



Tijd voor een nieuw pact rond geneesmiddelen?

- Hoe kunnen we een innoverend én betaalbaar geneesmiddelenbeleid voeren? p. **7**
- Welke uitdagingen voor de terugbetaling van innovatieve geneesmiddelen? p. **10**
- Onbeschikbare geneesmiddelen: welke mogelijke oplossingen? p. **12**
- Informatie als tegengif voor Vaccination Hesitancy p. **14**

Hoe kunnen we een **innoverend én betaalbaar geneesmiddelenbeleid** voeren?

In 2013 was er Victor, 2 jaar later volgde Elias en onlangs was er Pia. Maar eigenlijk lezen we de laatste jaren bijna elke week schrijvende verhalen van ouders met kinderen die dure medicatie nodig hebben. Of hoe de problematiek van peperdure geneesmiddelen wel in de schijnwerpers staat, maar duurzame oplossingen voorlopig grotendeels achterwege blijven. De Onafhankelijke Ziekenfondsen schetsen hun visie op een geneesmiddelenbeleid dat én innoverend én betaalbaar is.

Feit: al sinds 2015 overschrijden de uitgaven voor geneesmiddelen de budgetdoelstelling van meer dan 4 miljard euro. Telkens met een bedrag dat schommelt tussen de 150 en 300 miljoen euro per jaar. In 2018 is het federale geneesmiddelenbudget zelfs nog meer ontspoord, met een overschrijding van maar liefst 392 miljoen euro. En ook voor 2019 zit er een overschrijding aan te komen. Hoe komt dat? “Verschillende elementen spelen een rol”, zegt **Evelyn Macken, Expert Geneesmiddelen bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen**. “Er komen nieuwe, dure geneesmiddelen op de markt. Het gaat dan vooral om kankergeneesmiddelen, medicatie tegen zeldzame ziekten en recent ook genterapie. Maar **het zijn niet alleen die nieuwe, peperdure geneesmiddelen die het budget onder druk zetten**. Daarnaast is er ook het hoge volume aan geneesmiddelen in ons land en de vaststelling dat de vooropgestelde besparingsmaatregelen niet het verwachte bedrag opleveren.”

Een kwestie van vraag en aanbod

Er komen meer en meer nieuwe geneesmiddelen op de markt. De hamvraag daarbij is: beantwoorden die aan de werkelijke medische noden?

Volgens de literatuur is dat niet altijd het geval. Een studie uit 2017 wees nog uit dat er bijna dubbel zoveel klinische studies waren rond kankergeneesmiddelen dan in de volgende 4 grootste therapeutische domeinen samen. “In het huidige systeem **beslist vooral de farmaceutische industrie in welke ziektes ze investeert**. Dat systeem is dus gestuurd vanuit het aanbod en te weinig vanuit de vraag”, verduidelijkt **Claire Huyghebaert, expert Geneesmiddelen bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen**.

Hoe kunnen we dan de switch maken naar een systeem dat wel vertrekt vanuit de vraag? En dus beter aanleunt bij de echte medische noden. “**De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten ervoor dat de overheden een lijst opmaken met de medische noden** en dat ze binnen die lijst nog eens duidelijke prioriteiten stellen”, benadrukt Huyghebaert. “Overheden zouden dus een proactievare rol kunnen spelen. Ze zouden ook samen met de farmasector alternatieve economische modellen kunnen uitwerken om innovatie te stimuleren in domeinen met die medische behoeftes. Er is bv. een duidelijke nood aan nieuwe antibiotica door het probleem van de resistentie. Maar bedrijven investeren daar niet graag in omdat er weinig ‘return on investment’

uit te halen valt. Daar moeten we iets aan doen.”

Hoe sneller, hoe onzekerder?

Niet alleen zijn er steeds meer nieuwe, dure geneesmiddelen, ze komen vaak ook sneller op de markt dan vroeger. Bij het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) zijn er een aantal procedures om veelbelovende medicijnen die beantwoorden aan een grote medische nood een snellere marktvergunning te geven. Maar ook daar zijn risico's aan verbonden. “**Hoe sneller zo'n geneesmiddel op de markt komt, hoe minder klinische gegevens er zijn rond de werkzaamheid en veiligheid ervan**. Zo is het moeilijk om de werkelijke meerwaarde van zo'n geneesmiddel ten opzichte van de alternatieven op de markt te bepalen, en dus ook de prijs ervan. Want om een redelijke prijs te kunnen bepalen, is het net belangrijk om die werkelijke meerwaarde te kennen natuurlijk”, verklaart Evelyn Macken.

