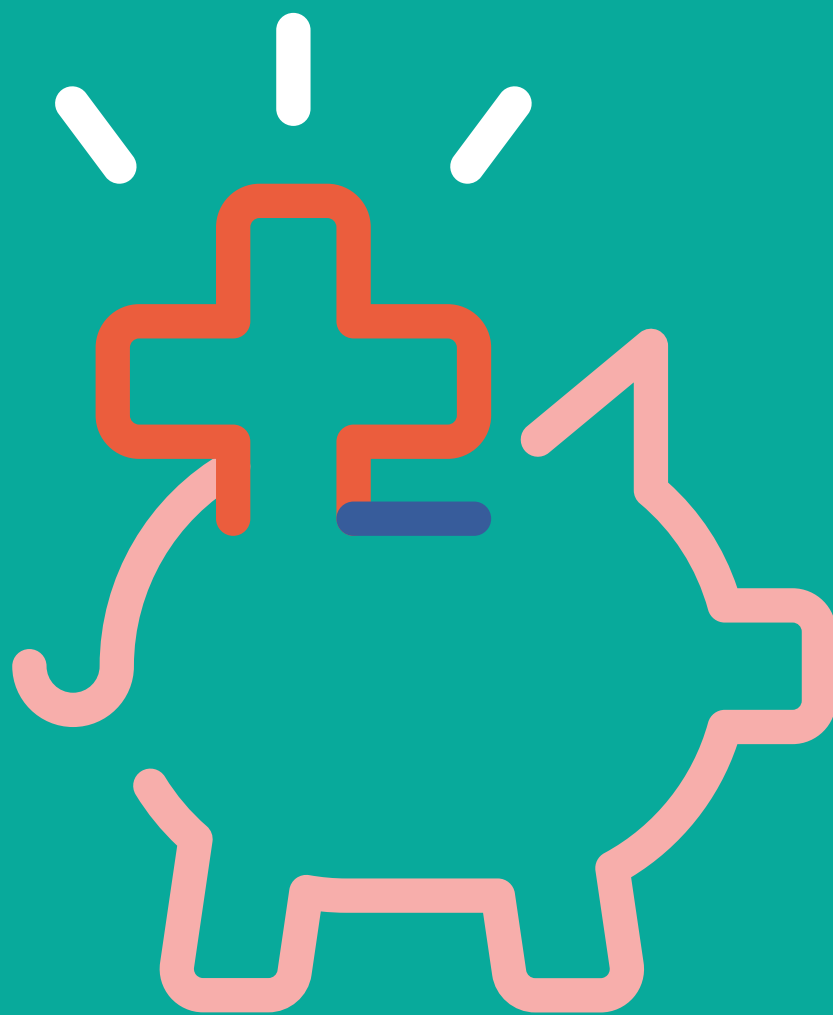


# Voka

Health Community

# Paper



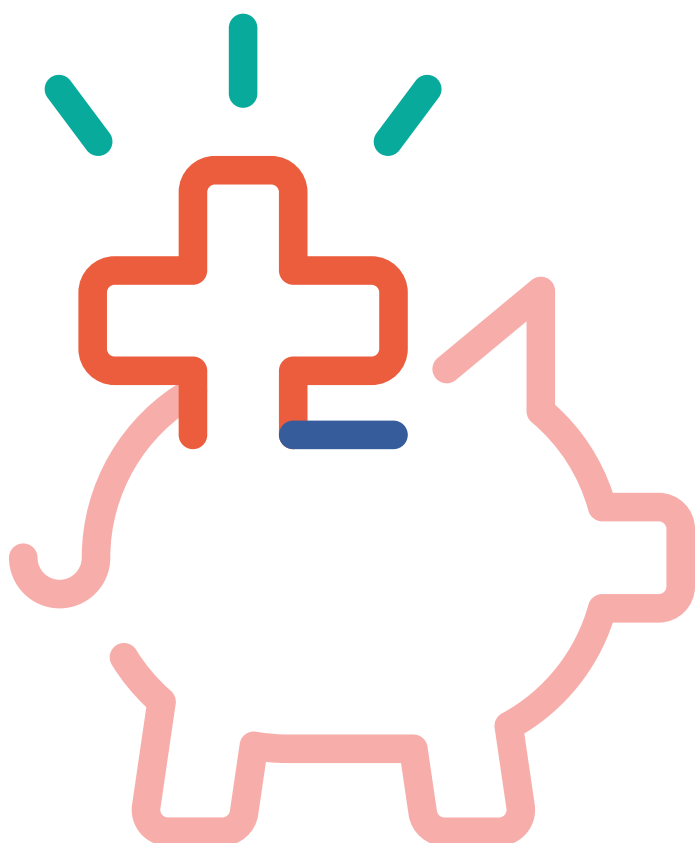
## Preventie met impact

Gericht investeren in innovatie

Daan Aeyels

# Preventie met impact

## Gericht investeren in innovatie



## Inhoud

- 3** DE ESSENTIE
- 6** PREVENTIE IS EFFICIËNTIE
- 10** VAN OVERHEIDSBELEID NAAR INDIVIDUEEL GEDRAG
- 13** NAAR IMPACT: GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN VOOR SPECIFIEKE DOELGROEPEN
- 16** NAAR EEN BUSINESSMODEL VOOR PREVENTIE
- 20** HET POTENTIEEL VAN DATA, TECHNOLOGIE EN INNOVATIE
- 22** BELEIDSAANBEVELINGEN



Kom alles te weten over  
Voka Health Community op  
[www.voka.be/healthcommunity](http://www.voka.be/healthcommunity)

### VOKA HEALTH COMMUNITY

Deze paper kwam tot stand dankzij de input van de leden van Voka Health Community. Dat is een ecosysteem met meer dan 600 welzijns- en zorgondernemingen, patiëntengroepen, kenniscentra en bedrijven die samen aan excellente zorg werken.

### COLOFON

**Auteur**  
Daan Aeyels

**Projectmanager Voka Health Community**  
Ria Binst

**Foto's**  
Adobe Stock

**Vormgeving**  
Capone

**Druk**  
INNI Group, Heule

'Preventie met impact - Gericht investeren in innovatie' is een uitgave van Voka Health Community. De overname of het citeren van tekst uit deze Voka Health Community Paper wordt aangemoedigd, mits bronvermelding.

**Verantwoordelijke uitgever**  
Patrice Bakeroot i.o.v.  
Voka Shared Services cv -  
Blauwhuisstraat 12  
8978 Watou





## WIE?

**DAAN  
AEYELS**

Senior adviseur  
Welzijns- en Gezondheidsbeleid

[daan.aeyels@voka.be](mailto:daan.aeyels@voka.be)

Daan Aeyels volgt  
op het Voka Kenniscentrum  
de dossiers rond welzijns- en  
gezondheidsbeleid.

## DE ESSENTIE

Hart- en vaatziekten, kanker, diabetes en longaandoeningen zijn niet alleen de oorzaak van lijden en overlijden, maar nemen ook een aanzienlijke hap uit het gezondheidsbudget. Ze vormen een persoonlijke, maatschappelijke en economische uitdaging. Preventie helpt om die vier grote chronische aandoeningen te voorkomen, op te sporen of te vermijden dat ze verergeren, op een zeer kosteneffectieve manier. Via gerichte investeringen kunnen veel leed en kosten voorkomen worden.

# Hoe kunnen we een kostenmodel ombuigen naar een win-win?

Voka publiceerde een paper rond de preventie en re-integratie van (langdurig) zieken en zorgde voor een Voka Wijzer die ondernemingen meer praktische handvaten geeft voor een gezonde werkomgeving.

Voka Paper



Voka Wijzer



Vier grote aandoeningen zorgen voor 90% van de overlijdens en 85% van de jaren in suboptimale gezondheid. Het zijn chronische, niet-overdraagbare aandoeningen die zeer sterk beïnvloeden kunnen worden door preventie: hart- en vaatziekten, kanker, diabetes en longaandoeningen. Ze zijn niet alleen de oorzaak van lijden en overlijden, maar nemen ook een aanzienlijke hap uit het gezondheidsbudget. Maar

lieft 24 miljard per jaar gaat naar de zorgen voor deze aandoeningen. Circa 8 miljard gaat naar uitkeringen voor zieke werknemers en nog eens 11,5 miljard gaat verloren door gedaalde economische participatie. Deze vier grote aandoeningen hebben dus niet enkel een persoonlijke impact, maar vormen ook een maatschappelijke en economische uitdaging.

De vergrijzing zet de uitdaging op scherp: langer leven is rechtstreeks gelinkt aan chronische aandoeningen. Hoe ouder je wordt, hoe groter de kans op een chronische aandoening. Meer zelfs: eens 75 jaar is de kans op meerdere chronische aandoeningen bijna één op twee. De vraag om zorg breidt niet enkel uit; ze wordt ook complexer. De vergrijzing heeft een impact op de financiering en de voorziening van zorg: in verhouding zullen steeds minder actieven onze gezondheidszorg moeten financieren én uitvoeren. Kortom: meer en meer complexe zorg met minder mensen in een stringent financieel kader.

### Preventie helpt

Enter: preventie. Preventie speelt in al z'n facetten in op zowel de zorgvraag als op de uitgaven van zowel hart- en >>

**“Preventie is een zeer kosteneffectieve manier om de vier grote chronische aandoeningen te voorkomen, op te sporen of erger te vermijden.”**

vaatziekten, kanker, diabetes als long-aandoeningen. Preventie helpt om die vier grote chronische aandoeningen te voorkomen, op te sporen of te vermijden dat ze verergeren, en doet dat op een zeer kosteneffectieve manier. Er is heel wat kennis over welke preventieve interventies en toepassingen effectief kunnen bijdragen aan het voorkomen, opsporen en beperken van de gevolgen van die ziekten.

Yes, we can? No, we don't. De resultaten van het preventiebeleid in ons land zijn bedroevend. Enkel de vaccinatiegraad bij zuigelingen bereikt een aanvaardbaar niveau, al zijn ook daar inspanningen nodig om de lat van OECD-doelstellingen te halen. Het beleid is niet gericht, niet afgestemd en mist een datagedreven onderbouw. Een decennium na het eerste KCE-rapport 'Chronisch zieken' en vijf jaar na de opstart van de pilootprojecten 'Geïntegreerde zorg' weten we nog steeds niet hoeveel chronische ziekten ons land kent. Eveneens afwezig: cijfers over gezondheidsbevordering of preventiebudgetten van de verschillende overheden.

Dat doet vragen rijzen. Kunnen we door meer en langer gezond te blijven de stijging van de zorgvraag en de daling van het aantal zorgprofessionals ombuigen naar meer optimale aantallen? Waarop moeten we letten om verschillende overheden samen te brengen rond gerichte gezondheidsdoelstellingen? Kunnen we een kostenmodel ombuigen in een win-win bij zorgvragers, zorgprofessionals en -ondernemingen én de overheid? Hoe kunnen digitalisering en innovatie een rol spelen in preventie?

