



Memorandum

# Horizon 2030

Duurzaam bouwen aan de gezondheid van morgen

 onafhankelijke  
ziekenfondsen

## **HORIZON 2030**

Duurzaam bouwen aan  
de gezondheid van morgen

Verantwoordelijke uitgever:

*X. Brenez, Lenniksebaan 788A, 1070 Anderlecht*



# Horizon 2030

## Duurzaam bouwen aan de gezondheid van morgen

<b>Woord vooraf</b>	4
<b>Globale gezondheidsdoelstellingen op alle niveaus</b>	6
<b>Een samenhangend en duurzaam zorgbeleid</b>	9
<b>Op weg naar een geïnformeerde, betrokken en gezonde burger</b>	17
<b>Klimaat en milieu bovenaan de politieke agenda voor onze gezondheid</b>	23
<b>Mentaal gezond van 0 tot 100 jaar</b>	27
<b>Een patiëntgericht en doelmatig geneesmiddelenbeleid op lange termijn</b>	33
<b>Arbeidsongeschiktheid: hoe kunnen we de duurzaamheid van het systeem versterken?</b>	39
<b>Digitale transitie in de gezondheidszorg: the next chapter</b>	43
<b>Institutioneel: voor stabiliteit zorgen en samenwerking bevorderen. Visie op gezondheidszorgbeleid is de echte prioriteit.</b>	47

# Woord vooraf

De uitdagingen waarmee ons gezondheidssysteem geconfronteerd wordt, nopen tot hervormingen en de verduidelijking van prioriteiten. We stellen sinds een tiental jaar evenwel vast dat de antwoorden op deze vele uitdagingen onvoldoende zijn gebleken. Inderdaad, ons systeem is complex, versnipperd en samengesteld uit vele belanghebbenden met niet noodzakelijk op elkaar afgestemde doelstellingen. Dit afgelopen decennium zijn er echter nog twee belangrijke gebeurtenissen bijgekomen bovenop de inherente moeilijkheden om de sector van de geneeskundige verzorging te moderniseren: de verwezenlijking van de zesde staatshervorming en het beheer van de gezondheids crisis.

Het is duidelijk dat deze twee gebeurtenissen moeilijk met elkaar te vergelijken zijn, aangezien de eerste het resultaat is van een politieke beslissing en de tweede werd opgelegd door externe factoren. Niettemin hebben zij twee dingen gemeen. Enerzijds hebben ze allebei belangrijke middelen van onze sector gemonopoliseerd, wat hervorming van een zekere omvang moeilijk, of zelfs onmogelijk, maakte. Anderzijds brengen

ze ons ertoe veel lessen te trekken uit ons beleid, onze keuzes en ons vermogen om te anticiperen. Ze confronteren ons met de vraag of we in staat zijn ons te beveiligen tegen collectief geheugenverlies en duurzame conclusies te trekken over de richting die de politiek de komende jaren moet uitgaan. Hoewel veel stemmen de absurditeit en de negatieve gevolgen van de laatste staatshervorming hekelen, roepen sommige op tot een nieuw institutioneel avontuur, vooral op het gebied van geneeskundige verzorging. Op dezelfde manier wordt de belofte van een 'wereld na' de COVID-crisis, die toch veel tekortkomingen aan het licht heeft gebracht (op het vlak van preventie, anticipatie, monitoring, versnippering van bevoegdheden, een gebrek aan samenwerking tussen de gezondheidsactoren, menselijke en logistieke capaciteiten, ...), ondermijnd door de terugkeer van 'de normale gang van zaken'.

Ons systeem vertoont duidelijke tekenen van uitputting, net zoals de professionals in de gezondheidssector. De sector kampt met een enorm personeelstekort en sommige professionals ervaren een

gebrek aan erkenning en een verlies van zingeving. Het feit dat onze geneeskundige verzorging globaal genomen toegankelijk en van hoge kwaliteit is, mag ons er niet van weerhouden onze zwakke punten te erkennen op het vlak van vermijdbare sterfgevallen, levensjaren in goede gezondheid, geestelijke gezondheid, ongelijkheid en variabiliteit in de kwaliteit en prijs van verzorging.

## Voor een globale visie op gezondheid

Ons memorandum pleit voor een globale visie op gezondheid, ondersteund door doelstellingen die uitstijgen boven de verschillende bevoegdheidsniveaus en boven de zorgsector. Het formuleert concrete voorstellen voor de volgende legislatuur, rond twee sleutelprioriteiten.

De eerste is om, in bepaalde domeinen, de bron van de problemen aan te pakken. De toename van het aantal chronisch zieken, de explosie van het aantal langdurig zieken of geestelijke gezondheidsproblemen, om er maar enkele te noemen, zijn louter symptomen van kwalen die we goed op voorhand moeten aanpakken. Preventie, gezondheidsgeletterdheid en vroegtijdige opsporing en begeleiding hebben hun



toegevoegde waarde bewezen bij het voorkomen of de verslechtering van veel ziekten. In dezelfde geest moeten we meer aandacht besteden aan de steeds duidelijkere impact van het milieu op de gezondheid. Deze uitdagingen stijgen natuurlijk uit boven het domein van de geneeskundige verzorging, wat het des te belangrijker maakt dat andere sectoren, zoals onderwijs, milieu of ruimtelijke ordening, gezondheid opnemen in hun overwegingen.

De tweede prioriteit bestaat erin de verschillende lopende hervormingen, sommige zijn al vele jaren aan de gang, tot een goed einde te brengen. We denken bijvoorbeeld aan de herziening van het ziekenhuislandschap, de hervorming van de financiering van zorg en de nomenclatuur, de organisatie van eerstelijnszorg, de implementering van geïntegreerde zorg en 'population management', de herziening van het conventioneringssysteem, de structurering van en toegang tot geestelijke gezondheidszorg, de digitalisering van de sector, de structurering van gezondheidsgegevens, de ondersteuning van personen in arbeidsongeschiktheid,

het nijpende tekort aan zorgpersoneel, de toegang tot farmaceutische specialiteiten en medische innovatie in het algemeen. Deze lijst is lang niet volledig, maar toont wel al de omvang aan van een taak die zowel een stabiele politieke visie, samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus als betrokkenheid van de actoren in het veld vereist, en dan hebben we leiderschap, doorzettingsvermogen en het vaststellen van prioriteiten nog niet genoemd.

De revolutie zal zich niet zozeer afspelen op het vlak van ideeën en concepten, maar vooral in ons vermogen om deze verschillende projecten, die georganiseerd en gepland moeten worden gezien hun mate van onderlinge afhankelijkheid, te concretiseren.



**Xavier Brenez**

Directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

# Globale gezondheidsdoelstellingen op alle niveaus

## Context

In het verkiezingsmemorandum van 2019 pleitten de Onafhankelijke Ziekenfondsen reeds voor een algemene gezondheidsvisie, die verder gaat dan enkel zorg en rekening houdt met alle beleidslijnen die een impact hebben op de gezondheid (het principe 'Health in all policies'). Vijf jaar later, en op een moment dat de COVID-19-pandemie zowel de sterktes als de zwaktes van de Belgische gezondheidszorg aan het licht heeft gebracht, zijn we er meer dan ooit van overtuigd dat het essentieel is om door te gaan met het implementeren van een gezondheidszorgbeleid dat gebaseerd is op doelstellingen en steunt op de principes van de 'Quintuple Aim':

- de gezondheid van de hele bevolking verbeteren op basis van de behoeften inzake geneeskundige verzorging;
- de kwaliteit van de zorg verbeteren vanuit de ervaring van het individu;
- de beschikbare middelen efficiënt aanwenden;
- sociale ongelijkheden op gezondheidvlak verminderen;
- het welzijn van de zorgverleners verbeteren.

De legislatuur die afloopt, heeft op dit gebied een paradigmaverschuiving in gang gezet. In

het meerderheidsakkoord heeft de federale overheid er zich namelijk toe verbonden om 'in samenspraak met de deelstaten en zorgactoren gezondheidsdoelstellingen op te stellen alsook een monitoringsysteem met mogelijke bijsturing.'

Het RIZIV heeft verschillende werkgroepen samengesteld om een methodologie op te stellen om de gezondheidszorgdoelstellingen uit te werken. Daarnaast hebben een dynamisch budgettair meerjarenkader en meer aandacht voor 'appropriate care' (d.w.z. het aanmoedigen van de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats) bijgedragen aan een strategische visie op middellange en lange termijn voor de ziekteverzekering.

De deelstaten laten zich niet uit het veld slaan. Vlaanderen werkt reeds 25 jaar met gezondheidsdoelstellingen. In Brussel en Wallonië zijn verschillende planningstools (Plan Social-Santé intégré, Plan wallon de prévention et de promotion de la santé, ...) opgezet die de nodige basis zouden moeten vormen voor een beleid op basis van doelstellingen.

### Nog steeds versnipperd beleid

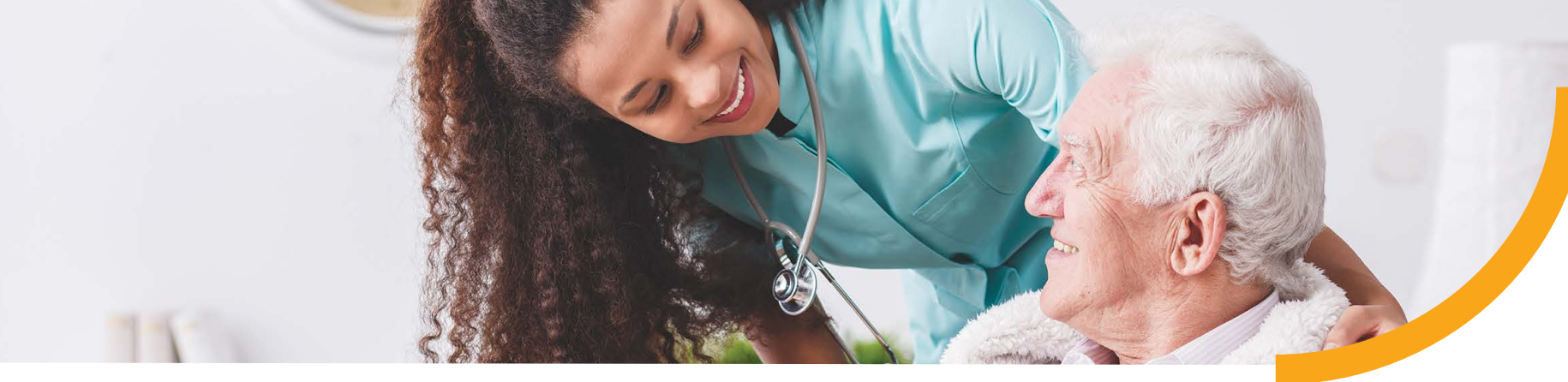
Hoe positief ze ook zijn, de initiatieven zijn nog steeds te uiteenlopend. Ook komen nieuwe maatregelen nog te vaak van specifieke groepen zorgverleners (silo's) met een focus op budgettaire aspecten, in de plaats van een multidisciplinaire aanpak gericht op gezondheidswinst. Het uitwerken

van een solide budgettair meerjarenkader en verduidelijkingen rond bijvoorbeeld onderbenuttingen, indexmechanismen, ... moeten helpen om de gewenste shift te maken. Bovendien ligt de nadruk nog veel te weinig op de indicatoren. Deze zijn echt onmisbaar om de vastgelegde doelstellingen te beoordelen. Kwaliteitsvolle gezondheidsgegevens zijn hiervoor essentieel.

Het is dus van het grootste belang om een meer algemene visie te ontwikkelen en op lange termijn, gebaseerd op geconsolideerde gegevens en in een interfederale context. Het doel is om alle spelers samen te brengen en het beleid te coördineren ten voordele van de hele bevolking.

Er zijn nu tal van tools beschikbaar: het performantierapport van het KCE (Kenniscentrum voor de gezondheidszorg) van het gezondheidszorgsysteem, de Commissie Gezondheidsdoelstellingen van het RIZIV of nog het Health Data Agency. Het is tijd om actie te ondernemen.

Er zijn namelijk veel uitdagingen: ongelijkheden op gezondheidvlak, bevolking in arbeidsongeschiktheid of de impact van chronische ziekten op de levenskwaliteit en vroegtijdige sterfte, de trends in België zijn niet goed. De Onafhankelijke Ziekenfondsen wil deze kwesties centraal zetten voor de toekomstige gezondheidsdoelstellingen.



## Globale doelstellingen

### **Vermindering van de ongelijkheden op vlak van gezondheid: tegen 2030 het verschil in levensverwachting in goede gezondheid tussen de meest en de minst gegoede categorie verkleinen met 20%**

Zelfs in een redelijk egalitaire samenleving zoals de onze zijn er grote verschillen tussen de meest en de minst gegoede categorieën: een verschil van 12 jaar in goede gezondheid en van 19% (84% tegenover 65%) voor het aandeel mensen die zichzelf gezond vinden.

### **Stijging van het aantal levensjaren in goede gezondheid: tegen 2030 in de Europese top 5 staan**

Tussen 2012 en 2021 is België gestegen van de 13e naar de 9e Europese plaats op het vlak van levensjaren in goede gezondheid. Spier- en botziekten, met name rugpijn, en psychische stoornissen zijn de grootste oorzaken van verlies aan gezonde levensjaren.

### **Aandeel van de bevolking in invaliditeit: tegen 2030 de trend omkeren**

Tussen 2005 en 2021 steeg het aandeel van mensen (16 jaar of ouder) die langer dan een jaar in arbeidsongeschiktheid waren in de totale tewerkstelling (loontrekkenden

en zelfstandigen) in de privésector in België van 5,4% naar 10,9%. In 2021 waren er in België 485.435 gevallen van langdurige arbeidsongeschiktheid. In het kader van de doelstellingen voor duurzame ontwikkeling die de Verenigde Naties hebben aangenomen, heeft België zich er echter toe verbonden om het percentage langdurig arbeidsongeschikten te verminderen.

### **Het vermijdbaar sterftecijfer met 10% doen dalen tegen 2030**

Chronische ziektes zijn de eerste oorzaak voor een vroegtijdige dood in België: ze zorgen voor 86% van alle sterftegevallen. Het percentage van vroegtijdige overlijdens door chronische ziektes zou drastisch kunnen dalen door de risicofactoren aan te pakken, namelijk tabak, alcohol, vet en suiker, gebrek aan beweging en luchtvervuiling. Met een betere preventiestrategie zouden er jaarlijks meer dan 40.000 levens gespaard kunnen worden.

### **Zorgpersoneel: tegen 2030 het inzetbaar zorgpersoneel met 37% doen toenemen ten opzichte van 2022**

Het tekort aan zorgpersoneel vormt een ernstige bedreiging voor het behoud van zorgkwaliteit. In 2022 telde de sector van de geneeskundige verzorging 691.574 actieve personen. Rekening houdend met de evolutie

van de sector (namelijk de stijging van het aantal deeltijdse jobs), zou dit aantal tegen 2030 gestegen moeten zijn tot 803.468 personen. Om dit te bereiken moeten we de exodus van zorgpersoneel tegengaan door de job aantrekkelijker te maken (focus op functie-inhoud, erkenning, bijscholing en gepaste verloning). Bovendien moet de rekrutering van nieuwe medewerkers versterkt worden met een positief beeld van de job en een competitief loonpakket.

