



Vlaams
Parlement

ingediend op **1548** (2017-2018) – Nr. 1
30 maart 2018 (2017-2018)

Verslag van de gedachtewisseling

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Jan Bertels

over het voorstel
voor een nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling
over het verkleinen
van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Voorzitter: Bart Van Malderen.

Vaste leden:

Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, Lorin Parys, Peter Persyn, Elke Sleurs, Tine van der Vloet;
Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Martine Taelman;
Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen;
Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Vera Celis, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Ingeborg De Meulemeester,
Manuela Van Werde;
Sonja Claes, Dirk de Kort, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
Jo De Ro, Emmily Talpe;
Jan Bertels, Bert Moyaers;
Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

INHOUD

1. Toelichting door Jan De Maeseneer.....	4
1.1. Probleemstelling	4
1.2. Gezondheidsdoelstellingen als instrument	5
1.3. Sociale gradiënt meten	5
1.4. Opdracht Vlaamse Regering	6
1.5. Realiseren van de doelstelling is een gedeelde verantwoordelijkheid.....	6
1.6. Stappen in het strategisch plan.....	7
2. Vragen en opmerkingen van de commissieleden	8
2.1. Tussenkoms van Elke Van den Brandt	8
2.2. Tussenkoms van Jan Bertels.....	9
2.3. Tussenkoms van Cindy Franssen.....	9
2.4. Tussenkoms van Freya Saeys	11
2.5. Tussenkoms van Bart Van Malderen	12
2.6. Tussenkoms van Peter Persyn	13
3. Antwoorden van de SAR WGG.....	14
4. Replieken van de commissieleden en aanvullende antwoorden.....	18
Gebuurkte afkortingen	19
Bijlage: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hield op 28 februari 2018 een gedachtewisseling over het voorstel van de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid voor een nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn.

Aan de gedachtewisseling werd deelgenomen door:

- Jan De Maeseneer, voorzitter van de strategische adviesraad;
- Hilde Deneyer, ondervoorzitter van de strategische adviesraad.

Het voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn is als bijlage terug te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

1. Toelichting door Jan De Maeseneer

Jan De Maeseneer verklaart dat het hier gaat over een advies op eigen initiatief waar een lange voorbereiding aan voorafging. Hij herinnert aan eerdere initiatiefadviezen, met een bijzondere vermelding voor het advies inzake nieuw professionalisme dat intussen dankzij de Engelse variant ook buiten Vlaanderen inspiratie biedt.

1.1. Probleemstelling

De levensverwachting van een 25-jarige man is nogal verschillend naargelang het opleidingsniveau van die persoon. Met de stijging van het opleidingsniveau stijgt ook de gezonde levensverwachting; dat is de periode die men nog te gaan heeft in goede gezondheid. Tussen het laagste en hoogste opleidingsniveau bedraagt het verschil achttien jaar, hetgeen vrij indrukwekkend is. Men kan dus besluiten dat het opleidingsniveau een belangrijke determinant is van de gezonde levensverwachting.

Een goede manier om iets over iemands gezondheid te weten te komen, is die persoon gewoon te vragen hoe hij of zij zich subjectief voelt. Internationaal wordt dat ook als maatstaf erkend. Dan komt men tot gelijkaardige vaststellingen. Bij mensen met een lager diploma zegt ongeveer 51 percent in goede tot zeer goede gezondheid te verkeren. Bij mensen met een universitair diploma gaat het om 86 percent. Dat is een gradiënt van bijna 36 percent.

Belangrijk is ook de vraag naar problemen inzake geestelijke gezondheid. Die problemen dalen met een stijging van het opleidingsniveau. Als men hoger opgeleid is, heeft ongeveer 24 percent problemen, wat op zich niet onaanzienlijk is. Maar bij mensen met een lagere opleiding geeft bijna een op twee personen aan geestelijke gezondheidsproblemen te hebben. Het gezegde dat armoede en depressie twee zijden zijn van eenzelfde muntstuk, klopt dus wel.

Een andere belangrijke indicator is gebaseerd op een jaarlijkse Europese survey naar huishoudens en de besteding van hun middelen, namelijk de vraag in welke mate men medische zorg om financiële redenen heeft moeten uitstellen gedurende de laatste twaalf maanden. Dit geeft in feite de subjectieve perceptie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan. In dit verband komt men tot verontrustende vaststellingen. Na de financiële crisis van 2008-2009 is het aantal mensen dat medische zorg om financiële redenen moest uitstellen in België op vier jaar tijd verviervoudigd. De vaststellingen zijn nog spectaculairder als men een subgroepanalyse doet bij bijvoorbeeld werklozen of mensen die zich binnen de armste groepen in de samenleving bevinden. Europa heeft intussen beslist om een benchmarking te doen rond toegankelijkheid van de gezondheidszorg in de lidstaten van de Europese Unie. Bedoeling is om een aantal data van

de lidstaten te verzamelen, net zoals dat met de PISA-gegevens inzake onderwijs gebeurt, en om van elkaar te leren.

Er kan hieruit worden besloten dat gezondheid en welzijn ongelijk zijn verdeeld. Welzijn en gezondheid worden namelijk sociaal en economisch bepaald, in die mate zelfs dat de WHO vraagt om welzijn en gezondheid consequent als sleutelcomponent op te nemen in alle beleidsbeslissingen. Dit is als dusdanig ook opgenomen in de conceptnota Zorg en Samenleven 2050 van de Vlaamse Regering. Op die manier gaat men over tot het vertalen van de 'sustainable development goals' in Vlaams beleid.

1.2. Gezondheidsdoelstellingen als instrument

Vlaanderen is bekend met het instrument van de gezondheidsdoelstellingen dat gebruikt wordt om doelen op populatieniveau te formuleren. Daaraan wordt een resultaatsverbintenis gekoppeld en er worden instrumenten ingezet om de effecten van het beleid te meten. Meestal sluiten de gezondheidsdoelstellingen aan bij prioriteiten in het beleid, bijvoorbeeld het terugdringen van zelfmoorden.

De huidige gezondheidsdoelstellingen hebben vaak betrekking op participatie aan preventie. Men heeft echter gemerkt dat er vaak een probleem is met de sociale gradiënt. Het werken aan de gezondheidsdoelstellingen lukt goed bij de midden en hoger opgeleiden, maar de mensen met een lager opleidingsniveau blijven achteraan bengelen. Vandaar leek het de SAR nuttig dat Vlaanderen een gezondheidsdoelstelling zou formuleren die de sociale gradiënt aanpakt.

De doelstelling wordt als volgt geformuleerd: "Tegen 2030 verkleint Vlaanderen de sociale ongelijkheid in welzijn en gezondheid substantieel. Dit gebeurt door de actuele verschillen in levensverwachting in goede gezondheid en in welbevinden tussen personen naargelang hun positie op de sociale ladder met 25 percent te verminderen.". Concreet betekent dit dat er tegen 2030 vier à vijf jaar af moeten van de vermelde achttien jaar. Het is een ambitieuze doelstelling, maar ze ligt in de lijn van analoge doelstellingen in het buitenland.