'Geheime' onderhandelingen

Als er onzekerheid is over zo'n nieuw, duur geneesmiddel kan de Minister van Volksgezondheid beslissen om een tijdelijke terugbetaling te voorzien. Dat gebeurt via een contract met

“Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is het belangrijk dat landen in de toekomst ook informatie uitwisselen over de werkelijke kost die ze uiteindelijk betalen voor een innovatief geneesmiddel.”



Claire Huyghebaert



de farmaceutische firma in kwestie ('artikel 111' genoemd, naar het artikel in het KB dat verwijst naar deze procedure). **Tijdens de onderhandelingen over deze contracten maken het RIZIV en de firma afspraken over bepaalde compensaties, waardoor de reële prijs lager ligt dan de prijs die aangegeven wordt.** Dat zijn de dossiers die regelmatig hete hangijzers zijn in de pers.

Vooral omdat die onderhandelingen tussen het RIZIV en de farmabedrijven 'geheim' zijn. “Onder meer om commerciële redenen willen de farmabedrijven dat alles vertrouwelijk gebeurt. Zo kunnen ze hun officiële prijs hoog houden”, verduidelijkt Evelyn Macken. **“Want elk land onderhandelt over bepaalde prijscompensaties, maar niemand weet wie welke compensaties gekregen heeft.** En dat verzwakt natuurlijk de positie van die landen ten opzichte van de farmabedrijven.”

Net daarom zag 'Beneluxa' het licht. Een partnership tussen verschillende Europese landen om onderling informatie uit te wisselen en indien mogelijk samen te onderhandelen met de farmabedrijven. “Samen sta je sterker. Zo'n samenwerking is nodig om de toegang van de patiënt tot innoverende, dure geneesmiddelen te verzekeren”, beklemtoont Claire Huyghebaert. **“Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is het belangrijk dat die landen in de toekomst ook informatie uitwisselen over de werkelijke kost die ze uiteindelijk betalen voor een innovatief geneesmiddel.”** Een ander domein waarrond de landen binnen Beneluxa gaan samenwerken, is horizon scanning. “Die landen gaan dan samen kijken welke nieuwe geneesmiddelen er in de pijplijn zitten. Ze verzamelen info, wisselen die uit en zo kunnen ze de budgettaire impact beter inschatten en erop anticiperen”, vertelt Huyghebaert.

Nood aan meer transparantie

Betaalt ons land zo'n duur, nieuw geneesmiddel terug of niet? Die uiteindelijke beslissing door de Minister is al transparanter dan vroeger. **“De beslissing en de motivatie ervan kan je terugvinden op de site van het RIZIV. Dat is al een stap in de goede richting”**, vertelt Evelyn Macken. Meer transparantie rond de onderhandelingen tussen de farmabedrijven en het RIZIV ligt echter moeilijker. Toch zijn er bepaalde mogelijkheden volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen. **“Wij vragen om het huidige systeem van de contracten bij te sturen. Er moeten meer gedetailleerde gegevens beschikbaar zijn, onder meer met het oog op een goed budgetbeheer.** Want bijna een derde van de totale uitgaven aan geneesmiddelen gaat naar die geneesmiddelen onder contract.”

Farmasector responsabiliseren

Volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen is er ook een grotere responsabilisering van de farmasector nodig. Onder meer met een **maximumbudget voor bepaalde aandoeeningen.** “Een dergelijk budget laat zorgverleners toe om de wetenschappelijke evoluties te volgen, maar zorgt ook voor een budgetgarantie, zowel voor de betaler als voor de industrie. Is er een overschrijding? Dan compenseren de farmabedrijven (een deel van) de kosten,



afhankelijk van hun marktaandeel”, vertelt Macken. “Wij pleiten ook voor een hervorming van de huidige compenserende heffing. Dat is het bedrag dat de farmaceutische industrie betaalt bij een overschrijding van de budgetdoelstelling. Nu is die beperkt tot 2,5 % van het totale geneesmiddelenbudget. Zo krijg je een gezonder beheer van het budget.”

