

Visie, structuur en financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België

Svetlana Sholokhova – Studiedienst

Met de onschatbare hulp van Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Jonathan Bouvy, Louise Lambert en Sofia Seddouk

Samenvatting

Ondanks het belang van preventieve en gezondheidsbevorderende acties voor de volksgezondheid, blijft de ruimte hiervoor in het Belgische gezondheidsbeleid beperkt. Ten eerste laat een analyse van de institutionele structuur zien dat het hier om uiterst versnipperde kwesties gaat waarvoor maar moeilijk een globale visie kan worden ontwikkeld. Ten tweede, vanuit financieel oogpunt valt amper 2% van de uitgaven voor gezondheidszorg onder uitgaven die betrekking hebben op preventie en gezondheidsbevordering. Uit de evaluatie van de prestaties van het preventieve systeem blijkt bovendien dat de resultaten onbevredigend zijn voor meerdere gezondheidsindicatoren en dat de verschillen tussen de deelstaten groot zijn. Dat alles roept vragen op over de gezondheidsvisie achter het beleid van de verschillende beleidsniveaus inzake preventie en gezondheidsbevordering en de interne coherentie van die visie. Een brede visie op gezondheid beperkt zich niet tot de afwezigheid van ziekte en houdt rekening met verschillende sociale, economische en omgevingsfactoren die de gezondheidstoestand van de persoon bepalen. Het nationale beleid concentreert zich traditioneel eerder op de medische aspecten van gezondheid, daar waar we een brede visie op gezondheid voornamelijk tot stand zien komen tijdens acties op het terrein. Dat verklaart mogelijk deels de beperkte middelen die voor de sector preventie en gezondheidsbevordering worden uitgetrokken, in vergelijking met de curatieve sector. In dit artikel maken we vanuit een analytisch perspectief de stand van zaken op van de Belgische sector van preventie en gezondheidsbevordering, in het licht van de actuele uitdagingen voor het volksgezondheidsbeleid.

Sleutelwoorden: Preventie, gezondheidsbevordering, brede definitie van gezondheid, volksgezondheidsbeleid, gezondheidsuitgaven, gezondheid in alle beleidsmaatregelen (Health in All Policies)

1. Inleiding

In de huidige context van de COVID-19-crisis lijkt men zich binnen de politiek eindelijk (opnieuw) bewust te worden van het belang van preventie.¹ Preventie is op vlak van budget duidelijk geen prioriteit binnen de gezondheidszorg. Zo blijkt dat het beheer van de beschermingsmiddelen onderworpen is aan het principe van winstgevendheid en toevertrouwd is aan het marktsysteem. Deze benadering is gestoeld op de principes van just in time (lean-productie) en nulvoorraden en zou de bevoorrading van beschermingsmiddelen moeten reguleren, maar ze blijkt totaal ongeschikt in de context van de gezondheidscrisis.²

Bovendien hebben media en politiek in deze crisistijd zeker aanvankelijk, onvoldoende aandacht gehad voor de lessen op vlak van gezondheidsbevordering en de invloed van sociaaleconomische factoren (zoals inkomen, leef- en werkomstandigheden, gezinssituatie enz.) op het gedrag van de mensen.³

Dit artikel is het eerste in een reeks studies van het CM-Gezondheidsfonds over het systeem van preventie en gezondheidsbevordering in België. Het doel van deze eerste studie is om een reeks vragen te beantwoorden. Welke rol

1. Daarvan getuigt bijvoorbeeld het feit dat preventie een van de centrale punten is in het nieuwe regeerakkoord van het afgelopen najaar, en dit zowel in het kader van het gezondheidsplan voor crisisbeheersing als in de visie op de gezondheidszorg in het algemeen.
2. Zie bijvoorbeeld Durand (2020) en de Decker (2020).
3. Zie bijvoorbeeld de 'Carte Blanche' van de Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la santé (2020).

spelen preventie en gezondheidsbevordering in het Belgisch gezondheidszorgsysteem? Maken de huidige institutionele organisatie en de financiering ervan een samenhangend en effectief volksgezondheidsbeleid mogelijk? En ten slotte: welke opvatting van gezondheid vormt de leidraad voor het beleid inzake preventie en gezondheidsbevordering?

2. Preventie en gezondheidsbevordering: verschillen en grensvlakken

Het verschil tussen preventie en gezondheidsbevordering is niet altijd duidelijk. Dat neemt echter niet weg dat we, in de manier waarop we met een gezondheidsprobleem omgaan, (bijna) altijd een preventieve en een gezondheidsbevorderende dimensie kunnen onderscheiden. Terwijl we bij de eerste dimensie een ziekte of de mogelijke complicaties daarvan proberen te vermijden, is het de tweede dimensie, gezondheidsbevordering, die een kader biedt om preventieve acties mogelijk te maken en bij de mensen te krijgen. Om een concreet voorbeeld te geven: als baarmoederhalskankerscreening een preventieve actie is, valt een sensibiliseringscampagne over de risico's van baarmoederhalskanker voor bepaalde bevolkingsgroepen, het belang van een vroege diagnose en de mogelijkheid om de screening vergoed te krijgen, onder de gezondheidsbevordering.

2.1. De brede visie op gezondheid binnen de gezondheidsbevordering

Het zou evenwel kortzichtig zijn om ervan uit te gaan dat, omdat preventieve acties gepromoot moeten worden, gezondheidsbevordering op zijn beurt ondenkbaar is zonder preventie. Het feit dat preventie meestal gepaard gaat met gezondheidsbevorderende acties, betekent omgekeerd niet dat gezondheidsbevordering zelf altijd een vorm van preventie is. Gezondheidsbevorderende hulpmiddelen vormen wel de sleutel tot het succes van elk preventiebeleid. Ziektepreventie moet dus worden gezien als deel uitmakend van de werkings sfeer van gezondheidsbevordering en niet andersom.

De reden hiervoor schuilt in de visie op gezondheid die de drijvende kracht is achter gezondheidsbevorderende acties.⁴ Gezondheid wordt hier in een bredere zin opgevat dan bij medische preventieacties. Op het eerste gezicht kan gezondheid inderdaad worden opgevat in haar tegengesteld zijn aan ziekte. Dat is het perspectief van de klassieke medische preventie, waar gezond zijn betekent dat men niet ziek is (dat men bijvoorbeeld geen kanker heeft, beschermd is tegen overdraagbare ziekten, enz.). Maar vandaag weten we

dat gezondheid niet moet worden gereduceerd tot afwezigheid van ziekte, maar dat het afhankelijk is van verschillende aspecten – fysiek, mentaal, sociaal, omgeving - in het leven van de betrokken persoon. Dat is ook het perspectief van de gezondheidsbevordering.

Kader 1

"Gezondheidsbevordering is het proces waarbij mensen in staat worden gesteld meer controle over hun gezondheid te krijgen en hun gezondheid te verbeteren. Om een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn te bereiken, moet een individu of een groep in staat zijn wensen te identificeren en te verwezenlijken, om aan zijn behoeften te voldoen, en de omgeving te veranderen of ermee om te gaan. Gezondheid wordt daarom gezien als een middel in het dagelijks leven, niet als het doel van het leven. Gezondheid is een positief concept dat de nadruk legt op sociale en persoonlijke hulpbronnen, alsmede op lichamelijke capaciteiten. Gezondheidsbevordering is dan ook niet alleen de verantwoordelijkheid van de gezondheidssector, maar gaat verder dan een gezonde levensstijl en is gericht op welzijn".

"De fundamentele voorwaarden en hulpbronnen voor gezondheid zijn vrede, onderdak, onderwijs, voedsel, inkomen, een stabiel ecosysteem, duurzame hulpbronnen, sociale rechtvaardigheid en gelijkheid. Verbetering van de gezondheid vereist een stevig fundament in deze basisvoorwaarden."

(Wereldgezondheidsorganisatie, 1986 - eigen vertaling)