Er is in Vlaanderen wel dringend behoefte aan een nieuwe nulmeting van levensverwachting, goede gezondheid en welbevinden gekoppeld aan sociaal-economische kenmerken. Met het oog op die sociaal-economische kenmerken wordt vaak de opleiding, het beroep of het inkomen als maatstaf genomen. In bovenvermelde gezondheidsdoelstelling wordt het opleidingsniveau gebruikt. Weliswaar heeft Vlaanderen een leerplicht tot achttien jaar waardoor de verschillen kleiner zijn geworden, maar toch kunnen er op dat vlak nog duidelijke niveauverschillen worden waargenomen. Het zou wel interessant zijn om ook te kijken hoe zich dat tot andere indicatoren inzake sociaal-economisch functioneren verhoudt, voornamelijk het inkomen. Moeilijker is het om vandaag een koppeling te maken met het beroep. 25 jaar geleden was het duidelijker dat een bepaald beroep een bepaalde sociale status had, maar vandaag is de klassieke beroepskwalificatie minder bruikbaar geworden. Niet alleen zijn er nieuwe beroepen bijgekomen, beroepen stijgen of dalen ook op de maatschappelijke ladder. Opleidingsniveau en inkomen zijn met andere woorden de belangrijkste indicatoren.

1.3. Sociale gradiënt meten

De gezondheidsenquête is het aangewezen instrument om primaire data te verzamelen. De Studiedienst van de Vlaamse Regering zal verder kunnen inzetten op de systematische koppeling van data aan sociale groepen en sociale kenmerken. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld zijn alle verzamelde data altijd gekoppeld aan de sociale status. Mits de nodige spelregels op het vlak van

confidentialiteit zou men in de registratiesystemen van de zorg- en hulpverlening stappen vooruit kunnen zetten door systematisch ook het opleidingsniveau te registreren in alle sociale hulpverlenings- en gezondheidszorgdossiers. Dergelijke documentatie kan helpen om gepaste strategieën te ontwikkelen in het kader van het proportioneel universalisme.

Om de doelstelling te bewerkstelligen moet in alle beleidsdomeinen, en in het bijzonder in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, een beleid worden gevoerd voor het steeds verder terugdringen van de sociale gradiënt in gezondheid en welzijn. Dit beleid moet structureel zijn en voldoende gefinancierd worden. Het is evident dat WVG hierin een trekkersrol te spelen heeft. Binnen dat beleidsdomein is men immers bij uitstek bezig met gezondheid en welzijn en beschikt men over heel wat instrumenten ter zake. Het beleidsdomein heeft als belangrijke taak de andere beleidsdomeinen en sectoren te motiveren om de nieuwe gezondheidsdoelstelling mee te realiseren. Men zal echter ook ten aanzien van het federale niveau actie moeten ondernemen, want daar situeren zich een aantal belangrijke hefboomen inzake financiering in het kader van terugbetalingen.

1.4. Opdracht Vlaamse Regering

Voorgesteld wordt dat de Vlaamse Regering als opdracht krijgt om de oorzaken van sociaal-economische ongelijkheid in verschillende levensdomeinen op te zoeken en om handvaten aan te reiken om 'health and well being in all policies' echt concreet te maken. De basis voor een dergelijk horizontaal beleid is om eerst een gedeelde en expliciete visie te ontwikkelen. Men moet het erover eens zijn dat er zich een probleem stelt en dat er iets aan moet gebeuren.

Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heeft een trekkersrol, maar wonen, arbeid, inkomen, onderwijs en infrastructuur zijn ook erg belangrijke aspecten. 'Iedereen telt mee' is de gehanteerde slogan.

Men mag niet louter vertrekken van de bestaande doelstellingen die vooral gefocust zijn op persoonlijk gedrag, leefstijl en deelname aan preventie. Die belangrijke doelstellingen worden nu in een breder verhaal opgenomen, met aandacht voor inkomenszekerheid, toegang tot zorg en ondersteuning, sociale cohesie, onderwijs, gezonde woonomgeving, werk en arbeidsomstandigheden. Het gaat om een samenhangend beleid dat inzet op verschillende maatschappelijke determinanten van ongelijkheid.

1.5. Realiseren van de doelstelling is een gedeelde verantwoordelijkheid

Het realiseren van de doelstelling is een gedeelde verantwoordelijkheid van verschillende overheden: federaal, Vlaams en ook Europees. Verder hebben de actoren in zorg en ondersteuning een belangrijke functie. Zij ontmoeten dagdagelijks de sociale gradiënt in hun werk. Met het oog op de versterking van de sociale cohesie en de veerkracht van een wijk zijn ook de buurtwerkingen van belang. Ondernemingen en werkgevers dragen via tewerkstelling bij tot sociale integratie. Ten slotte zal de individuele burger in zijn eigen dagdagelijkse keuzes de nodige solidariteit moeten ervaren. Jammer genoeg is die solidariteit in onze huidige samenleving tanend. De dwarsverbindingen doorheen de sociale strata zijn niet meer zo evident.

Wat kunnen de actoren in zorg en ondersteuning doen? Zij moeten aandacht hebben voor perspectief, levensdoelen en sociale context van een persoon met een zorgbehoefte. De spreker verwijst in dit kader naar de nota 'Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning' van de SAR. Deskundigheidsbevordering moet worden nagestreefd, inclusief een goede zorg voor de zorg- en

hulpverlener. Hulpverleners moeten immers vaak in complexe situaties werken en hebben een toenemend takenpakket waarbij er nieuwe deskundigheden nodig zijn. Dit alles vraagt om een goede ondersteuning. Er dient een 'cultuursensitieve competentie' te worden ontwikkeld. De tijd dat men cultuurspecifieke zorg kon verrichten, is al lang voorbij. Men moet de culturele gevoeligheden kunnen vatten vanuit een integrale benadering. Vrijwilligers moeten op een goede manier worden ingezet, met een goede omkadering.

Wat de buurtwerkingen betreft, wordt participatie, empowerment, versterken van de maatschappelijke cohesie en de onderlinge steun benadrukt. Het wetenschappelijk onderzoek geeft aan dat maatschappelijke cohesie een voorwaarde is voor een goede zorg en ondersteuning en voor goed vrijwilligerswerk. Anderzijds ziet men dat een goede zorg die nabij, beschikbaar en toegankelijk is het gevoel van maatschappelijke cohesie versterkt.

Op het niveau van de individuele burger is het uiteraard belangrijk om goed voor eigen lichaam en geest te zorgen. Men moet dit echter niet vanuit een individueel schuldmodel benaderen. Als het niet goed gaat, moet men naar het totale plaatje en alle sociale determinanten kijken. In geen geval mogen mensen worden afgerekend op de resultaten van hun persoonlijke preventieve inspanningen. Vele gedragsfactoren hebben immers ook genetische en sociale componenten, wat natuurlijk niet wegneemt dat iedereen moet worden uitgenodigd om maximale inspanningen te leveren. Er is verder een (maatschappelijk) kader nodig waarin iedereen gezond gedrag kan stellen en volhouden.