### **Klimaat: tegen 2030 het gezondheidszorgsysteem klimaatbestendig maken**

De klimaatverandering heeft een grote impact op onze maatschappij en de volksgezondheid. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) raadt aan dat het Belgische gezondheidssysteem zich aanpast aan deze gevolgen. Hoewel het Nationaal Milieu- en Gezondheidsplan (NEHAP) de intentie aankondigt om actie te ondernemen met betrekking tot de klimaatbestendigheid van het gezondheidssysteem, is het toch cruciaal om snel een meerjarig actieplan op te stellen en voldoende budgetten vrij te maken.





# Een samenhangend en duurzaam zorgbeleid

## Context

De explosieve toename van chronisch zieken, complexere pathologieën en mentale gezondheidsproblemen in combinatie met toenemende personeelstekorten in de zorgsector maken dat het model van onze gezondheidszorg moet evolueren van een acuut reactief model naar een meer proactief geïntegreerd zorgbeleid. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert geïntegreerde zorg als 'gezondheidsdiensten die worden beheerd en geleverd op een manier die ervoor zorgt dat mensen een continuüm krijgen van gezondheids promotie, ziektepreventie, diagnose, behandeling, tenlasteneming, revalidatie en palliatieve zorg, op de verschillende zorgniveaus en locaties binnen het gezondheidssysteem, en volgens hun behoeften, gedurende hun hele leven.'

Deze ontwikkeling vereist daarom een nauwe en effectieve samenwerking tussen de verschillende betrokken spelers: in dit nieuwe paradigma staat de burger centraal in het systeem, omringd door degenen die betrokken zijn bij gezondheidszorg in de breedste zin van het woord (niet alleen zorg, maar ook preventie, promotie en ondersteuning), om continuïteit en naadloze overgangen te garanderen. Om hen in staat te stellen een volledig proactieve rol te spelen, moeten burgers ook toegang hebben tot al hun gezondheidsgegevens en tot transparante, begrijpelijke informatie over het systeem. Er moeten nog veel uitdagingen worden overwonnen.

### Een globale visie is noodzakelijk

Het zorglandschap is sterk versnipperd en de nood aan het beter inzetten van de beschikbare middelen met een focus op gezondheidswinsten voor de populatie blijft acuut. Het is daarom noodzakelijk om prioriteiten te stellen aan de hand van gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen. Een geïntegreerd zorgbeleid vertrekt vanuit een globale langetermijnvisie gebaseerd op gegevens en steunt op het realiseren van doelstellingen die een antwoord bieden op de reële noden van de bevolking, overeenkomstig het model Quintuple Aim (5AIM).

Deze doelstellingen op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg moeten de leidraad vormen voor het toekomstig beleid. De voorbije jaren werden zowel op federaal als regionaal niveau een aantal grote projecten gelanceerd om het zorgsysteem te laten evolueren: de hervormingen van de nomenclatuur en het ziekenhuislandschap, het interfederale plan 'geïntegreerde zorg', de New Deal voor huisartsen en de regionale reorganisatie van de eerstelijnszorg vormen nu de basis van het nieuwe proactieve zorgmodel. Maar er is onvoldoende coördinatie en samenhang tussen deze hervormingen en tussen de verschillende politieke niveaus, en een gebrek aan priorisering.

### Een kwaliteitsvolle verzorging verzekeren

De verschuiving naar meer proactieve zorg (met een bijzondere nadruk op preventie) vereist ook een passende financiering met voldoende stimulansen. Er moet een juist evenwicht gevonden worden tussen prestatiefinanciering, om de valkuil van onderconsumptie van zorg te vermijden, en forfaitaire financiering, die de financiële verantwoordelijkheid stimuleert en andere elementen dan enkel de prestatie valoriseert. Belanghebbenden moeten betrokken worden bij de besprekingen om ervoor te zorgen dat deze aanpassing van de financiering de gewenste gedragsverandering oplevert.

Als we zorg van goede kwaliteit willen, moet het welzijn van het zorgpersoneel ook een prioriteit zijn om het tekort aan zorgverleners te verhelpen en hen op lange termijn in de zorgsector te houden. Het opleiden van nieuwe profielen, het efficiënter toekennen van taken en de bestaande taakdelegaties beter toepassen kunnen bij deze uitdaging helpen. We moeten ook de administratieve last verminderen, met name door digitale hulpmiddelen te gebruiken, en administratieve taken zoveel mogelijk te delegeren aan specifieke medewerkers. Bovendien draagt de evolutie naar een geïntegreerde transversale aanpak bij tot het optimaler inzetten van zorgprofessionals met een efficiëntere zorgverlening die de patiënt sneller naar de juiste plaats brengt. Hierdoor wordt onnodig tijdsverlies, uitstel van zorg, dubbele onderzoeken of ongepaste zorg vermeden.



Het tekort aan zorgpersoneel heeft ook de druk op mantelzorgers verder verhoogd. Ze zijn nu een belangrijke schakel in de gezondheidszorg, maar om te voorkomen dat ze ook opbranden, moeten er ondersteunende maatregelen worden genomen.

#### **Financiële toegankelijkheid garanderen**

Tot slot moet ook het bestuur van het gezondheidszorgsysteem zich aanpassen aan veranderingen in de zorg en de sectoroverschrijdende dimensie integreren. Het moet ook oplossingen bieden voor de problemen van de afgelopen jaren.

Zowel op federaal als regionaal niveau is het beheer van de gezondheidszorg gebaseerd op een overlegmodel dat zijn grenzen bereikt. Recent is de toetreding tot akkoorden en overeenkomsten afgenomen onder alle zorgverleners, met name tandartsen, kinesitherapeuten en logopedisten. De betaalbaarheid voor patiënten staat onder druk, zoals blijkt uit het gebrek aan geconventioneerde radiologen in sommige ziekenhuizen. De druk van de energiecrisis, de hoge inflatie, niet aangepaste indexmechanismen en het gebrek aan waardering van deskundigheid zijn hier niet vreemd aan. Bovendien, hoewel de akkoorden en overeenkomsten oorspronkelijk

tariefafspraken waren, werden er later veel andere elementen aan toegevoegd, zoals beleidsaanbevelingen, vooruitlopend op toekomstige ontwikkelingen in de sector, facturatieafspraken, praktische praktijkvoorwaarden en kwaliteitsaanbevelingen. Deze benadering is ongepast, aangezien de meeste van deze elementen door alle zorgverleners moeten worden gerespecteerd, of ze nu wel of niet onder een overeenkomst vallen. De hervorming van dit overlegmodel moet daarom de komende jaren een prioriteit zijn.



# Doelstellingen en acties

## Een bestuur creëren dat garant staat voor een coherent en duurzaam gezondheidsbeleid

- Vertrekken van een globale visie op vlak van gezondheid (volgens het model van de 5AIM) met concrete gezondheids(zorg)doelstellingen en hierbij een bijzondere focus plaatsen op preventie. De Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen van het RIZIV moet wetenschappelijke ondersteuning bieden voor de definitie, prioritering (op basis van de beschikbare middelen) en de opvolging van de gezondheidszorgdoelstellingen, en het performantierapport als kompas gebruiken.
- Het overlegmodel moderniseren met een correcte vertegenwoordiging in de overlegorganen, representatief voor het terrein en rekening houdend met de evoluties in het zorglandschap. Rekening houden met de sociale realiteit om meer efficiëntie in de overlegmomenten te brengen met aangepaste vergadertechnieken en commissies en overlegorganen rationaliseren. De administraties sterker maken en zorgen voor een globale aanpak van gezondheidskwesties en meer efficiëntie in de besluitvorming.

- Een nieuw overeenkomstenmodel ontwikkelen waarin prijsafspraken worden gescheiden van andere missies die van toepassing zijn op elke zorgverlener (kwaliteit, aanbevelingen voor goede praktijken, ...). Voor deze transversale opdrachten, vertrekkende vanuit het model van de 5AIM, een generiek kader uittekenen dat voor alle zorgverleners van toepassing is. Zorgen voor meer flexibiliteit voor de zorgverlener en tegelijkertijd prijszekerheid en toegankelijkheid van de zorg garanderen, vooral voor kwetsbare groepen. Voor bepaalde categorieën patiënten, in bepaalde situaties en onder bepaalde voorwaarden moeten de onderhandelde tarieven altijd gerespecteerd worden, terwijl er meer vrijheid blijft voor andere situaties. De voorwaarde voor het succes van deze aanpak is het opnieuw ijken van de nomenclatuur voor alle zorgverleners en zo zorgen voor correcte honoraria (intellectuele handeling en beroepskosten).

- De uitwisseling en beschikbaarheid van kwaliteitsvolle gezondheidsgegevens optimaliseren. Zowel het primair (het geïnformatiseerde patiëntendossier: Belgian Integrated Health Record, BIHR) als secundair gebruik (Belgian Health Data Agency) van gezondheidsgegevens zijn essentieel voor het sturen van een performant gezondheidssysteem.



### Het financieringsmodel aanpassen

- ) Financiering tot stand brengen die proactieve gezondheidszorg ondersteunt door middel van een gedeeltelijke forfaitarisering (zoals de New Deal), om de bevolkingsaanpak, vroegtijdige opsporing, continuïteit van de zorg, verbreding van het takenprofiel, interdisciplinair werk en sectoroverschrijdende activiteiten te stimuleren (door bijvoorbeeld, capitatiesysteem, betaling voor prestatie, betaling voor coördinatie of gedeelde besparingsovereenkomsten). Forfaits moeten gebaseerd zijn op werkelijke kosten en niet op een verouderde nomenclatuur. Bovendien is het van essentieel belang dat deze nieuwe financieringsinitiatieven worden geëvalueerd om er zeker van te zijn dat zij voldoen aan de nagestreefde doelstellingen.
- ) Zorgen voor een voortdurende reflectie binnen de gezondheidssector (overeenkomstencommissie, ...) om alle geldende maatregelen te herzien om ervoor te zorgen dat de begrotingsmiddelen optimaal worden gebruikt (reflectie 'Appropriate Care'). Zo moeten we blijven nadenken over de bestaande premies voor zorgverleners: beoordeling van de noodzaak, meerwaarde, consistentie tussen zorgverleners, ... Omdat de

budgetten voor de gezondheidszorg beperkt zijn, moet dit voortdurend gebeuren. De uiteindelijk vrijgemaakte middelen moeten het mogelijk maken nieuwe maatregelen te financieren om de gezondheids(zorg)doelstellingen te verwezenlijken.

- ) De reflecties over de implementatie van een meerjarenbegroting op het niveau van het RIZIV voortzetten met betrekking tot de aanbevelingen van het definitieve verslag van de werkgroep 5AIM.

### De lopende hervormingen voortzetten en afronden, er prioriteit aan geven en hun roadmaps respecteren

- ) Een algemene roadmap opstellen die alle lopende projecten omvat, om een algemeen beeld te krijgen van de verschillende hervormingen, die onderling afhankelijk zijn.
- ) De hervorming van de nomenclatuur als prioriteit afronden, en uiterlijk tegen 2026 zoals gepland in de roadmap, voorafgaand aan andere hervormingen (financiering van ziekenhuizen, ...), en de vertraging bij bepaalde deelspecialismen wegwerken (met name technische chirurgische ingrepen, anesthesie, ...) in de beschrijving van de nomenclatuur.
- ) De hervorming van de ziekenhuizen afronden: tegen 2026 de verdeling van de

zorgmissies van de ziekenhuisnetwerken vastleggen, de financiering van ziekenhuizen hervormen, zowel met betrekking tot de nomenclatuur als het budget financiële middelen, de transparantie over de kwaliteit van de zorg vergroten door gebruik te maken van indicatoren op basis van gezondheidszorgdoelstellingen.

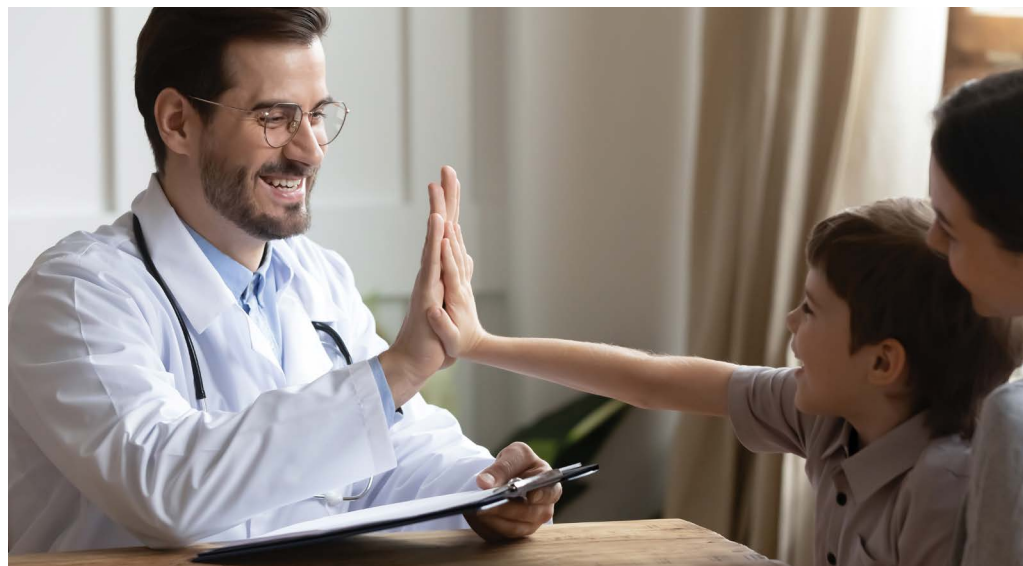
- ) Het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg afronden: in 2024 het protocolakkoord van 8 november 2023 operationaliseren en implementeren, binnen dezelfde termijn een evenwichtig financieringssysteem voor samenwerkingstaken verwezenlijken, tegen 2025 een kader en een operationeel plan voor de bevolkingsaanpak opstellen in overeenstemming met de gezondheidszorgdoelstellingen.
- ) De New Deal voor huisartsen afronden en beoordelen om te bepalen of deze een duurzame plaats heeft in de eerstelijnszorg. De evaluatie zou zich vooral moeten richten op de kwaliteit van de zorg aan de patiënt, door onder meer de ontwikkelde multidisciplinaire zorgprocessen in kaart te brengen, maar moet ook rekening houden met andere aspecten die deel uitmaken van de Quintuple Aim, zoals de toegankelijkheid van de zorg en het welzijn van de zorgverleners binnen deze praktijken.

