in de eerstelijnszorg krijgen, omdat ze daar al toegang toe hebben via gespecialiseerde zorg. Dit zou een niet te verwaarlozen vereenvoudiging zijn voor alle actoren en voor de patiënten.

6.3. Remgeld

Momenteel bedraagt het remgeld 11 euro per sessie (verminderd tot 4 euro voor VT-ers) en 2,5 euro voor groepsessies. Er is echter weinig reden om aan te nemen dat deze bedragen zorgen voor betaalbaarheid. Voor iemand met een laag inkomen kan 4 euro nog steeds een redelijk bedrag zijn. Voor iemand zonder het VT-statuuut maar wel met een laag inkomen, kan het ook moeilijk zijn om 11 euro per sessie te betalen (als de patiënt 20 sessies nodig heeft, komt dit nog steeds neer op een totaal van 220 euro dat door de patiënt moet worden betaald).

Ter herinnering, betaalbaarheid verwijst naar het feit dat de eigen bijdragen voldoende beperkt zijn om het gebruik van gezondheidszorg niet te ontmoedigen en dat het gebruik van gezondheidszorgdiensten patiënten niet blootstelt aan financiële problemen (Cès, 2021). Uit een recent WHO-rapport blijkt echter dat één Belgisch gezin op twintig wordt geconfronteerd met gezondheidskosten die zo hoog zijn in verhouding tot hun inkomen, dat ze moeite hebben om te voorzien in basisbehoeften zoals huur, voeding en verwarming (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2023).

Om de gezondheidszorg betaalbaarder te maken, stellen we daarom voor om **het remgeld voor kinderen en jongeren af te schaffen**. Om deze maatregel te becijferen, maakten we een extrapolatie op basis van het gebruik van individuele sessies door CM-leden in mei 2023 (een maand waarin het zorgverbruik niet laag of hoog is in vergelijking met de schommelingen doorheen het jaar als gevolg van de schoolvakanties). Voor heel België zou het afschaffen van het remgeld voor kinderen en jongeren 2,9 miljoen euro per jaar kosten (zie Tabel 6).

We stellen ook voor om **het remgeld voor netwerken volwassenen te verlagen** tot de bedragen die worden aanbevolen in het KCE-rapport waarin een model wordt voorgesteld voor de organisatie en financiering van psychologische zorg (Kohn, et al., 2016), namelijk 6 euro per sessie en 1,50 euro voor VT-ers, naar analogie met de tarieven die gelden voor raadplegingen bij huisartsen (bedragen ongewijzigd in 2023). Voor zorg in het kader van de behandel functie (de voorgestelde nieuwe benaming voor gespecialiseerde zorg) vinden wij dat het remgeld niet hoger mag zijn dan voor eerstelijns psychologische zorg. Patiënten mogen niet gestraft worden voor het feit dat ze een uitgebreidere behandeling nodig hebben vanwege de ernst van hun psychische problemen. Daarentegen moet het onderscheid tussen de twee functies duidelijker zijn en moet de behandel functie toegankelijk zijn onder voorwaarden, zoals eerder toegelicht. Het zou niet de verantwoordelijkheid van de patiënten moeten zijn om het type

opvolging te kiezen, met het risico dat ze er geen gebruik van maken om financiële redenen.

Een dergelijke verlaging van het remgeld in de netwerken volwassenen zou, als alle andere factoren ongewijzigd blijven, 3,3 miljoen euro kosten. De totale kost van deze twee maatregelen kan dus geschat worden op 6,2 miljoen euro, wat slechts 3,8% van het totale budget van de overeenkomst voor 2023 is¹³.

6.4. Evaluatie en monitoring van de hervorming

Zoals deze studie laat zien, is het noodzakelijk om **gegevens op individueel niveau te blijven registreren** om deze te kunnen monitoren, zelfs voor groepssessies. Er worden vereenvoudigingen voorgesteld op vlak van registratie, maar deze lijken een bedreiging voor de toekomstige monitoring van deze sessies, niet alleen om hun toegankelijkheid en het profiel van de mensen die er toegang toe hebben te meten, maar ook hun effectiviteit, bijvoorbeeld via het toekomstige zorggebruik door patiënten die er gebruik van hebben gemaakt.

Om de effectiviteit van de overeenkomst te meten, is het nodig om **de gezondheidstoestand te analyseren op basis van het zorggebruik en van indicatoren die zich niet beperken tot ziekteverzuim**. Het doel van psychologische

Tabel 6 : Voorstel van aanpassing van het remgeld voor individuele sessies en berekening van de kostprijs van de maatregel (extrapolatie op basis van CM-gegevens, 2022-2023)

Netwerk	Statuut	Remgeld van toepassing voor een individuele sessie	CM-voorstel voor nieuw remgeld	Jaarlijkse kost als alle andere factoren ongewijzigd blijven (extrapolatie op basis van het gebruik door CM-leden in mei 2023)
Volwassenen	VT	4 euro	1,5 euro	400.650 euro
	Niet-VT	11 euro	6 euro	2.953.050 euro
Kinderen en jongeren	VT	4 euro	0 euro	186.240 euro
	Niet-VT	11 euro	0 euro	2.701.710 euro

Totale kost	6.241.650 euro
Totaal budget voor de overeenkomst in 2023	165.000.000 euro
% van het gebruikte budget om de maatregel te financieren	3,8%

13 Het is ook mogelijk om een extrapolatie te maken op basis van het zorggebruik over het afgelopen jaar (van 1 juli 2022 tot 30 juni 2023), wat neerkomt op 5,6 miljoen euro. Gezien de stijgende trend in het gebruik, zou dit een onderschatting kunnen zijn. We hebben daarom gekozen voor een extrapolatie op basis van mei 2023. Indien het gebruik echter nog meer zou toenemen, moet hiermee rekening worden gehouden bij de budgettering van de maatregel.

zorg is om de geestelijke gezondheid te verbeteren en patiënten in staat te stellen zich weer goed te voelen en te genieten van een betere levenskwaliteit, niet alleen om weer aan het werk te gaan. Naast het monitoren van de gezondheidstoestand van patiënten kan er ook gewerkt worden aan het evalueren van meetbare indicatoren zoals wachttijden, patiënttevredenheid en het opleidingsniveau/bekwaamheid van deelnemende psychologen.

Tot slot, hoewel besloten is om de zorg in het kader van de overeenkomst te factureren via de VZW IM, is het essentieel om de **verzekeringsinstellingen bij het proces te betrekken** vanwege hun expertise in het controleren van de naleving van de nomenclatuur en in het integreren van de gegevens van de leden in andere terugbetalingsstromen (remgelden meegenomen in de maximumfactuur, enz.).

7. Conclusie

De resultaten van de BELHEALTH-enquête van Sciensano van februari 2023 hebben aangetoond dat een aanzienlijk deel van de bevolking (9%) aangeeft onbeantwoorde behoeften te hebben aan psychologische hulp. De belangrijkste redenen die door de respondenten worden gegeven, hebben te maken met het taboe/stigma dat aan geestelijke gezondheid kleeft en dan vooral onder 18-29-jarigen, van wie de helft vermeldt dat ze de stap niet durven zetten. Dit toont aan dat de sociale perceptie van de geestelijke gezondheidszorg nog moet worden veranderd om de toegankelijkheid ervan te verbeteren. Er werden ook problemen van financiële toegankelijkheid gerapporteerd, vooral door mensen die moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen (de helft vermeldt dit). De percentages behoeften aan psychologische hulp en onbeantwoorde behoeften verschillen per regio, wat het belang van een lokale aanpak voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in de samenleving aantoont, zoals het geval is in het kader van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg. Wat betreft de behoefte aan psychologische hulp, toont de Sciensano-studie aan dat de meest kwetsbare mensen over het algemeen mensen in een kwetsbare financiële situatie zijn, vrouwen (in alle leeftijdsgroepen en vooral in de leeftijdsgroep 18-29 jaar) en mannen in de leeftijdsgroepen 30-54 en 55-64 jaar. Wat betreft de onbeantwoorde behoeften (ervaren behoeften maar geen hulp ontvangen), zijn de meest kwetsbare groepen de personen in een kwetsbare financiële situatie en jongeren, ongeacht hun geslacht.

Uit de analyse van de CM-gegevens blijkt dat, tot de nieuwe overeenkomst psychologische zorg van kracht werd, de terugbetaalde zorg vooral betrekking had op acute geestelijke gezondheidsproblemen en dat het aanbod aan ambulante zorg tot vandaag beperkt en verzaaid was: er zijn lange wachttijden voor psychiaters en CGG. De meest gebruikte zorg is medicatie (antidepressiva en antipsychotica), en heel vaak zonder een beroep te doen op psychotherapie, vooral bij vrouwen met lagere inkomens. We hebben ook vastgesteld dat mensen met een laag inkomen (VT-statuu) vaker een beroep doen op psychiatrische zorg, wat tot de ondertekening van de overeenkomst de meest betaalbare vorm van zorg was.

Gezien het hoge aandeel onbeantwoorde behoeften aan geestelijke gezondheidszorg, de verzaaiing van het huidige ambulante aanbod en de financiële drempel aangegeven door de deelnemers aan het Sciensano-onderzoek, lijkt de nieuwe overeenkomst psychologische zorg des te relevanter en een belangrijke inzet voor de volksgezondheid. De eerste resultaten van Sciensano suggereren dat de gebruikers van de nieuwe overeenkomst personen zijn in een sociaaleconomisch zwakkere positie dan degenen die psychologen raadplegen die niet onder de overeenkomst vallen. Dit kan erop duiden dat de overeenkomst de toegang tot psychologische zorg voor deze groep verbetert. Dit wordt bevestigd door de resultaten van de analyse van de CM-gegevens: van de gebruikers die lid zijn van CM, heeft 20% het VT-statuu (ter vergelijking: VT-ers vertegenwoordigen slechts 12% van de gebruikers van psychologische zorg die wordt vergoed door de aanvullende verzekering van CM en 15% van alle CM-leden). Er is ook een hoger gebruik onder vrouwen en jongeren, groepen waarvan is vastgesteld dat ze een grotere behoefte hebben aan gezondheidszorg.

Om de financiële toegankelijkheid van deze overeenkomst verder te verbeteren, moet bovendien het bestaan van het remgeld voor alle groepen en de vastgestelde bedragen hiervoor ter discussie worden gesteld. Daarom raden we aan deze af te schaffen in de netwerken 'kinderen en jongeren' en te verlagen tot 6 euro (en 1,50 euro voor VT-ers) in de netwerken 'volwassenen'.

Bovendien tonen de CM-gegevens aan dat er weliswaar verschillen zijn in de implementering - die verband houden met het feit dat de overeenkomst flexibel is en kan worden aangepast aan de regionale context - maar dat het gebruik niet verschilt naargelang de regio: het percentage gebruikers is even hoog in Wallonië als in Brussel en in Vlaanderen. Wat betreft het aantal nieuwe patiënten, stellen we vast dat 44% van de patiënten voorheen geen toegang had

tot terugbetaalde zorg¹⁴. We kunnen ook zien dat het aantal patiënten dat een ander type geestelijke gezondheidszorg blijft ontvangen na de start van de opvolging in het kader van de overeenkomst, afneemt, maar het is nog te vroeg om conclusies te trekken. Dit is iets wat op een later tijdstip kan worden gedaan, met name om na te gaan of de overeenkomst een verschuiving mogelijk maakt van de ambulante zorg van de psychiater, die momenteel verzadigd is, naar eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg.

In dit verband beveelt CM aan om gegevens op individueel niveau te blijven registreren om de toegankelijkheid van de zorg en het profiel van de mensen die er toegang toe hebben te kunnen blijven meten, evenals de doeltreffendheid ervan. Het is essentieel om de gezondheidstoestand te analyseren op basis van het gebruik van zorg en van indicatoren die zich niet beperken tot absentisme, om verbeteringen in de geestelijke gezondheid en levenskwaliteit te meten.

Wat het gemiddeld aantal sessies betreft, maakt bijna een derde van de patiënten gebruik van zowel eerstelijnszorg als gespecialiseerde zorg. In sommige situaties is dit te wijten aan het feit dat het aantal toegestane eerstelijns-sessies niet volstaat om de opvolging van de patiënt te garanderen. Daarom beveelt CM aan het aantal toegestane sessies te verhogen tot twintig eerstelijns-sessies per jaar. In andere situaties zijn patiënten niet direct doorverwezen naar de juiste functie. Daarom bevelen we de invoering aan van sessies psychodiagnostiek om een betere indicatiestelling en een effectiever gebruik van de tweede zorgfunctie mogelijk te maken.

Tot slot blijkt uit de analyse van de gegevens dat er steeds meer gebruik wordt gemaakt van de nieuwe mogelijkheden die de overeenkomst biedt (*outreaching*, groepsaanbod, vindplaatsen, enz.) naarmate de tijd verstrijkt, maar dat er nog steeds verwarring bestaat tussen deze mogelijkheden. Bovendien krijgen meer patiënten met een laag inkomen toegang tot de zorg via *outreaching*, wat het belang van het investeren in deze mogelijkheid om zorg mobiel te maken aantoont, evenals in 'vindplaatsen' die het mogelijk maken om de drempels voor toegang tot zorg te verlagen.

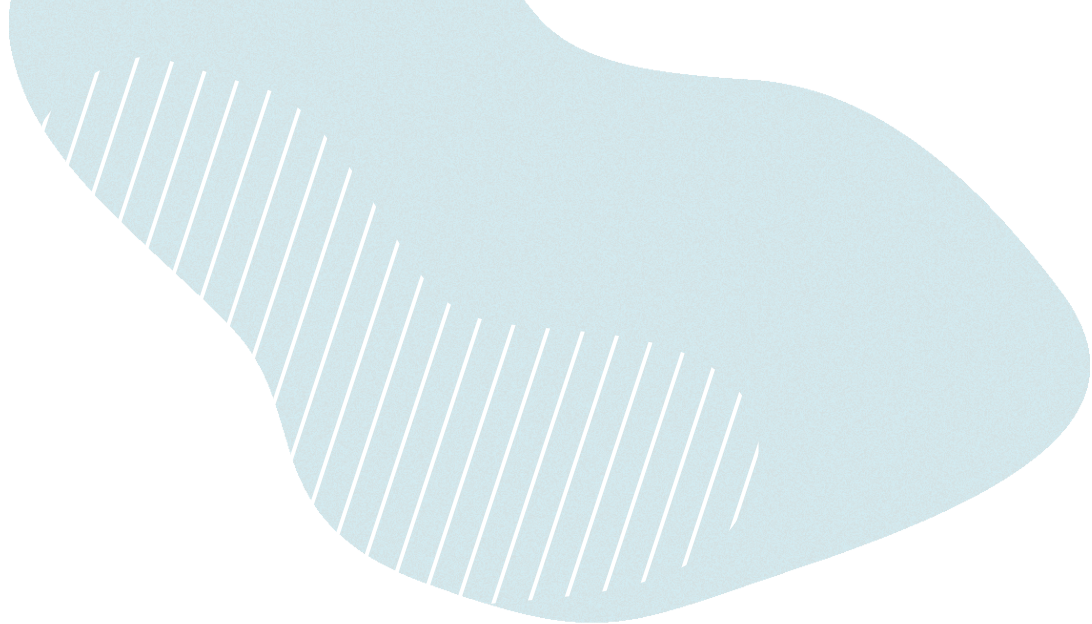
Hoewel deze overeenkomst van recente datum is, **groeit het aandeel van de bevolking dat er gebruik van maakt exponentieel**. Sinds de lancering van dit nieuwe zorgaanbod hebben bijna 180.000 patiënten ervan gebruik gemaakt, waaronder 88.440 CM-leden, wat overeenkomt met het CM-marktaandeel in België en 1,9% van de CM-populatie vertegenwoordigt. We kunnen ook vaststellen dat het volume aan verstrekkingen geleidelijk aan het niveau van de ambulante psychiatrie inhaalt.

Om alle redenen die in onze studie worden aangehaald, en in het bijzonder gezien het hoge niveau van de ervaren maar onbeantwoorde behoeften, het feit dat er tijd nodig is om de nieuwe overeenkomst in te voeren en dat het publiek en de gezondheidswerkers er nog niet vertrouwd mee zijn, menen wij dat de vastgestelde onderbenutting van het budget tijdelijk is. De overeenkomst heeft haar plaats en is noodzakelijk binnen het landschap van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg in België, en het is essentieel om er nog meer in te investeren en ze te blijven opvolgen. Hoewel de overeenkomst alleen niet alle behoeften aan geestelijke gezondheidszorg kan dekken - eerstelijnspsychologen pakken niet dezelfde problemen aan als psychiaters - zijn we ervan overtuigd dat ze een eerste stap vormt om tegemoet te komen aan de milde tot matige behoeften aan geestelijke gezondheidszorg van de bevolking.

14 Dit cijfer komt ook overeen met de resultaten van de EPCAP-studie (Evaluation of Primary Care Psychology in Belgium), waarvan de resultaten gebaseerd zijn op een enquête bij een steekproef van 2.750 patiënten. Wat de CM-statistieken, deze zijn gebaseerd op het zorggebruik van alle CM-leden die een traject zijn gestart in het kader van de overeenkomst in 2022 (en die ook CM-lid waren in de voorgaande jaren). Het gaat om een steekproef van 35.737 personen.

Bibliografie

- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Meeus, P. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem - rapport 2019*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Gers, L., Petrovic, M., Perkisas, S., & Vandewoude, M. (2018, aug). Antidepressant use in older inpatients: current situation and application of the revised STOPP criteria. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(8), 373-384.
- Gisle, L., Berete, F., Braekman, E., Bruggeman, H., Charafeddine, R., Demarest, S., . Smith, P. (2022). *Dixième enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires*. Brussel: Sciensano.
- Karyotaki, E., Smit, Y., Cuijpers, P., Debauche, M., De Keyser, T., Habraken, H., Holdt Henningsen, K. (2014). *Majeure Depressie (bij volwassenen): doeltreffendheid op de lange termijn van psychotherapie, op zichzelf of in combinatie met antidepressiva*. *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Morissens, A., Verniest, R., Noirhomme, C., & Sholokhova, S. (2022). Impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 52-75.
- Noirhomme, C. (2022). Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden *Gezondheid & Samenleving*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C., & Lambert, L. (2020). In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica. *CM-Informatie*, 280, 44-51.
- Psychologencommissie (2023). *Jaarverslag 2022*. Beschikbaar op https://www.compsy.be/assets/images/uploads/Compsy_Jaarverslag_NL.pdf
- Rens, E., & Van den Broeck, K. (2021). *Wachten op psychische hulp: wachttijden in Vlaamse privé-praktijken*, Werkgroep wachttijden Staten-Generaal ggz. Universiteit Antwerpen.
- Sciensano (1997-2018). *Health Interview Survey*. Brussel. Beschikbaar op www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey
- RIZIV. (2021). *RIZIV-statistieken over het aantal individuele zorgverleners, Tabel 3 - Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme/beroep - evolutie 2012-2021*. Beschikbaar op RIZIV: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiek_2021_gv_proff_tabel3.pdf
- RIZIV. (2022, mei 11). *Veelgestelde vragen - Nieuw model voor psychologische zorg in de eerste lijn*. Beschikbaar op RIZIV: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/psy_netwerken_faq_professional.pdf
- RIZIV. (2023). *Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en het netwerk geestelijke gezondheid betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerstelijns via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Gecoördineerde versie met 4e wijzigingsclausule van kracht op 1/1/2023*.
- RIZIV, & FOD Gezondheid. (2021, augustus 24). *Hervormingen in GGZ naar lokale multidisciplinaire samenwerking - Infosessie netwerkcoördinatoren*. Beschikbaar op RIZIV: <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/psy-infosessie-netwerkcoördinatoren.pdf>
- Sciensano (2022, 21 oktober). *Ziektelast: verloren gezonde levensjaren*. Brussel: Health Status Report. Beschikbaar op <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/verloren-gezonde-levensjaren>
- Sciensano (2023). *BELHEALTH - Belgisch Cohort Gezondheid en Welzijn*. Beschikbaar op Sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/belgisch-cohort-gezondheid-en-welzijn>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.



Vrouwen en gezondheidszorg in België

Wat zijn de gendervooroordelen in de gezondheidszorg en hoe kunnen ze worden verholpen?

Svetlana Sholokhova — Studiedienst

Met dank aan Sophie Cès, Élise Derroitte, Clara Noirhomme, Hélène Henry, Hélène Janssens en Hervé Avalosse

Samenvatting

Waarom leven vrouwen langer dan mannen? Is dit een echt 'voordeel'? De cijfers van Sciensano laten niet toe deze vraag positief te beantwoorden. Vrouwen leven hun 'extra' jaren in slechte gezondheid. De redenen hiervoor zijn niet van louter biologische aard. Vrouwen lijden, in tegenstelling tot mannen, vaker aan niet-dodelijke maar invaliderende ziekten die hen ernstig beperken in hun dagelijkse activiteiten. Er zijn ook ziekten die specifiek zijn voor vrouwen en die hun risico op een slechte gezondheid dus nog vergroten. Onderzoek toont echter aan dat de verschillen in gezondheid die op het niveau van de populaties worden waargenomen, worden verergerd door sociale factoren, in het bijzonder de manier waarop het gezondheidszorgsysteem de behoeften van mensen waarneemt en erop reageert. Onderzoekers wijzen er al jaren op dat mensen, afhankelijk van hun geslacht, door zorgverleners verschillend gediagnosticeerd, behandeld en opgevolgd worden, waarbij vrouwen vaak benadeeld worden.

Hoe zit het met België? Helpen de preventie, diagnose en behandeling die het Belgisch gezondheidszorgsysteem biedt om de gezondheidsverschillen te verkleinen of dreigen ze die integendeel te vergroten? Om deze vraag te beantwoorden hebben we de toegankelijkheid van de zorg in België geanalyseerd op de vier dimensies ervan: de gevoeligheid voor gezondheidsproblemen, de beschikbaarheid van de zorg, de betaalbaarheid en de aanvaardbaarheid, waarbij we de waargenomen verschillen hebben vergeleken met de resultaten van ander internationaal onderzoek. Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen heel wat moeilijkheden kunnen ondervinden om hun gezondheidsproblemen op te lossen. Deze moeilijkheden worden geïllustreerd door enkele voorbeelden op het vlak van preventie (borstkankerscreening), diagnose en behandeling (hart- en vaatziekten) en de organisatie van de zorg (ongelijkheid binnen de zorgverleners). Zonder de pretentie te hebben volledig te zijn, biedt deze studie voor het eerst een analyse van het Belgisch gezondheidszorgsysteem vanuit een genderperspectief en formuleert ze een reeks aanbevelingen voor de beleidsmakers en verantwoordelijken van het gezondheidszorgsysteem om de ongelijkheden tussen vrouwen en mannen op het vlak van gezondheid te verminderen.

Sleutelwoorden: Ongelijkheid in gezondheid, genderongelijkheid, toegankelijkheid, vrouwen

1. Inleiding

“Ongelijkheden in gezondheid zijn verschillen in gezondheidstoestand tussen groepen mensen die aanzienlijk, onnodig, oneerlijk, onrechtvaardig, systematisch en met redelijke middelen vermijdbaar zijn”¹. Deze verschillen kunnen worden waargenomen tussen populaties, groepen binnen een populatie en in de vorm van een gradiënt. Ze zijn gekoppeld aan sociale, economische en milieuomstandigheden - de omstandigheden waarin we geboren worden, opgroeien, leven, werken en ouder worden. Het zou daarom voorbarig zijn om de verschillen in gezondheid die waarneembaar zijn binnen de bevolking te ‘individualiseren’, door aan te nemen dat deze verschillen afhankelijk zijn van individuele personen (bijvoorbeeld alleen hun genetische erfelijkheid of enkel hun gewoonten). Ongelijkheid in gezondheid is daarentegen structureel, juist omdat de leefomstandigheden van de mensen, en dus ook de maatschappelijke structuur die ze bepaalt, een centrale rol spelen in de gezondheid van de mensen (Derrotte, Cès, & Sholokhova, 2023).

De ongelijkheden die inherent zijn aan de maatschappelijke structuur kan men benaderen vanuit de drie invalshoeken van structurele discriminatie. We kunnen dan groepen identificeren die meer risico lopen vanuit **economisch** oogpunt (mensen die tot de armere klassen behoren) en die grote moeilijkheden ondervinden om in hun basisbehoeften te voorzien, vanuit het oogpunt van discriminatie op basis van **afkomst** (mensen met een raciale achtergrond) en vanuit het oogpunt van **genderdiscriminatie** (mensen die gediscrimineerd worden op basis van hun geslacht of seksualiteit). Een eerdere studie van de Christelijke Mutualiteit (CM) toonde aan dat economische verschillen sterk gecorreleerd zijn met verschillen in gezondheid. Mensen die in rijkere buurten wonen, hebben een betere gezondheid dan mensen die in armere buurten wonen: de eersten leven langer en hebben minder last van diabetes, hart- en vaatziekten en aandoeningen van de luchtwegen (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). In dit artikel kijken we naar het feit dat mensen niet dezelfde risico’s op ziekte of dezelfde kansen op behandeling hebben, afhankelijk van hun geslacht. We zijn vooral geïnteresseerd in de rol van het gezondheidszorgsysteem, dat de WGO definieert als “alle organisaties, personen en acties die als hoofddoel hebben om gezondheid te bevorderen, te herstellen of te behouden” (Morgan et al., 2016, eigen vertaling).

Immers, een moeilijke toegang tot de gezondheidszorg riskeert om gezondheidsongelijkheden te verergeren of nieuwe ongelijkheden te creëren.

De vraag die aan de basis ligt van ons onderzoek is de volgende: is de medische praktijk van preventie, diagnose en behandeling in België doordrongen van waarden en voorstellingen van de geslachten die leiden tot ongelijkheden in gezondheid tussen vrouwen en mannen, en wat zijn de mogelijke vooruitzichten om de huidige situatie te verbeteren? Deze vraag impliceert andere vragen: zijn er verschillen volgens geslacht in het gebruik van het Belgisch gezondheidszorgsysteem? Welke trends kunnen we identificeren en hoe kunnen we ze verklaren? En tot slot, hebben deze trends een invloed op de gezondheid van de mensen?

Onze studie richt zich voornamelijk op vrouwen. Aangezien de geslachtskwestie echter nauw verbonden is met die van de seksuele geaardheid of identiteit, worden veel mensen ook op deze basis gediscrimineerd. Wegens het gebrek aan beschikbare gegevens tot nu toe, zijn we genoodzaakt dit onderwerp buiten beschouwing te laten, wat de ernst en de omvang van de discriminatie en gezondheidsverschillen in kwestie geenszins in twijfel trekt. We hopen dit in de nabije toekomst te kunnen onderzoeken.

Van meet af aan moeten we ook benadrukken dat het misleidend zou zijn om vrouwen als een homogene groep te beschouwen. Ook binnen deze groep bestaan er ongelijkheden op het vlak van economische status, afkomst, seksualiteit, leeftijd, enz. Daarom moeten we altijd de voorkeur geven aan een intersectionele benadering die levenssituaties analyseert in hun ware complexiteit. Terwijl een beschrijvende analyse zich beperkt tot het vaststellen van ongelijkheden, laat een intersectionele benadering eerder toe de redenen voor deze ongelijkheden te verklaren, door bijvoorbeeld te kijken naar de verschillende systemen van overheersing (Young, Mangwi Ayiasi, Shung-King, & Morgan, 2020). Om aan deze eis te voldoen, onderzoeken we de manier waarop de verschillende ongelijkheden – vrouw zijn en oud zijn, vrouw zijn en een handicap hebben, vrouw zijn en moeite hebben om rond te komen – elkaar kruisen en het gebruik van gezondheidszorg beïnvloeden.

1 health-inequalities.eu.