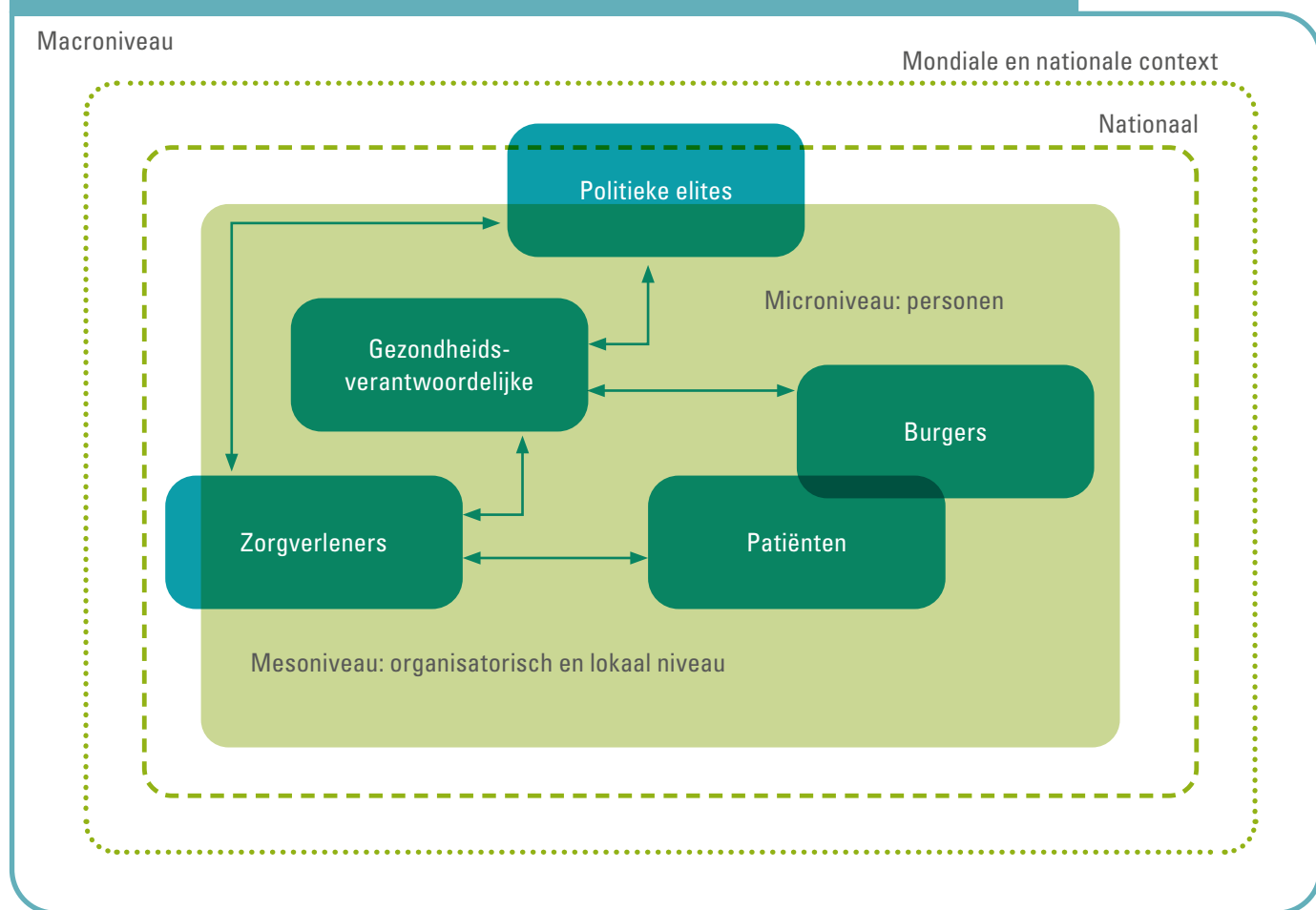
Gezondheidsbevorderende acties kijken dan ook naar de persoon als geheel. Vandaar het idee van transversaliteit of zelfs intersectoraliteit als de geprefereerde benadering van gezondheidsproblemen (Fortin et al., 1994). Aangezien verschillende zaken, zoals wonen, werken, eten, enz., bepalend zijn voor onze gezondheid in de brede zin van het woord, probeert de gezondheidsbevordering deze allemaal mee in overweging te nemen. Vaak is het enkel aan die transversale benadering te danken dat we bepaalde problemen, zoals sociale ongelijkheden in gezondheid en hun negatieve invloed op ons leven, aan het licht kunnen brengen. Die problemen zouden onzichtbaar blijven als we de gezondheidstoestand niet zouden vergelijken met sociaaleconomische indicatoren (Avalosse et al., 2019; Missinne, Avalosse, Luyten, 2019).

4. De brede gezondheidsvisie kwam tot stand tijdens de eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering in Ottawa, waar een handvest genaamd 'Ottawa Charter' werd ondertekend. Zie Kader 1.

Een brede visie op gezondheid betekent dus niet alleen dat ons gedrag wordt bepaald door factoren die buiten onze macht liggen en die deel uitmaken van een bredere context, maar ook dat dit gedrag zelf slechts een van de aspecten is die onze gezondheid bepalen. Met andere woorden, gezondheid moet niet alleen vanuit een zuiver individueel perspectief worden bekeken (in welk geval we zouden kunnen spreken van een gezond of juist risicovol gedrag), maar ook vanuit het perspectief van de gemeenschap (waar sociale banden bijvoorbeeld een gunstige factor kunnen zijn voor onze gezondheid) en zelfs vanuit mondiaal perspectief (waar nationale en internationale politieke beslissingen de gezondheid van de bevolking rechtstreeks beïnvloeden). Voorts zijn de gezondheidssystemen actief op drie niveaus – ‘micro’, ‘meso’ en ‘macro’ – die aansluiten bij de bovengenoemde drie gezondheidsperspectieven (zie Figuur 1).

Een ander belangrijk gevolg van deze holistische visie op gezondheid is het feit dat het publiek hier niet wordt gezien als louter een ontvanger van informatie en initiatieven, maar als een partner die actief aan de actie deelneemt (Cornwall, 2008). Enerzijds moeten informatie en initiatieven zo worden geconstrueerd dat ze effectief en positief door het publiek kunnen worden opgepikt. Maar anderzijds weet niemand beter dan de betrokkenen zelf onder welke leefomstandigheden problemen ontstaan. Daarom moet de deskundige rol van het publiek net zo zeer worden erkend als die van de traditionele experts (medici, politici, wetenschappers enz.) (Grimaldi, 2010). Het belang van deze expertise ligt in het feit dat ze de wetenschappelijke gegevens aanvult of in vraag stelt.⁵ Daarom moet een ruimte worden gecreëerd en versterkt waar dit soort expertise serieus kan worden genomen⁶, zodat de kennis over gezondheid kan worden uitgebreid en concrete maatregelen kunnen worden genomen die van waarde zijn voor de doelgroep zelf.

Figuur 1: Verschillende niveaus van de gezondheidssystemen (bron: Gilson, 2013, p. 22-23 - eigen vertaling)



5. Een van de voorbeelden is de bijdrage van het feminisme aan de medische wetenschappen en in het bijzonder de invraagstelling van klinische onderzoeken die bijna uitsluitend op mannen worden uitgevoerd (zie Löwy, 2005).
6. In Frankrijk noemen we dat 'gezondheidsdemocratie', in België hebben we het vooral over gemeenschapsgezondheid en participatieve benaderingen (Scheen, 2018).

2.2. Van medische preventie naar een preventie gericht op individuele personen en hun algehele gezondheid

De brede of holistische opvatting van gezondheid kan ook worden gebruikt om een nieuwe kijk op preventie te ontwikkelen die verder gaat dan de klassieke opvatting.

Volgens de klassieke opvatting van preventie gaat het om een lineair proces met verschillende stadia (Leavell en Clark, 1958; Bury, 1988). Het eerste stadium, primaire preventie, vindt plaats voordat de ziekte uitbreekt (dat geldt bijvoorbeeld voor vaccinatie). Secundaire preventie is gericht op het opsporen van ziekten in een vroeg stadium om te vermijden dat de ziekte zal optreden (bijvoorbeeld door screenings). Tertiaire preventie moet voorkomen dat er bij een ziekte complicaties optreden. En ten slotte is er nog een quaternaire preventie, waarbij men aan het levenseinde wordt begeleid, zoals bij palliatieve zorgen.

Het is duidelijk dat bij bovenstaande aanpak enkel rekening wordt gehouden met het medische kader. Andere dimensies van het leven van de persoon, maar ook het meer algemene kader van de gezondheidszorg en in het bijzonder de relatie tussen arts en patiënt, worden genegeerd.

Een preventiemodel gebaseerd op een brede opvatting van gezondheid kan worden gevisualiseerd als een tabel met dubbele invoer (zie Tabel 1), waarbij de ontwikkeling van de

ziekte zowel wordt bestudeerd vanuit het oogpunt van de medische wetenschap (de grens tussen gezondheid en ziekte wordt dan de diagnose die het mogelijk maakt om te verklaren dat de persoon ziek is) als van de gevoelens van de persoon (die zelf ook zijn gezondheidstoestand kan beoordelen en weet wanneer hij zich goed of slecht voelt) (Jamouille, 1986; Jamouille en La Valle, 2019). Een van de doelstellingen van deze weergave is om de aandacht te vestigen op vak IV, dat ook hier “quaternaire preventie” wordt genoemd maar nu een bredere betekenis krijgt. We doelen niet langer alleen op palliatieve zorgen, maar op situaties waarin de persoon zich ondanks het ontbreken van een diagnose ziek voelt.

De noodzaak om aandacht te schenken aan situaties waarin een persoon zijn klachten deelt zonder dat er een diagnose wordt gesteld, schuilt erin dat er risico’s aan dergelijke situaties verbonden zijn. Het eerste risico is een mogelijke overconsumptie van zorg. Overconsumptie kan een gevolg zijn van het handelen van de arts om het lijden van zijn patiënt te verlichten met behulp van de middelen waarover hij beschikt (noodzakelijkerwijs medische hulpmiddelen), maar die om verschillende redenen niet bij het gewenste doel aansluiten.⁷

Het tweede risico van situaties waarin een persoon zijn ongemak meldt zonder dat er een diagnose wordt gesteld, is daarentegen juist een onderconsumptie van zorg. Want zelfs als een persoon niet de diagnose van een ziekte krijgt, betekent dat niet per se dat hij niet ziek is. Het zou ook een

Tabel 1: Vier definities van preventie (bron: Jamouille en La Valle, 2019 – eigen vertaling)

		Arts	
		Geen ziekte	Ziekte
Patiënt	Voelt zich goed	Preventie I Maatregelen om de oorzaak van een gezondheidsprobleem bij een patiënt of een populatie te vermijden of weg te nemen voordat het zich voordoet (bv.: vaccinatie)	Preventie II Maatregelen om de ontwikkeling van een gezondheidsprobleem bij een patiënt of een populatie in een vroeg stadium op te sporen en de duur of het beloop van dat probleem te beperken (bv.: screening op hypertensie)
	Voelt zich slecht	Preventie IV Maatregelen om een patiënt of een populatie te identificeren die het risico loopt op overconsumptie van geneesmiddelen, hem te beschermen tegen invasieve medische ingrepen en hem ethisch aanvaardbare zorgprocedures aan te bieden	Preventie III Maatregelen om het effect en de prevalentie van een chronisch gezondheidsprobleem van een persoon of een populatie te verminderen door de functionele beperking als gevolg van een acuut of chronisch gezondheidsprobleem tot een minimum te beperken (bv.: preventie van complicaties bij diabetes). Hierbij hoort ook revalidatie

7. We zien inderdaad op verschillende gebieden van de gezondheidszorg een trend in de richting van overconsumptie. Antibiotica lijken bijvoorbeeld ook te worden toegediend als dat helemaal niet nodig is. In België blijft het antibioticagebruik hoger dan het Europees gemiddelde (2,5 keer hoger dan in de noordelijke buurlanden). Zie over dit thema Leroy, Christiaens, Maertens de Noordhout en Hanquet, 2019; Devos et al., 2019; Van Haecht, Callens, Ntahonganyira en Morel, 2019.

teken kunnen zijn van een verslechterende gezondheids-toestand als gevolg van niet-medische factoren. Die factoren zouden vervolgens onopgemerkt kunnen blijven bij klassieke preventieve maatregelen die uitsluitend rekening houden met medische redenen.⁸

In beide gevallen gaat het om een discrepantie tussen de medische kennis over de gezondheidstoestand van de persoon (die niet als ziek wordt beschouwd) en de beoordeling van die toestand door de persoon zelf (die zich slecht voelt). Om deze kloof te overbruggen en vast te stellen waardoor de persoon zich niet goed voelt en waarom hij/zij in de richting van over- of onderconsumptie van gezondheidszorg wordt gedreven, moet naar andere gezondheidsgebieden worden gekeken dan alleen de strikt medische. Er moet dus een beroep worden gedaan op het bredere gezondheidsconcept.