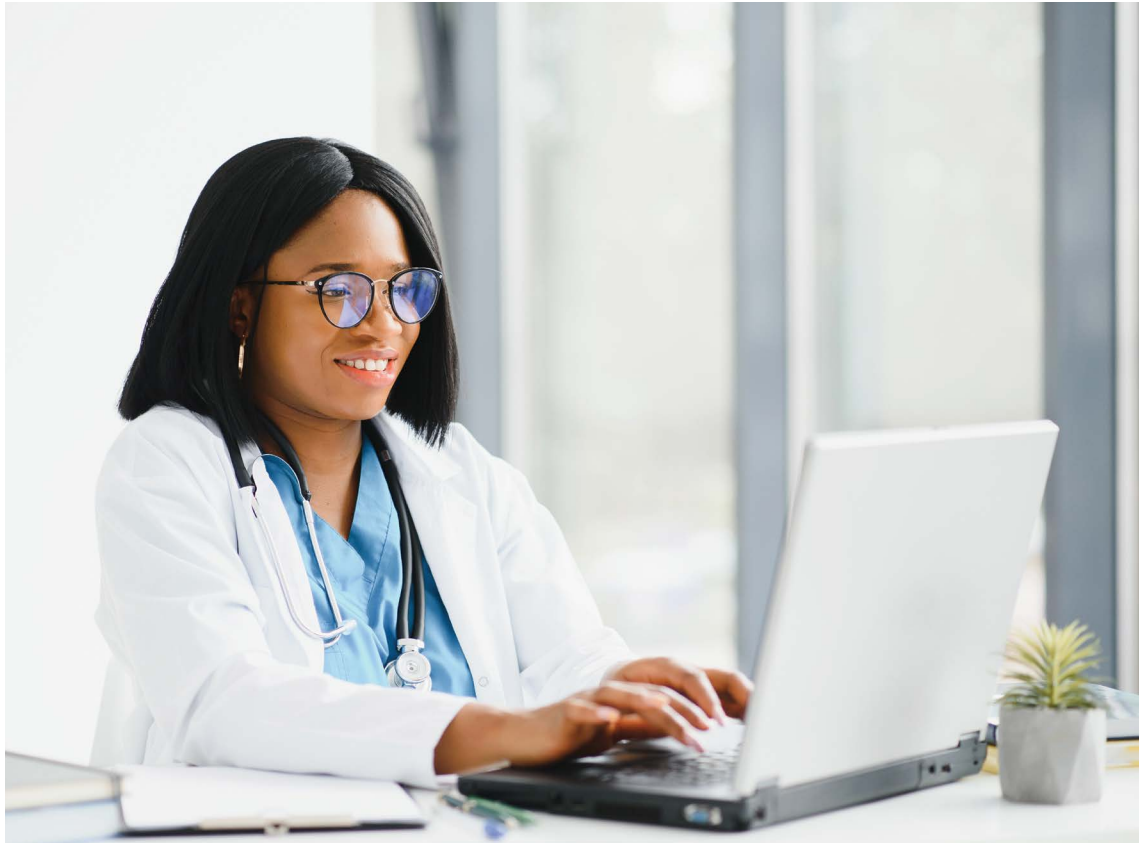
**Zorgen voor de zorgverleners zodat ze op een goede en duurzame manier hun werk kunnen blijven uitvoeren**

- ┌ Inzetten op het opleiden van nieuwe profielen en de taken efficiënter verdelen en toekennen. De rol van de mondhygiënisten correct definiëren met zowel curatieve (tandsteenverwijdering) als preventieve taken (poetsadvies) en afspraken rond de financiering van deze functie.
- ┌ De wetgeving verbeteren met betrekking tot de erkenning van de mantelzorger en het openstellen van specifieke rechten: de medische criteria vereenvoudigen, de criteria voor het toekennen van sociale rechten herzien (bijvoorbeeld: ondersteuning voor een persoon in palliatieve zorg), meer rechten activeren, mogelijk maken om verlof op te splitsen in dagen en/of uren, verlof om dwingende redenen uitbetalen, rekening houden met de tijd besteed aan zorg bij de gelijkstelling voor het recht op pensioen.
- ┌ De integratie van nieuwe medische technologieën in de zorgprocessen vergemakkelijken. In tijden van personeelsgebrek kunnen ze oplossingen bieden ter ondersteuning van preventie (toepassing van artificiële intelligentie voor gegevens), diagnose (medische

beeldvorming ondersteund door artificiële intelligentie), behandeling (minder invasieve chirurgische technieken) en opvolging (medische toepassingen waardoor patiënten zelf bepaalde parameters controleren). Deze integratie moet worden ondersteund met voldoende financiële middelen en met garanties over de veiligheid van deze technologieën. Bovendien is het essentieel om bijzondere aandacht te besteden aan de gezondheidsvaardigheden van zorgverleners, patiënten en hun naasten.

- ┌ Administratieve overbelasting vermijden zodat zorgverleners hun aandacht kunnen besteden aan het verbeteren van de gezondheid van de bevolking en een impactanalyse maken van de administratieve lasten van elke nieuwe maatregel. Het is dus essentieel om administratieve taken systematisch te evalueren om hun toegevoegde waarde voor het systeem te garanderen.





### Focus op kwaliteit en toegankelijkheid

- Transparante informatie verstrekken aan burgers rond kost van de verzorging, conventiestatus, kwaliteit van zorg, en gezondheidsgegevens toegankelijker maken. De PROM's (Patient-reported outcomes measures) en PREM's (Patient-reported experience measures) moeten standaardpraktijk worden.
- Om zorgverleners in staat te stellen de EBM/EBP-richtlijnen en -praktijken (Evidence Based Medicine/Evidence Based Practices) te volgen, moeten digitale hulpmiddelen ter beschikking worden gesteld die kunnen worden gebruikt om de besluitvorming over de noodzakelijke onderzoeken/ behandelingen te vergemakkelijken. De uiteindelijke beslissing moet voortkomen uit een uitwisseling tussen de zorgverlener en de patiënt.
- Zorgen voor continuïteit en kwaliteit van de zorg door de veralgemening en actualisatie van het gedeelde elektronische patiëntendossier. Dit dossier moet zorgverleners ook in staat stellen proactieve patiëntenzorg te bieden.

## Onder de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen waren er:

**565.874**  
chronisch zieken

565.874 chronisch zieke patiënten in **2021**  
op een totaal van 2.260.038 personen  
prevalentie = **25,0 %**

**465.130**  
chronisch zieken

465.130 chronisch zieke patiënten in **2010**  
op een totaal van 1.962.526 personen  
prevalentie = **23,7 %**

dus een (relatieve)  
stijging van **5,5 %** van  
de prevalentie of 1,3  
procentpunt tussen  
**2010** en **2021**.





# Op weg naar een geïnformeerde, betrokken en gezonde burger

## Context

Een kwart van de Belgen lijdt aan een chronische ziekte en dit cijfer zal de komende decennia waarschijnlijk nog toenemen. We weten dat de meeste chronische ziektes, waaronder ook kanker en hart- en vaatziekten, grotendeels het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl zoals roken en alcoholconsumptie, samen met genetische factoren en de leefomgeving. Daardoor zijn ze een belangrijke oorzaak van vermijdbare sterfte. Door meer te investeren in een gezonde leefstijl verhogen we niet alleen de levenskwaliteit en verminderen we het risico op chronische ziekten, maar zorgen we ook voor een duurzaam gezondheidszorgsysteem.

### Een gezondere levensstijl voor de Belgen

In 2018 rapporteerde 5,9% van de Belgische bevolking een overmatig alcoholgebruik (>21 consumpties voor mannen en >14 voor vrouwen per week). Het aandeel problematische drinkers is gestegen van 5% in 1997 naar 14% in 2018. Bovendien rookte 24% van de Belgen dagelijks of af en toe in 2022, en consumeerde slechts 12,5% van de Belgen ouder dan 6 jaar de minimaal aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit. We zijn ook de grootste dagelijkse consumenten van suikerhoudende dranken in de Europese Unie (20,4% van de bevolking). Tenslotte beweegt slechts 30% van de Belgische volwassenen voldoende.

Leefstijlinterventies moeten daarom worden geïnitieerd door huisartsen, in samenwerking met andere zorgverleners, waaronder diëtisten en psychologen. Een structureel aanbod, zoals de gecombineerde leefstijlinterventie in Nederland voor chronisch zieke patiënten, ontbreekt vooralsnog in België. Ook actoren uit verschillende leefomgevingen moeten worden betrokken en gemobiliseerd: in 2022 bleek uit een enquête van de Onafhankelijke Ziekenfondsen bijvoorbeeld dat twee op de drie jongeren wilden dat scholen meer initiatief nemen inzake risicogedrag zoals consumptie van alcohol of drugs en onveilig seksueel contact.

Ook het vroegtijdige opsporen van bepaalde (risico's op) ziekten is een belangrijk instrument, zoals de georganiseerde screeningsprogramma's voor kankers. Door het vroegtijdig opsporen van diabetes bijvoorbeeld kunnen er specifieke maatregelen worden getroffen om te voorkomen dat diabetes zich verder ontwikkelt. Ook hier speelt een multidisciplinaire aanpak binnen de eerstelijnszorg een essentiële rol.

### Bevorder de gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden vormen een fundamentele hefboom voor de efficiëntie van deze interventies. Hoe meer mensen de sleutels hebben om gezondheidsinformatie

te vinden, te begrijpen en te gebruiken, hoe beter ze in staat zullen zijn om geïnformeerde beslissingen te nemen over hun gezondheid, om actief betrokken te zijn ('empowerment'), en om deel te nemen aan de besluitvorming ('shared decision').

Uit recente cijfers blijkt dat in België 27,8% van de mensen van 15 jaar en ouder een beperkt niveau van gezondheidsvaardigheden heeft, en 5,6% een onvoldoende niveau. Dit gaat gepaard met verhoogde gezondheidsrisico's zoals minder gezond gedrag, minder deelname aan screenings, minder therapietrouw en hogere zorgkosten onder meer als gevolg van een minder efficiënt gebruik van gezondheidszorg. Lagere gezondheidsvaardigheden komen voornamelijk voor bij meer kwetsbare groepen en volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zijn gezondheidsvaardigheden een van de belangrijkste factoren die bijdragen aan gezondheidsongelijkheid en aan verschillen in de toegang tot gezondheidszorg.

Naast individuele vaardigheden is het absoluut essentieel dat gezondheidsactoren (zoals de eerstelijnszorg, ziekenfondsen, ...) zich bezighouden met gezondheidsvaardigheden op organisatorisch niveau, zodat burgers kunnen 'navigeren' in het gezondheidszorgsysteem en gemakkelijker toegang kunnen krijgen tot en gebruik maken van de gezondheidsinformatie

en -diensten. Momenteel vindt een meerderheid van de Belgen het moeilijk tot zeer moeilijk om hun rechten als patiënt of gebruiker te kennen (62,5%), om te weten wat de verplichte ziekteverzekering dekt voor bepaalde dienstverlening (55,6%) en om informatie te vinden over de kwaliteit van een gezondheidszorgdienst (61,1%).

Gezondheidsvaardigheden zijn ook een sleutelement in de interactie tussen patiënt en zorgverlener. Zorgprofessionals spelen een belangrijke rol door de patiënt en zijn voorkeuren nog meer centraal te stellen in de zorg en in te zetten op onder andere gedeelde besluitvorming.



# Doelstellingen en acties

## Verminder het aantal (dagelijkse en occasionele) rokers tot onder de 20% tegen 2030 (24% in 2022)

- De accijnzen op tabak twee keer verhogen tijdens de volgende legislatuur, telkens met minstens 10%, in overleg met de Europese landen om grensoverschrijdende aankopen tegen te gaan en illegale handel te bestrijden.
- Specifieke smaken en kleuren voor de e-sigaret beperken, met uitzondering van tabakssmaak in het kader van de e-sigaret als rookstopmiddel.

## Verminder het riskant alcoholverbruik (> 10 glazen) naar minder dan 10% tegen 2030 (14% in 2018)

- De accijnzen op alle alcoholische dranken met minstens 15% verhogen, zoals aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie, in overleg met Europese landen om grensoverschrijdende aankopen tegen te gaan en illegale handel te bestrijden.

## Verhoog het aantal Belgen ouder dan 6 jaar dat voldoende groenten en fruit eet (5 porties) tot 20% (12,7% in 2018) en verlaag het aantal Belgen dat dagelijks suikerhoudende dranken drinkt tot 15% tegen 2030 (20,4% in 2018)

- Verhoog de belasting op suikerhoudende dranken door middel van een (progressieve) productiebelasting op suiker in niet-alcoholische dranken, in overleg met Europese landen om grensoverschrijdende aankopen tegen te gaan en illegale handel te bestrijden.
- Gebruik de opbrengsten van deze belastingverhoging om een btw-verlaging op gezonde voeding te financieren, waarbij ervoor wordt gezorgd dat de twee belastingmaatregelen samen een voldoende groot effect op de prijzen hebben (minimaal 20%), rekening houdend met de lage prijsflexibiliteit van voedingsproducten.
- Verbied op basis van een wetenschappelijke definitie reclame voor ongezonde voeding voor kinderen op alle media en in alle omgevingen waar zij hieraan worden blootgesteld.

## Versterk het beleid voor kankerpreventie en vroegopsporing tegen 2030

- Verhoog de vaccinatiegraad tegen het papillomavirus bij meisjes (minstens 90%) en bij jongens (significante stijging).
- Vergroot de deelname aan de screening naar baarmoederhalskanker aanzienlijk en volg de ontwikkeling van nieuwe screeningsmethodes, zoals zelftesten, van nabij op. Indien deze effectief blijken voeren we deze in.
- Vergroot de deelname aan screeningsprogramma's voor borst- en darmkanker aanzienlijk.

## Versterk de rol van de eerstelijnszorg in de strijd tegen chronische ziekten tegen 2030

- Moedig onderzoek naar (gecombineerde) leefstijlinterventies binnen de eerstelijnszorg aan, waarbij bestaande zorgverleners en nieuwe profielen zoals leefstijlbegeleiders een plaats krijgen.
- Ontwikkel en financieer een model dat toelaat deze interventies breed toe te passen zodat deze ook toegankelijk zijn voor kwetsbare doelgroepen.

- Moedig vroegtijdige opsporing van diabetes aan door de FINDRISC-vragenlijst breed uit te rollen voor 45-plussers. Zorg voor een doorverwijzing en contact met de huisarts indien nodig.

**Behaal tegen 2035 een algemeen niveau van goede gezondheidsvaardigheden van 75% (66,6% in 2018)**

- Stel een interfederaal plan 'een gezond(er) leven voor alle Belgen' met gemeenschappelijke gezondheidsdoelstellingen op. Het bevorderen van gezondheidsvaardigheden moet hierin een belangrijk hoofdstuk vormen. We baseren ons hiervoor op de aanbevelingen en principes opgesteld door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) met voldoende aandacht voor gezondheidsvaardigheden in de zorgcontext, in zorgorganisaties en bij zorgverleners.
- Voorzie meer financiële middelen voor outreach-methodes om kwetsbare groepen zoals bijvoorbeeld ouderen te begeleiden in hun kennis over de gezondheidszorg via actoren die in nauw contact staan met bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld de Community Health Workers).