Tot slot hebben ook mannen te lijden onder de ongelijkheid. Seksisme is niet alleen gebaseerd op voorstellingen van vrouwelijkheid, maar ook op voorstellingen van mannelijkheid. We stellen inderdaad een sterke correlatie vast tussen gedrag dat als ‘typisch mannelijk’ wordt beschouwd en bepaalde gezondheidsrisico’s (Courtenay, 2000): overmatig alcoholgebruik, gevaarlijk rijgedrag, enz. Net als vrouwen, lopen mannen die niet voldoen aan de normatieve visie op mannelijkheid die de gendersamenleving uitdraagt, het risico gediscrimineerd te worden (Connell & Messerschmidt, 2005), wat op zijn beurt schadelijk kan zijn voor hun gezondheid. Ondanks het belang van dit onderwerp, zal het niet behandeld worden in dit artikel, omdat het om andere overwegingen vraagt binnen het kader van een volwaardig afzonderlijk artikel.

In dit artikel gaan we als volgt te werk. Eerst verkennen we de geslachtsongelijkheden op het vlak van de gezondheid in België (2.1.). Daarna schetsen we het theoretisch kader voor onze analyse door na te gaan hoe gender als maatschappelijk systeem de waargenomen verschillen conditioneer (2.2.). We bekijken ook de rol van de toegang tot de gegevens bij de analyse van de gezondheidsverschillen en de moeilijkheden die zich daarbij voordoen (2.3.). Vervolgens bekijken we het Belgisch gezondheidszorgsysteem vanuit het toegankelijkheidsperspectief door de manier te bestuderen waarop geslachtsongelijkheden verschillende dimensies van dit systeem kenmerken: gevoeligheid voor gezondheidsproblemen (3.1.), beschikbaarheid van en voor zorg (3.2.), betaalbaarheid van de zorg (3.3.) en aanvaardbaarheid van de aangeboden zorg (3.4.). Na een analyse van onze onderzoeksresultaten (deel 4), sluiten we onze studie af met een reeks aanbevelingen voor de beleidsmakers en de betrokken personen op verschillende niveaus van het gezondheidszorgsysteem (deel 5).

2. Van een *gender-based* samenleving naar een *gender-based* gezondheid

2.1. Geslachtsongelijkheid in gezondheid

Sinds enkele jaren stellen we vast dat vrouwen in Europa weliswaar een hogere **levensverwachting** hebben dan mannen, maar dat hun gezondheidsniveau lager ligt dan dat van mannen. Hoewel bijvoorbeeld in België de levensverwachting bij de geboorte voor vrouwen 84,0 jaar en voor mannen 79,2 jaar bedroeg (Sciensano, 2021), kunnen vrouwen na hun 65 jaar verwachten om 57% van de rest van hun leven in goede gezondheid te leven, tegenover 68% bij mannen². Zoals Sciensano uitlegt, “Terwijl vrouwen veel langer leven, leven ze slechts iets langer zonder beperkingen, en als gevolg daarvan leven ze meer jaren met beperkingen (zowel in absoluut aantal jaren als in % van het resterende leven)”³.

Dit wordt verklaard door de verschillen in ziekten waarmee mannen en vrouwen te maken krijgen: “Mannen lijden op jongere leeftijd meer aan potentieel dodelijke chronische ziekten (coronaire hartziekten, kanker, cerebrovasculaire aandoeningen, longemfyseem, levercirrose, nierziekten en atherosclerose)”, terwijl “vrouwen meer invaliderende chronische aandoeningen hebben (auto-immuunziekten en reumatologische aandoeningen), evenals hinderlijke maar minder levensbedreigende aandoeningen (bloedarmoede, schildklierziekten, galblaasaandoeningen, migraine, artritis en eczeem)” (Bird & Rieker, 2008, p. 18, eigen vertaling). Naast verschillen in de prevalentie van ziekten tussen mannen en vrouwen, zijn er ook gezondheidsproblemen die specifiek vrouwelijk zijn, zoals ziekten die verband houden met het voortplantingssysteem, het moederschap (peri- en postnatale depressie, enz.), geweld, enz. en die daarom een bijzondere impact hebben op de gezondheid van vrouwen.

De gegevens uit de gezondheidsenquête van Sciensano bevestigen dit. Er bestaan belangrijke en systematische verschillen (over een periode van 15 jaar van gegevensverzameling) naargelang het geslacht in het aantal mensen dat **een langdurige ziekte of gezondheidsprobleem**

2 De ‘levensverwachting bij de geboorte’ wordt berekend als het gemiddelde aantal jaren dat een pasgeboren baby naar verwachting zal leven, als de huidige sterftecijfers in de komende jaren ongewijzigd blijven, terwijl de ‘levensverwachting in een bepaalde (goede) gezondheidstoestand’, verwijst naar een leven zonder beperking, zonder chronische ziekte of in een goede ervaren gezondheid.

3 Zie <https://www.gezondbelgie.be> voor meer informatie over de berekening en andere gegevens.

rapporteert: “over de hele periode verklaren vrouwen meer een langdurige ziekte of aandoening te hebben dan mannen met respectievelijk 29% en 25% in 2022”; ook is het aandeel vrouwen dat aangeeft **beperkt te zijn in hun dagelijkse activiteiten** hoger dan dat van mannen, over de volledige geanalyseerde periode: “ging het om 28,3% van de vrouwen tegenover 22,9% van de mannen”⁴.

Een andere indicator om de gezondheidskloof tussen mannen en vrouwen in België te beoordelen, is het percentage personen dat arbeidsongeschikt is wegens ziekte. Volgens de berekeningen van het Federaal Planbureau bedraagt het aandeel vrouwen dat langdurig **arbeidsongeschikt is** in 2021 14,7%, terwijl dit bij mannen 8,0% bedraagt. Dit verschil neemt toe: van 0,8 procentpunt in 2005 tot 6,7 procentpunt in 2021 (zie Figuur 1).

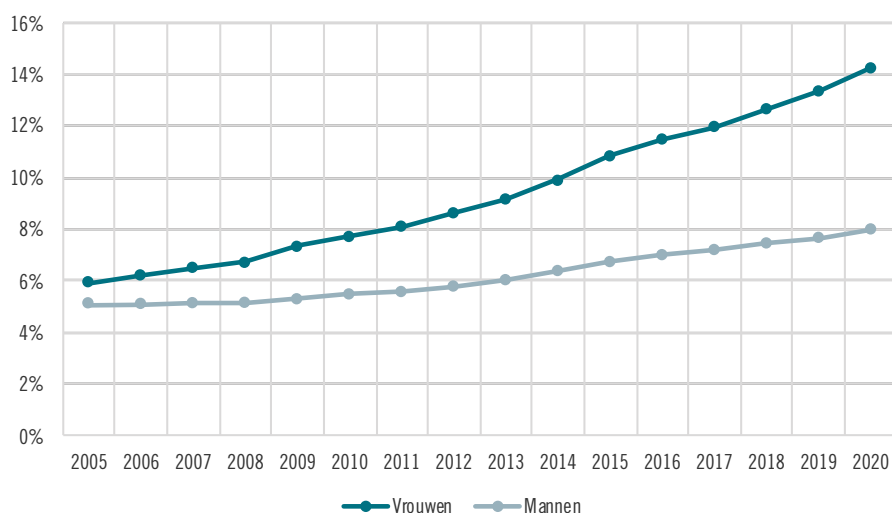
De CM-gegevens bevestigen eveneens de aanwezigheid van ongelijkheden: vrouwen hebben een groter risico dan mannen op een **chronische aandoening** (en dus om recht te hebben op het statuut ‘chronische aandoening’). In 2021 had bijvoorbeeld 15,4% van de vrouwen onder de CM-leden het statuut chronische aandoening, tegenover 11,3% van de mannen. Deze verschillen blijven bestaan, zelfs na standaardisering op basis van leeftijd, dit is rekening houdend met het verschillende aantal mannen en vrouwen in de verschillende leeftijdsgroepen: 14,6% tegen 12%.

Vrouwen in België hebben dus duidelijk meer kans om te lijden aan invaliderende ziekten, dus aan langdurige ziekten of ziekten die hen zo sterk beperken in hun dagelijkse activiteiten dat hun arbeidsgeschiktheid in het gedrang komt. Uit de gegevens over arbeidsongeschiktheid blijkt ook dat deze situatie lijkt te verslechteren. De vraag is dus of en in welke mate de gezondheidszorg rekening houdt met deze verschillen en met hoe ze te verklaren zijn, en met wat er gedaan kan worden om de groeiende kloof tussen vrouwen en mannen te verkleinen.

2.2. Hoe kunnen we deze verschillen verklaren?

Er zijn pogingen gedaan om **biologische verklaringen te vinden** voor de verschillen in gezondheid afhankelijk van het geslacht. Vanuit dit gezichtspunt zouden mannen en vrouwen door biologische factoren vatbaar zijn voor of juist beschermd worden tegen bepaalde soorten ziekten. Er is aangetoond dat de lange levensduur van vrouwen gedeeltelijk kan worden verklaard door hormonale verschillen, waarbij vrouwen beter beschermd zijn tegen hart- en vaatziekten dan mannen dankzij hogere oestrogeenspiegels. Tegelijkertijd daalt het oestrogeengehalte met de leeftijd en het begin van de menopauze, waardoor vrouwen een verhoogd risico lopen op osteoporose, dat ver-

Figuur 1: Langdurige arbeidsongeschiktheid naar geslacht (percentage tewerkstelling, inclusief werklozen) (Bron: indicators.be)



4 Eurostat-analyse ontleend aan <https://indicators.be>.

antwoordelijk is voor veel heup-, wervel- en polsfracturen, en hart- en vaatziekten (Rudic, Poropat, Krstic, Bjelakovic, & Glud, 2005). De verklarende reikwijdte van het onderzoek dat zich richt op de biologische verklaringen voor de gezondheidsverschillen naargelang het gender blijft echter beperkt en laat niet toe alle waarneembare verschillen in gezondheid te verklaren. Bovendien toont epigenetisch onderzoek aan dat fysiologische verschillen tussen volwassen vrouwen en mannen niet altijd aangeboren of onveranderlijk zijn, maar verworven kunnen zijn tijdens het socialisatieproces (Bird & Rieker, 2008).

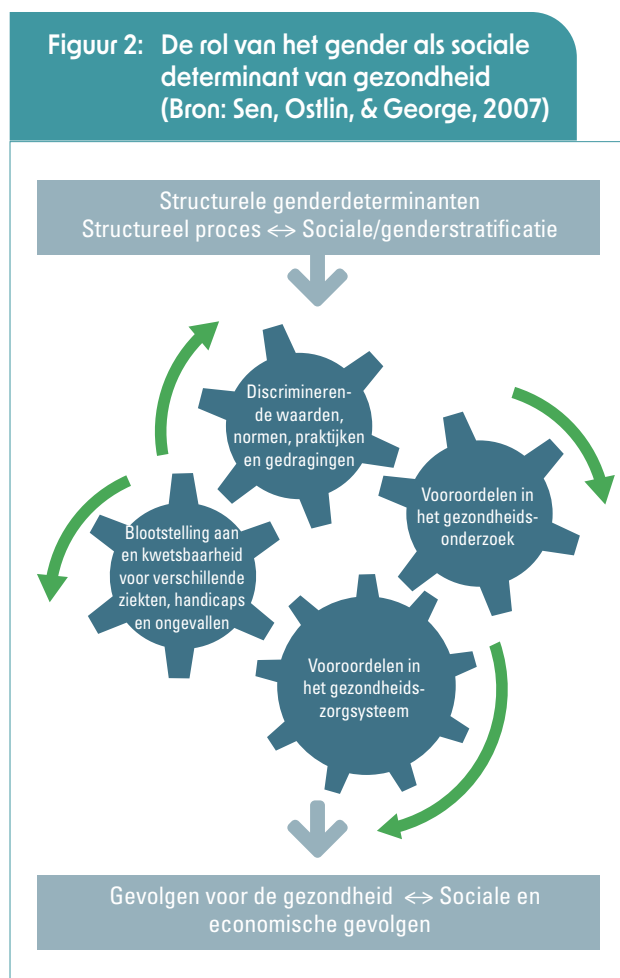
Economische verklaringen voor de verschillen in gezondheid tussen mannen en vrouwen bieden daarentegen veel meer duidelijkheid. Ze benadrukken de impact van de verschillen in levensomstandigheden tussen mannen en vrouwen en de directe invloed van deze verschillen op de gezondheid (Marmot, 2010). Deze verklaringen zijn met name gebaseerd op het feit dat vrouwen in het bijzonder geconfronteerd worden met ongunstige economische factoren: ze hebben vaker dan mannen te lijden onder armoede, discriminatie bij aanwerving, verloning of op het werk, enz. (European commission, 2021; European Institut for Gender Equality, 2021). Deze ongelijkheden kan men verklaren door het feit dat vrouwen vaker deeltijds werken dan mannen, oververtegenwoordigd zijn in laagbetaalde sectoren en minder gemakkelijk toegang hebben tot leidinggevende functies.

De gezondheid van vrouwen wordt ook beïnvloed door factoren die niet economisch van aard zijn (of ten minste niet rechtstreeks). We zullen de term **gender** gebruiken om te verwijzen naar het geheel van de sociale factoren die verantwoordelijk zijn voor de gezondheidsverschillen tussen de geslachten, waarmee we dan een systeem bedoelen van *hiërarchische tweedeling* tussen de geslachten (mannen/vrouwen) en tussen de waarden en voorstellingen die ermee geassocieerd worden (mannelijk/vrouwelijk) (Bereni, Chauvin, Jaunait, & Revillard, 2020). **Het gender is dus een sociale relatie, terwijl het geslacht de positie is die we daarin innemen, voortgebracht door het sociale systeem**⁵. Ongelijkheid in gezondheid tussen de geslachten

kan ook worden verklaard door het gender en is daarom een 'genderprobleem' in zoverre dat mensen, afhankelijk van hun geslacht en dus hun positie in de hiërarchie tussen de geslachten, niet op dezelfde manier blootgesteld worden aan (risico's op) ziekte of de behandeling ervan.

Het schema voorgesteld door de WGO illustreert duidelijk hoe de genderspecifieke structuur van de samenleving een impact heeft op de gezondheid van de mensen (en hun sociaaleconomische situatie, aangezien de twee van elkaar afhankelijk zijn) en in het bijzonder de factoren die deze impact bepalen (zie Figuur 2, Sen, Ostlin, & George, 2007, p. 11). Deze factoren zijn onder andere de gezondheidszorgsystemen en het bevooroordeeld gezondheidsonderzoek.

Figuur 2: De rol van het gender als sociale determinant van gezondheid (Bron: Sen, Ostlin, & George, 2007)



5 Daarom gebruiken we niet de terminologie die gender tegenover geslacht zou plaatsen volgens het onderscheid tussen cultuur en natuur, of maatschappij en biologie, waarbij het gender een sociaal 'surplus' is ten opzichte van het biologische geslacht. Deze definitie heeft de neiging om het geslacht te reduceren tot een staat van 'pure natuur', tot een biologie die onafhankelijk is van de maatschappij. Toch is deze pure natuur vaak onmogelijk te vinden. Dit wordt bevestigd door de gevallen van interseks kinderen, d.w.z. kinderen die geboren worden zonder tekenen die het mogelijk maken hun geslacht als vrouwelijk of mannelijk te definiëren. Het geslacht van deze kinderen wordt bij de geboorte bepaald (en vaak operatief en/of hormonaal geproduceerd) door de ouders en het medisch korps. Wat uit deze gevallen naar voren komt, is vooral de behoefte om een geslacht te kiezen. Het is dus duidelijk dat gender - als een systeem gebaseerd op de binariteit man/vrouw - voortvloeit uit iemands feitelijke geslacht, en niet andersom (zoals het idee van gender als een surplus van biologisch geslacht zou suggereren). Bovendien herformuleert een verwijzing naar het idee van biologisch geslacht alleen maar de geschiedenis van het geslacht zelf. Het geslacht wordt gekenmerkt door de onherleidbare pluraliteit van de criteria die gebruikt worden om het te bepalen (anatomie, geslachtsklieren, hormonen, DNA) en het feit dat de combinatie van deze criteria die gebruikt worden om het geslacht te definiëren door de geschiedenis heen en tussen samenlevingen varieert (zie Dorlin, 2008).

Het gezondheidszorgsysteem speelt dus een rol in het reproduceren en versterken van genderongelijkheden en draagt zo bij aan de vicieuze cirkel van gendergereleerde gezondheidsproblemen. Door het hanteren van geslachtsgebonden voorstellingen en waarden, houdt de gezondheidszorg enerzijds de ongelijkheden tussen mannen en vrouwen in stand, met als resultaat ongelijkheid in gezondheid tussen de geslachten. Aan de andere kant creëert de gezondheidszorg nieuwe problemen en versterkt ze zo de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen, vooral omdat ze niet op dezelfde manier toegankelijk is voor mannen en vrouwen.

Het gender beïnvloedt de gezondheid van mensen door invloed uit te oefenen op “de toegang tot en het gebruik van de gezondheidsdiensten, de ontwikkeling en gebruik van medische producten en technologieën, de kenmerken van het personeelsbestand in de gezondheidszorg, het financieringssysteem van de gezondheidszorg, de verzamelde gegevens en het beheer ervan, en de manier waarop het gezondheidsbeleid wordt ontwikkeld en uitgevoerd” (Morgan, et al., 2016, p. 2, eigen vertaling).

2.3. Het probleem van de gelijkheidsgegevens

Wat zijn de gendervooroordelen in het Belgisch gezondheidszorgsysteem? We moeten benadrukken dat er tot op heden geen kwantitatieve of kwalitatieve wetenschappelijke studies bestaan die een antwoord bieden op deze vraag. Zo vermelden de *rapporten over de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem* die regelmatig worden opgesteld door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), genderongelijkheid niet als een van de analysecriteria. Voor sommige indicatoren worden de gegevens wel voorgesteld volgens geslacht, maar dit gebeurt niet systematisch en vormt geen afzonderlijk onderwerp. De KCE-rapporten bevestigen de algemene trend van de analyses van Belgische gegevens, waarin de kwestie van genderongelijkheid in de gezondheidszorg afwezig is. Er zijn echter een aantal publicaties die de verdienste hebben te wijzen op het structureel probleem van genderongelijkheid in gezondheid en de impact van het gender op de zorg (Gillard, 2021; Colard, 2019).

Om een antwoord op onze vraag te vinden, moeten we ons dus baseren op ‘**gelijkheidsgegevens** (*equality data*)’ of deze produceren. Dit zijn gegevens die het mogelijk maken om de toestand van gelijkheid of ongelijkheid in de samenleving, en in het bijzonder in de gezondheid, te beschrij-

ven en te analyseren (UNIA, 2021). Het verzamelen van dit soort gegevens is in de eerste plaats bedoeld om de bias, en in ons geval de genderbias, die we in gezondheidsonderzoek kunnen tegenkomen, te vermijden, maar ook om ze te benadrukken.

Het gezondheidsonderzoek, dat de basis vormt van de *evidence-based medicine*, maar ook van de medische praktijk, kent een lange geschiedenis van **genderbias**. ‘Bias’ wordt gedefinieerd als een fout die leidt tot resultaten of conclusies die systematisch afwijken van de waarheid (Porta, 2014). De systematische aard van de bias is belangrijk, het gaat niet om een louter willekeurige fout of een gebrek aan precisie. Het is een kwestie van het negeren van de genderrealiteit als een sociale determinant en dus het verdoezelen van het feit dat de samenleving gekenmerkt wordt door genderongelijkheid.

Genderbias of gendervooroordelen kan optreden tijdens het hele **proces van het gezondheidsonderzoek**, zowel bij het formuleren van de onderzoeksvraag als bij het ontwikkelen van de methodologie, wanneer de gegevens worden verzameld en geanalyseerd, en bij het nadenken over het implementeren van de resultaten. Bij het formuleren van onderzoekshypothesen speelt genderbias een rol door aan te nemen dat de gezondheidssituaties en -risico’s van vrouwen en mannen gelijkaardig zijn, terwijl dat in feite niet zo is, of juist door verschillen te veronderstellen waar er gelijkenissen zijn (Ruiz-Cantero, et al., 2007). In de fase van de gegevensverzameling constateren we een gebrek aan uitgesplitste gegevens naar geslacht, namelijk gegevens die onderscheid maken tussen mannen en vrouwen, en dit op twee manieren.

Ten eerste kunnen dit soort gegevens ontbreken omdat ze niet gerapporteerd of vermeld werden bij de voorstelling van de onderzoeks- of analyseresultaten (*reporting bias*). Met andere woorden, deze gegevens hadden geregistreerd kunnen worden en werden waarschijnlijk ook geregistreerd, maar blijven als het ware ‘begraven’, ongepubliceerd en niet beschikbaar, terwijl de invloed ervan op de onderzoeksresultaten waarschijnlijk blijft. Ten tweede kan het ontbreken van naar geslacht uitgesplitste gegevens te wijten zijn aan de gebruikte methode om deelnemers te selecteren, die kan leiden tot uitsluiting of ondervertegenwoordiging van één van de geslachten in de onderzoeken. Zo stelt men bijvoorbeeld in een studie, gepubliceerd in 2022, een systematische ondervertegenwoordiging vast van vrouwen in gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken op gebieden zoals hart- en vaatziekten, neoplasma’s, ziekten van het endocriene systeem, ziekten van

de luchtwegen, bacteriële en schimmelinfecties, virale ziekten, ziekten van het spijsverteringsstelsel en ziekten van het immuunsysteem (Daitch, Turjeman, Poran, & et al, 2022). Van de 300 studies die in 2017 werden gepubliceerd en door Daitch et al. werden geanalyseerd, was het totale mediane inschrijvingspercentage voor vrouwen slechts 41% en dit percentage neemt af met de leeftijd van de deelnemers aan de testen. Vrouwen jonger dan 45 jaar vormden 47% van de deelnemers aan de studies, terwijl vrouwen ouder dan 63 jaar slechts 33% uitmaakten. De daling van de deelname van vrouwen met de leeftijd is verre van onschuldig gezien het feit dat, zoals we net gezien hebben, oudere vrouwen meer gezondheidsproblemen ondervinden dan oudere mannen.

Hoe de ondervertegenwoordiging van vrouwen als proefpersonen rechtvaardigen? Voor sommige onderzoekers staat het opnemen van vrouwen gelijk aan het creëren van nieuwe problemen, omdat het lichaam van de vrouw te complex en te veranderlijk is, vooral vanwege de hormonale schommelingen die gepaard gaan met de menstruatiecyclus. Daarom lopen vrouwen het risico in onderzoeken getest te worden wanneer hun cyclus zich in de eerste folliculaire fase bevindt (Bruinvels et al., 2016), dit is wanneer ze het meest op mannen lijken, met het idee om de mogelijke invloed van oestradiol en progesteron op de onderzoeksresultaten tot een minimum te herleiden (Criado Perez, 2020, p. 204). In het echte leven gebruiken vrouwen echter geneesmiddelen en ondergaan ze behandelingen tijdens hun hele menstruatiecyclus, wat betekent dat ze worden blootgesteld aan invloeden die niet zijn onderzocht.

Deze ondervertegenwoordiging is echter niet beperkt tot studies bij mensen. Uit een analyse van publicaties in *Pain*, één van de toonaangevende tijdschriften over pijn, blijkt dat 79% van de preklinische studies bij knaagdieren die tussen 1996 en 2005 zijn gepubliceerd, alleen mannelijke ratten of muizen testten. En deze situatie is duidelijk niet beperkt tot het onderwerp 'pijn' (Mogil, 2020). Mannelijke dieren domineren vrouwelijke dieren als preklinische onderzoeksonderwerpen in de neurowetenschappen, fysiologie, farmacologie en endocrinologie. Hoewel er regelgeving is ingevoerd, met name in de Europese Unie, komen er maar langzaam verbeteringen en worden we nu geconfronteerd met het feit dat tientallen jaren van onderzoek met voornamelijk mannelijke knaagdieren heeft geleid tot het ontstaan van een vooral op mannen toegespitste literatuur, waarvan de omvang en de details nu pas duidelijk worden.

3. Gender en (gebrek aan) toegang tot gezondheidszorg

In deze studie benaderen we het thema van de impact van de genderbias op de klinische praktijk en de werking van het gezondheidszorgsysteem in het algemeen vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dit is één van de centrale elementen van het gezondheidszorgsysteem, dat gekenmerkt wordt door vier dimensies: de **mogelijkheid om gezondheidsproblemen te identificeren (gevoeligheid)**, de **mogelijkheid om de diensten te bereiken (beschikbaarheid)**, de **financiële toegankelijkheid (betaalbaarheid)** en de **kwaliteit van de zorg (aanvaardbaarheid)** (Cès, 2021). Vanuit gezondheidseconomisch perspectief kan elk van deze dimensies worden geanalyseerd vanuit het oogpunt van het zorgaanbod (de organisatie van de diensten en de arbeidsomstandigheden van de zorgverleners) en vanuit het oogpunt van de vraag (de levensomstandigheden van de patiënten en de determinanten van hun gezondheidsproblemen) (zie Tabel 1 in Cès, 2021, p. 17). Deze multidimensionale interpretatie van de toegankelijkheid zal ons theoretisch kader vormen en ons helpen om de slinkse manier te begrijpen waarop gender in de gezondheidszorg doordringt.

Onze analyse is in de eerste plaats gebaseerd op een overzicht van de internationale wetenschappelijke literatuur over de Westerse landen. Aangezien het doel van onze studie is om de genderdimensie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem te analyseren, beperken we ons tot een vergelijking met Europese en Amerikaanse gezondheidszorgsystemen, dus met gezondheidszorgsystemen in landen met een welvaartsniveau vergelijkbaar met dat van België. Ten tweede werken we met gegevens uit verschillende bronnen: enerzijds gegevens die *open access* beschikbaar zijn, dus vrij toegankelijk en in de meeste gevallen via het internet, zoals de gegevens van Sciensano, Statbel, de FOD Volksgezondheid of gegevens van de EU-SILC-enquête, en anderzijds de administratieve gegevens over het gezondheidszorggebruik die routinematig worden verzameld door CM in het kader van haar rol als medebeheerder van de verplichte ziekteverzekering. Alle berekeningen voor de CM-leden (Franstalig, Nederlandstalig en Duitstalig) werden uitgevoerd door de studiedienst van CM.

3.1. Gevoeligheid voor gezondheidsproblemen

Toegankelijke gezondheidszorg is in de eerste plaats gezondheidszorg die gevoelig is voor gezondheidsproblemen, dus die “het vermogen om objectieve behoeften te identificeren vanuit een klinisch oogpunt” cultiveert en implementeert (Cès, 2021, p. 8). Het zijn de zorgverleners die een centrale rol spelen bij het vaststellen van de gezondheidsbehoeften van de mensen. Hun verantwoordelijkheid omvat “niet alleen de fase van identificatie van het gezondheidsprobleem of -risico (bijvoorbeeld door vroegtijdige screening), maar ook de secundaire toegang tot de gezondheidszorg, d.w.z. het initiëren van het opnemen van de zorg” (Cès, 2021, p. 9). De mensen (potentiële toekomstige patiënten) zijn ook betrokken bij het identificeren van hun eigen behoeften. We moeten echter opmerken dat het vermogen van mensen om de noodzaak vast te stellen om een beroep te doen op de gezondheidszorg grotendeels afhangt van sociale factoren zoals hun sociaal netwerk en levensomstandigheden waardoor zij “minder bezig zijn met hun gezondheid” (Idem). Het zou daarom simplistisch zijn om deze capaciteiten vanuit een individueel standpunt te bekijken. Moeilijke levensomstandigheden (bijvoorbeeld door een laag inkomen, discriminatie of traumatische gebeurtenissen), kunnen ertoe leiden dat mensen hun gezondheid verwaarlozen door zorg uit te stellen of er geen beroep op te doen.