Gebruik goedkope geneesmiddelen optrekken met 10 %

Ook een rationeel en correct geneesmiddelengebruik is een prioriteit voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen. **“België is niet de beste leerling op het vlak van voorschrijven van goedkope geneesmiddelen als generische medicijnen en biosimilars, in vergelijking met de buurlanden.** Het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen wordt wel gemonitord, zodat de voorschrijvers regelmatig feedback kunnen krijgen over hun voorschrijfgedrag. De Onafhankelijke Ziekenfondsen stellen voor om het gebruik van dergelijke geneesmiddelen te stimuleren. Met als doel een verhoging van 10 % tegen 2021”, zegt Claire Huyghebaert. “Bijvoorbeeld door incentives te creëren bij het voorschrijven of door bepaalde

minimumquota op te leggen. Want de ervaring toont dat enkel en alleen sensibiliseren, onvoldoende werkt.”

Een ander element bij een rationeel geneesmiddelengebruik is het kwaliteitsvol voorschrijven, rekening houdend met de wetenschappelijke richtlijnen. Ook op dat vlak is er nog werk aan de winkel in ons land. Denk maar aan het grote aantal antibiotica dat nog altijd voorgeschreven wordt bij ons. **“We stellen voor om de hulp bij de beslissing voor correct voorschrijven op te nemen in de medische software van onze artsen”**, onderstreept Evelyn Macken. “Zo help je de arts in het nemen van zijn beslissing voor een bepaald gezondheidsprobleem bij een bepaalde patiënt.”

“Elk land onderhandelt over bepaalde prijscompensaties, maar niemand weet wie welke compensaties gekregen heeft. Dat verzwakt de positie van die landen ten opzichte van de farmabedrijven.”

STEVEN VERVAET

steven.vervaet@mloz.be

Evelyn Macken



En in Europa?

In heel Europa is de betaalbaarheid van geneesmiddelen een grote uitdaging. Daarom is dit ook één van de kernpunten in het **Memorandum van het Nationaal Inter-mu-tualistisch College (NIC)**. Concreet vragen de Belgische verzekeringsinstellingen aan Europa om werk te maken van...:

- een betere **samenwerking tussen de regulerende overheden en de Health Technology Assessment-agent-schappen** en ook tussen de EU-lidstaten onderling.
- meer **transparantie voor de prijzen** die nationale overheden moeten betalen voor geneesmiddelen.
- een aangepast kader voor de **bescherming van de intellectuele eigendom** en een herziening van de

definitie van ‘added therapeutic value’ door de Europese Commissie.

- een reflectie over de **bereidheid van de maatschappij om te betalen** voor geneesmiddelen.
- meer reflectie over het vastleggen van een **‘fair price’** voor geneesmiddelen op Europees niveau.
- een reflectie over **alternatieve financieringsmodellen** voor geneesmiddelen.

Meer info: wil je het volledige NIC-Memorandum raadplegen? Scan dan deze QR-code.



Welke uitdagingen voor de terugbetaling van **innovatieve geneesmiddelen**?

Dure geneesmiddelen, een niet-rekbaar budget, geneesmiddelen voor almaar kleinere patiëntengroepen, de toename van chronische ziektes, ... Gezondheid moet een recht blijven voor iedereen. Hoe maak je keuzes, als je moet beslissen over de terugbetaling van een innovatief geneesmiddel? Hoe kunnen behandelingen toegankelijk gemaakt worden voor diegenen die ze het meest nodig hebben?

4,32 miljard euro: dat is het bedrag dat het RIZIV in 2017 besteedde aan geneesmiddelen, waarvan 596 miljoen voor middelen tegen kanker. Hoe is het zover gekomen? Tussen de ontdekking van de molecule en het moment waarop de behandeling op de markt verschijnt, zit een heel lange weg.

