

# DE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË EN HET ONTSTAAN VAN DE WIJKGEZONDHEIDSCENTRA



 wijkgezondheidscentrum maison médicale  
**De Brug La Passerelle**

# DE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË EN HET ONTSTAAN VAN DE WIJKGEZONDHEIDSCENTRA

## INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk een: gezondheidszorg in een vogelvlucht van veertig jaar

§1. Impact neoliberale ideologie

§2. Stijgende uitgaven voor sociale zekerheid tot een plafond in het tweede decennium van de eenentwintigste eeuw

§3. Verloren levensjaren en voortijdige sterfte

§4. Toegenomen levensverwachting

§5. Een hardnekkig probleem: sociaaleconomische ongelijkheid in gezondheid

§6. Het zwakke broertje: preventie

§7. Kwaliteit van de gezondheidszorg

§8. De economische betekenis van de medische sector

§9. Veel meer langdurig zieken

Hoofdstuk twee: uitdagingen

§1. Realiseren van uiteenlopende doelstellingen

§2. Nood aan geïntegreerde zorg

§3. Nood aan gezondheidszorg op maat van de buurt

§4. Dichten van de sociale gezondheidskloof

§5. Zorg gericht op en met de patiënt

§6. Omgaan met de groeiende technologische mogelijkheden

Hoofdstuk drie: wijkgezondheidscentra, ontstaan en groei

Hoofdstuk vier: de geschiedenis van de forfaitaire betaling. De strijd tegen de Orde der Geneesheren

## BIBLIOGRAFIE

We schetsen een aantal ontwikkelingen in de gezondheidszorg in vier hoofdstukken. Een eerste hoofdstuk staat stil bij een aantal opvallende veranderingen of vaststellingen in de bredere gezondheidszorg. Een tweede hoofdstuk staat stil bij een aantal uitdagingen waar de sector mee geconfronteerd wordt. Een derde hoofdstuk schetst het ontstaan van de wijkgezondheidscentra. Het vierde hoofdstuk staat stil bij de geschiedenis van het forfait en de strijd tegen de Orde der Geneesheren.

## HOOFDSTUK EEN: GEZONDHEIDSZORG IN EEN VOGELVLUCHT VAN VEERTIG JAAR

In dit hoofdstuk wordt stil gestaan bij enkele opvallende vaststellingen en evoluties, zonder te streven naar een volledig overzicht. Verschillende belangrijke thema's komen hier niet aan bod: zoals, onder meer, de mogelijke effecten van de klimaatverandering op de gezondheid(szorg), de impact van de staats Hervorming(en) op het beleid in de gezondheidszorg, de impact van de covid-epidemie en de rol van de farmaceutische industrie.

### **§1. Impact neoliberale ideologie**

Vanaf de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw ondergaan Westerse samenlevingen een dramatische verandering. Vanaf het einde van WOII had de nadruk voortdurend gelegen op vooruitgang op economisch en sociaal vlak. Gedurende zowat dertig jaar kent het Westen een periode van ongekeerde groei waarvan alle sociale klassen genieten. In België was dit gebaseerd op een akkoord dat in 1944 gesloten werd tussen werkgevers en werknemers, het 'Ontwerp tot overeenkomst tot Sociale Solidariteit'. Er komt een stevig stelsel van sociale zekerheid dat in de volgende decennia voortdurend wordt uitgebreid. Er komen ook afspraken rond loonsverhogingen die gelijke tred houden met de economische groei, vastgelegd in zogenaamde interprofessionele akkoorden.

De sociaaleconomische crisis vanaf de jaren zeventig zal echter zorgen voor een breuk. De prioriteiten in het sociaaleconomisch beleid gaan volledig verschuiven. In plaats van loonsverhogingen en sociale vooruitgang als prioriteiten, gaat de klemtoon meer en meer liggen op patronale eisen zoals concurrentiekracht, verminderen van de loonkosten en flexibiliteit.

In de daaropvolgende decennia zien we dat het aandeel in het BBP (bruto binnenlands product) van de totale hoeveelheid geld die aan lonen wordt besteed, daalt. Voor het geheel van de Europese Unie betekent dit dat het aandeel van de lonen in het BBP in het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw zes procent lager ligt dan in de jaren zestig. De keerzijde hiervan is het stijgend aandeel van de winsten in het BBP. Zo is in de periode 1981-2010 is het aandeel van de inkomsten van de ondernemingen in het BBP gestegen van 8.96 naar 16.75% van het BBP.

Deze verschuiving in de machtsverhoudingen in de samenleving tussen de wereld van het kapitaal en de wereld van de arbeid gaat gepaard met een fundamentele verschuiving in de manier van denken. De dominante ideologie van de samenleving wordt het neoliberalisme. Reagan in de V.S. en Thatcher in Groot-Brittannië zijn hierbij de bepalende figuren. Deze ideologie zet zich af tegen een actieve rol van de overheid in de economie. Deregulering en privatisering worden de nieuwe ordewoorden. De na de oorlog zorgvuldig uitgebouwde verzorgingsstaat komt daardoor ideologisch en politiek onder vuur te liggen.

In dit neoliberal denken:

-heeft de economie voorrang op al het overige en zal de politieke agenda volledig gaan bepalen. De economische wetten zijn onaantastbaar. Ze worden niet meer gezien als het resultaat van menselijk ingrijpen of van menselijke keuzes

-moet de markt de verdeling van goederen en diensten regelen; zelfregulerende markten geven steeds de beste oplossing

-staat het individu centraal; dit individu handelt (moet handelen) met het oog op zijn eigenbelang, alleen zo wordt de samenleving dynamisch

-is de overheid verdacht en moet zo veel mogelijk worden beperkt.

Mensen moeten dus zelf hun geluk nastreven, zelfredzaam zijn en eigen keuzes maken. Niet het geheel telt, maar de individuele ontplooiing. Het doel is dan niet meer een betere samenleving, maar het verbeteren van je eigen positie binnen die samenleving. Niet van de wereld een betere plaats maken, maar in die wereld een betere plaats voor jezelf vinden.

De individualistische logica bepaalt dat je je leven mag inrichten zoals je wenst; vrijheid wordt zo negatief ingevuld: wie kan, mag vrij handelen, zonder door anderen of door de overheid beperkt te worden. Tegelijk is dat ook het enige wat je nog kunt doen, je hebt geen deel meer in grotere verhalen (zoals godsdienst of socialisme) die verdwenen zijn of verdacht gemaakt.

Verantwoordelijkheid wordt in grotere mate bij het individu gelegd, met name bij zieken, werklozen of steuntrekkers; een individueel schuldmodel zet zich door. Deze nieuwe logica botst met het bestaande systeem van gezondheidszorg dat traditioneel steunt op solidariteit: iedereen verdient goede zorg, ongeacht de keuzes die iemand maakt en de levensstijl die iemand aanhangt.

Enkele cijfers: een bevolkingsenquête uit 2014 gaf aan dat 6% vindt dat mensen die veel of langdurig ziek zijn, meer zouden moeten bijdragen aan de verplichte ziekteverzekering. In de leeftijdsgroep van 18 tot 25 jaar was dit zelfs 20%.

De steun voor leefstijldifferentiatie (wie ongezonder leeft, draagt meer bij) is nog veel groter: ruim een derde van de bevolking steunt dit idee.

## **§2. Stijgende uitgaven voor sociale zekerheid tot een plafond in het tweede decennium 21<sup>ste</sup> eeuw**

De overheidsuitgaven voor de sociale zekerheid kenden een sterke groei (als percentage van het BBP) in de jaren zestig en zeventig, van 14% in 1960 naar 24% in 1980. In 2000 was dit 25% om te stijgen tot 28,9 % in 2019.

*Even het moment om iets te verduidelijken. Een stijgend aandeel van de sociale uitgaven in het BBP (door bij voorbeeld de stijgende pensioenuitgaven of meer uitgaven voor gezondheidszorg) betekent niet noodzakelijk dat er minder geld is voor andere zaken. Reken even mee. Stel, onze rijkdom (het BBP) vandaag, 2022, is 100, de sociale zekerheid*

*is daarin 29. Blijft over 71 voor andere zaken. In 2040 is onze rijkdom, als we uitgaan van een jaarlijkse groei van 1,5%, 130,73. Als 35% daarvan naar sociale zekerheid zou gaan is dat 48,1 terwijl 82,73 naar andere zaken zou kunnen gaan, dus behoorlijk meer dan de 71 in 2022.*

*Om nog even stil te staan bij het BBP. Dit vertoont vrijwel elk jaar een groei, grote uitzonderingen in deze eeuw zijn 2009 (omwille van de financiële crisis) en 2020 (covid-crisis).*

*Enkele cijfers: in 2012, bedroeg het BBP 386,175 miljard euro, in 2019 was dit 478,161 miljard. Om te weten in hoeverre dit een reële toename is moet uiteraard rekening worden gehouden met de inflatie en met de bevolkingstoename. Zo bedroeg het BBP (in prijzen van 2015) 2569 euro in 1846, 6399 euro in 1913, zowat 22000 euro in 1981, 27000 euro in 1993 en 38625 euro in 2019.*

In 2019 bedroegen de totale ontvangsten voor het stelsel van de sociale zekerheid, 103,37 miljard euro. Daarvan was 63,06 miljard euro afkomstig van sociale bijdragen; 19,58 miljard van dotaties en toelagen van de overheid; 15,61 miljard van alternatieve financiering door de Staat en 5,07 miljard van andere ontvangsten.

Wat de uitgaven betreft: in 2019 ging 46,16 miljard naar pensioenen en 26,43 miljard naar gezondheidszorg op een totaal van 102,31 miljard. Het aandeel van de pensioenen steeg van 32.4% in 2010 naar 40.4% in 2019, dat van gezondheidszorg daalde licht van 28.6% naar 27.3%, dat van invaliditeitsuitkeringen steeg van 7% naar 9.3% (zie ook het laatste punt van dit hoofdstuk).

Wat de uitgaven voor gezondheidszorg betreft zijn er twee componenten: wat de overheid betaalt en wat de bevolking uit eigen zak betaalt (al dan niet privé verzekerd).

De overheidsuitgaven voor gezondheidszorg schommelen sinds een tiental jaren vrij stabiel tussen 7 en 8% van het BBP, na in de decennia daarvoor sterk te zijn gestegen.

De totale uitgaven (dus overheid en privé) schommelen eveneens sinds een tiental jaren tussen 10 en 11% van het BBP, 10,7% in 2019. Dit percentage ligt iets hoger dan het gemiddelde in de Europese Unie (9.9%). In 2019 kwam 76,8% van de uitgaven van overheidsmiddelen (79.6% gemiddeld in EU), 18.2% out-of-pocket, dus eigen betalingen (15.5% in EU), 5% uit aanvullende verzekeringen (4.9% in EU).

### **§3. Verloren levensjaren en voortijdige sterfte.**

België kent een opvallend hoog aantal **verloren levensjaren**.

De ziektelast kan worden berekend aan de hand van de verloren gezonde levensjaren (Disability-Adjusted Life Year; DALY). Het gebruik van deze DALYs maakt het mogelijk om zowel verloren gezonde levensjaren ten gevolge van het leven met een beperking (Years Lived with Disability, YLD) als verloren gezonde levensjaren ten gevolge van vroegtijdige sterfte (Years of Life Lost, YLL) in kaart te brengen.

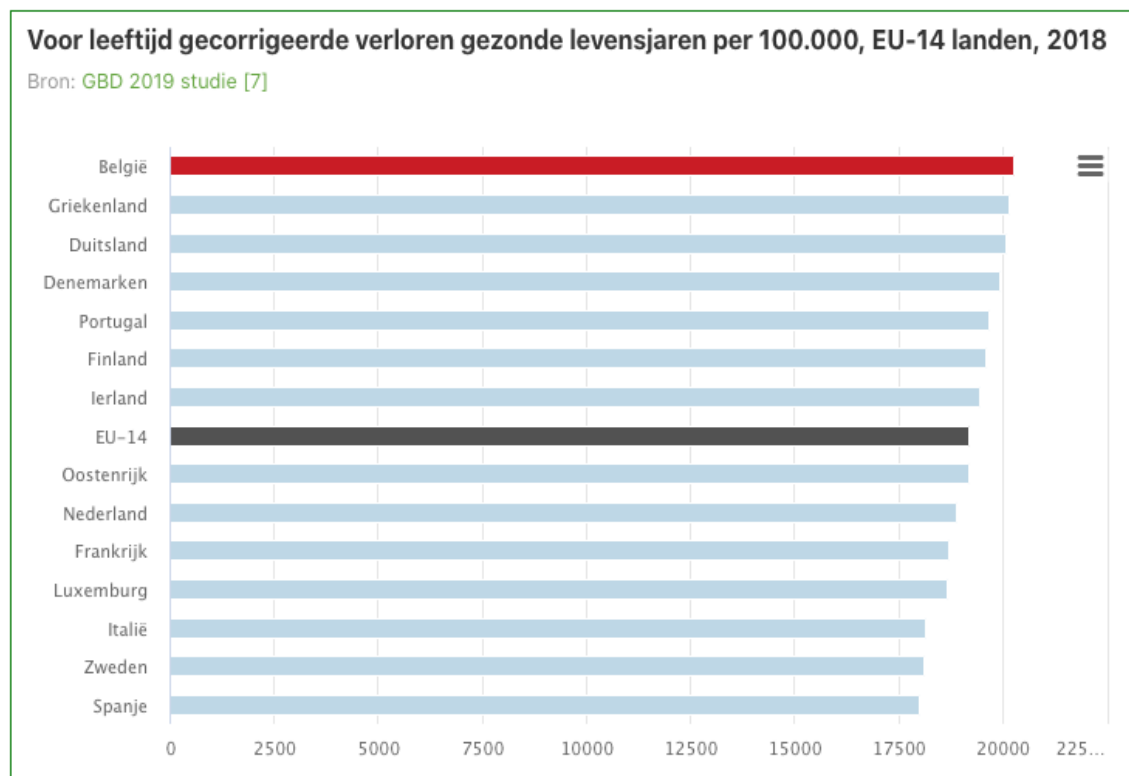
Meer dan de helft van de totale ziektelast is toe te schrijven aan mentale aandoeningen en middelengebruik, kanker en musculoskeletale aandoeningen. De top 5 specifieke

aandoeningen voor deze DALYs waren: depressie (7,6%), coronair hartlijden (6,8%), longkanker (6,6%), lage rugpijn (6,2%) en overmatig alcoholgebruik (6,0%).

De totale ziektelast in België wordt vooral gedragen door de ouderen. Het grootste deel (48%) van DALYs is toe te schrijven aan de groep 65 plussers. De groep met een leeftijd tussen 45 en 64 jaar is goed voor 31%, gevolgd door de groep met een leeftijd tussen 15 en 44 jaar, met 20%.

Volgens de Global Burden of Disease 2019 studie was het geschatte aantal voor leeftijd gecorrigeerde verloren gezonde levensjaren in België hoger dan het EU-14 gemiddelde, waardoor België het slechtst scoort binnen de EU-14 (de groep van landen die sociaaleconomisch het best aansluiten bij België).

Volgens de Global Burden of Disease 2019 studie [7] was het geschatte aantal voor leeftijd gecorrigeerde verloren gezonde levensjaren in België hoger dan het EU-14 gemiddelde, waardoor België het slechtst scoort binnen de EU-14.

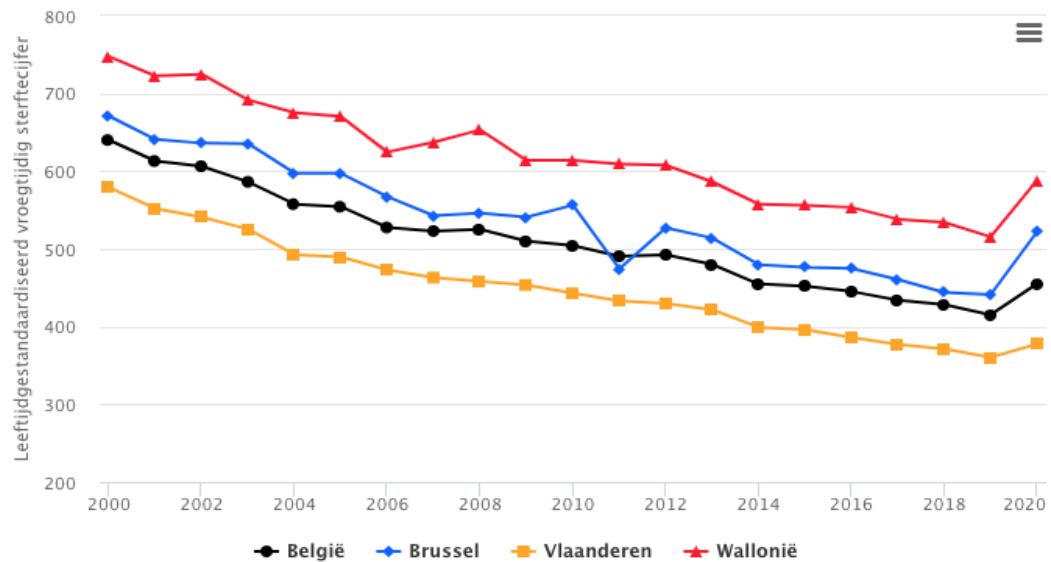


**Vroegtijdige sterfte** verwijst naar sterfgevallen die te vroeg plaatsvinden, dat wil zeggen op elke leeftijd lager dan de levensverwachting.