We constateren dus dat preventie en gezondheidsbevordering enerzijds van elkaar moeten worden onderscheiden. Dat is met name nodig om de specifieke inspanningen op het gebied van gezondheidsbevordering en de hierbij verdedigde brede visie op gezondheid naar waarde te schatten, en om de gezondheidsongelijkheden die zij naar voren brengt, te erkennen. Aan de andere kant moeten preventie en gezondheidsbevordering ook samen worden bekeken. Beide sectoren samen vormen namelijk de pendant van de curatieve sector. Door preventie en gezondheidsbevordering samen te bekijken, kan je hun mogelijke effect op de curatieve zorg, onder meer in termen van een verminderde impact van bepaalde ziekten, onderstrepen. Dat is een van de redenen waarom we in dit artikel hebben besloten om preventie en gezondheidsbevordering samen te bestuderen.

3. Institutionele structuur van de preventie en gezondheidsbevordering

Laten we nu eens kijken hoe preventie en gezondheidsbevordering worden georganiseerd binnen het Belgische institutionele kader. Volgens artikel 5 § 1, 1, 1e lid, 2° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, zijn het de gemeenschappen die bevoegd zijn voor “de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg”. Door de 6e staatshervorming zijn deze bevoegdheden

uitgebreid door de overdracht van enkele bevoegdheden die de federale overheid uitoefende – of zich eerder had toegeëigend (‘usurperende bevoegdheden’)⁹ - onder de noemer van residuaire bevoegdheden. (BWHI, § 1, 8°). De bevoegdheden van de verplichte ziekte- en invaliditeits-verzekering en de nationale maatregelen inzake profylaxis werden niet overgedragen. De federale overheid behield hier de bevoegdheid (art. 5 BWHI, § 1, 8°). Wat dat betreft moet er rekening gehouden worden met het feit dat de bevoegdheden inzake preventie en gezondheidsbevordering in institutioneel opzicht vaak deel uitmaken van andere bevoegdheden en daardoor ook afhankelijk zijn van het overheidsniveau waartoe die laatste behoren. Preventie behoort bijvoorbeeld tot het bevoegdheidsdomein gezondheid, maar ook tot andere bevoegdheidsdomeinen die zowel beheerd worden op het federale niveau als op het niveau van de gefedereerde entiteiten.

3.1. Het federale niveau

De nationale maatregelen inzake profylaxis beslaan verschillende werkterreinen. Het eerste werkterrein is dat van de volksgezondheid. Hier kunnen we een onderscheid maken tussen: het beheer van medische apparatuur (en in het bijzonder dringende medische hulp, maar ook de dotaties voor het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg – KCE), het crisisbeleid, vooral “wanneer een acute pandemie dringende maatregelen vereist” (Belgische Senaat, 2013), de ondersteuning van de administratieve dienst die zich bezighoudt met de erkenning van arbeidsongevallen en beroepsziekten, en ten slotte het wetenschappelijk beleid (inclusief de steun voor het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het Instituut Pasteur). Bovendien is de staat verantwoordelijk voor de preventie op het werk. Hierbij moeten we vooral denken aan het beheer van risico’s op ernstige ongevallen, door de Algemene Directie Crisiscentrum van de FOD Binnenlandse Zaken, en de maatregelen ter preventie van ernstige ongevallen, die steun krijgen van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Bepaalde buitenlandse en binnenlandse aangelegenheden vallen eveneens onder preventie, zoals de subsidies voor de bescherming tegen ioniserende straling.

Het beheer van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering is de tweede pijler van de preventieve bevoegdheden van de staat. Hierbij horen de vergoeding van geneeskundige verstrekkingen op het vlak van preventieve geneeskunde,

8. We stellen vast dat een deel van de Belgische bevolking tegenwoordig te weinig of te laat een beroep doet op de gezondheidszorg, vanwege de onbetaalbaarheid ervan, een gebrek aan juiste informatie enz. Zo stellen we op het gebied van de tandzorg vast dat hoewel “het beter [is] dat elk individu op zijn minst eenmaal per jaar naar de tandarts gaat voor preventieve zorgen... bijna 22% van de VT-leden naar de tandarts [ging] in 2017, tegenover 40% van de niet-VT-leden” (Vandeleene en Lambert, 2019). Ook al zien we dat de toestand wat is verbeterd (vooral bij de begunstigen van een verhoogde tegemoetkoming: in 2007 ging nog maar 12,5% van de VT-leden naar de tandarts voor preventieve zorgen), blijven de cijfers onvoldoende.
9. “... [De] belangrijkste doelstelling is ongetwijfeld dat de federale overheid voortaan de reeds bestaande bevoegdheidsverdeling inzake preventieve gezondheidszorg respecteert en geen nieuwe financiële instrumenten meer ontwikkelt om onrechtstreeks toegang te krijgen tot deze bevoegdheden”. (Van Nieuwenhove, 2015, p. 290).

bepaalde technische handelingen en in het bijzonder de laboratoriumkosten, evenals de vergoeding van bepaalde geneesmiddelen. We hebben het hier over screenings op bepaalde soorten kanker en overdraagbare ziekten, vaccins, maar ook preventieve tandzorg, enz. De verplichte verzekering ondersteunt daarnaast nationale gezondheidsbevorderende acties die in combinatie met voorgaande preventieve handelingen worden gelanceerd. Zo wordt een deel van het variabele gedeelte van de administratiekosten van ziekenfondsen gefinancierd voor de uitvoering van opdrachten op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Hierbij horen ook de campagnes voor vaccinatie, mondgezondheid, antibioticagebruik, enz., die buiten het kader van de in vaste termijnen gefinancierde opdrachten vallen (Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen, 2016).

3.2. Het niveau van het Gewest

Sinds de 6^e Staatshervorming is elke gefedereerde entiteit verantwoordelijk voor haar eigen beleid inzake preventie en gezondheidsbevordering, dat dus verschilt van deelstaat tot deelstaat. Centraal in al die verschillen staat de manier waarop elke deelstaat is georganiseerd. Zo worden in Vlaanderen, in tegenstelling tot de andere deelstaten, de gewestelijke en de gemeenschapsbevoegdheid beheerd door één overheidsdienst. Voor de Franstaligen zijn de aanvullende bevoegdheden overgedragen van enerzijds de Federatie Wallonië-Brussel (= gemeenschapsniveau) naar anderzijds het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest.¹⁰ Deze overdracht is echter niet compleet, want gebieden zoals jeugd en onderwijs, die ook preventieve bevoegdheden omvatten, vallen erbuiten.¹¹

3.2.1. Vlaanderen

Het verbeteren van de levenskwaliteit voor iedereen staat centraal in het preventie- en gezondheidsbevorderingsbeleid in Vlaanderen. Dit beleid wordt gestuurd door Agentschap Zorg & Gezondheid, overeenkomstig de gezondheidsdoelstellingen van een strategisch plan (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016) dat om de vijf jaar richtlijnen voorstelt op het

gebied van welzijn, volksgezondheid, familie en armoedebestrijding. Voorbeelden van zulke gezondheidsdoelstellingen: meer mensen met voldoende lichaamsbeweging en met een gezond gewicht, minder rokers, drugs- en alcoholgebruikers, veerkrachtigere mensen, minder ongevallen in de privésfeer, meer mensen die deelnemen aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker en een kwalitatief vaccinatiebeleid in Vlaanderen.¹² Om deze doelstellingen te realiseren, werkt het Agentschap Zorg en Gezondheid samen met lokale overheidsdiensten (Lokaal Gezondheidsoverleg of Logo), partnerorganisaties met expertise op het gebied van preventie (verschillende instellingen zoals Kind & Gezin, Sciensano, Freeclinic, enz.) en partnerorganisaties met terreinwerking. Het Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (Vlaamse Gemeenschap, 2003) legt de aangelegenheden van de Gemeenschap en het Gewest vast.

3.2.2. Waals Gewest

In Wallonië is het nieuwe Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) sinds de 6^e Staatshervorming de bevoegde overheidsdienst voor gezondheidsbevordering.¹³ In 1997 werd een decreet betreffende gezondheidsbevordering aangenomen (nadien gewijzigd in 2003). Dit decreet voorziet onder andere in maatregelen volgens een gezondheidsbevorderingsplan dat de strategische oriëntaties op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering vastlegt. Het meest recente plan uit 2017 loopt nog tot 2030 en hoopt met een solide en duurzame structuur bij te dragen tot een betere gezondheidstoestand voor alle Walen ("contribuer à l'amélioration de l'état de santé de toutes les Wallonnes et les Wallons grâce à un dispositif solide et durable", Waalse regering, 2017, p. 4). Dit plan omvat zowel transversale doelstellingen (bv. bevordering van gezondheid in alle beleidsmaatregelen, bestrijding van sociale ongelijkheden in gezondheid, burgerparticipatie, samenwerking in netwerken, een omgeving die bevorderlijk is voor de gezondheid, het streven naar duurzaamheid en innovatie enz.) als thematische doelstellingen (bevordering van een gezonde levensstijl en leefmilieu, een goede geestelijke gezondheid en algemeen welzijn, preventie van chronische ziekten, infectieziekten en trauma's).