Bepaling van een prijs

Kort samengevat: eerst moet een bedrijf een vergunning aanvragen om het geneesmiddel in de handel te kunnen brengen. Dit gebeurt bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). Nadien moet het bedrijf een dossier indienen bij FOD Economie. Die FOD is verantwoordelijk voor de bepaling van de maximumprijzen van geneesmiddelen voor menselijk gebruik, alsook voor implantaten en hoorapparaten. Om de prijs van een voorgeschreven geneesmiddel te bepalen, houdt de minister

van Economie rekening met meerdere factoren. **De minister 'verzoent de belangen van zowel de consument als de ziekte- en invaliditeitsverzekering met die van de bedrijven die een aanvaardbaar prijsniveau bepleiten'**, aldus de FOD-site. De procedure voor de bepaling van de prijs duurt maximaal 90 dagen.

Wetenschappelijke en farmaco-economische evaluatie

Daarna komt de aanvraag voor een terugbetaling. Tegelijk met de indiening van haar dossier bij de FOD Economie dient de firma een dossier in voor het aanvragen van de terugbetaling bij het RIZIV. "De Commissie Tegevoetkoming Geneesmiddelen (CTG) is verantwoordelijk voor de formulering van terugbetalingsvoorstellen aan de minister, die daarna zal beslissen om het nieuwe geneesmiddel al dan niet

op te nemen in de lijst van terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten", zegt **Virginie Millecam, secretaris van de CTG**. Dit belet niet dat de minister kan afwijken van het advies van de CTG. Het gebeurt ook dat de Commissie er niet in slaagt om een voorstel te formuleren. In dat geval moet de minister zelf een besluit nemen en haar beslissing motiveren.

De gebruikelijke duur van de procedure voor een terugbetalingsaanvraag is 180 dagen. Ze bestaat uit twee delen. De eerste etappe is die van de wetenschappelijke evaluatie van het dossier. "Het bedrijf dient ook een farmaco-economisch dossier in met een raming van de budgettaire impact", merkt Millecam op. De evaluatie wordt dan vervolledigd met de prijs die de FOD Economie bepaald heeft, zodat een voorstel kan worden geformuleerd voor de terugbetaling. **"De maximumprijs die de FOD Economie toekent, is uiteraard een cruciaal element voor de**



formulering van een dergelijk voorstel", legt Millecam uit.

Uitdagingen rond de terugbetaling

Het terugbetalingsvoorstel is eerder technisch: het omvat de voorwaarden voor de terugbetaling, de prijs en de terugbetalingscategorie (bv. categorie A = een volledige terugbetaling, ...). Welke criteria spelen een rol? "De CTG zal proberen om het product een positie te geven binnen het bestaande therapeutische arsenaal en zij zal nagaan of het voorbehouden moet worden voor bepaalde doelgroepen", dicit Millecam. De impact op het budget is een ander element dat een rol kan spelen.

Als een 'goede huisvader'

"Het is belangrijk om de duurzaamheid van de sociale zekerheid te garanderen", benadrukt Millecam. "Dit betekent dat we niet alle innovaties voor iedereen kunnen terugbetalen. Wij zien erop toe dat elke patiënt de juiste behandeling kan krijgen. Als het bv. om een nieuw antibioticum gaat, is het waarschijnlijk gepast om de terugbetaling te beperken tot die mensen die niet gereageerd hebben op de conventionele antibioticabehandelingen." De duurzaamheid van het systeem is het uitgangspunt voor de reflectie van de CTG. "De experts rond de tafel redeneren als goede huisvaders: als ik dit voor mezelf zou kopen, zou ik dan die keuze maken of niet? Of zou ik het reserveren voor een specifiek doel?", vertelt Millecam. "Het bedrijf dat een nieuwe molecule ontwikkeld heeft, wil vanzelfsprekend een 'return on investment'. Welnu, de leden van de CTG stellen zich de volgende vraag: is er echt nood aan deze nieuwe behandeling?"

Plaats in het therapeutische arsenaal

Er is nog een andere reden voor die behoedzame aanpak. "We moeten vermijden dat er resistentie optreedt en we moeten dus een logisch opgebouwd therapeutisch arsenaal in stand houden. Niet elk nieuw product zal noodzakelijkerwijs een revolutie teweegbrengen in de artspraktijk, en dit geldt zeker als er al veel alternatieven beschikbaar zijn voor patiënten. In andere gevallen is de behandeling wel revolutionair en dan kijken de artsen er echt naar uit, omdat ze weten dat het middel belangrijk is voor hun patiënten", vertelt Millecam.