Bovendien mogen we het feit niet onderschatten dat er een echte kloof bestaat tussen de ervaring van een persoon en de medische kennis. In het eerste geval gaat het om je goed voelen of niet, in het tweede geval gaat het om de uitspraak of er al dan niet een ziekte of gezondheidsprobleem bestaat. Deze discrepantie is ook discursief: de medische taal verwijst naar de symptomen, maar deze zijn niet altijd direct vertaalbaar naar de alledaagse taal die mensen gebruiken om te beschrijven hoe ze zich voelen (Sholokhova, 2021, zie Tabel 1). In het geval van vrouwen is dit discursieve aspect ook lange tijd aangetast door de paternalistische en seksistische verhouding van de wetenschap in het algemeen, die de neiging heeft om de standpunten en gevoelens van vrouwen uit te vlakken (Dorlin, 2008). Studies tonen aan dat klachten van vrouwen door de zorgverleners vaak onderschat worden vanwege de stereotypen dat vrouwen kwetsbaar en emotioneel zijn: vrouwen zouden de neiging hebben om te klagen ‘bij het minste of geringste pijntje’ (wat geen ‘echte’ pijn is) en om situaties te overdrijven waarvoor ‘in werkelijkheid’ geen

medische interventie vereist is. Deze neiging zou geworteld zijn in de veronderstelde psychologische instabiliteit die typisch is voor vrouwen en hun neiging om te lijden aan psychische stoornissen (Hoffmann & Tarzian, 2001). Het risico bestaat bijvoorbeeld dat vrouwen pijnstillers geweigerd worden ten gunste van psychofarmacologische behandelingen (Calderone, 1990).

We kunnen dus een aantal specifieke problemen identificeren op het gebied van het zorgaanbod en de gevoeligheid ervan voor de gezondheid van vrouwen. Ten eerste is er **het verhoogde risico dat bij vrouwen een verkeerde of helemaal geen diagnose wordt gesteld, ook al is er sprake van een ziekte**. Aan de ene kant gaat het om **problemen die specifiek vrouwelijk** zijn, met name de problemen die verband houden met het voortplantingssysteem. Een voorbeeld hiervan is endometriose, waarbij de vertraging in de diagnose kan variëren van zes tot twaalf jaar (Matsuzaki, et al., 2006). Aan de andere kant is het bestaan van **verkeerde diagnose of onderdiagnose van ziekten die zowel bij vrouwen als bij mannen voorkomen** een reëel feit.

Een voorbeeld hiervan zijn **hart- en vaatziekten**, die lang beschouwd werden als een overwegend mannelijke ziekte. Vrouwen met ischemische hartziekte worden vaak ondergediagnosticeerd omdat hun symptomen verschillen van die van mannen, die als referentie dienen. In tegenstelling tot mannen lijden ze meer aan chronische myocardische mie zonder obstructieve coronaire aandoening en vertonen ze meer pijn tussen de schouderbladen in plaats van pijn op de borst, misselijkheid of braken en kortademigheid zoals mannen (Mauvais-Jarvis, et al., 2020). Onderdiagnose gaat vaak gepaard met een **verkeerde behandeling**: uit onderzoek blijkt dat sommige zorgverleners geneigd zijn invasieve behandelingen te vermijden om redenen van ‘welwillend seksisme’, omdat deze behandelingen als zeer belastend voor vrouwen worden beschouwd terwijl ze wel aan mannen worden voorgeschreven (Travis, Howerton, & Szymanski, 2012). Er is ook minder rigoureuze opvolging voor vrouwen gerapporteerd: minder vroegtijdige behandeling met aspirine of bètablokkers of reperfusie (Jneid, et al., 2008).

Hoe is de situatie in België? Laten we de hart- en vaatziekten eens van naderbij bekijken⁶. Voor 2019 noteert de FOD Volksgezondheid de volgende verdeling van het aantal ziekenhuisverblijven voor hart- en vaatziekten: 56,8% voor mannen en 43,2% voor vrouwen, met meer chirurgische opnames voor mannen (FOD Volksgezondheid, 2021).

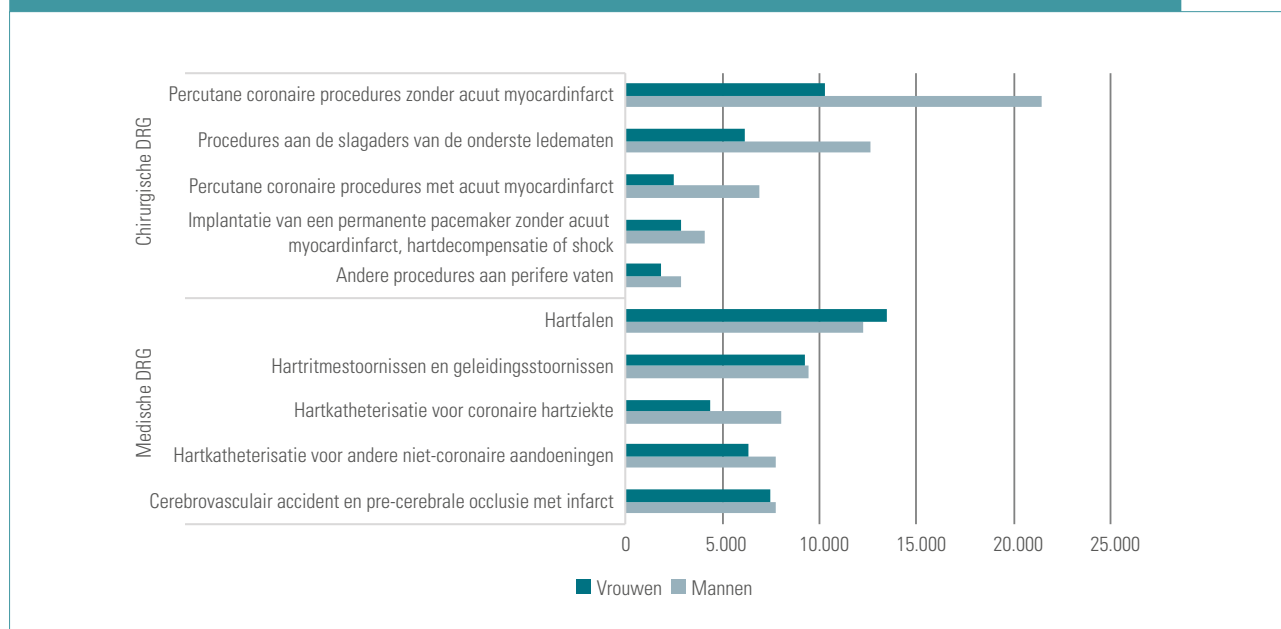
6 We willen professor Jean-Louis Vanoverschelde van de UCLouvain bedanken voor het beantwoorden van onze vragen over dit onderwerp.

De percutane coronaire procedures zonder acuut myocardinfarct voeren de lijst aan: in 2019 werden tweemaal minder vrouwen gehospitaliseerd met deze diagnose (zie Figuur 3). Voor de percutane coronaire procedures met acuut myocardinfarct is de verhouding tussen vrouwen en mannen nog groter: 4/10.

Men kan zich afvragen of deze verschillen te wijten zijn aan de prevalentie van de ziekten of dat er sprake is van onderdiagnose van de coronaire hartziekten bij vrouwen en bij gevolg van onderbenutting van de percutane coronaire interventies. Deze vraag werd al gesteld door het KCE in zijn analyse van de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem (Devos, et al., 2019, p. 21). De monitoring van de variaties in medische praktijken op basis van de analyse van de gegevens over het zorggebruik door het RIZIV, waarnaar het KCE verwijst, brengt inderdaad aanzienlijke verschillen aan het licht wat betreft de percutane coronaire interventies voor het jaar 2017. In 2021 hadden vrouwen drie keer minder myocardiale reperfusies dan mannen (127,73 tegenover 445,58 procedures per 100.000 personen, gegevens na standaardisering voor leeftijd)⁷.

Het is echter moeilijk om in de populatie de exacte prevalentie van coronaire hartaandoeningen vast te stellen die dit soort ingrepen nodig heeft (zodat deze vervolgens kan worden vergeleken met het daadwerkelijke gebruik van dit soort medische procedures). Dit is moeilijk gezien de mogelijkheid van onderdiagnose bij vrouwen. We kunnen echter wel twee belangrijke risicofactoren voor coronaire hartziekten bestuderen en vergelijken per geslacht: zwaarlijvigheid en het percentage rokers binnen de populatie. Volgens de gegevens van Sciensano was er in 2018 geen significant verschil in de percentages obesitas tussen mannen en vrouwen⁸. Wat het tabaksgebruik betreft, rookten in het verleden meer mannen, maar de kloof wordt al jaren geleidelijk kleiner. Volgens Sciensano is in 2018 het percentage dagelijkse rokers onder mannen 18% en onder vrouwen 12%, terwijl "onder vrouwen het percentage toeneemt met de leeftijd tot 64 jaar, wanneer het bijna 17% bereikt"⁹. De verschillen voor deze twee indicatoren zijn dus kleiner dan die vastgesteld voor het gebruik van cardiovasculaire zorg. Dit suggereert dus dat **de waargenomen verschillen in het gebruik van coronaire zorg door mannen en vrouwen zeer waarschijnlijk niet de werkelijke prevalentie van cardiovasculaire problemen in deze twee groepen weerspiegelen.**

Figuur 3: Aantal klassieke ziekenhuisopnames en dagopnames in 2019 voor de vijf meest frequente medische en chirurgische DRG-groepen, per type diagnose en geslacht (Bron: FOD Volksgezondheid)



7 https://www.gezondbelgie.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-NL-Reperfusion_myocardique_Ajuste_2021.pdf We moeten opmerken dat variaties in medische praktijken per geslacht ook gelden voor het gebruik van pacemakers. In 2021 hebben mannen twee keer zoveel kans om een implantaat voorgeschreven te krijgen als vrouwen (106,18 tegenover 55,79 per 100.000 mensen).

8 <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gewichtstoestand#overgewicht-en-obesitas-bij-volwassenen>.

9 <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/tabaksgebruik>.

Deze hypothese wordt volgens ons ondersteund door de resultaten van een studie van Gevaert et al. (2014), die het bestaan aantoonde van aanzienlijke ongelijkheden in de ziekenhuissterfte in België tussen mannen en vrouwen die een primaire percutane coronaire interventie ondergaan na een myocardinfarct met ST-segmentstijging (STEMI). Volgens de resultaten van deze studie hebben vrouwen 50% meer kans om te sterven dan mannen, zelfs als rekening wordt gehouden met andere risicofactoren die typisch zijn voor STEMI-patiënten, waaronder leeftijd (vrouwen zijn bij de opname vaak ouder dan mannen) en comorbiditeit (met name diabetes en hypertensie). Met andere woorden, leeftijd en comorbiditeit kunnen de waargenomen verschillen in intramurale mortaliteit tussen mannen en vrouwen niet volledig verklaren. Aan de andere kant hebben de onderzoekers bevestigd dat vrouwen zich aanbieden met verder gevorderde hartproblemen en het langer duurt voor ze worden behandeld dan mannen, wat resulteert in een langere totale ischemische tijd en het myocard meer blootstelt aan het risico op necrose.

Volgens de onderzoekers kan deze vertraging in de behandeling van vrouwen worden verklaard door “een gebrek aan bewustzijn bij de artsen: ze kunnen worden misleid door deze atypische presentatie en/of de mogelijkheid van een acuut coronair syndroom onderschatten, vooral bij jonge vrouwen; dit kan leiden tot vertragingen in de diagnose en de behandeling, en tot een suboptimale behandeling” (Gevaert, et al., 2014, eigen vertaling). Een andere studie, met een nog grotere steekproefomvang en die alle patiënten in België omvat die een percutane coronaire interventie ondergingen (niet alleen de STEMI-patiënten), toont ook een verschil in mortaliteit tussen vrouwen en mannen (35% in het nadeel van de vrouwen). Deze studie sluit uit dat dit verschil volledig kan worden verklaard door leeftijd of comorbiditeitsfactoren en het feit dat “complicaties, zoals ernstige bloedingen, acuut nierfalen of cerebrovasculaire accidenten vaker voorkomen bij vrouwen” (Lempereur, et al., 2014, eigen vertaling).

3.2. Beschikbaarheid van en voor zorg

Om toegankelijk te zijn, moet gezondheidszorg ook beschikbaar zijn. Enerzijds gaat het om de beschikbaarheid van de diensten, die “binnen een redelijke termijn, met

een voldoende breed tijdslot en met gemakkelijke contactname, door de hele bevolking kunnen worden bereikt, zonder discriminatie, en onder omstandigheden die zijn aangepast aan de behoeften van patiënten, bijvoorbeeld door communicatie in de taal van de patiënt te garanderen of door het bestaan van faciliteiten voor mensen met beperkte mobiliteit” (Cès, 2021, p. 9). Anderzijds moeten mensen in staat zijn om de diensten te bereiken: “toegang vereist in de eerste plaats dat men zich beschikbaar kan stellen voor de behandeling, dit is dat men er tijd aan moet kunnen besteden (met inbegrip van vervoerstijd, tijd doorgebracht in de wachtzaal en op de afspraken), die soms moet worden afgetrokken van de tijd besteed aan dwingende activiteiten, zoals werk of kinderopvang, of de zorg voor een afhankelijk familielid, enz.” (Idem). Deze capaciteit hangt van veel factoren af: gezinssituatie, materiële levensomstandigheden, gezondheidstoestand, beschikbare steun van naasten.

Zowel op het vlak van ruimte (bijvoorbeeld de geografische beschikbaarheid van de locaties, de toegankelijkheid van de diensten en de verplaatsingen om ze te bereiken) als op het vlak van tijd (de openingsuren van diensten en de duur van de verplaatsingen om ze te bereiken), lopen vrouwen meer risico op toegangsproblemen dan mannen. Er zijn ook meer vrouwen in de categorie personen met beperkte mobiliteit (PBM¹⁰): naast het hebben van een fysieke of mentale beperking, worden vrouwen ook vaak vergezeld door kleine kinderen in kindervagens. Bovendien maken vrouwen vaker dan mannen gebruik van het openbaar vervoer (Sansonetti & Davern, 2021) en zijn ze dus afhankelijk van de beperkingen ervan en van de mate van toegankelijkheid voor PBM's.

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die al gezondheidsproblemen hebben, met name ziekten en handicaps met fysieke beperkingen, meer belemmeringen ondervinden bij de toegang tot gezondheidszorg (Matin, et al., 2021). Dit heeft bijvoorbeeld invloed op de **toegang tot preventieve zorg zoals screening op borst- en baarmoederhalskanker** (Ramjan, Cotton, Algosó, & Peters, 2016).

Ook in België stellen we dit gebrek aan beschikbaarheid vast. Dit blijkt uit onze analyse van het aantal vrouwen onder de CM-leden tussen 50 en 69 jaar¹¹ die in 2020 of 2021 minstens één diagnostische mammografie en/of mammo-

10 De term ‘persoon met beperkte mobiliteit’ verwijst naar elke persoon wiens bewegingen worden belemmerd door diens grootte, toestand, leeftijd, permanente of tijdelijke handicap of door de apparaten of instrumenten die die nodig heeft om zich te verplaatsen. Zie cawab.be.

11 Het gaat om de doelgroep van de screeningsprogramma's. De leeftijdsgroep 41-49 jaar wordt bijvoorbeeld niet aanbevolen, behalve in specifieke medische situaties.

test hebben ondergaan. Hiervoor vergeleken we het gebruik van deze test door vrouwen die door de Algemene Directie Personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid erkend zijn als vrouwen met een fysieke of mentale handicap, met het gebruik van de test door vrouwen zonder dit statuut. Terwijl 64% van de vrouwen zonder handicap onder het screeningsprogramma valt, geldt dit slechts voor 43% van de vrouwen met een handicap. De verschillen zijn aanwezig voor alle leeftijdsgroepen (50-54, 55-59, 60-64 en 65-69). Aangezien de CM-steekproef zeer groot is (en 40% van de mensen met een Belgische ziekteverzekering vertegenwoordigt), kunnen we concluderen dat in België **het hebben van een handicap voor vrouwen systematisch het risico verhoogt om minder vaak gebruik te maken van het screeningsprogramma (zes op de tien vrouwen met een handicap laten zich niet screenen, tegenover vier op de tien vrouwen zonder handicap).**

Volgens de onderzoekers zijn er veel redenen waarom vrouwen geen toegang hebben tot preventieve diensten (zoals kankerscreening) (Ramjan, Cotton, Algosó, & Peters, 2016). Naast financiële moeilijkheden, maar ook de houding en de kennis van zorgverleners (die gehandicapte vrouwen meestal minder adviseren om preventieve tests te ondergaan dan vrouwen zonder handicap), is er ook de fysieke onbeschikbaarheid van diensten (mogelijkheid tot vervoer of aangepaste parking, ruimten of medische apparatuur die niet geschikt zijn voor hun situatie) of personeel (niet opgeleid in de omgang met mensen met een handicap). In België is de mogelijkheid om openbaar vervoer te nemen als je een handicap hebt zeer beperkt. In 2018 waren in Brussel 94,4% van de tramlijnen, 69,4% van de MIVB-buslijnen en 77% van de stations van de Brusselse metro nog steeds niet toegankelijk voor PBM. In Wallonië is dit het geval voor 81,2% van de TEC-lijnen (Femmes prevoyantes socialistes, 2018) en in Vlaanderen voor 90% van de haltes van De Lijn¹².

Wat de tijd betreft, hebben vrouwen minder tijd dan mannen om voor hun gezondheidsbehoeften te zorgen. Ze verrichten vaak dubbel zoveel werk als mannen: naast hun baan nemen ze nog huishoudelijke taken en zorgtaken op zich (kinderen, ouderen, enz.). Dit staat bekend als de 'dubbele shift' of 'double shift' in het Engels (Federici, 2012). Het verwijst naar de ongelijke verdeling van de taken binnen het gezin, waarbij vrouwen meer tijd besteden dan mannen aan huishoudelijk werk, aan andere personen, en minder vrije tijd hebben (Instituut voor de gelijkheid

van vrouwen en mannen, 2020). De verwachtingen over de beschikbaarheid van tijd voor anderen zijn ook hoger voor vrouwen: "zogenaamde echte mannen moeten doorbijten in geval van ziekte, maar van zogenaamde goede vrouwen verwacht men dat ze voor hun gezinsleden zorgen en prioriteit geven aan hun behoeften ten koste van hun eigen gezondheid" (Heise, et al., 2019, p. 2445, eigen vertaling).

3.3. Financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg

Het meest genoemde aspect van toegankelijkheid is ongetwijfeld het financiële aspect. De financiële toegankelijkheid komt overeen met de persoonlijke bijdragen van patiënten. Door deze te beperken, vermijden we dat mensen ontmoedigd worden om zorg te zoeken wanneer ze die nodig hebben en beschermen we hen tegen het risico om in financiële problemen te komen bij gebruik van zorg (Cès, 2021, pp. 9-10).

De toegang tot gezondheidszorg is daarom sterk afhankelijk van iemands financiële situatie: hoe lager het inkomen, hoe groter het risico dat iemand geen zorg zoekt. De manier waarop financiële middelen verdeeld zijn binnen de samenleving, en meer specifiek binnen het gezin, is dus geen variabele die onafhankelijk is van het gebruik van de gezondheidszorg. In West-Europa zijn vrouwen over het algemeen armer dan mannen (Franklin, Bambra, & Albani, 2021). In België bedroeg de jaarlijkse loonkloof tussen mannen en vrouwen in 2018 nog steeds meer dan 20% (Ghesquière, 2021), evenzo bedraagt het gemiddelde pensioen voor vrouwen slechts 79% van het gemiddelde pensioen voor mannen (Instituut voor duurzame ontwikkeling, 2023). Er zijn ook ongelijkheden in de verdeling van de middelen binnen de gezinnen. Dit geldt in het bijzonder voor koppels waarbij de vrouw financieel afhankelijk is van diens man, maar ook voor huishoudens die moeten kiezen tussen de gezondheidszorg van verschillende gezinsleden, en waar kinderen soms voorrang krijgen op de ouders.

De CM-gegevens bevestigen dat vrouwen een groter risico lopen op financiële problemen: **20,9% van de vrouwelijke CM-leden heeft het VT-statuut**, vergeleken met 17,0% van de mannen (respectievelijk 20,5% en 17,2% na standaardisering voor leeftijd). Deze financiële ongelijkheid heeft gevolgen voor de gezondheid, waardoor mensen gezondheidszorg uitstellen of er geen beroep op doen.

12 <https://www.vlaamsparlament.be/en/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1339088/verslag/1341754>.

Om te beoordelen of er in dit opzicht verschillen zijn tussen mannen en vrouwen, kijken we naar de gegevens van Eurostat, dat statistieken bijhoudt over onbeantwoorde zorgbehoeften (*unmet health care needs*)¹³. Volgens de EU-SILC-enquête zou in 2021 1,7% van de Belgische bevolking moeilijkheden hebben ondervonden om hun gezondheidsproblemen te laten opvolgen door een arts om financiële reden en/of de afstand en/of wachtlijsten. Het Europees gemiddelde bedraagt 1,4% voor personen tussen 16 en 44 jaar; 2,1% voor personen tussen 45 en 64 jaar; en 2,8% voor personen van 65 jaar of ouder. De economische gradiënt is duidelijk aanwezig in deze gegevens: hoe armer mensen zijn, hoe meer ze aangeven onbeantwoorde zorgbehoeften te hebben. Bovendien zijn er significante verschillen tussen mannen en vrouwen (verschillen die ook zouden blijven bestaan als de analyse op de hele Belgische bevolking zou worden toegepast): **vrouwen rapporteren meer onbeantwoorde medische (en tandheelkundige) behoeften (in 2021, 1,4% voor vrouwen tegenover 1,0%**

voor mannen)¹⁴. We kunnen nog verder gaan en de gegevens vergelijken volgens geslacht en geboorteland. Daaruit blijkt duidelijk dat vrouwen die buiten België geboren zijn meer moeilijkheden ervaren dan de andere groepen, vooral de mannen (zie Figuur 4), wat het belang aantoont van intersectionaliteit bij het begrijpen van de ongelijkheden in gezondheid.

De gezondheidsenquête van Sciensano presenteert ook gegevens over de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In 2018 blijkt dat “meer huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon melden dat ze gezondheidszorg hebben moeten uitstellen om financiële redenen dan huishoudens met een mannelijke referentiepersoon (13,4% tegenover 7,0%). Dit verschil is significant na standaardisering voor leeftijd (van de referentiepersoon)” (Demarest, Charafedinne, Berete, & Drieskens, 2020, p. 14). In het algemeen neemt het percentage huishoudens dat verklaart dat ze gezondheidszorg hebben moeten uitstellen

Figuur 4: Percentage personen dat aangeeft in 2021 een onbeantwoorde behoefte te hebben aan medisch onderzoek in België, per geboorteland en geslacht (Bron: EU-SILC)



13 Deze monitoring is gebaseerd op twee soorten gegevens: enerzijds gegevens over gezondheidszorg in het algemeen en specifieke diensten op het vlak van gezondheidszorg afkomstig uit de Europese gezondheidsenquête (EHIS), en anderzijds gegevens over medische en tandheelkundige zorg afkomstig uit de EU-statistiek van inkomen en levensomstandigheden (EU-SILC). Gezien de verschillende methodologieën van deze twee enquêtes zijn de resultaten niet vergelijkbaar. De EHIS-enquête bevat individuele vragen over de redenen voor onbeantwoorde zorgbehoeften. In de EU-SILC-enquête wordt alleen gevraagd naar de belangrijkste reden voor de onbeantwoorde behoefte aan medische of tandheelkundige zorg. De percentages die in de EHIS worden gerapporteerd, worden berekend in verhouding tot de populatie van 15 jaar of ouder die in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête gezondheidszorg nodig had. De percentages in de EU-SILC-enquête worden berekend voor de hele populatie van 16 jaar of ouder (ongeacht of ze medische of tandheelkundige zorg nodig hadden of niet). In de EHIS-enquête omvatten de redenen waarom mensen moeite hadden om aan hun zorgbehoeften te voldoen drie hoofdcategorieën: financiële redenen, afstands- en/of vervoersproblemen en wachtlijsten. In 2019 gaf een kwart van de Europese oudere bevolking aan dit soort moeilijkheden te hebben ondervonden. In België zijn wachtlijsten (6,9%) en vervoer/afstand de grootste problemen. Voor meer details, zie https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care.

14 De statistische significantie van de verschillen werd bevestigd door Cès & Baeten (2020).

om financiële redenen toe met de leeftijd (van de referentiepersoon) tot de leeftijdsgroep 45-54 jaar. In deze categorie stelt 12,8% van de huishoudens zorg uit, vergeleken met 2,8% van de huishoudens van 75 jaar en ouder. **“De noodzaak om zorg uit te stellen** om financiële redenen treft vooral éénooudergezinnen, waarvan 22,6% zegt zich in deze situatie te bevinden. Dit percentage is ook vrij hoog voor alleenstaanden (10,7%) in vergelijking met koppels (met of zonder kinderen)” (Idem). We merken op dat, volgens de gegevens **voor 2019 in de Federatie Wallonië-Brussel**, het bijvoorbeeld meer dan acht op de tien keer een vrouw is die aan het hoofd staat van een éénooudergezin (in 90% van de gevallen voor personen tussen 15 en 29 jaar) (Berger, 2019).

3.4. Aanvaardbaarheid van de geboden zorg

Een vaak onderschatte dimensie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg is die van de aanvaardbaarheid van de zorg, waarmee we bedoelen “ het vermogen om gezondheidszorg te bieden die voldoet aan de minimale waargenomen behoefte aan kwaliteit voor individuen om een beroep te doen op de gezondheidszorg ” (Cès, 2021, p. 11). Dit betreft zowel de kwaliteit van de verstrekte zorg, vanuit medisch oogpunt (veiligheid en geschiktheid van de zorg) en in termen van individuele verwachtingen en keuzes (bijvoorbeeld thuiszorg), als de interpersoonlijke kwaliteit van de relaties tussen de zorgverleners en de patiënten (respect, goede communicatie, afwezigheid van discriminatie, vertrouwensrelatie, enz.). Gezondheidszorg die niet als aanvaardbaar wordt ervaren, brengt extra risico's met zich mee voor individuen, met name het uitstellen van zorg in de toekomst vanwege een slechte ervaring in het verleden. Het aspect 'aanvaardbaarheid' van de zorg is nauw verbonden met het eerder besproken aspect 'gevoeligheid', met dit verschil dat aanvaardbaarheid meer betrekking heeft op de behandeling en gevoeligheid betrekking heeft op de diagnose.

We hebben gezien dat er genderstereotypen doordringen in de medische praktijk: zorgverleners maken hun keuzes niet alleen op basis van hun medische kennis, maar ook op basis van ideeën die impliciet zijn en niet gethematiseerd worden door de zorgverleners zelf (Chapman, Kaatz, & Carnes, 2013). Een benadering gebaseerd op gender als sociaal systeem maakt het mogelijk om rekening te houden met de verschillende factoren die de sociale realiteit beïnvloeden. Zo kunnen we in het bijzonder zien dat het niet verrassend is dat de praktijk van zorgverleners *gender-*

based is, aangezien het medische beroep zelf een sterk *gender-based* beroep is. Volgens veel onderzoekers ligt één van de oorzaken van de genderongelijkheid in de gezondheidszorg immers in de opleiding van de zorgverleners. Op dit ogenblik is er in opleidingsprogramma's te weinig aandacht voor verschillen tussen geslachten en genderkwesties, maar ook voor armoede, migratie en structurele discriminatie in het algemeen. Deze aandacht zou zorgverleners helpen zich bewust te zijn van de vooroordelen die onvermijdelijk hun klinische praktijk bepalen (Fitzgerald & Hurst, 2017).

Daarnaast - en dit beïnvloedt de opleiding van de zorgverleners - moet rekening worden gehouden met de situatie binnen het beroepskorps zelf. In de meeste westerse landen zien we inderdaad dat mannen en vrouwen ongelijk vertegenwoordigd zijn in de gezondheidszorgberoepen. Dit heeft vooral betrekking op het horizontale niveau van het medisch systeem, waarbij bepaalde specialismen (zoals chirurgie) voornamelijk door mannen worden beoefend en andere door vrouwen (pediatrie, kinderpsychiatrie) (Riska, 2010). Deze 'verdeling' reproduceert de stereotypen over de aard van de vrouw (zachtaardig, attent) en de man (precies, sterk, autonoom, verantwoordelijk), waardoor het werk van vrouwen gedevalueerd wordt in vergelijking met dat van mannen. Dit kan een directe impact hebben op de aanvaardbaarheid van de zorg, omdat het onmogelijk is om een zorgverlener te kiezen van het geslacht dat beter bij ons past, en betekent ook dat we niet hetzelfde type behandeling krijgen. Een recente Belgische studie toont aan dat vrouwelijke gynaecologen minder consulten hebben dan mannen voor dezelfde hoeveelheid tijd, om redenen van tijd en aandacht voor elke patiënt (Delvigne, Becu, van Wiemeersch, Bossens, & Vandromme, 2018).