### Voor leeftijd gecorrigeerd vroegtijdig sterftecijfer (\*) bij mannen, volgens gewest, 2000-2020

Bron: Eigen berekeningen op basis van de gegevens van Statbel

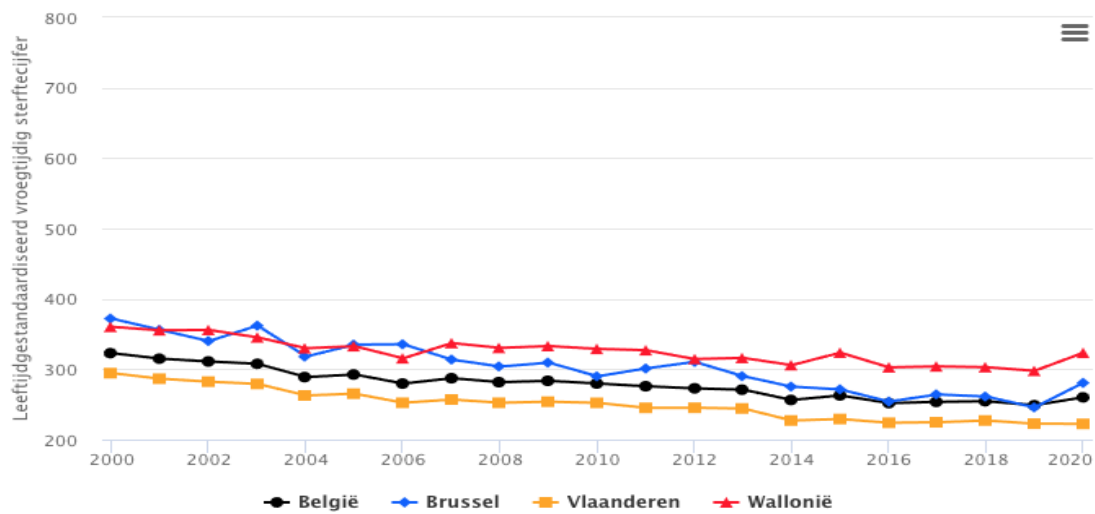
(\*) met de Europese standaardpopulatie 2010 als referentie



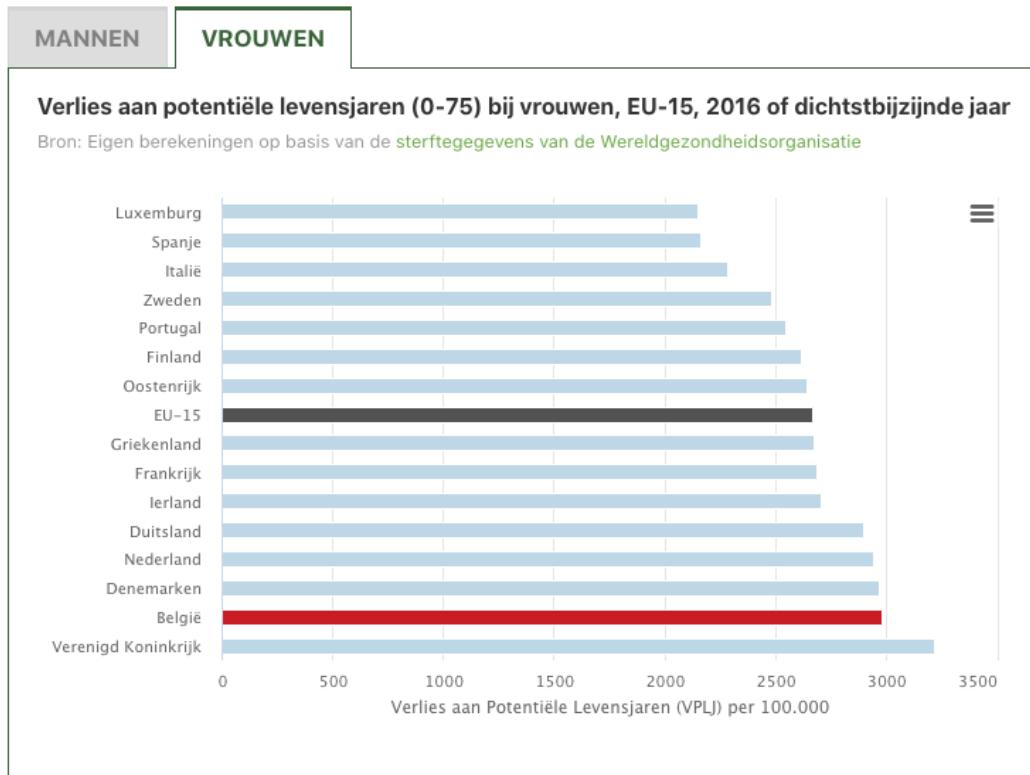
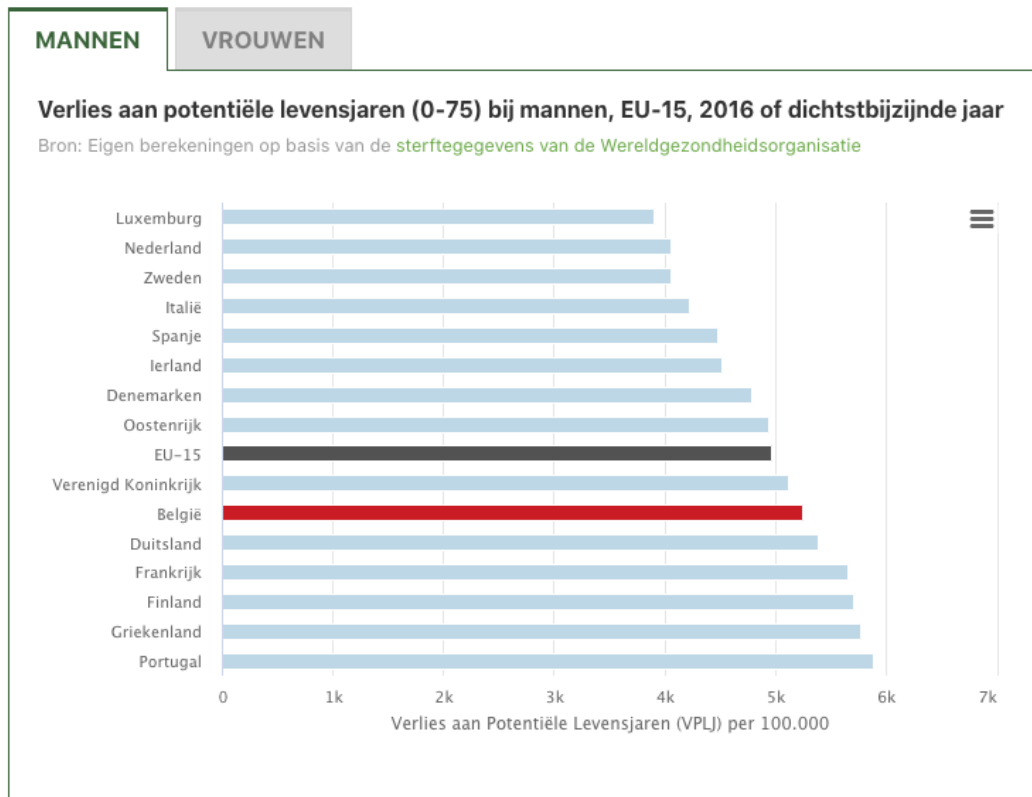
### Voor leeftijd gecorrigeerd vroegtijdig sterftecijfer (\*) bij vrouwen, volgens gewest, 2000-2020

Bron: Eigen berekeningen op basis van de gegevens van Statbel

(\*) met de Europese standaardpopulatie 2010 als referentie



Ook hier scoren we internationaal niet goed.





Wat het belang van de verschillende doodsoorzaken betreft:

Bij zowel mannen als vrouwen wordt bijna 70% van alle vroegtijdige sterftes veroorzaakt door dezelfde drie groepen van doodsoorzaken:

- Tumoren, voornamelijk kankers
- Hart- en vaatziekten
- Uitwendige oorzaken, voornamelijk zelfmoord en verkeersongevallen.

Het aandeel van tumoren onder alle vroegtijdige sterfgevallen is hoger bij vrouwen dan bij mannen. Omgekeerd is het aandeel van hart- en vaatziekten en uitwendige oorzaken hoger bij mannen.

De meest frequente oorzaken van vroegtijdige sterfte zijn:

- bij mannen: longkanker, coronaire hartziekte en zelfmoord
- bij vrouwen: longkanker, borstkanker en cerebrovasculaire aandoeningen

In termen van verloren potentiële levensjaren (VPLJ) wordt de hoogste ziektelast door vroegtijdige sterfte veroorzaakt door:

- Bij mannen: zelfmoord, longkanker, coronaire hartziekte en verkeersongevallen
- Bij vrouwen: borstkanker, longkanker, zelfmoord en cerebrovasculaire aandoeningen

De meeste oorzaken van vroegtijdige sterfte nemen in de loop van de tijd af of blijven minstens stabiel. Bijvoorbeeld:

- De vroegtijdige sterfte door coronaire hartziekte daalde spectaculair bij beide geslachten tijdens de periode 2000-2018, met een afname van meer dan 60% van de voor leeftijd gecorrigeerde sterftecijfers.
- Hetzelfde werd waargenomen voor cerebrovasculaire aandoeningen (een afname van meer dan 50%).
- Vroegtijdige sterftecijfers voor longkanker zijn ook aanzienlijk gedaald bij mannen (een afname van 47%).
- De vroegtijdige sterfte aan longkanker bij vrouwen is daarentegen dramatisch toegenomen tussen 2000 en 2015 (met een stijging van 41%) en heeft zich daarna gestabiliseerd. Het is gestegen van de vierde hoofdoorzaak voor sterfte tot de eerste, net boven borstkanker.
- Een lichte stijging wordt ook waargenomen voor COPD bij vrouwen.

MANNEN

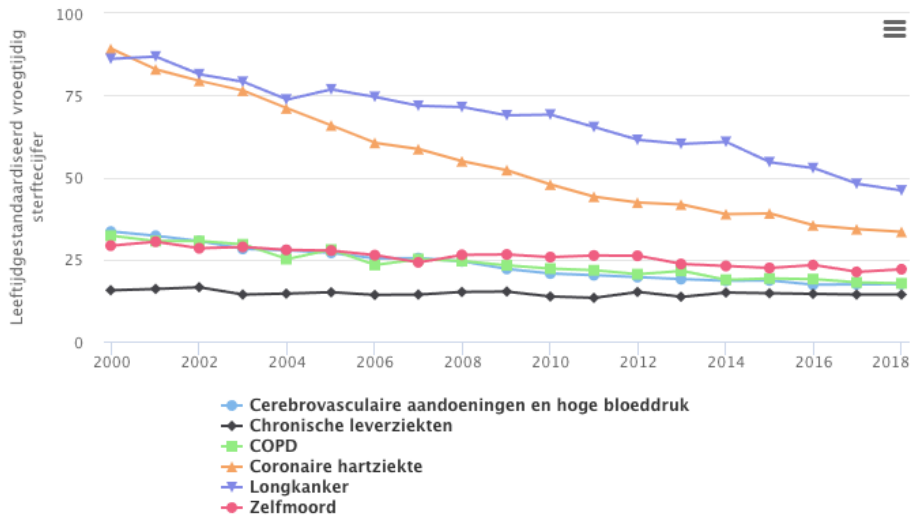
VROUWEN

**Voor leeftijd gecorrigeerd (\*) vroegtijdig sterftcijfer van de 6 belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte (jonger dan 75) bij mannen, België, 2000-2018**

Bron: Eigen berekeningen op basis van het databestand sterftcertificaten van Statbel

(\*) met de Europese standaardpopulatie 2010 als referentie

Noot: In het verleden werden de zelfmoordcijfers in Brussel gedurende enkele jaren onderschat door de vertraging van de Brusselse administratie bij het bevestigen van zelfmoordzaken.



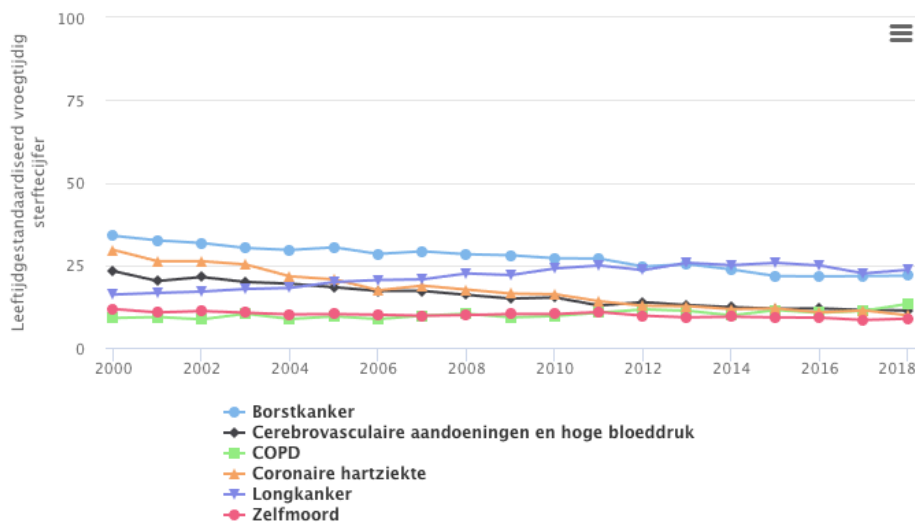
MANNEN

VROUWEN

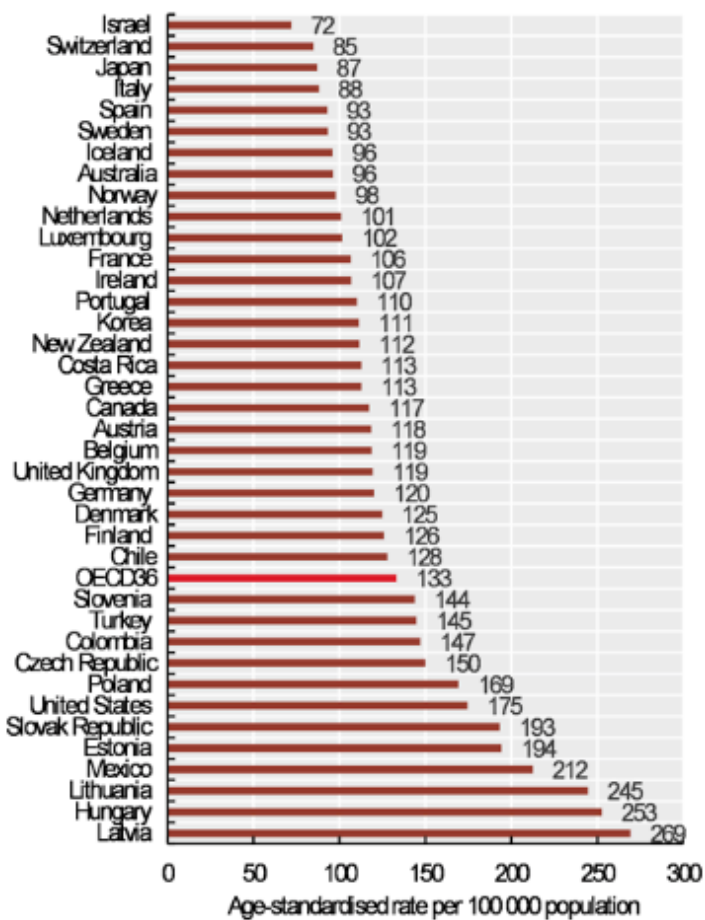
**Voor leeftijd gecorrigeerd (\*) vroegtijdig sterftcijfer van de 6 belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte (jonger dan 75) bij vrouwen, België, 2000-2018**

Bron: Eigen berekeningen op basis van het databestand sterftcertificaten van Statbel

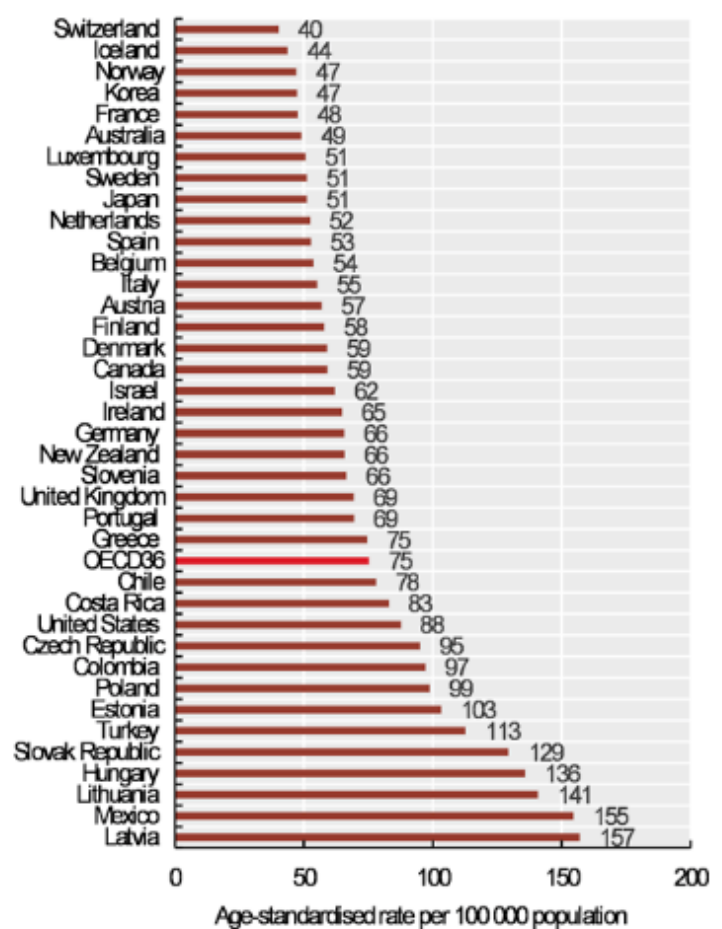
(\*) met de Europese standaardpopulatie 2010 als referentie



Mortality from preventable causes



Mortality from treatable causes



Source: OECD calculations, based on WHO Mortality Database.

 StatLink <https://doi.org/10.1787/888934014973>

#### §4. Toegenomen levensverwachting

##### 1. De cijfers

De levensverwachting neemt al decennia toe. Sinds het jaar 2000 is de levensverwachting met 4 jaar toegenomen. In 2019 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte 81,8 jaar in België.