10. We bedoelen hier de decreten die in 2014 werden aangenomen naar aanleiding van het akkoord dat bekend is geworden als het Sint-Emilie-akkoord en dat getiteld is 'Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales'.

11. Art. 3, 6^e, e) van het Bijzonder decreet betreffende de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap waarvan de uitoefening naar het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie wordt overgedragen. Zie ook Dekleermaker en Losseau, 2015.

Een van de beginselen van de bevoegdheidsverdeling tussen het Waalse Gewest en de gemeenschappen is: terwijl de acties van de gemeenschappen gericht zijn op een specifiek publiek, zijn die van het gewest gericht op de hele bevolking (Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, 2017, p. 6). Volgens hetzelfde beginsel is het aan de gewesten om de non-profitsector die actief is op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering, financieel, methodologisch en politiek te ondersteunen via de verschillende overheidsdiensten of instellingen van openbaar nut.

12. <https://logobrussel.be/content/over-logo-brussel>

13. Decreet van 3 december 2015 betreffende het 'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles' (Waals Agentschap voor Gezondheid, Sociale Bescherming, Handicap en Gezinnen), dat doorgaans bekendstaat als het Agentschap voor Quality Life (AViQ) en dat is gestructureerd rond drie takken: de tak Welzijn en Gezondheid, de tak Handicap en de tak Gezinnen.

[3.2.3. Brussels Hoofdstedelijk Gewest](#)

Op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest worden de bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering verdeeld tussen drie instellingen, afhankelijk van de gemeenschap waarvoor ze bedoeld zijn: de Franstalige Gemeenschapscommissie (Cocof), de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), die zich bezighoudt met de werkerreinen die voor de gehele Brusselse bevolking gelden.

Voor de Franstalige Brusselse bevolking wordt dit geregeld door het decreet van de Cocof van 1 april 2016. Voor de uitvoering van dit decreet werd een gezondheidsbevorderingsplan ("Plan de la Promotion de la Santé") goedgekeurd voor een periode van vijf jaar (Franse Gemeenschapsregering, 2018). Dit plan legt het beleid inzake gezondheidsbevordering vast dat gericht is op het welzijn van de bevolking en het verminderen van sociale ongelijkheden in gezondheid. Het omvat zowel de prioritair actiedoelstellingen (afhankelijk van de doelgroepen, actiestrategieën, determinanten waarop moet worden gereageerd enz.) als de verschillende structuren die het mogelijk maken om deze doelstellingen te realiseren (zoals de stuurgroep, de ondersteunende diensten, de sectie Gezondheidsbevordering binnen de Adviesraad die optreedt als adviesorgaan van de sector, evenals actoren in het veld en netwerken die door de Cocof worden ondersteund en gefinancierd).¹⁴

Bij de VGC is het de overheidsdienst Lokaal Gezondheids-overleg die als platform dient voor de verschillende overheidsdiensten en organisaties die zich bezighouden met gezondheidsbevordering. Hun werk is erop gericht om op het grondgebied van Brussel de zes gezondheidsdoelstellingen te bereiken die werden vastgelegd door de Vlaamse regering en waarover we hierboven spraken. Het Logo ondersteunt de Brusselse actoren in het veld met bijstand, informatie en werk-methodologie.

De GGC stippelt haar preventie- en gezondheidsbevorderingsbeleid uit in het kader van het Brussels Gezondheidsplan (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2019). De bevoegdheden van de GGC beslaan de vaccinatie van de volwassen bevolking, de organisatie van screenings op borstkanker en colorectale kanker, palliatieve zorgen, seksuele en reproductieve gezondheid, het terugdringen van roken en verslavingen. Daarnaast is de GGC verantwoordelijk voor het organiseren van vormings-, voorlichtings- en preventiecampagnes op het vlak van gezondheidsbevordering door en in de sportbeoefening. Ten

slotte vinden we in de GGC nog het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad en ook steunt de GGC het project "Brussel, Gezond Stadsgewest".

3.3. Het Gemeenschapsniveau

[3.3.1. Federatie Wallonië-Brussel](#)

Zoals we hierboven al zeiden, behoudt de Franse gemeenschap haar bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering, en dan vooral die met betrekking tot jeugd en onderwijs. Via het Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) oefent de Federatie Wallonië-Brussel haar bevoegdheden uit ten behoeve van kinderen en hun ouders (vaccinaties, screenings op doofheid bij pasgeborenen, mondgezondheid, enz.). Bij de Franse gemeenschap liggen tevens de bevoegdheden voor de gezondheidsbevordering op school, via de ondersteuning van de gezondheidsbevorderende diensten op scholen en de psycho-medisch-sociale centra (PMSC). De Federatie Wallonië-Brussel beheert ten slotte nog de sportmedische keuringen en de organisatie van acties in het veld die verband houden met preventieve geneeskunde (vaccinaties, organisatie van screenings op borstkanker en colorectale kanker, verslavingspreventie, seksuele voorlichting, enz.).

[3.3.2. Duitstalige Gemeenschap](#)

In tegenstelling tot de Franse gemeenschap heeft de Duitstalige gemeenschap haar bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering niet ten dele overgedragen aan het Waalse Gewest. Het is dus het Ministerie van de Duitstalige Gemeenschap dat zich bezighoudt met de opvolging van alle aangelegenheden die verband houden met uiteenlopende gezondheidsthema's (darm- en baarmoederkanker, vaccinaties, voeding, lichamelijke activiteit, verslaving, preventieve tandzorg, enz.). Kaleido – het centrum voor de gezonde ontwikkeling van kinderen en jongeren van de Duitstalige Gemeenschap – is een equivalent van ONE dat multidisciplinaire gezins- en schoolondersteuning biedt aan kinderen en hun ouders, met de nadruk op hun harmonieuze ontwikkeling (medische onderzoeken, vaccinaties, welzijnsadvies en de psychische, sociale, schoolse en lichamelijke ontwikkeling van kinderen, enz.).

[3.3.3. Vlaamse Gemeenschap](#)

De Vlaamse gemeenschap oefent haar bevoegdheden uit via dezelfde overheidsdienst als het Vlaamse Gewest, zoals besproken in paragraaf 3.2.1 van dit artikel.

14. Sinds maart 2020 moet het nieuwe unieke plan voor het Brussels Gewest, Brussels takes care, het terrein van de gezondheidsbevordering beslaan. Het nieuwe plan heeft ten doel het Brusselse Gezondheidsplan, het Armoedebestrijdingsplan en het Gezondheidsbevorderingsplan samen te voegen.

3.4. Versnippering en samenwerking

Uit de analyse van de institutionele organisatie blijkt dat preventie en gezondheidsbevordering buitengewoon versnipperde aangelegenheden zijn.¹⁵ Neem bijvoorbeeld de screening op borstkanker. De mammografieprocedure wordt gedekt door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, die op federaal niveau wordt beheerd. Maar het zijn de gewesten die verantwoordelijk zijn voor het organiseren van screenings- en sensibiliseringsprogramma's op hun grondgebied. De gratis mammografie wordt ook aangeboden door bepaalde gemeenschappen zoals de Federatie Wallonië-Brussel, die in dit verband dus een eigen programma heeft. Bovendien zijn mammografieën voor preventieve doeleinden ook individueel mogelijk (zogenoemde opportunistische mammografieën) indien de huisarts of de gynaecoloog ze voorschrijft, dus buiten het georganiseerde screeningsprogramma om.¹⁶

De versnippering van de bevoegdheden weerspiegelt allereerst de opdeling van de bevoegdheid gezondheid in België, resulterend in maar liefst negen ministers (Clevers, 2020). Ten tweede zijn er nog andere ministeries (op alle drie de niveaus: het federale, het gewestelijke dat van de gemeenschap) die bepaalde bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering dragen. Er is geen overkoepelend orgaan dat een globale visie zou kunnen geven op de preventie en gezondheidsbevordering op het Belgisch grondgebied.¹⁷ Integendeel, preventie en gezondheidsbevordering worden tegenwoordig vooral als persoonsgebonden aangelegenheden beschouwd omdat ze het leven van mensen van dichtbij beïnvloeden. Met uitzondering van medische verstrekkingen voor preventieve doeleinden, preventieve medisch-technische handelingen en acties

gericht op de bevolking als geheel, is er dus geen nationaal kader. Ondanks de logica van gedeelde bevoegdheden tussen de verschillende beleidsniveaus, wordt de institutionele structuur wel erg complex door het verschil in benadering tussen al die niveaus (zie Tabel 2).

We zien dus een aantal trends in de manier wat op de verschillende beleidsniveaus onder gezondheid wordt verstaan. Het zijn vooral de door het gewestelijk of gemeenschapsniveau ondersteunde terreinactoren die werken vanuit een brede opvatting van gezondheid. Hun acties beperken zich niet tot thematische benaderingen maar worden op transversale wijze ingezet, afhankelijk van de verschillende sociale, economische en omgevingsfactoren. Ze worden zo dicht mogelijk bij het betrokken publiek en met diens deelname geïmplementeerd. Aan de andere kant lijkt gezondheid op federaal niveau vaak te worden gereduceerd tot de afwezigheid van ziekte, en daardoor meer aandacht voor medische preventie (we komen hier in het volgende deel nader op terug). Ook de bevolkingsonderzoeken en vaccinatieprogramma's die rechtstreeks door de overheidsdiensten van gewesten en gemeenschappen worden beheerd, vertrekken voornamelijk vanuit een ziektepreventief perspectief/aanpak gericht op ziektepreventie.