Samenvattend moet de gezondheidsdoelstelling worden behaald via een vertaling in een strategisch plan met duidelijke engagementen vanwege WVG en de Vlaamse Regering. Die moeten dan worden omgezet in concrete acties met prioriteiten, financiering en systematische opvolging via indicatoren.

1.6. Stappen in het strategisch plan

Als eerste stap moet men de sociale verschillen zo vroeg mogelijk detecteren en reeds op jonge leeftijd aanpakken. Men heeft uit onderzoek naar de kwaliteit van het gebit vastgesteld dat de sociale gradiënt reeds op de leeftijd van dertig maanden duidelijk zichtbaar is. Bij dertig percent van de kinderen uit lagere sociale milieus werden letsels zoals cariës vastgesteld tegen zeven percent van de kinderen uit de hogere sociale milieus. Dit soort letsels heeft een voorspellende kracht voor het later krijgen van diabetes, hart- en vaatziekten, osteoporose en zelfs vroegtijdige bevalling.

De gezondheidsvaardigheden moeten worden verhoogd en zorg en ondersteuning moeten dicht bij de burger worden georganiseerd, via sterke en intersectorale netwerken. Men moet een goede levensstandaard verzekeren en discriminaties wegwerken. Verder moet men nog meer investeren in preventie en gezondheidsbevordering op maat. De rol van de eerste lijn moet hierin versterkt worden. Men moet blijven investeren in een universeel toegankelijke zorg en ondersteuning, waarbij het garanderen van de betaalbaarheid cruciaal is. Tot slot moet de inkomensongelijkheid worden verkleind. De kloof manifesteert zich het duidelijkst bij de laagste inkomensgroepen. Daarop moet de focus liggen.

Het zo vroeg mogelijk detecteren en aanpakken van sociale verschillen is een opdracht voor WVG, Onderwijs, Wonen, Sport enzovoort. Inzake preventie zijn algemene voorlichtingscampagnes niet voldoende. Er moeten acties op maat van doelgroepen en buurten worden opgezet. De eerstelijnszorg kan een belangrijke rol spelen door onder andere met de Logo's aan de slag te gaan om de boodschap op een gepaste manier bij de verschillende doelgroepen te brengen.

Daarbij kunnen bijvoorbeeld apothekers, verpleegkundigen, diëtisten en kinesisten worden ingeschakeld.

Een universeel toegankelijk zorg betekent dat men ongelijke toegang moet tegengaan. Hierbij zijn een duurzaam kader voor de publieke zorg en ondersteuning essentieel. De financiële toegankelijkheid van alle WVG-sectoren moet zijn verzekerd. Hierbij kan het maatschappelijk debat over kostprijs, eigen bijdragen, remgelden en supplementen aan de orde zijn. Men moet zich hierbij afvragen of de correctiemechanismen effectief zijn en efficiënt werken. Aan welke voorwaarden moet het instrument van de Vlaamse sociale bescherming voldoen om de betaalbaarheid te garanderen en zijn doelstelling te bereiken?

De intersectorale werking moet vertrekken van een goed georganiseerde en financieel toegankelijke eerste lijn, met een goede samenwerking met het geïntegreerd breed onthaal dat momenteel in de sociale sector wordt uitgerold. Men zal meer moeten evolueren naar netwerken van zorgverstrekkers die een verantwoordelijkheid hebben voor een gedefinieerde groep van patiënten. Op die manier kan men de mazen van het net dichten en verhoogt de toegankelijkheid.

In het kader van de gezondheidsvaardigheden staat het begrip 'empowerment' centraal. De gezondheidspromotie moet zo vroeg mogelijk, zelfs pre-conceptioneel reeds beginnen. Anders riskeert men dat het van bij de start fout loopt. De complexiteit van zorg- en ondersteuningssystemen wordt best verminderd. Men moet trachten synergieën te creëren en taken waar mogelijk te delegeren met het oog op efficiëntiewinsten.

Men moet een goede levensstandaard verzekeren en discriminaties wegwerken. De beleidsplannen armoedebestrijding moeten in dit kader worden uitgevoerd. Financieringssystemen en gezinstoeslagen moeten de toegang tot zorg en ondersteuning verbeteren. Discriminatie op vlak van gender, leeftijd, etniciteit, religie en politieke overtuiging moet ten gronde worden aangepakt. De burger moet onafhankelijk van die kenmerken zorg en ondersteuning kunnen krijgen.

De inkomensongelijkheid moet worden verkleind. In België manifesteert de kloof zich het duidelijkst bij de laagste inkomensgroepen. In België is men er vrij goed in geslaagd om het aandeel van de rijkdom dat bij de tien percent rijksten ligt onder controle te houden. Dit is vrij stabiel gebleven op 35 percent. Aan de onderkant is er echter een probleem. Daar is men er minder goed in geslaagd mensen uit de armoede te halen en dient er dus een extra inspanning te worden geleverd. Macro-economisch kan men hefboomen inzetten op het vlak van fiscaliteit, werkgelegenheid en sociale bescherming.

De spreker besluit met een citaat van sir Michael Marmot die in 2016 een eredoctoraat ontving aan de UGent: "We know what to do to make the difference. We only have to do it."

2. Vragen en opmerkingen van de commissieleden

2.1. Tussenkoms van Elke Van den Brandt

Elke Van den Brandt heeft een vraag over de cijfers inzake het uitstel van medische hulp omwille van financiële redenen en de link die wordt gelegd met de financiële crisis. Zij vindt de verschillen tussen België en de Europese norm frappant. Hoe komt het dat wij het anders doen dan de rest van Europa? Zijn er wat dat betreft binnen België verschillen tussen de drie gewesten?

De SAR stelt een gezondheidsdoelstelling voor maar anderzijds lijkt men te suggereren om de bestaande doelstellingen in de gezondheidsdoelstelling te

integreren. Is men beter af met een transversale doelstelling dan wel met een aparte gezondheidsdoelstelling en aparte acties? Waar ligt nog het verschil met het armoedebeleid? Hoe kan men ervoor zorgen dat een gezondheidsdoelstelling wel de hefboomen heeft die er momenteel niet zijn voor het armoedebeleid?

Er werd gepleit om de complexiteit van zorg- en ondersteuningssystemen te verminderen. Kunnen daar concrete voorbeelden van worden gegeven? Zijn er goede processen waar lessen uit kunnen worden getrokken?

2.2. Tussenkoms van Jan Bertels

Jan Bertels treedt de uitgangspunten van het advies bij waar dat stelde dat men het eens moet zijn dat er een probleem is en dat er een gedeelde visie moet zijn omtrent deze problematiek. Verder vindt de spreker het belangrijk dat het begrip 'solidariteit' terug de vroegere betekenis krijgt en dat men dit ook als dusdanig laat erkennen door politiek en samenleving. Men mag alleszins geen schuldmodel installeren in de zorgsector. Dat neemt niet weg dat er ook voor de betrokken mensen verantwoordelijkheden zijn. Er is echter een verschil tussen deels de eigen verantwoordelijkheid opnemen of te zeggen dat het de eigen schuld is. Dit laatste zou geen correcte voorstelling van de feiten zijn.