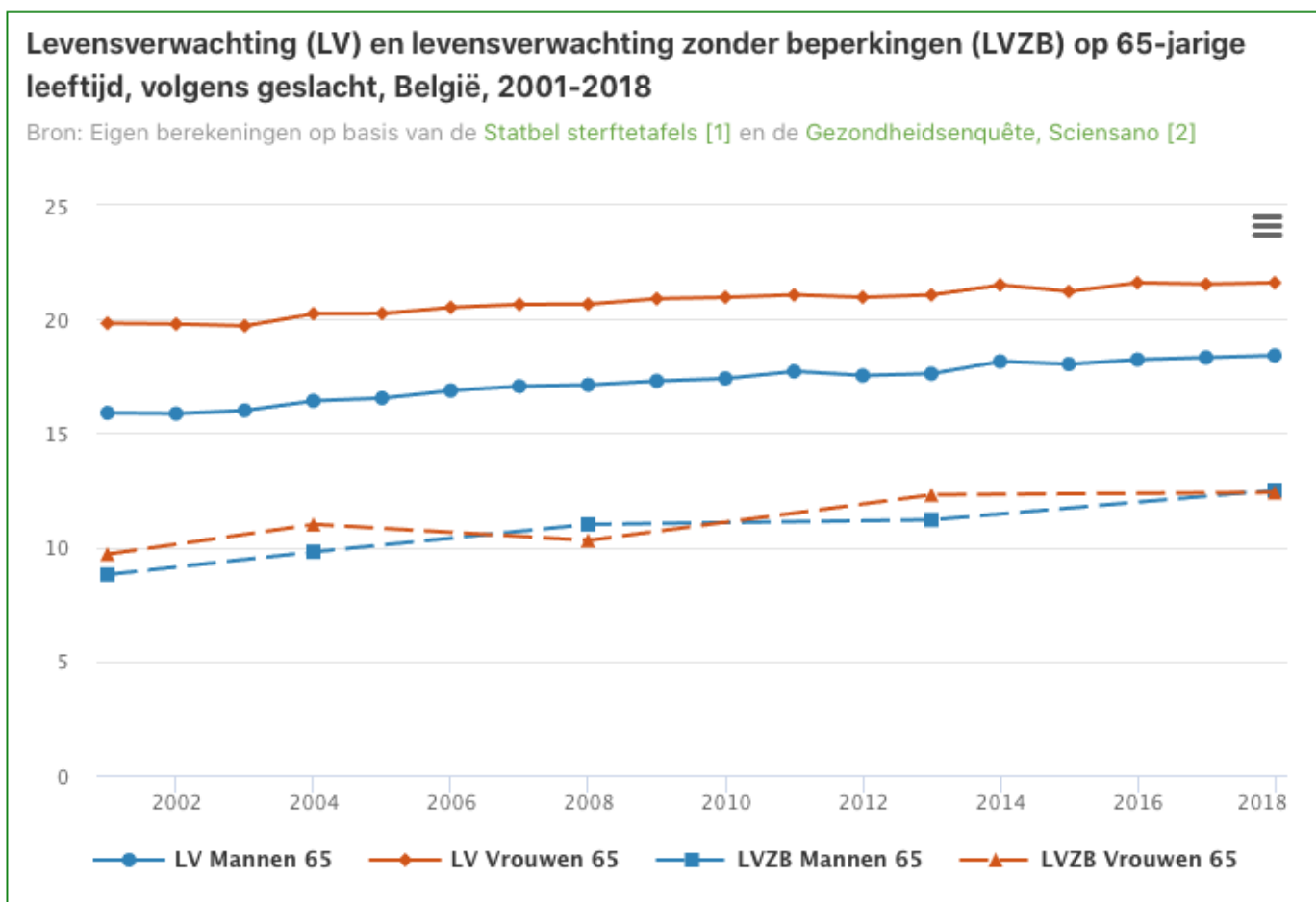
In 2019 lag de levensverwachting 4,4 jaar hoger bij vrouwen (84,0 jaar) dan bij mannen (79,6 jaar). De levensverwachting steeg echter sneller bij mannen dan bij vrouwen. Tijdens de periode 2000-2019 steeg die met 5 jaar bij mannen en met 3,1 jaar bij vrouwen, waardoor de genderkloof werd verkleind. Na een stagnatie van 3 jaar bij vrouwen, kent de levensverwachting in 2019 een belangrijke toename bij zowel mannen (+0,4 jaar) als vrouwen (+0,3 jaar).

De levensverwachting bij de geboorte in België is lager dan het EU-15-gemiddelde, en dit geldt voor zowel mannen als vrouwen. België heeft de achtste laagste levensverwachting onder de EU-15-landen voor mannen, en de negende laagste levensverwachting voor vrouwen. Bovendien is het verschil tussen België en de EU-landen met de hoogste levensverwachting aanzienlijk: 1,7 jaar bij mannen in vergelijking met Zweden en 2,4 jaar bij vrouwen in vergelijking met Spanje.

In 2018 bedroeg de levensverwachting op 65 jaar 21,54 jaar voor mannen, 24,98 jaar voor vrouwen.

In 2018 bedroeg de levensverwachting zonder beperkingen op 65-jarige leeftijd (LVZB<sub>65</sub>) in België 12,5 jaar voor mannen en 12,4 jaar voor vrouwen. Tussen 2004 en 2018 is de LVZB<sub>65</sub> toegenomen met 2,7 jaar voor mannen en 1,4 jaar voor vrouwen. Van mannen en vrouwen wordt dus verwacht dat zij respectievelijk 68% en 57% van het resterende leven zonder functiebeperkingen doorbrengen. Terwijl vrouwen veel langer leven, leven ze slechts iets langer zonder beperkingen. Als gevolg daarvan leven ze meer jaren met beperkingen (zowel in absoluut aantal jaren als in % van het resterende leven).

In de periode 2001-2018 is de LVZB<sub>65</sub> met ongeveer 3,7 jaar gestegen voor mannen en 2,7 jaar voor vrouwen.



## 2. Bijdrage van de gezondheidszorg aan de stijgende levensverwachting

Welke factoren hebben een rol gespeeld in deze stijgende levensverwachting? In welke mate heeft de gezondheidszorg hieraan bijgedragen?

Lange tijd is het debat hierover bepaald geweest door het werk van Thomas McKeown, met name zijn werk uit 1976: 'The role of Medicine-Dream, Mirage or Nemesis'. Hierin toonde hij aan dat de dalende mortaliteit sinds het midden van de 19<sup>de</sup> eeuw hoofdzakelijk het resultaat was van de dalende sterfte ten gevolge van infectieziektes. Hij stelde dat deze afname grotendeels voorafging aan beschikbaarheid van medische behandelingen zoals antibiotica. Volgens hem was ze er gekomen door een betere voedingstoestand van de bevolking. Hij besloot hieruit dat de gezondheidszorg geen substantiële bijdrage had geleverd aan de dalende mortaliteit en dat ook in de moderne samenleving gezondheidsproblemen beter onder controle konden gebracht worden door veranderingen in de omgeving dan door medische zorg.

Mackenbach heeft aangetoond dat ook in de periode tot aan WOII de bijdrage van de gezondheidszorg aan de dalende mortaliteit groter was dan Mc Keown veronderstelde, met name door de rol die een betere medische kennis heeft gespeeld in veiliger drinkwater, verwerking van afvalwater, een betere persoonlijke hygiëne en een betere huis- en werkomgeving.

Voor na WOII zijn de mogelijkheden in de gezondheidszorg op vlak van diagnose en behandeling spectaculair toegenomen.

Een studie van het Federaal Planbureau uit 2014, 'De Maatschappelijke Betekenis van de Gezondheidszorg', stelt dat voor de periode 1970-2010 de impact van de enorme stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg op de levensverwachting aanzienlijk is geweest: een winst van 5,9 jaar voor mannen en 4,5 jaar voor vrouwen, hetgeen respectievelijk 66% en 55% uitmaakt van de totale toename van de levensverwachting in die periode.

Dit stemt overeen met een artikel van John P. Bunker, uit 2001, waarin hij zegt: '...clinical services, composed of preventive services as well as therapeutic intervention, we credited with 5 or 5 ½ years of the 30 years increase in life expectancy since 1900, and half of the 7 or 7 ½ years of increase since 1950.'

Een ander artikel van R. Bryan uit 2006: '...we assumed that 66,5 % of the improvements in health outcomes observed in 2000 compared with 1980 are attributable to the increased expenditures on health-care services.'

David M. Cutler berekende in 2001 dat de gemiddelde 45-jarige Amerikaan in 1990 vier jaar langer leefde dan in 1950 door een verminderde cardiovasculaire mortaliteit, die in gelijke mate het gevolg was van medische technologie, geneesmiddelen en gedragsverandering.

Een studie van het Nederlands Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu berekende in 2007 dat sinds de jaren vijftig van de 20<sup>ste</sup> eeuw de levensverwachting van de gemiddelde Nederlander met zeven jaar is toegenomen, vier daarvan dankzij betere medische zorg (los van gezondheidgevolgen door verandering in leefstijl en van sociaaleconomische of culturele veranderingen).

In een andere studie van 2013 is Mackenbach wat voorzichtiger: 'However, data from randomized trials are not available to estimate the influence of health care spending on life expectancy. ...We conclude therefore that, while it appears likely that increases in health care spending have contributed somewhat to the growth of life expectancy in Western countries,

the strength of the effect remains uncertain and may differ between sectors. Also, the mechanisms underlying the causal relationship between health care spending and life expectancy are still unclear.'

## **§5. Een hardnekkig probleem: sociaaleconomische ongelijkheid in gezondheid**

### 1. Algemene stand van zaken

Eenzijds wordt België gekenmerkt door een grote middenklasse (wat de inkomensongelijkheid beperkt) en anderzijds door een relatief hoog armoederisico, vooral voor mensen met een laag opleidingsniveau.

De inkomensongelijkheid is relatief groot vóór de herverdeling via belastingen en overdrachten. Maar dankzij het Belgische belastings- en sociale zekerheidsstelsel is België één van de meest egalitaire landen van Europa. Dat zou een positieve impact kunnen hebben op de gezondheid van de bevolking en op het gebruik van de gezondheidszorg.

Een vijfde van de bevolking loopt het risico op armoede en sociale uitsluiting. Dit is in lijn met het EU-15-gemiddelde. Er zijn wel grote verschillen afhankelijk van leeftijd en opleidingsniveau:

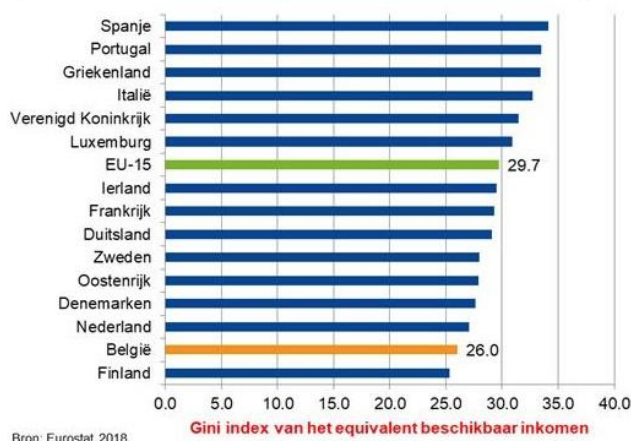
-voor mensen die 65 jaar en ouder zijn is het risico op armoede relatief hoger (hoewel het wel afneemt doorheen de tijd);

-voor mensen op actieve leeftijd (18 tot 64 jaar) is het risico op armoede het laagst (hoewel het wel toeneemt doorheen de tijd), maar er zijn wel aanzienlijke verschillen tussen laag- en hoogopgeleiden;

-kinderen van 17 jaar of jonger lopen een verhoogd risico op armoede, zonder een duidelijke opwaartse of neerwaartse trend voor de periode 2005-2017.

De Gini-coëfficiënt, een cijfer dat de ongelijkheid weerspiegelt (0 is totale gelijkheid, 1 volledige ongelijkheid), voor inkomen ligt in België laag.

**Figuur 1 - Gini index van het equivalent beschikbaar inkomen (jaar 2017)\***



\*De cijfers voor Ierland en het Verenigd Koninkrijk hebben betrekking op het jaar 2016.

De Gini-coëfficiënt voor vermogen ligt een heel stuk hoger, in België net iets boven 0,6, al is die ook gemiddeld wat lager dan in de meest landen van West-Europa.

## 2. Ongelijkheid in gezondheidszorg

Sociaaleconomische (SE) ongelijkheden werden geconstateerd voor het hele spectrum aan gezondheidsindicatoren, variërend van risicofactoren tot morbiditeit en mortaliteit.

-ongelijkheid in levensverwachting, gezonde levensverwachting en subjectieve gezondheid:

### Sociaal economische ongelijkheden in levensverwachting, gezonde levensverwachting, en subjectieve gezondheid, Gezondheidsenquête, België, 2018

Bronnen: (a) Bourguignon et al. [10]; (b) Renard et al. berekeningen gebaseerd op census 2011 gerelateerd aan een 5-jarige opvolging van de mortaliteit, en opdeling van opleidingsniveau in drie groepen [12]; (c) berekend op basis van gegevens uit de gezondheidsenquête, waarbij opleidingsniveau opgedeeld is in drie categorieën, Sciensano [15]

|   | Sociaal economische indicator    | Jaar      | Geslacht | Waarde voor laagste SES | Waarde voor hoogste SES | Absoluut verschil | Relatief verschil | CII <sub>abs</sub> | PAF   |
|---|----------------------------------|-----------|----------|-------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------|
| Levensverwachting bij de geboorte <sup>(a)</sup>                          | Samengestelde score (kwartielen) | 2020      | Man      | 73.5                    | 82.8                    | -9.3              |                   | 4.2 <sup>(d)</sup> |       |
|   |                                  |           | Vrouw    | 79.7                    | 86                      | -6.3              |                   | 2.7 <sup>(d)</sup> |       |
| Levensverwachting op 25-jarige leeftijd <sup>(b)</sup>                    | Opleidingsniveau(3)              | 2011-2015 | Man      | 51.7                    | 57.8                    | -6.1              | -                 | 3.4                | -     |
|   |                                  |           | Vrouw    | 57.3                    | 61.9                    | -4.6              | -                 | 2.4                | -     |
| Levensverwachting zonder beperkingen op 25-jarige leeftijd <sup>(b)</sup> | Opleidingsniveau(3)              | 2011-2015 | Man      | 37.0                    | 47.5                    | -10.5             | -                 | 6.0                | -     |
|   |                                  |           | Vrouw    | 35.5                    | 49.0                    | -13.4             | -                 | 7.2                | -     |
| Slechte subjectieve gezondheid (% bevolking ≥ 15 jaar) <sup>(c)</sup>     | Opleidingsniveau(3)              | 2018      | Beiden   | 34.7%                   | 15.8%                   | 18.9%             | 2.2               | -                  | 30.0% |

Sinds 1992 is de ongelijkheid in levensverwachting, gezonde levensverwachting en subjectieve gezondheid toegenomen.

-ongelijkheid qua morbiditeit:

De SE ongelijkheden voor het lijden aan een chronische aandoening zijn klein: na correctie voor leeftijd worden chronische aandoeningen gemeld door 31% van de mensen met een laag opleidingsniveau tegenover 27% door de mensen met een hoog opleidingsniveau, wat leidt tot

een verschil in van 3,9 procentpunt (ppt) en een ratio van 1,1 voor het voorkomen van de aandoening (%). De ongelijkheden zijn echter groter wanneer rekening wordt gehouden met het gelijktijdig voorkomen van verschillende chronische aandoeningen (multimorbiditeit), met een absoluut verschil van 5,7 procentpunten en een ratio van 1,4 (wat betekent dat multimorbiditeit 40% vaker voorkomt bij personen met een laag opleidingsniveau vergeleken met mensen met een hoog opleidingsniveau).

De relatieve ongelijkheden waren groot voor coronaire hartziekten (bij 65-plussers) en COPD (bij 65-plussers), met respectievelijk 2,0 en 1,9 maal meer mensen met coronaire hartziekten (bij 65-plussers) en COPD (bij 65-plussers) in de lage opleidingsniveaus dan in de hoge opleidingsniveaus.

-ongelijkheid in geestelijke gezondheid

De prevalentie van angststoornissen, depressieve stoornissen en zelfmoordgedachten verschilt per sociaaleconomische groep, met een hogere prevalentie bij personen die behoren tot minst bevoordeelde sociaaleconomische groep vergeleken met personen die behoren tot de meest bevoordeelde sociaaleconomische groep.

In 2018 waren de sociaaleconomische ongelijkheden groter op het gebied van geestelijke gezondheid dan op het gebied van lichamelijke gezondheid, met relatieve verschillen schommelend rond de waarde 2.

Wanneer we kijken naar de evolutie, dan zijn de absolute ongelijkheden bij angststoornissen en depressieve stoornissen sterk toegenomen tussen 2008 en 2013, en stabiel gebleven op een hoger niveau tussen 2013 en 2018. Tussen 2013 en 2018 zijn ook de relatieve ongelijkheden op het gebied van depressieve stoornissen vergroot, in het nadeel van de lagere sociale klassen.

-ongelijkheid in determinanten van gezondheid

In 2018 werden er in België sterke socio-economische ongelijkheden vastgesteld voor verscheidene gezondheidsdeterminanten.

Binnen de groep van personen met een laag opleidingsniveau waren er in vergelijking met hoog opgeleiden drie keer meer dagelijks rokers en twee keer meer personen lijdend aan obesitas of personen die dagelijks gesuikerde dranken consumeren.

Personen met een laag opleidingsniveau hadden ook twee keer minder kans om voldoende fruit/groenten te eten of om voldoende lichaamsbeweging te hebben in vergelijking met mensen met een hoog opleidingsniveau.

Tussen 1997 en 2018 werd een toename van de ongelijkheid in dagelijks roken waargenomen. Bij de andere onderzochte gezondheidsdeterminanten werd er geen duidelijke trend vastgesteld voor ongelijkheid.

-ongelijkheid in gezondheidsvaardigheden:

Het niveau van gezondheidsvaardigheden is sterk verbonden met het opleidingsniveau. Mensen met het laagste opleidingsniveau hebben bijna twee keer meer kans op lage gezondheidsvaardigheden dan mensen met het hoogste opleidingsniveau. De resultaten van de peilingsproeven in 2022 in de derde graad BSO laten weinig goeds vermoeden. Deze proeven gaan na of leerlingen bepaalde eindtermen-de minimumdoelen die



zijn opgelegd- behalen. Voor functionele rekenvaardigheid behaalt slechts 26% de eindtermen, voor functionele leesvaardigheid 34% en voor functionele luistervaardigheid 30%.