Internationale allianties

De kostprijs van geneesmiddelen blijft stijgen en het geneesmiddelenbudget volgt die curve niet. Hoe zal de CTG deze uitdagingen het hoofd kunnen blijven bieden? "België is een pionier op vlak van de samenwerking met andere landen rond geneesmiddelen", legt Millecam uit. "Wij hebben 'Beneluxa' opgericht, eerst met Nederland, daarna heel snel ook met Luxemburg, gevolgd door Oostenrijk. Wij werken aan 'horizon scanning', om zoveel mogelijk te anticiperen op de komst van nieuwe producten." De landen kunnen de beoordeling van de dossiers delen. "In sommige gevallen proberen we de timing van de indiening van het dossier in de verschillende landen te coördineren. Eén land maakt de beoordeling, die het andere land dan overneemt", verklaart Millecam. Landen kunnen ook gezamenlijk met farmaceutische bedrijven onderhandelen. Zo werd vorig jaar met succes een onderhandeling afgesloten voor Spinraza, een geneesmiddel tegen spinale spieratrofie. Om de kostprijs van geneesmiddelen te drukken, zal

"Om de kostprijs van geneesmiddelen te drukken, moeten we die internationale samenwerking nog verder versterken."



Virginie Millecam



die internationale samenwerking nog verder moeten worden versterkt. "Tegenwoordig speelt vooral de wet van de markt. **In de toekomst moeten we onze krachten echt bundelen, als we de prijzen beter willen beheersen en de landen meer gewicht willen geven in de onderhandelingen**", zegt Millecam. "Het is belangrijk om die richting in te slaan, want we zien dat de prijzen de pan uit swingen. We moeten echt druk kunnen uitoefenen om daar paal en perk aan te stellen!"

STÉPHANIE BRISSON

stephanie.brisson@mloz.be



Onbeschikbare geneesmiddelen: welke mogelijke oplossingen?

In 2018 werden ongeveer 500 geneesmiddelen als onbeschikbaar gemeld op de Belgische markt. Die onbeschikbaarheid vormt een probleem voor de volksgezondheid. Een probleem dat stuit op de economische werkelijkheid van de farmaceutische bedrijven. In de meeste gevallen is er wel degelijk een alternatief, maar ondanks de inspanningen van de overheid, is er voor bepaalde kritieke situaties nog geen oplossing.

Recent nog trokken de apothekersverenigingen aan de alarmbel rond het 'tekort' aan geneesmiddelen. Vele apothekers moeten aan hun patiënten zeggen dat hun medicijn niet beschikbaar is. Soms hangen ze de hele ochtend aan de telefoon met artsen, groothandelaars, bedrijven, ... in de hoop voor hun patiënt een oplossing te vinden aan een gelijkaardige prijs. Als de apotheker nu een voorschrift ontvangt met een onbeschikbaar geneesmiddel, moet hij contact opnemen met de voorschrijvende arts om hem op de hoogte te brengen en een nieuw voorschrift te krijgen. **Vanaf 1 januari 2020 zal SAM v2, de referentiedatabase voor geneesmiddelen, ook beschikbaar zijn in de software van de artsen.**

Zij kunnen dan onmiddellijk zien of het geneesmiddel beschikbaar is.

Geneesmiddelen en meldingen

Het gaat om meer dan 500 geneesmiddelen die gemeld zijn als onbeschikbaar en het probleem neemt almaar toe volgens het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG): "Het toenemende aantal meldingen van onbeschikbare verpakkingen wijst niet op een toename van de onbeschikbaarheden zelf, maar van het aantal meldingen ervan." **Sinds 2014 zijn de farmaceutische bedrijven namelijk verplicht om het FAGG op de hoogte te**

brengen als een geneesmiddel meer dan 14 dagen tijdelijk onbeschikbaar is. Een wet van 2019 die nog niet van kracht is, voorziet er zelfs in om deze termijn met 3 werkdagen in te korten. Op de website van het FAGG staat ook de volledige lijst met onbeschikbare geneesmiddelen.