De spreker vindt het positief dat er een horizontale gezondheidsdoelstelling met het oog op het verkleinen van de sociale ongelijkheid inzake gezondheid en welzijn zou zijn. De cijfers tonen de noodzaak daarvan aan. Het is goed dat het om een horizontale gezondheidsdoelstelling gaat die op een transversale wijze doorheen verschillende bevoegdheidsdomeinen gaat. Om de problematiek scherp te houden is het eveneens positief dat er tegen 2030 een duidelijke en ambitieuze doelstelling voorop wordt gesteld, met name een vermindering met 25 percent van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn. Het aanpakken van de sociale gradiënt vanuit helikopterperspectief mag niet afgezet worden tegen een armoedebeleid maar beide moeten elkaar aanvullen. Dit zijn volgens de spreker de algemene uitgangspunten waarover men het politiek eens moet geraken.

Jan Bertels verwijst naar de voorgestelde doelstelling om nog meer in preventie te investeren en de rol van de eerste lijn in dat opzicht te versterken. Welke voorstellen zijn er om het mattheuseffect inzake het preventief gezondheidsbeleid en het eerstelijnsaanbod weg te werken? Hoe kan men ervoor zorgen dat de laagste sociale klassen evenredig gebruikmaken van het preventief gezondheidsbeleid en het aanbod op de eerste lijn?

Terecht wordt sterk de nadruk op buurtwerking gelegd. Hoe kan men de buurtwerking op het terrein integreren in de eerstelijnszones?

2.3. Tussenkoms van Cindy Franssen

Cindy Franssen is ervan overtuigd dat men de aangekaarte problematiek moet aanpakken. Zij kan de algemene principes uit het advies zeker bijtreden. Terecht wordt gesteld dat een individuele burger niet kan worden afgerekend op zijn levensstijl. Tal van determinanten en ook genetische factoren spelen daarbij een rol. Het herstellen van de solidariteit is inderdaad een van de grote uitdagingen. Niettemin is de spreker niet ten volle overtuigd dat een afzonderlijke gezondheidsdoelstelling de juiste weg is om te bewandelen.

De SAR heeft een advies op eigen initiatief uitgebracht. Gesteld dat hieraan gevolg zou worden gegeven, dient de SAR dan daar opnieuw advies over uit te brengen?

Het advies zegt weinig over de verdeling van de bevoegdheden. Heel wat hefbomen vallen onder de federale bevoegdheid, bijvoorbeeld de inkomenszekerheid en de (financiële) toegang tot zorg, werk- en arbeidsomstandigheden. Hoe verhoudt dit advies zich tot wat er op federaal niveau gebeurt en tot de recente studie van het kenniscentrum inzake 'Verkenkende stappen voor het formuleren van doelstellingen voor het Belgische gezondheidssysteem'? De benodigde data voor evaluatie en monitoring zitten ook in federale databanken. Vandaar meent de spreker dat men eerder naar een interfederale gezondheidsdoelstelling moet gaan. De deelstaten moeten in dat kader dan uiteraard hun verantwoordelijkheid nemen vanuit het principe 'health in all policies'.

Cindy Franssen verwijst naar de data over het uitstel of afstel van medische zorg omwille van financiële redenen. De oorzaak is in feite het financiële gebrek en het gevolg is dat men medische zorg gaat uit- of afstellen. In de doelstelling van de SAR ziet de spreker eerder een omkering van oorzaak en gevolg.

Health in all policies is absoluut noodzakelijk, maar dit zal niet volstaan om drempels in het kader van welzijns- en gezondheidszorg weg te werken, en al zeker niet in de preventieve gezondheidszorg. De spreker ondersteunt het gericht inzetten van doelgroepen en het proportioneel universalisme, maar het is niet duidelijk wat een aparte gezondheidsdoelstelling in dit kader te bieden heeft.

De SAR wil vermijden dat burgers en personen met een zorgbehoefte door de mazen van het net vallen. Kan men het principe van de accountability wat concreter maken? Wat betekent dit voor de middelen die er vandaag door de Vlaamse Regering voor zorg en ondersteuning worden uitgetrokken? Hoe zullen die worden toegekend en hoe zal worden beslist over de besteding ervan? Wie zal zich uitspreken over de accountability?

Het terugdringen van de inkomensongelijkheid zou volgens het advies een onderdeel moeten worden van het strategisch plan dat samenhangt met de beoogde aparte gezondheidsdoelstelling. Volgens de spreker valt de inkomensongelijkheid in ons land nog mee als men dit in Europees en internationaal perspectief bekijkt. Zij merkt op dat we nood hebben aan het behoud van een sterke sociale zekerheid die de toegang voor iedereen verzekert. Het herverdelend vermogen van de sociale zekerheid stuit echter op zijn limieten en daarom moet men meer in de richting van de fiscaliteit werken. Heel wat aspecten daarvan zijn echter federaal.

Wanneer het gaat over het verhogen van de gezondheidsvaardigheden komt men in het vaarwater van de nieuwe gezondheidsdoelstelling inzake gezond leven. Een van de elementen daarvan is om het proportioneel universalisme ingang te doen vinden. Hierin kan een dubbel gebruik schuilen. Nog wat de gezondheidsvaardigheden betreft, mist de spreker de link met de opdrachten die de mutualiteiten krijgen in het kader van de oproep van federaal minister De Block om gezondheidsvaardigheden meer ingang te doen vinden.

De SAR wil een goede levensstandaard verzekeren en discriminaties wegwerken. Baseert de adviesraad zich dan op de Vlaamse budgetstandaard of op de Europese armoederisicodrempel?

In het advies wordt gedeeltelijk voorbijgegaan aan de financiering van ons gezondheidssysteem. Hier moet men zich vragen bij stellen, al gaat het opnieuw over een interfederale discussie. Het systeem van de prestatiegeneeskunde zou, zonder voorafnames, nader moeten worden bekeken en in alle openheid besproken.

Het advies spreekt van een structurele inbedding en voldoende ondersteuning van werkingen op buurtniveau. Hoe verhoudt dit zich tot het lopend beleid met betrekking tot de reorganisatie van de eerstelijnszorg? Is er hier sprake van dubbel gebruik?

Op bladzijde 23 van het advies wordt gesteld dat de raad verwacht dat het bedrijfsleven verder inzet op het bevorderen van positieve factoren voor het bevorderen van gezondheid en welbevinden, in eerste instantie door het inzetten op economische duurzaamheid voor mensen. Hoe verhoudt zich dat dan tot het strategisch plan in uitvoering van de aparte gezondheidsdoelstelling? Kan dat nader worden toegelicht?

De SAR vertrekt vanuit de gezondheidsongelijkheid in plaats van de inkomensongelijkheid. Dit roept de vraag op wat nog preventieve gezondheidszorg is en wat niet meer. Men pleit bijvoorbeeld voor een flexibele programmatie van zorg en ondersteuning. In hoeverre is dit nog preventieve gezondheidszorg?

De beoogde aparte gezondheidsdoelstelling moet worden uitgewerkt in een allesomvattend strategisch plan. Belandt men daarmee niet bij een nieuw actieplan met betrekking tot de armoedebestrijding in Vlaanderen?