Ten tweede manifesteert ongelijkheid zich ook verticaal in de gezondheidszorg, net als meer in het algemeen in de samenleving. Hoe hoger je op de machtsladder komt, hoe minder vrouwen je aantreft, en omgekeerd vormen vrouwen de meerderheid onder verpleegkundigen en zorgkundigen of *community health workers*. Onderaan de machtsladder staan of aangeworven zijn in 'minder prestigieuze' specialismen betekent niet alleen minder inkomen en werkzekerheid, maar ook een groter risico op misbruik en waardevermindering van het verrichte werk. Deze bevindingen hebben gevolgen voor de kwaliteit van de zorg: “deze problemen van werkoverbelasting en misbruik vertalen zich in werkstress, professionele ontevredenheid en professionele uitputting onder verpleegkundigen, wat resulteert in een afname van de kwaliteit van de zorg” (Hay, et al., 2019, eigen vertaling). Aangezien echter meer vrou-

wen aan invaliderende ziekten lijden, lopen ze meer risico op een afname van de kwaliteit van zorg als gevolg van de slechte werkomstandigheden van de zorgverleners.

Laten we eens kijken naar de gegevens over de verdeling volgens geslacht van de werknemers in de gezondheidszorg in België. Als we naar de gezondheidszorg als geheel kijken, zien we dat vrouwen de meerderheid van het personeel in de gezondheidszorg uitmaken: volgens de gegevens van Statbel **maken vrouwen bijna 80% uit van alle zorgverleners** (artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen samen)¹⁵. Met 85% en 91% voor respectievelijk de verpleegkundigen en de zorgkundigen (zie Tabel 1).

Deze tabel zou moeten worden aangevuld met gegevens over de hoogste besluitvormingsposities in de gezondheidszorg. In de besluitvormingsorganen zijn vrouwen sterk in de minderheid. Volgens onze berekeningen zijn slechts 5 van de 38 leden van de Nationale Raad van de Orde der Artsen vrouwen, dit is 13% van de leden en plaatsvervangers samen¹⁶. Ook de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België telt 16 vrouwen onder haar 86 effectieve leden, ofwel amper 1 lid op 5¹⁷. Of, van de 159 directeurs van Belgische ziekenhuizen zijn er slechts 33 vrouw (21%) (Bron: gegevens van de FOD Volksgezondheid via UNESSA).

Feit is dat de medische wereld, en in het bijzonder deze besluitvormingsorganen, niet geregeld zijn in termen van gelijke vertegenwoordiging van mannen en vrouwen. Op politiek vlak bijvoorbeeld bepaalt de wet van 1999 dat het aandeel vrouwelijke parlementsliden (Kamer van volks-

vertegenwoordigers) minstens 25% moet bedragen. Het koninklijk besluit van 2 juni 2012 legt een quotum vast voor vrouwen in de eerste twee niveaus van de federale administratie: minstens één op de drie hogere ambtenaren moet een vrouw zijn. In 2011 werden er quota ingevoerd in Belgische beursgenoteerde bedrijven. De wet bepaalt dat de raad van bestuur van deze bedrijven (onder andere afhankelijk van hun grootte) voor minimaal een derde en voor maximaal twee derde uit leden van één van beide geslachten moet bestaan¹⁸. Met de goedkeuring van de nieuwe richtlijn van de Europese Commissie die is voorgesteld voor 2022, zal dit quotum worden verhoogd tot 40%¹⁹. Vanuit dit oogpunt roept het gebrek aan regulering van de verdeling van mannen en vrouwen in het beheer van de gezondheidszorg vragen op, gezien de huidige ongelijke vertegenwoordiging.

De Jaarlijkse statistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars die hun beroep mogen uitoefenen, gepubliceerd door de FOD Volksgezondheid, tellen de beroepsbeoefenaars die gerechtigd zijn om hun beroep uit te oefenen in België²⁰. In 2022 waren er 583.723 gezondheidszorgbeoefenaars gedomicilieerd in België (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, zorgkundigen, apothekers, klinische psychologen, orthopedagogen en paramedici), waaronder 17.914 erkende huisartsen en 31.416 erkende specialisten²¹. Wat de verdeling tussen mannen en vrouwen betreft, is 46% van de huisartsen vrouw. Bij de specialisten is 45% vrouw en 55% man. In beide groepen is er dezelfde trend naar feminisering van het beroep dankzij de jongere generaties (voor huisartsen, zie bijvoorbeeld Figuur 5).

Tabel 1: Verdeling van het personeel in de gezondheidszorg naar geslacht in 2020
(Bron: Statbel)

Geslacht	Totale gezondheidszorg	Artsen	Verpleegkundigen	Zorgkundigen
Vrouwen	78,60%	48,35%	85,40%	90,82%
Mannen	21,40%	51,65%	14,60%	9,18%
Totaal in absolute aantallen	416.038			

15 <https://statbel.fgov.be/nl/themas/datalab/verzorgend-personeel>.

16 <https://ordomedic.be/nl/nationale-raad/samenstelling>.

17 <https://www.armb.be>.

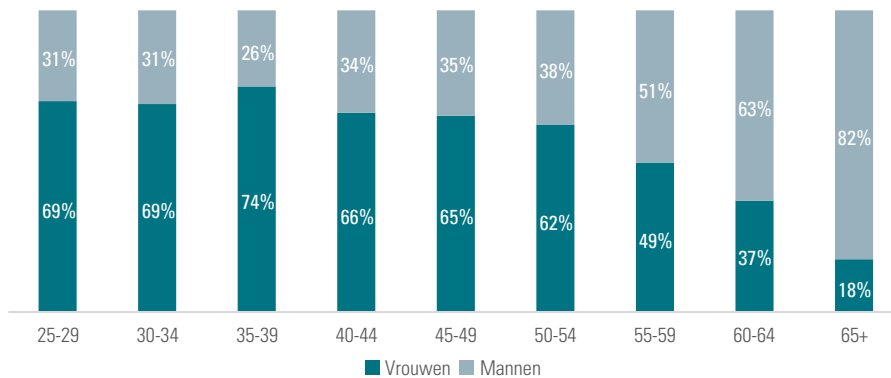
18 [https://www.oecd.org/fr/belgique/quotas-egalite-hommes-femmes.htm#:~:text=La%20Belgique%2C%20o%C3%B9%20les%20femmes,\(17%2C8%20%25\)](https://www.oecd.org/fr/belgique/quotas-egalite-hommes-femmes.htm#:~:text=La%20Belgique%2C%20o%C3%B9%20les%20femmes,(17%2C8%20%25)).

19 <https://www.europarl.europa.eu/news/nl/press-room/20220603IPR32195/women-on-boards-deal-to-boost-gender-balance-in-companies>.

20 Beroepsbeoefenaars die gerechtigd zijn om hun beroep uit te oefenen in België zijn beroepsbeoefenaars met een geldig visum op 31 december, voor de laatste drie jaar en volgens verschillende variabelen. De verschillen tussen de jaarstatistieken van de FOD en die van Statbel zijn te verklaren door verschillen in de berekeningen.

21 <https://5199.f2w.fedict.be/nl/documenten/hwf-jaarstatistieken-2022-detailstatistieken>.

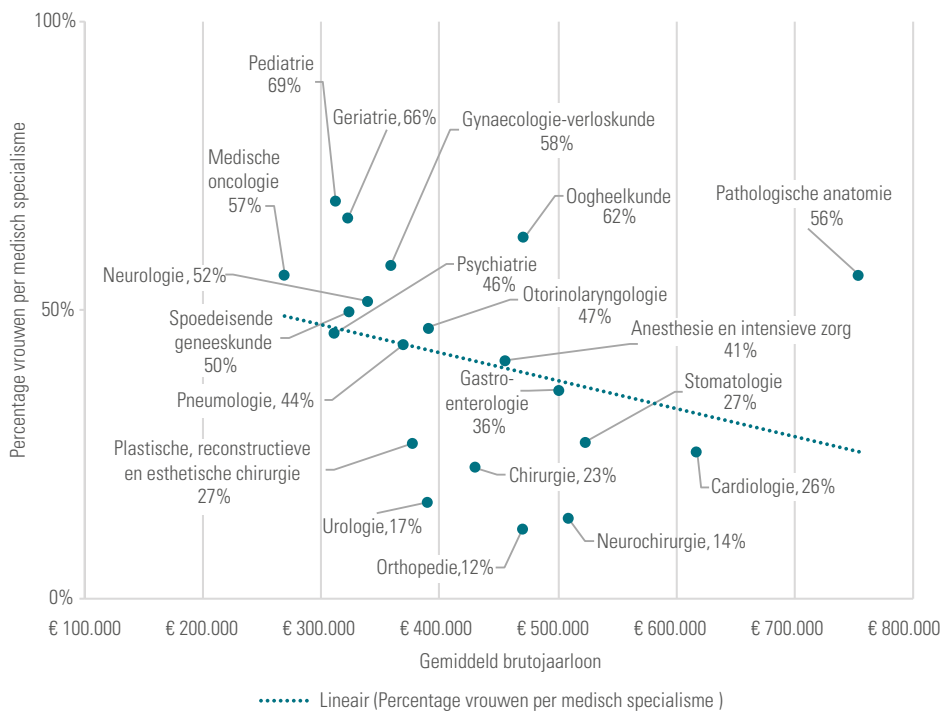
Figuur 5: Huisartsen gerechtigd om hun beroep uit te oefenen in België op 31/12/2022, naar leeftijd en geslacht (Bron: FOD Volksgezondheid)



Achter deze gemiddelde cijfers gaan echter grote ongelijkheden tussen de verschillende specialismen schuil. 65% van de artsen in de pediatrie, geriatrie, dermato-venereologie en kinder- en jeugdpsychiatrie is vrouw. In andere specialismen, zoals orthopedie, neurochirurgie, chirurgie,

neuropsychiatrie, cardiologie, stomatologie en radiodiagnostiek, is het aandeel minder dan 35%. Deze gegevens bevestigen de waarnemingen in de andere landen, waar we het eerder over hadden. Dit suggereert ook dat de genderstereotypen een rol spelen in deze 'verdeling' van

Figuur 6: Percentage vrouwen per medisch specialisme volgens gemiddeld bruto jaarloon in 2022 (Bron: FOD Volksgezondheid en KCE)



vaardigheden tussen meer vrouwelijke specialismen (die meer interactie en emotionele investering vereisen) en meer mannelijke specialismen (precies, technisch, enz.).

Om het onderwerp verder uit te diepen, is het tot slot interessant om de gegevens over het percentage vrouwen per medisch specialisme te vergelijken met de loongegevens om te zien hoe de genderongelijkheden samengaan met en worden versterkt door de economische ongelijkheden. Aangezien loongegevens voor medische specialismen niet gemakkelijk beschikbaar zijn, gebruiken we de KCE-cijfers voor 2010 (Swartenbroekx, Obyn, Guillaume, Lona, & Cleemput, 2012) en indexeren we die²². Uit een analyse van de gegevens blijkt dat **hoe hoger het jaarloon voor een specialisme, hoe waarschijnlijker het is dat mannen in de meerderheid zijn**. Figuur 6 toont het verband tussen de lonen voor bepaalde medische specialismen en het percentage vrouwen per medisch specialisme, waarbij we de gemiddelde brutojaarlonen van meer dan 800.000 euro per jaar, zoals die voor nucleaire geneeskunde (37% vrouwen), radiodiagnostiek (31% vrouwen) of klinische biologie (50% vrouwen), buiten beschouwing hebben gelaten om de grafische voorstelling niet te vertekenen. Er zijn ook aanzienlijke loonverschillen tussen de door mannen gedomineerde specialismen (350.000 - 500.000 euro) en de door vrouwen gedomineerde specialismen (200.000 - 250.000 euro).

4. Samenvatting van de resultaten

Het uitgangspunt van onze studie is deze vaststelling: in België bestaan er ongelijkheden op het vlak van gezondheid tussen mannen en vrouwen. Vrouwen lijden vaker aan invaliderende ziekten, dit zijn langdurige ziekten of ziekten die hen zo sterk beperken in hun dagelijkse activiteiten dat hun arbeidsgeschiktheid in het gedrang komt (Sciensano, 2021). Volgens het Federaal Planbureau bedroeg in 2021 het aandeel vrouwen in langdurige arbeidsongeschiktheid 14,7%, terwijl dat van mannen 8% was (alle leeftijden samen). Belangrijker nog is dat deze situatie lijkt te verslechteren: de aanzienlijke toename van het aantal personen in arbeidsongeschiktheid in de afgelopen jaren wijst op de verslechterende gezondheid van vrouwen, met name bij de groep van 50-plussers (Instituut voor Duurzame Ontwikke-

ling, 2022). Wetende dat de toegang tot gezondheidszorg, die sterk afhankelijk is van sociale factoren, een centrale rol speelt bij het verminderen van de gezondheidsongelijkheden, hebben we onderzocht hoe het gendergegeven – als systeem van waarden en voorstellingen van de geslachten die inherent zijn aan de dominantieverhoudingen ten gunste van mannen (Bereni, Chauvin, Jaunait, & Revillard, 2020) – de medische praktijk doordringt via de vier dimensies van toegankelijkheid (Cès, 2021). Hieruit blijkt dat vrouwen veel obstakels kunnen tegenkomen op het vlak van de toegang tot de gezondheidszorg.

Vanuit het oogpunt van de gevoeligheid van het gezondheidszorgsysteem voor gezondheidsbehoeften, lopen vrouwen een groter risico om ondergediagnosticeerd te worden, zowel voor gezondheidsproblemen die typisch vrouwelijk zijn (met name die welke verband houden met het voortplantingssysteem, zoals endometriose (Matsuzaki, et al., 2006)), als voor problemen die identiek zijn aan die van mannen. Het geval van hart- en vaatziekten is een goede illustratie van het androcentrisme van de medische wetenschap, waar andere vrouwelijke symptomen leiden tot onderdiagnose (Mauvais-Jarvis, et al., 2020). Dit resulteert ook in verschillen in de behandeling van hart- en vaatziekten, waarvoor weinig andere verklaringen lijken te bestaan dan het gender (Gevaert, et al., 2014; Lempereur, et al., 2014). Volgens de gegevens van het RIZIV bijvoorbeeld, hadden vrouwen in België in 2021 drie keer minder percutane coronaire interventies dan mannen, hoewel de risico's op hart- en vaatziekten momenteel gelijk zijn voor mannen en vrouwen (zie 2.1.).

Vanuit het oogpunt van de beschikbaarheid van en voor behandeling, lijkt de toegang tot gezondheidszorg des te moeilijker voor vrouwen gezien hun ruimte- en tijdsbeperkingen. Ze hebben meer moeite dan mannen om tijd te vinden voor afspraken vanwege de ongelijke belasting van het huishouden en het helpen van andere gezinsleden (Instituut voor de gelijkheid van mannen en vrouwen, 2020), maar ook om de diensten te bereiken, omdat het openbaar vervoer bijvoorbeeld niet altijd is aangepast aan mensen met een beperkte mobiliteit (Femmes prevoyantes socialistes, 2018). Dit is bijvoorbeeld te zien bij vrouwen met een handicap, die een groter risico lopen op onderdiagnose van borstkanker omdat ze geen gebruik maken van de screening, wat dan weer samenhangt met de onbeschikbaarheid van de diensten (Ramjan, Cotton, Algo-

22 Er zijn enkele belangrijke beperkingen aan de KCE-gegevens: aangezien het aantal ziekenhuizen dat deelnam aan de studie laag is, zouden de cijfers ongetwijfeld nauwkeuriger kunnen zijn en weerspiegelen ze misschien niet alle nuances van de specialismen. Dit zijn echter de enige beschikbare cijfers over dit onderwerp die toelaten een beeld te geven van de financiële situatie van de zorgverleners. CM toonde zich trouwens al ongerust over het gebrek aan transparantie over het loon van artsen en formuleerde aanbevelingen met het oog op het verminderen van de loonspanning tussen artsen (CM, 2021).

so, & Peters, 2016). Volgens de CM-gegevens voor 2020 en 2021 namen in België zes op de tien vrouwen met een handicap niet deel aan het screeningsprogramma voor borstkanker, tegenover vier op de tien vrouwen zonder handicap (zie 2.2.).

Vanuit het oogpunt van de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg lopen vrouwen een groter risico op niet-gebruik en uitstel van zorg om financiële redenen. Over het algemeen blijft hun financiële situatie slechter dan die van mannen (loonkloof, risico op éénoudergezinnen, pensioenkloof, enz.) (Franklin, Bambra, & Albani, 2021; Deschietere, et al., 2020). Volgens de gegevens van Eurostat rapporteren vrouwen in België meer onbeantwoorde behoeften aan medische en tandheelkundige zorg, en onder hen zijn het de vrouwen die buiten België geboren zijn die het vaakst niet-behandelde problemen melden (zie 2.3.).

Vanuit het oogpunt van de aanvaardbaarheid van de verleende zorg lopen vrouwen ook het risico om een ongepaste behandeling te krijgen. Dit kan te wijten zijn aan vertragingen in de zorg, maar ook aan stereotypen die de houding van de zorgverleners ten opzichte van vrouwen kunnen veranderen (Chapman, Kaatz, & Carnes, 2013). De prevalentie van gendervooroordelen wordt grotendeels verklaard door het feit dat het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel de genderongelijkheden reproduceert: managementfuncties zijn niet gelijk verdeeld tussen mannen en vrouwen, waarbij vrouwen nog steeds in de meerderheid zijn in specialismen die ofwel vrouwelijk worden genoemd of gewoon slecht worden betaald (Riska, 2010). In België zijn we op weg naar een evenwicht tussen mannen en vrouwen binnen de medische beroepen (huisartsen en specialisten) dankzij de overwegend vrouwelijke jongere generaties, hoewel bepaalde specialismen, vooral de meest lucratieve, nog steeds overwegend mannelijk zijn, net als de leidinggevende functies in de ziekenhuizen (zie 2.4.). Bovendien, voor zover de medische praktijk sterk beïnvloed wordt door het gezondheidsonderzoek, zal het feminiseren van het medisch *beroep* niet leiden tot een vermindering van de ongelijkheden zolang de vermeende 'neutraliteit' van de normen van de medische *wetenschap* niet in vraag wordt gesteld.

Er zijn dus ongerechtvaardigde verschillen in de identificatie van en het antwoord op de gezondheidsbehoeften van mensen van verschillende geslachten in België, op het vlak van preventie, diagnose, behandeling en de samenstelling van het medisch korps, maar ook meer fundamenteel binnen de medische wetenschap zelf. De bron van het probleem ligt ook in het opbouwen zelf van de kennis (Holdcroft, 2007), die de ervaring van vrouwen verwaarloost, zowel bij het formuleren van de hypothesen (veronderstelde en foutieve gelijkenissen of verschillen tussen mannen en vrouwen), als bij de ontwikkeling van de onderzoeksmethodologie (waar de ondervertegenwoordiging van vrouwen een reëel probleem blijft (Daitch, Turjeman, Poran, & et al, 2022)). Tot slot illustreren de voorbeelden van de ongelijkheden in het gebruik van de gezondheidszorg volgens handicap en geboorteland dat het voorbarig zou zijn om vrouwen als een homogene groep te beschouwen. De aanpak van het gezondheidsbeleid moet daarom worden afgestemd op de complexe situaties (het principe van intersectionaliteit) en de behoeften van de mensen (het principe van proportioneel universalisme)²³.

5. Aanbevelingen

Hoe kunnen de genderongelijkheden in de Belgische gezondheidszorg worden verminderd? Er is een combinatie van acties op verschillende niveaus nodig om uiteindelijk – naast het wegwerken van de genderdiscriminatie in kansen, toewijzing van middelen en toegang tot diensten – te streven naar een rechtvaardige verdeling van macht, middelen en verantwoordelijkheid; rekening houdend met de verschillen in behoeften tussen mensen, en in het bijzonder tussen mannen en vrouwen, en het onevenwicht dat kenmerkend is voor de huidige maatschappij (Kuhlmann & Annandale, 2010, p. 21). We doen hier een reeks aanbevelingen op basis van onze analyses en een overzicht van de aanbevelingen van de WGO (Wereldgezondheidsorganisatie, 2021), de Verenigde Naties (Verenigde Naties, 2016) de Europese Commissie (European Commission, 2016; Franklin, Bambra, & Albani, 2021; European Institute for

23 "Het principe van 'proportioneel universalisme' beoogt universele interventies aan te bieden, maar met modaliteiten of een intensiteit die variëren afhankelijk van de behoeften ("universal solutions with effort proportional to need" (Marmot, 2010)). Met andere woorden, het stelt dat het doel moet zijn om universele gezondheidsresultaten te bereiken voor de hele bevolking. Op basis van deze doelstelling wordt een corrigerend beleid opgezet om de geconstateerde ongelijkheden op het vlak van gezondheid te corrigeren. Dit principe mag niet worden verward met beleid voor gerichte acties. Hoewel ze elkaar in de praktijk kunnen overlappen (dit is betrekking hebben op vergelijkbare groepen) vertrekken ze in de methode van een tegenovergestelde premisse: gericht beleid vertrekt vanuit doelgroepen, terwijl proportioneel universalisme vertrekt vanuit een doelstelling die gemeenschappelijk is voor alle groepen om het specifiek beleid te bepalen dat moet worden ontwikkeld" (Derrotte, 2022, p.2).

Gender Equality, 2021) en verschillende internationale onderzoekers (Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2020).

5.1. Aan de verantwoordelijken voor wetenschappelijk gezondheidsonderzoek

5.1.1. Genderbias vermijden in gezondheidsonderzoek

Genderbias kan invloed hebben op de verschillende stadia van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek: de formulering van de onderzoeksvraag, het uitdenken van de methodologie, het verzamelen van de gegevens, hun analyse en hun implementatie. Onder de verschillende manieren waarop de resultaten tijdens het verzamelen van gegevens vertekend kunnen zijn, vermelden we het ontbreken of niet gebruiken van naar geslacht uitgesplitste gegevens, het uitsluiten van een geslacht tijdens de selectie van de deelnemers of het onderrapporteren van gegevens voor één van beide geslachten. Zo worden vrouwen bijvoorbeeld vaak uitgesloten van klinisch onderzoek of zijn zij in de minderheid, vooral op oudere leeftijd, hoewel hun gezondheid over het algemeen slechter is dan die van oudere mannen.

Toch moet de toegang tot naar geslacht uitgesplitste gegevens nog worden opgevolgd door een analyse van de waargenomen verschillen vanuit een genderperspectief, dit is vanuit het oogpunt van de machtsverhoudingen en -normen tussen mannen en vrouwen en de gevolgen daarvan in gezondheidszorgsystemen. We moeten dus nog begrijpen in welke mate en waarom de waargenomen verschillen onterecht en onrechtvaardig zijn, en dus vermijdbaar. Het gebrek aan gegevens op het gebied van gender is dus verre van onbelangrijk; het weerspiegelt de manier waarop het gezondheidszorgsysteem de *status quo* handhaaft en de ongelijkheden bestendigt: "wat gemeten wordt, weerspiegelt wat impliciet gewaardeerd wordt of gezien wordt als de belangrijkste prioriteiten van een gezondheidszorgsysteem" (Young, Mangwi Ayiasi, Shung-King, & Morgan, 2020, eigen vertaling).

We bevelen aan om bijzondere aandacht te besteden aan de samenstelling van de steekproeven en onderzochte doelgroepen om rekening te houden met hun diversiteit

(in enquêtes, statistische analyses, klinische studies, enz.) en om de verschillen tussen mannen en vrouwen in vraag te stellen. Dit omvat het onderzoeken van gender in relatie tot andere sociale factoren, zoals klasse, afkomst, opleiding, etniciteit, leeftijd, geografische locatie, handicap en seksualiteit, idealiter vanuit een intersectioneel perspectief.

5.1.2. Gegevens verzamelen en analyseren over genderbias in de gezondheidszorg

Er zijn momenteel weinig gegevens uitgesplitst naar geslacht beschikbaar over de performantie van het gezondheidszorgsysteem, en de toegankelijkheid, efficiëntie en kwaliteit ervan. Er bestaan weinig analyses gericht op het begrijpen van "de machtsverhoudingen en -normen tussen mannen en vrouwen en hun gevolgen in de gezondheidssystemen, met inbegrip van de aard van het leven van vrouwen en mannen, de manier waarop hun behoeften en ervaringen verschillen binnen het gezondheidssysteem, de oorzaken en gevolgen van deze verschillen, en hoe programma's, diensten en beleid beter kunnen worden georganiseerd om geslachtsverschillen te verminderen, er rekening mee te houden of ze bij te sturen" (Morgan, et al., 2016, p. 2, eigen vertaling). Bovendien blijft rassendiscriminatie ten opzichte van vrouwen een onderbelicht onderzoeksonderwerp in België. Eén van de redenen hiervoor is het gebrek aan gegevens, vooral op het vlak van de gezondheid. Dit gebrek aan gegevens werd benadrukt in de aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek dat werd uitgevoerd door UNIA in samenwerking met de Cel Gelijke Kansen (FOD Justitie) en medegefinancierd door het REC-programma (Rights, Equality and Citizenship) van de Europese Commissie (UNIA, 2021).

We bevelen alle onderzoeksinstituten die betrokken zijn bij de evaluatie en de voorbereiding van het beleid inzake volksgezondheid (Intermutualistisch Agentschap, KCE, RIZIV, Sciensano) aan, om specifieke genderanalyses te ontwikkelen.

Er moet ook regelmatig toezicht worden gehouden op genderdiscriminatie in gezondheid en gezondheidszorg door de bestaande platformen voor het registreren van klachten, zoals Unia, te versterken.

Tot slot benadrukken we het belang van een betere verzameling en analyse van gegevens over rassendiscriminatie in de gezondheidszorg.

5.2. Aan de verschillende verantwoordelijken in het gezondheidszorgsysteem

5.2.1. Genderbias in de medische praktijk vermijden op het vlak van preventie, diagnose, behandeling en opvolging

De toegang tot de gezondheidszorg garanderen betekent de vier dimensies ervan garanderen: gevoeligheid voor de gezondheidstoestand, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aangeboden zorg. Mensen moeten behandeld worden in overeenstemming met hun gezondheidsbehoeften, die zowel medisch als sociaal zijn. Om te voorkomen dat de genderspecifieke visie op de geslachten de klinische praktijk beïnvloedt, moet de **'gender-sensitiviteit in de gezondheidszorg'** (*gender sensitivity in healthcare*) versterkt worden, dit is het vermogen om een onderscheid te maken in de manier waarop gezondheidszorg de machtsrelaties die inherent zijn aan het gender kan reproduceren (Celik, Lagro-Janssen, Widdershoven, & Abmad, 2011). Het is ook nodig om gendergerelateerde gegevens op te nemen in een *evidence-based* geneeskunde (*evidence based medicine*) (Holdcroft, 2007). Deze bewustmaking moet een combinatie zijn van *top-down* organisatorische benaderingen, die de klinische praktijk reguleren, en *bottom-up* individuele benaderingen, die gebaseerd zijn op de ervaringen van patiënten en zorgverleners uit het echte leven.

Daarom bevelen we aan om medische protocollen in te voeren en/of aan te passen om rekening te houden met verschillen in geslacht en de genderongelijkheid te verminderen.

De methode van proportioneel universalisme moet worden toegepast op de preventieprogramma's, zodat ze kunnen worden afgestemd op de behoeften, levensomstandigheden en heterogeniteit van de doelgroepen.

Daarnaast is het noodzakelijk om verder te gaan met het organiseren van zorg die gericht is op de levensdoelen van mensen, en om dit te bereiken moeten we ervoor zorgen dat patiënten betrokken worden bij het medisch proces en het systeem meer patiëntgericht maken.