- Creëer een specifiek kenniscentrum 'Gezondheidsvaardigheden', zoals in Nederland ('Alliantie Gezondheidsvaardigheden'), dat de meest recente wetenschappelijke gegevens en expertise verzamelt en ondersteuning biedt aan zorgverleners en organisaties.
- Neem het aspect 'organisatorische gezondheidsvaardigheden' op in de kwaliteitsindicatoren van zorgorganisaties en zorgverleners. Niet enkel rapportage door de ziekenhuizen zelf maar ook patiëntervaringen moeten hierbij gebruikt worden, zoals bijvoorbeeld inzake gedeelde besluitvorming en begrijpbare informatie op maat.
- Investeer verder in het publiek transparant en toegankelijk maken van informatie over prijs, kwaliteit en dienstverlening binnen de gezondheidszorg, en verzamel deze vergelijkende informatie centraal. Voor

de prijs kijken we naar de kosten ten laste van de patiënt zoals de remgelden en supplementen, alsook naar de totale kost van verstrekkingen voor de sociale zekerheid.

- Integreer het versterken van gezondheidsvaardigheden in de leerplannen vanaf de basisschool, en versterk specifiek ook de 'organisatorische gezondheidsvaardigheden' van de scholen zelf.



Tussen **1997** en **2018** is het percentage Belgen met problematisch alcoholgebruik gestegen van **5** naar **14%**.



# Klimaat en milieu bovenaan de politieke agenda voor onze gezondheid

## Context

De klimaatcrisis is uitgegroeid tot een van de belangrijkste uitdagingen. Om dit aan te pakken moeten we vertrekken vanuit het concept 'One Health': de gezondheid van de mens is onlosmakelijk verweven met de gezondheid van dieren en van de leefomgevingen of ecosystemen. Het meest recente verslag van het IPCC (Intergovernmental panel on climate change) hamert op de nood aan meer actie en ambitie. Het rapport 'The Lancet Countdown' uit 2022, op zijn beurt, laat er ook geen twijfel over bestaan: de impact van de klimaatverandering op onze gezondheid is gigantisch, en onze gezondheidszorgsystemen zijn onvoldoende voorbereid op de gevolgen ervan. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) wijst sinds enkele jaren op de noodzaak om te werken aan de versterking van de klimaatbestendigheid en ecologische duurzaamheid van zorginstellingen, wat bevestigd werd in een studie uit 2021 voor de FOD Volksgezondheid.

### **Vastberaden actie ondernemen tegen vervuilende stoffen**

Ook voor het aanpakken van de milieuvervuiling zijn ingrijpende maatregelen nodig. In de Europese Unie overlijden er nog steeds ongeveer 307.000 mensen per jaar vroegtijdig als gevolg van blootstelling aan één bepaalde vorm van luchtvervuiling, namelijk fijn stof. De Europese

luchtkwaliteitsnormen, die op dit moment minder streng zijn dan de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, worden momenteel herzien. Het Europees Parlement is van mening dat de door de WGO aanbevolen waarden tegen 2035 geïmplementeerd moeten zijn. Zodra de Raad zijn standpunt heeft geformuleerd, zal België tijdens zijn Europees Voorzitterschap (eerste helft van 2024) een akkoord moeten zoeken tussen de instellingen.

Bovendien heeft de luchtvervuiling ook gevolgen voor de financiële duurzaamheid van onze sociale zekerheid. De Onafhankelijke Ziekenfondsen toonden in 2021 een link aan tussen luchtvervuiling en arbeidsongeschiktheid: luchtvervuiling blijkt er mee voor te zorgen dat personen door mentale problemen in arbeidsongeschiktheid afglijden. In 2023 publiceerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen een andere studie over het verband tussen het aantal raadplegingen bij huisartsen en de blootstelling aan fijn stof. De resultaten tonen aan dat als alle Belgen in een gebied met de laagste concentratie fijn stof zouden wonen, er 43 miljoen euro bespaard zou kunnen worden door de ziekteverzekering en de burgers. Luchtvervuiling krachtadiger aanpakken is dus niet enkel goed voor onze gezondheid, maar ook voor de openbare financiën.

Chemische stoffen die het endocriene systeem verstoren hebben ook invloed op de gezondheid. De geïnventariseerde gevolgen zijn onder andere een daling

van de vruchtbaarheid en een hoger risico op bepaalde ziektes zoals kanker en diabetes. Ze zijn zowat overal te vinden: cosmetica, plastic, schoonmaakproducten, vloerbedekking, blikjes, kassabonnen, verpakkingen, pesticiden, textiel, ... Toch bleek uit een enquête van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2020 dat 48% van de ondervraagden nog nooit van hormoonverstoorders had gehoord. Het nationale actieplan voor hormoonverstoorders, dat in 2022 door de Gemengde Interministeriële Conferentie over milieu en gezondheid is aangenomen, moet daarom onverwijld worden uitgevoerd.

### **Een gezonder milieu voor iedereen**

Bepaalde bevolkingscategorieën, zoals kinderen, ouderen, chronisch zieken en personen uit lagere sociaal-economische groepen ondervinden meer last van de effecten van klimaatverandering of luchtvervuiling en krijgen als gevolg daarvan vaker gezondheidsproblemen. In een recent rapport van Unicef over de impact van luchtvervuiling bij kinderen (waarin België slecht scoort met een 36e plaats) wordt aangegeven dat kinderen in armere gezinnen bijzonder kwetsbaar zijn. De 'Rechtvaardige Transitie' is van groot belang om de omslag naar een klimaatneutrale maatschappij en economie op billijke wijze te laten verlopen.

Maar laten we ook niet vergeten dat onze natuur een grote positieve impact heeft op onze gezondheid. Natuur kan een preventief en curatief effect hebben: het zet aan om tot rust te komen, en het is de plaats bij uitstek om sociale contacten te hebben. Bovendien zorgt ze voor afkoeling bij hoge temperaturen. Een recente studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toonde een verband aan tussen groene ruimten en geneeskundige verzorging: mensen die in buurten wonen met meer dan 30 % boombedekking bezoeken hun huisarts minder vaak.

Een betere gezondheid door een beter milieu is dus mogelijk, maar het vereist samenwerking tussen alle beleidsdomeinen en tussen alle overheidsniveaus (van Europa tot de gemeenten, via de federale staat en de deelstaten).

# Doelstellingen en acties

## Het klimaat in de regeerperiode 2024-2029 bovenaan de politieke agenda zetten

- ✓ Een tussentijdse evaluatie maken van het Nationaal Energie- en Klimaatplan 2021-2030, en het beleid bijsturen om de geformuleerde doelstellingen te realiseren tegen 2030.
- ✓ Een nationaal actieplan voor Rechtvaardige Transitie ontwikkelen op basis van de adviezen van de Nationale Conferentie voor de Rechtvaardige Transitie en de implementatie ervan tegen 2025 starten.
- ✓ Maatregelen nemen om het gezondheidszorgsysteem aan te passen aan de klimaatverandering en het meer duurzaam te maken, en dit aan de hand van de aanbevelingen van het rapport van VITO, Sciensano en Möbius uit 2021.

## De luchtkwaliteit drastisch verbeteren tegen 2035

- ✓ De nieuwe richtlijnen van de WGO implementeren tegen 2035, met onder andere strengere normen voor stikstofdioxide (4 maal strenger) en fijn stof (2 maal strenger), ook indien bij de herziening van de Europese normen inzake luchtkwaliteit een latere deadline hernomen zou worden.
- ✓ Vervoer duurzamer maken en mensen aanmoedigen om te kiezen voor meer duurzame verplaatsingswijzen, een betaalbaar en kwaliteitsvol openbaar vervoer aanbieden en de fietsinfrastructuur blijven verbeteren.
- ✓ Een billijke uitfaseringsstrategie uitwerken voor de meest vervuilende houtkachels.
- ✓ Het publiek bewust maken van de noodzaak om effectieve maatregelen te nemen, zoals het weren van vervuilende auto's uit steden, wat helpt om de luchtkwaliteit te verbeteren en zo onze gezondheid te beschermen.
- ✓ Onderzoek ondersteunen door belangrijke gegevens openbaar te maken.



©Bruxelles Mobilité / Brussel Mobiliteit



### De blootstelling aan gevaarlijke chemische stoffen verminderen

- De noodzakelijke budgetten vrijmaken om de doelstellingen en acties zoals gedefinieerd in het nationale actieplan voor hormoonverstoorders uit te voeren, en een efficiënte monitoring van de implementatie verzekeren op de verschillende beleidsniveaus.
- De bevolking op transparante wijze informeren over de risico's verbonden aan de blootstelling aan hormoonverstoorders en over hoe ze die kan vermijden in het dagelijks leven, in samenwerking met de verschillende actoren van de gezondheidszorg, waaronder de ziekenfondsen.
- Het gebruik van gevaarlijke chemische stoffen beperken of verbieden, ook wanneer er enkel een vermoeden van gevaar is (voorzorgsprincipe), zoals bijvoorbeeld onlangs door enkele lidstaten gevraagd werd voor PFAS (Per- en polyfluoralkylstoffen, een groep van chemische stoffen).
- De herziening van de Europese REACH-verordening ondersteunen (met betrekking tot registratie, evaluatie en toelating van chemische stoffen in de Europese Unie) waarbij gepleit moet worden voor de toepassing van het 'no data, no market'-principe

voordat chemicaliën op de markt toegelaten worden en de bewijslast over gezondheidseffecten van chemische stoffen bij de industrie te leggen.

- Investeren in wetenschappelijk onderzoek om veilige alternatieven te ontwikkelen zodat gevaarlijke chemische stoffen en pesticiden verboden en vervangen kunnen worden.

### Bescherming en bevordering van natuur en groene ruimten

- De steden en gemeenten ondersteunen om te streven naar het 'Healthy city'-concept, waarbij het wonen in steden gezonder wordt door een goede stadplanning met voldoende groen, een breed aanbod van openbaar vervoer en stadscentra met minder gemotoriseerd verkeer.
- Zorgen voor een gelijke en eerlijke verdeling van groene ruimten in steden, gebaseerd op het concept 'Tree Equity': groene ruimten integreren in stedelijke omgevingen, bijvoorbeeld aan de hand van de 3-30-300-regel, die vereist dat elke burger ten minste drie bomen vanuit zijn huis moet kunnen zien, 30% boombedekking in zijn buurt moet hebben en niet verder dan 300 meter moet wonen van het dichtstbijzijnde park of de dichtstbijzijnde groene zone.

- Zorginstellingen ondersteunen om groen in hun faciliteiten te integreren, bijvoorbeeld door buitenruimtes te creëren waar patiënten en personeel van kunnen genieten.



**97%** van de stedelijke bevolking in de EU werd blootgesteld aan concentraties fijn stof boven de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie.



# Mentaal gezond van 0 tot 100 jaar

## Context

Psychische aandoeningen en stoornissen in het gebruik van middelen zijn de belangrijkste oorzaak van het verlies van gezonde levensjaren in België. Er is bovendien een lichte stijging van de impact doorheen de jaren waar te nemen, in tegenstelling tot de neerwaartse trends voor kanker en hart- en vaatziekten. 36% van de mensen in invaliditeit zijn arbeidsongeschikt door een psychische aandoening, en van hen lijdt 66% aan depressie of burn-out. Tijdens de COVID-19-pandemie steeg de prevalentie van angst- en depressieve symptomen aanzienlijk en de recente BELHEALTH studie (eind 2022) toont dat – hoewel lager dan tijdens de pandemie – de cijfers ook nu nog hoger liggen dan in 2018, met respectievelijk 19% en 17% van de volwassenen die symptomen vertoonden van angst en depressie versus 11% en 9% in 2018.

Suicide blijft met een sterftecijfer van 15,2/100.000 (2020) een ernstig probleem, waarmee we zowel bij mannen als vrouwen koploper zijn van de 14 onderzochte landen van de Europese Unie. Tijdens de COVID-19-crisis namen suïcidegedachten en -pogingen toe. Zo rapporteerde één op de zes jongeren (18-29 jaar) suïcidegedachten. Een suïcidepoging is daarenboven de belangrijkste risicofactor voor latere suïcide. Een van de prioriteiten voor suïcidepreventiebeleid is daarom het verzamelen van gedetailleerde gegevens over

suïcidepogingen, waar nationale cijfers nu veelal nog uit zelfrapportage gehaald worden.

### Meer en vroegere preventie

Aangezien 62% van alle psychische aandoeningen zich voor het eerst manifesteert voor de leeftijd van 25 jaar, is tijdige preventie cruciaal. Hoe vroeger in het leven we inzetten op preventie, hoe groter de mogelijke gezondheidsimpact en ook kostenefficiëntie van de interventies. Het is tijdens de eerste 1.000 dagen (zwangerschap en de eerste twee levensjaren) dat onze hersenen het meest plastisch zijn, dus investeren in perinatale mentale zorg en preventie voor kwetsbare toekomstige ouders en ouders van de jongste kinderen betekent een aanzienlijke winst voor de gezondheid en het welzijn van toekomstige generaties.

Een andere preventieve actie houdt in dat de 'mental health literacy' (gezondheidsvaardigheden met betrekking tot geestelijke gezondheid) moet worden versterkt, wat inhoudt dat mensen de kennis en attitudes verwerven die hen helpen bij het voorkomen, herkennen en beheeren van psychische klachten en aandoeningen, inclusief het ontkrachten van foutieve informatie en negatieve attitudes omtrent deze aandoeningen (destigmatisering). Voor 48,6% van de Belgen is het moeilijk of zeer moeilijk om informatie te krijgen over geestelijke gezondheidsproblemen, een cijfer dat beduidend hoger ligt dan het gemiddelde van 36,1% voor de 17 onderzochte Europese

landen. Bovendien wordt psychologische hulp vaker geweigerd door ouderen en jongeren. Een versterkte 'mental health literacy' zou deze cijfers kunnen verbeteren.

### De zorg verbeteren

De afgelopen jaren werd beleidsmatig al sterk ingezet op geestelijke gezondheid. Een belangrijke stap vooruit was de nieuwe conventie eerstelijnspsychologische zorg, waar we een progressieve groei zien maar het voorziene budget toch nog onderbenut blijft. Een verklaring kan zijn dat nog meer moet ingezet worden op de bekendmaking van deze zorg. Hierin hebben heel wat actoren, ook buiten de zorg, een rol te spelen.

We moeten ook meer aandacht besteden aan schakelmomenten: tussen de eerste en tweede lijn, tussen ambulante en residentiële zorg, tussen zorg en welzijn, en tussen zorg voor kinderen en jongeren en zorg voor volwassenen. Kwalitatieve informatieoverdracht en goed ontslagmanagement verdienen meer aandacht op deze cruciale momenten. Op heden is er geen duidelijk kader dat kwalitatief ontslagmanagement garandeert, hetgeen in het bijzonder voor personen met een zwaardere psychiatrische problematiek van groot belang is.