2.4. Tussenkoms van Freya Saeys

Freya Saeys erkent dat het advies een belangrijke problematiek aankaart. De vraag is wel of er daarom een aparte gezondheidsdoelstelling op het niveau van de gemeenschap moet worden geformuleerd. Belangrijke bevoegdheden situeren zich immers op het federale niveau, zodat deze problematiek eigenlijk een interfederale aanpak vergt.

Hoe is de adviesraad tot de doelstelling van de vermindering met 25 percent van de sociale ongelijkheid in welzijn en gezondheid gekomen? Het klopt wel dat het nuttig is om een concrete doelstelling te formuleren. Anderzijds is het wenselijk om een realistische doelstelling te formuleren om ontgoochelingen te vermijden.

Een terecht aandachtspunt is het verhogen van de gezondheidvaardigheden. Er zijn heel wat wetenschappelijke aanwijzingen dat er sprake is van een sociale gradiënt met betrekking tot de gezondheidswijsheid. Sommige doelgroepen eten ongezonder of participeren minder aan gratis bevolkingsonderzoeken. Hoe kunnen we die doelgroepen beter bereiken?

Gezondheidswijsheid impliceert dat mensen in staat zijn om die informatie te begrijpen en ernaar te handelen. In tal van plannen zijn er programma's ontwikkeld om de gezondheidswijsheid te verbeteren. De rol van het onderwijs om bepaalde vaardigheden te verwerven, mag ook niet worden onderschat. Verder mag het zorg- en gezondheidssysteem niet te ingewikkeld zijn. De mensen moeten er hun weg in kunnen vinden. Op dat vlak is er nog heel wat werk aan de winkel. Tot slot is ook de communicatie door de zorgverstrekkers zelf van belang. Mensen moeten in een begrijpbare taal de nodige informatie krijgen. De opleidingen besteden hier meer aandacht aan, maar dat neemt niet weg dat het altijd beter kan.

Iedereen is het erover eens dat de gezondheidszorg toegankelijk moet zijn. Voor de spreker is dat iets ander dan het gratisverhaal. België kent reeds een zeer toegankelijke gezondheidszorg, ook op financieel vlak. Er zijn de vele verhoogde tegemoetkomingen, de derdebetalersregeling, de maximumfactuur enzovoort. Men maakt nu ook werk van de terugbetaling van psychologische hulp. Men moet wel beseffen dat gratis niet betekent dat mensen met een beperkt inkomen per definitie zullen participeren aan die gratisprogramma's. Het gaat om een moeilijk

te bereiken groep. Veel mensen weten gewoon niet wat er precies gratis is. Er dient dus goed geïnformeerd te worden.

Het solidariteitsprincipe staat buiten kijf. Mensen moeten werken aan hun eigen gezondheid maar mogen daar niet op worden afgerekend. Hoe moet men immers de lijn trekken? De overheid moet vooral tools aanreiken. Het is dan aan de mensen om die kansen te grijpen.

De spreker is verheugd dat de term 'nudging' een plaats krijgt in het advies. Terecht wordt gesteld dat de gezonde keuze de gemakkelijkste keuze moet zijn. Zonder de keuzevrijheid te beperken, kan men zeker bij de moeilijker doelgroepen het gedrag onbewust gaan beïnvloeden. Ook op coaching dient blijvend ingezet te worden.

Wat accountability betreft, spreekt het advies van een netwerk van partners in zorg en ondersteuning voor een bepaalde populatie. Ziet de adviesraad dat ingebed in de eerstelijnszone?

Er is in Vlaanderen een minister die instaat voor de coördinatie van de armoedebestrijding. Wordt dit advies ook aan die minister gericht?

2.5. Tussenkomen van Bart Van Malderen

Bart Van Malderen vindt de voorgestelde nieuwe nulmeting inzake levensverwachting logisch. Men heeft immers een beginpunt nodig om de verrichte inspanningen te kunnen inschatten. Opleiding en inkomen zijn vandaag nog altijd de meest relevante determinerende factoren.

Kan men nagaan of er andere criteria mogelijk zijn? Een eerste zou kunnen zijn dat men kijkt naar buurten. Er is een evidente link tussen opleidingsniveau en inkomen maar men stelt ook vast dat bepaalde gezondheidsproblemen zich manifesteren voordoen in bepaalde buurten. Heel de discussie rond Oosterweel heeft bijvoorbeeld blootgelegd dat de fijnstofproblematiek harder speelt in buurten waar lage inkomensgroepen wonen. Hieruit volgt dat infrastructuur eveneens belangrijk is. Men zou daarom kunnen rekening houden met omgevingsfactoren en woonkwaliteit in buurten als men de nulmeting verricht.

Terecht werd gesteld dat cultuurspecifiek werken vandaag onmogelijk is geworden gelet op het grote aantal nationaliteiten met verschillende culturele en etnische achtergronden. Maar men kan wel kijken naar onderparticipatie en bepaalde vaak voorkomende aandoeningen en overwegen om een etnisch-gedifferentieerde meting te doen.

Er werd enkele keren opgeroepen om de krachten te bundelen. Vlaanderen moet uiteraard zijn verantwoordelijkheid opnemen maar dit moet een verlengstuk krijgen op het federale niveau, bijvoorbeeld omdat men databanken nodig heeft. De spreker pleit ervoor om effectief een aparte gezondheidsdoelstelling te maken, maar instrumenteel zal er een interfederale aanpak nodig zijn. Hij stelt echter vast dat er een evidente link is met het armoedebeleid en dat er op dat vlak deze legislatuur nog geen enkele interministeriële conferentie heeft plaatsgevonden. Blijkbaar ontbreekt het aan de politieke bereidheid om tussen de beleidsniveaus samen te werken.

Het individueel schuldmodel wordt door iedereen afgewezen, maar in enkele recente dossiers ziet de spreker voor een deel het omgekeerde gebeuren. In het kader van de hervorming van de kinderbijslag wordt een financiële incentive gegeven om kinderen te laten participeren aan kleuteronderwijs, daar waar men weet dat het grootste deel van de kleuters daar al aan participeert. Men dreigt

beleids marge te missen door mensen te sanctioneren die om wat voor reden dan ook hun kinderen niet of te weinig laten participeren. Anderzijds geeft men een financiële incentive die slechts een marginaal effect heeft.

Bart Van Malderen onderschrijft de stelling dat men moet investeren in universeel toegankelijke zorg en ondersteuning. Men kan daar in Vlaanderen wel vraagtekens bij plaatsen gelet op zijn welzijns- en financieringsmodel. Alles is immers gecontingenteerd en gelimiteerd in functie van de begroting. De tekorten worden in feite via wachtlijsten geobjectiveerd. Daarom pleit de spreker voor het inschrijven van een begrip als zorggarantie, waar men dan ook de budgettaire consequenties uit moet trekken, wat echter niet hoeft te betekenen dat de budgetten oneindig zijn.

De discussie over een VSB-instrument om de betaalbaarheid te garanderen, kondigt zich heel interessant aan. Zorgnet heeft in dat verband recent de kat de bel aangebonden door te pleiten voor een inkomensgerelateerde financiering. Zal men erin slagen herverdelend te werken inzake de VSB-bijdragen?