5.2.2. Genderevenwicht verplichten in de beheer- en coördinatieorganen van de gezondheidszorg

Ondanks de feminisering van het medisch beroep dankzij de jongere generaties, blijven bepaalde specialismen

overwegend mannelijk. Dit zijn meestal de meest lucratieve specialismen. Vrouwen zijn ook nog steeds in de minderheid in functies met beslissingsbevoegdheid, zoals het ziekenhuismanagement. Onder de verpleegkundigen en zorgkundigen zijn vrouwen echter in de meerderheid.

We bevelen aan om genderquota in te voeren in hoge functies in de gezondheidszorg, van nationale gezondheidscomités tot ziekenhuismanagement.

Bij het nemen van budgettaire beslissingen moet ook rekening worden gehouden met gender- en economische ongelijkheden binnen de medische beroepen.

Zonder bepaalde begrotingsuitgaven transparanter te maken, met name door de informatie over de lonen van de zorgverleners openbaar te maken, is het onmogelijk om een nauwkeurige analyse te maken van de situatie van de beroepsgroep in de gezondheidszorg.

5.3. Aan de verantwoordelijken voor gezondheidsopleidingen

5.3.1. De opleiding in genderkwesties verbeteren voor beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg

Om de voortzetting van genderstereotypen in de medische praktijk te voorkomen, is het nodig om het bewustzijn te vergroten en het zorgpersoneel op te leiden om rekening te houden met de interacties tussen geslacht en gender in pathologieën, maar ook in klinische relaties.

We bevelen aan om de basisopleiding van geneeskundestudenten te herzien en het onderwerp genderbias te introduceren.

Op dezelfde manier is het nodig om bijscholing te organiseren voor alle zorgverleners.

Tot slot stellen we voor om opleidingsprogramma's over Gender en Gezondheid te organiseren voor studenten en beroepsbeoefenaars op het vlak van klinisch en biomedisch onderzoek. Het is ook noodzakelijk om te zorgen voor gendergelijkheid binnen teams, bij het indienen van projectoproepen en in comités voor projectselectie en de toewijzing van financieringen.

Bibliografie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-31.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre*. Brussel: De Boeck.
- Berger, A. (2019). *Famille monoparentale : attention pauvreté*. Réseau Financité.
- Bird, C., & Rieker, P. (2008). *Gender and Health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. New York: Cambridge University Press.
- Bruinvels, G., Burden, R.J., McGregor, A.J., Ackerman, K.E., Dooley, M., Richards, T., Pedlar, C. (2016). Sport, exercise and the menstrual cycle: where is the research? *British Journal of Sports Medicine*, 51, 487-488.
- Calderone, K. (1990). The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients. *Sex Roles*, 23, 713-725.
- Celik, H., Lagro-Janssen, T., Widdershoven, G., & Abmad, T. (2011). Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 84, 143-149.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg: definities en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels : European Social Observatory.
- Chapman, E. N., Kaatz, A., & Carnes, M. (2013). Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *Journal of general internal medicine*, 28(11), 1504–1510.
- CM. (2021). *Redelijke en verantwoorde verloning voor artsen binnen de gezondheidszorg: Aanzet tot ethische reflectie*. Brussel
- Colard, F. (2019). *Femmes et maladies cardio-vasculaires : Quand une approche non genrée de la santé fait des ravages*. Bruxelles : Femmes Prévoyantes Socialistes.
- Connell, R., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19, 829-859.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 50(10), 1385–1401.
- Criado Perez, C. (2020). *Invisible Women: Exposing data bias in a world designed for men*. New York: Abrams Press.
- Daitch, V., Turjeman, A., Poran, I., & et al. (2022). Underrepresentation of women in randomized controlled trials: a systematic review and meta-analysis. *Trials*, 23, 1038.
- Delvigne, A., Becu, L., van Wiemeersch, J., Bossens, M., & Vandromme, J. (2018). More women gynecologists in Belgium: assessment of changes in the workforce—a survey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 298, 1139-1148.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen*. Rapportnummer: D/2020/14.440/23. Brussel: Sciensano.
- Derroite, E. (2022). Niet iedereen is gelijk. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 2-5.
- Derroite, E., Cès, S., Sholokhova, S. (2023). *Les inégalités de santé, un problème structurel. Policy brief pour le projet Inclusion Egalité Solidarité (INES)*. Bruxelles
- Deschietere, G., Luts, A., Schuller, W., Heymans, J.-P., Germeau, N., Cool, G., . . . Nizet, L. (2020). Ce que la pandémie fait à la psychiatrie : sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre ? *Louvain Médical*, 139(5-6), 344-348.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance of the Belgian health system – report 2019*. KCE Reports 313. D/2019/10.273/34. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualité : Introduction à la théorie féministe*. Paris : Presses Universitaires de France.
- European commission. (2016). *European handbook on equality data*.
- European commission. (2021). *2021 report on gender equality in the EU*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.
- European Institut for Gender Equality. (2021). *Gender Equality Index 2021: Health*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.
- Federici, S. (2012). *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction, and Feminist Struggle*. Oakland : PM Press.
- Femmes prevoyantes socialistes. (2018). *Femmes et transports en commun : des parcours des combattantes ?*
- Fitzgerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18.
- Franklin, P., Bamba, C., & Albani, V. (2021). *Gender equality and health in the EU*. Brussels: European Commission

- Gevaert, S., De Bacquer, D., Evrard, P., Convens, C., Dubois, P., Boland, J., . . . Claeys, M. (2014). Gender, TIMI risk score and in-hospital mortality in STEMI patients undergoing primary PCI: results from the Belgian STEMI registry. *Eurointervention*, 9, 1095-1101.
- Gillard, P. (2021). Adopter une approche de genre en santé. *Santé conjugulée*, 95, 10-12.
- Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes de la République Française (2020). *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique*.
- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., . . . Kharel, C. (2019). Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*, 393(10190), 2535–2549.
- Heise, L., Greene, M., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., & Zewdie, D. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet*, 2440-2454.
- Hoffmann, D., & Tarzian, A. (2001). The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 29, 13-27.
- Holdcroft, A. (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine. *Journal of Royal Society of Medicine*, 100.
- RIZIV. (2022). *Variaties in medische praktijken. Myocardiale reperfusie (aangepast). Analyse van de verdeling en de evolutie van de medische praktijk in aantallen en volumes per verzekerde in België*. Opgehaald van https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-NL-Reperfusion_myocardique_Ajuste_2021.pdf
- Instituut voor duurzame ontwikkeling. (2022). La proportion de salarié.e.s du secteur privé en incapacité primaire ou en invalidité. *Brève IDD*, 60.
- Instituut voor duurzame ontwikkeling. (2023). Les pensionnés de 2021: à quel âge ont-ils pris leur pension et quels sont leurs revenus? *Note de l'IDD*.
- Instituut voor de gelijkheid van mannen en vrouwen. (2020). *Vrouwen en mannen in België. 3e editie*. Brussel.
- Jneid, H., Fonarow, G. C., Cannon, C. P., Hernandez, A. F., Palacios, I. F., Maree, A. O., . . . Committee, & G. (2008). Sex Differences in Medical Care and Early Death After Acute Myocardial Infarction. *Circulation*, 118(25), 2803-2810.
- Kuhlmann, E., & Annandale, E. (2010). Bringing Gender to the Heart of Health Policy, Practice and Research. Dans E. Kuhlmann, & E. Annandale, *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 1-18). New York: Palgrave Macmillan.
- Lempereur, M., Magne, J., Cornelis, K., Hanet, C., Taeymans, Y., Vrolix, M., & Legrand, V. (2014). Impact of gender difference in hospital outcomes following percutaneous coronary intervention. Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC) registry. *Eurointervention*, 10.
- Marmot, M. (2010). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London : Bloomsbury.
- Matin, B. K., Williamson, H. J., Karyani, A. K., Rezaei, S., Soofi, M., & Soltani, S. (2021). Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC women's health*, 21(1), 44.
- Matsuzaki, S., Canis, M., Pouly, J. L., Rabischong, B., Botchorishvili, R., & Mage, G. (2006). Relationship between delay of surgical diagnosis and severity of disease in patients with symptomatic deep infiltrating endometriosis. *Fertility and sterility*, 86(5), 1314-1317.
- Mauvais-Jarvis, F., Merz, N., Brinton, R., Carrero, J.-J., DeMeo, D., De Vries, G., . . . Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*, 396, 565-582.
- Mogil, J. S. (2020). Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nature reviews. Neuroscience*, 21(7), 353–365.
- Morgan, R., George, A., Ssali, S., Hawkins, K., Molyneux, S., & Theobald, S. (2016). How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, 1-10.
- Organisation mondiale de la santé. (2021). *Integrating gender data in health information systems: challenges, opportunities and good practices*. Copnehen: WHO Regional Office for Europe.
- Porta, M. (Éd.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology. 6th Edition*. Oxford : Oxford University Press.
- Ramjan, L., Cotton, A., Algosio, M., & Peters, K. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: A review. *Women & Health*, 56(2), 141-156.
- Riska, E. (2010). Women in the Medical Profession: International Trends. Dans E. Kuhlmann, & E. Annandale (Éds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 423-438). New York: Palgrave Macmillan.
- Rudic, J., Poropat, G., Krstic, M., Bjelakovic, G., & Gluud, C. (2005). Hormone replacement for osteoporosis in women with primary biliary cirrhosis. *The Cochrane Library*, 2.

- Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García Calvente, M. M., Miqueo, C., . . . Valls, C. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of epidemiology and community health*, *61*(Suppl 2), ii46–ii53.
- Sansonetti, S., & Davern, E. (2021). *Women and transport*. European Union.
- Sciensano. (2021). *Analyse van de oversterfte in 2021*. Opgehaald van <https://www.sciensano.be/nl/pershoek/analyse-van-de-oversterfte-2021>
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). Engendering Health Equity: A Review of Research and Policy. Dans G. Sen, A. George, P. Östlin, & (ed), *Engendering International Health. The Challenge of Equity* (pp. 1-34). London : MIT Press.
- Sen, G., Ostlin, P., & George, A. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. WHO.
- Sholokhova, S. (2021). Preventie en gezondheidsbevordering in België. *CM-Informatie*, *283*, 42-57.
- FOD Volksgezondheid. (2021). *Prevalentie van hart- en vaatziekten. MZG 2019*. Opgehaald van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/22112021_voorkomen_van_ziektebeelden_nl.pdf
- Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M., & Cleemput, I. (2012). *Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts*. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE).
- Travis, C., Howerton, D., & Szymanski, D. (2012). Risk, Uncertainty, and Gender Stereotypes in Healthcare Decisions. *Women & Therapy*, *35*, 207-220.
- UNIA. (2021). *Rapport Final : Improving Equality Data Collection in Belgium*. Bruxelles.
- United Nations. (2016). *Integrating a Gender Perspective into Statistics*.
- Young, R., Mangwi Ayiasi, R., Shung-King, M., & Morgan, R. (2020). Health systems of oppressions: applying intersectionality in health systems to expose hidden inequities. *Health Policy and Planning*, *35*(9), 1-3.



Aanhoudend stijgende uitgaven voor geneesmiddelen

Evolutie van de uitgaven voor terugbetaalde specialiteiten verstrekt door ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten

Rose-Marie Ntahonganyira — Studiedienst
Caroline Lebbe — Dienst Politiek en Beleid ZIV

Samenvatting

Uit een analyse van de bruto-uitgaven van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering (RIZIV) voor geneesmiddelen geproduceerd door farmaceutische bedrijven (farmaceutische specialiteiten) blijkt dat deze jaar na jaar blijven stijgen. Over de periode 2020-2021 stegen ze met 7% (RIZIV, 2022).

Net als in voorgaande jaren heeft deze toename voornamelijk betrekking op geneesmiddelen die door ziekenhuisapotheken worden verstrekt aan ambulante ziekenhuispatiënten, dus patiënten die niet in het ziekenhuis overnachten. In 2022 werd de som van de terugbetalingen ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor de behandeling van ambulante ziekenhuispatiënten met geneesmiddelen op 2.991 miljoen euro geschat (extrapolatie op basis van CM-cijfers).

Het doel van dit artikel is om een diepgaander analyse te maken van de uitgaven in dit domein van de gezondheidszorg. De studie is gebaseerd op de facturatiegegevens van de Christelijke Mutualiteit (CM). Hieruit blijkt dat de helft van deze uitgaven werd besteed aan antitumorale geneesmiddelen (L01), ook bekend als kankergeneesmiddelen. In 2022 was 88% van de CM-leden, die als ambulante ziekenhuispatiënt minstens één terugbetaling ontvingen voor een geneesmiddel uit deze klasse, 51 jaar of ouder.

Een andere vaststelling is dat de uitgaven geconcentreerd zijn op een klein aantal geneesmiddelen. De tien moleculen met de hoogste uitgaven vertegenwoordigden in 2022 43% van de totale uitgaven. Het is ook opmerkelijk dat zes van deze tien moleculen nieuw zijn. De meest recente, *tafamidis*, de nieuwe molecule voor de behandeling van amyloïdose, kostte de verplichte ziekteverzekering (ZIV) 86 miljoen euro in 2022.

Het marktaandeel van de biosimilars, hoewel nog steeds laag in België in vergelijking met andere Europese landen, kende een toename in 2022. Dit heeft geleid tot een daling van de kosten voor bepaalde biologische moleculen met biosimilars, zoals *infliximab*, *trastuzumab* en *rituximab*. Het aandeel van de uitgaven voor biologische geneesmiddelen evolueerde trouwens van 55% in 2020 naar 51% in 2022.

Deze daling van de uitgaven als gevolg van de toename in het voorschrijven van biosimilars, compenseert echter niet de stijgende uitgaven in de verplichte ziekteverzekering als gevolg van de recente introductie van nieuwe, duurdere moleculen in de terugbetaling, zoals *tafamidis*, *ivacaftor*, *emicizumab* en *acalabrutinib*, enz.

Sleutelwoorden: Geneesmiddelen, nieuwe geneesmiddelen, ambulante aflevering in het ziekenhuis, antitumorale geneesmiddelen, biologische geneesmiddelen, generische geneesmiddelen, biosimilars, kwantitatieve studie

1. Inleiding

Volgens het *MORSE-rapport (Monitoring of Reimbursement Significant Expenses)* blijven de totale **bruto-uitgaven** voor de terugbetaalde farmaceutische specialiteiten ten laste van de verplichte ziekteverzekering de afgelopen jaren stijgen (RIZIV, 2022). In dit rapport wordt de term ‘bruto-uitgaven’ gebruikt omdat er geen rekening wordt gehouden met de inkomsten uit de overeenkomsten ‘artikel 111 en volgende’ (zie kader). In 2021 zijn deze totale uitgaven met 7% gestegen ten opzichte van 2020, dat is een toename van 400 miljoen euro.

Belangrijk om te onthouden is dat de totale uitgaven voor farmaceutische specialiteiten zijn onderverdeeld in twee sectoren: de uitgaven voor specialiteiten verstrekt door openbare apotheken (officina) en de uitgaven voor specialiteiten verstrekt door ziekenhuisapotheken. Binnen deze laatste sector wordt verder een onderscheid gemaakt tussen twee categorieën van uitgaven: uitgaven voor ge-

neesmiddelen afgeleverd aan ambulante patiënten, dus patiënten die in het ziekenhuis worden behandeld maar er niet overnachten, en uitgaven voor geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten, dus patiënten die ten minste één nacht in het ziekenhuis verblijven.

Sinds 2020 hangt de stijging van de totale uitgaven samen met zowel de stijging van de uitgaven in de sector van de openbare officina (een groei van 4,3% in 2021), als met de stijging van de uitgaven in de sector van de ziekenhuisapotheken (een groei van 9,5% in 2021). Merk op dat de uitgaven van openbare officina tot 2019 stabiel waren en niet zichtbaar bijdroegen aan de opwaartse trend in de uitgaven voor farmaceutische specialiteiten ten laste van de verplichte ziekteverzekering.

Volgens datzelfde *MORSE-rapport* bedraagt het aandeel van de bruto-uitgaven voor farmaceutische specialiteiten in de ziekenhuizen sinds 2020 meer dan 50% van de totale uitgaven voor beide sectoren. In 2021 ging het om 52%, wat overeenstemt met 3,1 miljard euro, tegenover 2,8 miljard euro voor de sector van de openbare officina.



Wat is een overeenkomst ‘artikel III en volgende’ van het Koninklijk Besluit van 1 februari 2018, soms ook ‘artikel 81’-contracten genoemd?

Voor sommige geneesmiddelen bestaat er onzekerheid over de verhouding tussen de kost van het geneesmiddel en de toegevoegde waarde ervan voor de patiënten. In dergelijke gevallen is een definitieve opname in de terugbetaling vanuit de verplichte ziekteverzekering eigenlijk voorbarig. Om de patiënten toch toegang te kunnen geven tot deze geneesmiddelen en tegelijkertijd meer gegevens te verzamelen over de waarde van dit geneesmiddel, is er in de regelgeving een mogelijkheid ingebouwd voor een tijdelijke vergoeding. Dit gebeurt via een overeenkomst tussen het farmaceutisch bedrijf en de bevoegde minister. Deze overeenkomst bevat meestal de onzekerheden die tijdens de periode van de overeenkomst moeten uitgeklaard worden en een vertrouwelijk budgettaire compensatiemechanisme. Budgettaire compensatie verwijst naar teruggaven aan het RIZIV (‘restituties’) door de farmaceutische bedrijven. Deze terugbetalingen zijn geheim.

Deze mogelijkheid bestaat sinds 2010, maar de regelgeving hierover is sindsdien verschillende keren gewijzigd. Momenteel kan het farmaceutisch bedrijf aan de minister vragen een procedure tot overeenkomst op te starten (1) als de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) niet tot een definitief advies over terugbetaling aan de minister komt met een twee derde meerderheid (art 111), (2) op advies van de CTG (art 112) of (3) in bepaalde gevallen na een negatief advies van de CTG (art 113). De minister kan dan al dan niet ingaan op de vraag van de firma.

Soms wordt ook gesproken over ‘artikel 81-overeenkomsten’, omdat vóór het in voege treden van het huidige KB van 1 februari 2018, de procedure voor de overeenkomsten werd beschreven in artikel 81 en volgende van het KB van 11 december 2001.

Bij de analyse van de opsplitsing van de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering in de ziekenhuissector in twee categorieën (uitgaven voor verstrekkingen aan ambulante patiënten en uitgaven voor verstrekkingen aan gehospitaliseerde patiënten), zien we dat het in feite vooral de uitgaven van de eerste categorie zijn die deze stijging sterk beïnvloeden (zie Figuur 1). In 2021 bedroegen de uitgaven voor verstrekkingen aan ambulante patiënten 86,7% van de **bruto-uitgaven** ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor farmaceutische specialiteiten in ziekenhuizen, met een jaarlijkse groei van 9,5% in de periode 2020-2021 (RIZIV, 2022).

Deze groei neemt jaar na jaar toe en wordt over een lange periode zeer hoog. In de periode 2014-2021 stegen de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor geneesmiddelen voor ambulante patiënten van 1.039 miljoen euro tot 2.671 miljoen euro, wat neerkomt op een groei van 157%, vergeleken met een groei van 1,2% voor geneesmiddelen voor gehospitaliseerde patiënten (van 406 miljoen euro in 2014 tot 411 miljoen in 2021).

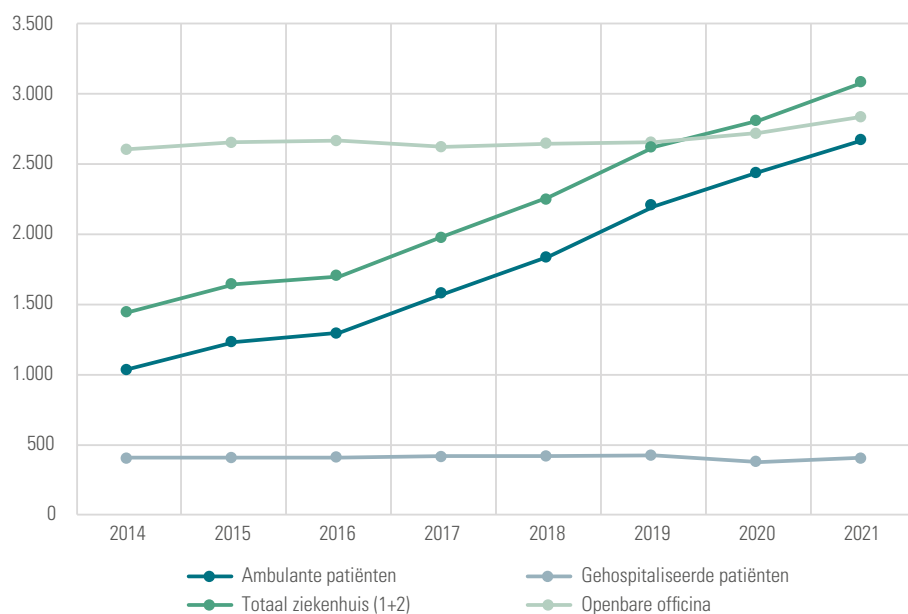
Onze analyse van de CM-facturatiegegevens voor de periode 2010-2019 bracht dezelfde vaststelling aan het licht voor de geneesmiddelen verstrekt aan ambulante ziekenhuispatiënten (Lebbe & Ntahonganyira, 2021). Het doel van

deze studie was om de (klassen van) geneesmiddelen te identificeren die verantwoordelijk zijn voor deze sterke stijging van de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering. De conclusie was dat deze aanzienlijke stijging van de ZIV-uitgaven vooral te verklaren was door de uitgaven voor antitumorale geneesmiddelen.

In dit onderzoek buigen we ons opnieuw over deze sector van farmaceutische specialiteiten verstrekt aan ambulante patiënten in ziekenhuizen en proberen we antwoorden te vinden op de volgende vragen.

- Blijven de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering stijgen in 2022?
- Zo ja, zijn de geneesmiddelen die aan de basis liggen van de stijging van de ZIV-uitgaven in 2022 dezelfde als die welke aan de basis lagen van de stijging in 2019? Indien niet, kunnen andere factoren deze uitgavenstijging ten laste van de verplichte ziekteverzekering tussen 2019 en 2022 verklaren?
- Wat is het aandeel van de generische en biosimilaire geneesmiddelen in het budget van de verplichte ziekteverzekering?

Figuur 1: Evolutie van de bruto-uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor terugbetaalde geneesmiddelen van 2014-2021, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2022)



2. Methode

Voor deze studie hebben we gebruik gemaakt van de facturatiegegevens van de leden van de Christelijke Mutualiteit (CM) voor terugbetaalde farmaceutische specialiteiten die tussen 2010 en 2022 door ziekenhuisapotheken werden verstrekt aan patiënten die **ambulant** werden behandeld in het ziekenhuis (dus zonder gefactureerde overnachting). Van deze specialiteiten hebben we de volgende zaken uitgesloten: de analgetica waarvoor chronische patiënten een tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering kunnen krijgen, de onvruchtbaarheidsbehandelingen, medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld *duodopal*, *septopal*, enz.) en anticonceptiva. Hierdoor zijn de resultaten in absolute aantallen niet vergelijkbaar met andere gegevens voor de jaren 2010 tot 2019 uit eerdere onderzoeken, waaronder de vorige CM-studie (Lebbe & Ntahonganyira, 2021).

We hebben alleen rekening gehouden met geneesmiddelen waarvoor ten minste een vergoeding van 0,01 euro per patiënt, per verstrekking en per CNK-code (Nationale code van het geneesmiddel) is betaald. Gezien de vertraging in de facturatie bij de ziekenhuizen, zijn de gegevens van 2022 slechts voor ongeveer 95% volledig.

De CM-leden vertegenwoordigen vandaag ongeveer 40% van de Belgische bevolking. De demografische verdeling van de CM-leden is echter niet 100% identiek aan die van de Belgische bevolking. Daarom kan een extrapolatie van onze cijfers naar de Belgische bevolking licht afwijken van de realiteit en vormt zij dus slechts een schatting.

De uitgaven die in aanmerking worden genomen zijn **bruto-uitgaven**, aangezien in deze analyse geen rekening wordt gehouden met de restituties aan het RIZIV door de farmaceutische bedrijven in het kader van contracten overeenkomstig artikel 111 en volgende van het Koninklijk Besluit van 1 februari 2018. Gezien de vertrouwelijkheid en complexiteit van het systeem, zijn de bedragen van deze restituties niet beschikbaar voor onderzoekers of het brede publiek. Er is reeds een wetgevend initiatief gestart in een poging om dit systeem aan te passen, maar dat heeft nog niet geleid tot de gewenste transparantie voor onafhankelijke onderzoekers en het brede publiek (Neyt, et al., 2021). De ondoorzichtigheid van de kosten die gepaard gaat met deze vertrouwelijkheid maakt het dan ook moeilijk om het geneesmiddelenbeleid in termen van overheidsuitgaven te

beoordelen. Geneesmiddelen die momenteel onder contract staan, zijn in de tekst blauw gekleurd.

3. Resultaten

Onze resultaten worden in vijf delen voorgesteld. We beginnen met de algemene cijfers over de evolutie van de bruto-uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor geneesmiddelen die door farmaceutische bedrijven worden geproduceerd en in ziekenhuizen worden verstrekt aan ambulante patiënten. Vervolgens analyseren we de tien therapeutische groepen met de hoogste uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering in 2022. We gaan dan verder met de tien moleculen met de hoogste ZIV-uitgaven (de duurste moleculen voor de verplichte ziekteverzekering), en daarna met de tien duurste moleculen voor de patiënt. Tot slot analyseren we het aandeel van de generische geneesmiddelen en de biosimilars in de ziekenhuissector en dit voor ambulante patiënten.

3.1. Evolutie van de totale uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering

In de periode 2010-2022 zijn de **bruto-uitgaven** ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor CM-leden voor de geanalyseerde farmaceutische specialiteiten gestegen van 369,9 tot 1.335,5 miljoen euro, een stijging van 266%, terwijl het aantal behandelde patiënten (gebruikers) in dezelfde periode met slechts 33% is gestegen (zie Tabel 1). Het persoonlijk aandeel van de patiënt in de kosten is met 40% gestegen. We merken echter op dat dit hetzelfde groeipercentage is dat over de periode 2010-2019 is vastgesteld in een eerdere studie (Lebbe & Ntahonganyira, 2021). De totale massa van deze persoonlijke aandelen vertegenwoordigde 2,2% van de totale kosten in 2010, en bedraagt 0,9% in 2022.

Als we alleen naar de periode 2019-2022 kijken, zien we dat de bruto-uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering met ongeveer 39% zijn toegenomen en dat de eigen bijdrage (remgeld en supplementen) met 0,8% is gedaald. Deze daling kan worden verklaard door het feit dat een groot deel van de nieuwe (dure) geneesmiddelen in onze studie, geneesmiddelen zijn die worden terugbetaald onder categorie A¹. Dit zijn

¹ De terugbetaling voor geneesmiddelen varieert naargelang hun nut. Categorie A: specialiteiten van vitaal belang. Bijvoorbeeld geneesmiddelen voor de behandeling van diabetes of kanker. Deze categorie wordt voor 100% vergoed, dus de patiënt hoeft geen remgeld te betalen.

Tabel I: Evolutie van de bruto-uitgaven voor farmaceutische specialiteiten voor ambulante patiënten in ziekenhuizen (Bron: CM-gegevens)

Jaar	Aantal unieke gebruikers	Bruto ZIV-uitgaven, in euro	Bedrag ten laste van de patiënt (remgeld + supplementen), in euro	Groei van de bruto ZIV-uitgaven per jaar	Gemiddelde jaarlijkse bruto ZIV-uitgaven per patiënt, in euro
2010	827.831	369.869.471	8.282.304		447
2011	862.844	393.198.341	8.655.803	6,3%	456
2012	889.319	414.150.275	9.169.487	5,3%	466
2013	911.256	434.008.570	9.301.601	4,8%	476
2014	943.201	463.099.062	9.536.362	6,7%	491
2015	964.668	545.718.549	9.924.107	17,8%	566
2016	986.831	573.913.156	10.347.054	5,2%	582
2017	994.868	701.279.348	10.744.184	22,2%	705
2018	1.017.020	831.065.486	11.162.188	18,5%	817
2019	1.051.748	977.926.394	11.715.414	17,7%	930
2020	935.150	1.087.478.078	10.966.348	11,2%	1.163
2021	1.056.102	1.210.260.931	11.795.474	11,3%	1.146
2022	1.105.002	1.355.488.605	11.624.816	12,0%	1.227
Groei (%) 2010-2022	33,48%	266,48%	40,36%		
Groei (%) 2019-2022	5,06%	38,61%	-0,77%		

geneesmiddelen die voor 100% worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering (RIZIV, b). Uit een analyse van de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering per terugbetalingscategorie blijkt dat het aandeel van de uitgaven voor geneesmiddelen terugbetaald in categorie A in 2022 84% bedraagt, tegenover 77% in 2019. In de periode 2019-2022 zijn deze uitgaven met 51% gestegen.

