

# FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN

## Advies 2018/02

De Federale Adviesraad voor Ouderen, opgericht krachtens de wet van 8 maart 2007 tot oprichting van een Federale Adviesraad voor Ouderen en waarvan de leden benoemd zijn bij het koninklijk besluit van 13 november 2012 houdende benoeming van de leden van de Federale Adviesraad voor Ouderen, heeft tot taak om op eigen initiatief, op verzoek van de federale regering of op verzoek van een Wetgevende Kamer advies uit te brengen over de tot de bevoegdheid van de federale overheid behorende aangelegenheden met betrekking tot de pensioenen, de gelijkheid van kansen, de sociale integratie en de bestrijding van de kansarmoede, de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en de mobiliteit.

Met toepassing van artikel 3 §3,1° van voormelde wet van 8 maart 2007 brengt de Federale Adviesraad voor Ouderen volgend advies uit:

### ADVIES VAN DE FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN BETREFFENDE BELEIDSNOTA'S GEZONDHEIDSBELEID (19 okt 2017) EN SOCIALE ZAKEN (17 okt 2017)

#### SITUERING VAN HET ADVIES

---

De Federale Adviesraad voor Ouderen heeft de bevoegdheid gekregen om zich bij middel van adviezen uit te spreken over de algeheelheid van de materies die de ouderen aanbelangen. Eén van deze bevoegdheidsdomeinen slaat op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

De wet van 8 maart 2007 tot instelling van de Federale Adviesraad voor Ouderen bepaalt in zijn artikel 3 § 2 “ de Adviesraad bespreekt jaarlijks de beleidsverklaring van de regering met betrekking tot de materies in verband houden met de ouderen”.

Na voorbereiding ervan in de Commissie Toegankelijkheid tot de Gezondheidszorg (op 05-03-2018) heeft de Raad een bespreking gewijd aan de Beleidsnota inzake gezondheidsbeleid van 19 oktober 2017 en aan Beleidsnota inzake Sociale Zaken (luik gezondheidszorg) van 17 oktober 2017.

Rekening houdend met de beperkte bevoegdheden van deze commissie wil de Raad een aantal bedenkingen en suggesties formuleren, die rechtstreeks of onrechtstreeks de ouderen aanbelangen.

#### ADVIES

---

#### **Beleidsnota Gezondheidsbeleid:**

##### **1. De FAVO is (blijft) bezorgd om de budgettaire maatregelen**

De algemene groeinorm werd vastgesteld op 1,5% (exclusief besparingen). De reële groeinorm is dan 0,5%. Deze stijging lijkt ons te beperkt om tegemoet te komen aan de stijgende behoeften ten gevolge van de demografische en technologische evolutie.

De minister heeft altijd uitdrukkelijk gesteld dat de besparingsmaatregelen de patiënt niet zullen treffen. Toch constateren we nog steeds dat in ons land de patiënt gemiddeld 18% betaalt van de totale ziektekosten. Het aandeel gezinnen met uitgestelde gezondheidszorg om financiële redenen blijft aanzienlijk, ook bij de ouderen (Rapport performantie 2015 – KCE). Vooral voor tandzorg, geestelijke gezondheidszorg, hoorapparaten betaalt de individuele patiënt nog een groot deel van de kosten zelf. Nog een minpunt op vlak van toegankelijkheid is het gebrek aan financiële transparantie, de patiënt kan moeilijk inschatten hoeveel de zorgverstrekking hem zal kosten (visie voorstel NIC 20 juni 2016). De FAVO hoopt dat er maatregelen genomen worden om de conventioneringsgraad te verbeteren / komen tot volledig conventionering.

Vandaar dat de FAVO waakzaam blijft over het reëel effect voor kwetsbare ouderen. FAVO dringt dan ook aan op een degelijke monitoring om de effecten van de genomen beleidsmaatregelen voor de verschillende patiëntengroepen te meten.

## **2. Ook de positie en plaats van de ouderwordende patiënt roept bij de FAVO vragen op**

Het is positief dat de patiënt in de beleidsnota centraal staat. Er wordt geregeld verwezen naar specifieke doelgroepen. Alleen de doelgroep ouderen vinden we met moeite terug in de beleidsnota. We begrijpen dat door de 6<sup>de</sup> staatshervorming de bevoegdheden betreffende ouderenzorg gedefederaliseerd werden. Dit betekent evenwel niet dat doelgroep ouderen niet meer belangrijk is vanuit het oogpunt van de federale Volksgezondheid. Integendeel, daarom is er meer overleg nodig tussen de Federale regering en de gemeenschappen. De FAVO vindt hierover niets terug in de nota.

Concreet denken we dan aan:

- de verhoging van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, zoals reeds in het vorige punt kort behandeld;
- de verhoging van de zogenaamde 'health literacy' (gezondheidsvaardigheid), die ook bij ouderen uiterst belangrijk is. We kijken dan ook uit naar de resultaten van de (vernieuwde) gezondheidsenquête die dit thema ook zal opnemen. De ziekenfondsen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen bij het informeren en begeleiden van hun leden.

## **3. De FAVO wenst de aandacht te vestigen op thema's die te weinig of niet aan bod komen in de beleidsnota**

- 3.1. In het punt van chronische ziekten (4.2) missen we aandacht voor personen met dementie, niettegenstaande dit één van de sterkst stijgende groepen zal worden in de komende decennia.
- 3.2. Bij de planning van het medisch aanbod (5.13) staat niets vermeld over hoe men de tekorten aan huisartsen, geriateren en pediaters denkt aan te pakken. Verschillende indicatoren wijzen erop dat de huidige beschikbaarheid en toekomstige aangroei van huisartsen, geriateren, psychiaters en ook verpleegkundigen niet zal volstaan om te voldoen aan de stijgende zorgbehoeften ten gevolge van de vergrijzende bevolking. Ons land blijft kampen met een tekort aan geriateren. Dat tekort blijft niet enkel toenemen door de vergrijzing, maar vooral door de te beperkte instroom van nieuwe artsen die hierin gespecialiseerd zijn. We hebben behoefte aan een geïntegreerd zorgbeleid dat meer rekening houdt met de structurele schaarste op de arbeidsmarkt. Hopelijk zullen de pilootprojecten (4.2.1) hier bijkomende indicaties opleveren.
- 3.3. Bij de ziekenhuishervorming wordt gefocust op aanbodbeheersing via netwerken: op zich positief voor wat de zeer gespecialiseerde diensten betreft. Maar er zijn wel enkele gevaren, bvb.: de geografische bereikbaarheid van ziekenhuizen en bepaalde diensten, zeker voor de plattelandsgebieden. Dit is een probleem voor de patiënt (zeker ook voor oudere) maar eveneens voor de familieleden die een grotere afstand moeten afleggen. Dit betekent extra kosten en eventueel minder bezoek voor de patiënt.
- 3.4. De FAVO stelt zich vragen i.v.m. de betaalbaarheid van het interhospitaalvervoer/ niet dringend ziekenvervoer dat hierdoor aan belang zal toenemen.
- 3.5. De FAVO vindt dat het te hoge geneesmiddelenverbruik bij ouderen onderbelicht is in de beleidsnota. Dit werd eerder al, in vorige adviezen, aangekaart.

- 3.6. Op vandaag krijgen bewoners van woonzorgcentra te weinig toegang tot artsspecialisten (bv oogarts voor opvolging diabetici), onder andere omdat het 'ziekenvervoer' veel te wensen overlaat. De FAVO benadrukt dat er meer aandacht moet uitgaan naar projecten van 'Mobile Health' (8.2) om deze specifieke doelgroep (o.a. bewoners van WZC) beter te bereiken.
- 3.7. In het verleden werden er conventies afgeloten ter ondersteuning voor opvang in woonzorgcentra (Huntington, niet aangeboren hersenletsels...). Deze conventies bewijzen hun nut, ook in de gedefederaliseerde ouderenzorg. Er blijven evenwel nog heel wat medische noden en behoeften oningevuld. We denken bv aan personen die geconfronteerd worden met een Front Temporale Degeneratie.
- 3.8. Wat betreft de geestelijke gezondheidszorg is een budget voorzien voor klinisch psychologische zorg maar de FAVO hoopt dat de erkenningscriteria voor klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen niet op zich laten wachten. Tevens is het de bezorgdheid of het voorziene bedrag wel volstaat om de nood te lenigen. De FAVO rekent erop dat er ook voldoende aandacht gaat naar de groep ouderen.
- 3.9. De FAVO wil ook nog benadrukken dat bij de Gezondheidsbescherming met geen woord gerept wordt over milieu gerelateerde aandoeningen en klimaatwijzigingen hoewel die nu reeds ernstige bedreigingen inhouden voor de gezondheid.
- 3.10. De zorgkwaliteit van het levenseinde is duidelijk toegenomen. Er wordt meer een beroep gedaan op palliatieve zorg en de therapeutische hardnekkigheid wordt stap voor stap teruggedrongen. Toch overlijden de meeste Belgen nog in het ziekenhuis, terwijl de meerderheid dit niet wenst. (Ook zij die in een woonzorgcentrum verblijven.) (4.2.6.) Interdisciplinair overleg en vroegtijdige zorgplanning kan dit reduceren.

Noot:

Wat het preventiebeleid in het algemeen betreft, is de nauwe samenwerking met de deelstaten uiterst belangrijk. Een gezamenlijke visie en overleg zijn de uitgangspunten.

In de beleidsnota missen we vooral wat het federaal gezondheidsbeleid nog kan betekenen voor de ouderwordende bevolking.

## **Beleidsnota Sociale Zaken:**

Aandacht bijzondere groepen

Mantelzorgers 4.3

In het kader van het Zomerakkoord werd afgesproken dat wie deeltijds werkt mantelzorgtijd voor 48 maanden zal kunnen laten meetellen voor de opbouw van pensioenrechten. Tot op heden zijn noch de modaliteiten, noch de inwerkingtreding van deze maatregel bepaald. Deze maatregel is een volgende belangrijke stap in het proces van erkenning van mantelzorgers. Met de wet van 12 mei 2014 betreffende de erkenning van de mantelzorger die een persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat, werd een eerste stap gezet in de erkenning van de mantelzorger, maar bij gebrek aan de nodige uitvoerings- KB's werden nog geen verdere rechten aan de mantelzorger toegekend.

De FAVO vindt het uiterst belangrijk dat de noodzakelijke uitvoeringsbesluiten opgesteld worden.

**Goedgekeurd in de algemene vergadering van 17 mei 2018.**

**Maddie Geerts**  
**De Voorzitter**

**Philippe Andrienne**  
**De Ondervoorzitter**