



**World Health
Organization**

A low-angle photograph of the Atomium structure in Brussels, Belgium. The structure consists of nine large, spherical stainless steel nodes connected by a network of white, tubular beams. The spheres are highly reflective, mirroring the sky and surrounding environment. The background is a clear, bright blue sky.

Country Cooperation Strategy

**WGO - BELGIË
2016-2022**

Country Cooperation Strategy

WGO - BELGIË

2016-2022

Het is de eerste keer dat België en de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) een Country Cooperation Strategy (CCS) afsluiten. De CCS is een strategisch kader voor samenwerking tussen beide partners op middellange termijn en beschrijft een gemeenschappelijke agenda met prioritaire gebieden voor hun samenwerking voor de komende 6 jaren.

De CCS zal de WGO sturen in haar werkzaamheden met België, in overeenstemming met de gezondheidsprioriteiten, kernfuncties en comparatieve voordelen van de WGO. Het formuleren van een strategische agenda zorgt ervoor dat de belangrijkste prioriteiten aangepakt blijven worden, ook als er wijzigingen optreden in regeringen en ambtenaren, en zorgt voor continuïteit in het programma voor technische bijstand van de WGO. Deze CCS benadrukt ook de Belgische bijdrage aan de wereldwijde gezondheidsagenda in het algemeen en aan de WGO in het bijzonder.

In het verleden verliep de samenwerking tussen België en de WGO via Biennial Collaborative Agreements (BCA's), die vooral ingingen op de bijdrage die België leverde aan de WGO. Dit is de eerste keer dat beide partijen ook een strategische agenda vastleggen voor gezamenlijke werkzaamheden. Deze CCS bestrijkt de periode van 2016 tot 2022.

De CCS voor België werd opgesteld over een periode van een aantal maanden. Tijdens dat proces vonden er interne en externe raadplegingen plaats, en kreeg België de gelegenheid om de doelstellingen en prioriteiten van de actieve beleidslijnen, strategieën en actieplannen te bespreken. Het bood de gelegenheid om ervoor te zorgen dat de ondernomen acties aansluiten bij de principes uit de volgende kaderdocumenten:

- De 2030 Agenda voor Duurzame Ontwikkeling¹
- Het Twelfth General Programme of Work 2014 - 2019 van de WGO dat de high-level strategische visie bevat voor de werkzaamheden van de WGO
- Het Health 2020 – European policy framework and strategy for the 21st century van de WHO Regional Office for Europe

De CCS is opgebouwd rond 5 hoofdstukken: eerst is er een inleidend hoofdstuk, hoofdstuk 2 bevat een evaluatie van de gezondheidstoestand en het gezondheidssysteem in België, en hoofdstuk 3 gaat in op ontwikkelingsamenwerking en de bijdrage van België aan de

1. België en de WGO hebben allebei de intentie om de CCS aan te wenden bij de implementatie van de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen (Sustainable Development Goals, SDG's), die in september 2015 werden goedgekeurd door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. Deze CCS geeft reeds verbanden aan tussen de prioriteiten uit de CCS en de SDG's.

wereldwijde gezondheid, en op de samenwerking tussen België en de WGO tijdens de afgelopen jaren. In hoofdstuk 4 komt de strategische agenda voor samenwerking tussen België en de WGO aan bod, en worden details gegeven over de gebieden waarop beide partners samenwerken. Hoofdstuk 5, tot slot, beschrijft de monitoring- en evaluatieprocedure voor de implementatie van de strategie.



Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de gezondheidstoestand in België. Na een korte inleiding over de Belgische socio-economische en institutionele context, analyseert het hoofdstuk het Belgische gezondheidssysteem en de gezondheidstoestand van de Belgische bevolking. Vervolgens worden de resultaten en de belangrijkste uitdagingen van het Belgische gezondheidssysteem beschreven, en hoe de Belgische overheid daarmee omgaat.