Niet alle recent terugbetaalde farmaceutische specialiteiten worden voor 100% gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Wanneer een eigen bijdrage (remgeld) wordt gevraagd, is deze geplafonneerd en dus beperkt tot een maximumbedrag (RIZIV, b). Dit plafond wordt vaak bereikt wanneer nieuwe geneesmiddelen worden verstrekt. Dit zet eveneens een rem op de stijging van de eigen bijdrage van de patiënten.

We merken ook op dat het aantal patiënten in 2020 met 11% is gedaald ten opzichte van 2019 (een daling van 116.598 personen). De daling van het aantal patiënten in 2020 kan worden toegeschreven aan de impact van de COVID-19-pandemie. Deze daling wordt echter niet weerspiegeld in de uitgaven, die met 11% zijn gestegen. In 2019

en 2021 hebben we bijna hetzelfde aantal patiënten, maar de uitgaven zijn met 24% gestegen (hetzij een verschil van 232 miljoen euro).

Deze uitgavenstijging kan enerzijds worden verklaard door de komst op de markt van nieuwe dure geneesmiddelen zoals *tafamidis* voor de behandeling van transthyretine amyloïdose met cardiomyopathie (dit is een eiwitafwijking in het lichaam), *ivacaftor* voor de behandeling van mucoviscidose, *emicizumab* als eerste keuze voor de behandeling van patiënten met ernstige aangeboren hemofilie A; anderzijds door de toename van het aantal gebruikers van bepaalde kankerbehandelingen (bijvoorbeeld *pembrolizumab*) of de behandeling van leeftijdsgebonden netvlies-aandoeningen (*aflibercept*).

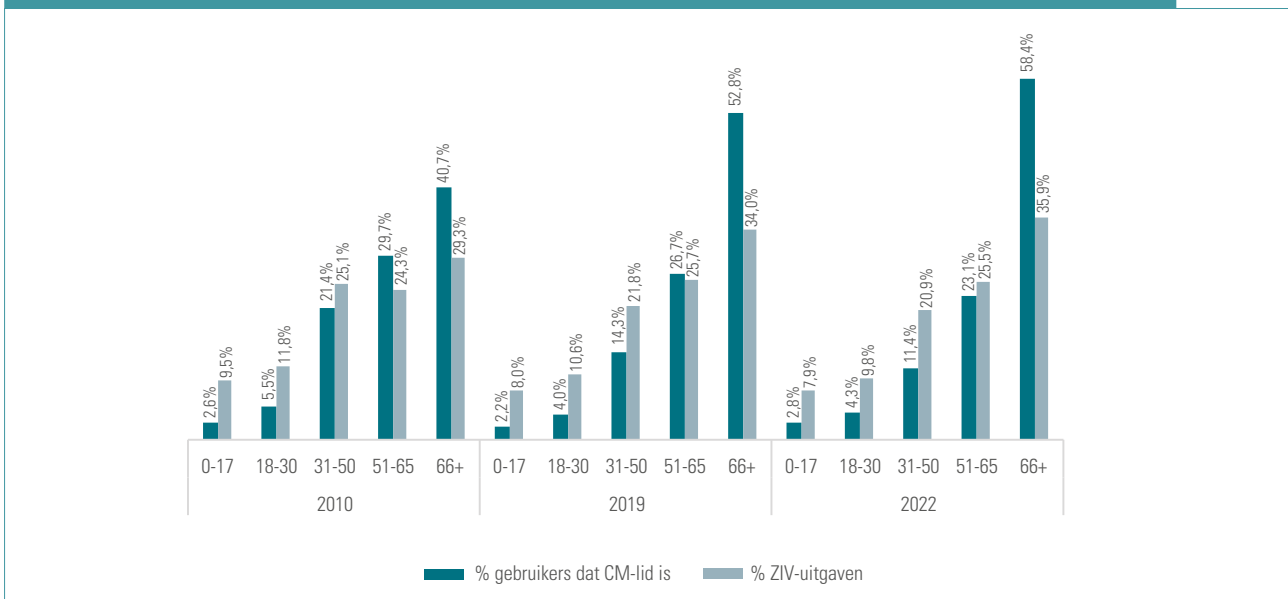
Een andere factor die de uitgavenstijging in de geanalyseerde sector zou kunnen verklaren, is de leeftijd van de bevolking. In 2022 is het aandeel patiënten ouder dan 50 jaar (ongeveer 43% van de CM-leden) goed voor 61% van de CM-leden die minstens één terugbetaling hebben ontvangen voor een geneesmiddel dat door de ziekenhuisapotheek ambulant wordt verstrekt en voor ongeveer 81,5%

van de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering (zie Figuur 2).

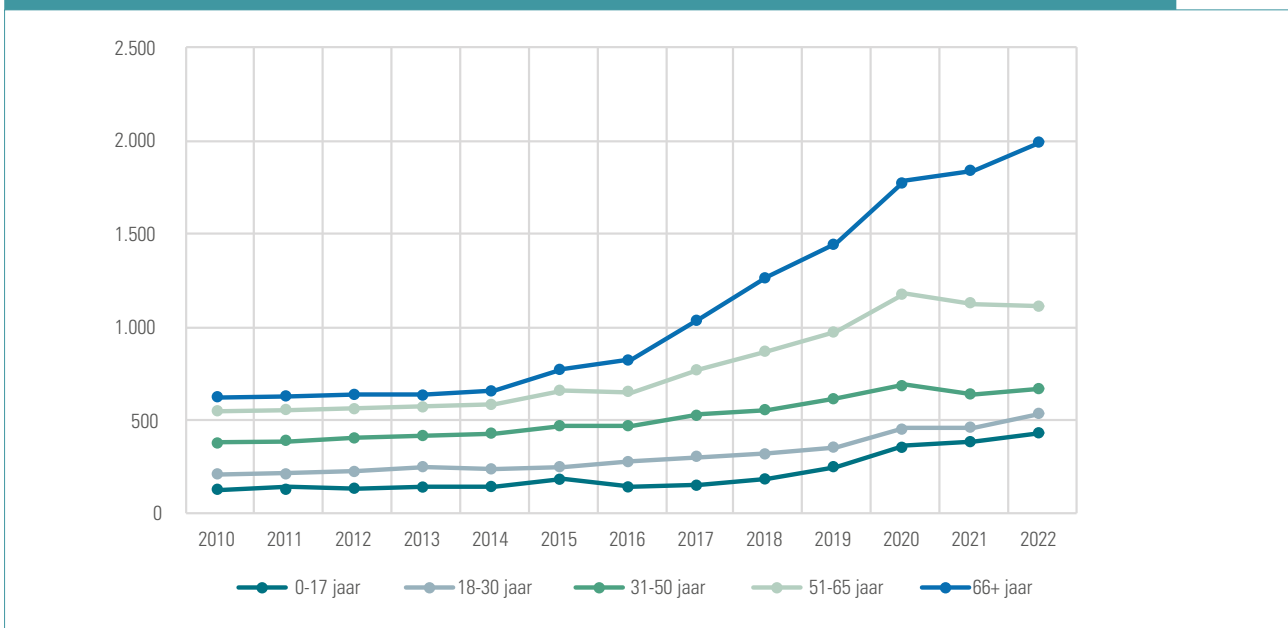
De analyse van de gemiddelde jaarlijkse kosten voor de verplichte ziekteverzekering per patiënt en per leeftijdscategorie toont dat behandelingen voor personen van 50 jaar en ouder het duurst zijn per individu (meer dan 1.500 euro per patiënt in 2022) in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën.

Als we kijken naar de evolutie van deze gemiddelde jaarlijkse ZIV-kosten per patiënt en per leeftijdscategorie, zien we dat het vanaf 2015 is dat de stijging van deze kosten vooral patiënten ouder dan 50 jaar betreft (zie Figuur 3). De gemiddelde jaarlijkse kosten per patiënt van 51 jaar en ouder zijn gestegen van 587 euro in 2010 tot 1.627 euro in 2022. De stijging is nog meer uitgesproken voor patiënten vanaf 66 jaar. Dit kan worden verklaard door het feit dat de duurste moleculen ten laste van de verplichte ziekteverze-

Figuur 2: Aandeel van de ZIV-uitgaven en het aantal patiënten per leeftijdscategorie in 2010, 2019 en 2022 (Bron: CM-gegevens)



Figuur 3: Evolutie van de gemiddelde ZIV-kost per patiënt van 2010 tot 2022 per leeftijdsgroep (Bron: CM-gegevens)



kering, zoals *pembrolizumab*, *tafamidis*, *daratumumab* en *aflibercept*, veel vaker worden voorgeschreven voor personen van 66 jaar en ouder, en dat het aantal gebruikers elk jaar aanzienlijk toeneemt (zie punt 3.3).

Als we de evolutie van het aantal patiënten per leeftijdsgroep analyseren, zien we dat het aantal patiënten vooral sterk toeneemt in de leeftijdsgroepen van 51 jaar en ouder. Over de periode 2010-2022 zien we een groei van 64% voor de leeftijdsgroep van 66 jaar en ouder en van 40% voor de leeftijdsgroep 51-65 jaar. Voor de andere leeftijdsgroepen varieert die groei tussen 10% (18-30) en 12% (0-17). In de periode 2019-2022 maakte het aantal patiënten van 66 jaar en ouder een aanzienlijke sprong voorwaarts, met ongeveer 40.050 patiënten meer dan in 2019, wat neerkomt op een groei van 11% en dit ondanks de COVID-19-periode. Voor de leeftijdsgroep 51-65 jaar is de groei 4%, en voor de rest tussen 3% (0-17 jaar) en -3% (18-30 jaar).

De toename van het aantal patiënten en de zeer hoge kosten voor geneesmiddelen bij ouderen kunnen worden verklaard door de aanwezigheid van ernstige en vaak chronische ziekten, die vaker voorkomen naarmate men ouder

wordt. Naarmate we ouder worden, is het risico immers groot dat we ziekten zoals kanker, hart- en vaatziekten, diabetes, artrose en netvliesaanandoeningen, die op lange termijn allemaal een duurdere behandeling vereisen, cumuleren (RTBF, 2022).

3.2. Evolutie van de ZIV-uitgaven volgens therapeutische klasse

De *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC²)*-classificatie op het tweede niveau (ATC2) maakt een onderscheid tussen verschillende groepen geneesmiddelen op basis van hun therapeutische eigenschappen.

De resultaten van onze analyse volgens therapeutische klasse tonen dat de top 10 therapeutische groepen met de hoogste ZIV-uitgaven goed is voor 90,6% van de totale ZIV-uitgaven van alle geanalyseerde groepen, in 2022 was dit 1.227,6 miljoen euro (zie Tabel 2). Vergeleken met de top 10 therapeutische groepen in 2019 (Lebbe & Ntahonganyira, 2021) zijn er drie nieuwe therapeutische groepen in de top 10 binnengekomen: **overige middelen werkzaam op**

Tabel 2: Top 10 therapeutische groepen (ATC2-niveau) volgens ZIV-uitgaven in 2022 (Bron: CM-gegevens)

Therapeutische groep	% van de totale bruto ZIV-uitgaven	Aantal gebruikers	ZIV-uitgaven, in euro	Bedrag ten laste van de patiënt, in euro	% van de totale uitgaven in de top 10 therapeutische groepen
Antineoplastische middelen (L01)	50,3%	34.952	681.846.996	102.825	55,5%
Immunosuppressiva (L04)	12,4%	12.045	167.665.333	1.631.327	13,7%
Overige middelen werkzaam op het centraal zenuwstelsel (N07)	6,6%	1.224	89.469.435	22.184	7,3%
Endocriene therapie (L02)	5,2%	4.607	70.221.932	1.212	5,7%
Middelen voor oogheelkundig gebruik (S01)	3,9%	71.958	52.395.522	1.067.342	4,3%
Overige middelen voor het ademhalingsstelsel (R07)	3,6%	420	48.601.410	0	4,0%
Sera en immunoglobulinen (J06)	3,4%	6.032	46.127.403	30.072	3,8%
Overige preparaten i.v.m. met maagdarmkanaal en stofwisseling (A16)	2,0%	145	26.923.971	255	2,2%
Middelen bij anemie (B03)	1,8%	24.163	24.134.642	581.396	2,0%
Antihemorragica (B02)	1,5%	16.191	20.232.425	24.665	1,6%
Totaal	90,6%		1.227.619.069		100,0%

2 ATC klasseert de geneesmiddelen op vijf niveaus: het eerste niveau of ATC1 klasseert de geneesmiddelen volgens het orgaan waarop ze inwerken, het tweede niveau of ATC2 klasseert de geneesmiddelen volgens de voornaamste therapeutische eigenschappen, het derde en vierde niveau of ATC3 en ATC4, stemmen overeen met chemische, farmacologische of therapeutische subgroepen en op het vijfde en laatste niveau of ATC5 worden de geneesmiddelen geklasseerd volgens een specifiek chemisch bestanddeel.

het centraal zenuwstelsel (N07), overige middelen voor het ademhalingsstelsel (R07) en antihemorragica (B02). De drie klassen die in 2019 in de top 10 stonden en in 2022 niet meer in de top 10 staan, zijn: **antivirale middelen voor systemisch gebruik (J05), immunostimulantia (L03) en overige middelen voor aandoeningen van het spier- en skeletstelsel.**

3.2.1. De zwaargewichten: antitumorale geneesmiddelen en immunosuppressiva

In de top 10 van de therapeutische groepen met de hoogste ZIV-uitgaven, blijven twee therapeutische groepen er bovenuit steken: antineoplastische middelen, ook bekend als antitumorale middelen (L01) (681,8 miljoen euro) en de immunosuppressiva (L04) (167,6 miljoen euro). Samen vertegenwoordigen deze twee geneesmiddelenklassen ongeveer 62,4% (849,5 miljoen euro) van de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor CM-patiënten die ambulant in het ziekenhuis worden behandeld.

In 2022 ging de helft van de ZIV-uitgaven (50,3%) naar geneesmiddelen die gebruikt worden in de oncologie, **antitumorale geneesmiddelen (L01)**. In 2010 bedroeg hun relatieve aandeel slechts 35%. Het aantal patiënten is gestegen van 24.442 in 2010 tot 34.952 in 2022, een toename met 71% in dertien jaar.

In 2022 is 88% van deze gebruikers van antitumorale geneesmiddelen 51 jaar of ouder, en vertegenwoordigen hun voorschriften 92% van de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering. In 2010 was hun aandeel (84%) evenredig met het aandeel in de ZIV-uitgaven (84%). Dit verschil tussen 2010 en 2022 wordt verklaard door de kosten van nieuwe moleculen die sinds kort worden terugbetaald en die erg duur zijn. Zo kost alleen al *pembrolizumab*, dat onder de naam Keytruda® op de markt wordt gebracht en sinds 2016 wordt terugbetaald, in 2022 aan de verplichte ziekteverzekering 154 miljoen euro.

Bij de antitumorale geneesmiddelen (L01) wegen vijf belangrijke moleculen stevig door in de ZIV-uitgaven in deze klasse in 2022. Dit zijn *pembrolizumab* (23%), *daratumumab* (10%), *nivolumab* (7%), *ibrutinib* (6%) en *palbociclib* (5%). *Nivolumab* en *pembrolizumab* zijn geneesmiddelen die behoren tot de immunotherapie die worden gebruikt voor de behandeling van verschillende soorten kanker. *Palbociclib* wordt gebruikt voor de behandeling van bepaalde vormen van borstkanker, *daratumumab* voor de behandeling van multipel myeloom (een vorm van beenmergkanker) en *ibrutinib* voor bepaalde vormen van bloedkanker. Deze

moleculen worden pas sinds kort terugbetaald in België: *ibrutinib* (in 2015), *pembrolizumab* (in 2016), *nivolumab* (in 2016), *palbociclib* (in 2017) en *daratumumab* (in 2017).

Gezien het feit dat deze antitumorale geneesmiddelen worden gebruikt bij de behandeling van kankers en dat het risico op kanker toeneemt met de leeftijd, verklaart dit grotendeels de stijging in de ZIV-kosten voor patiënten ouder dan 50 jaar sinds 2015 die we eerder vaststelden (zie Figuur 3). Zo was 93% van de ZIV-uitgaven voor *pembrolizumab* bestemd voor de behandeling van personen ouder dan 50 jaar.

De immunosuppressiva (L04) komen met 12,4% van de uitgaven in 2022 op de tweede plaats wat betreft de hoogte van de ZIV-uitgaven (zie Tabel 2). Immunosuppressiva (L04) zijn geneesmiddelen die worden gebruikt voor de behandeling van reumatoïde artritis, psoriasis, colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn, maar ook voor de behandeling van hematologische ziekten.

De uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor deze groep zijn in de periode 2010-2022 gestegen van 62,4 miljoen euro naar 167,6 miljoen euro (+169%). In dezelfde periode is het aantal behandelde patiënten meer dan verdrievoudigd (van 4.614 in 2010 tot 12.045 in 2022 (+ 161%)).

In deze klasse waren *lenalidomide* (23%), *infiximab* (15%), *vedolizumab* (14%) en *ocrelizumab* (10%) de moleculen met de hoogste uitgaven in 2022. Van deze vier moleculen zijn *vedolizumab* en *ocrelizumab* het meest recent opgenomen in de terugbetaling (respectievelijk in 2015 en in 2019). Sinds 2022 zijn goedkopere generische geneesmiddelen voor *lenalidomide* beschikbaar op de Belgische markt. Het aandeel van de immunosuppressiva in de totale uitgaven is daardoor gedaald van 16% in 2019 naar 12% in 2022.

3.2.2. Andere geneesmiddelenklassen in de top 10 van therapeutische klassen

In 2022 wordt de derde plaats voor het eerst ingenomen door de groep '**overige middelen werkzaam op het centrale zenuwstelsel' (N07)** (zie Figuur 4). ATC2 klasse N07 omvat geneesmiddelen die gebruikt worden voor een breed scala van aandoeningen van het zenuwstelsel, zoals duizeligheid, verslavingsstoornissen, amyloïdose, enz. De uitgaven voor deze klasse zijn gestegen van 0,2 miljoen euro in 2010 naar 89,5 miljoen euro in 2022. Deze sterke stijging houdt verband met de terugbetaling van een nieuwe molecule in 2021, *tafamidis* (86,4 miljoen euro in 2022 voor

705 patiënten), die wordt gebruikt voor de behandeling van transthyretine amyloidose met cardiomyopathie, een potentieel dodelijke ziekte.

De geneesmiddelen voor **endocriene therapie (L02)** vormen een andere uitgavenpost die blijft stijgen. Deze klasse omvat bijvoorbeeld geneesmiddelen voor groeistoornissen en geneesmiddelen voor bepaalde vormen van kanker. In 2022 waren deze geneesmiddelen goed voor 70,2 miljoen euro aan uitgaven en kregen 4.607 CM-leden ten minste één keer een terugbetaald geneesmiddel uit deze groep toegediend. De stijging van de ZIV-uitgaven in deze klasse is voornamelijk te wijten aan de kosten van drie moleculen: *enzalutamide* (35%), *apalutamide* (29%) en *abiraterone* (32%). Het zijn alle drie geneesmiddelen voor prostaatkanker en twee ervan worden terugbetaald op basis van een overeenkomst tussen de minister en de betrokken bedrijven. *Apalutamide* wordt terugbetaald sinds 2021.

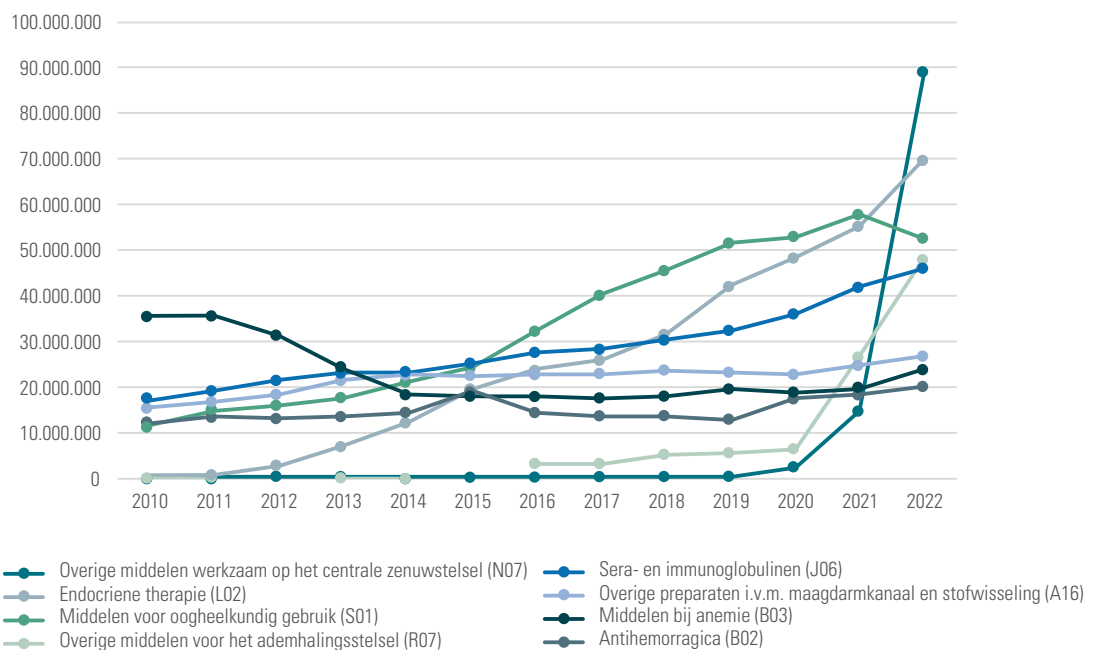
Op de vijfde plaats staat de klasse van de **middelen voor oogheelkundig gebruik (S01)**. Deze geneesmiddelen worden gebruikt voor de behandeling van maculadegeneratie, een oogandoening die leidt tot progressief gezichtsverlies. De resultaten van onze analyse tonen dat de ZIV-uit-

gaven voor deze klasse in dertien jaar tijd meer dan verviervoudigd zijn, van 12 miljoen euro in 2010 tot 52,3 miljoen euro in 2022. Het aantal behandelde patiënten daarentegen is in dezelfde periode van dertien jaar met slechts 51% gestegen.

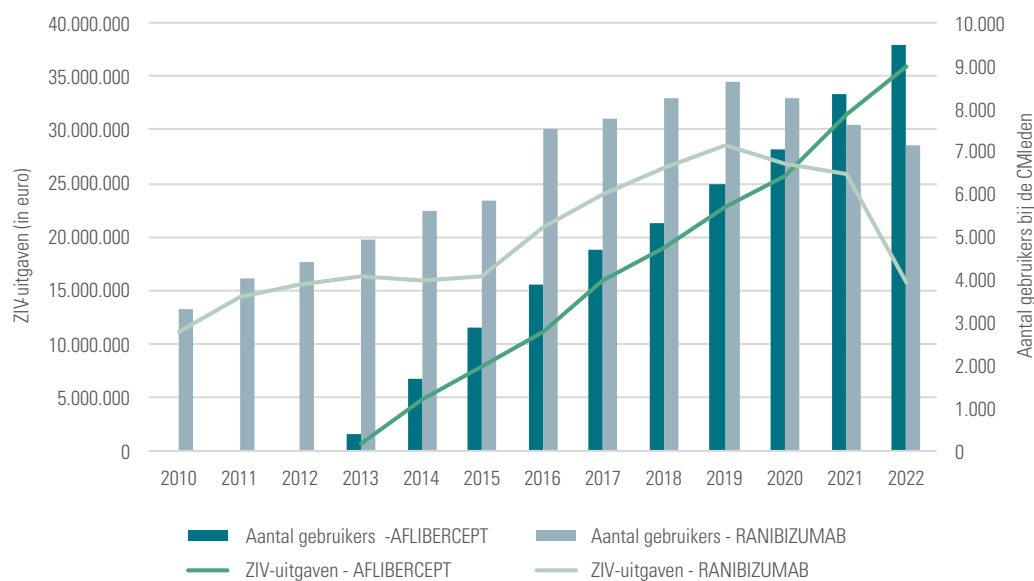
In 2022 heeft 99% van de 52,3 miljoen euro aan uitgaven voor deze therapeutische klasse betrekking op slechts twee moleculen: *ranibizumab* (30%) (terugbetaald sinds 2007) en *aflibercept* (69%) (terugbetaald sinds 2013), beide remmers van de vasculaire endotheel groeifactor (*Vascular endothelial growth factor, VEGF*) (CBIP) (CBIP, 2023). In 2022 hebben in totaal 71.958 CM-leden ten minste één keer een geneesmiddel uit deze klasse gebruikt.

Wanneer we de ontwikkelingscurve voor deze klasse analyseren, krijgen we de indruk dat de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering zich sinds 2019 lijken te stabiliseren. In werkelijkheid daalde het aantal gebruikers van *ranibizumab* tussen 2019 en 2022 met 17% en de uitgaven met 45%, terwijl het aantal patiënten en de uitgaven voor *aflibercept* met respectievelijk 52% en 58% stegen (zie Figuur 5).

Figuur 4: Evolutie van de andere klassen in de top 10 therapeutische groepen volgens de ZIV-uitgaven in 2022 (Bron: CM-gegevens)



Figuur 5: Groei van het aantal gebruikers en de ZIV-uitgaven voor ranibizumab en aflibercept van 2010 tot 2022 (Bron: CM-gegevens)



De daling voor *ranibizumab* wordt verklaard door het feit dat Lucentis® (de merknaam voor *ranibizumab*), waarvoor sinds 2014 een vertrouwelijke overeenkomst gold, in 2021 geen verlenging van de vertrouwelijke overeenkomst heeft gekregen. Als gevolg daarvan is de prijs gedaald. De marketing van het bedrijf heeft zich vervolgens gericht op hun nieuwe geneesmiddel *brolucizumab*, dat net als *ranibizumab* en *aflibercept* ook een VEGF-remmer (vaatgroei-remmer) is. De daling van het aantal Lucentis®-gebruikers zou te maken hebben met het feit dat de nieuwe cohorte op *aflibercept* zou zijn overgestapt, dat onder de naam Eylea® op de markt wordt gebracht en nog onder contract staat. *Brolucizumab* is sinds januari 2021 op de Europese markt, maar wordt in België (nog) niet terugbetaald.

De uitgaven voor **sera en immunoglobulinen (J06)** stijgen ook, van 17 miljoen euro in 2010 tot 46 miljoen in 2022. Dit zijn speciale geneesmiddelen. Het zijn concentraten van antilichamen die worden gewonnen uit bloedplasma afkomstig uit bloeddonaties en worden gebruikt om vaak zeldzame en soms zeer ernstige aandoeningen te behandelen. De productie ervan is afhankelijk van en beperkt door wat er bij donoren kan worden ingezameld. Het toenemende gebruik van deze geneesmiddelen leidt tot een tekort op de markt, wat dan op zijn beurt weer de prijs ervan opdrijft.