### Verschillende werven

De eerste werf is samenwerking tussen en binnen beleidsniveaus. Het samenspel van verschillende beleidsdomeinen rond gezondheid vergt een duidelijk afgestemd beleid. Die link is niet enkel horizontaal, maar ook verticaal: zowel de federale, gemeenschaps- als lokale besturen moeten op één lijn zitten. De Sustainable Development Goals creëren een kader waarin investeringen in armoedebestrijding, onderwijs en stedelijke ontwikkeling zorgen voor meer en betere gezondheid. Dat hoeft geen eenrichtingsverkeer te zijn van andere domeinen naar gezondheidszorg. De causaliteit geldt ook omgekeerd: meer en betere gezondheid verbetert het opleidingsniveau en de economische situatie van burgers en vice versa. 'Health in all policies' heet dan 'Health for all policies'.

De tweede werf: de rechtstreekse link tussen vier grote chronische aandoeningen en vier risicofactoren in individueel gezondheidsgedrag (tabaksgebruik, ongezonde voeding, gebrek aan lichaamsbeweging en schadelijk alcoholgebruik) en de vier belangrijkste biologische risicofactoren (overgewicht en obesitas, hoge bloeddruk, verhoogde glucose en verhoogde cholesterol). De impact van de grote vier en de duidelijkheid rond gedrags- en biologische risicofactoren maakt een gericht beleid evident. Via precieze gezondheidsdoelstellingen rond het voorkomen, opsporen en opvolgen van de grote aandoeningen, met een bijzondere aandacht voor socio-economische status, kunnen de gezondheidsgeletterdheid en het gezondheidsgedrag aangepakt worden. Er zijn methodieken die de samenhang

tussen individuele competenties, motivatie en opportuniteiten, interventies en incentieven voor gedragsverandering en macro-beleid heel duidelijk maken. De link tussen gedrag, risicofactoren en ziekte speelt echter niet voor iedereen in dezelfde mate. Gezondheidsgeletterdheid speelt een bepalende rol en hangt samen met socio-economische status en opleidingsniveau. Daar is bijzondere aandacht voor nodig.

Derde werf: investeer in preventie. Investeren in preventie zorgt voor een return on investment door 80% minder beroertes, diabetes type 2 en hartfalen, en tot 40% minder kankers. België investeert 1,6% van het gezondheidsbudget in preventie, ver onder het Europese gemiddelde van 2,9% en de WHO-doelstelling van 5%. Per inwoner moet de investering stijgen van 105 euro per persoon per jaar naar 330 euro per persoon per jaar. Belgisch onderzoek berekende dat het via preventie mogelijk is om 20% van de kosten voor die vier aandoeningen te vermijden. In absolute cijfers betekent dat bijna 5 miljard euro minder uitgaven voor de gezondheidszorg, minder uitkeringen en een gestegen productiviteit. Preventie ombuigen van een kostenmodel naar een businessmodel waar zorgvrager, -professional, -onderneming en de overheid bij winnen: het kan zomaar. Incentieven in cash of kind zijn zeer effectief in te zetten in eenvoudige preventieprogramma's als vaccinatie en screening. Ze overtuigen niet enkel zorgprofessionals, maar ook patiënten, lagere socio-economische klassen nog het meest. Meer uitdagende zaken als gezondheidsgedrag of gewichtsverlies kunnen duurzaam gestimuleerd worden met bonussen (zeker wanneer je eerst een bonus geeft, maar die afhankelijk maakt van effectief gedrag).

### Innoveer

De laatste werf draait om innovatie. Digitalisering en digitale medische toepassingen staan verder dan we denken. We zijn traag en terughoudend om ze te gebruiken en terug te betalen.



**“Preventie ombuigen van een kostenmodel naar een businessmodel waar zorgvrager, -professional, -onderneming en de overheid bij winnen: het kan zomaar.”**

De WHO roept in haar ‘best buys’ op om voluit in te zetten op digitale medische toepassingen. Dat kan door een uitbreiding van de scope van de mHealth-piramide naar websites, toestellen en software, meer transparantie en duidelijkheid van de mHealth-validatiepiramide via checklists rond AVG-GDPR, beveiliging, interoperabiliteit

en vereisten voor terugbetaling, een gezamenlijk aanspreekpunt voor alle betrokken overheden en het voorzien van generieke lijsten die de terugbetaling niet toelaten op basis van merk of product, maar op basis van functie. Vul aan met FAIR-dataprincipes en het versterken van digitale competenties van zorgvragers en zorgverleners, en de implementatie krijgt een boost. «

CASE

**Howest leidt gezondheidscoaches en bewegingsdeskundigen op**

Er is nood aan ondersteuning en hulp rond gezondheidsvaardigheden en gezondheidsgedrag. Mensen komen vaak terecht bij een wirwar van ‘ondersteuners’, coaches en educatoren waarvan niet altijd zeker is dat zij de juiste technieken beheersen om hen te helpen met hun gezondheid. Je zou kunnen spreken over een ‘wildgroei’ aan coaches.

De oplossing ligt er niet in om overbevraagde zorgprofielen in te zetten; zij hebben hun belangrijke plaats in de curatieve zorg. De oplossing ligt wel in het bijkomend inzetten én certificeren van kwaliteitsvol opgeleide gezondheidscoaches en bewegingsdeskundigen. Dat zijn professionals die enerzijds opgeleid zijn inzake holistische preventieve gezondheid en anderzijds de kracht van bewegen kunnen inbedden in een gezonde en actieve levensstijl. Professionals die met de juiste wetenschappelijke kennis en technieken in staat zijn om mensen op een laagdrempelige manier te begeleiden naar een volgehouden gezonde en actieve levensstijl. Die profielen zijn reeds ter beschikking: gezondheidscoaches uit de professionele bacheloropleiding ‘Toegepaste Gezondheidswetenschappen’ en bewegingsdeskundigen uit de professionele bacheloropleiding ‘Sport en Beweging’. Om de kwaliteit te kunnen garanderen en het kaf van het koren te scheiden, is een certificering voor dergelijke profielen noodzakelijk. Duidelijkheid rond gezondheidscoaches en bewegingsdeskundigen helpt om de juiste levensstijl en gezondheidsvaardigheden aan te leren.



## Vroegtijdige sterfte

In België ligt de vroegtijdige sterfte – de sterfte die vermijdbaar is door een optimale preventie – hoger dan in veel andere West-Europese landen. In 2018 droegen hart- en vaatziekten het meest bij tot vroegtijdige sterfte (48,9% van de vroegtijdige sterfgevallen), op de voet gevolgd door kanker (44,1% van de vroegtijdige sterfgevallen), terwijl aandoeningen van de luchtwegen (3,7%) en diabetes (3,3%) een veel kleinere impact hadden. De verhoudingen wijzigden tussen 2010 en 2018 en varieerden aanzienlijk per aandoening: dalingen van 19,8% voor hart- en vaatziekten, 9,9% voor kanker en 2,0% voor luchtwegaandoeningen werden gecounterd door een stijging van vermijdbare sterfte door diabetes met 17,2%.

**De vergrijzing stelt ons gezondheidszorgsysteem en de financiering ervan danig op proef. We zullen meer en meer complexe zorg moeten aanbieden met minder zorgprofessionals en in een stringent financieel kader. Gericht investeren in preventie zorgt voor meer efficiëntie in ons zorgsysteem.**

# 1. Preventie is efficiëntie

De vergrijzing stelt ons gezondheidszorgsysteem en de financiering ervan danig op de proef. Tussen vandaag en 2070 zal de samenstelling van onze bevolking volgens leeftijd sterk wijzigen. In tegenstelling tot de actieve bevolking neemt het aantal ouderen sterk toe: maar liefst 58,2% meer 67-plussers. Met het toenemend aantal ouderen, stijgt ook de zorgvraag. Het aantal mensen met een chronische ziekte neemt sterk toe met de leeftijd: 44% van de 75-plussers leeft met minstens één chronische ziekte. 42% van de 75-plussers stelt meer dan één chronische aandoening te hebben (versus 15% van de 15-plussers). Chronische aandoeningen maken zorg

en zorgorganisatie complexer omdat ze intense samenwerking tussen patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar vergen. De behandeling van die aandoeningen kost ook wat: circa een derde (24 miljard euro!) van de gezondheidsuitgaven wordt gespendeerd aan chronische aandoeningen. Met meer aandacht voor preventie zouden die kosten met een vijfde beperkt kunnen worden.

Opvallende vaststelling: een aanzienlijk deel van de groeiende zorgvraag kan voorkomen worden. De vier grote chronische aandoeningen zijn hart- en vaatziekten, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes type 2.<sup>2</sup>



Wil je weten hoe het staat met preventie in ons land?



Die aandoeningen veroorzaken in België 90% van de sterfgevallen en 85% van de jaren in minder goede gezondheid. Van die overlijdens zijn er vele vroegtijdig. Ze zijn te vermijden of uit te stellen (zie kader). De impact van de 4 grote aandoeningen gaat veel verder dan een vroegtijdig overlijden of slechte gezondheid.

De vier grote aandoeningen veroorzaken volgens de WHO ook enorme economische verliezen. De demografische verschuiving en het stijgende aantal chronische aandoeningen wegen via de arbeidsmarkt ook op de financiering van onze gezondheidszorg. In de jaren 90 waren er voor elke 65-plusser vier inwoners op actieve leeftijd. In 2050 blijven er voor elke 65-plusser slechts twee inwoners op actieve leeftijd over. Dat is een verdubbeling van de afhankelijkheidsratio, die de duurzaamheid van onze gezondheidszorg bedreigt op twee manieren: beperkte inkomsten voor de ziekteverzekering én een daling van het aantal beschikbare zorgprofessionals in een zeer krappe arbeidsmarkt. De krapte zal volgens de huidige verwachtingen aanhouden tot 2070. Ook op de arbeidsmarkt speelt preventie een rol: vandaag telt Vlaanderen jaarlijks een kwart miljoen kortdurend zieke medewerkers én nog eens een kwart miljoen langdurig zieken. Volgens de WHO zou het menselijk kapitaal, de actieve beroepsbevolking, meteen toenemen als gevolg van vermeden sterfte. Dat gebeurt door zowel een toename in het absolute aantal beschikbare medewerkers als via toegenomen productiviteit.<sup>3</sup> De kosten voor zieke medewerkers bedragen in ons land jaarlijks zo'n 12 miljard aan uitkeringen én 1.000 euro per voltijds equivalent aan economisch verlies.<sup>4</sup> Sterfte en morbiditeit door chronische niet-overdraagbare aandoeningen vormen zo één van de grootste uitdagingen voor ontwikkeling in de 21<sup>ste</sup> eeuw.

Hoe staat het dan met preventie in ons land? Op [www.gezondbelgië.be](http://www.gezondbelgië.be) wordt de staat opgemaakt rond preventie in ons land. De website geeft cijfers over vaccinatie, het opsporen van kanker en preventieve mondzorg. De prestaties van de preventieve gezondheidszorg



**“Volgens de WHO zullen het menselijk kapitaal én de productiviteit meteen toenemen door betere preventie.”**

in België zijn ondermaats: er wordt te weinig gescreend op borstkanker, de vaccinatiegraad tegen mazelen en griep is te laag en de preventie van tandzorg hinkt achterop. Enkel de vaccinatiegraad bij zuigelingen bereikt een aanvaardbaar niveau, al is ook op dat vlak optimalisatie nodig om de vooropgestelde doelstellingen te bereiken. Het één en ander mag niet verbazen wanneer we tien jaar na het eerste KCE-rapport ‘Chronisch zieken’ en vijf jaar na de opstart van de pilootprojecten ‘Geïntegreerde zorg’ nog steeds niet weten hoeveel chronische zieken ons land telt.<sup>5</sup> Opvallend afwezig: cijfers over gezondheidsbevordering. Ze zijn nochtans een belangrijk element in het voorkomen van langdurige ziekten. Slotsom: het preventiebeleid is ondermaats en mist de nodige data-onderbouw.