### 3. Ongelijke uitgaven voor gezondheidszorg

De uitgaven voor gezondheidszorg zijn zeer ongelijk verdeeld.

Uit cijfers van het Intermutualistisch Agentschap blijkt dat in 2018 voor tien procent van de Belgen gemiddeld 16 071 euro werd uitgegeven, goed voor 72% van de totale uitgaven, voor 1% van de bevolking was dit 62 582 euro, goed voor 28% van de totale uitgaven. Voor de overige 90% bedroegen de uitgaven 693 euro.

Bij de tien procent van de 'grote gebruikers' bestaat 49% van de uitgaven uit kosten tijdens hospitalisaties, zeven op de tien van deze 10% lijdt aan minstens één chronische ziekte.

De tien procent 'grote gebruikers' betalen gemiddeld 669 euro remgeld en 1 118 euro aan supplementen, voor de top 1% is dit respectievelijk 1 307 euro en 2 126 euro.

In 2002 werd weliswaar een zogenaamde maximumfactuur ingevoerd. Dit houdt in dat je (in principe) jaarlijks nooit meer betaalt aan gezondheidszorg dan een bepaald plafondbedrag.

Toch blijkt dat in 2008 slechts 20% van de gezinnen met hoge betalingen dankzij deze maatregel uit de armoede werden gehouden.

Recente cijfers van Eurostat zijn bepaald alarmerend:

-in 2008 geeft 1,4% van de laagste inkomens aan dat ze niet aan de nodige zorg geraakt. In 2016 is dit gestegen tot 8%.

-Eén op de vijf Belgen zegt dat een tandartsbezoek onbetaalbaar is en één op de vijf Belgen zoekt geen psychologische hulp omdat een psycholoog te duur is. Bij de laagste inkomens loopt dit op tot 36%.

-in Vlaanderen stelt 4,9% zorg uit omwille van financiële redenen, bij de laagste inkomens is dit 12,1%; in Wallonië is dit respectievelijk 9,7% en 17,3%; in Brussel 23% en 40%! Steeds meer Belgen stellen dus zorg uit, terwijl deze trend in andere West-Europese landen net daalt.

### 4. De economische kost van ongelijkheid

In een verbijsterende en totaal onderbelichte studie uit 2010 heeft Johan Mackenbach de economische kost berekend van deze ongelijkheid in gezondheid in de Europese Unie. Sterfte ten gevolge van ongelijkheid schatte hij op 700 000 overlijdens per jaar. De monetaire waarde van het welvaartsverlies ten gevolge van ongelijkheid schatte hij op 9,4% van het BBP. Uitgaven voor gezondheidszorg verbonden aan ongelijkheid zijn verantwoordelijk voor 20% van de totale uitgaven in de gezondheidszorg.

### 5. Een theoretisch model om deze ongelijkheid te verklaren

Een model voor de verklaring van de negatieve impact van sociale ongelijkheid op gezondheid is ontleend aan het werk van Jane Stein. De rol van sociale ongelijkheid past binnen een ruimer model dat op zoek gaat naar de determinanten van gezondheid en waarin ze vier grote groepen van factoren onderscheidt: milieufactoren, maatschappelijke factoren, het gezondheidszorgsysteem en individuele factoren.

We staan hier stil bij de maatschappelijke en de individuele factoren.

## (1) Maatschappelijke factoren:

-*Social disadvantage*. Het betreft hier een grote groep variabelen als klasse, ethnische groep, leeftijd, geslacht, huwelijksstatus. 'It consists of an internalized, negative social identity..., which affects health through psychosocial and psychoneuroimmunologic processes. Social disadvantage also directly affects health negatively, by increasing exposure to threats as violence and through lack of basic resources'. Deze variabelen leiden tot een slechtere gezondheid via ongunstige leefomstandigheden, ongezonde of gebrekkige voeding, gebrek aan scholing, gebrekkige toegang tot de gezondheidszorg, ongezonde levensstijl. Daarnaast hebben deze variabelen evenwel ook een bijkomend, onafhankelijk effect op de gezondheid, dat niet gemedieerd wordt door de vernoemde risicofactoren. Hiervoor zijn psychosociale mechanismen verantwoordelijk. 'Chronic stress, poor self-image, lack of social support, lack of actual and perceived control, are all probable results of external and internalized oppression'.

-*Armoede/werkloosheid*. Armoede impliceert allerlei risico's voor de gezondheid: gebrekkige voeding, gevaarlijk of uitputtend werk, overbevolkte huizen, de toestand van het huis laat geen hygiëne of veiligheid toe, gevaarlijke omgeving, met name voor kinderen, gebrekkige scholing en medische kennis, tekort aan sociale stabiliteit, een sfeer van frustratie, hopeloosheid, woede en conflict.

-*deprivatiecyclus*. Dit begrip verwijst naar vicieuze mechanismen, waardoor armoede zich bestendigt, binnen en tussen generaties

-*social disorganisation*, '...as chronic stress due to disordered personal relationships and lack of predictability.'

-*inkomensongelijkheid*. Onafhankelijk van de reeds vernoemde factoren heeft de sociale hiërarchie (en de perceptie ervan) een impact op de gezondheid.

## (2) Individuele factoren.

Hier gaat Stein in op het belang van vier groepen van psychosociale factoren. Deze individuele variabelen ziet ze niet los van de maatschappelijke context. '...that sociocultural factors strongly affect individual physiology. As psychosocial and psychoneurological processes become demystified, characteristics that have generally been considered as innate or as 'personality traits' may be recast as skills to be learned. The dichotomization of individual/society may be replaced by a more interactive and holistic relationship.'

De vier groepen factoren zijn:

1. *vulnerability and resistance resources*. Ze onderscheidt hierbij verder:

-sense of coherence; 'confidence in the predictability of one's internal and external environment, confidence that things will, by and large, turn out well.'

-'coping': 'cognitive and behavioral attempts to change, tolerate or avoid problematic situations (stressors), including attempts to change, tolerate or avoid emotional responses to stressors'

-self-esteem, sense of mastery, adaptive potential, subjective well-being'

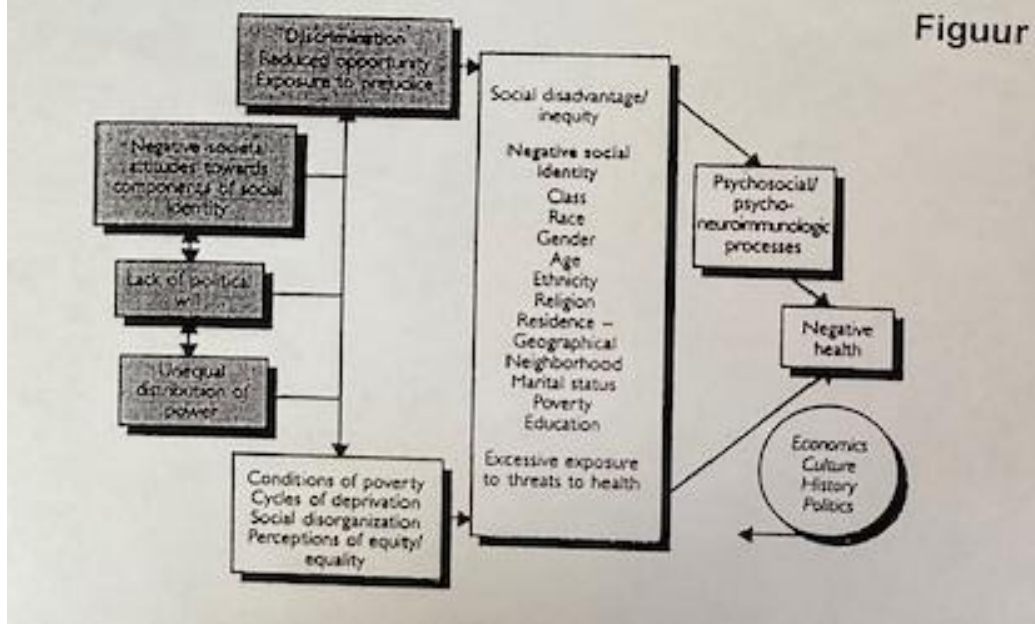
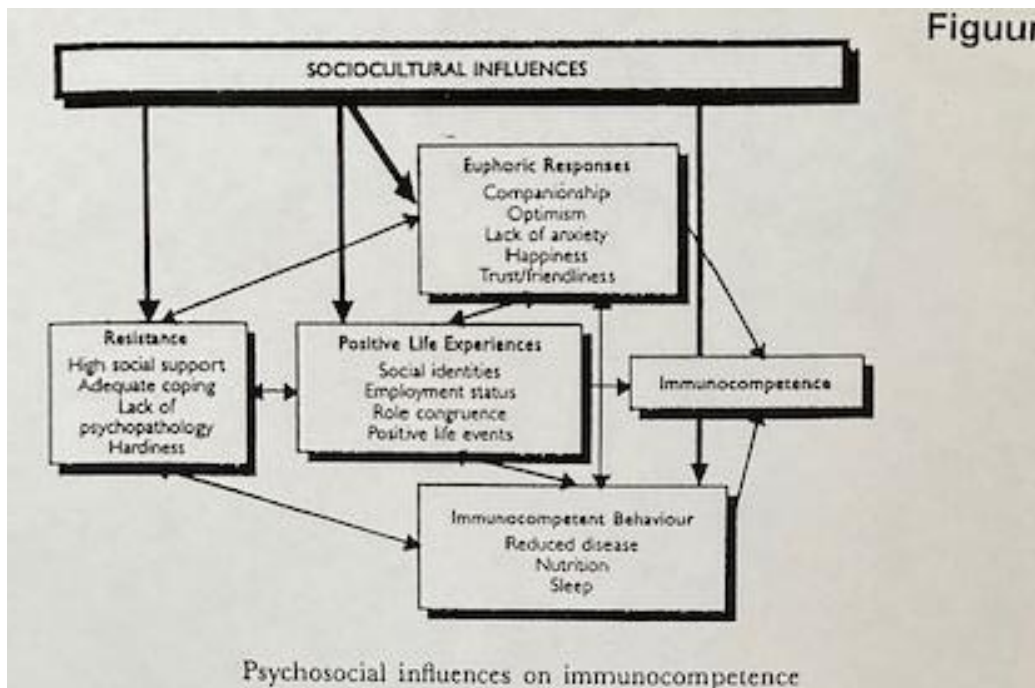
-alienation and powerlessness`

-social support. Deze sociale steun kan gesitueerd zijn op emotioneel, instrumenteel of informatief vlak of waarderend zijn.

2. *Stress/adverse life experiences*

3. *Dysphoric responses*, als het resultaat van negatieve gebeurtenissen, in de hand gewerkt door kwetsbaarheid en ongezonde gedragsgewoonten. Voorbeelden zijn: eenzaamheid, depressie, angst, zich ongelukkig voelen, woede

4. *Immunosuppressive behaviors*, zoals gebrekkige voeding, middelengebruik, slaapttekort.



## 6. Armoede, ongelijkheid en gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering op individueel vlak tracht mensen te motiveren tot gedragsverandering door te wijzen op de nadelige effecten op lange termijn van ongezonde gewoonten als roken, ongezond eten en gebrek aan beweging. In achtergestelde buurten botst deze strategie op een aantal moeilijkheden.

1. Wijkbewoners in deze buurten hebben een hogere morbiditeit en mortaliteit: hun (gezonde) levensverwachting is een stuk lager. Ze hebben dus globaal minder gezondheidskapitaal te verdedigen dat nog de moeite loont om af te stappen van gewoonten waar ze op korte termijn plezier aan beleven of waarmee ze de ellende wat compenseren.

2. Deze mensen leven meer in het nu (zie verder: de psychologie van de schaarste), het dagelijks leven en overleven, de eindjes aan elkaar knopen. Het ontnemt hen het zicht op een langere termijn. Van mensen die in het heden zekerheid kennen, mag je meer verwachten dat zij ook een perspectief op langere termijn hanteren.

3. Gedragsverandering voor een betere gezondheid impliceert een gevoel van controle over je eigen leven. (Kans)armen hebben een externe 'locus of control', het gevoel dat men zijn leven, zijn lot ondergaat en men er geen impact op heeft, het overkomt je allemaal. Men ziet het eigen lot als meer bepaald door externe factoren dan door eigen inspanning. Vaak overheersen gevoelens van apathie en machteloosheid. Vaak ook besteedt men de zorg om zijn gezondheid uit aan de zorgverleners.

4. Bekommernis om de eigen gezondheid moet geënt kunnen zijn op een gevoel van eigenwaarde. Indien men allerlei mislukkingen heeft gekend, gaat men zich vlugger schuldig en onzeker voelen en ondermijnt dit het eigenwaarde-gevoel.

5. Roken en ongezonde eetgewoonten maken vaak deel uit van een bepaalde stijl van consumptie. 'Les professionnels de la santé se préoccupent des mesures de sécurité et de prévention afin de repousser le plus loin possible le vieillissement et la maladie tandis que les gens de la classe populaire recherchent la satisfaction de certains petits plaisirs ou de patits extras qui rendent la vie plus douce'

Mensen worden voortdurend tot consumptie aangepord en verleid. Bovendien hebben goederen, zo leert Baudrillard ons, naast een gebruiks- en ruilwaarde een belangrijke tekenwaarde. 'Consumptie is een psychologisch proces waarin je naast goederen en diensten ook een persoonlijkheid of een identiteit koopt.' Men verbruikt dus bepaalde producten om een bepaalde levensstijl uit te drukken. De socioloog Pierre Bourdieu leert hoe smaak (voor kunst, kleding, voedsel) als wapen wordt gebruikt bij het op afstand houden van lagere sociale klassen, hoe distinctie en distantie samengaan. Dit proces lijkt evenwel ook te spelen van onder naar boven: ook de lagere sociale klassen creëren hun eigen consumptie-stijl en willen op die manier hun identiteit affirmeren én tegelijk uitdrukken dat ze erbij horen.

## 7. De psychologie van de schaarste.

In 2013 stellen Eldar Shafir en Sendhil Mullainathan een nieuwe theorie over armoede voor, die ze omschrijven als de psychologie van de schaarste.

Het maakt niet zoveel uit wat dat gebrek is: te weinig tijd, geld, vrienden, calorieën – het zorgt allemaal voor een 'schaarstementaliteit'. En dat brengt voordelen met zich mee. Mensen die schaarste ervaren, zijn goed in het managen van hun kortetermijnproblemen. Armen slagen

er verrassend goed in de touwtjes - op korte termijn - aan elkaar te knopen, zoals overwerkte CEO's bedreven zijn in het halen van hun laatste *target*.

Toch zijn de nadelen van de 'schaarstementaliteit' groter dan de voordelen. Schaarste laat je focussen op je directe gebrek: de rekening die morgen moet worden betaald of de vergadering die over een paar minuten begint. Wat eten we vanavond? Waarvan betaal ik het schoolgeld? Hoe haal ik het einde van de week? Zo verdwijnt het langetermijnperspectief. 'Schaarste slokt je op', zegt Shafir. 'Je hebt minder aandacht voor dingen die je eigenlijk ook belangrijk vindt.'

Vergelijk het met een nieuwe computer die tien zware programma's tegelijk draait. Het apparaat is traag, maakt fouten en loopt vast – niet omdat het een slechte computer is, maar omdat het te veel tegelijkertijd moet doen. Bij armen is iets vergelijkbaars aan de hand. Ze nemen geen domme beslissingen omdat ze dom *zijn*, maar omdat ze in een context leven waarin iedereen domme beslissingen zou nemen.

De korte-termijn bekommernissen nemen iets cruciaals in beslag: 'bandbreedte', noemen Shafir en Mullainathan het. 'Als je de armen wilt begrijpen, moet je je voorstellen dat je met je gedachten elders bent,' schrijven ze. 'Het kost veel moeite om jezelf in de hand te houden. Je bent afwezig en raakt snel van streek. En dat elke dag.' Zo leidt schaarste – of het nu van tijd, eten of geld is – tot onverstandige beslissingen.

Het gevolg is namelijk een tunnelvisie: een eenzijdige concentratie op het ervaren schaarsteprobleem zorgt ervoor dat andere - misschien wel belangrijkere - (langere termijn) doelstellingen en overwegingen verwaarloosd, onderschat of verdrongen worden, ongeacht de consequenties. Tunnelvisie ontstaat doordat de ervaring van schaarste leidt tot een directe afname van de zogenoemde bandbreedte, ofwel, het vermogen om aandacht op te brengen, om goede beslissingen te nemen, om vast te houden aan onze plannen en om verleidingen te weerstaan. Geldzorgen leiden zo dus tot geringere mentale vermogens.

## **§6. Het zwakke broertje: preventie.**

Enkele cijfers.

-vaccinaties bij kinderen in België:

Vaccinatie tegen poliomyelitis: de kritieke drempel die door de WHO wordt aanbevolen (90%) is bereikt in de drie regio's, maar de nationale drempel van 95% die door de Hoge Gezondheidsraad wordt aanbevolen niet.

Vaccinatie tegen difterie/tetanus/kinkhoest: het percentage kinderen dat volledig is ingeënt, is 93%. Dit percentage is stabiel en ligt iets boven de door de WHO aanbevolen drempel (90%), maar blijft lichtjes onder de kritieke drempel voor kinkhoest. Er duiken nog steeds behoorlijk wat kleine kinkhoestepidemieën op.