Volgens het FAGG vertegenwoordigen deze meldingen van onbeschikbare geneesmiddelenverpakkingen gemiddeld 5 %* van het totale aantal verpakkingen op de Belgische markt. Verder is het belangrijk te weten dat een gemelde onbeschikbaarheid ook enkel betrekking kan hebben op een geneesmiddel in een bepaalde dosering, in een bepaalde farmaceutische vorm of

met een bepaalde toedieningswijze. Het geldt niet per se voor het hele gamma van het geneesmiddel en vaak zijn oplossingen gemakkelijk te vinden.

De contingentering in het vizier

Om dit tekort aan geneesmiddelen goed te vatten, moeten we een onderscheid maken tussen de werkelijke onbeschikbaarheid en de distributieproblemen. **Een geneesmiddel is werkelijk onbeschikbaar als het voorraadtekort veroorzaakt wordt door een tekort aan grondstoffen, een kwaliteits- of fabricageprobleem of zelfs een logistiek probleem (bv. transport).** Meestal gaat het dan om tijdelijke onbeschikbaarheden, hoewel de farmaceutische bedrijven soms niet kunnen zeggen wanneer het geneesmiddel juist weer op de markt komt.

Verdelingsproblemen en **contingentering** worden vaak in dezelfde zin vernoemd. Via deze praktijk leveren de farmaceutische bedrijven hun voorraden op een gecontroleerde manier af,

op basis van quota. Op basis van het voorgaande verbruik raamt het bedrijf de hoeveelheid geneesmiddelen die moet worden geproduceerd om aan de behoeften van de Belgische markt te voldoen. Als de voorziene hoeveelheden uitgeput zijn, kan de apotheker niet rechtstreeks bij de groothandelaar bijbestellen. **Dit contingenteringssysteem ligt vaak onder vuur, omdat het in de eerste plaats tegemoet komt aan de economische overwegingen van de farmaceutische industrie en geen of niet genoeg rekening houdt met de patiënten.**

Welke oplossingen?

Voor het merendeel van de onbeschikbare geneesmiddelen bestaat er een gelijkaardig alternatief of gaat het om een heel tijdelijke onbeschikbaarheid. Elke situatie wordt geanalyseerd op basis van een beslissingsboom. Als er geen gelijkwaardig equivalent voor het geneesmiddel bestaat, kan het FAGG een afwijking goedkeuren, zodat het bedrijf tijdelijk het geneesmiddel kan invoeren. Ook de apotheker kan

proberen om het geneesmiddel in te voeren op basis van een medisch voorschrift en een verklaring van de arts. Maar dan moet de patiënt wel voor de kosten opdraaien, en vaak kost het geneesmiddel meer. In dat geval geniet hij ook geen enkele terugbetaling.

Om deze situatie te verbeteren, diende de Kamer eind september een wetsvoorstel in. **"In dit wetsvoorstel worden de bijkomende kosten door de onbeschikbaarheid van het geneesmiddel gedragen door het farmaceutische bedrijf zelf, als er geen alternatief bestaat", vertelt Nele d'Haeze, apotheker-expert bij het RIZIV.** "Nu kunnen we enkel aan de bedrijven vragen of ze financieel willen bijdragen op vrijwillige basis, maar dat gebeurt zelden. Een wettelijke basis is dus onontbeerlijk om te vermijden dat de patiënt meer moet betalen voor een behandeling, waarvoor hij in principe een tegemoetkoming krijgt."