2.1. De Belgische socio-economische en institutionele context

De Belgische bevolking is de afgelopen decennia toegenomen van 10 miljoen inwoners in 1991 naar ongeveer 11 miljoen (11.150.516 inwoners) op 1 januari 2014. Volgens voorspellingen zou België tegen 2060 13,5 miljoen inwoners tellen. De vergrijzing van de bevolking neemt ook toe: in 2012 bedroeg het aantal 65+'ers ten opzichte van leeftijdsgroep 15-64 jaar 26,6%, maar er wordt voorspeld dat die verhouding zal evolueren naar 44,4% tegen 2060 (FOD Economie, 2014a, 2014b).

België is een constitutionele monarchie met een parlementair stelsel, en een federale staat die bestaat uit een federaal regeerniveau, drie gewesten en drie gemeenschappen. De drie gewesten zijn het Vlaams Gewest, het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De drie gemeenschappen zijn de Vlaamse gemeenschap, de Franse gemeenschap en de Duitstalige gemeenschap. De bevoegdheden zijn verdeeld over het nationale niveau, de gemeenschappen en de gewesten. In grote lijnen is de federale staat bevoegd voor buitenlandse zaken, landsverdediging, justitie, financiën, binnenlandse zaken, sociale zekerheid, en ten dele voor volksgezondheid. De gewesten zijn bevoegd voor territoriale aangelegenheden, zoals het beleid op het vlak van economie, energie, landbouw en leefmilieu. De drie gemeenschappen zijn bevoegd voor de zogenaamde persoonsgebonden materies, zoals onderwijs, cultuur, taal, en gezondheid en welzijn, voor zover die niet vallen onder het sociaal zekerheidssysteem. De Belgische deelgebieden staan ook in voor internationale aspecten die verband houden met hun bevoegdheden (Belgische Federale Portalsite, 2016).

België heeft een vrije markteconomie die vooral gericht is op diensten (ongeveer 70% van het BBP) (FOD Economie, 2014). In Brussel, de hoofdstad van België, zijn tal van hoofdkantoren van internationale organisaties gevestigd, waaronder de EU en de NAVO, en heel wat multinationals. België heeft ook een aanzienlijke farmaceutische industrie; zo is de Belgische export van farmaceutische producten bijvoorbeeld goed voor 15% van de totale Europese export van farmaceutische producten. Het BBP per capita lag in België net boven de 36.000 euro in 2014, dat is meer dan het EU-gemiddelde (Eurostat, 2014). De werkloosheidsgraad kent een licht stijgende trend sinds 2011 en bedroeg ongeveer 8,6% in 2014. De percentages verschillen echter tussen socio-economische groepen, waarbij kwetsbaardere bevolkingsgroepen, waaronder gevestigde migranten, hogere werkloosheidspercentages hebben, met een nationaal gemiddelde van 19%. In Brussel behoort 51% van het totale aantal werklozen tot de categorie gevestigde migranten (OESO, 2015b).

Net als vele andere EU-lidstaten heeft België grote veranderingen ondergaan op de arbeidsmarkt; zo steeg het percentage werknemers met tijdelijke en deeltijdse contracten. Jonge werknemers (18-24 jaar) zijn vaker blootgesteld aan moeilijke arbeidsvoorwaarden zoals tijdelijke contracten of zelfs werk zonder contract, en frequente periodes van werkloosheid. Vrouwen zijn goed voor meer dan 60% van alle werknemers in niet-standaard tewerkstelling in België (OESO, 2015b).

2.2. Het gezondheidssysteem

Organisatie en beheer

Het gezondheidsbeleid is een gedeelde verantwoordelijkheid van de federale en de gefedereerde overheden in België. De federale overheden zijn bevoegd voor de regulering en de financiering van de verplichte ziekteverzekering, de financiering van de ziekenhuisbudgetten, de wetgeving betreffende beroepskwalificaties, en de registratie en prijszetting van geneesmiddelen. De gefedereerde entiteiten zijn bevoegd voor de financiering van de gezondheidsinfrastructuur en de medisch-technische diensten, het definiëren van erkenningsnormen voor ziekenhuizen, gezondheidsbevordering en preventie, planning van het medisch aanbod, gezondheidszorg voor moeders en kinderen, sociale diensten, coördinatie in de eerstelijnszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en langdurige zorg (OBS-HSPM, 2016).

Aangezien het beheren van het gezondheidssysteem en het gezondheidsbeleid nauwe samenwerking vereist tussen de federale en de regionale ministers van volksgezondheid, komt de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid regelmatig samen om thema's met gedeelde bevoegdheden te bespreken en er akkoorden over af te sluiten.