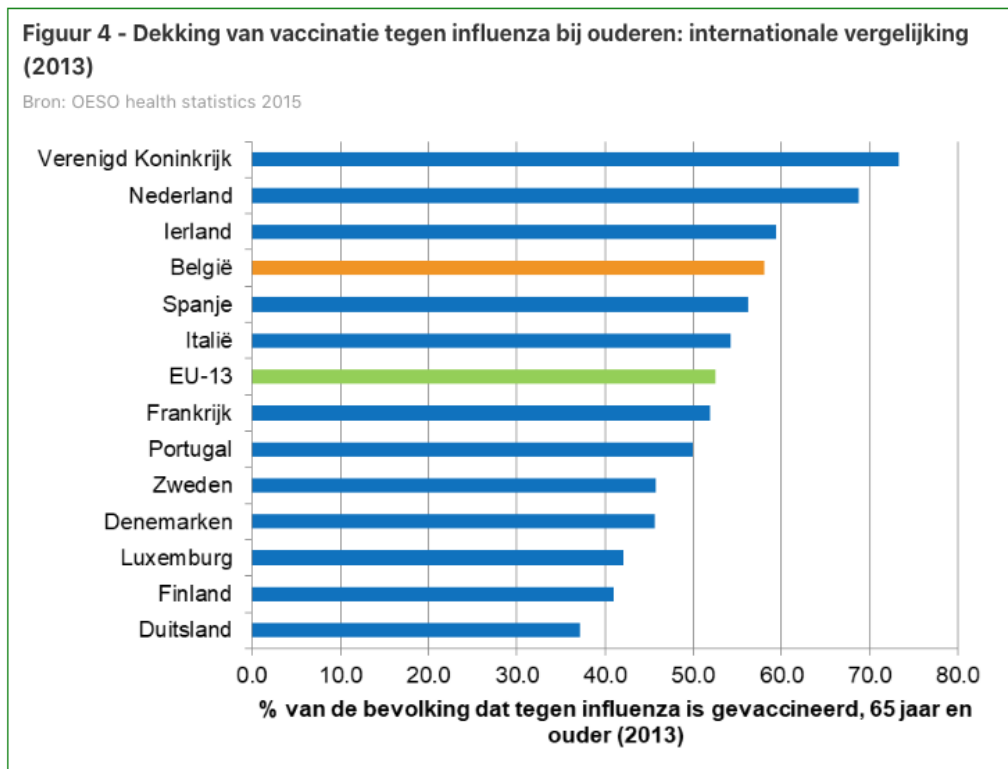
Vaccinatie tegen pneumokokken: de nationale dekkingsgraad is bevredigend.

Vaccinatie tegen mazelen: voor de eerste dosis is de door de WHO aanbevolen dekking (95%) in 2016 bereikt in Vlaanderen en in Wallonië (voor Brussel was er geen nieuw onderzoek). Voor de tweede dosis was de dekking te laag in de drie regio's, vooral in Wallonië en in Brussel. Verschillen in berekeningsmethoden kunnen echter leiden tot een onderschatting.

-vaccinatie influenza:

In 2016 was 54,7% van de mensen die 65 of ouder zijn (en die niet in een woonzorgcentrum verblijven) ingeënt tegen de griep, wat ruim onder de doelstelling van de WHO (75%) is.

Sinds 2009 (63,6%) blijft dit cijfer gestaag afnemen, voornamelijk in Wallonië en in Brussel, maar deze daling is ook merkbaar in het merendeel van de landen van de EU-15. Toch blijkt uit de cijfers van 2013 dat België zich boven het gemiddelde van de EU-15 bevindt.



-screening borstkanker:

In 2016 bedroeg de totale dekking bij vrouwen (georganiseerde screening + opportunistische mammografieën) 61,7%. Dit percentage ligt hoger in Vlaanderen (67,4%) dan in Wallonië (53,9%) en Brussel (52,9%).

De totale dekking is hoger voor jongere vrouwen binnen de leeftijdscategorie van 50 tot 69 jaar.

De dekking van het georganiseerde screeningsprogramma is gestagneerd op landsniveau met ongeveer 33%, en met grote regionale verschillen: in Vlaanderen is de dekking gestegen (van 7,5% in 2001 naar 50,7% in 2016), in Brussel is de dekking sinds 2007 gestagneerd op ongeveer 10% en in Wallonië zelfs licht gedaald tot slechts 6,8% (Figuren 7 en 8).

Zowel voor de georganiseerde screening als voor de totale dekking hebben vrouwen die op sociaal-economisch niveau het kwetsbaarst zijn (vrouwen met een verhoogde tegemoetkoming) een lagere dekking dan de rest van de bevolking (24,9% tegenover 34,3% voor het screeningsprogramma en 48,1% tegenover 65,1% voor de totale dekking).

Op internationaal niveau blijft de totale dekking onder het EU-15-gemiddelde en het aanbevolen screeningspercentage van 75%. Alleen Finland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk halen deze 75% en Ierland is er heel dicht bij.

-mondhygiëne

Amper de helft (54,1%) van de Belgische bevolking is minstens twee keer bij de tandarts langsgedaan over een periode van twee verschillende jaren tussen 2014 en 2016. Dit percentage gaat in stijgende lijn (47% in 2008).

De hoogste opkomst wordt waargenomen in de leeftijdsgroepen 5-14 jaar (66%) en 15-17 jaar (71%). De laagste opkomst wordt waargenomen bij heel kleine kinderen (3-4 jaar, 14%) en bij oudere mensen (75 en ouder, 36%).

Het percentage van de bevolking dat regelmatig bij de tandarts op controle gaat, ligt hoger in Vlaanderen (58%) dan in Wallonië (48%) en in Brussel (48%).

-risicogedrag:

Het aantal **rokers** is de afgelopen 15 jaar in België afgenomen. Het rookverbod op openbare plaatsen dateert van eind 2009. In 2018 was het percentage dagelijkse rokers 15%, wat lager is dan de gemiddelde prevalentie in de EU-15. Er zijn nog steeds meer dagelijkse rokers onder mannen dan onder vrouwen. In 2018 rookten minder jongeren (15-24 jaar) dagelijks (11% versus 17% in 2013).

Het **alcoholgebruik** ligt hoog in België. Het gemiddelde verbruik van pure alcohol in België is 12 liter per persoon per jaar, wat hoger is dan het gemiddelde Europese verbruik (11 liter). Daarmee is België een van de landen met een hoge ziektelast door alcohol.

**Overgewicht** is een belangrijk probleem in België, zoals in de meeste geïndustrialiseerde landen. In 2018 had ongeveer de helft van de volwassen bevolking overgewicht (49%) en 16% was zwaarlijvig op basis van zelfgerapporteerde metingen; objectieve metingen lieten zelfs nog hogere cijfers zien, respectievelijk 55% en 21%.

Het niveau van **lichaamsbeweging** is onvoldoende: minder dan een derde (30%) van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) voldoet aan de aanbevelingen van de WHO om gedurende de week ten minste 150 minuten aan matige intensiteit aerobe fysieke activiteit te doen.

Het Belgische **dieet** wordt enerzijds gekenmerkt door een overmatige consumptie van rood vlees, bewerkte vleeswaren en gesuikerde dranken. Anderzijds door een onvoldoende consumptie van fruit en groenten, noten en zaden, melk, eieren en vis.

Het Belgisch budget voor preventie is procentueel beduidend lager dan in de meeste Europese landen. De WHO hanteert als norm 3% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg.

## Current healthcare expenditure on preventive care

(% of total healthcare expenditure, 2018)



ec.europa.eu/eurostat

### §7. Kwaliteit van de gezondheidszorg.

#### 1. Doeltreffendheid

Vermijdbare sterfte kwam eerder al aan bod.

Hier nog twee bijkomende parameters om een beeld te krijgen van de doeltreffendheid, één voor de eerste lijn en één voor de ziekenhuizen.

#### **-Vermijdbare ziekenhuisopnames**

Astma en diabetes zijn wijdverspreide chronische ziekten. Voor beide bestaan doeltreffende behandelingen met een solide wetenschappelijke basis. Deze behandelingen kunnen grotendeels worden gegeven in de eerstelijnszorg. Een succesvolle eerstelijnszorg moet daarom vele ziekenhuisopnames voor complicaties van astma of diabetes kunnen vermijden. Een hoog aantal ziekenhuisopnames voor deze twee aandoeningen kan dus worden beschouwd als een indicator voor een zwakke doeltreffendheid van de eerstelijnszorg. Het kan ook worden gezien als een teken van slechte coördinatie van de zorgcontinuïteit.

Voor **astma** daalde het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames van 57 op 100.000 inwoners in 2000 naar 30 op 100.000 inwoners in 2014. De cijfers zijn vergelijkbaar voor Wallonië (28,8/100.000 in 2014) en Vlaanderen (29,4/100.000 inwoners), maar liggen hoger in Brussel (38,6/100.000) (Figuur 10).

Voor **diabetes** is het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames recenter gedaald, van 153 op 100.000 inwoners in 2008 naar 130 op 100.000 inwoners in 2014 (Figuur 13).

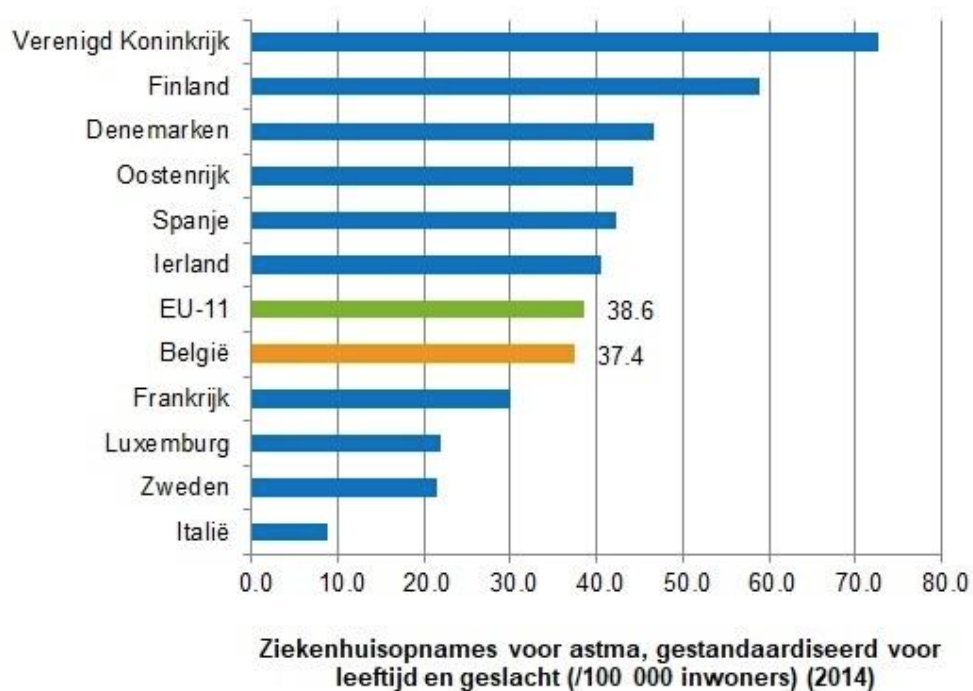
Zowel voor astma als voor complicaties bij diabetes zien we dus een neerwaartse trend voor vermijdbare ziekenhuisopnames in de afgelopen jaren, wat wijst op een verbetering van de kwaliteit van de eerstelijnszorg. Deze daling wordt ook in andere Europese landen waargenomen.

België bevindt zich rond het gemiddelde van de EU-15 voor deze twee indicatoren.



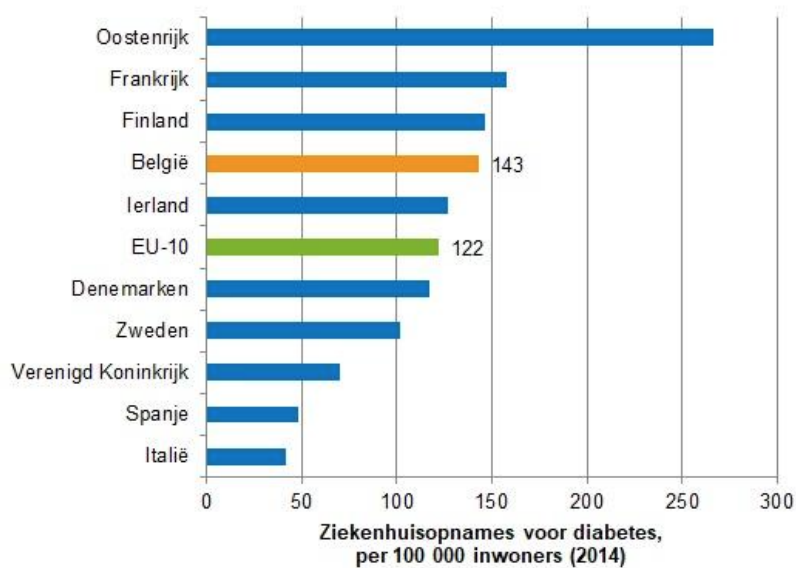
**Figuur 12 b - Ziekenhuisopnames voor astma (bevolking van 15 jaar en ouder), gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, internationale vergelijking, 2014**

Gegevensbron: OESO Health Statistics 2018



**Figuur 15 b - Ziekenhuisopnames voor diabetes, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, internationale vergelijking, 2014**

Gegevensbron: OESO Health Statistics 2018

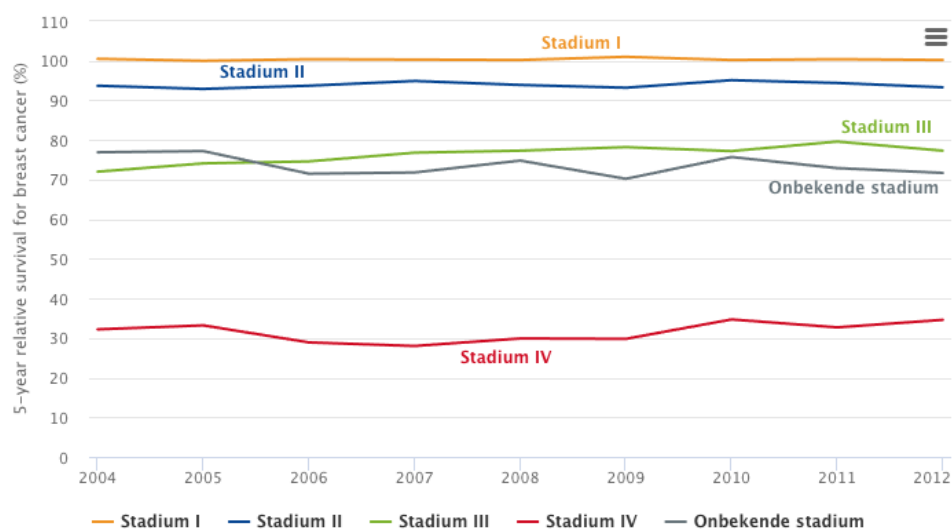


## -overleving na diagnose borst- of colorectale kanker

Het relatieve overlevingspercentage op 5 jaar na borst- of colorectale kanker is een resultaatindicator die een idee geeft van de algemene doeltreffendheid van het gezondheidszorgsysteem. Enerzijds zijn beide kankers in een vroeg stadium op te sporen en worden er op regionaal niveau screeningprogramma's georganiseerd. Anderzijds zijn de behandelingen voor deze kankers doeltreffend en wetenschappelijk goed onderbouwd.

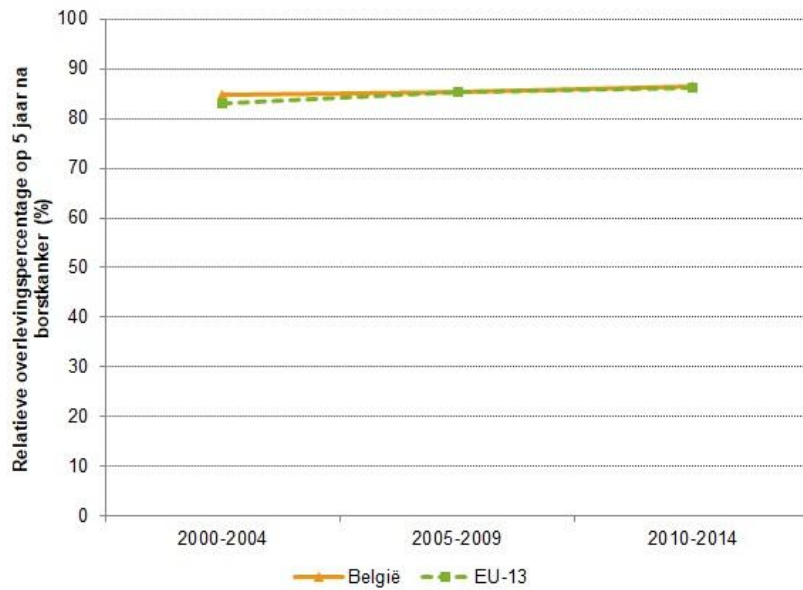
**Figuur 16 - Relatieve overlevingspercentage na 5 jaar na borstkanker, per stadium en jaar van incidentie en verdeling van patiënten over de verschillende stadia (2004-2012)**

Gegevensbron: Kankerregister



**Figuur 17 a - Relatieve overlevingspercentage op 5 jaar na borstkanker (%), internationale vergelijking, 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014**

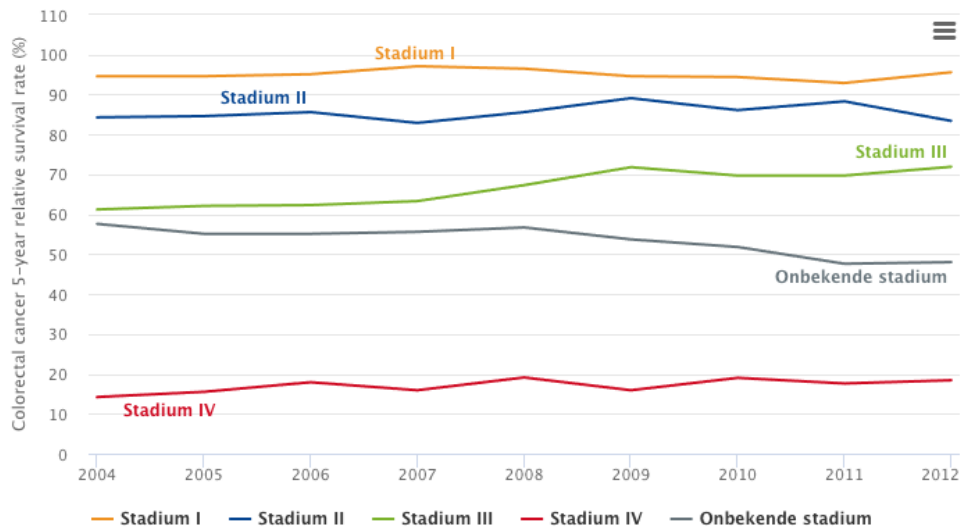
Gegevensbron: OESO Health Statistics 2018