Dit betekent dat we onszelf een aantal vragen moeten stellen: in hoeverre is de moeilijkheid om een globale, gedeelde visie te vinden van invloed op een nationaal beleid voor preventie en gezondheidsbevordering? En hoe moeten we ons een effectieve samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus voorstellen wanneer zo'n samenwerking noodzakelijk of zelfs urgent wordt, bijvoorbeeld in een crisis zoals die we momenteel doormaken?

Tabel 2: De aard van preventieve en gezondheidsbevorderende acties, per bevoegdheidsniveau

Beleidsniveau	Federale staat	Gefedereerde entiteit
Huidige aanpak	Aanpak per gezondheidsthema (overdraagbare ziekten, kankers enz.)	Aanpak per gezondheidsthema en per transversaal thema (gezondheidsgeletterdheid, gezondheid van migranten, vroege kinderjaren enz.)
Middelen	<ul style="list-style-type: none"> - Vergoedingen door de verplichte verzekering - Nationale maatregelen inzake profylaxis 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisatie van de preventieprogramma's (bevolkingsonderzoeken, enz.) - Ondersteuning van de actoren in het veld

15. We merken op dat de gefedereerde entiteiten ook vóór de 6e staatshervorming al bepaalde bevoegdheden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering hadden die tot andere werkterreinen behoorden. De versnippering van de bevoegdheden is dus niet alleen te wijten aan de 6^e staatshervorming. Zie voor de institutionele geschiedenis van de gezondheidsbevordering Bantuelle (2013).
16. De versnippering van de bevoegdheden heeft zowel een negatief effect op de preventie als op de gezondheidsbevordering. Zie bijvoorbeeld de beschrijving over de impact hiervan op de vroege kinderjaren in Gillard, 2020.
17. Om toe te zien op het overleg en de samenwerking tussen de federale staat en de gefedereerde entiteiten, zijn er overeenkomsten gesloten en uitgevoerd tijdens regelmatige gespecialiseerde comités genaamd 'interministeriële conferenties'. Zo waren preventie en gezondheidsbevordering bijvoorbeeld het onderwerp van het 'Protocolakkoord tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie' (2016).

4. Financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België

4.1. Hoeveel besteden we aan preventie en gezondheidsbevordering in België?

De versnippering van de bevoegdheden heeft niet alleen directe gevolgen voor het beleid, maar ook voor de financiering van de preventie en gezondheidsbevordering. Gezien de betrokkenheid van de verschillende beleidsniveaus, zijn de financieringsvormen meervoudig en variabel, en dan vooral tussen de gefedereerde entiteiten. Dat vormt trouwens een reëel probleem als we de omvang van de uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering in België willen berekenen.

Volgens ramingen van de FOD Sociale Zekerheid bedraagt het aandeel van de uitgaven voor preventie in de totale gezondheidsuitgaven in België voor 2018 1,7% (zie Figuur 2).¹⁸ Dit laatste percentage staat in schril contrast tot de uitgavenpercentages voor andere functies, of het nu gaat om curatieve en revalidatiezorg in ziekenhuizen (29,5%), de zorg voor patiënten die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen (inclusief huisbezoeken van artsen) (26,2%), langdurige zorg (22,6%) of zelfs geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (16,5%) buiten de ziekenhuizen.

Als we deze uitgaven afzetten tegen het BBP van België, maken de uitgaven voor preventie 0,17% van het BBP uit (de totale gezondheidsuitgaven maken 10,3% van het BBP uit).

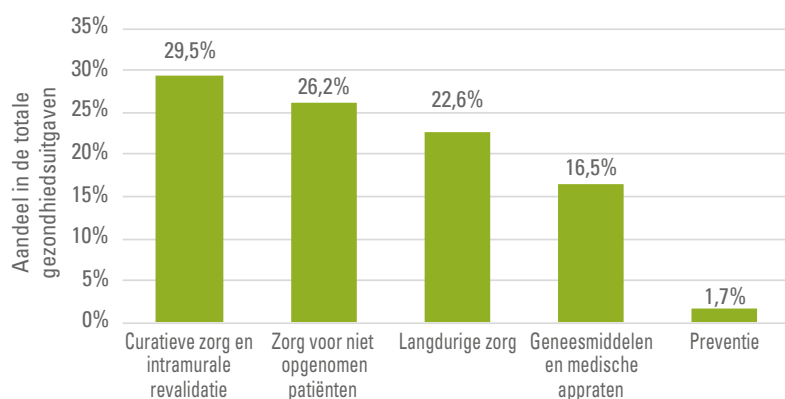
De berekening door de FOD Sociale Zekerheid volgt de methodologie van het *System of Health Accounts* (SHA – ook wel ‘Gezondheidsrekeningen’ genoemd), “een methodologisch kader waarbinnen landen internationaal vergelijkbare ramingen

opmaken, en dat gebruikt wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en het Europees bureau voor statistiek (Eurostat).¹⁹ Het voordeel van dit rekenmodel is dat het mogelijk is om de situatie van de gezondheidsuitgaven in België te vergelijken met die van andere landen die dezelfde berekeningsmethodologie volgen. Door de rapporten van de OESO te raadplegen, kunnen we met name zien dat de uitgaven voor preventie in België onder het Europese gemiddelde liggen – 3,1% (OESO, 2019, p.10). Om precies te zijn: de Belgische uitgaven voor preventie zijn lager dan die in Duitsland (3%) en Nederland (3%), maar zijn vergelijkbaar met die van Frankrijk (2%) en Luxemburg (2%).

4.2. Berekeningsmethodologie SHA

Het is belangrijk om rekening te houden met de manier waarop de berekening volgens de SHA-methodologie wordt uitgevoerd, en wat dus al dan niet onder de noemer ‘preventie’ valt. De SHA-berekening houdt bijvoorbeeld rekening met het ganse pakket aan financieringen voor preventie en gezondheidsbevordering op de verschillende bevoegdheidsniveaus die we in deel 3 hebben genoemd. Het resultaat van deze berekening weerspiegelt daarom vooral de financiële steun aan de gezondheidsbevorderingssector, die onder de gefedereerde entiteiten valt, en de kosten van de verschillende preventieprogramma’s. Bepaalde elementen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vinden we echter niet terug onder de noemer ‘preventie’ volgens de SHA-berekening. Zoals we al zeiden, dekt de verplichte verzekering verschillende zaken die verband houden met preventie. Alleen preventieve consulten bij huisartsen en bepaalde specialisten (zoals bijvoorbeeld tandartsen of vroedvrouwen) tellen mee voor de SHA-berekening van 2018. Dit betekent dat diverse prestaties klinische biologie of

Figuur 2: Uitgaven voor gezondheidszorg in België, naar functie (bron: FOD Sociale Zekerheid)



NB: De bovenstaande percentages houden geen rekening met administratiekosten.

18. De gegevens van de FOD Sociale Zekerheid zijn beschikbaar op <https://socialsecurity.belgium.be/nl/nieuws/uitgaven-voor-gezondheidszorg-14-05-2020>; voor het jaar 2019 bedraagt dit cijfer 2%, maar dat is niet het gevolg van meer investeringen maar van een nauwkeurigere berekening.

19. <https://socialsecurity.belgium.be/nl/nieuws/uitgaven-voor-gezondheidszorg-14-05-2020>. Zie OESO, 2017.

medische beeldvorming, en ook geneesmiddelen die door de verplichte verzekering worden vergoed en dus kunnen worden beschouwd als belangrijk vanuit het oogpunt van preventie, in andere rubrieken worden ondergebracht.

Niet alleen de SHA-methodologie houdt beperkingen in om preventie voldoende breed in kaart te brengen, maar ook een nauwkeurige berekening van uitgaven voor preventie in het kader van de verplichte ziekteverzekering is moeilijk. Deze bevat immers geen specifieke rubriek waar alle preventieve aspecten van de verschillende soorten vergoedingen zijn samengebracht. Met andere woorden, om een dergelijke raming te kunnen maken, zou een lijst moeten worden opgesteld van prestaties klinische biologie en medische beeldvorming en van alle geneesmiddelen die met preventie te maken hebben. Dat blijkt echter des te moeilijker omdat bepaalde geneesmiddelen bijvoorbeeld zowel preventief kunnen worden voorgeschreven aan patiënten die geen symptomen vertonen, om herhaling of complicaties van een ziekte te voorkomen, als voor curatieve doeleinden kunnen worden ingezet. Dat geldt onder andere voor bloedverdunners, die kunnen worden voorgeschreven voor een louter preventief doel maar ook bijvoorbeeld voor patiënten met trombose of patiënten met een aandoening die een behandeling met bloedverdunners vereist. Hetzelfde geldt voor bepaalde typen laboratoriumonderzoeken.

4.3. De plaats van preventie en gezondheidsbevordering in de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

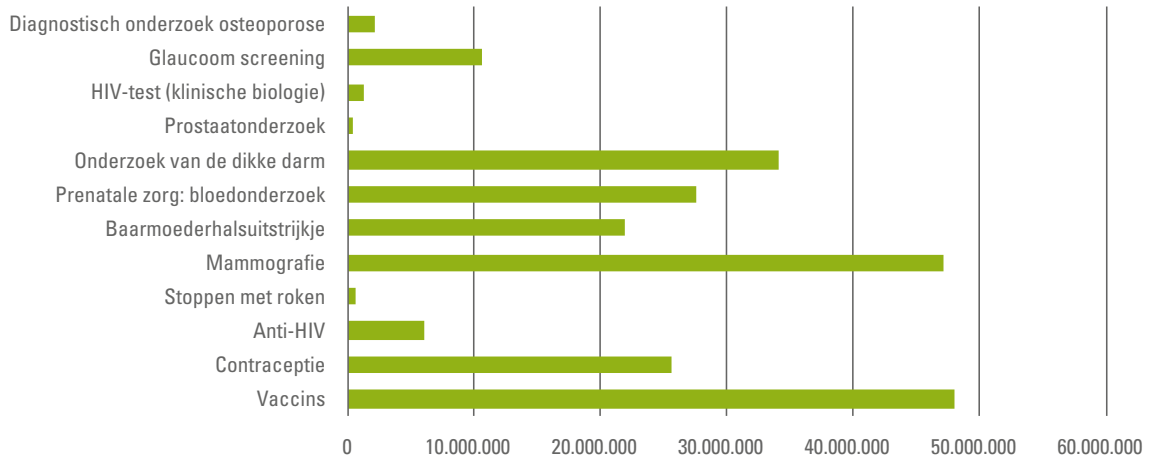
Desalniettemin lijkt het ons interessant om te proberen een schatting te maken van die elementen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering die als preventief kunnen worden

beschouwd maar die niet zijn meegenomen in de SHA-berekening. We willen van meet af aan benadrukken dat het doel van deze berekening niet is om de positie van België ten opzichte van het Europese gemiddelde opnieuw onder de loep te nemen. Aangezien alle Europese landen dezelfde berekeningsmethodologie (SHA) volgen, blijven de cijfers van de FOD Sociale Zekerheid, zoals vermeld in de OESO-rapporten, de referentie op dit vlak. Het doel van onderstaande studie is enkel om zoveel mogelijk elementen te verzamelen en een gedetailleerder beeld te verkrijgen van het uitgavniveau voor preventie en gezondheidsbevordering in België.