Financiering

In 2013 bedroegen de totale Belgische gezondheidsuitgaven 10,2% van het BBP, dat is het 6^{de} hoogste percentage van de EU-15 (OESO, 2015). De gezondheidsdiensten worden hoofdzakelijk gefinancierd

via een uitgebreid en verplicht sociale zekerheidssysteem. Het budget van de ziekteverzekering wordt verdeeld over ziekenfondsen (zonder winstoogmerk) die de medische kosten van hun leden terugbetalen. Over de terugbetaalde tarieven wordt onderhandeld door de verschillende ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van de artsen, onder toezicht van de federale regering. Voor mensen in een kwetsbare socio-economische situatie en voor patiënten met chronische ziekten, worden er maatregelen genomen om te verzekeren dat ze toegang krijgen tot kwaliteitsvolle zorg, zoals het systeem van de 'maximumfactuur', dat het bedrag van de eigen betalingen beperkt tot een vooraf vastgestelde drempel (OBS-HSPM, 2016).

Artsen worden over het algemeen betaald volgens een systeem van betaling per verstrekking, terwijl ziekenhuizen gedeeltelijk gefinancierd worden door de federale overheid op basis van de verblijfskosten, die grotendeels gebaseerd zijn op de bezettingsgraad van de verantwoorde bedden van elk ziekenhuis, en gedeeltelijk door bijdragen van specialisten die in het ziekenhuis werken. Preventie wordt hoofdzakelijk gefinancierd door de gefedereerde entiteiten.

Dienstverlening

België heeft een systeem van vrije dienstverlening met een grote therapeutische vrijheid voor artsen en keuzevrijheid voor patiënten. Het merendeel van de artsen is zelfstandige en wordt verloond volgens een systeem van betaling per verstrekking. Ziekenhuiszorg wordt verleend ofwel door privéziekenhuizen zonder winstoogmerk ofwel door openbare ziekenhuizen (OBS-HSPM, 2016).

De acute gezondheidszorg in België is goed ontwikkeld, zowel in de eerste lijn als in de ziekenhuizen. Binnen de EU-15 staat België bijvoorbeeld op de 4^{de} plaats wat betreft het aantal ziekenhuisbedden (6,3 bedden/1000 inwoners), en op de 2^{de} wat betreft het aantal raadplegingen bij een arts (7,4 raadplegingen per capita) (OESEO, 2015). In vergelijking met de diensten voor acute gezondheidszorg zijn de preventieve diensten minder goed vertegenwoordigd in België. De dekking van borstkankerscreenings voor vrouwen tussen 50 en 69 jaar bedroeg de afgelopen 2 jaar bijvoorbeeld slechts 63%, dat is net onder het EU-15-gemiddelde (64,3%) en aanzienlijk onder het WGO-streefdoel van 75% (KCE, 2016).

Het toenemend aantal patiënten met chronische ziekten en de nood aan geïntegreerde zorg vormen een uitdaging voor de focus op acute zorg. De Belgische ministers van volksgezondheid zaten in 2012 samen om na te denken over de organisatie van geïntegreerde zorgdiensten, wat zal leiden tot een heroriëntering van het gezondheidssysteem (KCE, 2012, Federaal regeerakkoord, 2014). Wat de diensten voor geestelijke gezondheidszorg betreft, is er een verschuiving van institutionele naar gemeenschapsgerichte zorg. Hiervoor werden een aantal vernieuwende diensten ontwikkeld en/of versterkt, zoals thuisbegeleiding voor ouderen om hen in staat te stellen om langer in hun eigen woonomgeving te blijven (OBS-HSPM, 2016).