2.6. Tussenkomen van Peter Persyn

Peter Persyn meent dat de solidariteit nooit in vraag gesteld is geweest. Er zijn misschien bepaalde extreme stemmen die daar afbreuk aan willen doen, maar voor zowel de Vlaamse als de federale meerderheid staat de solidariteit als een paal boven water. Men zal alles in het werk stellen om de solidariteit zo goed mogelijk te handhaven maar ook betaalbaar te houden.

De spreker is bekend met het betoog van Jan De Maeseneer en weet dat hij telkens een lans breekt om de sociale ongelijkheid zoveel mogelijk terug te dringen. Als men dat in internationaal en Europees perspectief bekijkt, dan stelt men vast dat het daarmee in ons land en in Vlaanderen nog niet zo slecht gesteld is.

Peter Persyn vindt dat men vooral de effecten van de sociale ongelijkheid moet reduceren. Er is bijvoorbeeld een toename van kansarmoede door de vergrijzing en gezinsverdunding. Het aantal personen met dementie zal de komende decennia in Vlaanderen verdubbelen. Dat soort uitdagingen zal extra op het systeem wegen.

Qua toegankelijkheid is het wel zo dat mensen soms onvoldoende gewapend zijn om de weg te vinden en sommige groepen moeten worden ondersteund in het maken van de juiste keuzes. Er kunnen cultureel-psychologische drempels spelen waardoor men de weg niet vindt in administratieve doolhoven. De digitalisering betekent nog een extra hindernis voor mensen die geen internet of digitale vaardigheden hebben. In 2014 werd een groenboek gepubliceerd rond armoede en toegankelijkheid door het RIZIV en Artsen van de Wereld. Daar werden ook een aantal trajecten rond opgestart. Kunnen daar lessen uit worden getrokken voor Vlaanderen en voor de toekomst?

De spreker sluit zich aan bij de vraag van Elke Van den Brandt over een meer regionale opdeling van de cijfers. Er zijn immers flagrante verschillen tussen de regio's.

Vlaanderen heeft een hele traditie opgebouwd inzake het werken met gezondheidsdoelstellingen. Er wordt reeds dertig jaar aan preventie gewerkt en dat heeft zijn vruchten afgeworpen. Er werden doelen vooropgesteld waar men op kan worden afgerekend. Alles kan uiteraard nog beter. Maar men moet vaststellen dat er op federaal vlak geen beleid op basis van hoge standaarden en doelstellingen wordt gevoerd.

De spreker onderschrijft de keuze voor een gezondheidsdoelstelling met indicatoren die men kan evalueren en bijsturen. Maar dit moet aan een globaal beleid worden gekoppeld want heel wat hefbomen (fiscaliteit, arbeidswetgeving, ziekteverzekering, betaling van gezondheidsverstrekkers enzovoort) bevinden zich op het federale niveau. Het zou vandaar goed zijn om op het federale niveau aan te dringen op een beleid dat gebaseerd is op gezondheidsdoelstellingen in plaats van op de koterijen van het RIZIV en de FOD's, met de trade offs tussen corporaties en belangengroepen, die weliswaar hun historische verdiensten hebben maar die uiteindelijk niet uitgaan van de globale doelstelling om zoveel mogelijk Belgen zo lang mogelijk gezond te houden.

3. Antwoorden van de SAR WGG

Jan De Maeseneer gaat vooreerst in op de vraag naar de verschillen tussen de gewesten. In het advies wordt daar inderdaad niet op gefocust. Er is hierover ook weinig gedocumenteerd materiaal beschikbaar. Vlaanderen doet het wel relatief goed in vergelijking met de andere gewesten. Dat is niet alleen de verdienste van het gevoerde beleid, ook socio-economische determinanten spelen daarin een rol.

Hoe komt het dat zich in België in 2010 een spectaculaire knik voordeed in vergelijking met het EU27-gemiddelde? Een van de elementen daarbij is zeker dat België in Europees verband hoog scoort met betrekking tot de eigen bijdrage. 25% van wat in de gezondheidszorg wordt uitgegeven, komt van de patiënt op het moment dat hij of zij ziek is. Het gaat bijvoorbeeld om remgelden betaald bij de apotheker of de artsen, de supplementen en andere financiële bijdragen. De meeste landen zeggen dat België aan de bovengrens zit van wat verzoenbaar is met een goede toegankelijkheid. De spreker verwijst in dit verband naar documenten die eind vorig jaar door de OESO en de EU werden verspreid en die per land telkens in zestien pagina's de belangrijkste elementen in kaart brengen. Het zou goed zijn dat de commissieleden de Nederlandstalige versie van het rapport over België zouden ter beschikking krijgen. De problematiek van de toegankelijkheid in België situeert zich vooral aan de onderkant van de samenleving, bij de laagste inkomensgroepen en de werklozen. Hier zou meer aandacht aan moeten worden besteed.

Het armoedebeleid is uiteraard een belangrijk instrument omdat veel van de determinanten die in het SAR-rapport worden aangehaald specifiek via het armoedebeleid moeten worden aangepakt. Dat is precies het principe van health in all policies.

De doelstelling van een vermindering van de sociale ongelijkheid met 25 percent in gezondheid en welzijn is gebaseerd op het 'health for all policies framework in Europe', gepubliceerd door de WHO.

Er waren verschillende pleidooien om de complexiteit terug te dringen. Vanuit het standpunt van de burger kan dit gebeuren door de informatie meer te integreren. Het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier kan daartoe bijdragen. De communicatie met de tweede lijn verloopt al vrij goed, maar de integratie tussen sociale sector en gezondheidssector en daarbinnen tussen preventie en curatie laat wel eens te wensen over. Daar is een grotere integratie met het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier wenselijk teneinde de complexiteit terug te dringen. Ook het geïntegreerd breed onthaal speelt daarin een rol. In de toekomst zal de rol van zorgverlener in Vlaanderen mee bepaald worden door het feit dat velen actief zijn in een eerstelijnszone. Dat zal ertoe leiden dat de informatieve en oriënterende rol van bijvoorbeeld de huisapotheker in de gezondheidszorg groter wordt. Dit kan ertoe bijdragen dat de zorgtoegankelijkheid geoptimaliseerd wordt.

De spreker is verheugd over de consensus in de commissie dat solidariteit een centraal gegeven is en niet ter discussie wordt gesteld. Het afwijzen van het individueel schuldmodel betekent overigens niet dat de burger niet op verantwoorde wijze zal participeren aan de realisatie van zijn gezondheids- en welzijnsdoelen.

Is het nodig om met een gezondheidsdoelstelling te werken? Hoe verhoudt zich die doelstelling tot de specifieke gezondheidsdoelstellingen? In alle specifieke gezondheidsdoelstellingen wordt men met de sociale gradiënt geconfronteerd. Momenteel zijn er ongeveer 25 commissies actief met het adviseren van het preventief beleid in Vlaanderen. Die komen altijd tot de conclusie dat er iets moet gebeuren met die sociale gradiënt. De gevolgde strategieën zijn meestal ook gelijkaardig: drempelverlaging en outreaching. Het is dan misschien niet slecht dat verhaal een breder kader te geven door er een gezondheidsdoelstelling met helikopterperspectief van te maken.