Onder de elementen die niet zijn opgenomen in de SHA-berekening vallen onder andere een aantal geneesmiddelen (sommige vaccins²⁰, verschillende soorten anticonceptie, anti-hiv-behandelingen ter preventie van aids en tabaksontwenning), prestaties klinische biologie (onderzoeken van de dikke darm en de prostaat, uitstrijkjes van de baarmoederhals, bloedonderzoeken in het kader van de prenatale zorg)²¹, hiv- en glaucoomopsporingen, diagnostische onderzoeken naar osteoporose) en medische beeldvormingsprocedures (mammografieën in het kader van het bevolkingsonderzoek en 'opportunistische' mammo-grafieën).

De studiedienst heeft op basis van de facturatiegegevens van CM-leden van 2018 de vergoedingen voor de bovengenoemde items geraamd middels extrapolatie naar het nationale niveau (naar verhouding van het marktaandeel van CM). Het totaal van deze vergoedingen uit de verplichte verzekering bedraagt 179.687.239 euro. Dezelfde methode is gebruikt voor de eigen bijdragen van de patiënten, die in sommige gevallen ook worden vermeld. De resultaten van deze berekeningen worden weergegeven in Figuur 3.

Figuur 3: Overige preventiekosten die vergoed worden door de verplichte verzekering, in euro (extrapolatie op basis van het CM-marktaandeel)



20. Griepvaccins, vaccins tegen rotavirusinfectie, HPV-vaccins, enz.

21. We hebben hier rekening gehouden met de screenings op het downsyndroom, CMV-screenings, screenings op toxoplasma gondii en doseringen alfafetoproteïne, foliumzuur, vitamine B12, ijzer en glucose.

Het totale bedrag aan preventieve uitgaven in het kader van de verplichte verzekering bedraagt 225.300.000 euro (vergoedingen + eigen bijdragen). Dat is ongeveer 0,48% van de totale uitgaven aan gezondheidszorg over het jaar 2018. Zelfs als we dit percentage optellen bij de 1,7% die was berekend volgens de SHA-methode, maken de preventieve uitgaven in 2018 nauwelijks meer dan 2% uit.

Uit ons onderzoek blijkt dat de bedragen die voor preventie worden uitgetrokken, erg laag zijn in vergelijking met de andere functies. Ook stellen we vast dat er op bepaalde gezondheidsdomeinen, zoals geestelijke gezondheid, bijna geen preventieve uitgaven worden gemaakt. En ten slotte valt het op dat er in de nomenclatuur van de verplichte verzekering geen rubriek is voor preventieve zorgen. Het gevolg is dat er, behalve voor mammografieën, geen codes zijn om alle verstrekkingen op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering gemakkelijk mee te identificeren. Deze observatie suggereert dat preventie en gezondheidsbevordering bij het budgetteren of bespreken van de gezondheidsuitgaven geen individuele post vormden en niet (hoog) op de agenda worden geplaatst. We kunnen daarom concluderen dat preventie vandaag een ondergeschikte plaats inneemt in het begrotingsbeleid voor gezondheid, en dit zowel op federaal niveau als op het niveau van de gefedereerde entiteiten. In feite kan nog geen 2% van alle uitgaven voor gezondheidszorg worden aangemerkt als uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering. Bovendien gaat minder dan de helft van dit bedrag naar de actoren in het veld die actief zijn onder het publiek (alle gefedereerde entiteiten tezamen). Zoals we hebben gezien, zijn het juist de actoren in het veld die het kloppende hart zijn van gezondheidsbevordering, waarbij ze een brede visie op gezondheid hanteren en in direct contact staan met het publiek.

4.4. Worden preventie en gezondheidsbevordering ondergefinancierd? Analyse van de performantie van het preventieve systeem

Hoe kunnen we de omvang van de uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering evalueren? Om deze vraag te beantwoorden, kunnen we bijvoorbeeld de performantie van het systeem voor preventie en gezondheidsbevordering evalueren, dat wil zeggen onderzoeken in hoeverre het bestaande systeem zijn doelstellingen kan verwezenlijken.

Als we voor deze aanpak kiezen, stuiten we echter op een reëel probleem, want het valt bepaald niet mee om de acties op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering te evalueren. De impact van deze acties op de volksgezondheid manifesteert zich vaak pas na langere tijd, de gevolgen zijn eerder kwalitatief dan kwantitatief en er kan niet altijd een

duidelijk causaal verband worden gelegd. Met andere woorden, preventieve en gezondheidsbevorderende acties die gericht zijn op gezondheid in de brede zin van het woord, pakken tegelijkertijd meerdere factoren aan, waardoor het moeilijk wordt om causale verbanden tussen de fenomenen vast te stellen. Maar dat belet de verschillende actoren niet om van evaluatie een vast onderdeel te maken van hun benadering van gemeenschapsgezondheid.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) evalueert de performantie van het Belgische gezondheidsstelsel al jaren. Wat de preventie betreft hebben de evaluaties van het KCE sinds vorig jaar enkel betrekking op medische preventie en niet langer op gezondheidsbevordering. Trouwens, ook in eerdere rapporten wezen de auteurs al op problemen met het evalueren van gezondheidsbevorderende acties: onbeschikbaarheid van gegevens, onbruikbaarheid van bepaalde criteria, resultaten die zowel beïnvloed worden door gezondheidsbevordering als door andere distale factoren (Vrijens et al., 2012, p. 31; Vrijens et al., 2015, p. 52). Uiteindelijk was het echter het 'zeer partiële' karakter van de beschikbare gegevens dat de KCE-onderzoekers ertoe heeft aangezet om het thema niet langer in het rapport op te nemen, omdat het "de grenzen van het gezondheidssysteem ver overstijgt" (Devos et al., 2019, p. 10).

We merken op dat de resultaten van de evaluatie van de effecten van gezondheidsbevorderende acties in 2015 vrij slecht waren: niet alleen luidt de conclusie: "geen enkele van de geselecteerde indicatoren voor gezondheidspromotie en levensstijl vertonen gunstige resultaten" (Vrijens et al., 2015, p. 53), maar daarnaast "blijft het aantal volwassenen met obesitas ongewijzigd, is er nog altijd een hoge prevalentie van dagelijkse rokers, wordt er te weinig aan lichaamsbeweging gedaan, is er risicovol alcoholgebruik (binge drinking) bij jonge mannen en is er bij de bevolking onvoldoende 'health literacy' (gezondheidsgeletterdheid)." (Vrijens et al., 2015, p. 5).

Laten we nu kijken naar de evaluatie van de performantie van het preventiesysteem in het rapport van 2019. De evaluatiemethode die door het KCE wordt gebruikt, is enerzijds gebaseerd op kwantificeerbare indicatoren die verband houden met preventie en anderzijds op de evaluatie van de vermijdbare mortaliteit dankzij het gezondheidsbeleid.

In het laatste rapport werden drie soorten indicatoren gebruikt: indicatoren met betrekking tot vaccinatie, indicatoren met betrekking tot kankerscreening en een indicator met betrekking tot mondgezondheid.²² De conclusies van de analyses op basis van deze criteria zijn niet altijd positief: hoewel de vaccinatiegraad bij kinderen bijvoorbeeld goed is, is het percentage 65-plussers dat tegen griep is gevaccineerd in 2016 onbevredigend. Het is immers veel lager

22. Een samenvatting van de indicatoren vindt u hier: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/preventieve-zorg#P-1>

dan het WHO-streefdoel (54,7% vs. 75%) (Devos et al., 2019, p. 65). Ook kunnen er significante verschillen worden waargenomen tussen de gewesten, zoals voor griepvaccinatie²³. Door rekening te houden met sociaal-economische indicatoren (opleidingsniveau, inkomen, of men al dan niet in aanmerking komt voor een verhoogde tegemoetkoming), stellen de onderzoekers bovendien vast dat sociaaleconomische ongelijkheden het gebruik van gezondheidszorg sterk beïnvloeden. Met name de meest kansarme bevolkingscategorieën hebben een aanzienlijk lagere participatiegraad voor regelmatige bezoeken aan de tandarts (Devos et al., 2019, p. 57).