Fysieke en menselijke middelen

Het aantal gezondheidswerkers is relatief stabiel gebleven sinds 2000, vooral wegens planning en de beperking van het aantal studenten dat wordt toegelaten tot de opleidingen. In 2012 telde België 2,9 praktiserende artsen per 1000 inwoners. Het aantal praktiserende verpleegkundigen wordt geraamd op 9,9 per 1000 inwoners. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen in België lag in 2000 op 46,6 jaar en nam snel toe tot 52,8 jaar in 2013. Slechts 28 % van de afgestudeerde artsen wordt huisarts, terwijl het aanbevolen percentage volgens de planningscommissie rond de 40 % zou moeten liggen, wat tot een tekort aan huisartsen zou kunnen leiden in de (nabije) toekomst (KCE, 2016). Het is interessant om te weten dat het aantal buitenlandse artsen dat gemachtigd is om zijn beroep uit te oefenen in België sinds 2004 sterk is toegenomen: het aantal nieuwe visa dat werd uitgereikt aan buitenlandse artsen steeg van 78 vóór 2004 naar 430 in 2008. Bij de verpleegkundigen stellen we een gelijkaardige trend vast (OBS-HSPM, 2016).

Informatie

In de afgelopen jaren heeft België vooruitgang geboekt op het vlak van gezondheidsinformatie, ten dele dankzij de ontwikkeling van een Belgisch e-Health platform en een regelmatige evaluatie van de prestaties van het Belgisch gezondheidssysteem. Er worden heel wat gezondheidsgegevens verzameld en gepubliceerd in België, maar er zijn ook gegevens die worden verzameld zonder dat er gebruik van wordt gemaakt (bv. morbiditeitsindicatoren). Over andere domeinen, zoals de verpleegkunde, eerstelijnszorg, psychiatrie, ROB's en RVT's, en niet-terugbetaalde betalingen, zijn slechts beperkte gegevens beschikbaar. Er zou ook verder werk gemaakt moeten worden van de coördinatie voor het integreren van de beschikbare gegevens voor beleidsbeslissingen (KCE, 2016).

Medische producten

Geneesmiddelen worden verstrekt via officina- en ziekenhuisapotheken, en ongeveer 2500 geneesmiddelen worden gedeeltelijk of volledig terugbetaald. Er werden recent belangrijke inspanningen geleverd om de farmaceutische uitgaven onder controle te houden, en tegelijkertijd een billijke toegang te garanderen en innovatie te belonen (OBS-HSPM, 2016).

Het gebruik van geneesmiddelen ligt in België globaal bekeken hoog, en dat houdt risico's in, vooral wat betreft de groter wordende resistentie tegen antibiotica. Het gebruik van antibiotica (totale dagelijkse dosis/1000 personen per dag) bedraagt 28,7, terwijl het EU-15-gemiddelde 21,8 bedraagt. Het antibioticaverbruik van ambulante patiënten, uitgedrukt in aantal verpakkingen, is gedaald met meer dan 36% vergeleken met de periode 1999-2000, maar blijft wel hoog in vergelijking met andere Europese landen (bv. 2,5 keer hoger dan in Nederland). Het antibioticaverbruik in ziekenhuizen is ook hoog en steeg met 5,6% tussen 2007 en 2013. Daarenboven ligt het antibioticaverbruik in de diergeneeskunde hoger in België dan in de buurlanden. Het antibioticaverbruik in de diergeneeskunde nam bijvoorbeeld af met 23,3% tussen 2007 en 2014, terwijl het in Nederland afnam met 58% tussen 2009 en 2014. Daarnaast

heeft een recente studie ook uitgewezen dat 7,2 % van de patiënten in acute ziekenhuizen en 3,1% in de residentiële zorg een gezondheidszorg-gerelateerde infectie hadden op de dag van het onderzoek. In 1999 richtte België een Belgisch Comité voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC) op, dat een actieplan voor antimicrobiële resistentie goedkeurde, met aandacht voor zowel menselijke als veterinaire aspecten (BAPCOC, 2014).

2.3. Gezondheidstoestand

In 2013 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte in België 77,8 jaar bij mannen, in vergelijking met een EU-15-gemiddelde van 78,6 jaar, en 83,2 jaar bij vrouwen, vergeleken met een EU-15-gemiddelde van 83,7 (KCE, 2016). In de recentste gezondheidsenquête (2014) geeft 76,8% van de Belgische inwoners aan in goede of zeer goede gezondheid te verkeren, dat is meer dan het EU-15-gemiddelde. 20% van de inwoners van 15 jaar en ouder geeft aan in slechte gezondheid te verkeren.