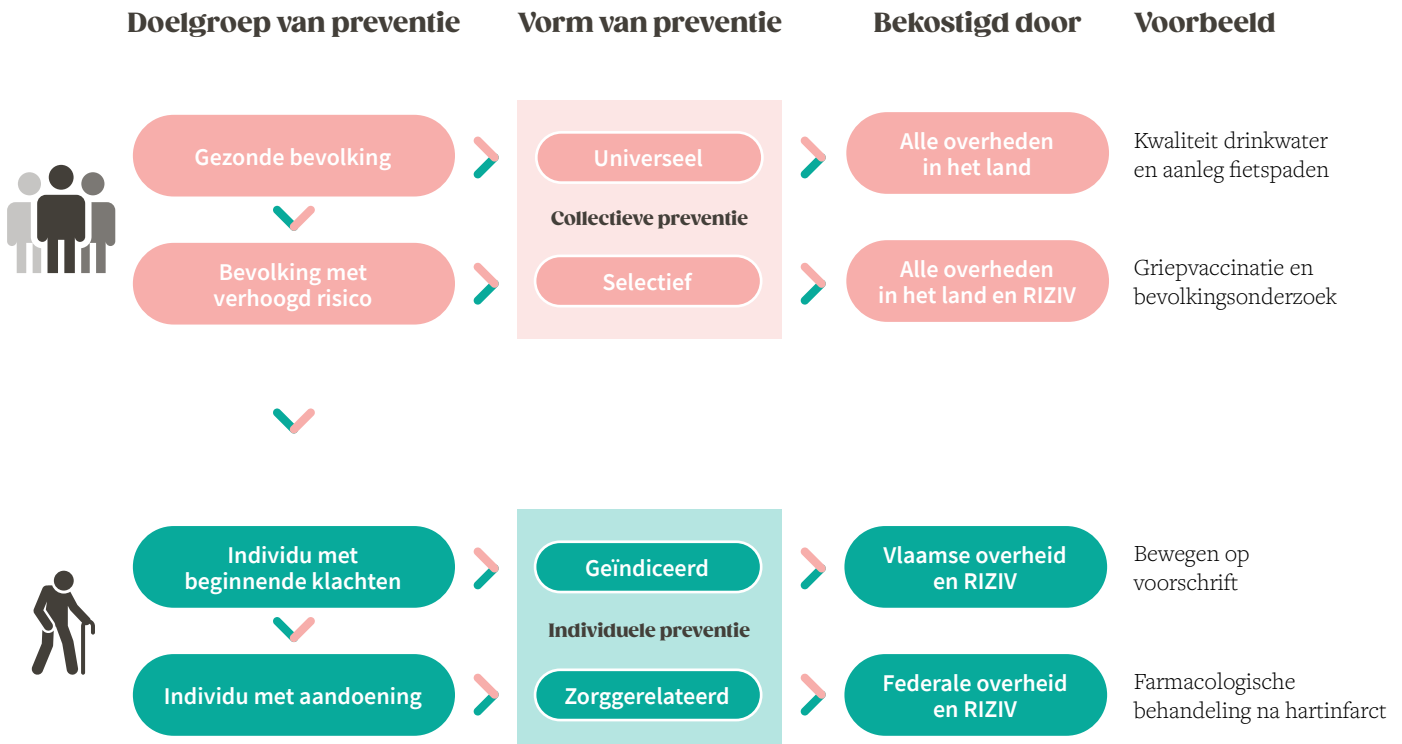
### Investerings nodig

Er valt dus nog verdere vooruitgang te boeken op het vlak van volksgezondheid- en preventiebeleid. Daar horen investeringen bij. De WHO raadt aan om 5% van het gezondheidsbudget

te voorzien voor initiatieven rond preventie. Dat streefcijfer ligt erg ver van de Belgische realiteit: de uitgaven voor preventie bedragen slechts 1,6% van alle uitgaven voor gezondheidszorg. Daarmee scoren we een pak lager dan het EU-gemiddelde van 2,9%. De ambities zijn beperkt: zo zorgt de meerjarenbegroting van het RIZIV voor een stijging van het budget met slechts 0,3% en laat de Vlaamse overheid na »

1. Hoge Raad van Financiën – studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag. 2022 Brussel.
2. Gezondheidsenquête, Sciensano, 1997-2018. <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquête-o>
3. Bertram et al. Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services. *The Lancet*. 2018. Vol. 391 Issue 10134 Pages 2071-2078.
4. Zie Voka paper “De arbeidsmarkt is ziek. Preventie en re-integratie van (lang)durig zieken” (2022).
5. Maertens de Noordhout C et al. Evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem: zorg voor mensen met een chronische aandoening. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 352A. D/2022/10.273/15.

Figuur 1: Doelgroep, vorm en kosten voor preventie



BRON: VRIJ NAAR [HTTPS://WWW.LOKETGEZONDLEVEN.NL/INTEGRAAL-WERKEN/WETTELIJK-EN-BELEIDSKADER-PUBLIEKE-GEZONDHEID/WAT-IS-PREVENTIE](https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie)

**“Er zijn verschillende oorzaken voor de ondermaatse preventie in ons land: we investeren te weinig, de bevoegdheidsverdeling is complex én we hebben geen zakelijk model dat preventie aanmoedigt.”**

om het preventiebudget te verhogen van 0,9 euro naar 2 euro per inwoner. Naast gezondheidszorg zijn investeringen in onderwijs (gezondheidskennis- en vaardigheden) en openbare ruimte (bv. voldoende wandel- en fietsinfrastructuur) noodzakelijk. Komt er nog bij dat er geen leefbaar businessmodel rond preventie voorhanden is. Patiënt noch zorgprofessional, noch zorgonderneming of overheid kunnen vandaag van de economische voordelen van preventie genieten.

### Fragmentatie en overlap

De bevoegdheidsverdeling en de organisatie van preventie zijn erg complex. Preventieve gezondheidszorg is in principe een gemeenschapsbevoegdheid. Die is echter niet exclusief: ook de federale overheid en het RIZIV spelen een rol, net als lokale besturen. Zo zijn het bijvoorbeeld de gemeenschappen die de screeningsprogramma's voor kanker organiseren, maar is het RIZIV verantwoordelijk voor de terugbetaling van een aantal preventieve

onderzoeken (bv. uitstrijkjes en mamografieën). Het federale niveau heeft ook hefboomen zoals accijnzen op tabak en de btw-heffing op voeding. De lokale besturen zorgen dan weer voor bekendmaking en ondersteuning. Er wordt soms gesteld dat de investeringen in preventie (het opzetten van campagnes en projecten) door de Vlaamse overheid moeten gebeuren en de baten (minder uitgaven in ziektezorg) voor de federale overheid zijn. Die stelling klopt slechts beperkt, aangezien ook het RIZIV investeert én omdat vele uitgaven in bv. jeugd-, gehandicapten- en ouderenzorg door de Vlaamse overheid worden gedragen.

De Vlaamse overheid wil via preventie meer gezondheid realiseren door zeer breed in te zetten op verschillende projecten en doelstellingen: van milieu en menselijke biomonitoring over publieke ruimte en bevolkingsonderzoek tot en met preventiemethodieken en gezondheidsdoelstellingen. Het beleid



wordt gerealiseerd door een veelvoud aan actoren: dertien partnerorganisaties (bv. Vlaams Instituut Gezond Leven, Diabetes Liga en Sciensano), vijftien organisaties met terreinwerking (bv. de CLB's en Kind en Gezin) en nog eens vijftien Logo's (locoregionaal gezondheidsoverleg en -organisatie, waarin o.a. de huisartskringen, ziekenfondsen samenwerken met alweer de CLB's en Kind en Gezin). Daar hoor je ook de arbeidsgeneeskundige diensten van de werkgevers bij te tellen: zij staan in voor preventie en bescherming op het werk, een federale bevoegdheid. Kortom: er zijn heel veel actoren die erg gefragmenteerd aan de slag gaan en tegelijk veel overlap vertonen.

De geschetste uitdagingen hebben niet één magische oplossing. Voka Health Community wees eerder al op de mogelijkheid om meer mensen te activeren of om een aangepaste financiering uit te rollen die samenwerking en kwaliteit stimuleert.

In deze paper bekijken we het potentieel van preventie: kunnen we door meer en langer gezond te blijven de stijging in zorgvraag en de daling van het aantal zorgprofessionals ombuigen naar optimalere aantallen? Hoe kunnen digitalisering en innovatie een rol spelen in preventie? Kunnen we een businessmodel ontwikkelen dat een win-win creëert bij zorgvragers, zorgprofessionals en -ondernemingen én de overheid? Elk van die vragen krijgt aandacht in de volgende hoofdstukken. We sluiten deze paper af met concrete beleidsaanbevelingen.

We baseerden ons bij het schrijven ervan op vragen die we voorlegden aan de leden van Voka Health Community. Deze paper kwam dan ook tot stand dankzij de inbreng van de vele experts, zorgprofessionals en zorgondernemingen die onze community rijk is. «

## Preventie is

Methode die tot doel heeft de gezondheid te bevorderen, te beschermen of te behouden door:

- ▶ mensen of groepen van mensen in staat te stellen om meer controle te verwerven over de **determinanten van hun gezondheid**, en zo hun gezondheid te verbeteren (gezondheidsbevordering);
- ▶ het optreden van welbepaalde ziekten of aandoeningen te voorkomen door **bronnen van gevaar of bedreigende factoren** voor de gezondheid weg te nemen of te beperken of door beschermende factoren te versterken (gezondheidsbescherming);
- ▶ de **gezondheidsschade door ziekten of aandoeningen te beperken of de genezingskans te vergroten** door tijdige detectie van of vroege interventie bij ziekten, aandoeningen of de aanleg of het verhoogde risico ervoor (gezondheidsbehoud).

## Preventie volgens fase van ziekte

- ▶ **Primordiaal:** vermindering van de risicofactoren, gericht op een gehele bevolking door aandacht voor sociale en milieuomstandigheden. Bv.: taksen en accijnzen op tabak en alcohol of veilige fiets- en wandelpaden.
- ▶ **Primair:** maatregelen gericht op een populatie of een individu met als doel te voorkomen dat een ziekte zich ooit voordoet. Bv.: vaccinatieprogramma's of rookstopprogramma's.
- ▶ **Secundair:** vroegtijdige opsporing van ziekte die zich richt op gezonde ogende personen met subklinische vormen van de ziekte. Bv.: screeningsprogramma's en bevolkingsonderzoek naar kanker.
- ▶ **Tertiair:** de vermindering van de ernst van de ziekte en van alle daarmee gepaard gaande gevolgen bij symptomatische patiënten. Bv.: cardiale revalidatie na hartinfarct of wondzorg bij diabetische voet.
- ▶ **Quaternair:** personen beschermen tegen medische ingrepen die waarschijnlijk meer kwaad dan goed zullen doen. Bv.: schadelijke straling bij overgebruik van medische beeldvorming.