Het sterftecijfer dat kan worden voorkomen door het gezondheidsbeleid ligt volgens het KCE-rapport in België hoger dan in veel andere Europese landen. Volgens het KCE “wordt een overlijden beschouwd als vermijdbaar door het zorgbeleid (‘preventable’) als, op basis van de dan gekende gezondheidsdeterminanten, het voorkomen had kunnen worden door een beleid dat is gericht op bredere determinanten van volksgezondheid, zoals leefstijl, sociaaleconomische status en omgevingsfactoren (bijvoorbeeld sterfgevallen door een verkeersongeval, longkanker, aan alcohol gerelateerde ziekten)” (Devos et al., 2019, p. 16). Dit fenomeen moet worden onderscheiden van mortaliteit die kan voorkomen worden door het zorgsysteem en dus verband houdt met de kwaliteit van de gezondheidszorg (bv. overlijden door een blindedarmontsteking, longontsteking, maagzweer). In België treft de mortaliteit die kan worden voorkomen door het gezondheidsbeleid zowel mannen als vrouwen, maar met verschillen tussen de gewesten. “In vergelijking met Vlaanderen, ligt deze 40% hoger in Wallonië en 20% hoger in Brussel; ze ligt iets lager voor mannen.” (Devos et al., 2019, p. 16).

Tot slot zouden we, als we ervan uitgaan dat de performantie van het systeem afhankelijk is van de toereikendheid of ontoereikendheid van zijn financiering, op basis van de analyses van het KCE kunnen zeggen dat het systeem van preventie en gezondheidsbevordering in België onvoldoende financiële steun krijgt. De resultaten van de KCE-evaluaties laten ook toe om vragen te stellen over de effectiviteit van de manier waarop het domein van preventie en gezondheidsbevordering institutioneel gestructureerd is. Wat dat betreft lijkt het nuttig om ons af te vragen in hoeverre de waargenomen verschillen tussen de gewesten ten aanzien van meerdere indicatoren het resultaat zijn van de manier waarop in een versnipperd institutioneel kader met preventie en gezondheidsbevordering wordt omgegaan.

4.5. Begrotingsbeleid is niet alles: het principe van ‘gezondheid in alle beleidsmaatregelen’

Het zou kortzichtig zijn om de steun voor preventie en gezondheidsbevordering uitsluitend vanuit financieel oogpunt te bekijken, want op dit gebied kan elke vorm van politieke steun van invloed zijn.²⁴ Neem bijvoorbeeld multifactoriële problemen zoals overmatig alcoholgebruik en obesitas: twee grote volksgezondheidsproblemen in België. We weten nu dat het niet volstaat om ons alleen op individuele factoren te richten (het gedrag van mensen, hun levensstijl, lichamelijke activiteit, enz.) en dat we daarentegen ook rekening moeten houden met sociaaleconomische en omgevingsfactoren (toegankelijkheid tot kwaliteitsproducten, mogelijkheid om in de buurt te sporten, de prijs van alcohol, enz.). Om iets aan deze laatste factoren te kunnen doen, moeten we echter zowel financiële steun voor de actoren in het veld aandragen als een politieke wil creëren waarbij men zich bewust is van de complexiteit en verschillende niveaus van het probleem.

Eén manier om het probleem aan te pakken, is door het beleid zo uit te stippelen dat gezondheid op alle niveaus, en op alle beleidsterreinen, tot de besluitvormingscriteria behoort. Vanuit financieel oogpunt betekent dit dat we niet alleen investeren in datgene wat we vandaag in onze cijfers identificeren als gerelateerd aan preventie, maar ook in acties die alle gezondheidsdeterminanten in aanmerking nemen. Op politiek niveau spreken we dus van ‘gezondheid in alle beleidsmaatregelen’ (*Health in All Policies*) – “*Health in All Policies* is een sectoroverschrijdende aanpak van het overheidsbeleid waarbij systematisch rekening wordt gehouden met de gevolgen voor de gezondheid van beslissingen, waarbij wordt gezocht naar synergieën en nadelige gevolgen voor de gezondheid vermeden worden om de volksgezondheid en de gezondheidsgelijkheid te verbeteren” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2013 - eigen vertaling) (zie Kader 2).

Een dergelijke strategie houdt echter het risico in dat de zorgverleners in een complexe situatie terechtkomen waarin ze enerzijds als experts het beleid mee ondersteunen maar anderzijds ook zelf aan het beleid deelnemen, met het oog op de transversaliteit van de gezondheidsthema’s (Vandoorne, 2014). Het gevaar bestaat dan dat de vragen over gezondheidsdeterminanten wegsijpelen naar de agenda’s van domeinen die tot dan toe niet betrokken waren (huisvesting, werkgelegenheid, klimaat, enz.). Om versnippering tegen te gaan, moeten de plaatsen met expertise op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering (verenigingen, burgers, academici, enz.) juist worden versterkt. Alleen zo kunnen die

23. “De dekking bij personen buiten de woonzorgcentra is hoger in Vlaanderen dan in de twee andere gewesten” (Devos et al., 2019, p. 67).

24. Zoals Crainich en Daue (2010) terecht opmerken: “Preventie houdt ook in dat nieuwe beleidsmaatregelen worden vastgesteld die niet alleen budgettair van aard zijn. Voorbeelden hiervan zijn sportbeleid, wetgeving inzake tabak of acties van mutualiteiten om betere voeding of een gezondere leefstijl te bevorderen.”

Kader 2: "Waarom hebben regeringen/samenlevingen *Health in All Policies* nodig?"

"*Health in All Policies (HiAP)* is gebaseerd op de erkenning dat onze grootste uitdagingen op vlak van gezondheid - bijvoorbeeld niet-overdraagbare aandoeningen, onrechtvaardigheden en ongelijkheden inzake gezondheid, klimaatverandering en de stijgende gezondheidszorgkosten - zeer complex zijn en vaak samenhangen via de sociale determinanten van gezondheid. De sociale determinanten van gezondheid zijn de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden, en het bredere geheel van krachten en systemen die deze omstandigheden beïnvloeden: bijvoorbeeld economisch en ontwikkelingsbeleid, sociale normen, sociaal beleid en politieke stelsels.

In deze context vereist het bevorderen van gezonde gemeenschappen, en in het bijzonder van gelijkheid in gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen, dat we ons richten op de sociale determinanten van gezondheid, zoals openbaar vervoer, toegang tot onderwijs, toegang tot gezonde voeding, economische kansen, enzovoort. Hoewel veel overheidsbeleid dit beoogt, kunnen er belangenconflicten ontstaan. Ook worden onbedoelde effecten van beleid niet gemeten en aangepakt. Dit vraagt om innovatieve oplossingen en structuren die kanalen bouwen voor dialoog en besluitvorming die over de traditionele beleidssilo's van de overheid heen werken." (Wereldgezondheidsorganisatie, 2014 - eigen vertaling)

plaatsen met expertise de methodologische ondersteuning bieden die zo cruciaal is voor de implementatie van een brede visie op gezondheid.

4.6. Voorbij het principe van kosteneffectiviteit

Een ander probleem, als we de kwesties van preventie en gezondheidsbevordering enkel vanuit een financieel oogpunt beoordelen, is dat we dan op gezondheid een logica van kosteneffectiviteit toepassen. Het idee om in preventie en gezondheidsbevordering te investeren om uiteindelijk minder te hoeven uitgeven aan behandelingen, opnames in een ziekenhuis, geneesmiddelen, enz., stuit op het feit dat deze investeringen bijzonder moeilijk aan het beoogde winstvoordeel te koppelen zijn. Dat komt door het specifieke karakter van gezondheidsbevorderende acties: de noodzaak om rekening te houden met allerlei factoren die allemaal een rol spelen in het tot stand brengen van gezondheid. Omdat gezondheid door meerdere factoren wordt bepaald, is het moeilijk om de specifieke effectiviteit van elk van deze

factoren afzonderlijk en samen te berekenen. Dat maakt het erg lastig om de omvang te voorspellen van de investering die bij elke factor nodig is om een gewenst winstvoordeel te behalen.

Preventie enkel en alleen beschouwen als potentiële investering, houdt bovendien het risico in dat men gezondheid enkel als 'kapitaal' ziet. Het gevaar bestaat erin dat men aan elke persoon zelf de ultieme verantwoordelijkheid toeschrijft voor het accumuleren (of in stand houden) van dit kapitaal (Bellahsen, 2014), alsof elke persoon een soort zelfstandige onderneming is met een gezondheidskapitaal dat geoptimaliseerd moet worden om te groeien. Met andere woorden, in strijd met de principes van een gezondheidsbevorderende benadering vergeten we dat ons individuele gedrag slechts een van meerdere gezondheidselementen is en verwaarlozen we de impact van sociaaleconomische en omgevingsdeterminanten op de individuele persoon. Hoe kunnen we de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor iemands gezondheid bij de persoon zelf leggen als we bedenken dat die gezondheid niet alleen afhangt van zijn individuele gedrag?

Personen beschouwen als beheerders van een gezondheidskapitaal betekent dat men gezondheid als een soort zelfregulerende markt ziet waar sociale relaties en personen slechts variabelen zijn. Volgens deze opvatting zouden die personen geheel rationeel en onafhankelijk van anderen zijn. In werkelijkheid is dit uitgangspunt van een 'onafhankelijke ik' echter voor de meeste mensen niet haalbaar (Hache, 2007, p. 18). De meeste mensen hebben immers anderen nodig om voor hen te zorgen. Denk maar aan zorgbehoevenden, mindervaliden, bejaarden, chronisch zieken, mensen met een psychische aandoening, kinderen, enz. Toegeven aan de logica van een gezondheidskapitaal laat al die mensen met hun unieke (gezondheids)situatie, die verre van uitzondering, maar eerder de norm is in gezondheid, in de kou staan.

5. Conclusie

Het belang van preventieve en gezondheidsbevorderende acties staat niet langer wetenschappelijk ter discussie. Talrijke onderzoeken hebben al hun positieve en blijvende invloed op de menselijke gezondheid aangetoond. In het licht van de uitdagingen waarmee België vandaag de dag wordt geconfronteerd, zoals de vergrijzing van de bevolking, de groeiende sociale ongelijkheden in gezondheid, de klimaatcrisis, het groeiend aantal mensen dat arbeidsongeschikt is, enz., moeten preventie en gezondheidsbevordering, mits ze een brede visie op de gezondheid van mensen bieden en gezondheidsproblemen op transversale wijze aanpakken, een essentieel en centraal deel van ons handelen uitmaken.