Volgens de recentste statistieken over doodsoorzaken (2013) vormen cardiovasculaire aandoeningen (28,6%) en kanker (26,3%) veruit de grootste doodsoorzaken voor de Belgische bevolking. Het aandeel cardiovasculaire aandoeningen is de afgelopen jaren afgenomen (36,0% in 1998), de mortaliteit door kanker is relatief stabiel gebleven (ADSEI, 2016).

Er blijven aanhoudende ongelijkheden bestaan in de algemene gezondheidstoestand: mensen uit hogere socio-economische groepen hebben bijna 20 extra jaren in goede gezondheid in vergelijking met mensen uit lagere socio-economische groepen. Dat komt ook tot uiting in grote verschillen in levensstijl: bv. mensen uit lagere socio-economische groepen hebben 3 keer meer kans om zwaarlijvig te worden, en 2,6 keer meer kans om te roken (KCE, 2016).

Niet-overdraagbare ziekten

Niet-overdraagbare ziekten (NCD's) vormen een grote uitdaging voor België: meer dan één vierde van de burgers van 15 jaar en ouder (28,5%) gaven in 2013 aan minstens één chronische aandoening te hebben. Die prevalentie nam ook toe in de loop van de jaren (24,6% in 1997). Bij de ouderen lijdt meer dan één 65+'er op drie aan minstens twee ernstige chronische aandoeningen.

De risicofactoren die gepaard gaan met niet-overdraagbare ziekten zijn ook een uitdaging in België: ondanks een aantal positieve evoluties de afgelopen jaren, nemen heel wat risicofactoren toe. Overgewicht en zwaarlijvigheid komen steeds vaker voor, zowel bij volwassenen als bij kinderen; de gemiddelde BMI in België bedraagt 25,4 terwijl 25 wordt gezien als de drempelwaarde voor 'overgewicht'. Bijna de helft van de volwassen bevolking (+18 jaar) heeft overgewicht, en daarvan is 14% zwaarlijvig. 14% van de Belgen (15 jaar en ouder) drinkt dagelijks alcohol, een percentage dat jaar na jaar toeneemt (in 1997 dronk slechts 8% dagelijks alcohol). Het percentage dagelijkse en gelegheidsrokers neemt

geleidelijk aan af, van 30% in 1997 naar 23% in 2013, ook bij jongeren (32% in 1997, in vergelijking met 22% in 2013). Die daling is groter bij mannen dan bij vrouwen. Daarnaast hebben Belgen een sedentaire levensstijl: slechts 36% van de bevolking (15 jaar of ouder) oefent dagelijks gedurende minstens 30 minuten een (minstens) gemiddelde fysieke activiteit uit. Algemeen beschouwd leek er geen significante verbetering te zijn de afgelopen jaren (WIV, 2015).

Wat geestelijke gezondheid betreft, vertonen de cijfers een duidelijke achteruitgang van de psycho-emotionele toestand van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder in de afgelopen vijf jaar. Eén persoon op drie (32%) van 15 jaar en ouder gaf aan psychologische problemen te hebben die omschreven zouden kunnen worden als 'zich slecht voelen'. Die trend neemt ook toe, want in 2008 gaf slechts één op vier aan met dergelijke problemen te kampen. De Nationale Gezondheidsenquête (2014) gaf aan dat emotionele problemen (angststoornissen, depressieve gevoelens en slaapproblemen) de afgelopen 5 jaar toenamen (10% angststoornissen, 15% depressieve gevoelens, en 30% slaapproblemen), vooral bij jongeren en jongvolwassenen (15-24 jaar). 7% van de bevolking gaf aan te lijden aan een depressie in het jaar voorafgaand aan de enquête. Bij de bevolking van 15 jaar en ouder gaf 20% van de vrouwen aan psychotrope geneesmiddelen te nemen, tegenover 12% bij de mannen (het gaat hierbij om slaap- en kalmeringsmiddelen en antidepressiva). Vooral zorgwekkend is het stijgend aantal Belgen dat antidepressiva nam in de afgelopen 15 jaar: van 3,9 % in 1997 naar 7,6 % in 2013 (WIV, 2015). Het aantal zelfmoorden is wel gedaald van 2.143 in 2000 naar 1.893 in 2013 (ADSEI, 2016), maar ligt aanzienlijk hoger in vergelijking met andere landen: 18,3/100.000 in België, tegenover 10,6 voor de EU-15-landen (KCE, 2016).