## Preventie volgens doelgroep

- ▶ **Universele preventie** richt zich op de gezonde bevolking (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking.
- ▶ **Selectieve preventie** richt zich op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en voorkomt dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden.
- ▶ **Geïndiceerde preventie** richt zich op mensen met beginnende klachten en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening.
- ▶ **Zorggerelateerde preventie** richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte.

Optimale gezondheid wordt beïnvloed door verschillende factoren. Biologische factoren (niet enkel geslacht, maar ook genetica) zijn een eerste en rechtstreekse factor. Levensstijl en gezondheidsgedrag zijn de tweede factor die rechtstreeks onze gezondheid beïnvloeden, net als de derde: de voorzieningen in gezondheidszorg. De vierde factor heeft een dubbele invloed: onze omgeving en publieke ruimte beïnvloeden onze gezondheid rechtstreeks, maar ook via onze levensstijl. Dat brede perspectief werd in 1974 ingevoerd als het Model van Lalonde en intussen verbreed naar een ‘Health in All Policies’-aanpak.

## 2. Van overheidsbeleid naar individueel gedrag

### Een systeem voor meer gezondheid of meer gezondheidszorg?

Het concept ‘Health in All Policies’ werd voor het eerst geïntroduceerd in gezondheidsbeleid in 2006. De idee erachter is eenvoudig: gezien gezondheid het resultaat is van een samenspel tussen verschillende factoren, moeten alle beleidsdomeinen samenwerken om onze gezondheid te verbeteren. Dat kan bijvoorbeeld via een stadsontwerp dat wandelen en fietsen stimuleert, of door onderwijs dat mensen in staat stelt om weloverwogen keuzes rond gezondheid te maken. Zo is één op de acht sterfgevallen gerelateerd aan blootstelling aan luchtverontreiniging, meestal door hart- en longaandoeningen en beroertes. Om die luchtverontreiniging aan te pakken, kan een minister van Volksgezondheid niet alleen handelen.<sup>6,7</sup>

Om dat op te lossen, is samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen nodig (bv. milieu, stadsplanning, wonen, onderwijs, vervoer, industrie). De ‘Health in All Policies’-benadering brengt samenwerkingen op gang om gezondheid op de verschillende beleidsagenda’s te zetten. Hoewel dat gepaard gaat met politieke, professionele en bureaucratische uitdagingen, zijn die te overwinnen. Zo leidden ‘Health in all policies’-initiatieven via investeringen in armoedebestrijding, onderwijs en stedelijke ontwikkeling tot betere gezondheid. Erg vaak worden de Sustainable Development Goals als kader gebruikt.<sup>8</sup>

‘Health in all policies’ hoeft geen eenrichtingsverkeer van andere domeinen naar gezondheidszorg te zijn. Steeds meer wordt gewezen op de wederzijdse

effecten van een ‘all policies’-aanpak. Gezondheidsongelijkheden dragen bijvoorbeeld bij tot ongelijkheden op het gebied van onderwijs en werkgelegenheid, en de zeer hoge kosten voor de gezondheidszorg kunnen leiden tot verarming en zelfs bedrijfsfaillissementen. We weten bijvoorbeeld dat inkomensverlies mentale aandoeningen veroorzaakt én dat uitkeringen en anti-armoedeprogramma’s depressie en angst verminderen. Die causaliteit geldt ook omgekeerd: mentale aandoeningen verslechteren de economische situatie van zowel medewerkers als ondernemingen.<sup>9</sup>

Andere beleidsdomeinen kunnen via twee ‘kanalen’ voordelen halen uit betere gezondheidsuitkomsten én meer gezondheidsbeleid an sich. Zo leiden betere gezondheidsuitkomsten bij kinderen tot meer mogelijkheden om onderwijs te volgen, wat op zich weer leidt tot een betere socio-economische status. Aanpassingen aan het gezondheidsbeleid, zoals de automatische toekenning van gezondheidszorgverzekering voor specifieke socio-economische groepen, zorgen voor een betere inschakeling in de arbeidsmarkt. ‘Health in all policies’ verschuift zo naar ‘Health for all policies’.<sup>10</sup>

### Gedeelde verantwoordelijkheid

Naast een maatschappelijke verantwoordelijkheid is er ook een individuele verantwoordelijkheid. De vier grote niet-overdraagbare en chronische

Figuur 2: Twee wegen naar meer gezondheid via health for all policies



BRON: GREER, S.L. ET AL. FROM HEALTH IN ALL POLICIES TO HEALTH FOR ALL POLICIES. THE LANCET PUBLIC HEALTH (2022). VOL. 7, ISSUE 8, PAGES E718-E720.

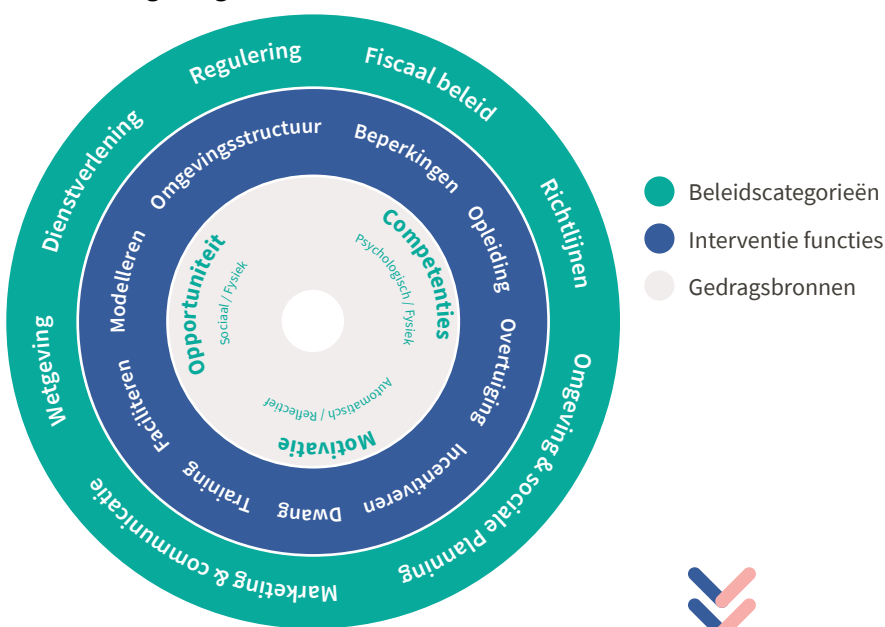
aandoeningen vinden in grote mate hun oorsprong in vermijdbare en behandelbare risicofactoren. Hoewel omgeving en gezondheidsbeleid een rol spelen, zijn er op het vlak van individueel gezondheidsgedrag vier cruciale risicofactoren: tabaksgebruik, ongezonde voeding, gebrek aan lichaamsbeweging en schadelijk alcoholgebruik. Die leiden op hun beurt tot biologische risicofactoren, waarvan overgewicht en obesitas, hoge bloeddruk, verhoogde glucose en verhoogd cholesterol de meest voorkomende zijn. Bij elkaar genomen veroorzaken die vermijdbare risicofactoren meer dan twee derde van de ziektelast door niet-overdraagbare aandoeningen in de EU-regio.<sup>11</sup>

Gezondheidsgedrag wordt bepaald door individuele competenties (kennis en vaardigheden), de drijfveren om al dan niet gezond gedrag te stellen en de opportuniteit om dat gedrag te stellen. Gezondheidsgedrag staat niet op zich en hangt samen met gedragsinterventie en beleidsinitiatieven die het gezondheidsgedrag kunnen beïnvloeden. Die drie lagen worden meegegeven in het ‘gedragsveranderingswiel’ dat werd ontwikkeld als samenvatting van theoretisch en empirisch onderzoek. Via het gedragswiel kan je inzicht krijgen in ongezond gedrag en de determinanten ervan en de gewenste aanpak door gedragsinterventies en initiatieven uit verschillende beleidsdomeinen (lees: health for all policies). Het Vlaams Instituut Gezond Leven ontwikkelde een [eenvoudige versie in het Nederlands](#) en vulde die aan met een overzicht van [gedragsveranderingstechnieken](#).<sup>12</sup> Het overzicht is erg uitgebreid maar laat zich samenvatten als ‘GAST’: gemakkelijk, aantrekkelijk, sociaal en tijdig.

Figuur 3: Van risicofactor naar ziekte en overlijden



Figuur 4: Het gedragswiel brengt individuele competenties samen met gedragsinterventies en beleidsinitiatieven



6. WHO. *What you need to know about Health in All Policies*. Geneva (2015). World Health Organization.  
 7. Bourdrel, Thomas, et al. *Cardiovascular effects of air pollution*. *Archives of cardiovascular diseases* 110.11 (2017): 634-642.  
 8. Greer, S.L. et al. *From Health in All Policies to Health for All Policies*. *The Lancet Public Health* (2022). Vol. 7, Issue 8, Pages e718-e720.  
 9. Ridley, M. et al. *Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms*. *Science* (2020). Vol. 370, Issue 6522. DOI: 10.1126/science.aay0214. PMID: 33303583.  
 10. Greer, S.L. et al. *From Health in All Policies to Health for All Policies*. *The Lancet Public Health* (2022). Vol. 7, Issue 8, Pages e718-e720.  
 11. *The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.  
 12. <https://www.gezondleven.be/files/gezondheidsbevordering/overzicht-gedragsdeterminanten-update-2020.pdf>

Het Gedragswiel vat gedragsdeterminanten op een toegankelijke manier samen.





### Ongelijk verdeeld

Let wel: het is bekend dat gezondheidsgedrag en de kans op ziekte die daarmee samenhangt ongelijk verdeeld is. Hoger opgeleiden en mensen met een hoger inkomen zullen meer optimaal gezondheidsgedrag stellen dan lager opgeleiden en mensen met een lager inkomen. Gezien de bidirectionele causale band tussen inkomen en opleiding enerzijds en ziekte anderzijds, is bijzondere aandacht voor gezondheidsongelijkheid nodig.

Dé hefboom voor meer gezondheidsgeletterdheid is het aanpakken van de beperkte gezondheidsgeletterdheid ('health literacy') bij lager opgeleiden en mensen met een lager inkomen. Gezondheidsgeletterdheid wordt gedefinieerd als "het vermogen om basisgezondheidsinformatie en -diensten te verkrijgen, deze info te verwerken en ze te begrijpen om de juiste gezondheidsbeslissingen te nemen". Overvloedig en consistent wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat beperkte gezondheidsgeletterdheid een belemmering vormt voor toegang tot gezondheidszorg, communicatie tussen arts en patiënt, therapietrouw en effectief gebruik van gezondheidszorg. De complexe en moeilijk te begrijpen gezondheidszorg speelt een belangrijke rol in de gezondheid van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Beperkte

gezondheidsgeletterdheid wordt voor de vier grote chronische aandoeningen sterk geassocieerd met een stijging van zowel ziektebelasting, gebruik van gezondheidszorg, overlijden als kosten.