NATHALIE RENNA

nathalie.renna@mloz.be

Aanbevelingen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

- **Samenwerking tussen zorgverleners, de verschillende betrokken overheden, ziekenfondsen en producenten** verderzetten om tot een structurele oplossing te komen.
- Maatregelen nemen om de **patiënt te beschermen tegen bijkomende kosten** bij onbeschikbaarheid van geneesmiddelen, vb. via een gecontroleerde import van bepaalde loten, waaraan een terugbetaling kan worden gekoppeld.
- **Zorgverleners helpen bij het beheer van onbeschikbaarheden**, bv.: info rond reële onbeschikbaarheden integreren in software van artsen, informatie-uitwisseling en samenwerking onder apothekers verder uitbouwen, ...
- **Problemen in kaart brengen op Europees niveau** en Europese samenwerking en informatie-uitwisseling versterken.
- **Farmabedrijven voldoende responsabiliseren** rond onbeschikbaarheden. Als ze de meltingsplicht niet volgen, moeten sancties mogelijk zijn.
- Maatregelen nemen om ervoor te zorgen dat **oude nuttige geneesmiddelen**, die echter niet meer rendabel zijn, niet van de markt verdwijnen.

Informatie als tegengif voor Vaccination Hesitancy

“We starten te vroeg met onze vaccinaties”, “Je kan autisme krijgen van vaccinatie”... Deze zinnen al gehoord of gelezen? En vooral, hoe heeft u erop gereageerd? ‘Vaccination Hesitancy’, waarbij mensen minder geloven in de zin van vaccinatie, wint de laatste jaren aan kracht in Europa. Volgens prof. dr. Pierre Van Damme is het aan de overheid en de zorgverleners om dit tegen te gaan.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) erkent het probleem van Vaccination Hesitancy. “Het is een brede term om te wijzen op een mindere aanvaarding van vaccinatie”, zegt **prof. dr. Pierre Van Damme van het Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties en het Vaccin & Infectieziekten Instituut van de Universiteit Antwerpen**. “Concreet gaat het om die mensen die niet langer aanvaarden dat een vaccin kan helpen en dus weigeren om zichzelf of hun kinderen te laten vaccineren, of die vaccinatie uitstellen. Een beslissing die verregaande gevolgen kan hebben voor de maatschappij.”

Kritischer

De vaccinatiegraad in België is vergeleken met andere landen redelijk goed, maar we moeten waakzaam zijn. Bovendien is het moeilijk om een reden te geven voor het ontstaan van Vaccination Hesitancy. Toch kunnen we onder woorden brengen waar het om gaat. **“Eén van de belangrijke oorzaken van Vaccination Hesitancy is dat mensen kritischer zijn geworden.** Ze hebben minder vertrouwen in het systeem, in de politiek en in wat er in de wereld gebeurt”, zegt Van Damme. “We kunnen spreken van een

attitudeverandering in de afgelopen 15 jaar. **Mensen stellen zich meer vragen en daar is niets verkeerd mee, integendeel. Maar de vraag is vooral of onze informatiecampagnes en vaccinatieprogramma’s daaraan zijn aangepast?”** De vraag is dus of onze zorgverleners wel genoeg kunnen reageren op die kritische vragen van patiënten? “Als dat niet lukt, gaan patiënten zelf op zoek naar informatie. Dan is dokter Google niet ver.”

Health Literacy en fake news

Zo belanden we automatisch bij Health Literacy. “Het staat buiten kijf dat Health Literacy onlosmakelijk verbonden is met Vaccination Hesitancy”, zegt Van Damme. “Je vindt dit zowel bij intellectuelen, universitairers als bij mensen die lager geschoold zijn. **Ook sociale media spelen hier een heel belangrijke rol: zij zijn de luidspreker van fake news.** Dat is ook één van de redenen waarom we op een aantal plekken in Europa een daling zien van de vaccinatiegraad. Het is gevaarlijk als één stem op Twitter als een vaccinatie-expert klinkt, zonder dat hetgeen gezegd wordt gevalideerd is. Die ene stem heeft soms twee miljoen volgers en wat kan je daar

tegen beginnen met een uitgebreid vaccinatieprogramma?”

Informereren

Het goede nieuws is dat we in bepaalde landen een stijging zien van de vaccinatiegraad. “En dat zijn net die landen die extra aandacht besteden aan het informeren en aan preparedness”, verduidelijkt Van Damme. “Het is belangrijk dat gezondheidswerkers op kritische vragen kunnen antwoorden, zodat patiënten de nood niet voelen om ergens anders informatie te zoeken. **Concreet wil dat zeggen dat we meer aandacht moeten besteden aan vaccinatie in de opleiding van gezondheidswerkers.**” Want volgens Van Damme is de communicatie en kennis over vaccinatie bij hen bedroevend. “België doet het goed, maar het kan nog beter. Artsen, vroedvrouwen, verplegers en apothekers moeten in staat zijn om elke ongerustheid weg te nemen en opnieuw dat vertrouwen te winnen.”