In het afgelopen jaar hebben zowel de federale als de gewestelijke ministers van volksgezondheid een aantal actieplannen ontwikkeld en geïmplementeerd om de pandemie van de niet-overdraagbare ziekten te bestrijden: er werden plannen ontwikkeld voor zwaarlijvigheid en fysieke activiteit in de Vlaamse en in de Franstalige gemeenschap (Vlaams actieplan voor voeding en beweging en het Franstalig Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé), en de ministers van volksgezondheid zijn momenteel samen een nieuw Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan (2015) aan het voorbereiden. Daarnaast zijn er ook beleidsinitiatieven op het vlak van gebruik van tabak, alcohol en drugs (bv. het Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs en het Waals antitabaksplan).

Overdraagbare ziekten

Overdraagbare ziekten zijn geen uitdaging die tot het verleden behoort, maar komen in nieuwe vormen en met nieuwe uitdagingen opnieuw op de gezondheidsbeleidsagenda te staan.

Zo zijn er, hoewel de vaccinatiegraden van kinderen voor polio, difterie, tetanus, pertussis en hepatitis B globaal bekeken hoog liggen (> 90%) en voldoen aan de WGO-streefdoelen (90%), wat betreft vaccinatiedekking een aantal gebieden die blijvende aandacht vereisen: kindervaccinatie

tegen mazelen (% van de bevolking dat de 2^{de} dosis toegediend krijgt) haalt het streefdoel niet (85% in België in vergelijking met een streefdoel van 95%), vooral als we rekening houden met de incidentie van nieuwe gevallen (6,1/1 miljoen) van mazelen, in vergelijking met het streefdoel (1/1 miljoen). Ook griepvaccinatie bij ouderen ligt laag (56,4% van de bevolking van 65+) en voldoet niet aan het WGO-streefdoel van 75% (KCE, 2016).

België heeft een van de hoogste incidentiepercentages voor hiv per 100.000 inwoners van de EU: Estland (27,3), Letland (13,4), België (10,7) en het Verenigd Koninkrijk (10,0) (cijfers uit 2011). In heel Europa bedraagt de incidentie 5,7%. In België worden er dagelijks ongeveer 2,4 nieuwe gevallen opgetekend, en er zijn 14.719 met hiv besmette patiënten die medisch opgevolgd worden. België heeft in september 2013 een nationaal aidsplan goedgekeurd met vier strategische pijlers: (1) preventie; (2) screening en vroegtijdige opsporing; (3) behandeling van mensen met hiv en tot slot (4) levenskwaliteit van mensen met hiv.

Tuberculose blijft ook een belangrijk gezondheidsthema in België: hoewel de incidentie het afgelopen decennium stelselmatig is gedaald, met 959 nieuwe gevallen in 2014 (vooral bij armen, gevangenen, en vluchtelingen uit landen met een hoge incidentie), heeft België een hogere incidentie dan zijn buurlanden.

Gezondheid en leefmilieu

België heeft te kampen met een hoog luchtvervuilingsniveau, vooral veroorzaakt door het intense verkeer, wat een ernstig gezondheidsrisico inhoudt, aangezien luchtvervuiling een van de belangrijkste milieuoorzaken van kankersterfte is. De geraamde economische kost van gezondheidseffecten die verband houden met luchtvervuiling in België bedraagt jaarlijks 17,7 miljard euro (OESO, 2015) waarvan minstens 50% valt toe te schrijven aan transportgerelateerde luchtvervuiling. Een rapport uit 2016 geeft aan dat 12.000 vroegtijdige overlijdens per jaar veroorzaakt worden door luchtvervuiling, en België staat op de voorlaatste plaats in de Europese ranglijst van luchtkwaliteit (Hsu, 2016). Op gewestelijk niveau werden er beleidsplannen ontwikkeld om dat probleem aan te pakken, zoals het Vlaams luchtkwaliteitsplan en het Waals plan 'Air-Climat-Energie'.