Er werd terecht opgemerkt dat het gaat om een mix van bevoegdheden. Het is evident dat health in all policies niet alleen een horizontaal verhaal is maar ook een verticaal. Als men wil ingrijpen op een determinant als inkomensongelijkheid, dan ligt de grootste verantwoordelijkheid op het federale niveau. De adviesraad heeft deze gezondheidsdoelstelling dan ook bezorgd aan zowel de Vlaamse als de federale bevoegde ministers. De spreker doet een oproep aan de commissieleden om hun partijgenoten op het federale en het lokale niveau hierover aan te spreken. Met dit document kunnen politici dus zelf aan de slag gaan om de nodige transversaliteit en integratie te creëren.

In het federale regeerakkoord 2014-2019 is te lezen dat de Federale Regering in overleg met de deelstaten de nodige initiatieven zal nemen om de gezondheidskloof in kaart te brengen, en concrete acties zal uitwerken om de toename van sociaal-economische gezondheidsverschillen te voorkomen, en om op diverse domeinen te streven naar een substantiële afname van de gezondheidskloof. Het terugdringen van de verschillen in verwachte gezonde levensjaren is een van de prioritaire gezondheidsdoelstellingen. Het kenniscentrum is daaromtrent een oefening aan het voorbereiden. Het voorliggend advies kan voor die oefening inspiratie bieden. Het zou alleszins goed zijn dat een en ander uitmondt in een interfederaal en geïntegreerd actieplan. Vlaanderen heeft immers niet alle hefboomen in handen om die 25 percentvermindering te realiseren. Er moet dus een collectieve inspanning geleverd worden om die doelstelling te behalen.

Hoe kan men het mattheuseffect terugdringen? Internationale literatuur toont aan dat een drempelloze, geïntegreerde, nabije en goed functionerende eerstelijnszorg daar een belangrijke hefboom kan in zijn. De ontwikkeling van de eerstelijnszone is in dat kader erg belangrijk, in eerste instantie op het vlak van de accountability. Men zal van reactieve zorg voor gezinnen en individuen moeten evolueren naar verantwoordelijkheid voor gezondheid samen met de gedefinieerde populatie. In dat kader zullen netwerken moeten ontstaan: gezondheid met welzijn, medische met verpleegkundige zorg, kinesitherapie met de farmaceutische sector enzovoort. Iedereen samen zal dat moeten opnemen. Er moet een relatie worden gelegd tussen een populatie die zich tot een bepaald netwerk bekent en de samenwerking binnen dat netwerk. Vlaanderen heeft in die zin reeds enkele hefboomen en instrumenten klaar die op korte termijn worden geoperationaliseerd en die zullen maken dat de zorg beter wordt afgestemd en de toegankelijkheid wordt verbeterd. Uiteraard moet dat ook bijdragen tot het realiseren van de voorgestelde doelstelling.

Hoe zal men de wijken binnen de eerstelijnszone beter doen samenwerken? Er kunnen hier allerlei modellen voor worden ontwikkeld. In de stad van de spreker zijn er 25 wijken die geclusterd zijn in twaalf duo's van wijken waar sociale

regisseurs aan verbonden zijn. Dat spoort perfect met de filosofie van de eerstelijnszone en is noodzakelijk om de voorgestelde gezondheidsdoelstelling te realiseren.

Wat data betreft, is het naast de bestaande federale data belangrijk dat Vlaanderen en de Vlaamse zorgverstrekkers bekijken hoe men de nodige data kan aanleveren om een goed beeld te krijgen van de noden en behoeften in de populatie en om daar antwoorden op te bieden. Het koppelen van de informatie aan sociale indicatoren kan daarbij verhelderend werken.

De doelstelling 'gezond leven' sluit uiteraard nauw aan bij de voorgestelde gezondheidsdoelstelling. Is er dan sprake van dubbel gebruik? Jan De Maeseneer ziet in de transversaliteit – health in all policies – de sterkte van de voorgestelde doelstelling. Bovendien biedt ze een antwoord op de vraag hoe men met de sociale gradiënt kan omgaan.

Het is evident dat de mechanismen van financiering in deze discussie van belang zijn. De discussie over de toegankelijkheid moet in al zijn componenten worden gevoerd: zowel de financiële, culturele, geografische, administratieve en andere drempels moeten worden bekeken. Voor wat het financiële betreft, zal er in ieder geval moeten worden gewerkt aan interministeriële conferenties en interfederale samenwerking.

De voorgestelde doelstelling kan uiteindelijk samengaan met het nieuwe actieplan Armoedebestrijding. De intersectoraliteit moet zeker worden meegenomen.

De suggestie om nieuwe indicatoren in overweging te nemen is belangrijk. Die bestaan overigens reeds in andere landen. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld bestaan er goed werkende indicatoren die met de buurt te maken hebben. Fijn stof is ook een belangrijk element. De komende jaren zal men wellicht nog meer vernemen over de invloed daarvan op de gezondheid.

Er werd gesuggereerd om de etniciteit te registreren. Er bestaat reeds een ECM-variabele in België die twee generaties teruggaat. Vanuit wetenschappelijk standpunt is er bezwaar om aanvullende determinanten mee te nemen zolang die geen maatschappelijke gedragenheid hebben. Dit moet dus het voorwerp uitmaken van een maatschappelijk debat. Alleszins is het zo dat er belangrijke verschillen zijn tussen etnische groepen in de samenleving, bijvoorbeeld wat het voorkomen van diabetes betreft.

De problematiek van de wachtlijsten wekt enige bezorgdheid. Het zal nodig zijn om de verschillende zorgniveaus goed op elkaar af te stemmen, zodat men een breed ingangsniveau heeft om sociale en gezondheidsproblemen op te vangen. Wanneer het nodig is om naar gespecialiseerde trajecten door te schuiven, moet de vraag worden gesteld wie wat doet met welke patiënt en welke problematiek op welk niveau. Dat zijn fundamentele vragen met betrekking tot de zorg.

Artsen van de Wereld heeft inderdaad ervaring opgedaan met armoede en toegankelijkheid van de zorg. De SAR pleit in die zin ook voor cultuursensitieve zorg en dat geldt ook voor de eigen populatie. Hoogopgeleiden hebben andere culturele codes en gedragingen dan mensen die enkel lager onderwijs hebben genoten. De zorgsector moet dus cultuursensitief zijn. Dit houdt een breed concept in dat vraagt dat hulpverleners telkens een vertaalslag kunnen maken zodat een volgende stap voor de persoon met zorgbehoefte mogelijk is.