**Figuur 17 b - Relatieve overlevingspercentage op 5 jaar na borstkanker (%), internationale vergelijking, 2010-2014**

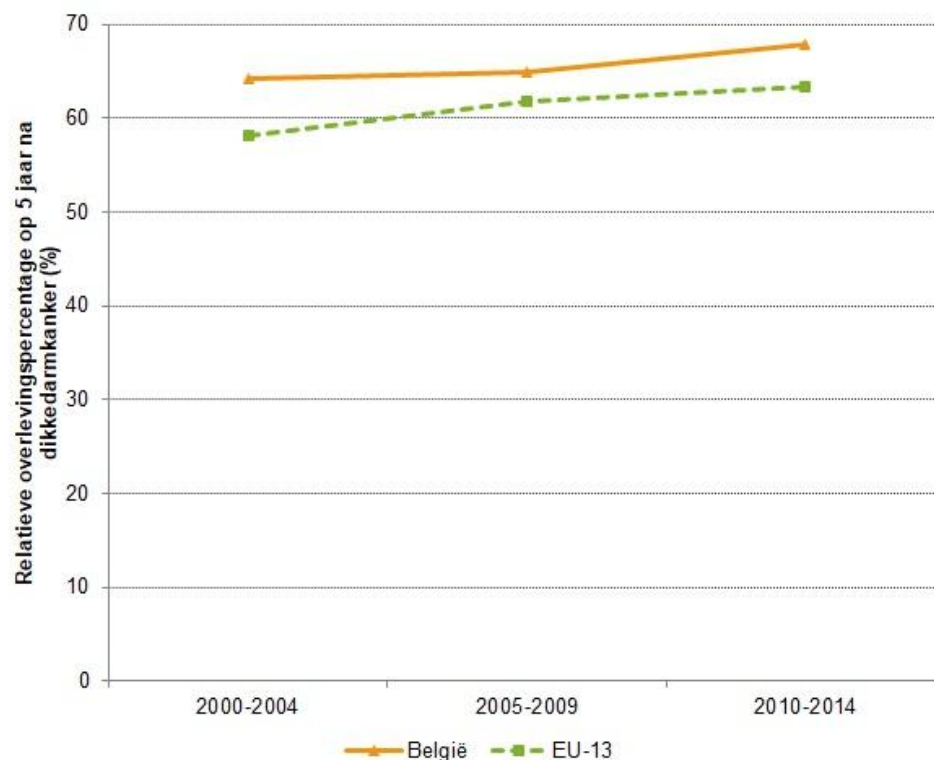
**Figuur 18 - Relatieve overlevingspercentage na 5 jaar na dikkedarmkanker, per stadium en jaar van incidentie en verdeling van patiënten over de verschillende stadia (2004-2012)**

Gegevensbron: Kankerregister



**Figuur 19 a - Relatieve overlevingspercentage op 5 jaar na dikkedarmkanker (%), internationale vergelijking, 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014**

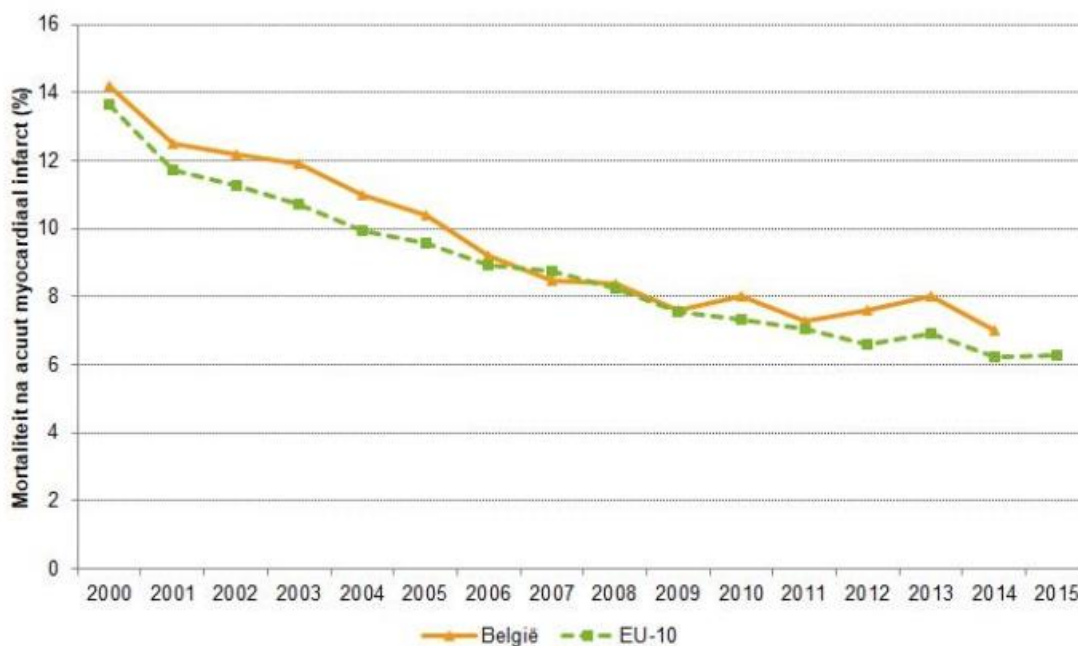
Gegevensbron: OESO Health Statistics 2018



**-sterfte na myocardinfarct of ischemisch CVA**

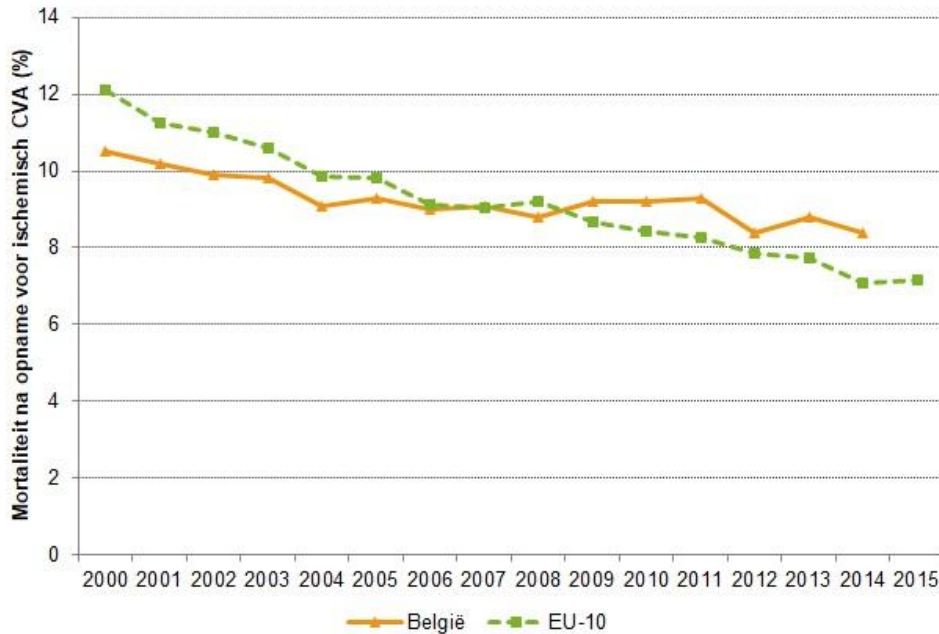
**Figuur 21 a - Mortaliteit na acuut myocardiaal infarct (%), internationale vergelijking, 2000-2015**

Gegevensbron: OESO Health Statistics 2018



**Figuur 23 a - Mortaliteit na opname voor ischemisch CVA (%), internationale vergelijking, 2000-2015**

Gegevensbron: OESO Health Statistics 2018



## 2. Worden de medische richtlijnen gevolgd?.

We vermelden hier drie parameters: opvolging diabetespatiënten, voorschrijven van antibiotica en gebruik van ongepaste beeldvormingstechnieken.

-diabetes:

Van de diabetespatiënten die met insuline worden behandeld, onderging 30,2% al de 5 testen die werden geselecteerd om de kwaliteit van de opvolging van diabetes in de afgelopen 15 maanden te beoordelen.

Geglyceerde hemoglobine en cholesterol worden vaak genoeg gemeten, maar de bloedsuikerspiegel en microalbuminurie minder vaak. Het jaarlijks bezoek aan een oogarts wordt minder goed opgevolgd.

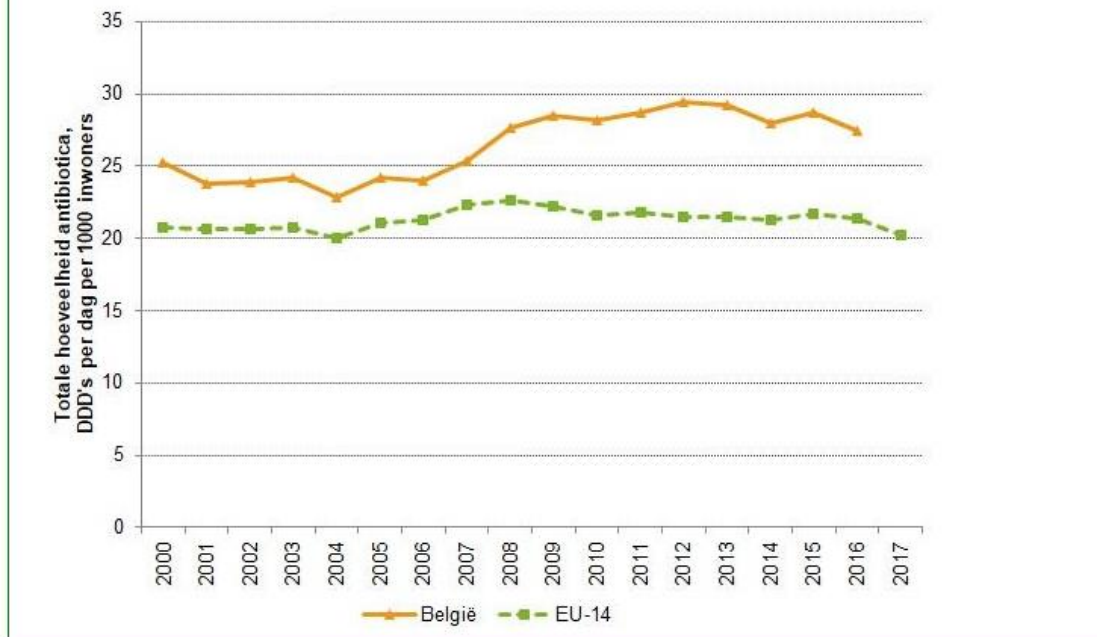
Slechts 11% van de diabetespatiënten, ouder dan 50 die met andere anti-diabetische middelen worden behandeld dan insuline, werden aan de hand van de 5 testen opgevolgd.

Ook bij deze groep werden het meten van de bloedsuikerspiegel en de microalbuminurie net als het jaarlijkse bezoek bij een oogarts het vaakst overgeslagen.

-antibiotica:

**Figuur 5 a - Totale hoeveelheid antibiotica, DDD's per dag per 1000 inwoners, internationale vergelijking, 2000-2017**

Gegevensbron: OESO Health Statistics 2018



-beeldvorming (indicator: beeldvorming wervelkolom):

Het gebruik van medische beeldvorming (alle soorten onderzoeken) van de wervelkolom is sinds 2007 met 2% per jaar afgenomen.

Het aantal **röntgenfoto's** van de wervelkolom is sinds 2015 met bijna 8% per jaar gedaald.

Het aantal onderzoeken met **CT-scanners** stijgt niet meer sinds 2015. In sommige arrondissementen zijn er echter bijna drie keer zoveel onderzoeken als in andere.

Het gebruik van **magnetische resonantie** blijft toenemen, maar minder snel: een toename van 6,8% per jaar in 2007 en met 3,8% per jaar in 2017.

De gemiddelde totale bestraling van de bevolking is tussen 2015 en 2017 met 1% gedaald.

De stralingsdoses die de inwoners ontvangen, blijven bij de hoogste in Europa.

### 3. Veiligheid

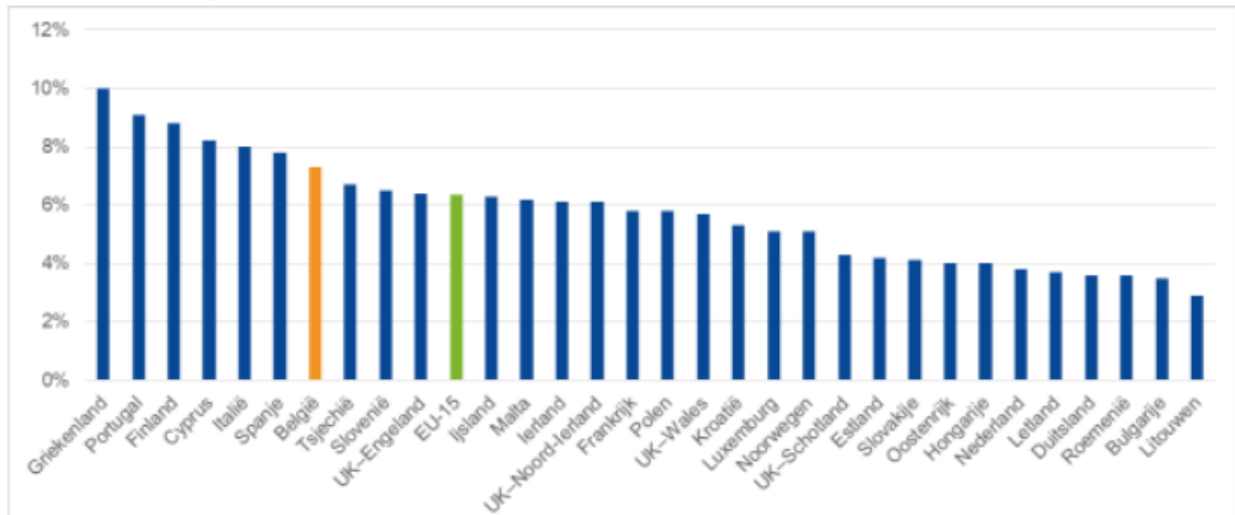
Twee parameters worden hier belicht.

-Percentage gehospitaliseerde patiënten dat een nosocomiale infectie oploopt:

In 2017 had naar schatting 7,3% van de ziekenhuispatiënten op een bepaalde dag tenminste één nosocomiale infectie, m.a.w. een infectie die ontstaat tijdens de opname en dus niet reeds van voor de opname aanwezig was. Dit cijfer is stabiel ten opzichte van de resultaten van 2011 (7,1%), maar blijft hoger dan het gemiddelde van de EU-15 (6,4%).

**Figuur 1 - Prevalentie van nosocomiale infecties in Europese acute zorgziekenhuizen (2016–2017)**

Bron: Suetens et al., 2018



-polymedicatie bij ouderen:

39% van de populatie die ouder is dan 65 heeft in het voorgaande jaar tenminste 5 verschillende geneesmiddelen per dag genomen (meer dan 80 DDD = chronisch gebruik) (cijfers uit 2016). Polymedicatie komt vaker voor in Wallonië (44%) dan in Brussel (35%) en in Vlaanderen (37%) (Figuur 9).

Bij hoogbejaarden (85 en ouder) komt polymedicatie het vaakst voor. Het is dan ook belangrijk hier speciale aandacht te besteden, aangezien zij een verhoogd risico op bijwerkingen hebben als gevolg van een verminderde nier- en leverfunctie.

Meer dan 90% van de mensen ouder dan 65 jaar met polymedicatie neemt geneesmiddelen voor het cardiovasculaire systeem.

België staat voor polymedicatie bij 65-plussers op de vierde plaats op een lijst van 18 landen die deelnamen aan de SHARE 2015-studie (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe).

#### 4. Efficiëntie

Binnen de gezondheidszorg wordt met 'efficiëntie' bedoeld: de verhouding tussen wat in het systeem is geïnvesteerd en welke resultaten daarmee zijn behaald. Voorbeelden van resultaten zijn een verlenging van de levensduur, een verbetering van de levenskwaliteit, een positieve ervaring voor de patiënt, een daling van het ziekteverzuim, een afname van de ongelijkheid op het vlak van gezondheid enz.

Het verbeteren van de efficiëntie van de gezondheidszorg is een cruciale beleidsdoelstelling in deze tijd, gekenmerkt door toenemende kosten en zorgbehoeften. Door de efficiëntie te

meten, kunnen we vaststellen of de in het zorgsysteem geïnvesteerde middelen het beste 'rendement' opleveren, gemeten in termen van gezondheidsvoordelen voor de bevolking.

Het zegt dus in welke mate er in de gezondheidszorg geld wordt verspild. Een studie van de OESO uit 2017 stelt dat een vijfde van het budget gaat naar inefficiënte of onnodige zorg.

Enkele voorbeelden:

-in ons systeem wordt nog te vaak voor het duurdere alternatief gekozen. Bij voorbeeld: verpleegkundigen zouden taken kunnen overnemen van artsen en er zouden meer generische genesmiddelen kunnen worden voorgeschreven

-er gebeuren nog te vaak onnodige onderzoeken en ingrepen, zoals gebruik van spoeddiensten, radiologische onderzoeken. Een Belg wordt in zijn leven 1,5 keer meer bestraald dan een Fransman, drie keer meer dan een Nederlander.

-de stijgende uitgaven voor geneesmiddelen, jaar na jaar stijgen de uitgaven meer dan door het RIZIV wordt begroot. Ik citeer Ri De Ridder: 'Het businessmodel van de farmaceutische industrie, dat steeds nadrukkelijker gericht is op winstmaximalisering, zorgt ervoor dat er onnodig vele miljoenen euro's worden weggetrokken uit de sociale zekerheid. Die verspilling van publieke middelen is onhoudbaar. Overal ter wereld zouden alle alarmbellen moeten afgaan. De industrie heeft immers niet alleen de volledige controle op de prijssetting, maar ook op het type medicijnen dat op markt wordt gebracht. En dat laatste is niet afgestemd op de noden.'