Toch nemen preventie en gezondheidsbevordering in het Belgische beleid nog altijd een ondergeschikte positie in. Op financieel vlak kan volgens de FOD Sociale Zekerheid minder dan 2% van de uitgaven voor gezondheidszorg gekwalificeerd worden als uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering. Als we bedenken dat nog niet eens de helft van dit bedrag naar de sector van de gezondheidsbevordering gaat die actief is in het veld, bij de meest betrokken doelgroepen, dan lijkt het wel duidelijk dat deze sector niet over genoeg middelen beschikt om een grootschalige impact te hebben.

Daarnaast blijkt uit onze analyse naar de plaats van preventie en gezondheidsbevordering binnen de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat deze aspecten bar weinig aandacht krijgen in de sociale zekerheid. Deze richt zich immers bijna uitsluitend op curatieve domeinen. Daaruit blijkt meteen ook het gebrek aan een gedeelde visie op gezondheid tussen de verschillende beleidsniveaus: diegenen die zich in het veld met preventie en gezondheidsbevordering bezighouden (op gewestelijk en gemeenschapsniveau), hangen een brede visie op de gezondheid aan, maar de overheidsdiensten en de federale overheid beperken zich eerder tot de medische aspecten.

Samen met het versnipperde institutionele systeem is dit alles niet zonder gevolgen voor de ontwikkeling van een samenhangend volksgezondheidsbeleid in het hele land. Met 'samenhangend' doelen we hier niet op de uniformiteit van de geïmplementeerde acties. Deze moeten immers juist kunnen inspelen op de uiteenlopende behoeften van de verschillende bevolkingsgroepen en levenssituaties. We bedoelen een gemeenschappelijke actiestrategie gericht op welzijn en het terugdringen van ongelijkheden.

Het sturende principe van een dergelijke samenhang mag echter niet uitsluitend de kosteneffectiviteit zijn die het politieke discours tegenwoordig lijkt te domineren. In plaats daarvan hoort een coherent volksgezondheidsbeleid gebaseerd te worden op een brede definitie van gezondheid, die gezondheid niet reduceert tot de afwezigheid van ziekte, en op indicatoren die aansluiten bij een rechtvaardig systeem voor gezondheid (Helliwell et al., 2020) en welzijn.

Bibliografie

- Agentschap Zorg & Gezondheid (2016) *Strategisch plan – de Vlaming leeft gezonder in 2025 (versie voor de gezondheidsconferentie)*. Beschikbaar op https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Strategisch_Plan_GezLev_vGCCorr.pdf
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E.M., en Di Zinno, T. (2019) *Ongelijkheid in gezondheid*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap. Beschikbaar op https://aim-ima.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf
- Bantuelle, M. (2013) La promotion de la santé restera-t-elle une utopie dans un système politique morcelé? Le cas de la communauté française en Belgique, *Santé publique*, HS 2,149-160.
- Bellahsen, M. (2014) *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*. Parijs: La fabrique.
- Bury, J. (1988) *Éducation pour la santé-Concepts. Enjeux, planification*. Brussel: De Boeck-Universiteit.
- Clevers, A. (2020) Voici les neufs ministres de la santé en Belgique, *La Libre Belgique*, 04 maart 2020.
- Cornwall, A. (2008) Unpacking "Participation": models, meanings and practices, *Community Development Journal*, 43(3), 269-283.
- Crainich, D. en Daue, F. (2010) La prévention des maladies est sous-développée en Belgique, *Éducation Santé*, 253.
- de Decker, N. (2020) "Quand Maggie De Block faisait détruire six millions de masques contre le coronavirus... sans les remplacer", *Le Vif*. Beschikbaar op <https://www.levif.be/actualite/belgique/quand-maggie-de-block-faisait-detruire-six-millions-de-masques-contre-le-coronavirus-sans-les-replacer/article-normal-1268215.html>
- Dekleermaker, M., en Losseau, L. (2015) Overdrachten van inter-Franstalige bevoegdheden op sociaal vlak als gevolg van de zesde staatshervorming, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 10(2), 445-463.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., en Meeus, P. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019*. KCE Reports 313A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Durant, J.-P. (2020) Le Covid-19, révélateur de la tragédie du flux tendu, *La Libération*, 2 april 2020.
- Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la Santé (2020) *Pour une autre gestion de la crise du Covid-19 et de l'après-confinement : anticiper pour construire autrement*. Beschikbaar op <http://fbpsante.brussels/carte-blanche-2020/>

- Franse Gemeenschap (2014) *Bijzonder decreet betreffende de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap waarvan de uitoefening naar het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie wordt overgedragen*. Beschikbaar op http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2014040353&table_name=wet
- Fortin, J.-P., Groleau, G., Lemieux, V., O'Neill, M., en Lamarche, P. (1994) *L'action intersectorielle en santé*. Quebec: Université de Laval.
- Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie (2019) *Brussels Gezondheidsplan - Opgroeien en leven in goede gezondheid in Brussel*. Beschikbaar op <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/brussels-gezondheidsplan-opgroeien-en-leven-goede-gezondheid-brussel>
- Gillard, P. (2020) A quand une politique intégrée?, *Santé conjugée*, 93, 8-10.
- Gilson, L. (ed.) (2013) *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé : manuel de méthodologie : version abrégée*. Wereldgezondheidsorganisatie. Beschikbaar op https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_readerabridgedfrench.pdf?ua=1
- Franse Gemeenschapsregering (2018) *Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022*. Beschikbaar op <https://ccf.brussels/download/plan-de-promotion-de-la-sante/?wpdmdl=486&refresh=5fedb1f5f23f71609413109>
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2016) *Protocolakkoord tussen de Federale Overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie*. Beschikbaar op https://www.etaamb.be/nl/protocol-van-21-maart-2016_n2016024206.html
- Grimaldi, A. (2010) Les différents habits de l'« expert », *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 91-100. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0091>
- Hache, É. (2007) La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ?, *Raisons politiques*, 28(4), 49-65. <https://doi.org/10.3917/rai.028.0049>
- Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J.D., en De Neve, J.-D. (ed.) (2020) *World happiness report 2020*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Jamouille, M. (1986) Information et informatisation en médecine générale. *Les informaticiens. Les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs Actes des III Journées de Réflexion sur l'Informatique*. Beschikbaar op <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/170822/1/Jamouille%20-%201986%20-%20Information%20et%20informatisation%20en%20m%20c%20a%20decine%20g%20c%20a%20n%20c%20a%20rale%20Computer%20and%20computerisation%20in%20general%20practice%282%29.pdf>
- Jamouille, M. en La Valle, R. (2019). 'Le concept de prévention quaternaire et la responsabilité sociétale des facultés de médecine'. Boelen, C., Cauli, M., Ladner, J. (eds.) *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Rouen Le Havre: Presses Universitaires Rouen Le Havre.
- Leavell, H. R., en Clark, E. G. (1958) *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. Londen: McGraw-Hill.
- Leroy, R., Christiaens, W., Maertens de Noordhout, C., en Hanquet G. (2019) *Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België*. KCE Reports 311A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg — (KCE).
- *Loi spéciale de réformes institutionnelles modifiée par la loi spéciale du 6 janvier 2014* (1980-2014). Beschikbaar op <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6581/1.html>
- Löwy, I. (2005) Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale: Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis, *Travail, genre et sociétés*, 14(2), 89-108.
- Missinne, S., Avalosse, H., en Luyten S. (2019) *Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid*. Brussel: Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie.
- OESO, Eurostat en Wereldgezondheidsorganisatie (2017) *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Parijs: OECD Publishing.
- OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) *België: Landenprofiel Gezondheid 2019, State of Health in the EU*. Brussel: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies.
- *Regeerakkoord: Voor een welvarend, solidair en duurzaam België* (2020) Beschikbaar op https://www.belgium.be/sites/default/files/Regeerakkoord_2020.pdf
- Scheen, B. (2018) *Promotion de la santé et démarches participatives: Décryptage et points d'attention*. Sint-Lambrechts-Woluwe: RESO.
- *Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen* (2016) Beschikbaar op https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/toekomstpact_verzekeringsinstellingen.pdf
- Van Haecht, K., Callens, M., Ntahonganyira, R.-M., en Morel, M. (2019) Duurdere antibiotica: geen effect op overconsumptie, *CM-Informatie*, 277, 31-36.
- Van Nieuwenhove, J. (2015) De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan mensen met een handicap, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 265-305.
- Vandeleene, G., en Lambert, L. (2019) Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld, *CM-Informatie*, 276, 4-17.
- Vandoorne, C. (2014) Et si la promotion de la santé était un art de paradoxe!, *Éducation Santé*, 300.
- Vlaamse gemeenschap (2003) *Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid*. Beschikbaar op http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&n=2004035090&la=N
- *Voorstel van bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming*. (2013) Parlementair document nr. 5-2232/1, Belgische Senaat. Beschikbaar op <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=2232&VOLGNR=5&LANG=nl>

- Vrijens, F., Renard, F., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Desomer, A., Van de Voorde, C., Walckiers, D., Dubois, C., Camberlin, C., Vlayen, J., Van Oyen, H., Léonard, C., en Meeus, P. (2012) *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem Rapport 2012*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 196A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Vrijens, F., Renard, F., Camberlin, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Walckiers, D., Léonard, C., en Meeus, P. (2015) *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 259A. D/2015/10.273/01. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Waalse regering. (2017) *Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1: Définition des priorités en santé, Horizon 2030*.
- Waals Parlement (2015) *Décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles*. Beschikbaar op <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6151/1.html?doc=29852&rev=31395-16146>
- Wereldgezondheidsorganisatie (1986) *Health Promotion. Ottawa Charter*. Beschikbaar op https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- Wereldgezondheidsorganisatie (2013) *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Beschikbaar op https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1
- Wereldgezondheidsorganisatie (2014) *What you need to know about Health in All Policies*. Beschikbaar op https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-en.pdf?ua=1