Een derde prioriteit binnen de zorg is de plaats van ervaringsdeskundigen, een thema dat ook sterk onder de aandacht gebracht wordt door patiëntenplatformen. Onderzoek toont dat de integratie van deze functie in de

geestelijke gezondheidszorg een meerwaarde betekent voor patiënten en professionelen en kan bijdragen aan minder (re)hospitalisatie, meer ambulante zorg, toegenomen levenskwaliteit en destigmatisatie van de patiënten.

Een blijvende bekommernis in België is het gebruik van psychoactieve medicatie. Zo toonden de Onafhankelijke Ziekenfondsen aan dat er de afgelopen jaren een stijging was van het langdurig (meer dan 3 maanden) gebruik van antidepressiva onder hun leden (alle leeftijden) tot ongeveer 8% in 2022. Met name bij ouderen in woonzorgcentra blijft het gebruik van antidepressiva en antipsychotica (respectievelijk 37,6% tegenover 8% van de algemene bevolking, en 8,9% tegenover 1% van de algemene bevolking) alarmerend hoog. Ook het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen neemt sterk toe met de leeftijd. Zo rapporteren 30% van de 75+'ers gebruik van slaap- en kalmeermiddelen. Volgens de Vlaamse Ouderenraad is een mogelijke verklaring voor dit hoge geneesmiddelengebruik dat de preventie- en zorgdiensten onvoldoende zijn afgestemd op de psychologische behoeften van ouderen.

We zien tot slot de toenemende intrede van blended hulpverlening, de mix tussen face-to-face contacten en digitale tools (video, apps, ...). Meer onderzoek naar de ontwikkeling en implementatie van deze toepassingen is nodig, samen met en geëvalueerd door patiënten. Potentieel is dit een deel van de oplossing voor de toenemende zorgvraag, het nijpend tekort aan hulpverleners, soms lange wachtlijsten, ...



# Doelstellingen en acties

**Tegen 2030 een duidelijke neerwaartse trend bereiken in de ziektelast van psychische aandoeningen door de investering in preventie op te voeren en de zorg voor de hele bevolking te optimaliseren**

- ┌ De middelen voor preventie en (bij voorkeur en waar mogelijk) niet-farmacotherapeutische zorg maximaal inzetten, in de eerste plaats voor kinderen en jongeren. Het doel hiervan is latere ziekte vermijden of op zijn minst vroegtijdig opsporen en aanpakken, en zo ook het medicatiegebruik voor psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren verminderen.
- ┌ De expertise van zorgverleners rond perinatale mentale gezondheid versterken. Interventies focussen best op de zorgverleners die het meest in contact komen met zwangere vrouwen en pasgeborenen, waaronder vroedvrouwen, gynaecologen, huisartsen, pediaters, psychiaters, Kind & Gezin en Office de la Naissance et de l'Enfance, psychologen en maatschappelijk werkers. Een project als 'Born in Belgium Professionals' bijvoorbeeld verdient verder ondersteund en uitgebreid te worden.
- ┌ Een brede strategie ontwikkelen gericht op kinderen, jongeren, hun ouders en onderwijsprofessionals, en dit voor alle onderwijsniveaus. Deze strategie zet enerzijds in op een sterker mentaal welzijn bij deze doelgroep (onder andere ook aan de hand van fysieke activiteit, aanleg van groene zones, ...) en anderzijds op de ontwikkeling van 'mental health literacy'.
- ┌ Zorgen voor een gerichte bekendmaking en toegankelijkheid van de conventie voor eerstelijnspsychologische zorg, zodat wie psychologische zorg zoekt en nodig heeft, deze ook kan krijgen, met extra aandacht voor de inclusie van kwetsbare doelgroepen. Belangrijke te betrekken actoren zijn natuurlijk de patiënten zelf, maar ook een brede waaier aan andere doelgroepen waaronder de zorgverstrekkers, maatschappelijk werkers, jeugdwerk, onderwijs en arbeidssector (arbeidsartsen, preventieadviseurs, ...)



- Continuïteit van zorg voorzien door een soepele overdracht van informatie tussen eerstelijns- en gespecialiseerde zorg, geestelijke gezondheidszorg en somatische zorg, welzijn, ... Patiënten moeten zelf kunnen beslissen over de inhoud van en toegang tot hun informatie. In het bijzonder voor patiënten met een ernstige psychiatrische problematiek is een goed uitgewerkte ontslagprocedure (inclusief nazorgplan) dat afgestemd is op de andere, vaak ambulante, partners en mantelzorgers van groot belang. Bijzondere aandacht dient ook te gaan naar de continuïteit en toegankelijkheid van zorg voor jongeren die zich in de overgang tussen jeugd- en volwassenpsychiatrie bevinden.
- De rol van ervaringsdeskundigen opwaarderen door een duidelijk kader te creëren voor betaalde banen (vereiste kwalificaties, functieprofiel, gepaste verloning). Dit kan bijvoorbeeld door die functie op te nemen in de regelgeving voor het personeel in psychiatrische ziekenhuizen.

#### **Tegen 2030 het aantal suicides met 10% verminderen ten opzichte van het referentiejaar 2020 en het aantal suïcidepogingen aanzienlijk doen dalen**

- Een kwalitatieve dataregistratie van suïcidepogingen op nationaal niveau organiseren, gebaseerd op het registratieproject 'Eenheid voor Zelfmoordonderzoek', te beginnen bij de spoeddiensten. Doel hiervan is suïcidepreventiebeleid beter te kunnen sturen, rekening houdend met regionale verschillen, specifieke doelgroepen, ... De bevoegde overheden moeten het kader voor deze registratie definiëren en financieren.

#### **Het gebruik van psychofarmaca met 10% verminderen tegen 2030**

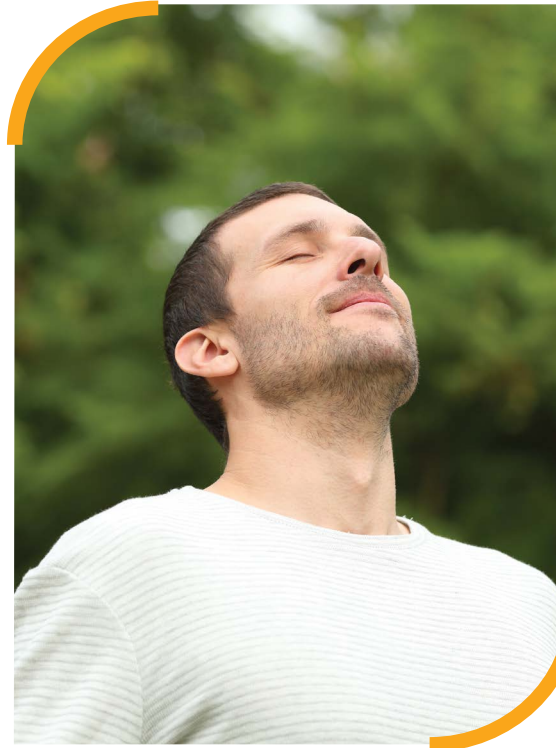
- De uitbreiding van psychologische zorgverlening in rust- en verzorgings- tehuizen ondersteunen, in samenwerking met bestaande ambulante diensten, door gebruik te maken van de conventie van eerstelijnspsychologen of door een interne psycholoog in te zetten.



- ⌋ In elk rust- en verzorgingstehuis een beleid invoeren met betrekking tot psychofarmaca, met onder andere psycho-educatie voor bewoners, familieleden en professionals, implementatie van bestaande richtlijnen (bijvoorbeeld aanpak gedragsproblemen bij dementie) en omgevingsinterventies. Dit beleid moet worden uitgedragen door een multidisciplinair team binnen de instelling.

#### **De financieringskloof verkleinen tussen onderzoek voor somatische en geestelijke gezondheid**

- ⌋ Naast preventiegerelateerd onderzoek vooral investeren in onderzoek naar de ontwikkeling en implementatie van digitale hulpmiddelen die geïntegreerd kunnen worden in de 'reguliere' zorg voor psychische klachten en aandoeningen, de zogenaamde 'blended hulp'.
- ⌋ Een platform opzetten om het onderzoek naar en expertise rond geestelijke gezondheid te delen en te verbeteren.



Psychische aandoeningen en stoornissen in het gebruik van middelen zijn verantwoordelijk voor **20%** van het verlies aan gezonde levensjaren.





Brain Help



# Een patiëntgericht en doelmatig geneesmiddelenbeleid op lange termijn

## Context

Geneesmiddelen spelen een belangrijke rol in de diagnose en behandeling van ziekten. Toegang tot betaalbare, veilige en kwaliteitsvolle geneesmiddelen maakt dan ook deel uit van de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen van de Verenigde Naties. Als geneesmiddelen niet beschikbaar zijn (bijvoorbeeld door tekorten) of als ze niet betaalbaar zijn, kan dat een impact hebben op onze gezondheid. Hoewel het gebruik van medicatie vaak onvermijdelijk is, is het belangrijk om overmatig voorschrijven te vermijden. Ten slotte speelt betrokkenheid van de patiënt een belangrijke rol in de behandeling. Correcte, begrijpelijke en toegankelijke informatie over de werking en bijwerkingen van geneesmiddelen en overleg tussen zorgverleners, zoals arts en apotheker over hun patiënten, zijn hier de sleutelwoorden.

### Toegankelijkheid en duurzaamheid in gevaar

Er is vandaag een snelle ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen die mogelijk de levenskwaliteit van mensen met ernstige aandoeningen zouden kunnen verbeteren, of ziekten zouden kunnen genezen waarvoor er nu nog geen behandeling bestaat. Dergelijke ontwikkeling is te ondersteunen, maar er zijn een aantal kanttekeningen te plaatsen bij de huidige evoluties.

Inderdaad, de afgelopen jaren zijn de overheidsuitgaven aan geneesmiddelen sterk gestegen. De meerwaarde van nieuwe geneesmiddelen is vaak onduidelijk omwille van de onzekerheden over veiligheid en werkzaamheid op het moment dat de marktvergunning wordt toegekend, en wordt vervolgens niet altijd ingelost in de realiteit. De unieke marktpositie en het gebrek aan alternatieven leiden er soms toe dat bedrijven prijzen vragen die op lange termijn onbetaalbaar worden voor de sociale zekerheid. Er is onvoldoende duidelijke verantwoording van de prijs die het bedrijf vastlegt en geen transparantie over de werkelijke ontwikkelingskosten en investeringen die de overheid al gedaan heeft via gesubsidieerd basisonderzoek aan universiteiten en andere onderzoeksinstellingen.

Veel landen (waaronder België) gebruiken 'Managed Entry Agreements', waarbij via vertrouwelijke overeenkomsten een bepaalde kost voor een geneesmiddel wordt vastgelegd, rekening houdend met onder meer de nog bestaande onzekerheden en de mogelijke impact op het geneesmiddelenbudget. De vertrouwelijkheid van deze overeenkomsten zorgt er echter voor dat burgers en organisaties de werkelijke geneesmiddelenuitgaven niet kritisch onder de loep kunnen nemen en verhindert de overheid om haar beslissingen te verantwoorden. Het is daarom belangrijk

om een goed evenwicht te vinden tussen innovatie belonen, toegankelijkheid en beschikbaarheid waarborgen en de duurzaamheid van het systeem garanderen.

Om de duurzaamheid van het huidige systeem te verzekeren, wordt er ook vaak gerekend op besparingen in de 'off-patent' markt. Het aandeel generische middelen (31,5%) en biosimilars ligt in België echter nog steeds lager dan in andere landen zoals Nederland of Duitsland. Het gebruik ervan moet aangemoedigd worden omdat ze de concurrentie op de markt kunnen verhogen en omdat ze zorgen voor een aantal wettelijke prijsdalingen. De marges die worden gegenereerd door 'goedkope' medicijnen, lijken echter onvoldoende te zijn om de kosten van nieuwe medicijnen te dekken.

Het probleem dat hier geschetst wordt, moet gezien worden in een bredere context. Er werden de laatste jaren op Europees en wereldwijd niveau verschillende initiatieven genomen om toegang tot innovatie te stimuleren met bewaking van het budget van de gezondheidszorg, maar tot nu toe echter zonder concreet resultaat.

### Overconsumptie bestrijden

De uitgaven voor geneesmiddelen onder controle houden, betekent ook dat ze rationeler moeten worden gebruikt. In België is het geneesmiddelengebruik

hoog, vooral voor bepaalde klassen van geneesmiddelen zoals antibiotica en slaap- en kalmeermiddelen. Al lang wordt geprobeerd om dit te verminderen, maar zonder voldoende resultaat tot nu toe. Nochtans kan overmatig gebruik van geneesmiddelen leiden tot problemen zoals resistentie (bij antibiotica), afhankelijkheid (bij slaap- en kalmeermiddelen), ziekenhuisopnames, ... Nog meer inzetten op rationeel voorschrijven is daarom noodzakelijk.

Het principe van rationeel voorschrijven houdt niet alleen rekening met de noodzaak om al dan niet te behandelen, maar vergelijkt ook de doeltreffendheid, de veiligheid en de kosten van behandelingsopties en kijkt naar de voorkeuren van de patiënt. Het maakt deel uit van een 'evidence-based practice' (EBP), waarbij elke patiënt de beste zorg krijgt, zorgverleners hun vaardigheden kunnen verbeteren en de samenleving de duurzaamheid en billijkheid van haar gezondheidszorgsysteem kan waarborgen. Dit betekent dat voorschrijvers objectief geïnformeerd moeten worden over de waarde van een geneesmiddel, met informatie op maat van de Belgische context.

Patiënten hebben toegang tot veel informatie over geneesmiddelen, maar deze is niet altijd makkelijk te begrijpen of leesbaar. Voor de patiënt is de toegang tot objectieve,

hoogwaardige en begrijpelijke informatie over geneesmiddelen en de dialoog met zorgprofessionals essentieel om de risico's op medicatiefouten te beperken, de therapietrouw te bevorderen en het vermogen tot zelfmanagement van de behandeling te versterken. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat het aanmoedigen van patiënten om betrokken te worden hun gezondheidsresultaten en hun welzijn kan verbeteren. Uit een aantal onderzoeken is gebleken dat veel patiënten hun gezondheidssituatie beter willen begrijpen en, al is het maar gedeeltelijk, willen deelnemen aan de therapeutische keuzes die hen aangaan.