Er bestaat twijfel over het feit of het model van de Artsen van de Wereld over de reactieve zorg wel zo succesvol is. De universele benadering waarbij gezond-

heidszorg voor iedereen toegankelijk wordt gemaakt, valt te verkiezen. De spreker heeft hierover onderzoek gedaan dat ook internationaal werd gepubliceerd. Wanneer men een laagdrempelige eerstelijnsgezondheidszorg heeft, slaagt men er beter in ook mensen die dakloos zijn in de reguliere zorg op te vangen, zodanig dat zij zich niet altijd opnieuw op de spoedopnames moeten aanbieden. Hoe universeler en toegankelijker de zorg is op de eerste lijn hoe beter men de kwetsbare groepen kan opvangen.

Tot slot zegt Jan De Maeseneer dat gezondheidsdoelstellingen uiteindelijk in het Vlaams Parlement worden goedgekeurd. Het parlement heeft dus het initiatiefrecht en ook het laatste woord.

Hilde Deneyer komt terug op de zogenaamde knik die er zich in 2010 in België voordeed. Bij het zoeken naar een antwoord of interpretatie mag men de stijging inzake chronische zorg niet vergeten. De laatste jaren merkt men een enorme stijging van de kostenfacturen ingevolge de vergrijzing en toegenomen chronische zorgen. Op het federale niveau lopen momenteel veertien pilootprojecten geïntegreerde zorg, waarvan zeven in Vlaanderen en een in Brussel. Het verdient aanbeveling om de ervaringen daarmee te integreren in de Vlaamse eerstelijnszones. De welzijns- en zorgactoren op het werkveld vragen immers meer samenwerking. Soms is het ook samen ploeteren om de eerstelijnszones samen vorm te geven. In Leuven is men erin geslaagd om het laatste anderhalf jaar niet minder dan 54 actoren in welzijn en gezondheid rond de tafel te brengen. Het samenbrengen van al de actoren vraagt dus veel energie en tijd.

Een van de grote doelstellingen van de pilootprojecten geïntegreerde zorg en de eerstelijnszones is om in te zetten op de kwetsbare bevolking. Men gaat veel doelgerichter in de wijken werken gelet op de populatie die daar aanwezig is. Het zou goed zijn dat het beleid dergelijke geïntegreerde aanpak zou faciliteren. Vaak moet men vaststellen dat de Vlaamse en federale beleidsniveaus nog te weinig overleggen waardoor er veel parallelle circuits ontstaan. Als men de sociale ongelijkheid inzake welzijn en gezondheid wil verbeteren en een goede gezondheid voor de burgers wil verzekeren, dan moeten de beleidsniveaus beter dan nu met elkaar gaan praten.

Inzake gegevensdeling wordt er te weinig vooruitgang geboekt met de e-health roadmap. De zorgactoren zijn met veel energie en passie bereid om bijvoorbeeld de apothekers een actueel medicatieschema te garanderen en dit te gaan delen via het geëigende kanaal Vitalink. De artsen hebben via Medicomut de laatste jaren heel wat inspanningen geleverd om dit mogelijk te maken. Toch is het zo dat het beleid hier te weinig vooruitgang boekt. Het zou goed zijn als de verschillende betrokken overheden een en ander zouden faciliteren.

Het is belangrijk om een laagdrempelig en fijnmazig netwerk van zorg- en welzijnsactoren uit te bouwen. De zorgactoren zullen moeten worden opgeleid om een grotere sensibiliteit te hebben voor de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn.

Wat indicatoren betreft, verwijst de spreker naar de oprichting van het Vlaams Instituut Kwaliteitszorg. Recent werd hierrond een eerste denkdag georganiseerd. De aanbeveling om op termijn iets te doen met de indicatoren op dit domein, wordt meegenomen. Men is er vorig jaar ook in geslaagd met de gehele eerste lijn een feitelijke vereniging eerste lijn op te richten. Ingebed in het Vlaams Instituut Kwaliteitszorg wil men in dat kader gaan werken rond eerstelijnsindicatoren.

Tot slot zegt Hilde Deneyer dat men het debat over de responsabilisering van de burger niet uit de weg mag gaan. Zij heeft wat moeite met het gratisverhaal

omdat er uiteindelijk toch iemand een inspanning moet leveren die op een of andere manier moet worden vergoed. Als maatschappij moet men zo laagdrempelig mogelijk goede zorg en ondersteuning aanbieden, maar dat heeft een kostprijs. Het is belangrijk om de burger bij dat debat te betrekken zodat die op een of andere manier wordt geresponsabiliseerd. Vandaag worden de burgers vaak te betuttelend behandeld door de samenleving. Het gaat dan niet over de kwetsbare mensen. Die worden misschien nog te weinig betutteld of gepamperd.

4. Replieken van de commissieleden en aanvullende antwoorden

Peter Persyn meent dat de toegankelijkheid in België al heel hoog ligt. Het aantal ziekteverzekerden is bijna maximaal. Er is inderdaad een negatief effect geweest ingevolge de economische crisis maar dat effect is ook snel gedempt. De spreker wenst het financiële aspect alleszins te relativiseren. Men moet de burger inderdaad op alle vlakken responsabiliseren. Hij wijst bijvoorbeeld op het feit dat er zeer lichtzinnig wordt omgesprongen met medicatie.

Inzake chronische zorgtrajecten vreest de spreker dat er nog vier à vijf jaar rondjes zullen worden gedraaid vooraleer dit doorstroomt naar het brede werkveld. Hij pleit voor hetzij een nieuwe staatshervorming om bevoegdheden te bundelen hetzij voor meer pragmatische asymmetrische samenwerkingsverbanden tussen het federale en regionale niveau. De probleemanalyse is bekend. Het is nu tijd om stappen vooruit te zetten, desnoods via asymmetrische samenwerkingsverbanden.

Jan Bertels vindt de techniek van de transversale gezondheidsdoelstelling een goede techniek. Zijn fractie wil hiermee verdergaan. Hij heeft begrepen dat het mattheuseffect in de zorg kan worden teruggedrongen door een drempelloze, geïntegreerde en nabije eerstelijnszorg waarbij universaliteit en toegankelijkheid belangrijke principes zijn. De eerstelijnszones moeten daarin een belangrijke rol spelen.

Het debat mag niet verengd worden tot het gratisverhaal. Onze sociale zekerheid heeft ervoor gezorgd dat de gevolgen van de economische crisis verzacht werden. De stabilisatoren van de sociale zekerheid moeten die rol ook spelen. Het gaat echter te ver als men het inkomensprobleem negeert bij het debat over toegankelijkheid. Zorg is breder dan enkel de huisarts, het gaat bijvoorbeeld ook over tandverzorging. De discussie moet gaan over de vraag hoe men ervoor kan zorgen dat de gezondheidszorg in de brede betekenis voor iedereen universeel toegankelijk is. In dat debat speelt ook de verantwoordelijkheid van de patiënt, maar die hangt voor een stuk af van de situatie van die patiënt.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Jan BERTELS,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

ECM	etnisch-culturele minderheden
EU	Europese Unie
EU27	Europese Unie 27 lidstaten (vanaf 1 januari 2007)
FOD	Federale Overheidsdienst
Logo	lokaal gezondheidsoverleg
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PISA	Programme for International Student Assessment (van de OESO)
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
UGent	Universiteit Gent
VSB	Vlaamse sociale bescherming
WHO	World Health Organization
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin