

FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN

Advies 2019/08

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:

Aandachtspunten / suggesties voor de opmaak van de beleidsnota van de nieuwe federale minister van Volksgezondheid

De commissie "*Toegankelijkheid van de gezondheidszorg*" van de FAVO wenst een aantal suggesties te doen in voorbereiding van de beleidsnota van de toekomstige federale minister van Volksgezondheid. Deze worden proactief aan de betreffende minister overgemaakt.

ONZE SUGGESTIES VOOR HET NIEUW BELEID:

- De eindverantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid dient bij één federale minister te liggen. We gaan voor een gecoördineerd coherent beleid met een duidelijke lange termijnvisie. Het federale niveau kan daardoor beter het hoofd bieden aan de uitdagingen van de vergrijzing en de financiële beperking in de gezondheidszorg. Er moet gewerkt worden aan een solidaire sociale zekerheid om de gezondheidszorg kwaliteitsvol, toegankelijk en betaalbaar te houden.
- Het noodzakelijk budget zal hiervoor moeten stijgen. Een groeinorm van minstens 2,5% is hiervoor absoluut noodzakelijk. In eerste plaats al om de gekende/ vastgestelde behoeften al te voldoen o.a. de vergrijzing van de bevolking en de toename van chronische zieken. Dit moet interministerieel bekeken worden.
- Er moeten voldoende zorgverleners zijn en hieraan gekoppeld een betere territoriale spreiding. Dit is cruciaal voor de kwaliteitswaarborg. Het basisknelpunt blijft het nijpend tekort aan geriaters (in sommige regio's ook huisartsen). De instroom blijft ondermaats, terwijl de behoeften door de vergrijzing sterk toenemen. Dit is evenzeer zo voor verpleegkundigen en andere zorgverleners met een specialisatie geriatrie.
De bevoegdheid over contingentering van de gezondheidszorgberoepen is voor de gemeenschappen, maar een federale planningscommissie bepaalt de quota voor artsen en tandartsen die aan de opleiding mogen beginnen. Vanaf 2021 zullen de gemeenschappen de sub quota bepalen (= bijzondere beroepstitel). Hierbij moet rekening gehouden worden met de concrete tekorten waarmee we vandaag geconfronteerd worden.

Bovendien moeten er meerdere beleidsmaatregelen getroffen worden om deze specialisaties aantrekkelijker te maken door o.a. meer opleidingsplaatsen te voorzien, een betere honorering en betere arbeidsomstandigheden. Ook in de kwaliteitsprocedures moet er bijzondere aandacht uitgaan naar de kwaliteitverhoging van de geriatrische zorg.

- We vragen ook meer aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg voor elkeen, zonder leeftijdsdiscriminatie (op geen enkel domein). Er is grote nood aan psychologische zorg voor ouderen (KCE rapport). Ook hier is goed opgeleid personeel essentieel. Gespecialiseerde expertise is nodig zowel in de eerstelijnszorg als in de residentiële zorg voor ouderen. Ook hier is er een tekort aan psycho-geriatrisch personeel.

Algemene informatie- en sensibiliseringscampagnes naar de brede bevolking dienen versterkt en nieuwe campagnes moeten opgestart worden om de algemene kennis van psychische en psychiatrische problemen bij ouderen te verhogen (in nauw overleg met de betrokken actoren).

Binnen de geestelijke gezondheidszorg neemt de zorg voor personen met dementie een bijzondere plaats in. Er dient een interministeriële afstemming en coördinatie te gebeuren van de dementieplannen op de verschillende beleidsniveaus. Een voor elkeen toegankelijke *'dementiekundige basiszorg'* moet hierbij de doelstelling zijn.

Daarnaast zijn meer aandacht en meer middelen nodig voor het wetenschappelijk onderzoek.

- Er dient verder werk gemaakt van meer automatisch toekennen van rechten en sociale voordelen / administratieve vereenvoudiging / verplichte derde betalerssysteem/ toegankelijk en betaalbaar ziekenvervoer/ geneesmiddelen – en prijzenbeleid....
- Er moeten middelen voorzien worden voor extra wijkgezondheidscentra. Ze verhogen de toegankelijkheid en betaalbaarheid voor kwetsbare groepen. Er is al bewezen dat er meer participatie is in het kader van preventief onderzoek.
- Hoewel de patiëntenrechten ingevoerd werden via wet 2002, werden ze sindsdien nooit grondig geëvalueerd. De wetgeving is een ondersteuning. Het realiseren ervan blijft mensenwerk. Krijgen de patiënten ook voldoende informatie van hun zorgverlener? Is de kwaliteit van de zorg hiermee verbeterd? Hebben ze ook effectief inzage in hun dossier? Er blijven heel wat vragen open rond de plaats en de positie van de patiënt ten opzichte van de hulpverlener. Wij eisen een grondige doorlichting en waar mogelijk aanpassing van de wetgeving met vooral meer aandacht voor ouderen. Dit is een belangrijke opdracht voor de nieuwe beleidsverantwoordelijke.
- De verdere vermaatschappelijking van zorg is noodzakelijk, maar ze mag niet in de plaats treden van de professionele zorg. Ze mag zeker geen besparing betekenen van het gezondheidsbudget. Integendeel, ze vergt meer middelen. We denken hierbij in de eerste plaats aan een volwaardig statuut van de mantelzorger.

In 2014 werd de wet betreffende het mantelzorgstatuut goedgekeurd. Op 26 april 2019 werd een nieuw wetsvoorstel aangenomen, waardoor het recht op mantelzorgverlof en -uitkering een stap dichterbij komt. De uitvoeringsbesluiten hiervoor laten evenwel nog op zich wachten. De FAVO dringt aan dat hier prioriteit aan gegeven wordt, zodat ze ook effectief uitgevoerd kunnen worden.

- **Tot slot.** Een gezondheidsbeleid dient te steunen op een aantal elementen:
 - de fundamentele waarden van universaliteit, toegankelijkheid, rechtvaardigheid, solidariteit, kwaliteit en stabiliteit;
 - een gezondheidszorg toegankelijk voor iedereen dus geen privatisering / commercialisering van de zorg;
 - kwaliteitsvolle zorg voor iedereen in plaats van duale geneeskunde

Bijgevolg

- een STOP aan de ereloonsupplementen in alle ziekenhuiskamers in plaats van “een stand stil tot eind 2019”,
- STOP aan duale geneeskunde,
- STOP aan zorgprivatisering.

Ook ereloonsupplementen in de thuiszorg moeten kritisch bekeken worden.

- kritische kijk op het verstrekkingenpakket van de ziekteverzekering / aanvullende verzekeringen moeten in de verplichte verzekering opgenomen worden;
- voltooid leven/ levensmoeheid is een maatschappelijk vraagstuk. Hierover is een grondige maatschappelijke discussie nodig.
- vroegtijdige zorgplanning vraagt om een sensibiliseringscampagne (gericht naar zorgverleners en publiek) en moet in de nomenclatuur van artsen opgenomen worden. Betrokkenheid van de zorgbehoevende en zijn vertrouwenspersoon / mantelzorger moet hierbij gegarandeerd worden.

Goedgekeurd tijdens de algemene vergadering van 12 november 2019.

**De voorzitter,
Daniel Van Daele**

**De ondervoorzitter,
Maddie Geerts**