[Gezondbelgië.be](http://Gezondbelgië.be) geeft aan dat een derde van de bevolking van 15 jaar en ouder een laag niveau van gezondheidsvaardigheden heeft, wat betekent dat ze niet over voldoende vaardigheden beschikken om beslissingen te nemen over hun gezondheid. Lagere niveaus van gezondheidsvaardigheden komen vaker voor bij vrouwen (35%) dan bij mannen (32%), en in Brussel en Wallonië (respectievelijk 38% en 36%) dan in Vlaanderen (29%). Meer billijkheid kan gerealiseerd worden door proportioneel universalisme. Dat is een aanpak die voortvloeit uit het rechtvaardigheidsprincipe en waarmee je je richt tot de volledige doelgroep, maar je aanbod varieert (extra inspanning, benutte kanalen, toeleiding tot aanbod,...) al naargelang de ondersteuningsnoden van de doelgroep.

Het Amerikaanse Agency for Healthcare Research and Quality ontwikkelde een [interessante toolkit](#) om gezondheidsgeletterdheid aan te pakken. Het doel van de toolkit is niet om patiëntinstructies, educatie, toeleiding tot zorg of gedeelde besluitvorming af te stemmen op het niveau van gezondheidsvaardigheden van patiënten. Het doel is wel om een best practices-benadering te ontwikkelen en te handhaven in schriftelijke en mondelinge communicatie met alle patiënten, ongeacht hun niveau van gezondheidsgeletterdheid. «



**Toolkit van het Agency for Healthcare Research and Quality om gezondheidsgeletterdheid aan te pakken.**



13. Magnani, Jared W., et al. "Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association." *Circulation* 138.2 (2018): e48-e74.

Figuur 5: **Taxonomie van gezondheidsvaardigheden en specifieke competenties**<sup>13</sup>

VAARDIGHEID	BEVOEGDHEID EN BEKWAAMHEID VAN DE LEDEN
Geletterdheid	Basale leestaken uitvoeren
Interactie	Communicatie over gezondheid
Begrip	Verskillende informatiebronnen begrijpen
Rekenvaardigheid	Elementaire numerieke en rekenkundige taken en bewerkingen uitvoeren
Informatie zoeken	Informatie over gezondheid zoeken en verkrijgen
Toepassen	Actuele en evoluerende informatie over gezondheid verwerken en gebruiken
Kritische besluitvorming	Met kennis van zaken beslissingen nemen over gezondheid
Evaluatie	Informatie filteren, interpreteren en evalueren
Verantwoordelijkheid	Verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid en gezondheidsgerelateerde besluitvorming
Vertrouwen	Voldoende vertrouwen hebben om de persoonlijke en gemeenschappelijke gezondheid te verbeteren
Navigatie	Zich succesvol doorheen de maatschappij en de gezondheidszorgsystemen bewegen

Dat preventie zich enkel via algemene boodschappen richt op een erg breed publiek, is achterhaald. Sinds 1980 moedigt de Wereldgezondheidsorganisatie het gebruik van gezondheidsdoelstellingen aan als hulpmiddel om het gezondheidszorgbeleid te sturen, prioriteiten te stellen, betrokkenheid van stakeholders te bevorderen en de resultaten van een preventief gezondheidszorgsysteem te evalueren.

### 3. Naar impact: gezondheidsdoelstellingen voor specifieke doelgroepen

als kader voor preventie. SDG 3 wil vroegtijdige sterfte door niet-overdraagbare aandoeningen tegen 2030 met een derde verminderen en linkt die doelstelling aan ten minste negen andere SDG's (zoals bijvoorbeeld armoede).

Europa gebruikt verschillende kanalen rond preventie. Het European Center for Disease Control speelt een centrale rol in de preventie van infecties (denk maar aan corona); de Europese Raad en Commissie vaardigen richtlijnen uit die inzetten op specifieke aandoeningen. Recent werd de EU-richtlijn rond kankerscreening uitgevaardigd. De EU investeert 4 miljard in het 'Beating Cancer Plan' om de lidstaten te ondersteunen in de doelstelling om tegen 2025 90% van de risicogroepen te screenen op borst-, baarmoederhals- en darmkanker. Daarnaast wordt ingezet op long-, prostaat- en, onder bepaalde omstandigheden, maagkanker.

In België zet het federale niveau via de nieuwe meerjarenbegroting in op een drieledig luik via (1) zorgpaden (bv. een voortraject voor patiënten met een diabetesrisico en follow-up van diabetespatiënten); (2) financiële toegankelijkheid (bv. het verlagen van »

#### Beleidsdoelstellingen

In het kader van Health 2020 vraagt de WHO uitdrukkelijk aan de lidstaten om gezondheidsdoelstellingen op te stellen. Die doelstellingen kunnen zich richten op specifieke doelgroepen die extra aandacht of bescherming nodig hebben, of meer risico lopen om ziek te worden. Een doelgroep kan ook bestaan uit mensen die tot eenzelfde leeftijdsgroep behoren (ouderen, jongeren), of op een andere manier een groep vormen (zwangere vrouwen, mensen met een lage sociaal-economische status). De doelgroepen worden vaak onderscheiden volgens het ziektestadium: van de gezonde bevolking tot personen met een ziekte.

#### Van global naar micro

Wereldwijd werkt de WHO met de [Sustainable Development Goals \(SDG\)](#)

14. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2013). Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326386>.



Ook Voka zet in op de Sustainable Development Goals, onder meer via het Voka Charter Duurzaam Ondernemen.



## CASE

## Bij de wortel

Huisarts Renaat Seuryncx, werkzaam in het BZIO (Bundeling Zorginitiatieven Oostende), kreeg op vraag van zijn Raad van Bestuur de opdracht om een residentieel programma uit te werken rond de preventie en behandeling van chronische aandoeningen. Het klassieke lineaire systeem van onze gezondheidszorg – zijnde anamnese, onderzoek, diagnose en behandeling – schiet tekort in de benadering van de chronische aandoeningen, omdat er geen aandacht wordt geschonken aan de wortels van het ontstaan van die ziekten. Via het LiME-programma, wat staat voor ‘Lifestyle Medicine Experience’, wordt er ingezet op het voorkomen van chronische aandoeningen via wetenschappelijk onderbouwde handelingen, en op de vertraging, stopzetting of terugdringing van de evolutie van reeds bestaande chronische aandoeningen. Daarvoor wordt via eenvoudige ingrepen gewerkt op zes pijlers:

- ▶ Voeding
- ▶ Lichaamsbeweging
- ▶ Stressreductie
- ▶ Slaaphygiëne
- ▶ Gebruik en misbruik van middelen
- ▶ Sociale connectiviteit

Dat kan zowel in een residentieële setting, maar evengoed ambulant. Dat vraagt aandacht voor een andere financiering én overleg met overheden en verzekeraars.



Dit zijn de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen die momenteel van kracht zijn.



## “De doelstellingen en actieplannen zijn er. Maar er valt geen duidelijke lijn te trekken.”

de maximumfactuur tot 250 euro voor mensen met de laagste inkomens) en (3) tandzorg (bv. het opheffen van de leeftijdsbeperkingen voor preventieve zorg).

Vlaanderen vult gezondheidsdoelstellingen in als specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelstellingen die men in een bepaalde periode wil realiseren om een gezondheidswinst op bevolkingsniveau te realiseren. De Vlaamse overheid startte ermee in 1998 en telt er vandaag vijf (waarvan drie actieve).

- [Gezondheidsdoelstelling ‘Vaccinaties’](#) (2012 – 2020 – wordt vernieuwd)
- [Gezondheidsdoelstelling ‘Bevolkingsonderzoeken naar kanker’](#) (2013 - 2020 – gestopt)
- [Gezondheidsdoelstelling ‘Zelfdoding’](#) (2021 – 2030)
- [Gezondheidsdoelstelling ‘Ongevallen in de privésfeer’](#) (1998 - 2002 – gestopt)
- [Gezondheidsdoelstelling ‘Gezonder leven’](#) (2016 - 2025 – tussentijdse evaluatie in 2022)

Opvallend: ondanks het positieve Europese advies om naast screening voor baarmoederhalskanker, borstkanker en colonkanker ook long-, prostaat- en maagkanker mee te nemen voor bepaalde risicogroepen, wordt dat niet uitgerold in de gezondheidsdoelstelling rond kanker. De doelstelling ‘gezonder leven’ wordt dan weer wel uitgebreid met val- en fractuurpreventie bij ouderen, preventieve mondzorg en geestelijke gezondheidsbevordering. Een nieuwe Vlaamse doelstelling rond milieu en gezondheid is in de maak en zal inzetten op de link tussen milieu en klimaat enerzijds en gezondheid anderzijds. Ook leefbaarheid en (on)gezonde – gevaarlijke stoffen komen aan bod.

Tot slot zijn de lokale besturen aan de slag via ‘Gezonde Gemeente’.

Meer dan 270 Vlaamse en Brusselse steden en gemeenten kozen voor die aanpak. Het stappenplan voorziet in het bepalen van doelstellingen binnen de gemeenten, maar laat hen volledig vrij in het uitwerken van doelstellingen en acties.

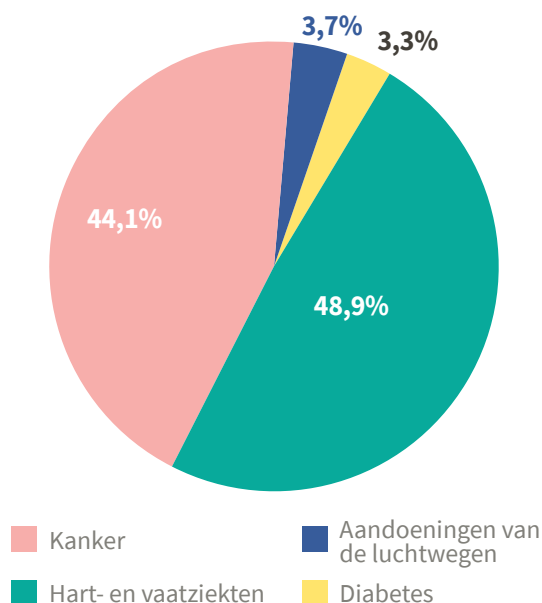
De doelstellingen en actieplannen zijn er. Maar er valt geen duidelijke lijn te trekken van de WHO- of Europese doelstellingen naar de federale, Vlaamse en lokale besturen. Elk bestuursniveau heeft en neemt de vrijheid om eigen doelstellingen te formuleren en eigen initiatieven te nemen. Erg duidelijk en gericht is dat niet: zo leidde de EU-doelstelling rond longkankerscreening tot discussie op het federale niveau en bleek de Vlaamse gezondheidsdoelstelling rond kankerscreening intussen stopgezet.

### Naar een preventiebeleid met impact

De gefragmenteerde aanpak rond preventie roept vragen op. Vier grote aandoeningen (hart- en vaatziekten, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes type 2) zijn verantwoordelijk voor 90% van de sterfgevallen en 85% van jaren in minder goede gezondheid. Die aandoeningen slorpen minstens een derde van het gezondheidsbudget op. Dan is het logisch om wat betreft preventie gericht in te zetten op die niet-overdraagbare aandoeningen.