# Doelstellingen en acties

## Een rechtvaardige en duurzame toegang tot veilige, werkzame, betaalbare en kwaliteitsvolle geneesmiddelen waarborgen

- Op Europees niveau werken aan een evenwichtig kader waarbij op het moment van de marktvergunning al voldoende beschikbaar relevant bewijs wordt aangeleverd en waarbij nadruk gelegd wordt op geneesmiddelen voor aandoeningen waarvoor er nog een grote medische nood bestaat.
- Op Europees niveau de verschillende initiatieven ondersteunen die genomen zijn om de prijstransparantie te verbeteren of om tot een 'eerlijke' prijs te komen zoals de Fair Price Calculator ontwikkeld door de Association Internationale de la Mutualité.
- Mogelijkheden verkennen voor gezamenlijke samenwerking tussen Europese lidstaten zoals bijvoorbeeld gezamenlijke onderhandelingen of gegevensverzameling.
- Het huidige systeem van 'Managed Entry Agreements' aanpassen door meer nadruk te leggen op het verzamelen van de gegevens die nodig zijn om de resterende onzekerheden over de toegevoegde waarde weg te nemen (door voor elk dossier de oplossing, het studiemodel, ... te onderzoeken), door farmaceutische bedrijven te responsabiliseren, door de transparantie te verbeteren via onafhankelijke evaluatie en audits en door de mogelijkheden te onderzoeken van niet-vertrouwelijke contracten, waarbij de terugbetaling gekoppeld wordt aan voorwaarden en die het mogelijk maken om budgettaire onzekerheden weg te nemen.
- Zich blijven inspannen om de Europese initiatieven voor een structurele en duurzame aanpak van onbeschikbaarheden te ondersteunen.
- Klinische onderzoeken in de praktijk door onafhankelijke instanties blijven aanmoedigen: de klinische studies die uitgevoerd worden voor er een nieuw geneesmiddel op de markt wordt gebracht, geven niet steeds een antwoord op alle vragen die de patiënt, maatschappij of zorgverlener heeft. Praktijkgerichte studies rond optimalisatie van behandelingen in de praktijk zoals dosisaanpassingen, behandelduur, ... kunnen een positieve impact hebben op de patiëntenzorg en op het verstandig gebruik van middelen in de gezondheidszorg.
- Transparantie over de investering van publieke middelen in onderzoek verbeteren.
- Een breed maatschappelijk debat organiseren zoals aanbevolen werd door de Koning Boudewijnstichting en het KCE rond geneesmiddelen, waarbij verschillende aspecten in rekening worden gebracht, zoals de kostprijs, beoordelingscriteria (levenskwaliteit, overleving, ...), meerwaarde, ...
- De burgers duidelijk informeren over de waardebeoordeling van een geneesmiddel, de gegevens die over een geneesmiddel beschikbaar zijn zoals bijwerkingen of levenskwaliteit, en over de redenen waarom bepaalde geneesmiddelen al dan niet worden terugbetaald.
- Het huidige terugbetalingsproces bijsturen zodat het zich richt op een efficiënte en duurzame aanpak: het gebruik van generieke geneesmiddelen en biosimilars stimuleren om de concurrentie te vergroten, en bestaande systemen voor budgettaire controle evalueren en herzien.
- Een werkgroep oprichten binnen de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen om een structurele oplossing en een aangepast kader te vinden voor het probleem van combinatietherapieën (een combinatie van verschillende geneesmiddelen, die steeds vaker voorkomt, vooral in de oncologie) om de problemen met betrekking tot de terugbetalingsprocedure op te lossen en hun impact op het budget te beperken.

### **Patiënten beter informeren zodat ze weloverwogen keuzes kunnen maken en het goed gebruik van geneesmiddelen bevorderen**

- ⌋ Patiënten voorzien van beknopte, begrijpelijke informatie van hoge kwaliteit over geneesmiddelen en over de plaats van geneesmiddelen in de behandeling. Deze informatie kan beschikbaar gemaakt worden via een website, bestaande tools zoals MijnGezondheid of kan door de zorgverlener aan de patiënt worden meegegeven.
- ⌋ De zorgverlener voorzien van hulpmiddelen die kunnen worden gebruikt om de besluitvorming over behandelingen te vergemakkelijken, in een proces van gedeelde besluitvorming tussen arts en patiënt (zoals informatiemiddelen die behandelopties, verwachte effecten, ... weergeven), die gemakkelijk toegankelijk zijn en gekoppeld aan de voorschrijfmodule.

### **Een beleid dat het geneesmiddelengebruik optimaliseert**

- ⌋ Het antibioticagebruik verbeteren: de verschillende acties in het huidige plan 'One health 2020-2024' verderzetten, en op basis van de evaluatie van het huidige

plan een nieuw plan opmaken. Inzetten op nieuwe economische modellen om bestaande antibiotica op de markt te houden en de ontwikkeling van nieuwe te stimuleren.

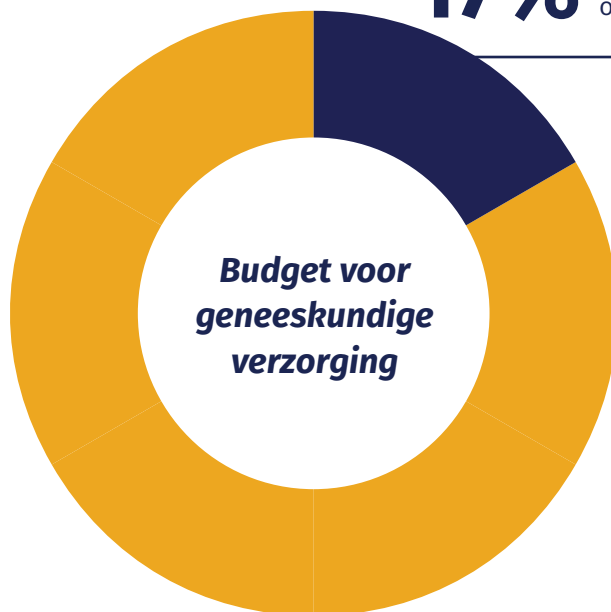
- ⌋ Het benzodiazepinegebruik verminderen: het aantal chronische gebruikers terugdringen door de nadruk te leggen op het kortetermijngebruik van slaappillen, het vermijden van chronisch voorschrijven en het blijven informeren van het publiek en de voorschrijvers over mogelijke ongewenste effecten.
- ⌋ Een systeem uitwerken waarbij de exacte nodige hoeveelheid voor (kortdurende) behandeling wordt voorgeschreven en afgeleverd voor bepaalde klassen van geneesmiddelen, zoals antibiotica, opioïden, slaap- en kalmeermiddelen.
- ⌋ De optimalisatie van medicijngebruik in de routinepraktijken van zorgverleners integreren zoals goede voorschrijfpraktijken en keuzehulpen integreren in medische software.
- ⌋ Het geneesmiddelengebruik in woonzorgcentra optimaliseren, bijvoorbeeld door interprofessioneel overleg in te voeren in residentiële ouderenzorg.

### **Een beleid dat de best mogelijke zorg rond de patiënt verzekert**

- ⌋ De continuïteit van de geneesmiddelenbehandelingen garanderen door een volledige elektronische overdracht van geneesmiddelendata te voorzien tussen de verschillende niveaus van zorg en een structureel opname- en ontslagbeleid en een transmuraal beleid te verzekeren, in samenwerking met de eerstelijnszorg en met residentiële ouderenzorg.

**17%**

De uitgaven voor geneesmiddelen bedroegen 17% van het budget voor geneeskundige verzorging in 2021, oftewel ongeveer 5 miljard euro.



In 2021 bedroegen de bruto-uitgaven voor geneesmiddelen 5,9 miljard euro. 1,89 miljard euro daarvan ging naar uitgaven voor geneesmiddelen waarvoor een contract werd gesloten. De door de farmaceutische industrie gestorte compensaties bedroegen 1,01 miljard euro. Rekening houdend met de uitkeringen, bedroegen de uitgaven voor geneesmiddelen dus ongeveer 5 miljard euro, oftewel 17% van het budget voor geneeskundige verzorging.



# Arbeidsongeschiktheid: hoe kunnen we de duurzaamheid van het systeem versterken?

## Context

Volgens Statbel scoren langdurig zieken veel lager op vlak van tevredenheid met de algemene, financiële en relationele levensomstandigheden dan loontrekkenden, gepensioneerden, werkzoekenden, studenten en huisvrouwen/-mannen. Langdurig ziek zijn is een beproeving, niet alleen vanwege het medische aspect, maar ook vanwege de impact die het heeft op het dagelijks leven.

### Een groeiend fenomeen

Met uitzondering van de jaren 2020-2021 (die uitzonderlijk waren door de toename van het aantal mensen in arbeidsongeschiktheid, gevolgd door een daling omwille van de lockdowns), is er sinds het begin van de eeuw een structurele toename van het aantal personen in primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan 12 maanden arbeidsongeschikt) en invaliditeit (langer dan 12 maanden arbeidsongeschikt). De toename in invaliditeit is bovendien veel significanter en persistenter dan primaire arbeidsongeschiktheid.

Een van de belangrijkste oorzaken van deze stijgingen is natuurlijk de vergrijzing van de algemene bevolking en van de beroepsbevolking in het bijzonder, die gepaard gaat met meer gezondheidsproblemen. Het verhogen van de wettelijke pensioenleeftijd heeft een belangrijke impact. Dit is vooral duidelijk geworden door de vervrouwelijking

van de arbeidsmarkt enerzijds en het gelijktrekken van de pensioenleeftijd van vrouwen met die van mannen anderzijds. Vrouwen worden echter meer getroffen door bepaalde aandoeningen, zoals psychische aandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat en bindweefselaandoeningen.

Het aandeel van deze aandoeningen vertegenwoordigt twee derde van alle arbeidsongeschiktheden. En dat aandeel neemt nog toe. Tot slot is aangetoond dat beperkingen op werkloosheidsuitkeringen ook hebben geleid tot overdrachten naar arbeidsongeschiktheid.

### Uitgaven in de hand houden

Deze algemene toename van arbeidsongeschiktheid leidt tot een sterke en structurele stijging van de uitgaven voor uitkeringen, in het bijzonder voor invaliditeit. Volgens bepaalde prognoses van het Planbureau kan worden geschat dat bij ongewijzigd beleid de kaap van 10 miljard aan uitgaven in 2022 zijn overschreden en dat deze van 11 miljard al in 2024 zal worden overschreden.

Door de groeipercentages van het Planbureau (zie grafiek onderaan dit hoofdstuk) toe te passen op het geconsolideerde ledental van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2021, kunnen we volgende zaken afleiden :

┌ Bij een ongewijzigd beleid zal de primaire arbeidsongeschiktheid op korte termijn nog stijgen, alvorens een

relatieve stabiliteit te bereiken rond 2027. Wij zouden dan, op lange termijn, evolueren naar een hoog niveau van 480.000 à 500.000 periodes van primaire arbeidsongeschiktheid per jaar.

┌ Wat invaliditeit betreft, lijkt het half miljoen invaliden te zijn overschreden in 2022. De snelle groei houdt aan, met een kaap van 550.000 invaliden die zou bereikt worden in 2024 en die van 575.000 invaliden rond 2028. Bij een ongewijzigd beleid zouden pas vanaf 2035 negatieve groeipercentages verwacht worden, op geconsolideerde basis.

Een vermindering van het aantal invaliden vanaf 2035 zou geruststellend kunnen zijn, ware het niet dat het niveau nog steeds veel hoger zal liggen dan in 2023, terwijl op dit moment het systeem al onder druk staat.

Momenteel tellen de ziekenfondsen minder dan 200 adviserend artsen, terwijl het RIZIV de nood op meer dan 320 adviserend artsen schat. Als antwoord op deze grote uitdaging werd in 2023 de hervorming van de medische evaluatie goedgekeurd: deze is dus volledig relevant en maakt het mogelijk om de taken van de adviserend artsen te verlichten door deze beter te verdelen met paramedici en terug-naar-werkcoördinatoren.

We moeten dus verder gaan dan alleen het reorganiseren van het systeem en ook het aantal mensen in arbeidsongeschiktheid, vooral voor langere periodes, daadwerkelijk verminderen.

# Doelstellingen en acties

## Tegen 2030 de arbeidsongeschiktheid met 10% terugdringen ten opzichte van 2023 door preventie

- De in 2023 ingestelde responsabilisering van de werkgevers monitoren, evalueren en versterken indien nodig. Werkgevers bovendien met positieve incentives begeleiden om hen aan te moedigen preventieve maatregelen op de werkplek breed in te zetten.
- De toegang tot het beroep van preventieadviseurs vergroten en de werklast van arbeidsartsen verminderen, met name door meer digitalisering, delegeren aan verplegend personeel en een betere selectie van uit te nodigen arbeidskrachten.
- Het overleg van regionale initiatieven inzake preventie en gezondheids promotie met het federale niveau versterken.
- Een beoordeling uitvoeren van het algemene effect van de tools voor preventie en gezondheids promotie op het werk, evenals een audit van het systeem ter preventie van arbeidsongeschiktheid.

## De begeleiding van rechthebbenden verbeteren door het systeem te vereenvoudigen en te optimaliseren

- De begrippen primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit herbekijken, vooral met betrekking tot hun stigmatiserende namen.
- Ervoor zorgen dat elke gerechtigde gemakkelijk de belangrijkste momenten van zijn arbeidsongeschiktheid kan begrijpen, de elementen waarmee rekening wordt gehouden bij de berekening van de uitkeringen, de verschillende manieren om weer aan het werk te gaan, en meer in het algemeen zijn rechten en plichten.
- Optimaliseren en individualiseren van de begeleiding door adviserend artsen en hun teams op basis van de specifieke diagnoses.
- De begeleiding meer richten op de restcapaciteiten, omdat arbeidsongeschiktheid leidt tot minder tevredenheid over de levensomstandigheden, en een werkherhvatting (eventueel aangepast en deeltijds) onderdeel kan zijn van herstel.
- Acties richten op de primaire arbeidsongeschiktheid in plaats van op de invaliditeit, om de kansen op succes te maximaliseren.

- Het arbeidsongeschiktheidssysteem verder digitaliseren, gezien de noodzakelijke informatiestromen tussen meerdere actoren, met het oog op het herkennen van arbeidsongeschiktheid en het berekenen van de uitkeringen. Dit zal de strijd tegen misbruik en overmatig voorschrijven van ziekteperiodes versterken.
- De uitkeringen verhogen tot boven de armoederisicodrempel, met behoud van voldoende verschil met het beroepsinkomen om de werkherhvatting te bevorderen.
- De reflectie afronden over het bemiddelingsorgaan om gerechtelijke beroepsprocedures te beperken.

## Tegen 2030 het aantal beëindigingen van arbeidsongeschiktheid door werkherhvatting doen stijgen met 10% ten opzichte van 2023

- De voordelen van werkherhvatting benadrukken en deze met positieve stimulansen consolideren, waaronder het verschil tussen uitkering en beroepsinkomen.
- De deeltijdse werkherhvatting versterken en ervoor zorgen dat dit vaker specifieke doelgroepen bereikt, zoals personen aan het einde van hun loopbaan met (opnieuw) voldoende restcapaciteiten.