Er werd ook een sterke stijging waargenomen van de uitgaven (van 3,07 miljoen euro voor 15 gebruikers in 2016 tot 48,6 miljoen euro in 2022) voor de groep 'overige middelen

voor het ademhalingsstelsel' (R07), met name na de komst in 2016, 2021 en 2022 van nieuwe geneesmiddelen voor de behandeling van mucoviscidose (48,6 miljoen, euro, dit is bijna alle uitgaven voor deze klasse): *ivacaftor* (39%) en gecombineerde producten in tweevoudige therapie *ivacaftor/tezacaftor* (38%), *ivacaftor/lumacaftor* (13%) of drievoudige therapie, *ivacaftor/tezacaftor/elixacaftor* (9%). Het gaat om dure geneesmiddelen, met gemiddelde jaarlijkse kosten voor de verplichte ziekteverzekering tussen 13.000 en 177.000 euro per patiënt. In 2022 ontvingen 420 CM-leden ten minste één terugbetaling voor een geneesmiddel uit deze klasse.

Op de tiende plaats staat de klasse van de **antihemorragica (B02)**, een nieuwkomer in de top 10 van de therapeutische groepen met de hoogste uitgaven. De uitgaven voor deze klasse zijn gestegen van 12,9 miljoen euro in 2019 naar 20,2 miljoen in 2022, een stijging van 57%. Deze stijging van de uitgaven voor deze klasse kan verklaard worden door de komst van twee nieuwe geneesmiddelen (*emicizumab*, 42% en *avatrombopag*, 2%), die sinds kort worden terugbetaald en goed zijn voor 44% van de uitgaven in deze klasse. *Emicizumab* (8 miljoen euro in 2022) wordt terugbetaald sinds 2020 en *avatrombopag* (0,356 miljoen euro) sinds 2021. *Emicizumab* is een gehumaniseerd monoklonaal antilichaam dat wordt gebruikt om factor VIII-deficiëntie bij hemofilie A te compenseren. Het bootst de activiteit na van factor VIII (CBIP, 2023). Factor VIII is een eiwit dat nodig is voor een normale bloedstolling.

Samengevat, sinds 2020 wordt meer dan de helft van de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering besteed aan antitumorale middelen (L01). De uitgaven voor deze geneesmiddelen nemen elk jaar toe (een groei van 427% in 13 jaar). Deze jaarlijkse stijging kan te wijten zijn aan verschillende factoren, zoals:

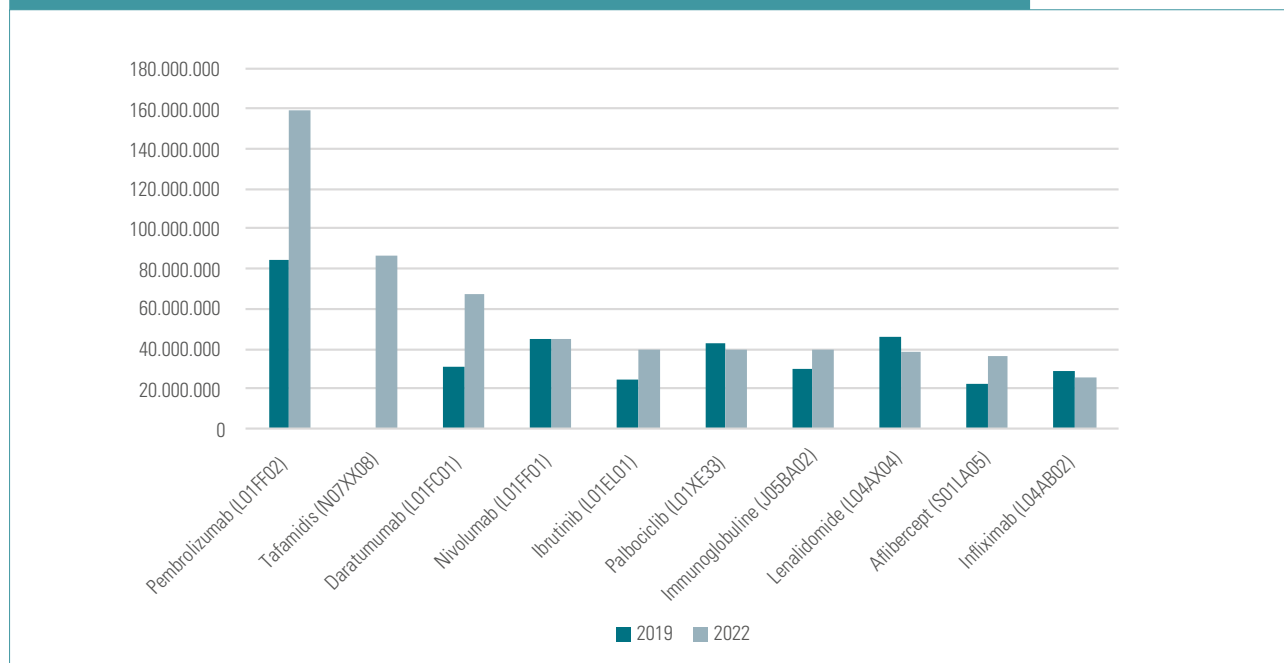
- nieuwe geneesmiddelen die vaak tegen hoge kosten op de markt worden gebracht en terugbetaald worden via een vertrouwelijke overeenkomst tussen de minister en het farmaceutische bedrijf;
- de uitbreiding van indicaties voor geneesmiddelen. Soms worden de goedgekeurde indicaties voor geneesmiddelen (antitumorale middelen) geleidelijk uitgebreid met nieuwe soorten ziekten of kanker, of stadia van de ziekte die voorheen niet werden gedekt. Dit is bijvoorbeeld het geval voor Keytruda® dat eerst terugbetaald werd voor de behandeling van huidkanker. Vervolgens zijn verschillende indicaties toegevoegd, zoals de behandeling van borstkanker, baarmoederhalskanker, blaaskanker, slokdarmkanker, enz.

We moeten ook wijzen op de komst op de markt van nieuwe, zeer dure geneesmiddelen (*tafamidis, ivacaftor, emicizumab*) die recent werden goedgekeurd voor terugbetaling en die de therapeutische klassen waartoe ze behoren naar de top 10 hebben gestuurd van de therapeutische groepen met de hoogste ZIV-uitgaven.

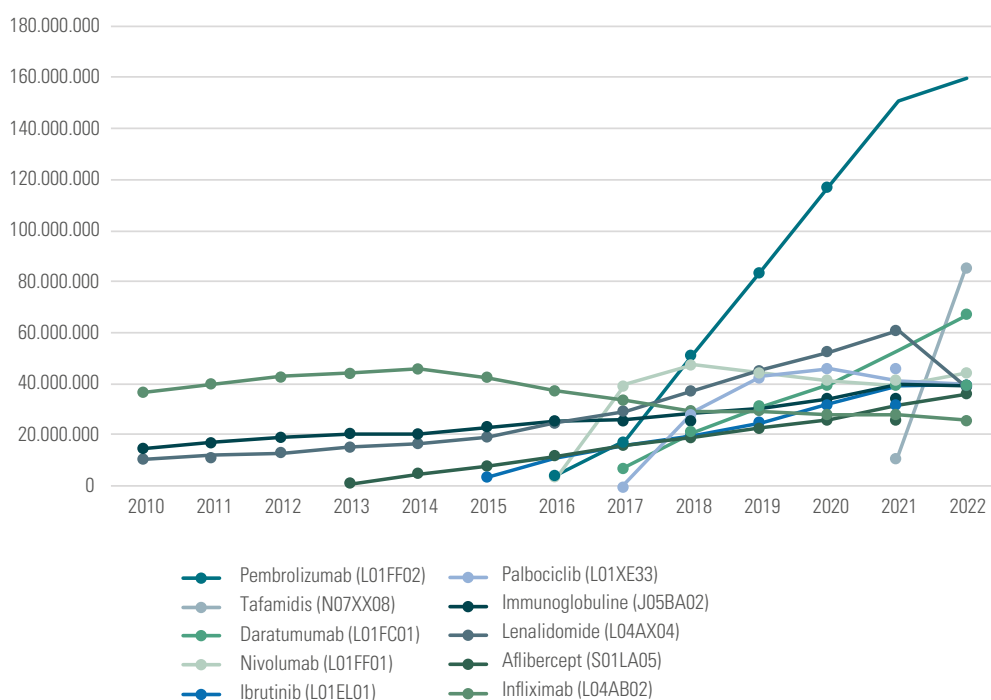
3.3. Top 10 van de duurste werkzame stoffen (ATC5-niveau)

Om de moleculen te identificeren die aan de basis liggen van de stijging van de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering, analyseren we de uitgaven op het niveau van de ATC5-klasse, met andere woorden op het niveau van het werkzame bestanddeel of de combinatie van werkzame bestanddelen (moleculen). We stellen vast dat in 2022 43% van de bruto-uitgaven voor farmaceutische specialiteiten die ambulant worden verstrekt in ziekenhuizen (het gaat om 576,4 miljoen euro op een totaal van 1.355,4 miljoen euro) werd besteed aan tien geneesmiddelen (zie Figuur 6).

Figuur 6: Top 10 van de moleculen met de hoogste ZIV-uitgaven in 2022
(Bron: CM-gegevens)



Figuur 7: Evolutie van de ZIV-uitgaven voor de top 10 moleculen over de periode 2010-2022 (Bron: CM-gegevens)



Zoals te zien is in figuren 6 en 7, behoren vijf moleculen van deze top 10 tot de klasse van de antitumorale middelen (L01): *pembrolizumab*, *nivolumab*, *palbociclib*, *daratumumab* en *ibrutinib*. De uitgaven voor deze vijf moleculen zijn samen goed voor 350 miljoen euro, of 61% van de uitgaven voor de top 10, en 51% van de uitgaven voor alle antitumorale middelen (L01) in de geanalyseerde sector (681,8 miljoen euro).

De uitgaven voor *lenalidomide* en *infliximab* zijn nu nog goed voor slechts 39% (64,5 miljoen euro) van de uitgaven voor de klasse van immunosuppressiva (L04) (167,6 miljoen euro). In 2019 bedroeg dit aandeel nog 44%. Deze daling wordt verklaard door de komst van generische geneesmiddelen (*lenalidomide*) en het gebruik van biosimilars (*infliximab*), die hebben geleid tot een verlaging van de kosten voor deze moleculen (zie punt 3.5).

Een nieuw geneesmiddel, *tafamidis*, is doorgedrongen tot de top 10 van hoogste ZIV-uitgaven. Dit geneesmiddel wordt pas sinds 2021 terugbetaald. Het behoort tot de klasse van de overige middelen werkzaam op het centrale zenuwstelsel (N07). De uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering (86,4 miljoen euro) voor deze molecule vertegenwoordigen 96,6% van de ZIV-uitgaven voor de klasse N07.

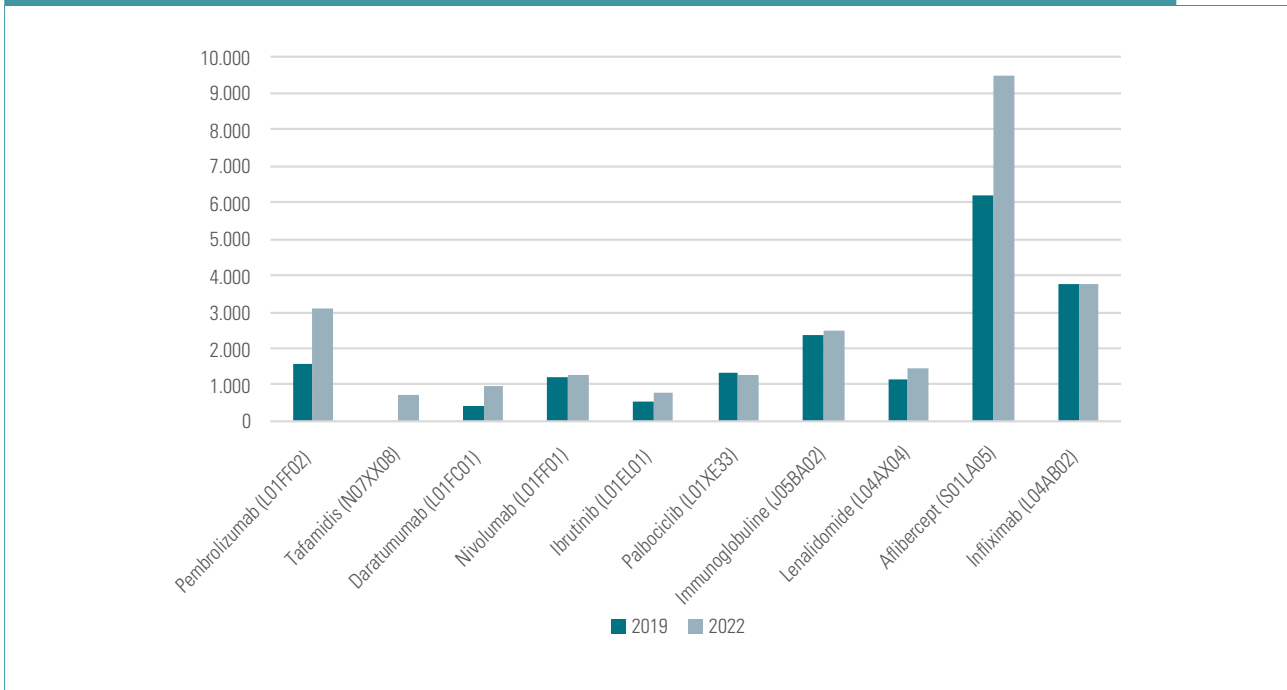
Tot slot werd in 2022 35,9 miljoen euro uitgegeven aan de molecule *aflibercept*. Dit bedrag stemt overeen met 68,5% van de uitgaven in de klasse middelen voor oogheelkundig gebruik (S01) (52,3 miljoen euro).

Voor de meeste geneesmiddelen van de top 10 kan geen eigen bijdrage (remgeld) aan de patiënt worden aangerekend, behalve voor *infliximab* en *aflibercept*. Voor deze twee geneesmiddelen was de eigen bijdrage van de CM-patiënten ongeveer 1,7 miljoen euro.

In 2022 is het aantal patiënten dat wordt behandeld met ten minste één van deze tien moleculen licht gestegen ten opzichte van 2019 (zie Figuur 8). In totaal werden in 2022 24.161 CM-leden behandeld met minstens één geneesmiddel uit deze top 10 van duurste moleculen voor de ziekteverzekering, vergeleken met 17.865 in 2019. Dit is een toename met 14%.

In 2022 varieerde de gemiddelde jaarlijkse ZIV-kost per patiënt voor de moleculen in deze top 10 van ongeveer 122.600 euro (voor *tafamidis*) tot 3.700 euro (voor *aflibercept*). Voor de meeste van deze moleculen neemt deze gemiddelde jaarlijkse kost per patiënt toe. In de periode 2019-2022 stegen de gemiddelde jaarlijkse kosten van de drie moleculen *ibrutinib* (L01EL01), *immunoglobuline*

Figuur 8: Aantal patiënten behandeld met minstens één van de moleculen uit de top 10 volgens de ZIV-uitgaven in 2022 (Bron: CM-gegevens)



(J06BA02) en *aflibercept* (S01LA05) met respectievelijk 11%, 24% en 4%.

We willen er ook op wijzen dat in 2022 acht van deze tien geneesmiddelen tijdelijk werden terugbetaald via een overeenkomst tussen de minister en het farmaceutisch bedrijf. Dit betekent dat de uitgaven voor deze moleculen in 2022 niet overeenkomen met de werkelijke kost voor de verplichte ziekteverzekering. Een deel van de uitgaven wordt immers teruggestort, afhankelijk van de bepaling van de vertrouwelijke overeenkomst. Zes van deze acht geneesmiddelen zijn pas sinds 2015 in de ziekteverzekering opgenomen (zie Figuur 7). Het gaat om: *ibrutinib*, *nivolumab*, *pembrolizumab*, *palbociclib*, *daratumumab* en *tafamidis*.

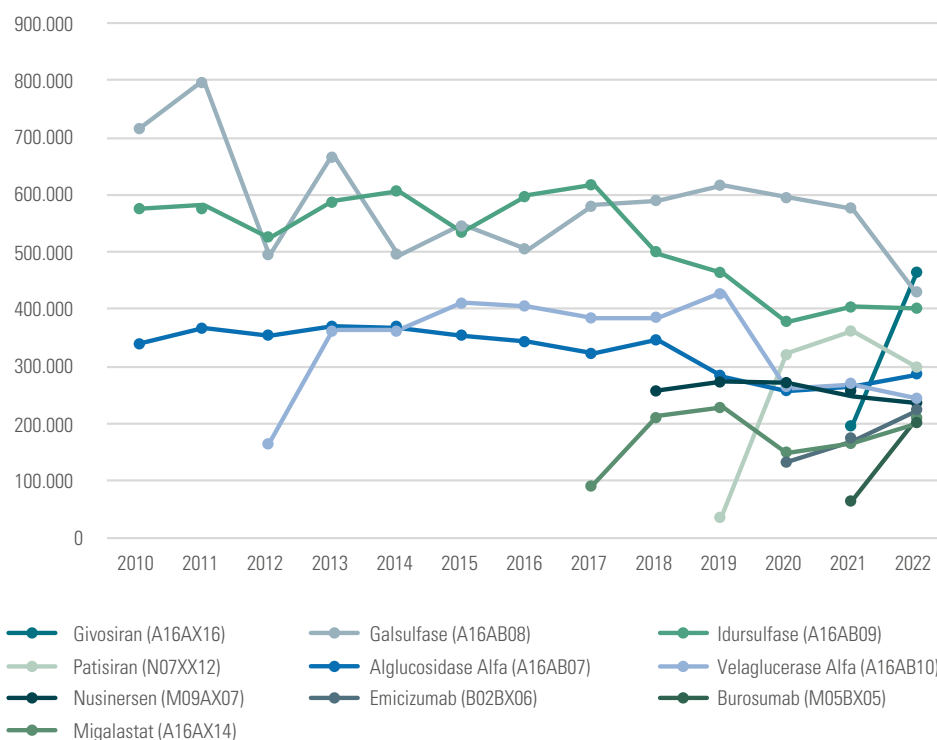
3.4. Top 10 van de werkzame stoffen met de hoogste gemiddelde ZIV-kost per patiënt

Hiervoor belichtten we de tien geneesmiddelen (moleculen) met de hoogste bruto ZIV-kost en die een invloed hebben op de stijging van de uitgaven voor de ziekteverzekering in het algemeen. Nochtans gaat het hier niet noodzakelijk om de hoogste gemiddelde jaarlijkse kosten per patiënt (tus-

sen 3.700 en 122.600 euro per patiënt in 2022). Als we de geneesmiddelen rangschikken op basis van de gemiddelde jaarlijkse kost per patiënt, komen we tot een heel andere top 10 (zie Figuur 9). We zien in figuur 9 inderdaad dat geen enkel van de duurste geneesmiddelen per patiënt per jaar voorkomt in de eerder besproken top 10 van de geneesmiddelen met de hoogste ZIV-uitgaven. Het gaat om zeer dure moleculen die slechts door een zeer beperkte groep patiënten worden gebruikt: in 2022 ging het in totaal over 169 CM-leden met een gemiddelde kostprijs per patiënt per jaar tussen 200.000 en 463.000 euro. We hebben het hier over de kost van de behandeling per jaar, niet over de kost van de volledige behandeling per patiënt. In 2022 vertegenwoordigen de uitgaven voor deze tien duurste geneesmiddelen per patiënt 3% van de totale uitgaven in de ambulante ziekenhuissector. In 2019 waren ze goed voor 5%.

In vergelijking met de top 10 van 2019 hebben vier nieuwe moleculen hun intrede gedaan in de top 10 van de duurste geneesmiddelen per patiënt. Het gaat om *givosiran*, *patisiran*, *emicizumab* en *burosumab*, vier nieuwe moleculen, die pas sinds kort door de verplichte ziekteverzekering worden terugbetaald (tussen 2019 en 2021).

Figuur 9: Evolutie van de ZIV-uitgaven voor de top 10 van de moleculen, volgens gemiddelde kost per patiënt, tussen 2010 en 2022 (Bron: CM-gegevens)



Negen van deze tien moleculen zijn geneesmiddelen die worden gebruikt bij de behandeling van bepaalde aangeboren stofwisselingsziekten en zeldzame ziekten. De tiende molecule, *emicizumab*, is een geneesmiddel dat is aangewezen om bloedingen te voorkomen of te verminderen bij patiënten met hemofilie A (een erfelijke bloedingsstoornis door de afwezigheid van factor VIII, een eiwit dat nodig is voor een normale bloedstolling) (BCFI).

Voor geen enkel van deze geneesmiddelen wordt een persoonlijk aandeel ten laste van de patiënt gelegd. Het zijn allemaal weesgeneesmiddelen (zie kader) voor de behandeling van zeldzame ziekten, met uitzondering van *emicizumab* en *burosumab*. Vijf moleculen van deze top 10 (*givosiran*, *nusinersen*, *patisiran*, *burosumab*, *emicizumab*) worden tijdelijk terugbetaald op basis van een overeenkomst tussen de minister en het farmaceutisch bedrijf. In tegenstelling tot de top 10 volgens de hoogste ZIV-uit-

✘ Weesgeneesmiddelen en College van Artsen voor een weesgeneesmiddel

Weesgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die gebruikt worden voor de behandeling van zeldzame ziekten en die als dusdanig erkend zijn door het Europees geneesmiddelenagentschap (EMA). Een zeldzame ziekte is een levensbedreigende en/of ernstige en chronische aandoening die niet meer dan 5 personen op 10.000 treft. Gezien enerzijds de hoge prijs van weesgeneesmiddelen en anderzijds de vaak beperkte therapeutische evidentie, is de terugbetaling van deze geneesmiddelen vanuit de Belgische solidariteit in het kader van de verplichte ziekteverzekering vaak gebonden aan strikte voorwaarden en aan de goedkeuring door de adviserend arts van het ziekenfonds. Deze voorwaarden worden hoofdzakelijk bepaald op basis van gegevens van de aangeleverde klinische studies. Omdat het doorgaans gaat over weinig bekende ziekten, werden voor bepaalde specialiteiten Colleges van artsen voor weesgeneesmiddelen opgericht, samengesteld uit experts die de adviserend arts moeten helpen bij het nemen van de beslissing of de patiënt al dan niet voldoet aan de vooropgestelde voorwaarden voor terugbetaling. Al de weesgeneesmiddelen waarvoor een College van artsen bestaat, mogen enkel afgeleverd worden door de ziekenhuisapotheker.

gaven, is de evolutie van de bruto ZIV-uitgaven voor deze moleculen over de geanalyseerde periode stabiel, met uitzondering van de nieuwe moleculen (*givosiran*, *emici-zumab* en *burolumab*). Deze drie moleculen worden pas sinds kort terugbetaald en de markt moet zich nog stabiliseren (zie Figuur 9).

3.5. Generische geneesmiddelen en biosimilars

Een generisch geneesmiddel is gelijkwaardig aan een origineel 'klassiek' geneesmiddel dat bekend staat als het referentiegeneesmiddel, ook wel chemisch geneesmiddel genoemd. Het heeft dezelfde kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling aan werkzame stof(fen) en dezelfde farmaceutische vorm (tablet, capsule, enz.) als het chemische referentiegeneesmiddel, hoewel de samenstelling van de hulpstoffen kan verschillen (FAGG, a). Een chemisch geneesmiddel is samengesteld uit werkzame stoffen (moleculen) van chemische oorsprong, geproduceerd door middel van chemische synthese.

Een biosimilaire geneesmiddel is een biologisch geneesmiddel waarvan is aangetoond dat het klinisch gelijkwaardig is aan een biologisch referentiegeneesmiddel, en is een geneesmiddel dat bestaat uit een werkzame stof die is geproduceerd uit een bron van biologische oorsprong (levende organismen, zoals levende cellen of weefsels, enz.) (FAGG, b). Biologische geneesmiddelen hebben over het algemeen een complexere structuur dan chemisch gesynthetiseerde moleculen, waardoor de structuur van de werkzame stof enige variabiliteit kan vertonen (FAGG, b). Daarom lijkt een biosimilaire geneesmiddel in alle belangrijke aspecten sterk op een biologisch geneesmiddel dat

al is goedgekeurd, maar de twee geneesmiddelen zijn niet identiek (Europees geneesmiddelenagentschap (EMA), 2019). Vandaar het gebruik van de term *biosimilaire*.

Biologische geneesmiddelen worden vaak gebruikt om bepaalde ernstige en chronische ziekten te behandelen, zoals diabetes, kanker en auto-immuunziekten (FAGG; RIZIV, 2018). Als gevolg hiervan zijn de uitgaven voor deze aandoeningen de afgelopen jaren gestegen na de komst op de markt van deze biologische geneesmiddelen, die erg duur zijn.

Wanneer nieuwe geneesmiddelen op de markt komen, worden ze beschermd door patenten en exclusiviteitsregels. Als gevolg van deze patenten en exclusiviteitsregels hebben ze een marktmonopolie en zijn ze dus voor een bepaald aantal jaren (meestal meer dan tien jaar) beschermd tegen concurrentie. Dit monopolie eindigt wanneer geneesmiddelen die concurreren met de originele geneesmiddelen op de markt kunnen komen. In België leidt de komst op de markt van generische geneesmiddelen (voor chemische geneesmiddelen) of biosimilars (voor biologische geneesmiddelen) tot een verlaging van de prijs van het oorspronkelijke geneesmiddel en dus een verlaging van de kosten van de betrokken moleculen (Van haecht, Lebbe, & Ntahonganyira, 2021). Bovendien werd een specifieke facturatiereguleer opgelegd aan ziekenhuizen, waardoor de kost die wordt doorgerekend aan de verplichte ziekteverzekering nog lager ligt (zie kader).

Als we het voorbeeld nemen van *lenalidomide* (een chemisch geneesmiddel), dan zien we dat het aantal patiënten dat met dit geneesmiddel wordt behandeld sinds 2010 gestaag is toegenomen, van 336 patiënten in 2010 tot 1.460 patiënten in 2022, en dit na opeenvolgende uitbreidingen

Facturatiereguleer in het ziekenhuis voor generische geneesmiddelen, biosimilars en hun originele referentiespecialiteit

Voor de ziekenhuizen werd een specifieke facturatiereguleer voor geneesmiddelen ingevoerd. Sinds 1 juli 2013 zijn de ziekenhuizen onderworpen aan de wetgeving op de overheidsopdrachten. Als verschillende concurrenten (zoals een origineel geneesmiddel en de gelijkwaardige generieken/biosimilars) op de markt beschikbaar zijn, kunnen de ziekenhuizen de concurrentie uitspelen en zullen ze in de meeste gevallen dat geneesmiddel gebruiken dat voor hen het voordeligst is in aankoop. Met andere woorden, de aankoopprijs van het ziekenhuis kan lager zijn dan de officiële prijs die gefactureerd mag worden. Om een deel van deze onderhandelde kortingen terug ten voordele van de gemeenschap in te zetten, mogen de ziekenhuizen sinds 2017 geneesmiddelen en hun generieken/biosimilars, slechts aan 90% (sinds 1/4/2019 aan 85%) van de officiële lijstprijs of de vergoedingsbasis voor de ziekteverzekering aanrekenen.

van de indicatie voor deze molecule. De gemiddelde jaarlijkse ZIV-kost per patiënt volgt dezelfde trend tot 2021. In de periode 2010-2021 stegen deze van 31.000 naar 44.280 euro (zie Figuur 10). In 2022 keert de trend en daalt de gemiddelde jaarlijkse kost tot 26.580 euro. In 2022 komen generische geneesmiddelen van *lenalidomide* op de Belgische markt, waardoor de kosten van dit geneesmiddel gedaald zijn. De uitgaven daalden van 60,9 miljoen euro in 2021 tot 38,8 miljoen euro in 2022, terwijl toch meer patiënten werden behandeld.

Hetzelfde geldt voor het antilichaam *infliximab* (biologisch geneesmiddel). Als we de evolutie van de uitgaven voor *infliximab* over de laatste dertien jaar analyseren, zien we dat de uitgaven voor dit geneesmiddel van 2010 tot 2015 constant zijn gestegen (zie Figuur 11). Sinds 2015, het jaar waarin ten minste één biosimilar voor *infliximab* op de Belgische markt kwam, beginnen de uitgaven voor *infliximab* (42,3 miljoen euro in 2015) echter te dalen tot 25,7 miljoen in 2022, terwijl het aantal patiënten over de periode 2015-2022 met 6,5% is toegenomen. Over dezelfde periode is de gemiddelde jaarlijkse kost per patiënt gehalveerd, van 11.900 naar 6.800 euro.