Het grootste deel van de ziektelast door die aandoeningen wordt veroorzaakt door vermijdbare en behandelbare risicofactoren. Vier beïnvloedbare gedragsrisicofactoren zijn daarin essentieel: tabaksgebruik, ongezonde voeding, gebrek aan lichaamsbeweging en schadelijk alcoholgebruik. Ze leiden tot biologische risicofactoren, waarbij overgewicht en obesitas, hoge bloeddruk, verhoogde glucose en cholesterol de meest voorkomende zijn. Bij elkaar genomen veroorzaken

Figuur 6: Vroegtijdige sterfte in België in 2018



die vermijdbare risicofactoren meer dan twee derde van de NOA-last in de EU-regio.

Preventieve interventies gericht op risicofactoren zijn de meest kosten-effectieve opties. Het is echter te kort door de bocht om enkel naar kosten-effectiviteitsanalyse te kijken. Bij het selecteren van preventie-interventies wordt het best rekening gehouden met zowel effectiviteit, kosteneffectiviteit, betaalbaarheid, uitvoeringscapaciteit, haalbaarheid en het effect op gezondheidsgelijkheid. Zo blijkt farmacologische therapie de drijvende kracht achter vermeden sterfte, maar blijkt die veel moeilijker op te schalen dan preventie van risicofactoren. Er zijn daarom extra inspanningen nodig om therapietrouw te versterken. Bovendien wordt het best ingezet op een combinatie van individuele én bevolkingsbrede interventies. <<

15. World Health Organization. "The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind." (2022).
16. World Health Organization. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. No. WHO/NMH/NVI/17.9. World Health Organization, 2017.

## CASE

## Schotland als voorbeeld

Schotland kiest voor een 'health for all policies'-aanpak, waarin naast gezondheidszorg ook aandacht is voor onderwijs, armoede en economie. Als overkoepelend kader worden de Sustainable Development Goals gebruikt. De Schotse actieplannen zijn steeds gericht op verbetering (lees: "we weten waar we staan, waar we naartoe gaan en hoe we zullen evalueren en bijsturen"). Dat gebeurt via het [National Performance Framework](#), waarin alle strategische plannen verzameld en opgevolgd worden. De Schotse aanpak voorziet in een gezamenlijke strategie tussen het 'nationale' niveau en de lokale besturen. Schotland is ambitieus en meet zich uitdrukkelijk met internationale standaarden via 'health at glance', naar de gelijknamige EU- en OECD-benchmark.

Schotland pionierde in 2012 door aandacht te geven aan de impact van [sociale ongelijkheden op gezondheid en gezondheidszorg](#). Het land deed dat door sociale zorg te integreren in de 'klassieke' gezondheidszorg.

Ondanks een 'nationale' strategie werd gekozen voor een buurtgerichte aanpak en een gepersonaliseerde methode. Zo was bijvoorbeeld het reduceren van stigma (publiek én door professionals) een aandachtspunt.

Het land kiest voor actieplannen rond specifieke aandoeningen: [cardiovasculaire ziekten](#), [diabetes](#), [longziekten](#), [kanker](#) (beating cancer!) en [suicide](#) volgens een zorgpad-approach: preventie, tijdige toegang tot diagnose, behandeling en zorg. Opvallend: wanneer een eerder actieplan wordt aangepast in een verbeterplan, wordt in het verbeterplan duidelijk aangegeven wat de evaluatie was, welke bijstellingen gebeuren en waarom nieuwe acties werden opgezet.

Schotland kijkt niet enkel naar doelen en actieplannen voor specifieke groepen; er wordt ook nagedacht over de middelen met aandacht voor [workforce](#) én voor [\(inclusieve!\) digitale zorg](#).



**Preventie heeft steeds in een kostenmodel gezeten: zowel de federale als de Vlaamse overheid kijken enkel naar de begrotingsuitgaven wanneer het om preventie gaat. Hoewel zorgprofessionals en zorgondernemingen voor een aantal preventie-activiteiten vergoed worden, is het sop vaak de kool niet waard. Een duurzaam businessmodel met return on investment ontwikkelen, is de uitdaging. De WHO raadt aan om innovatieve financieringsmechanismen voor preventie te ontwikkelen en economische incentives te gebruiken.**

## 4. Naar een businessmodel voor preventie

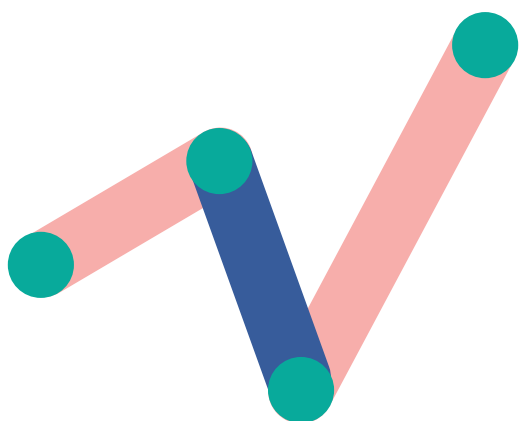
### **Van 1,6 naar 5% gezondheidsbudget**

De grote vier aandoeningen kosten ongeveer een derde van de totale uitgaven aan gezondheidszorg. Het gaat om zo'n 24 miljard euro per jaar. Als we daarvan een deel zouden kunnen vermijden door een meer activerend preventiebeleid, zou dat belangrijke budgettaire voordelen opleveren. Belgisch onderzoek berekende dat het

door preventie mogelijk is om 20% van de kosten voor die vier aandoeningen te vermijden. In absolute cijfers betekent dat bijna 5 miljard euro minder uitgaven.<sup>17</sup>

Heel belangrijk is ook dat mensen met één van die aandoeningen economisch veel minder actief zijn. Ze zijn dikwijls deeltijds aan de slag of blijven een aanzienlijk aantal dagen afwezig door hun ziekte. Een deel van hen gaat eerder op pensioen en verlaat vroegtijdig de arbeidsmarkt. In Europa lopen de indirecte economische kosten voor diabetes type 2, hart- en vaataandoeningen, kankercategorieën en chronische ademhalingsproblemen op tot 2,2% van het Europese bbp. In België betekende dat in 2021 een economisch verlies van meer dan 11 miljard euro.

Om die kosten en productieverlies te vermijden, zijn investeringen nodig. De investeringen in preventie voor de risicofactoren op de 'grote vier' zijn veelal kosteneffectief, zeker wanneer





## “België investeert 1,6% van het gezondheidsbudget in preventie. Het Europese gemiddelde ligt op 2,9%. De WHO legt de lat op 5%: meer dan drie keer zo hoog.”

ze gecombineerd worden.<sup>18</sup> De WHO legt de lat voor preventie op 5% van het gezondheidsbudget (publieke en eigen bijdragen samen). Daar zijn we ver van verwijderd: de OECD geeft aan dat de uitgaven voor preventie in ons land slechts 1,6% van het gezondheidsbudget bedragen. Het Europese gemiddelde ligt op 2,9%, maar liefst dubbel zo hoog! Per inwoner moet de investering omhoog van 105 euro per persoon per jaar naar 330 euro per persoon per jaar.<sup>19</sup> Dat is veel ambitieuzer dan de 0,3 procentpunt stijging die de meerjarenbegroting van het RIZIV voorziet of de 1,4 euro per persoon die Vlaanderen extra wil investeren in preventie (maar nog niet deed).<sup>20</sup> Als België in de internationale benchmarks naar toppreventie zou stijgen, zou het aantal beroerten, diabetes type 2 en hartfalen met tot 80% dalen en zou tot 40% minder kanker voorkomen.

### Naar een businessmodel voor preventie

Kunnen we uit het kostenmodel breken en naar een businessmodel voor preventie gaan? Een model waarin de return on investment van investeringen in all policies, beter gezondheidsgedrag, betere screening en betere opvolging van secundaire preventie ook beloond worden? Is het mogelijk om de hypothetische toekomstige winsten van een optimaal preventiebeleid vandaag te laten verzilveren door patiënt, zorgprofessional, zorginstelling en overheden?

Als onze gezondheidszorg chronische ziekten effectief wil voorkomen en beheersen, is een ingrijpende herschikking van prikkels noodzakelijk. ‘Pay for prevention’-initiatieven worden al meer dan twee decennia onderzocht en tonen de opportuniteit van een

businessmodel voor preventie. Klassiek worden incentieven voor patiënten uitgewerkt in verschillende vormen: een loterij, een geschenk, het uitbetalen van cash of kortingsbonnen die ingezet kunnen worden voor zowel medische als niet-medische consumptie. We kennen dergelijke prikkels ook in ons land – denk maar aan het terugbetalen van (een deel van) het inschrijvingsgeld van een sportclub. Het zijn elementen die spelen op extrinsieke motivatie. Aanvankelijk was het bewijs dat zulke economische prikkels effectief leiden tot gezondheidsbevordering en levensstijlaanpassingen eerder beperkt tot kortetermijneffecten. Voor een aantal preventieactiviteiten volstaat dat: financiële prikkels voor eenvoudige interventies zoals immunisatie- en screeningscampagnes zijn opvallend effectief. Zeker voor sociaal economisch kwetsbare groepen werd aangetoond dat zij op die manier vlot overtuigd kunnen worden om deel te nemen aan deze campagnes.

Nog effectiever is het belonen van aangetoond gezond gedrag. Daarbij wordt meer op intrinsieke motivatoren gespeeld, waardoor de effecten duurzamer zijn. Zo zijn complexere interventies rond bijvoorbeeld gewichtsverlies effectief te stimuleren door gesteld gedrag (zoals meer

17. Vandenberghe, D. “Simulating lifestyle and medical interventions to prevent type-2 diabetes: an economic evaluation for Belgium.” *The European Journal of Health Economics* 23.2 (2022): 237-248.

18. World Health Organization. *Promoting Health, Preventing Disease the Economic Case: The Economic Case*. OECD Publishing, 2015.

19. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Belgium: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/57e3abb5-en>.

20. *Meerjarenbegroting RIZIV*

### CASE

## Vuurtoren voor obesitas

Toonaangevende onderzoekers uit Denemarken en het Verenigd Koninkrijk gaan nieuwe obesitasmanagementprogramma's ontwikkelen en testen. Het doel is om de gezondheid en kwaliteit van leven te verbeteren door innovaties die zich richten op duurzame preventie. De Novo Nordisk Foundation steunt het project met een subsidie van 24,2 miljoen euro.

Het [Lighthouse Life Science-programma](#) is een publiek-privaat consortium dat de rest van de wereld de weg toont naar nieuwe technologische oplossingen voor de gezondheidszorg. Het consortium omvat een samenwerking tussen regio's, gemeenten, pensioenmaatschappijen, kennisinstellingen en kmo's. De eerste focus ligt op het terugdringen van obesitas door een gunstige omgeving te creëren voor innovatieve zorgoplossingen. Zo zijn er al:

- ▶ Liva's persoonlijke mentorschap via een mobiel platform (waarbij ook de familie van de betrokkene wordt geëngageerd).
- ▶ Mentorschap gekoppeld aan de online shopping website van voedingsretailer Coop, waar de door de coach/diëtist aanbevolen maaltijden gekocht kunnen worden.
- ▶ Mentorschap met de ondersteuning van een wearable om het effect van de Liva-coachingsessies te versterken.

Op de lange termijn zullen de projecten worden uitgebreid naar heel Denemarken, waarbij de oplossingen kunnen worden gebruikt in verschillende chronische-ziektegebieden.