## **§8. De economische betekenis van de medische sector**

- Om te beginnen is de gezondheidszorg economisch gezien een bedrijfstak, waarin goederen en diensten worden 'geproduceerd' en waarin dus toegevoegde waarde wordt gecreëerd, die uiteraard bijdraagt aan het Bruto Binnenlands Product (bbp).

De toegevoegde waarde gecreëerd in de bedrijfstakken gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is tussen 1970 en 2012 gemiddeld gegroeid met 3,5% per jaar en het aandeel in het bbp is gestegen van 3,2% in 1970 naar 7,8% in 2012.

Er speelt ook een multiplicator-effect. Dit ontstaat omdat er investeringen gedaan worden, wat leidt tot extra inkomen en dus extra consumptie. Dit kan weer tot meer werkgelegenheid en extra inkomen leiden. Zo zal een toename van de vraag naar gezondheidszorg met 100 euro de totale productie in de Belgische economie met 145 euro doen toenemen, waarvan 109 euro in de bedrijfstak zelf en 36 euro in de rest van de economie. Als de tewerkstelling in de bedrijfstak met 100 mensen zou toenemen, dan zouden er in de rest van de Belgische economie nog 22 banen bijkomen.

Het aandeel van de bedrijfstak in de totale tewerkstelling is tussen 1940 en 2011 gestegen van 2,7% naar 12%.

-Een betere gezondheid van de werkende bevolking is uiteraard een belangrijke economische troef want er zijn dan meer en gezondere arbeidskrachten, ze zijn productiever en blijven productief gedurende een steeds langere periode in hun leven. Een gezondere bevolking heeft een hoger inkomen en kan dus meer spenderen aan consumptie.

-Gezondheid levert een belangrijke bijdrage aan welvaart en welzijn.



Gezondheid en een goed systeem van gezondheidszorg worden door de bevolking in zeer hoge mate gewaardeerd. Een degelijk systeem van bescherming door een solidaire verzekering biedt grote voordelen: mogelijke zware gezondheidproblemen in de toekomst betekenen niet noodzakelijk een financiële catastrofe als gevolg van inkomensverlies; het vermijden van uitzonderlijk hoge uitgaven in geval van medische problemen; bijdragen in een solidair systeem vanuit het besef dat we allemaal kunnen getroffen worden door gezondheidsproblemen.

Een hogere levensverwachting, zeker als dit kan in goede gezondheid, meer levenskwaliteit als gevolg van het vermijden van pijn of lichamelijke beperkingen, dit alles heeft voor mensen zeer veel waarde.

Deze zaken (hogere levensverwachting, betere gezondheid) zijn belangrijk, maar het is dan des te merkwaardiger dat zij niet meegeteld worden bij de berekening van de welvaart, hoewel ze de welvaart dus duidelijk verhogen.

Nordhaus heeft geprobeerd de economische waarde van de langere levensverwachting en verandering in morbiditeit te berekenen, de bijdrage dus van de medische vooruitgang aan de gestegen welvaart. Hij deed dat voor de periode 1900-1995. Over die hele periode steeg de gemiddelde welvaart uitgedrukt in bbp jaarlijks met 2%. De bijdrage van de medische verbeteringen was ongeveer even groot. Dit brengt Nordhaus tot het besluit dat de medische vooruitgang van de 20<sup>ste</sup> eeuw evenveel bijdroeg tot de materiële welvaart als alle andere vormen van vooruitgang samen.

Het plaatst de steeds terugkerende discussie over de hoge kost van gezondheidszorg in een ander perspectief. Zoals R. Bryan schrijft, nadat hij heeft vastgesteld dat medische zorg een positieve impact heeft op gezondheid, levensverwachting en welvaart: *'..we specifically examined whether the incremental investment in health care yielded a positive return. We did not address whether society could achieve these same health benefits at a lower cost or whether the health care system is operating efficiently as a whole. This study should, however, provide additional perspective as the nation debates health-care containment strategies, helping to refocus attention on increasing value rather than cost reduction as the primary objective.'*

## **§9. Veel meer langdurig zieken**

Sinds jaren neemt het langdurig ziekteverlet, waarbij de werknemer langer dan één jaar arbeidsongeschikt is omwille van medische redenen, toe. In de periode 2005-2018 steeg het aantal langdurig zieken met 167%! Uiteraard gaat dit gepaard met een aanzienlijke stijging in het budget voor ziekte-uitkeringen.

'Langdurig ziek zijn heeft een belangrijke impact op het leven van de patiënt. Er zijn veranderingen op persoonlijk, familiaal, relationeel en economisch vlak. Langdurig ziek zijn leidt tot een negatief zelfbeeld en gevoelens van exclusie, sociale isolatie, schaamte, onzekerheid en stigmatisering. De manier waarop over langdurige ziekte in de media bericht wordt, kan dit negatieve zelfbeeld verder versterken. Wanneer de overheid nieuwe maatregelen aankondigt, is de beeldvorming eerder negatief ('profiteurs eruit halen' of 'de jacht op langdurig zieken')' (huisartsnu, juli-augustus 2018 pagina 182).

Welke factoren zijn verantwoordelijk voor deze stijging?

-de vergrijzing van de bevolking; toch is de stijging in langdurige ziekte veel sterker dan dat het aantal oudere werknemers toegenomen is

-een aantal beleidsbeslissingen, zoals het verhogen van de pensioenleeftijd, afschaffen van het brugpensioen, maatregelen inzake langdurig werklozen

-verschuiving naar nieuwe ziektebeelden als belangrijkste oorzaak van langdurige werkonbekwaamheid. Meer dan vroeger spelen psychische problemen en orthopedische aandoeningen een hoofdrol.

Dat deze ziektes een belangrijker rol spelen, heeft dan weer hoofdzakelijk twee verklaringen:

-werkgerelateerde factoren: onvoldoende aangepast werk; toegenomen werkdruk en een gestegen fysieke en psychische werklast

-maatschappelijke factoren

(tabel)

Zo zie je in de tabel niet alleen dat het aantal invaliden toeneemt, maar dat binnen de groep van de invaliden psychische stoornissen en met name depressies en burn-out relatief steeds belangrijker worden. Zo zijn in 2020 depressies en burn-out samen verantwoordelijk voor 23,7% van het aantal invaliden. In 2019 bedroegen de totale uitgaven voor invaliditeit 6,59 miljard euro, daarvan was 1,52 miljard euro het gevolg van depressies en burn-out.

Als verklaring voor het stijgend aantal psychische aandoeningen en burn-outs zijn volgende maatschappelijke factoren van belang:

-meer tijdsdruk door zich opstapelende rollen en taken waarmee ieder belast is

-digitalisering en de toenemende rol van de sociale media

-meer prestatiedruk en het belang dat aan succes wordt gehecht; er moet altijd meer worden gedaan en het moet altijd beter, zowel op het werk als in de vrije tijd

-individualisering; in een samenleving waarin het traditionele sociale weefsel is uiteen rafelt en waar de sociale relaties eerder op concurrentie dan op solidariteit berusten, wordt het individu zelf verantwoordelijk voor zijn succes én mislukken. Door de sociale versplintering en het verdwijnen van gedeelde verhalen (geloof, ideologie...) en van een gevoel van samenhorigheid, nemen eenzaamheid en angst toe.

Psychische aandoeningen, depressie, burn-out: ze worden telkens beleefd door de getroffen patiënt als een individueel probleem (vaak met een enorm schuldgevoel), ook al lijden tienduizenden anderen aan hetzelfde probleem.

## HOOFDSTUK TWEE: UITDAGINGEN

Onze gezondheidszorg word geconfronteerd met tal van uitdagingen.

We vernoemen er enkele.

### **§1. REALISEREN VAN UITEENLOPENDE DOELSTELLINGEN**

Het Institute for Healthcare Improvement stelt een nieuwe benadering in de gezondheidszorg voor: het *quadruple aim principe*.

Dit principe gaat ervan uit dat een goed systeem van gezondheidszorg vier doelstellingen moet nastreven:

- de verbetering van de gezondheid van de bevolking
- de verhoging van de kwaliteitservaring van de zorg
- betere werkomstandigheden voor wie in de zorgsector werkt
- meer gezondheid met dezelfde financiële middelen (efficiëntie)

### **§2. Nood aan GEINTEGREERDE ZORG**

Steeds meer mensen hebben gedurende een lange periode van hun leven te maken met chronische en in toenemende mate met meerdere complexe gezondheidsproblemen.

Vandaag houdt 70 tot 80% van de activiteit in de gezondheidszorg verband met chronische aandoeningen. De noden van deze patiënten zijn complex en onderling sterk verschillend. Er is dus zorg op maat nodig, uit te stippelen via individuele zorgtrajecten.

-daarvoor moeten we als zorgverleners een goed zicht hebben op de werkelijke behoeftes van deze patiënten en op het juiste niveau van zorgintensiteit dat deze patiënten nodig hebben.

-we zullen als zorgverleners meer moeten luisteren naar de patiënt, naar de noden en behoeftes zoals hij ze formuleert. Doelgerichte zorg betekent precies de shift maken van vraag- en aanbodgestuurde zorg naar zorg die vertrekt van de persoon met een zorgnood en wat die graag wil bereiken.

- Dit vraagt een andere houding en vaardigheden van de hulpverlener, andere manieren van samenwerken, ook tussen zorg- en welzijnswerkers én het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal. Er is dus een bredere kijk nodig op eerstelijnszorg: er zal moeten worden samengewerkt tussen huisartsen, thuisverpleging, thuishulp, kinesitherapie, logopedie, ergotherapie, maar daarnaast ook tussen deze disciplines en het welzijnswerk en de psychologische hulpverlening.

-meer dan nu zal binnen deze zorg op maat moeten ingezet worden op preventie: door ervoor te zorgen dat patiënten voldoende sociale contacten hebben, voldoende bewegen, gezond eten (zowel over- als ondervoeding vermijden) en langer zelfstandig kunnen wonen.

### **§3. Nood aan gezondheidszorg OP MAAT VAN DE BUURT**

In een systeem van geïntegreerde zorg

-bekommert de eerstelijnszorg zich niet alleen over gezondheid, maar ook over welzijn

-en dat niet alleen van de individuele patiënt, maar ook van de buurt waarin zorgverleners werkzaam zijn.

m.a.w. de buurt en haar welzijn als vertrekpunt nemen.

Ik citeer nu even Ri De Ridder: 'Hoe stem je de zorg af op de noden van de wijk? Eerst breng je de noden in kaart. Welk type gezondheidsklachten komt het meest voor, hoe wonen de mensen, is er veel eenzaamheid, zijn de inwoners hoog- of laaggeschoold, hoe zorgafhankelijk zijn ze? Je gaat de mensen ook bevragen (iets wat nu zelden gebeurt). Vraag hun of de zorg goed is, of er zaken zijn die ze missen, wat ze belangrijk vinden, of ze stress hebben, goed slapen, zich gelukkig voelen.(...) Op basis van al die informatie maak je een wijkdiagnose, stel je een plan van aanpak op en vorm je een team dat dit plan zal uitvoeren. Dat plan gaat van de grote strategieën tot kleine, maar veelbetekenende projecten, waarbij 'gezondheid' een thema is.'

Dit realiseren zou de opdracht moeten worden van multidisciplinaire teams

Opnieuw Ri De Ridder: "De bedoeling is dat alle zorgverleners die in een buurt werkzaam zijn samen de verantwoordelijkheid dragen voor de zorg van iedereen in deze buurt en dat ze een buurtteam vormen. Een ruwe schatting brengt me op 150 tot 200 zorgverstrekkers en welzijnswerkers voor ongeveer 8.000 mensen. Je zal in zo'n buurtteam dus mensen uit verschillende zorgsectoren vinden, zoals huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten, psychologen, een tandarts, een gynecoloog, sociaal werkers, apothekers, thuishulp...De diensten die het team aanbiedt gaan van puur medische zorg tot gezondheidspreventie, begeleiding van zwangerschappen, maatschappelijk werk, palliatieve zorg enzovoort. (...)

Binnen het buurtteam zijn verschillende kleine zorgteams aan het werk. Dat zijn geen vaste teams, maar dynamische groepjes van zorgverstrekkers die worden samengesteld naargelang de noden van de patiënt....Dynamische zorgteams zijn er in functie van het individu en zullen, dankzij hun gepersonaliseerde totaalaanpak, een betere kwaliteit bieden en ervoor zorgen dat mensen zich beter voelen.'

### **§4. Dichten van de SOCIALE GEZONDHEIDSKLOOF**

We vermelden dit hier nog eens expliciet. Er werd vroeger in de tekst al uitgebreid op ingegaan.

### **§5. Zorg GERICHT OP en MET de patiënt**

Gezondheidszorg is uiteraard meer dan alleen de toepassing van wetenschap, het gaat ook over 'hoe je omgaat met mensen, hoe je een brede kijk krijgt, hoe je inzicht krijgt in wat er bij je patiënt leeft' (Ri De Ridder).

Uit enquêtes blijkt dat patiënten:

- onze gezondheidszorg vaak beleven als bevreemdend en niet humaan
- vinden dat er te weinig ruimte is voor inspraak, dat oplossingen worden opgedrongen
- van oordeel zijn dat de zorg niet wordt gestuurd door de vraag van de patiënt
- en dat er geen oog is voor het geheel van de klachten, ze vragen een meer globale, holistische benadering
- dat er een gebrek is aan communicatie en informatie

Enkele voorbeelden van initiatieven om de inspraak van patiënten te verhogen zijn het Netwerk Positieve Gezondheid van de Christelijke Mutualiteit of de doelzoeker van het Vlaams Patiëntenforum.

Een ander voorbeeld is het model van Shared Decision Making of Samen Beslissen.

Bij shared decision making (SDM), ook bekend als Samen Beslissen, nemen patiënt en zorgverlener samen een besluit welke zorg het beste bij de patiënt past. De arts bespreekt met de patiënt de medische opties. Voor- en nadelen en de gevolgen van de behandeling, diagnose en nazorg. Door shared decision making maakt de patiënt bewuster een keuze en is hij trouwer aan de behandeling, die daardoor effectiever is.

De voordelen van SDM:

Voor de patiënt:

- is beter geïnformeerd, betrokken en de patiëntentevredenheid neemt toe
- heeft meer kennis en een realistischer beeld van de risico's
- heeft meer vertrouwen in de gemaakte keuze
- SDM voldoet aan wens van de patiënt.

Voor de zorgverlener:

- De tevredenheid van de zorgverlener stijgt. De professional ervaart minder werkdruk, want een afspraak verloopt efficiënter.
- werkt efficiënter. Er is minder nazorg, want de keuze valt minder vaak op een operatie.
- kan afspraken efficiënter inplannen, omdat patiënten beter zijn voorbereid
- kan meer werkplezier ervaren, doordat de professional de patiënt kan helpen in het maken van een passende keuze voor behandeling.

Voor de zorgkosten:

- patiënten zijn trouwer aan hun behandeling. Deze is dus effectiever, waardoor minder zorg nodig is
- Bovendien kiezen patiënten vaker voor een beter passende keuze, zodat onnodige zorg wordt voorkomen

## **§6. Omgaan met de GROEIENDE TECHNOLOGISCHE MOGELIJKHEDEN**

De groeiende uitgaven in de gezondheidszorg zijn grotendeels een gevolg van de uitbreidende technologische mogelijkheden, zowel op vlak van diagnose als behandeling. Uiteraard bieden ze ook immense voordelen: verminderen van morbiditeit, stijgende levensverwachting, minder verlies aan gezonde levensjaren.

Soms werken nieuwe mogelijkheden besparend. Zo hebben PPI's (medicatie tegen slokdarm- en maagontstekingen) het aantal chirurgische ingrepen voor slokdarm en maagproblemen drastisch verminderd en hebben anti-hypertensieve behandelingen dure complicaties ten gevolge van cardio-vasculaire problemen verminderd.

Maar er is ook een belangrijke kostenfactor. Het is dus zaak zo efficiënt mogelijk met deze technologie om te gaan. Het illustreert ook nogmaals het belang van preventie, voorkomen is goedkoper dan onderzoeken of behandelen.

De sector van de geneesmiddelen bekleedt hier een bijzondere plaats. Zoals eerder al vermeld in de tekst, zijn uitgaven voor geneesmiddelen moeilijk in toom te houden. De markt is bovendien in handen van enkele machtige multinationals waar nationale regeringen weinig impact op hebben.

De prijssetting van nieuwe geneesmiddelen is bovendien ondoorzichtig.

Voor meer details over de farmaceutische sector, zie onder meer informatie in het boek van Ri De Ridder.

De ontwikkelingen op het vlak van biotechnologie stellen ons nog voor een ander probleem. Solidariteit in de gezondheidszorg is nu deels gebaseerd op onwetendheid. Doordat we tot nu toe onze medische toekomst niet kunnen voorspellen, zijn we solidair met wie nu ziek is, want, wie weet, overkomt het ons in de toekomst ook. Maar door het groeiend inzicht in de genetische basis van aandoeningen, krijgen we inzicht in risico's en kunnen we gaan voorspellen of iemand een kans maakt op ziekte. Hoe solidair zullen we nog willen zijn met mensen die weten dat ze bij voorbeeld genetisch belast zijn om longkanker te krijgen en toch blijven roken? Hebben we ook het recht om niet te weten?

## HOOFDSTUK DRIE: WIJKGEZONDHEIDSCENTRA, ONTSTAAN EN GROEI

In 1945 is de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering ingesteld. Een nieuwe centrale overheidsinstelling werd belast met het beheer en de mutualiteiten werden nauw betrokken bij zowel het beheer als de controle over de inkomsten.

Van meet af aan botste dit op de visie van het artsencorps dat vreesde zijn liberale voorrechten te verliezen, die draaiden rond vijf basisprincipes: het beroepsgeheim, de vrije artskeuze, de therapeutische vrijheid, het bepalen van de honoraria op basis van een overeenkomst tussen arts en patiënt, controle van de patiënt door de verzekeringsinstellingen en die van de artsen door artsenorganisaties.

Toen in augustus 1963 de wet Leburton gestemd werd, was het hek van de dam. In dit voorstel wilde de overheid de tarieven van de honoraria wettelijk vastleggen. Artsen moesten zich 'conventioneren', d.w.z. contractueel de wettelijke honoraria toepassen. Het ontwerp voorzag ook in de oprichting van een dienst voor Geneeskundige Controle, als toezicht op de artsen.

In 1964 gaan de Belgische artsen in staking, die meer dan twee weken zal duren. Het was mondiaal de eerste artsenstaking van die omvang (95% van de artsen staakte) én ook de laatste. Nooit eerder en ook later niet wist een elitaire beroepsgroep zich zo massaal te organiseren en dat in het grootste geheim.

De artsen kwamen als overwinnaar uit de strijd. Het Sint-Jansakkoord dat op 25 juni 1964 tot stand kwam, willigde zo goed als alle eisen van het artsencorps in.

Het geeft de conservatieve Syndicale Kamers van Geneesheren gedurende decennia dominantie over de artsenwereld.

Maar de staking zorgde voor een vertrouwensbeuk met de bevolking. Zoals Jef Deloof het formuleerde: 'De Dokters zijn van hun piëdestal gevallen met die artsenstaking. Het was gedaan met Mijnheer Dokter.'

De ideologische starheid van de belangrijkste artsenvereniging belet hen bovendien aansluiting te vinden bij veranderende inzichten over gezondheid en gezondheidszorg die vanaf het eind van de jaren zestig (mei 68), begin van de jaren zeventig van de 20<sup>ste</sup> eeuw doordringen.

Het ontstaan van nieuwe samenwerkingsvormen tussen artsen op de eerste lijn, is het resultaat van drie ontwikkelingen die door elkaar lopen: nieuwe ideeën bij jonge artsen, initiatieven bij geneeskunde -studenten en sociale initiatieven buiten de artsenwereld

1. Om te beginnen komen omnipracticci (d.w.z. artsen algemene geneeskunde) in die periode in de verdrukking. Door de toenemende specialisering gaan ze op zoek naar hun specifieke plaats en rol in het gezondheidslandschap. Dit op een ogenblik dat het ziektepatroon evolueert: infectieziekten zijn sterk afgenomen, chronische aandoeningen krijgen een toenemend belang. De aandacht voor andere dan somatische factoren dringt door, met het toenemend belang van psychosomatiek. Autonomie van de arts maakt plaats voor een op communicatie gebaseerde

relatie met de patiënt. Stilaan ontwikkelt de huisartsgeneeskunde zich tot een specifieke discipline. Dit uit zich ook in de oprichting van een huisartsenleerstoel aan een aantal universiteiten, de eerste in België te Leuven (professor Boelaert).

Nederland was een pionier, met de oprichting van de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in 1956. De Woudschotenconferentie in 1959 waar de functie van de huisarts als volgt wordt geformuleerd: "het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen".

Het idee van een multidisciplinaire groepspraktijk breekt door, onder meer als antwoord op de dalende status van de huisarts.

In 1964 ontstaat in Franstalig België de Groupe d'Etude Pour une Réforme de la Médecine, de G.E.R.M. met hun legendarische 'lettres d'information', die ook in Vlaanderen een zeer groot succes zullen kennen. Zij pleiten onder meer voor 'Maisons Médicales', multidisciplinaire centra voor geïntegreerde gezondheidszorg als basis voor de herwaardering van de eerstelijnszorg. Verder onderlijnen ze het belang van preventie, van patiëntenraden en pleiten voor forfaitaire betaling als alternatief voor de betaling per prestatie.

In 1963 werd de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen opgericht, met Alfons Van Orshoven als eerste voorzitter. Niet langer omnipracticus, maar huisarts met een specifieke opdracht, met een eigen opstelling binnen de gezondheidszorg en een eigen deskundigheid: integrale en continue zorgverlening op de eerste lijn. De WVVH organiseert een nieuwe vorm van bijscholing, het 'Systematisch Postuniversitair Onderwijs voor Huisartsen'. Vrijwel alle pioniers van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra waren lid van de WVVH en gebruiken het tijdschrift 'Huisarts Nu' om hun visie te verspreiden.

In Vlaanderen wordt in 1972 de Werkgroep Gezondheidsvoorlichting opgericht, met o.a. Luc Blondeel, Peter Piot en Marc De Meyere, die onmiddellijk in aanvaring komt met de Orde der Geneesheren, die volledig onder controle stond van de Syndicale Kamers en optrad als fervente tegenstander van alle vernieuwingsbewegingen in de volgende decennia. De doelstellingen van de Werkgroep lopen parallel met de GERM. Essentieel voor hen is dat de patiënt een centrale plaats moet krijgen. Vanuit deze visie gaf deze werkgroep in 1972 de aanzet tot de oprichting van de Patiëntenraad Merelbeke.

In 1973 beslist de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenfondsen cursussen te organiseren die huisartsen na hun basisopleiding moeten volgen om hun titel te mogen voeren en recht te hebben op aangepaste honoraria: een cruciale stap in de richting van de verzelfstandiging van de opleiding tot huisarts.

In 1978 organiseren de WHO en Unicef een internationale conferentie over Eerstelijnsgezondheidszorg in Alma Ata. De krijtlijnen van deze conferentie zullen decennia lang eerstelijns werkers inspireren. Legendarisch was de definitie van gezondheid die de WHO er voorstelde: 'Gezondheid is niet de afwezigheid van ziekte of gebrek, maar een zich lichamelijk, psychisch en sociaal optimaal welbevinden'.

2. In de universiteiten ontwikkelt zich eind van de jaren zestig een maatschappijkritische visie. Zo ontstaat in Gent in 1970 de Socio Medicaal Werkgroep Gent om kritisch na te denken over een andere gezondheidszorg. Onder de leden: Ri De Ridder, Wim Van Lerberghe (die later een directiefunctie binnen de WHO zal bekleden), Peter Piot (lange tijd directeur van UNAIDS), Frans Van Acoleyen (oprichter van Geneeskunde voor het Volk in Zelzate). Ze toonden zich ook solidair met de Limburgse mijnstaking in 1970. Deze werkgroep heeft te lijden onder zware ideologische discussies en wordt in 1973 opgevolgd door werkgroep Mordicus, ontstaan uit de



Sociale Werkgroep van de kandidaturen geneeskunde. Men laat de zware politieke discussie wat achter zich en kiest voor de uitbouw van een sociaal engagement en is actief onder meer rond numerus clausus, de rol van de farmaceutische industrie en de Orde.

3. In de bredere samenleving zien we aan het eind van de jaren zestig en begin van de jaren zeventig tal van nieuwe verenigingen opduiken die los van/tegen het bestaande verzuilde middenveld willen werken aan maatschappelijk engagement, zoals de Bouworde, Broederlijk Delen, Oxfam Wereldwinkels en Wereldscholen. Dit laatste is een initiatief van Jef Ulburghs, priester-arbeider in Limburg; hij verdedigde het democratisch basissocialisme, zich afzettend tegen zowel het kapitalisme als het autoritaire socialisme. Bedoeling was te streven naar een nieuw type maatschappij door een dynamiek vanuit de basis, vanuit het volk dat zelf het heft in handen neemt. In deze visie werken gezondheidswerkers (dus niet alleen artsen) en wijkbewoners samen, op voet van gelijkheid, aan hun gezondheid. Gezondheidswerkers (let op het woord!) en wijkbewoners strijden samen voor een betere gezondheid, maar ook voor zinvolle arbeid, een gezond milieu, voor vrede en solidariteit met de Derde Wereld.

Het is deze beweging die aan de basis ligt van de eerste wijkgezondheidscentra in Alken en Gent.

Anderen kiezen een totaal andere richting door de oprichting van AMADA, een marxistische partij, gebaseerd op het principe van het democratisch centralisme, met een duidelijke hiërarchie en een sterke ideologie. Van hieruit ontstaan de praktijken van Geneeskunde voor het Volk. Ook hier, zij het vanuit een ander theoretisch kader, een engagement met de wijkbewoners voor een betere gezondheid in een betere samenleving. Zo zal GVHV Hoboken al snel de loodvervuiling rond de Metallurgie aankaarten, of GVHV Lommel de vervuiling met arseen en cadmium in de buurt de site van Vieille Montagne.

Vanuit deze maatschappelijke ontwikkelingen ontstaan in eerste instantie de drie Vlaamse pioniers van groepspraktijken:

-In 1968 komt in Maldegem een groepspraktijk tot stand, met professor Boelaert, Jan Heyrman en Francis Van Den Bussche, met de klemtoon op het realiseren van een georganiseerde samenwerking. De praktijk was politiek neutraal en wantrouwig ten aanzien van wijkgezondheidscentra. In 1974 zullen zij mee aan de wieg staan van de Universitaire Groepspraktijk in Leuven.

-In 1966 reeds was er een Vlaams Medisch Huis opgericht in Merelbeke, die echt werkt als groepspraktijk vanaf 1971 met de komst van Marc de Meyere en Geerinckx. In 1972 wordt op initiatief van de groepspraktijk de Patiëntenraad Merelbeke opgericht, de eerste in Vlaanderen. Bedoeling was mensen uit de buurt een zo groot mogelijke inspraak te geven in de zorg om hun eigen gezondheid. In 1973 moeten de artsen van de groepspraktijk voor de Orde verschijnen, wegens 'oneerlijke concurrentie' en 'het schaden van de eer en waardigheid van het beroep'. Reden was het feit dat de artsen aan terugbetalingstarieven werkten. De artsen willen expliciet aan politiek doen: politiek is voor hen het coördineren van middelen om tot een betere wereld te komen.

-In 1971 wordt de eerste groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk opgericht in Hoboken door Kris Merckx en Michel Leyers, op vraag van de arbeiders van de Hobokense scheepsbouwwerf Cockerill-Yards. De oorsprong van deze organisatie ligt in de revolutionaire studenten- en arbeidersbeweging van Mei '68 en de politieke partij AMADA. De praktijk koppelt haar medische werking dan ook aan een expliciet politiek engagement, in strijd tegen het 'ziekmakende kapitalisme'.

Intussen zijn in Franstalig België in het begin van de jaren zeventig de eerste 'Maisons Médicales' opgericht, onder meer in Seraing en in Sint-Jans-Molenbeek (centre Médical Norman Béthune).

In 1976 ontstaat in Alken het eerst WGC, op initiatief van het buurtcentrum De Restèl. In hetzelfde jaar volgt De Sleep in Gent, in 1978 volgt De Botermarkt in Ledeberg, in 1979 De Brug in Molenbeek, in 1981 de Brugse Poort in Gent. Anders dan de meeste groepspraktijken kiest men hier voluit voor een gemeenschapsgerichte en multidisciplinaire praktijk

#### HOOFDSTUK VIER: DE GESCHIEDENIS VAN DE FORFAITAIRE BETALING. DE STRIJD TEGEN DE ORDE DER GENEESHEREN.

Van meetaf aan streven WGC en GVHV naar een forfaitaire betaling van hun centra.

Om verschillende redenen zet men zich af tegen de betaling per prestatie en bepleit men een forfaitaire betaling:

-een betaling per prestatie heeft belang bij ziekte, elke prestatie die men kan doen voor een zieke brengt op (een consultatie, een labo-analyse, een radiologisch onderzoek...); forfaitaire betaling heeft belang bij gezondheid.

-een forfaitaire betaling vergemakkelijkt interdisciplinaire samenwerking, vermits een systeem van betaling per prestatie geen geld voorziet voor maatschappelijk werk, psychologen...

-forfaitaire betaling stimuleert preventie, gezondheidsvoorlichting en stimuleren van zelfhulp

-forfaitaire betaling vergemakkelijkt de gesprekken over werkverdeling en over beloning van de medewerkers

-in een forfaitair systeem betaalt de patiënt niet, waardoor een financiële drempel voor de zorgvraag wegvalt.

-er ontstaat een nieuwe relatie tussen het zorgverleningsteam en de patiënt; inschrijving creëert een sfeer van wederzijds engagement

Een nieuwe artsenstaking in 1979 heeft als paradoxaal effect dat de beweging voor een meer progressieve gezondheidszorg een belangrijke boost krijgt en dat de samenwerking tussen verschillende verenigingen groeit, ook tot over de taalgrens, zoals in het 'Initiatiefcomité voor de Continuïteit van de Medische Verzorging'. Het actieve verzet van progressieve artsen tegen de artsenstaking levert hen bovendien heel wat krediet op bij de vakbonden en de mutualiteiten.

-Het is de start voor een decennialange confrontatie met de orde der Geneesheren. De Orde schaart zich openlijk achter de artsenstaking. Enkele honderden huisartsen zullen de staking actief boycotten en voortaan ijveren voor de afschaffing van de Orde. Deze Orde was opgericht in 1938, met als taken: het uitwerken van een code van medische plichtenleer en het controleren en bestraffen van inbreuken op de medische deontologie. De Orde zal zich

profilieren als de bewaker van de bevoorrechte positie van de arts, van zijn professionele autonomie, tegen elke vorm van controle. Elke vorm van vernieuwing wordt afgeblokt als een inbreuk op de eer en de waardigheid van het beroep. De Orde verzet zich onder meer tegen medewerking van artsen aan gezondheidsopvoeding (want een vorm van publiciteit), tegen werken aan terugbetalingstarief (hogere honoraria vragen mocht wel) en tegen een verdeling van honoraria tussen artsen en niet-artsen. Patiënten worden nauwelijks gehoord en krijgen geen feedback op hun eventuele klachten.

Na de arstenstaking van 1979 beslissen dan ook enkele honderden huisartsen hun lidgeld aan de Orde niet meer te betalen. De artsen worden voor de vrederechter gedaagd, die in de overgrote meerderheid bevelen tot betaling. Het zijn vooral de artsen van GVHV die hun betaalstaking zullen blijven volhouden, met enkele legendarische gewapende confrontaties met de politie wanneer deurwaarders bij de artsen thuis beslag willen leggen op de inboedel op vraag van de Orde.

Pas in 2019 zal de strijdbijl worden begraven. De Orde is intussen geëvolueerd, ze erkent het recht om gratis geneeskunde te beoefenen en de artsen erkennen dat de Orde stilaan meer oog heeft gekregen voor de patiënt.

-In 1979 wordt de Vlaamse Vereniging voor Forfaitaire Geneeskunde opgericht. Twee jaar eerder had men ontdekt dat de wet op de ziekteverzekering (de wet van Leburton uit 1964) een juridische basis bevat voor een forfaitaire betaling, het artikel 34ter.

Begin 1982 dienen 22 groepspraktijken uit Vlaanderen, Wallonië en Brussel bij het RIZIV een gezamenlijke aanvraag in voor een forfaitaire regeling

Enkele maanden later keurt het Beheerscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV een reglement voor forfaitaire betaling op de eerste lijn goed. De concrete financiële regeling valt nadelig uit voor Vlaamse centra. Slechts drie Franstalige centra, namelijk Seraing, Linkebeek en Vorst, sluiten een akkoord met het RIZIV. Franstalige centra kunnen bovendien rekenen op financiële ondersteuning van de regionale overheid.

Het is dan wachten tot 1991, wanneer Philippe Busquin (PS) minister van Sociale Zaken wordt. Hij verhoogt de forfaitbedragen met tweemaal tien percent, omwille van de besparingen die de WGC realiseren in de gezondheidszorg.

Vanaf dat ogenblik zullen ook Vlaamse centra de stap naar forfait zetten, als eerste De Sleep in 1993.

Het forfaitair systeem is sindsdien, zij het langzaam, blijven evolueren. Zo komt er een bijkomende correctie op de forfaitbedragen vanuit de vaststelling dat ongeveer tien percent van de bevolking nooit gebruik maakt van eerstelijnszorg.

Een belangrijke wijziging komt er in 2013, wanneer forfaitaire centra een specifiek budget krijgen. Dat budget wordt verdeeld over de centra op basis van het profiel van de ingeschreven bevolking en van het zorggebruik, dit laatste via de gegevens van de mutualiteiten.

In de toekomst zal ongetwijfeld verder gezocht worden naar een meer verfijnde methode om de werkelijke zorglast van een centrum te bepalen en de financiering daarop te baseren.

## BIBLIOGRAFIE

Ri De Ridder. Goed Ziek; hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken, 2019

Veronique Compiet. Witte jassen: de onstaansgeschiedenis van groepspraktijken en wijkgezondheidscentra in Vlaanderen, 2010

Freddy Merckx,. Kansarmoede, ongelijkheid en gezondheidsbevordering, 1998Klaartje Schrijvers. De artsenstaking van 1964, 2005

Federaal Planbureau. De maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorgh, 2014

William Nordhaus. The health of nations: the contribution of improved health to living standards, 2002

W.J. Meerding (e.a.). Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart-en vaatziekten, 2007

Jonathan Cylus (e.a.). Making the economic case for investing in health systems (policy brief WHO), 2018

John P. Bunker. Medicine matters after all, 1995

Bryan R. Luce (e.a.). The return on investment in health care: from 1980 to 2000, 2006

David M. Cutler. The economics of better health, the case of cardiovascular disease, 2001

Jane Stein, Empowerment and women's health, Zed Books, 1997

Johan Mackenbach (e.a.). Economic costs of health inequalities in the European Union, 2010

Johan Mackenbach. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited, 1996

Colin D. Mathers. Causes of international in-creasesin older age life expectancy, 2015

Rekenhof, Jaarlijkse Boek Sociale Zekerheid

OECD. Health at a glance, jaarlijkse uitgave

OECD. Health Statistics, jaarlijkse uitgave

E.C. Coopmans, Burn-out als een sociale pathologie van onze tijd

[www.gezondbelgie.be/www.belgiqueenbonnesante.be](http://www.gezondbelgie.be/www.belgiqueenbonnesante.be): zeer veel boeiende cijfergegevens