De kostenverlaging voor deze twee geneesmiddelen kan dus worden verklaard door het feit dat het monopolie van de oorspronkelijke fabrikanten is afgelopen, dat concurrenten toestemming hebben gekregen om gelijkwaardige geneesmiddelen (biosimilars) of kopieën (generische geneesmiddelen) te produceren en dat de komst van deze

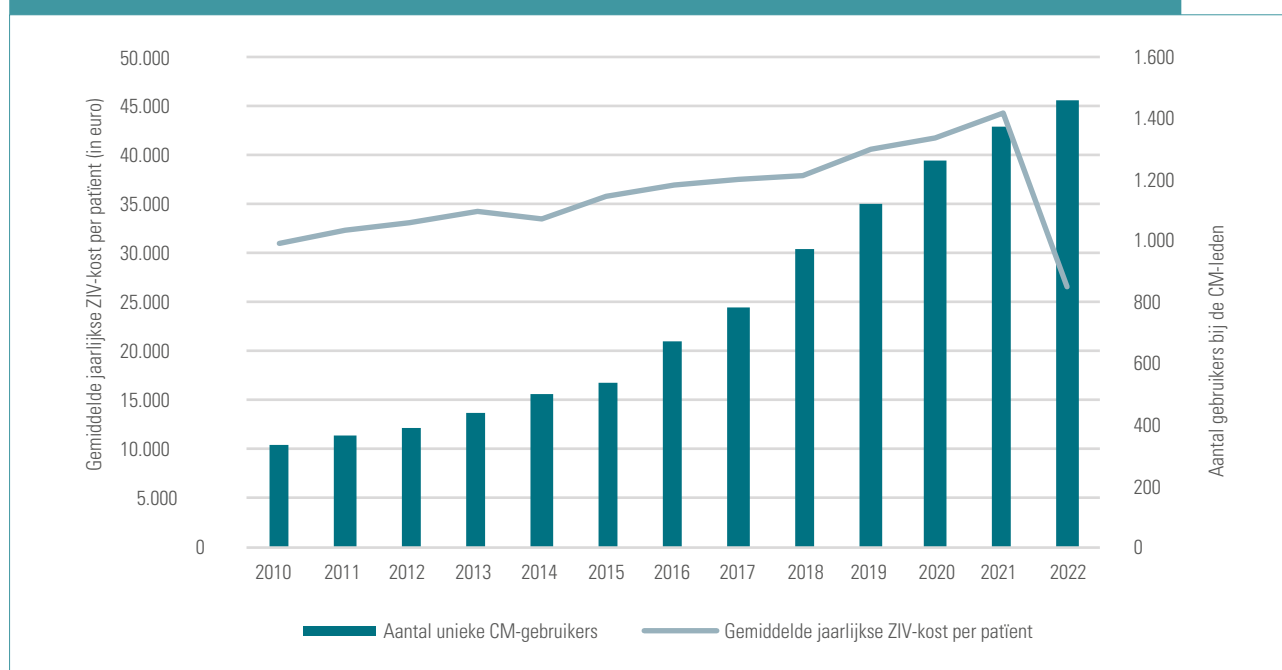
concurrenten op de Belgische markt wettelijk heeft geleid tot een verlaging van de kosten voor deze moleculen.

We stellen dus vast dat het, om de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering onder controle te houden en budget vrij te maken voor nieuwe geneesmiddelen, belangrijk is dat er generische geneesmiddelen en biosimilars op de Belgische markt komen. Als het gebruik van een dergelijke molecule noodzakelijk is, is het belangrijk dat deze generieken en biosimilars als eerste keuze worden voorgeschreven en dat het publiek bewust wordt gemaakt van hun therapeutisch aspect en de financiële besparing die ze kunnen opleveren.

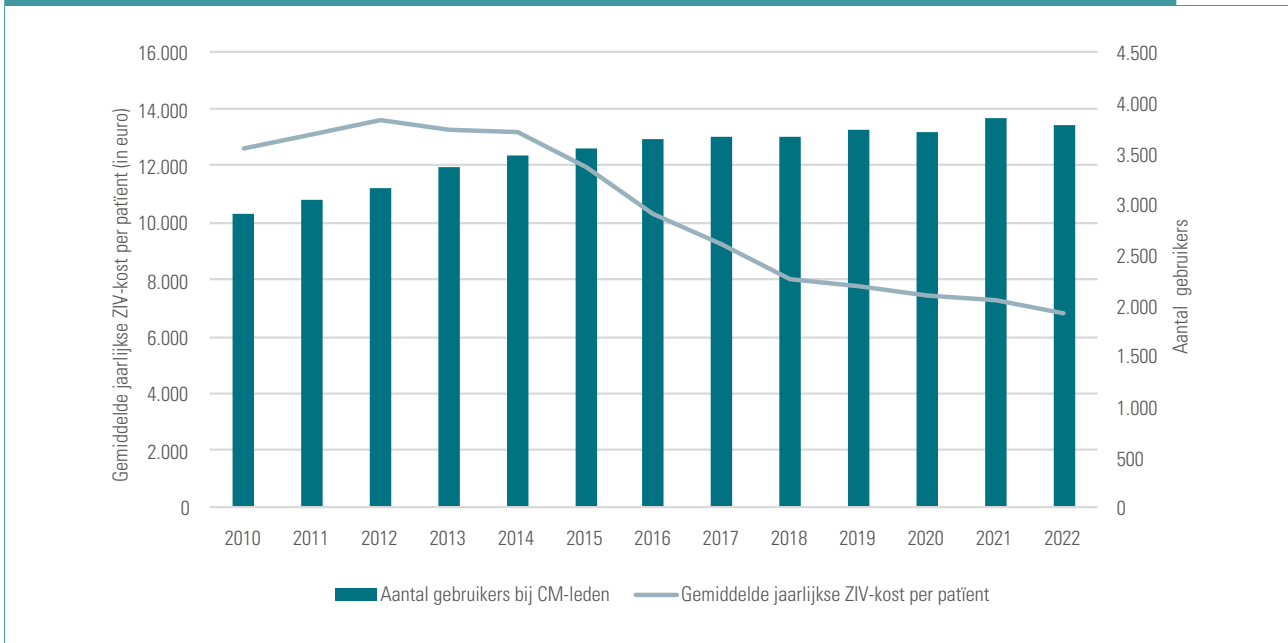
Om de evolutie in het werkelijk gebruik van generische en biosimilaire geneesmiddelen in België te beoordelen, hebben we hun marktaandeel sinds 2015 geanalyseerd. Tijdens deze analyse werden de totale bruto-uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor farmaceutische specialiteiten die door ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten worden verstrekt, opgesplitst in uitgaven voor chemische geneesmiddelen (49% in 2022) en voor biologische geneesmiddelen (51% in 2022). Voor elk segment werd vervolgens het aandeel van de generische of biosimilaire geneesmiddelen berekend.

Bij de door ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten verstrekte chemische geneesmiddelen is het aandeel generische geneesmiddelen in volume (uitgedrukt in

Figuur 10: Evolutie van het aantal gebruikers en de gemiddelde jaarlijkse ZIV-kost per gebruiker van lenalidomide (L04AX04) van 2010 tot 2022 (Bron: CM-gegevens)



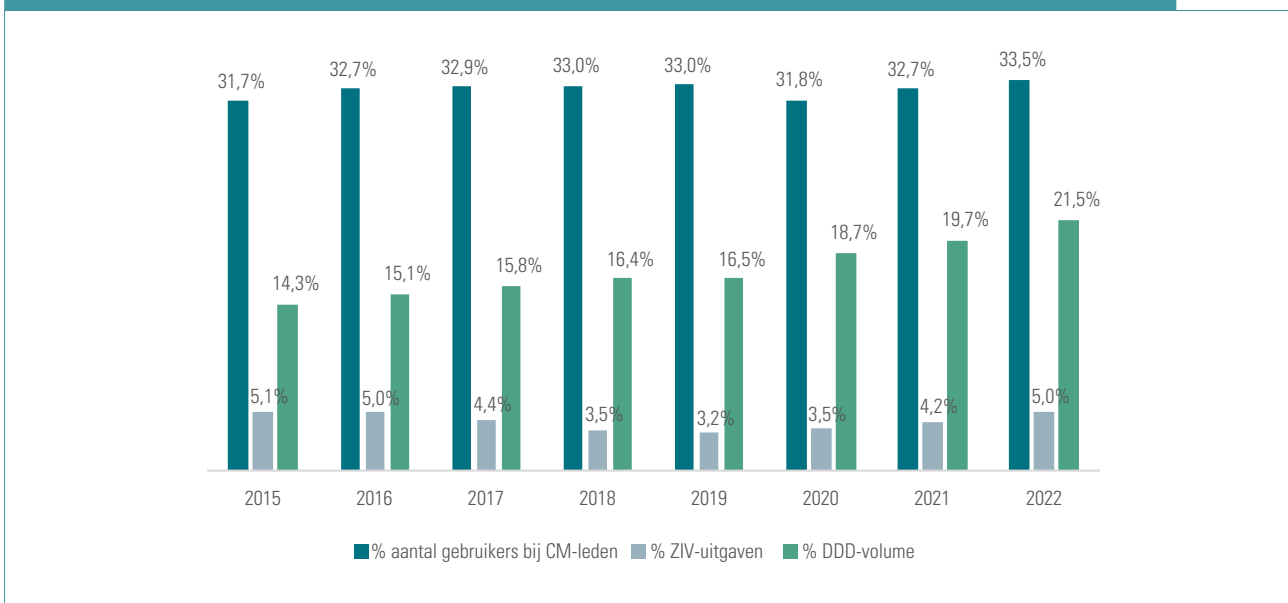
Figuur 11: Evolutie van het aantal gebruikers en de gemiddelde jaarlijkse ZIV-kost per gebruiker van *infliximab* van 2010 tot 2022 (Bron: CM-gegevens)



DDD³) weliswaar gestegen van 16% in 2019 naar 21% in 2022 (zie Figuur 12), maar het blijft beduidend lager dan bij de door openbare apotheken verstrekte geneesmiddelen (44% in 2019). Dit is deels te wijten aan het feit dat in de sector waarop deze studie betrekking heeft, meer gebruik

wordt gemaakt van nieuwe (en dus nog gepatenteerde) geneesmiddelen. Veel nieuwe, zeer dure geneesmiddelen worden uitsluitend in ziekenhuisapotheken verstrekt. Toch is er waarschijnlijk nog ruimte voor een toename in het gebruik van generische geneesmiddelen. Er moet ook een

Figuur 12: Aandeel van de generische geneesmiddelen onder de chemische geneesmiddelen gebruikt in ambulante behandeling in ziekenhuizen, per jaar, 2015-2022 (Bron: CM-gegevens)



3 De DDD (*Defined Daily Dose* of 'gemiddelde dosis per dag' in het Nederlands) is een schatting van de hoeveelheid werkzame stof die een volwassene met een lichaamsgewicht van ongeveer 70 kg per dag binnenkrijgt (als onderhoudsdosis bij chronische behandeling) wanneer het geneesmiddel wordt voorgeschreven voor de hoofdindicatie.

bijzondere aandacht worden besteed aan de beschikbaarheid van generische geneesmiddelen van deze dure moleculen die uitsluitend in ziekenhuizen worden verstrekt.

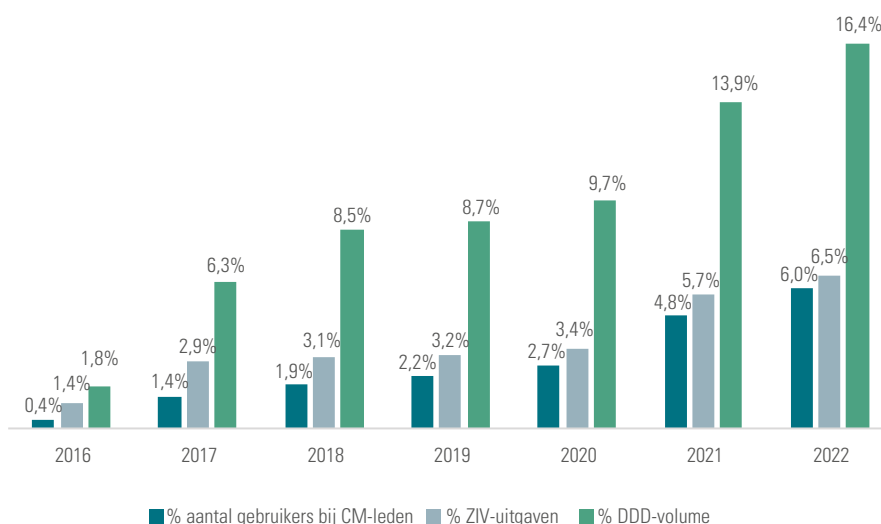
Het volumeaandeel (DDD) van de biosimilars in het biologische segment van de sector is sterk gestegen. Het bedroeg 9% in 2019 en is opgelopen tot 16% in 2022. Dit is hoger dan in de openbare apotheek (0,7% in 2019), wat een goede vooruitgang is, maar er is nog een lange weg te gaan (zie Figuur 13).

Tot de moleculen, die verantwoordelijk zijn voor de toename van het aandeel biosimilars in volume (geschat in DDD), verstrekt aan ambulante ziekenhuispatiënten behoren moleculen zoals *pegfilgrastim*, *bevacizumab* en *etanercept*,

waarvan de biosimilars sinds 2019 op de markt zijn. Naast deze nieuwe biosimilars is er een toename van het aantal voorschriften voor bestaande biosimilars, met name voor de moleculen *infiximab*, *filgrastim*, *epoëtine*, *rituximab* en *trastuzumab* (zie Tabel 3).

De komst van deze biosimilars heeft geleid tot een aanzienlijke verlaging van de ZIV-uitgaven voor de betreffende moleculen. In de periode van 2015 tot 2022 is de gemiddelde jaarlijkse kost voor de verplichte ziekteverzekering per DDD voor moleculen als *etanercept*, *rituximab*, *adalimumab*, *pegfilgrastim*, *albumine*, *bevacizumab* en *trastuzumab* met meer dan de helft gedaald en voor de andere moleculen met 20% (*enoxaparine*) tot 45% (*infiximab*) (zie Tabel 4).

Figuur 13: Aandeel van de biosimilars in de ambulante ziekenhuisbehandeling per jaar, 2016-2022 (Bron: CM-gegevens)



Tabel 3: Verhouding in volume (geschat in DDD) van de biosimilaire geneesmiddelen onder de biologische geneesmiddelen, per jaar, 2015-2022 (Bron: CM-gegevens)

Moleculen	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Adalimumab (L04AB04)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	78,5%	86,5%	74,0%	86,3%
Bevacizumab (L01FG01)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%	87,0%	99,9%
Epoëtine (B03XA01)	0,0%	1,3%	4,6%	5,1%	4,7%	7,7%	14,9%	19,9%
Etanercept (L04AB01)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	87,3%	99,0%	100,0%
Filgrastim (G-CSF) (L03AA02)	1,7%	4,6%	35,5%	62,3%	62,7%	69,6%	75,6%	84,1%
Infiximab (L04AB02)	0,6%	8,5%	31,1%	45,3%	51,0%	56,3%	70,5%	91,3%
Insuline glargine (A10AE04)	0,0%	0,0%	1,5%	0,1%	0,7%	1,0%	1,4%	1,5%
Pegfilgrastim (L03AA13)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%	23,2%	38,9%
Rituximab (L01FA01)	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	3,5%	9,3%	26,1%	29,3%
Trastuzumab (L01FD01)	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	3,0%	6,2%	16,2%	17,8%

Tabel 4: Gemiddelde jaarlijkse kost per DDD van enkele biologische moleculen met biosimilars, per jaar, 2015-2022, in euro (Bron: CM-gegevens)

Moleculen	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Evolutie 2015-2022
Etanercept (L04AB01)	37	31	28	23	19	16	14	14	-63%
Rituximab (L01FA01)	203	203	158	100	87	84	79	80	-61%
Adalimumab (L04AB04)	36	36	36	36	17	17	15	15	-60%
Pegfilgrastim (L03AA13)	59	59	59	41	38	27	25	25	-58%
Albumine (B05AA01)	130	113	112	82	57	54	56	55	-58%
Bevacizumab (L01FG01)	79	79	79	79	79	77	36	35	-56%
Trastuzumab (L01FD01)	505	495	474	442	305	263	233	230	-54%
Infliximab (L04AB02)	18	15	14	11	11	10	10	10	-45%
Insuline glargine (A10AE04)	1,5	1,4	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	-37%
Somatropine (H01AC01)	17	17	15	12	13	12	11	11	-35%
Filgrastim (G-CSF) (L03AA02)	64	64	56	54	50	47	44	43	-32%
Epoëtine (B03XA01)	6	6	6	6	5	5	5	5	-24%
Enoxaparine (B01AB05)	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,1	1,0	-20%

Terloops moet worden opgemerkt dat de meeste moleculen waarvoor biosimilars beschikbaar zijn, alleen in ziekenhuizen worden gebruikt en door ziekenhuisapothekers worden afgeleverd. Uit onze studie blijkt dat de maatregelen die de overheid heeft genomen om het gebruik van biosimilars te promoten, vooral in ziekenhuizen [bijvoorbeeld de bewustmakingscampagne van het RIZIV en het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG) (FAGG; RIZIV, 2018) het akkoord om biosimilaire geneesmiddelen in België te herlanceren en de regelmatige opvolging van het voorschrijven van biosimilaire geneesmiddelen in het kader van dit akkoord (RIZIV, a), voorschrijfquota en financiële stimulansen in 2019 (Li, 2019) enz.] hun vruchten afwerpen. Er is echter is nog een weg af te leggen.

De komende jaren zullen de patenten van een aantal dure geneesmiddelen aflopen. Het is daarom belangrijk om op dit gegeven te anticiperen en de betrokken belanghebbenden en zorgverleners bewust te blijven maken, zodat ze meer van de meest efficiënte geneesmiddelen voorschrijven. Biosimilars en generische geneesmiddelen hebben hier hun plaats. Als deze geneesmiddelen (biosimilars en generieken) in België voldoende worden voorgeschreven, zal dit leiden tot een daling van de kostprijs van de betrokken moleculen en de budgettaire marge creëren die nodig is voor eventuele interessante nieuwe geneesmiddelen.

4. Conclusie

De bruto-uitgaven voor farmaceutische specialiteiten door de verplichte ziekteverzekering (ZIV) zijn sinds 2010 sterk gestegen. Deze stijging betreft in het bijzonder name geneesmiddelen die door ziekenhuisapothekers worden verstrekt aan ambulante patiënten in het ziekenhuis. Uit een analyse van de facturatiegegevens van de CM-leden blijkt dat de ZIV-uitgaven in deze sector tussen 2010 en 2022 zijn gestegen met 227%. Ondanks de periode van de COVID-19-pandemie, zijn deze uitgaven in de periode 2019-2022 met ongeveer 39% gestegen.

Onder de geneesmiddelen die deze aanzienlijke stijging veroorzaken, zien we de antitumorale middelen (L01), die worden gebruikt om de proliferatie van kankercellen te blokkeren en kanker te vernietigen. Ze worden gevolgd door de immunosuppressiva (L04), geneesmiddelen voor de behandeling van reumatoïde artritis, psoriasis, colitis ulcerosa, de ziekte van Crohn, hematologische ziekten, enz.

Daarnaast is dezelfde trend te zien in het uitgavenpatroon ten laste van de verplichte ziekteverzekering in functie van de leeftijdscategorie van wie de geneesmiddelen voorgeschreven krijgen, en meer bepaald de 50-plussers. Dit is niet onverwacht, aangezien antitumorale geneesmiddelen worden gebruikt om kanker te behandelen en het risico op kanker toeneemt met de leeftijd.

Uit onze analyse blijkt ook dat het niet de duurste geneesmiddelen zijn in termen van gemiddelde jaarlijkse kosten per patiënt (tussen 200.000 en 463.000 euro in 2022) die de oorzaak zijn van deze aanzienlijke groei van de ZIV-uitgaven. In 2022 maken de uitgaven voor de tien duurste geneesmiddelen per patiënt slechts 3% uit van de totale bruto-uitgaven voor geneesmiddelen die door ziekenhuisapothekers aan ambulante patiënten worden verstrekt (tegenover 5% in 2019). Dit komt doordat deze geneesmiddelen worden gebruikt door een zeer kleine groep patiënten, met name patiënten die lijden aan zeer zeldzame ziekten. Daarom wegen ze minder zwaar op het budget.

Anderzijds zijn de tien geneesmiddelen die verantwoordelijk zijn voor de hoogste jaarlijkse uitgaven, dure geneesmiddelen (tot 112.000 euro per patiënt per jaar), die door een groot aantal patiënten worden gebruikt, met name bij de behandeling van bepaalde vormen van kanker en amyloïdose. Bovendien stijgt het aantal patiënten dat ten minste één van deze tien geneesmiddelen vergoed krijgt, elk jaar. Ter illustratie, in 2010 ontvingen 4.835 CM-leden een vergoeding voor één van deze tien geneesmiddelen, in 2022 waren dit er 24.161, een stijging van 400%.

Volgens de Stichting tegen Kanker hebben kankers bijna altijd een multifactoriële oorsprong. Bepaalde risicofactoren voor kanker zoals veroudering, celdeling en erfelijkheid zijn onvermijdelijk. Andere factoren echter, zoals onze levensstijl (verhoogd alcoholgebruik, roken, zittend leven, oestrogenen innemen, overgewicht, enz.) en omgevingsfactoren (blootstelling aan ultraviolette stralen, kanker-verwekkende stoffen, uitstoot van radongassen, enz.) die het risico op kanker kunnen beïnvloeden, kunnen echter worden vermeden. Een zittende levensstijl kan bijvoorbeeld het risico op baarmoeder-, borst- en darmkanker verhogen. Tabak is verantwoordelijk voor 30% van de sterfgevallen door kanker (Stichting tegen kanker, 2023). Niets kan de veroudering van ons lichaam tegenhouden, maar een gezonde levensstijl biedt ons kansen om in goede gezondheid te blijven leven. Vandaar de dringende noodzaak om voldoende te investeren in preventie om het risico op kanker te verminderen. Op lange termijn zou de ziekteverzekering een budget kunnen vrijmaken om andere ziekten te behandelen die verband houden met factoren die niet kunnen worden vermeden.

Het is belangrijk om te benadrukken dat, ondanks de sterke stijging van de uitgaven (+227%), voor de verplichte ziekteverzekering in een periode van 13 jaar dit minder directe gevolgen heeft gehad voor de patiënt dankzij het feit dat een groot deel van de (dure) geneesmiddelen (84% van de ZIV-uitgaven in 2022) die in onze studie zijn opgenomen voor 100% worden gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Als er een eigen bijdrage van de patiënt wordt gevraagd, is die geplafonneerd. We merken trouwens dat over de periode 2019-2022 de eigen bijdrage zelfs daalde met 8%, terwijl de bruto ZIV-uitgaven met 39% stegen. Het is van cruciaal belang dat onze maatschappij er alles aan doet om ervoor te zorgen dat dit systeem van bescherming van patiënten, dankzij de dekking door de verplichte ziekteverzekering, blijft bestaan.

Een ander aandachtspunt tenslotte is het gebruik van generische en biosimilaire geneesmiddelen. In de sector van de farmaceutische specialiteiten die door ziekenhuisapothekers aan ambulante patiënten worden verstrekt, werd in 2022 iets meer dan de helft (51%) van het budget besteed aan biologische producten en 49% aan chemische geneesmiddelen. We merken op dat het gebruik van generische geneesmiddelen en biosimilars in de sector licht is toegenomen. Hierdoor zijn de gemiddelde jaarlijkse kosten per patiënt van bepaalde moleculen gehalveerd. Toch blijft het aandeel generische geneesmiddelen laag in vergelijking met de sector van de openbare apotheken. Dit kan deels worden verklaard door het feit dat op dit moment veel nieuwe geneesmiddelen waarop nog een patent rust alleen door de ziekenhuisapotheker kunnen worden afgeleverd, bijvoorbeeld: nieuwe geneesmiddelen tegen hepatitis C, nieuwe geneesmiddelen tegen mucoviscidose, weesgeneesmiddelen (ongeveer 30% van de uitgaven in 2022 tegenover 16% in 2010). Op het vlak van de chemische geneesmiddelen die in ziekenhuizen aan ambulante patiënten worden verstrekt, vertegenwoordigen de generische geneesmiddelen in 2022 21% van het volume in DDD (gemiddelde dagelijkse dosis) en 5% van de ZIV-uitgaven. Voor biologische geneesmiddelen die in ziekenhuizen aan ambulante patiënten worden verstrekt, vertegenwoordigen de biosimilars 16% van het volume in DDD en 6% van de ZIV-uitgaven. Het is van essentieel belang om een beleid te blijven steunen dat gericht is op het promoten van generische en biosimilaire geneesmiddelen, omdat het systematisch voorschrijven ervan de ziekteverzekering in staat stelt de nodige middelen vrij te maken om meer patiënten te behandelen en om te investeren in innovatieve geneesmiddelen.

Bibliografie

- Agence européenne des médicaments. (2019). *Les médicaments biosimilaires dans l'UE. Guide d'information destiné aux professionnels de la santé*. Amsterdam. Opgehaald van ema.europa.eu.
- BCFI. *Répertoire commenté des médicaments*. Opgehaald van cbip.be op 11/07/2023.
- FAGG. (a). *Wat is een "generisch" geneesmiddel?* Opgehaald van fagg.be, recentste actualisering op 16/12/2020.
- FAGG. (b). *Biologische en biosimilaire geneesmiddelen*. Opgehaald van afmps.be, recentste actualisering op 01/06/2023.
- FAGG, RIZIV. (2018, 12 11). *Communiqué de presse*. Opgehaald van afmps.be.
- Lebbe, C., & Ntahonganyira, R.-M. (2021). Evolutie van de uitgaven voor terugbetaalde geneesmiddelen afgeleverd in ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten. *CM-Informatie*, 285, 4-20.
- Li, V. (2019, 05 01). *Biosimilaires: «un plan d'action global est urgent»* (Pieter Boudrez). Opgehaald van lespecialiste.be.
- Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., . . . Verleye, L. (2021). *Les médicaments innovants contre le cancer ont-ils toujours une réelle valeur ajoutée ? KCE Reports 343*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- RTBF. (2022, 03 21). *Surmédication : les personnes âgées prennent en moyenne 7 médicaments par jour*. Opgehaald van rtbf.be.
- RIZIV. (a). *Convenant "Doorstart voor biosimilaire geneesmiddelen in België"*. Opgehaald van RIZIV.be, recentste actualisering op 20/12/2018.
- RIZIV. (b). *Het remgeld voor een farmaceutische specialiteit: de maxima*. Opgehaald van RIZIV.be, recentste actualisering op 19/12/2018.
- RIZIV. (c). *De lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten: de vergoedingscategorieën*. Opgehaald van RIZIV.be, recentste actualisering op 07/11/2023.
- RIZIV. (2022). *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses - Rapport MORSE gegevens 2021*. Brussel: RIZIV.
- Stichting tegen Kanker. (2023). *Risques démontrés*. Récupéré sur cancer.be: <https://www.cancer.be/risques-d-montr-s>
- Van haecht, K., Lebbe, C., & Ntahonganyira, R.-M. (2021). Analyse van het gebruik van biosimilars bij CM-leden in 2019. *CM-Informatie*, 283, 58-69.
- WHOCC. *International language for drug utilization research*. Opgehaald van whocc.no.

Gezondheid & Samenleving is het driemaandelijks tijdschrift 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.

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

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

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

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

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

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

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

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst

Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Of per mail: GezondheidEnSamenleving@cm.be

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

Inhoud

Editoriaal: Zichtbaar maken 02

Studie: De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg 04

Studie: Vrouwen en gezondheidszorg in België 40

Studie: Aanhoudend stijgende uitgaven voor geneesmiddelen 64

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, 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"