Lees hier meer over de case





## “De combinatie van financiële prikkels bij zowel patiënten als bij zorgprofessionals werkt het best.”

bewegen of gezonder eten) financieel te belonen. Dat gedrag moet dan wel controleerbaar en opvolgbaar zijn en de incentieven werken slechts zolang je ze daadwerkelijk geeft.

Recenter onderzoek<sup>21</sup> vanuit behavioural economics toont ook duurzame effecten van financiële incentieven. Dergelijke onderzoeken nemen als uitgangspunt dat de consument niet enkel rationeel ageert, maar ook emotioneel. Het onderzoek toont aan dat een vast klein bedrag als bonus tot tien keer beter aanzet tot gezond gedrag dan een loterij. Ook zeer effectief is de menselijke aversie van verlies. Nog motiverender dan een bonus is een bonus die je kwijt kan raken. Je kan het positieve effect van bonussen dus versterken door ze eerst te geven en ze weer af te nemen indien het afgesproken resultaat niet behaald wordt. Gelijkaardig is de aversie voor ‘straffen’. Onderzoeken met negatieve incentives voor ongezond gedrag tonen significant positieve effecten op gezondheidsgedrag. Het is dus niet alleen mogelijk om gezond gedrag succesvol te stimuleren, je kan ook

ongezond gedrag verminderen.

Ook voor zorgprofessionals<sup>22</sup> en zorgondernemingen zijn incentieven mogelijk. Klassiek wordt gewerkt met een financiering per prestatie, zoals we die kennen in ons verzekeringsstelsel. Net als bij patiënten werken die stimuli vooral op eenvoudige interventies zoals vaccineren en screenen, als ze voldoende hoog zijn. Bijkomend kan gewerkt worden met bonussen en/of competitie rond een specifiek doel of uitkomst. Zo kan je bijvoorbeeld benchmarking rond de vaccinatiegraad tegen griep bij risicogroepen hanteren om bonussen uit te betalen aan de zorgprofessionals of -ondernemingen die de doelstelling halen. Bij populatiemanagement zou de professional of onderneming met de hoogste vaccinatiegraad een extra stimulans kunnen krijgen.

Bij complexere interventies zoals gezondheidsvoorlichting en -educatie werkt prestatiefinanciering eerder belemmerend: voor dergelijke activiteiten is meer tijd nodig, dient multidisciplinair samengewerkt te worden

## i-mens ontwikkelt hybride zorgpad diabetes

i-mens wil via een klinische studie nagaan hoe het diabeteseducatie effectiever en kostenefficiënter kan maken. Het ontwikkelde daarom samen met Z-plus voor patiënten met diabetes type 2 een hybride zorgpad, waarin zelfcontrole van de patiënten, 24/7 monitoring van parameters, just-in-time interventies en gepersonaliseerde actie worden voorzien. Ze gaan onder meer de impact na op gevalideerde medische parameters zoals bloedwaarden, gewicht, buikomtrek, systolische bloeddruk, glucoseniveau en fysieke activiteit. Door het bevragen van de betalingsbereidheid en een kosteneffectiviteitsanalyse, worden ook de economische aspecten van het zorgpad geëvalueerd.

en zijn groepsactiviteiten onmisbaar. Financiering per capita (at risk) of per zorgepisode is voor complexere interventies meer aangewezen en effectief. Dergelijke financiering sluit perfect aan bij technieken als populatiemanagement of laagvariabele zorg en kan ingezet worden via eerstelijnszones en ziekenhuisnetwerken.

Zo komen we tot volwaardige interdisciplinaire, terugbetaalde preventietrajecten met professionele begeleiding rond gezondheidsvaardigheden, voeding en beweging, met tijdige screening en vroeginterventie en langdurige therapietrouw rond bijvoorbeeld diabetes, hartfalen en COPD.

## De lange en onzekere weg naar terugbetaling

**Er is een enorm aanbod aan digitale medische toepassingen die kunnen ingezet worden in alle vormen van preventie. Wanneer ze gebruikt worden op medisch advies, zijn heldere regels voor terugbetaling nodig.**

De [mHealth-piramide](#) regelt de conformiteit en terugbetaling van mobiele toepassingen. Eerst gaan het FAGG en het eHealthplatform na of een specifieke mobiele toepassing voldoet aan CE-markering en GDPR en beveiliging, authenticatie en interoperabiliteit. Daarna bekijkt het RIZIV de terugbetaling. Over die laatste stap heerst nog veel onduidelijkheid. Er is een complexe procedure via vaste en ad-hocwerkgroepen die de aanmelding onderzoeken en met het bedrijf bespreken alvorens een advies rond terugbetaling aan het verzekeringscomité wordt gegeven.

De wisselende samenstelling en vele betrokken administraties maken het voor ontwikkelaars erg uitdagend om een duidelijk aanspreekpunt te hebben. Er is geen vastgelegde termijn en de criteria om te beslissen rond klinisch bewijsmateriaal, de haalbaarheid (mogelijke integratie in het zorgproces), de toegevoegde waarde (mogelijke verbetering van en/of aanvulling op de huidige praktijk) en de budgettaire impact zijn onduidelijk. Bovendien wordt niet de app terugbetaald, wel een 'gebundelde' betaling aan de zorgverlener of zorginstelling, die los staat van het effectieve gebruik van de app.

Het KCE hanteert een ruimere scope dan de mHealth-piramide en beveelt aan om in terugbetaling verder te gaan dan de bekende apps. Het KCE bestudeerde de terugbetaling van digitale medische toepassingen in zes landen en deed aanbevelingen op basis van een expertenbevraging.<sup>23</sup> Volgens het KCE bevatten digitale medische toepassingen ook websites en software, al dan niet met sensoren of niet-invasieve wearables. Ze kunnen volgens het

KCE gebruikt worden bij o.a. voorspelling en prognose (risico-inschatting), het stellen van diagnose (bv. vroegdetectie), het opvolgen van de aandoening via (tele)monitoring of de behandeling of verlichting van ziekte, letsel of invaliditeit (bv. therapietrouw of gezondheidsgedrag). Wel dienen die toepassingen door patiënten gebruikt te worden in overleg met zorgverleners of voor het vastleggen van gegevens van patiënten die met zorgverleners kunnen worden gedeeld. Een focus enkel op zorgverleners (bv. voorschrijfssoftware) of door patiënten (bv. apps zonder voorschrift) is voor het KCE onvoldoende voor terugbetaling.

**“Duidelijke criteria openen de deur voor certificering die patiënten, professionals en zorgondernemingen makkelijk kunnen herkennen.”**

Interessant zijn de 'generieke lijsten' die Frankrijk en Nederland hanteren: het zijn lijsten met duidelijke criteria rond de vergoeding van digitale medische toepassingen. Eens een referentietoepassing doorheen de criteria is gelopen, hoeft voor bijkomende toepassingen geen individuele klinische en economische evaluatie te gebeuren. Generieke lijsten zorgen voor een eenvoudige en duidelijke procedure die snel doorlopen kan worden. Engeland heeft dan weer een duidelijk kader voor de wetenschappelijke evidentie die nodig is om digitale

## Helan is digitale voortrekker

Mobiele toepassingen en apps kunnen een groot verschil maken in de ziektepreventie. Er zijn al heel wat innovatieve apps op de markt waarmee gebruikers hun gezondheid kunnen opvolgen. Helan Onafhankelijk Ziekenfonds gelooft ten volle in preventie en zet volop in op het fysieke en mentale welzijn van haar leden. Het ziekenfonds neemt ook een digitale voortrekkersrol op. “Door goedgekeurde digitale gezondheidsapps gratis of met een mooie korting aan te bieden aan onze klanten, geven we hen de tools om zelf hun gezondheid in handen te nemen. Klanten kunnen zo preventief en proactief omgaan met hun gezondheid. Al meer dan 12.000 klanten hebben die uitnodiging al aangenomen en kunnen zo in een vroeg stadium huidkanker opsporen via de SkinVision-app of hartritmestoornissen monitoren via Fibrichек.”

toepassingen terug te betalen, inclusief gebruikershandleiding.<sup>24</sup> Duidelijke criteria openen de deur voor certificering die patiënten, professionals en zorgondernemingen makkelijk kunnen herkennen. «



Een validatiepiramide beoordeelt of digitale zorgapplicaties voldoen aan de voorwaarden.



21. Kane, Robert L., et al. “Economic incentives for preventive care: Summary.” *AHRQ Evidence Report Summaries* (2004).
22. Vlaev, Ivo, et al. “Changing health behaviors using financial incentives: a review from behavioral economics.” *BMC public health* 19.1 (2019): 1-9. *AHRQ Evidence Report Summaries* (2004).
23. San Miguel L, et al. Hoe digitale medische toepassingen evalueren met het oog op terugbetaling – Synthese. *Health Technology Assessment (HTA)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 362As. D/2022/10.273/64.
24. <https://www.nice.org.uk/corporate/ecd7>.

Volgens het OECD-rapport 'Health at a Glance' zijn er bemoedigende signalen die wijzen op het potentieel van een digitale transformatie van onze gezondheidszorg. We kunnen de uitdagingen rond preventie aan wanneer we inzetten op gepersonaliseerde en participatieve zorgmodellen waarin zorgprofessionals werken in (multidisciplinaire) teams en/of netwerken, ondersteund door digitale technologie. Een doorgedreven digitalisering maakt het mogelijk om snel behoeften te identificeren, samenwerking en efficiënte zorgorganisatie te realiseren en 'zorgzoekers' te empoweren.

## 5. Het potentieel van data, technologie en innovatie



Mijngezondheid is een online gezondheidsportaal, ook wel 'Personal Health Viewer' genoemd.



Digitale medische toepassingen zijn een brede klasse van software en technologieën die de opvolging van de patiënt mogelijk maken buiten de conventionele zorgomgevingen. Ze omvatten draagbare en mobiele gezondheidsoplossingen (mHealth) en kunnen artificiële intelligentie en virtuele realiteit omvatten. De toepassingen bieden de mogelijkheid om een zeer persoonlijke en levenslange opvolging te voorzien van gezondheidsgedrag

en -vaardigheden, vroegdetectie en screening, over hulp bij diagnose tot en met levenslange therapietrouw. In het bijzonder faciliteren ze empowerment en ervaring van de patiënt, zeker wat betreft de communicatie tussen patiënt en zorgverlener. Naast voordelen voor de patiënt zijn er ook organisatorische voordelen (gericht en snel identificeren van risicogroepen, diagnose en opvolging van behandeling met point-of-care analyses en wearables, vermindering van ongeplande ziekenhuisopnames of aantal opvolgraadplegingen, ...) beschreven in de Europese kaders.