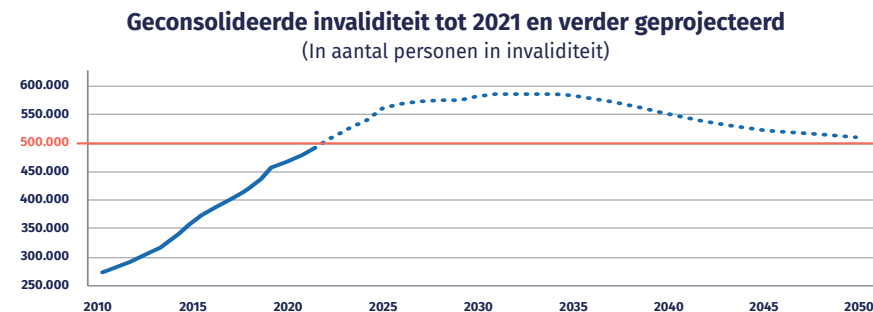
- Meerdere arbeidsongeschiktheidspercentages vaststellen, zoals het geval is in andere Europese landen, naast het huidige percentage van 66%: het toevoegen van een percentage van 33% verlies van verdienvermogen kan een interessante mogelijkheid zijn.

**In 2030 een onafhankelijke audit van het arbeidsongeschiktheidsbeleid organiseren, om te beoordelen of het verbeterd is ten opzichte van het beleid in 2020**

- Het overleg tussen de federale overheid en de deelstaten versterken voor elk nieuw beleid dat verband houdt met arbeidsongeschiktheid of daar een impact op heeft (zoals sociaal, gezondheids-, werkgelegenheids-, economisch beleid, ...), en de rechtstreeks betrokken actoren erbij betrekken. Zij kunnen waarschuwen voor mogelijke inconsistenties in de regelgeving, operationele problemen en meer haalbare oplossingen aanreiken.
- Tijdig bepalen of een eventueel nieuw beleid realistisch is, met behulp van het expertisecentrum arbeidsongeschiktheid.
- Het expertisecentrum arbeidsongeschiktheid binnen het RIZIV versterken, in termen van missie, mandaten, middelen en partnerschappen.

## Illustratie

Projectiegrafiek voor invaliditeit. De blauwe curve is een projectie op basis van de groeicijfers die zijn gedefinieerd door de Studiecommissie voor de Vergrijzing, als voorbereiding van haar rapport uit 2022. Het toont de onhoudbaarheid van het systeem aan, aangezien bij ongewijzigd beleid het aantal personen in invaliditeit de komende twintig jaar hoger zou zijn dan in 2023.



- De kruising van gegevens uitbreiden met inachtneming van de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming), in ieder geval met de structuren die verantwoordelijk zijn voor de werkhervatting, om de resultaten van re-integratietrajecten te kunnen meten.
- Het arbeidsongeschiktheidsbeleid baseren op wetenschappelijk bewijs, dat als leidraad moet dienen voor investeringen in veelbelovende hefboomen.
- Een arbeidsongeschiktheidsbeleid bepalen op een lange termijn van tien jaar, dus langer dan een legislatuur, met een overeenkomstige meerjarenbegroting en rekening houdend met het rendement op investeringen in de financiering van de sociale zekerheid door het verminderen van het aantal uitkeringen en het verhogen van de werkgelegenheidsgraad en de bijdragen.
- De Rekenkamer opdracht geven om een nieuwe audit uit te voeren van re-integratiemaatregelen op de arbeidsmarkt. Het algehele resultaat zou moeten worden beoordeeld als 'verbeterd' in vergelijking met de audits van 2019 en 2021.



# Digitale transitie in de gezondheidszorg: the next chapter

## Context

De digitale evoluties in onze samenleving volgen elkaar snel op, ook de gezondheidszorg ontsnapt daar niet aan. Niet iedereen is vandaag mee in deze digitale transitie. Volgens Eurostat heeft slechts 54,23% van de Belgen digitale basisvaardigheden, met een belangrijk verschil tussen hoogopgeleiden (57%) en laaggeschoolden (15%). Het versterken van digitale (gezondheids)vaardigheden is een cruciaal aandachtspunt voor het toekomstige beleid zodat burgers ten volle digitale evoluties begrijpen en gebruiken, waaronder ook hoe zich te beschermen tegen schendingen van hun privacy en andere risico's.

### Gezondheidsgegevens: een cruciaal vraagstuk

Burgers willen de garantie dat hun persoonlijke gezondheidsgegevens veilig worden bewaard en enkel gedeeld worden met door hen gemachtigde personen. Het is essentieel dat ze het vertrouwen blijven behouden in het correct gebruik en de beveiliging van hun gegevens, in overeenstemming met de AVG-regels. Meer dan drie op de vier Belgen zijn bereid hun persoonlijke gezondheidsgegevens te delen, op voorwaarde dat dit beperkt blijft tot de sector van de gezondheidszorg, en niet voor commerciële doeleinden. Het is noodzakelijk om het globale gegevensbeleid te versterken. Zo zijn de huidige minimale normen van de

Kruispuntbank (uit 2017) voorbijgestreefd. Digitalisering leidt tot een veelheid aan toegangspunten waardoor het risico op een aanval door hackers groter wordt, wat bijkomende investeringen in cyberveiligheid noodzakelijk maakt. Zorginstellingen moeten financieel ondersteund worden om tegemoet te komen aan de cyberveiligheidsvereisten. Momenteel lopen er verschillende projecten op het gebied van gezondheidsgegevens. Terwijl we in het kader van de 'Quintuple Aim' streven naar geïntegreerde zorg rond de patiënt, is het Belgian Integrated Health Record (BIHR, of Belgisch Geïntegreerd Gezondheidsdossier) een fundamenteel element dat de zorgcontinuïteit rond de patiënt zal garanderen en zal leiden tot een betere kwaliteit van zorg (primair gebruik van gegevens). Met de Health Data Agency (HDA) wordt een vereenvoudigde toegang tot betrouwbare gezondheidsgegevens voor onderzoek en innovatie nagestreefd (secundair gebruik). Op Europees niveau wordt dan weer gewerkt aan een Europese ruimte voor gezondheidsgegevens, beter gekend als European Health Data Space (EHDS). Deze projecten zijn ambitieus en vragen naast een realistische timing de inzet van voldoende mensen en middelen.

### Digitalisering ten dienste van de patiënt

Ook de digitalisering van de administratieve stromen zet zich voort. Digitale stromen en documenten worden de norm. Zo worden de digitale diensten eAttest en eFact,



voor het doorsturen van een elektronisch getuigschrift naar het ziekenfonds in 2023 gebruikt door 86% van de huisartsen, 79% van de tandartsen en 95% van de specialisten (voor ambulante zorg binnen/buiten ziekenhuismilieu). Tegen 2025 zal het gebruik van eAttest en eFact wettelijk verplicht zijn. Tegen 2026 moeten andere zorgverleners zoals kinesitherapeuten, logopedisten, bandagisten en audiciens, eveneens volledig gedigitaliseerd zijn, alsook het voorschrift voor gezondheidszorg (zoals voor sessies kinesitherapie). Om fraude te vermijden is het verplicht gebruik van een timestamp (via de elektronische identiteitskaart) noodzakelijk, waarmee het moment van het contact met de zorgverlener wordt aangegeven. Ook inzake arbeidsongeschiktheid wordt er gedigitaliseerd. Eind 2022 werd eGAO gelanceerd, een toepassing waarmee een arts met toestemming van de patiënt een medisch attest voor arbeidsongeschiktheid elektronisch kan verzenden naar de werkgever en/of het ziekenfonds. Eind 2024 zal, in het kader van het traject arbeidsongeschiktheid en professionele re-integratie, het communicatieplatform TRIO in productie gaan. Dit platform moet het mogelijk maken dat alle betrokkenen - bedrijfsartsen, huisartsen, adviserend artsen - de informatie kunnen uitwisselen en raadplegen die nodig is voor de beslissing met betrekking tot een verzoek tot werkhervatting.

Nieuwe technologieën integreren in de gezondheidszorg en ziekteverzekering blijft een uitdaging. Teleconsultaties werden naar aanleiding van COVID-19 plots mogelijk, maar het regelgevend kader moet uitgeklaard worden. Het zal nodig zijn om te definiëren wanneer een virtuele raadpleging kan plaatsvinden en soms moet een fysieke raadpleging de norm blijven. Een zorgverlener kan de patiënt nooit verplichten om een raadpleging vanop afstand te doen. De geïnformeerde toestemming van de patiënt is daarom een essentiële voorwaarde voor een teleconsultatie, evenals het bestaan van een voorafgaande relatie met de zorgverlener. Ook voor medische apps is vooruitgang nodig. Tot vandaag werden in België 37 toepassingen gevalideerd, waarvan slechts één binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering (tijdelijk) terugbetaald wordt. De validatieprocedure werd in 2023 grondig herzien, wat moet leiden tot een verbeterde en hopelijk snellere integratie van medische apps in zorgprocessen. Op regionaal niveau zag in Vlaanderen een website (online-hulpapps.be) het licht die verwijst naar andere websites en toepassingen rond welzijn en mentale gezondheid, die door experts zijn gevalideerd.

Terwijl andere landen voorop lopen, zoals Duitsland met 44 erkende en terugbetaalde medische apps, heeft België nog steeds vooruitgang te boeken. Op Europees niveau wordt gewerkt aan een Europese label voor apps inzake gezondheid en welzijn (project Label2Enable).

# 54,23%

van de Belgen heeft digitale basisvaardigheden, met een belangrijk verschil tussen hoogopgeleiden (57%) en laaggeschoolden (15%).



# Doelstellingen en acties

## Het aandeel van Belgen met digitale basisvaardigheden verhogen tot 70% tegen 2030

- De kennis van burgers versterken zodat zij weten hoe ze bepaalde digitale toepassingen in de gezondheidszorg kunnen gebruiken en wat hun rechten zijn in deze digitale omgeving, zoals omschreven in het voorstel van European Health Data Space.
- De burger sensibiliseren en informeren over de meerwaarde van het secundair gebruik van gegevens om het vertrouwen in de digitalisering van de gezondheidszorg te versterken.
- Steeds een toegang behouden tot niet-digitale dienstverlening voor de burgers die minder gemakkelijk hun weg vinden in de digitale wereld.

## Een juridisch en technisch sterk kader ontwikkelen voor een efficiënt en veilig beheer en gebruik van gezondheidsgegevens

- De minimale normen van de Kruispuntbank moderniseren om deze meer in overeenstemming te brengen met de huidige regelgeving en de realiteit op het terrein.
- Financiële ondersteuning bieden aan zorginstellingen en gegevensplatformen om te kunnen beantwoorden aan de strenge cybersecurityvereisten.

- Een realistische timing voorzien voor de implementatie van de werven BIHR, HDA en EHDS alsook voldoende middelen en mensen om deze te realiseren, met een optimaal gebruik van reeds bestaande structuren en platformen.
- Een transparante en billijke vergoedingsregeling ontwikkelen voor het beschikbaar stellen van gezondheidsgegevens voor secundair gebruik.

## Van het digitaal versturen en uitwisselen van administratieve inlichtingen de norm maken, en dit door de toepassing van volgende principes

- Zes maanden na de start van de productie van een nieuwe digitale dienst moet het verplicht karakter ervan wettelijk vastgelegd worden met een overgangsperiode van twee jaar.
- Het systematisch voorzien van een timestamp (via de elektronische identiteitskaart) en het verplichte karakter van een digitale facturatedienst moeten steeds samengaan, met een digitaal bewijsstuk voor de burger.
- Externe gegevensstromen (bijvoorbeeld fiscale gegevens) integreren die cruciaal zijn voor een optimale organisatie van de terugbetalingen van gezondheidszorg of de uitbetaling van uitkeringen.
- Een strikte naleving van de planning afdwingen bij softwarebedrijven die

mee instaan voor de implementatie van digitale diensten ondersteund door het RIZIV of gewestelijke administraties.

## De integratie van nieuwe technologieën in de gezondheidszorg en de ziekte- en invaliditeitsverzekering vergemakkelijken

- Een duidelijk regelgevingskader ontwikkelen voor teleconsultaties, met daarin de precisering van de context waarin een teleconsultatie is toegestaan of verboden, en het recht van de patiënt om te kiezen tussen een teleconsultatie en een fysieke raadpleging.
- De integratie van medische apps in zorgprocessen verbeteren, met voldoende garanties voor patiënten, door de snelle implementatie van de nieuwe validatieprocedure, waarbij rekening wordt gehouden met het patiëntenperspectief, voordelen voor de gezondheid en eventuele toegevoegde waarde van de app voor de organisatie van de zorg.
- Bijkomende middelen voorzien binnen het RIZIV om deze procedure te begeleiden en die na twee jaar evalueren.
- Een Europees label voor medische apps ondersteunen die op transparante wijze de kwaliteit van de app weergeeft.



# Institutioneel: voor stabiliteit zorgen en samenwerking bevorderen. Visie op gezondheidszorgbeleid is de echte prioriteit.

## Context

De zesde staatshervorming vergde veel middelen en tijd om de overgedragen materies in regionale structuren te integreren. Zo zal Vlaanderen pas in juni 2024 de uitoefening van de laatst overgedragen beleidslijnen aanvangen. Tien jaar lang zijn de inspanningen niet gericht geweest op de echte uitdagingen en essentiële hervormingen van het huidige gezondheidszorgsysteem, zoals het ziekenhuisaanbod, de samenwerking tussen gezondheidszorgberoepen, het tekort aan verplegend personeel, de herziening van de nomenclatuur, innovatie voor patiënten, ... Om de gezondheid en het welzijn van alle Belgen te verbeteren, moeten we ons echter op deze projecten concentreren.

In de komende jaren hebben regeringen stabiliteit nodig om een echt samenwerkingsfederalisme te kunnen verwezenlijken, een essentiële voorwaarde om het succes van de bovengenoemde projecten te garanderen. Of we het gezondheidsbeleid nu regionaliseren of herfederaliseren, samenwerking tussen de verschillende entiteiten zal in de Belgische context altijd noodzakelijk zijn. Er bestaan echter al veel tools die tijdens de COVID-19-crisis opnieuw onder de aandacht kwamen.

De samenwerking is mogelijk en leidt tot succes als er middelen zijn. Een voorbeeld hiervan is het Protocolakkoord van 5 november 2018 over de 25 locoregionale ziekenhuisnetwerken waarin de federale overheid en de deelstaten het aantal netwerken per deelstaat bepaalden, maar waarbij de deelstaat en het terrein de vrijheid werd gelaten om die netwerken in te vullen in overleg met de actoren op het terrein. Op een ander vlak heeft het samenwerkingsakkoord voor de exploitatie van medische gegevens op het COVID-certificaat de Belgische burgers de mogelijkheid gegeven om naar niet-Europese landen te reizen.

Laten we dus de vele bestaande tools maximaal gebruiken voor een echt samenwerkingsfederalisme. Dat zal de burger en de draagkracht van het systeem ten goede komen.