De ziekenfondsen kunnen hier een belangrijke rol spelen. “Een artikel als dit, waar het belang van vaccinatie aan bod komt, is zeer belangrijk”, vindt Van Damme. “Vaccinatie tegen kinkhoest



of mazelen wordt niet beschouwd als een reisvaccinatie, maar het is interessant om mensen wakker te schudden over hun basisvaccinatie en de herhalingsvaccinaties.”

Opvoeden

De uitdaging is vooral mensen positief benaderen en ze op te voeden. “En dat begint al op jonge leeftijd”, vindt Van Damme. **“Daarom werk ik samen met de WGO aan een spel over vaccinatie voor schoolgaande kinderen tussen 10 en 12 jaar. De bedoeling is om het spel vanaf volgend jaar in alle scholen over Europa te lanceren.** We besteden aandacht aan het belang van vaccinatie en het gevaar van infectieziekten. Met dit spel hopen we een soort evidentie te creëren bij kinderen, zodat vaccinatie logisch is voor hen. Eens ze volwassen zijn, nemen ze die rol als ouder ook over.”

Er zal altijd een groep mensen blijven die vaccinatie weigert en waar je niet veel aan kan doen, bv. vanwege geloofsredenen. “Rationele argumenten hebben dan geen zin. Maar zolang dit percentage klein blijft, is de volksgezondheid niet in gevaar”, zegt Van Damme. Het verplichten van vaccinaties is trouwens niet noodzakelijk een oplossing. “In Frankrijk werd dit tijdelijk ingevoerd: enerzijds is de

“We moeten meer aandacht besteden aan vaccinatie in de opleiding van gezondheidswerkers.”

vaccinatiegraad nu wel aan het stijgen, maar anderzijds moeten ouders voor de rechter verschijnen en een boete betalen als ze basisvaccinaties weigeren. En uiteindelijk is het kind dan nog altijd niet gevaccineerd.”

Groepsimmunitet

Wat gebeurt er als grote groepen mensen beslissen om het vaccin tegen mazelen over te slaan? “Het gevaar voor de groepsimmunitet is enorm”, vertelt Van Damme. **“We weten uit voorbeelden in andere landen dat zodra de vaccinatiegraad daalt, infectieziekten klaar staan om opnieuw op te duiken.** Zolang die niet uitgeroeid zijn, kan een epidemie ontstaan.” Bovendien gaat het niet om iets wat lange tijd nodig heeft. “In 2018 noteerde de WGO voor Europa

Pierre Van Damme



83.000 gevallen van mazelen, waarvan 74 overlijdens”, zegt Van Damme. “Dit is gigantisch en het hoogste aantal in de afgelopen jaren. **Voor de eerste twee maanden van 2019 zitten we al aan 34.000 gevallen van mazelen.**” Het gaat trouwens niet om Oostbloklanden, maar ook om landen als Italië en Frankrijk. Dat betekent ook dat we niet altijd aan migratie moeten denken, als het om vaccinatie gaat. “We mogen gerust de hand in eigen boezem steken”, vindt Van Damme. “We moeten er inderdaad voor zorgen dat migranten die België binnenkomen de nodige vaccinaties hebben gekregen. Maar tegelijkertijd moeten we ook zorgen dat wij zelf in orde zijn met alle basisvaccinaties.”

LIES DOBBELAERE

lies.dobbelaere@mloz.be

Aanbevelingen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

- **Educatie rond ziektepreventie en een gezonde levensstijl** moet al op heel jonge leeftijd beginnen.
- **Gezondheidsprofessionals spelen een essentiële rol.** Ze zijn een belangrijke informatiebron en moeten ondersteund worden door opleidingen, bv. rond vaccinaties en communicatieve competenties.
- **Specifieke risicogroepen** moeten duidelijke, heldere en betrouwbare informatie krijgen, op maat van hun behoeftes. Drempels rond toegankelijkheid moeten weggewerkt worden.