### Voordelen

De WHO telt meer dan 2 miljoen digitale medische toepassingen met potentiële waarde voor patiënten, zorgverleners, ziekenhuizen en overheden. Gezien de voordelen raadt de WHO aan om het gebruik van digitale technologieën uit te breiden om de toegang tot en de doeltreffendheid van preventieve gezondheidszorg te vergroten en om de kosten van gezondheidszorg te verlagen.<sup>26</sup> Ze wijst daarbij niet enkel op de zuiver digitale toepassingen en legt net als het KCE de nadruk op het gebruik ervan in het kader van professioneel ondersteunde zorg. Hybride toepassingen spelen daar perfect op in door zowel te voorzien in een versterkte opvolging van de patiënt, als in de 'opschaling' naar persoonlijke interactie met de zorgprofessional. Technologie komt niet tegenover warme zorg te staan. Harvard Business Review stelde het zo: artificiële intelligentie zal de radioloog niet vervangen. Maar... radiologen die gebruik maken van AI, zullen radiologen zonder AI vervangen.<sup>27</sup>

**“Er is voldoende technologie voor betere preventie, maar de weg naar de klant is lang en traag.”**



## “De WHO raadt aan om digitale toepassingen uit te breiden. Ze verbeteren de toegang tot en de efficiëntie van gezondheidszorg. Digitale toepassingen verlagen de kosten van de gezondheidszorg via preventie.”

De digitalisering van zowel patiënten als zorgprofessionals is al verregaand. De Belgische resultaten blijken vrij goed aan te sluiten bij internationale trends: 90% van de huishoudens heeft een internetverbinding, 99% van de Vlaamse huisartspraktijken gebruikt een elektronische toestemming voor het delen van medische gegevens, en de raadpleging van [mijngezondheid.be](https://mijngezondheid.be) voor resultaten en attesten werd tijdens de pandemie een routine.<sup>28</sup> Bovendien zijn er duidelijke ethische kaders voor digitale toepassingen uitgewerkt door verschillende [wetenschappelijke verenigingen](#) en het [Vlaams Patiëntenplatform](#). Technologie voor preventie is voldoende aanwezig, maar vindt haar weg nog te traag naar de klant. De Belgische digitale gezondheidsmarkt evolueert naarmate de interesse van zorgprofessionals toeneemt om patiënten op een digitale manier op te volgen. In een steekproef bij 98 Belgische ziekenhuizen past momenteel echter slechts 15% de digitale opvolging van het beheer van bijwerkingen toe voor hun kankerpatiënten.<sup>29</sup>

Het veilig uitwisselen en verbinden van data en toepassingen wordt essentieel. De FAIR-dataprincipes zijn daarbij leidend: we moeten data vindbaar, toegankelijk en interoperabel maken én inzetten op hergebruik. Dat vraagt om een duidelijk en transparant kader over wat er met al die data gebeurt en over de standaarden en procedures die gebruikt moeten worden om er toegang toe te krijgen. Via internationale standaarden en eenvoudige, heldere procedures kan de overheid de digitale medische toepassingen enorm faciliteren. Het Health

Data Agency is een eerste stap, de zorgatlas van de Vlaamse overheid een andere. Daarnaast zal onze regelgeving innovatie moeten toelaten en zelfs stimuleren. Dat vraagt om de nodige aanpassingen en regelluwt bij bijvoorbeeld personeelsnormering, de wet op uitoefening van de geneeskunde en het delen van medische gegevens.

### Brug vormen

Zowel de zorgvragers als de zorgprofessionals moeten geholpen worden om hun digitale competenties te versterken. Zij moeten zich enerzijds veilig en vertrouwd voelen, maar anderzijds ook de capaciteiten hebben om te kunnen opereren in een digitale wereld en met die innovaties aan de slag te gaan. Dat kan mogelijk gemaakt worden via opleidingen, maar ook deels via de ondersteuning door bijvoorbeeld een innovatiecoördinator of een gezondheidsingenieur. Zulke functies maken de brug tussen de ‘koude’ digitale wereld en de ‘warme’ zorg, door de implementatiekloof waar we vandaag tegenaan lopen te overbruggen. <<

- 
26. World Health Organization. *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. No. WHO/NMH/NVI/17.9. World Health Organization, 2017.
27. Davenport, T et al. *All-in on AI: How Smart Companies Win Big with Artificial Intelligence*. Harvard Business Review Press, 2023.
28. FOD Economie en Detollenaere J et al. *Gebruik van eGezondheidsdiensten door Belgische huisartsen*. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 337A.
29. Massij, A et al. *Unlocking the value of digital patient follow-up*. Whitepaper written in collaboration with Deloitte & Harvard CBE. 2021, Brussels.

### CASE

#### Point-of-care diagnose en opvolging

België scoort ondermaats als het gaat over de langdurige opvolging van cardiovasculaire ziekten en longaandoeningen, met veel meer en dure hospitalisaties als gevolg. Een betere diagnostiek en opvolging dicht bij de patiënt zou de uitkomsten voor patiënten sterk verbeteren. Je kan via kleine en goedkope point-of-care toestellen bij de huisarts, thuisverpleegkundige of apotheek zorgen voor betrouwbare analyse van parameters bij bijvoorbeeld hartfalen, bloedverdunders, diabetes, ademhalingsfunctie of prostaatkanker. De patiënt en de zorgprofessional krijgen onmiddellijk de resultaten, waardoor sneller behandelbeslissingen kunnen worden genomen – binnen of buiten het ziekenhuis. De toestellen kunnen perfect gekoppeld worden aan het medisch dossier en gedeeld worden met het zorgteam.

Om dat te realiseren, dient heel wat wetgeving aangepast te worden. Want in tegenstelling tot dezelfde analyse in een centraal labo, worden point-of-care toestellen niet terugbetaald. Ook de wet op de uitoefening van de geneeskunde moet aangepast worden om point-of-care toestellen door een ruime groep zorgprofessionals te laten gebruiken.



# Beleidsaanbevelingen

## » Breng het beleid rond preventie samen in één bevoegdheidsniveau

Preventie hoort op korte termijn volledig naar de Gemeenschappen overgeheveld te worden, zodat organieke, programmatorische en financiële bevoegdheden samenvallen. Ook welzijn, preventie en bescherming op het werk horen een Vlaamse bevoegdheid te zijn.

## » Voer een integraal beleid

Voorzie binnen de gemeenschap een eenduidige en efficiënte afstemming vanuit 'health for all'-policies met lokale besturen en regionale indelingen als zorgzones en ziekenhuisnetwerken. Aligeneer ook de partner- én terreinorganisaties.



## Ambitie waarmaken

### 5% zorgbudget investeren

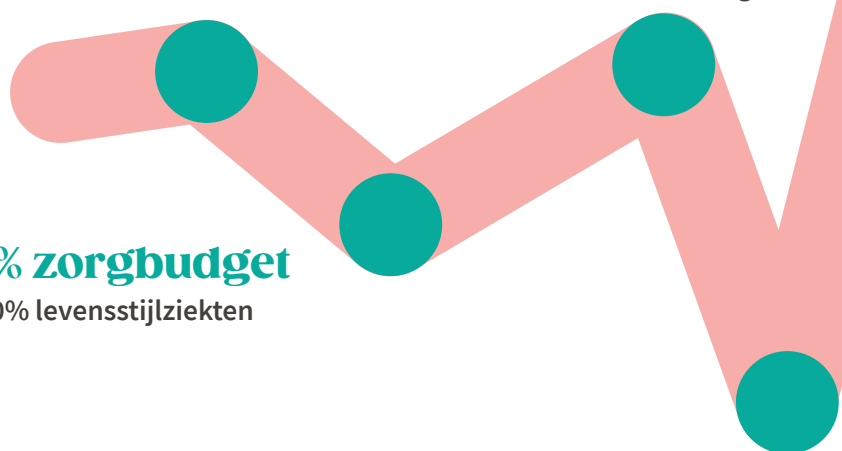
Van 1,1 miljard naar 3,5 miljard euro in begroting  
Van 105 euro naar 330 euro per persoon

0,3%  
stijging in  
RIZIV-budget

€ 0,6 pp/jaar  
investeert Vlaanderen

### 1,6% zorgbudget

80% levensstijlziekten



## Voorkomen is beter dan genezen

Diabetes type 2, hart- en vaatziekten, kanker en chronische ademhalingsproblemen



### » Zet in op ambitieuze gezondheidsdoelstellingen

Formuleer ambitieuze preventiedoelstellingen die aansluiten op internationale standaarden via een geïntegreerde, transparante boordtabel met continue opvolging. Vertaal die ook door in subdoelstellingen voor zorgzones, het lokale beleidsniveau en ziekenhuisnetwerken.

### » Focus op vier grote aandoeningen

Hart- en vaatziekten, diabetes, kanker en longaandoeningen zijn verantwoordelijk voor 90% van de overlijdens en 85% van de ongezonde jaren. Centreer doelstellingen, beleid en interventies die zich op alle vormen van preventie van die aandoeningen richten.

### » Versterk gezondheidsgeletterdheid, zeker voor specifieke socio-economische groepen

Meer gezondheidsgeletterdheid kan gerealiseerd worden door een gericht, outreachend en aanklampend beleid gebaseerd op proportioneel universalisme. Maak preventie eenvoudig toegankelijk door best practices te ontwikkelen en te handhaven in schriftelijke en mondelinge interacties met alle patiënten, of door automatische rechten toe te kennen.

### » Investeer 5% van het gezondheidsbudget in preventie

Investeer voluit 5% van het gezondheidsbudget in preventie, zoals gevraagd door de WHO. Het preventiebudget laten stijgen naar 330 euro per persoon per jaar zorgt voor 5 miljard euro minder gezondheidsuitgaven en een economische productiviteitswinst. De return on investment is er al na zeven jaar door 80% minder beroertes, diabetes type 2 en hartfalen, en tot 40% minder kankers.

### » Voorzie een businessplan voor preventie

Ontwikkel voor zorgvragers, zorgprofessionals en -ondernemingen financiële incentieven die aansluiten bij specifieke preventiediensten. Een bonus voor eenvoudige programma's als vaccinatie en screening zal aanzetten tot een hogere participatiegraad. Een forfait voor risicogroepen zal de complexere interventies ondersteunen, net als een bonus (die je kan kwijtraken) in functie van verifieerbaar gezondheidsgedrag.

### » Faciliteer digitale toepassingen via checklists, generieke lijsten, certificaat en terugbetaling

Verbreed de scope van de mHealth-validatiepiramide tot websites en software (al dan niet met sensoren) of niet-invasieve wearables, die ingezet kunnen worden in alle domeinen van preventie. Verbeter de transparantie en duidelijkheid van de mHealth-validatiepiramide door (1) het invoeren van checklists rond AVG-GDPR, beveiliging, interoperabiliteit en vereisten voor terugbetaling, (2) het voorzien van één duidelijk aanspreekpunt voor overleg tussen alle overheidsinstanties en de fabrikant, (3) het invoeren van generieke lijsten voor de vergoeding van toepassingen met laag risico voor de 'vier grote' aandoeningen.

### » Ondersteun innovatieve vormen van preventie

Faciliteer systematisch gebruik van digitalisering, preventiedossiers, gegevensdeling, big data, zorg op afstand, point-of-care, mobile health, lab-on-chip, genomics, e-coaching en gebruikersportalen. Voorzie duidelijke en eenvoudige kaders die aansluiten bij het Europese beleid.

### » Digitale competenties aansterken

Om digitale medische toepassingen voor preventie te realiseren, zetten we in op verschillende aspecten: de bekendmaking van nieuwe technologie en toepassingen, het identificeren van het 'digitaliseringspotentieel' van zorgondernemingen, het verhogen van digitale vaardigheden en het implementeren van nieuwe technologieën in een innovatieve zorgorganisatie.

# Preventie met impact

Gericht investeren in innovatie