### Enkele principes voor een versterkt gezondheidsbeleid

De Onafhankelijke Ziekenfondsen delen de analyses dat de zesde Staatshervorming een miskleun was waarbij de bevoegdheidsverdeling meer een politiek akkoord was, eerder dan een rationele indeling die, vanuit ons perspectief, het voeren van een efficiënt



**Tien jaar lang zijn de inspanningen niet gericht geweest op de echte uitdagingen en essentiële hervormingen van het huidige gezondheidszorgsysteem, zoals het ziekenhuisaanbod, de samenwerking tussen gezondheidszorgberoepen, het tekort aan verplegend personeel, de herziening van de nomenclatuur, innovatie voor patiënten, ...**



en effectief gezondheidsbeleid faciliteert. Laten we werkmethoden gebruiken die nog niet voldoende worden aangewend, zoals asymmetrisch federaal beleid, samenwerkingsovereenkomsten of de vertegenwoordiging van de verschillende overheden in elkaars bestuursorganen voor het gezondheidsbeleid. Bovendien zou een echte 'teamspirit' tussen de verschillende regeringen alles vlotter laten verlopen.

Een aantal ingrepen zijn natuurlijk noodzakelijk indien we een efficiënter en effectiever politiek besluitvormingsproces in de volksgezondheid willen bewerkstellings. Bij elke institutionele reflectie moeten verschillende principes gerespecteerd worden:

- ✓ Een staatshervorming is slechts een middel en mag nooit een doel op zich zijn. Bijkomende complexiteit moet vermeden worden; men moet streven naar meer efficiëntie in de besluitvorming en het beheer van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in nauw overleg met de ziekenfondsen.
- ✓ Elke oneerlijke concurrentie tussen deelstaten moet worden vermeden. De keuzes van de deelstaten binnen het kader van hun bevoegdheden mogen

andere deelstaten of het federale niveau niet in moeilijkheden brengen of hen extra kosten opleggen. Daarom moeten de terugbetalingen van verstrekkingen en normen op federaal niveau worden gedefinieerd.

- ✓ De responsabilisering van de betrokken overheden is eveneens cruciaal. Deze verantwoordelijkheid moet gelinkt zijn aan de gemeenschappelijke visie, en de daaraan verbonden doelstellingen en financiële afspraken (bijvoorbeeld een bijdrage aan het gezondheidszorgbudget van de deelstaten die hun preventiedoelstellingen niet hebben behaald). Een herziening van het overlegmechanisme tussen de beleidsniveaus, de administraties en de stakeholders, met meer coördinatie vanuit het federale niveau, moet hierbij dan ook op de agenda staan.
- ✓ De burger/patiënt staat centraal en mag geen slachtoffer worden van de (bijkomende) complexiteit van ons gezondheidszorgsysteem. De vrije keuze van zorgverlener en behandeling, alsook de vrijheid om een beroep te doen op eender welke zorgverlener op het Belgische grondgebied moeten gegarandeerd worden.

- ✓ Voor de uitvoering van de gemeenschappelijke visie is het belangrijk dat het federale niveau een coördinerende rol speelt.

### Naar een grotere samenhang van het gezondheidsbeleid

- ✓ Tegenwoordig ervaart het land, als gevolg van zijn staatsstructuur, blokkades in de besluitvormingsprocessen in het algemeen, en op het gebied van de volksgezondheid in het bijzonder. Het verminderen van het aantal deelstaten of het versterken van hun autonomie zal de nood aan mechanismen voor coördinatie niet wegwerken. De moeilijkheden die zich vandaag voordoen in het realiseren van een coherent gezondheidsbeleid, vergen dat de diverse overheden in de eerste plaats hun besluitvormingsmechanisme beter op elkaar afstemmen en samenwerken. In belang van de efficiëntie en effectiviteit van het zorgsysteem, de artsen en de patiënten, moet volksgezondheid terug gezien worden als een gezamenlijke verantwoordelijkheid (en niet als een verdeelde of verdelende bevoegdheid).





“

**Volksgezondheid moet terug gezien worden als een gezamenlijke verantwoordelijkheid en niet als een verdeelde of verdelende bevoegdheid. Laten we de bestaande tools maximaal gebruiken voor een echt samenwerkingsfederalisme. Dat zal de burger en de draagkracht van het systeem ten goede komen.**

”

Met ons standpunt schuiven wij een aantal pistes naar voor om binnen de huidige structuur de samenwerking en de cohesie te versterken. De voorgestelde pistes zijn geënt op het centraal stellen van het gezondheidsbeleid, het versterken van de coördinatie, loyaliteit en verantwoordelijkheid, en gericht op het belang van de patiënt als burger. We putten daarbij maximaal uit instrumenten die werden voorzien in de vorige staatshervorming.

- ✓ Het Overlegcomité is een belangrijke motor om de cohesie, coördinatie en samenwerking in het land te versterken. Aan het begin van elke regeerperiode geeft het Overlegcomité in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid de opdracht om een aantal gemeenschappelijke doelstellingen en prioriteiten inzake gezondheidszorg vast te leggen met oog op een efficiënt en effectief beleid.
- ✓ Samenwerkingsovereenkomsten moeten ingezet worden om de doelstellingen en prioriteiten te verankeren. Voor de deelstaten wordt ruimte gelaten om een eigen beleid te voeren ('place based policies'). Binnen de samenwerkingsovereenkomsten kan een financiële bonus/malus worden gekoppeld aan het halen van de doelstellingen.

- ✎ Kruisvertegenwoordiging van elke overheid in de besluitvormingsorganen van de andere overheden moet worden aangemoedigd. Ambtenaren van de deelstaten nemen deel aan de werkzaamheden van federale beleidsorganen (RIZIV, FOD Volksgezondheid, ...) en vice versa. Zij hebben een adviserende en controlerende functie. Hun mandaat wordt in een overlegd besluit vastgesteld. Een dergelijke aanpak kan de cohesie en de coherentie garanderen, vooral in het geval van grote hervormingen van het gezondheidszorgsysteem waarvan de impact de grenzen van de deelstaten overschrijdt.
- ✎ Ten slotte stellen we administratieve vereenvoudiging in Brussel voor door de centralisatie bij de GGC van de vaardigheden op het gebied van de volksgezondheid: de 'gezondheids'-vaardigheden van de GGC moeten binnen één enkele administratie worden samengebracht, met behoud van de pariteit, en door de overlegorganen (adviesraden, commissies, ...) aan te passen, zowel qua samenstelling als qua werking. Dit zal leiden tot het geleidelijk samenvoegen van de sectoren 'gezondheid' en 'sociale zaken' van COCOF.

### De samenwerking verbeteren

Voor de hierboven genoemde instrumenten is slechts een simpele politieke wil nodig. Ze behoeven geen aanpassing van de grondwet, noch van de bijzondere wet op hervormingen van de instellingen en de bijzondere financieringswet. Indien na 2024 er een twee-derde meerderheid beschikbaar is, kunnen ook meer verregaande aanpassingen doorgevoerd worden met oog op het versterken van de cohesie in het Overlegcomité, de verdeling van de bevoegdheden alsook de financiering en dotaties.

- ✎ Om het functioneren van het Overlegcomité te verbeteren, moet in de gewone wet op de hervorming van de instellingen een beslismechanisme voorzien worden. Dit mechanisme moet de situatie doorbreken waarbij de federale overheid de facto in de minderheidspositie zit.
- ✎ Nu reeds voorziet de bijzondere financieringswet met betrekking tot de dotaties aan de deelstaten responsabiliseringsmechanismes. Een specifieke responsabilisering inzake volksgezondheid en geneeskundige verzorging moeten voorzien worden.

- ✎ De belangrijkste inefficiënties inzake de verdeling van de gezondheidsbevoegdheden moeten weggewerkt worden. Het homogeniseren van bevoegdheden gebeurt met het oog op meer doeltreffendheid. In ieder geval blijft de ziekte- en invaliditeitsverzekering nationaal georganiseerd.
- ✎ Er moet voorzien worden in de mogelijkheid van substitutierecht. Vooral in het geval van rampen- en crisisbestrijding moet de federale overheid in de plaats kunnen treden als blijkt dat deelstaten de kwestie alleen het hoofd niet kunnen bieden.

Welke meerderheden er in 2024 ook mogelijk zijn en rekening houdend met elkaars verschillen, moet de inrichting van de staat en volledig geënt zijn op het ontwikkelen, versterken en inzetten van samenwerkingsstructuren en instrumenten tussen de overheden waarbij de stabiliteit de ultieme prioriteit dient te zijn. Hierbij mag men niet uit het oog verliezen dat men juridisch tal van mechanismen kan bedenken om de samenwerking te bevorderen. Een aantal van hen zijn reeds en wel degelijk voorzien, maar worden onderbenut. Uiteindelijk is het vooral van belang dat de actoren zelf de wil aan de dag leggen om de huidige mogelijkheden van samenwerking tot een succes te maken. Het is tijd voor écht coöpererend federalisme!

## Bibliografie

- Bruyneel, L., Kestens, W., Albery, M., Karakaya, G., Van Woensel, R., Horemans, C., Trimpeneers, E., Vanpoucke, C., Fierens, F., Nawrot, T. S., & Cox, B. (2022). Short-Term exposure to ambient air pollution and onset of work incapacity related to mental health conditions. *Environment International*, 164. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107245>
- Charafeddine, R., Demarest, S., Berete, F. Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsvaardigheden. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440.78. Beschikbaar op: [www.enquetesante.be](http://www.enquetesante.be)
- De Jardin, B. (2021). Les conséquences inattendues de la supervision de la recherche d'emploi : invalidité au lieu d'emploi? [https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2021/07/Dulbea\\_PolicyBrief\\_21.07.pdf](https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2021/07/Dulbea_PolicyBrief_21.07.pdf)
- Devleeschauwer, B., & Gorasso, V. (2022). Welke impact hebben de 37 voornaamste ziekten op de gezondheid van de Belgen? Sciensano. <https://www.sciensano.be/nl/pershoek/welke-impact-hebben-de-37-voornaamste-ziekten-op-de-gezondheid-van-de-belgen>
- European Commission. (2022). Healthier together : EU non-communicable diseases initiative. <https://doi.org/10.2875/195572>
- Eurostat. (2021). Individuals who have basic or above basic overall digital skills by sex (tEPSR\_sp410). ESMS Indicator Profile (ESMS-IP). [https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/tEPSR\\_sp410\\_esmsip2.htm](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/tEPSR_sp410_esmsip2.htm)
- Federaal Planbureau. (2022). Langdurige arbeidsongeschiktheid (i38). [https://www.indicators.be/nl/i/G08\\_WIN/Langdurige\\_arbeidsongeschiktheid\\_%28i38%29](https://www.indicators.be/nl/i/G08_WIN/Langdurige_arbeidsongeschiktheid_%28i38%29)
- Hoge Raad van Financiën. (2022). Jaarlijks verslag (2022), Studiecommissie voor de vergrijzing. <https://www.hogeraadvanfinancien.be/nl/publication/jaarlijks-verslag-2022-studiecommissie-voor-de-vergrijzing>
- Horemans, C., Huyghebaert, C., Macken, E., Peeters, M., Prade, A., Van Woensel, R., & Von Rauch, E. (2020). Hormoonverstoorders: Tijd om onze gezondheid te beschermen. Position paper van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. [www.mloz.be](http://www.mloz.be)
- Hulstaert F., Pouppez C., Primus-de Jong C., Harkin K., Neyt M. Markttoegang in Europa voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen: gebrek aan bewijs en mogelijke oplossingen. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2021. KCE Reports 347.
- Karakaya, G., Lona, M., & Bruyneel, L. (2020). Studie over de chronische aandoeningen in België. Evolutie tussen 2010 en 2018. In Onafhankelijke Ziekenfondsen. [www.mloz.be](http://www.mloz.be)
- Kestens, W., Karakaya, G., Bruyneel, L., Lona, M., & Leclercq, A. (2019). De concentratie van de gezondheidsuitgaven in 2010 en 2018. [www.mloz.be](http://www.mloz.be)
- Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. (2017). Minimale normen informatieveiligheid en privacy. [https://www.ksz-bcss.fgov.be/sites/default/files/assets/gegevensbescherming/mnm\\_minimale\\_normen\\_v2017.pdf](https://www.ksz-bcss.fgov.be/sites/default/files/assets/gegevensbescherming/mnm_minimale_normen_v2017.pdf)
- M-POHL. (2021). International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>
- Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., Castanares-Zapatero, D., Fairon, N., Hulstaert, F., & Verleye, L. (2021). Hebben innovatieve geneesmiddelen tegen kanker altijd een echte meerwaarde? Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum Voor de Gezondheidszorg (KCE), KCE Reports 343As. <https://doi.org/D/2021/10.273/20>
- Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2023). Cijfers eAttest en eFact (unpublished).
- Raeymaekers, P. (2015). Terugbetalingen in de gezondheidszorg: een agenda voor verandering. <https://www.kbs-frb.be/>
- Raeymaekers, P. (2022). Zorg voor je data. <https://www.kbs-frb.be/>
- RIZIV-INAMI. Statistieken over arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen>
- RIZIV-INAMI. Raadplegingen op afstand door artsen. <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/verstrekingen-op-afstand-door-artsen>
- Rondia, K., Adriaenssens, J., Van Den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). Gezondheidsgeletterdheid: welke lessen trekken uit de ervaring van andere landen?. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 322. DOI: 10.57598/R322AS.
- Sciensano. (2022). Belgian National Burden of Disease Study. <https://burden.sciensano.be/shiny/daly/>
- Statbel. (2023). De meeste Belgen zijn gelukkig. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/driemaandelijke-monitoring>
- Van De Vel, K., Vandenberghe, D., Bruffaerts, N., De Clercq, E., De Ridder, K., Devleeschauwer, B., Koppen, G., Vanuytrecht, E., & Willen, P. (2021). Impact of Climate Change on the Healthcare System in Belgium: Study Commissioned By the Federal Public Service Health , Food Chain Safety and Environment.
- Van Der Gronde, T., Uyl-De Groot, C. A., & Pieters, T. (2017). Addressing the challenge of high-priced prescription drugs in the era of precision medicine: A systematic review of drug life cycles, therapeutic drug markets and regulatory frameworks. *PLoS ONE*, 12(8), 1-34. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182613>
- Vlaamse Ouderenraad. (2021). Advies over de beleidsuitdagingen rond psychisch welzijn op oudere leeftijd (Vol. 3). <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/sites/default/files/inline-files/Advies%202021-3%20Over%20beleidsuitdagingen%20rond%20psychisch%20welzijn%20op%20oudere%20leeftijd.pdf>
- Vranken, A., Bijmens, E., Horemans, C., Leclercq, A., Kestens, W., Karakaya, G., Vandenthoren, L., Trimpeneers, E., Vanpoucke, C., Fierens, F., Nawrot, T., Cox, B., & Bruyneel, L. (2023). Association of air pollution and green space with all-cause general practitioner and emergency room visits : A cross-sectional study of young people and adults living in Belgium. *Environmental Research*, 236(1). <https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.116713>



onafhankelijke  
ziekenfondsen

[www.mloz.be](http://www.mloz.be) -  - [@Onafh\\_Zf](https://www.instagram.com/Onafh_Zf)