2.4. Emergency response preparedness: implementatie van de International Health Regulations (IHR)

Gezondheidsveiligheid wordt in België vorm gegeven door de Internationale Gezondheidsregeling (IHR) en EU-Verordening 1082/2013 over ernstige grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid. Het doel van de IHR is om verspreiding van ziektes te voorkomen, bescherming tegen ziektes te bieden en ziekte-uitbraken te beheersen, en te voorzien in volksgezondheidsmaatregelen die evenredig zijn aan de risico's en toegankelijk zijn voor allen die daaraan behoefte hebben, met zo min mogelijk hinder voor het internationaal verkeer en de internationale handel (Art. 2 van de IHR) (WGO, 2005).

Om de gezondheidsveiligheid van zijn inwoners te garanderen, promoot België een sectoroverschrijdende en gecoördineerde benadering, zowel intern als met externe partners, gebruik makend van onafhankelijke wetenschappelijke risicobeoordeling. De afgelopen jaren werden er een aantal plannen en procedures ontwikkeld om voorbereid te zijn op noodgevallen. In overeenstemming met de IHR, werden een werkgroep voor risicobeheersing (RMG) en een werkgroep voor risicobeoordeling (RAG) opgericht om de medische en wetenschappelijke aspecten van gezondheids crisissen te beheren. Die groepen bestaan uit vertegenwoordigers van federale entiteiten, gefedereerde entiteiten, wetenschappelijke instellingen en andere experts. Verder zijn er nog een National Focal Point, een Early Warning Response System en een centraal crisiscoördinatiecentrum van de overheid die instaan voor de coördinatie van de gezondheidsveiligheid in België.

De ebola-crisis en de A/H1N1-pandemie hebben aangetoond dat België over het algemeen goed voorbereid is op plotse en grootschalige gezondheids crisissen. Er is echter ruimte voor verbetering, aangezien België bijvoorbeeld vrij zwak scoorde bij zijn zelfevaluatie van de implementatie van de IHR wat betreft de aspecten van coördinatie, paraatheid en human resources (WGO, 2015).

2.5. Beoordeling van het gezondheidssysteem

De onderstaande tekst, die de performantie van het Belgisch gezondheidssysteem beschrijft, is gebaseerd op een recente officiële beoordeling van het Belgisch gezondheidssysteem (KCE, 2016). De performantie van het gezondheidssysteem werd geëvalueerd op basis van vijf dimensies: kwaliteit, toegankelijkheid, efficiëntie, duurzaamheid en billijkheid.

Zorgkwaliteit

Zorgkwaliteit wordt hier onderverdeeld in vijf subdimensies: aangepastheid, patiëntgerichtheid, continuïteit, veiligheid en doeltreffendheid.

Aangepastheid wordt gedefinieerd als “de mate waarin de verleende gezondheidszorg een antwoord biedt op de medische noden, rekening houdend met het best beschikbare wetenschappelijke bewijs”. Er zijn een aantal indicatoren die aantonen dat de aangepastheid van de zorg niet optimaal is in België, en zelfs eerder slecht in vergelijking met internationale benchmarks. Een voorbeeld daarvan is de hoeveelheid antibiotica die wordt voorgeschreven.

Patiëntgerichtheid wordt gedefinieerd als “zorgverlening die respect toont en ontvankelijk is voor de voorkeuren, noden en waarden van de individuele patiënt, en die ervoor zorgt dat alle klinische beslissingen worden geleid door de waarden van de patiënt”, en wordt geëvalueerd door hoe patiënten hun contacten met hun huisarts en specialist beoordelen op het vlak van de tijd die ze met hen doorbrengen, de gegeven informatie, de gelegenheid om vragen te stellen en het samen nemen van beslissingen. Patiënten evalueren dit over het algemeen als erg positief, met tevredenheidscijfers

van 90% en meer. De bestaande indicatoren geven een gemengd beeld: binnen één zorgomgeving, bij de huisarts of in ziekenhuizen, zou de zorgcontinuïteit beter kunnen, maar de resultaten volgen een stijgende lijn. Als we echter de zorgcontinuïteit bekijken tussen het ziekenhuis en de huisarts, zijn de resultaten ontgoochelend. Een nuttige indicator is het aantal patiënten dat contact heeft met een huisarts binnen de week na ontslag uit het ziekenhuis, een praktijk die tal van voordelen biedt. Dat was echter het geval voor slechts 58% van de hospitalisaties van oudere patiënten (65+) in België in 2013. Dat percentage nam lichtjes af sinds 2006. Ter conclusie moeten we erop wijzen dat er tal van zaken zijn die het meten van de zorgcontinuïteit in het Belgisch gezondheidszorgsysteem bemoeilijken. Er zijn op dit domein betere en internationaal beter te vergelijken indicatoren nodig. Gezondheidsgeletterdheid is ook een cruciale factor om de gezondheid te verbeteren en is essentieel voor goede zorgcontinuïteit, maar is een aandachtspunt in België, aangezien een recent onderzoek (2012) aantoonde dat de gezondheidsgeletterdheid bij meer dan 40% van de Belgische bevolking onvoldoende groot is (KCE, 2016).

Wat patiëntveiligheid betreft, raamt een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE, 2009) dat jaarlijks 2625 mensen vroegtijdig sterven in een Belgisch ziekenhuis door een zorginfectie. Het KCE raamt de jaarlijkse meerkost voor de maatschappij op 384 miljoen euro, veroorzaakt door een gemiddelde verlenging van het ziekenhuisverblijf van 6,7 dagen per zorginfectie. Andere landen kennen gelijkaardige problemen maar lijken er beter in te slagen om de bacteriële resistentie te beperken.

België zit ongeveer op het EU-15-gemiddelde voor alle doeltreffendheidsindicatoren, behalve voor colon- en rectumkanker, waarvan de resultaten beter zijn dan in andere landen. Er zijn ook positieve trends voor een aantal indicatoren, bij voorbeeld voor vermijdbare ziekenhuisopnames voor astma en diabetes, of voor sterfte na acuut myocardiaal infarct, die beide gedaald zijn. Er dient echter te worden opgemerkt dat de meting van de doeltreffendheid van de zorg beperkt is, aangezien er geen informatie is over hoe patiënten het resultaat van medische procedures evalueren, de zogenaamde 'patiënt-gerapporteerde outcome metingen' (bv. na een heup- of knietransplantatie) (KCE, 2016).

Toegankelijkheid van de zorg

De definitie van toegankelijkheid is gebaseerd op fysieke toegang, kosten, tijd, en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel.

Bijna de volledige bevolking (98,9%) is gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Desondanks verklaarde een gemiddelde van 8% van de Belgische gezinnen in 2013 dat ze sommige gezondheidszorgen om financiële redenen moesten uitstellen. Het aandeel eigen betalingen (out-of-pocket payments) in de totale gezondheidsuitgaven is het voorbije decennium nagenoeg constant gebleven en bedroeg 17,9% in 2013 (KCE, 2016).

Beschikbaarheid van medisch personeel is een belangrijk aspect van toegang tot gezondheidszorg. De dichtheid van artsen in België ligt lager dan het EU-12-gemiddelde (2,96 vs. 3,48 per 1000 inwoners), net zoals de dichtheid van praktiserende verpleegkundigen in vergelijking met het EU-9-gemiddelde (9,51 vs. 10,77 per 1000 inwoners). Omdat zelfstandige artsen per prestatie betaald worden zijn er een hoge productiviteit op nahouden, zijn de wachtlijsten in de acute zorg doorgaans beperkt.

Naast de beschikbaarheid van gezondheidswerkers, zijn ook de profielen van belang. De huidige curricula van gezondheidswerkers en hun professionele verantwoordelijkheden zoals beschreven in de wet, zijn steeds minder geschikt om te beantwoorden aan de toekomstige gezondheidsbehoeften. Er zijn heel wat gezondheidsbeoefenaars die taken uitvoeren onder of buiten hun competentieniveau (bv. een pediater die vaccinaties uitvoert) (Robert & Swennen, 2012).

Doeltreffendheid

Net zoals in andere Europese landen is er in België een trend naar efficiëntere zorgdiensten. De indicatoren wijzen op positieve evoluties: stijging in het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen, verschuiving van klassieke (ten minste één nacht) naar dagopnames voor chirurgische ingrepen, en daling van de verblijfsduur voor een normale bevalling. Er blijven echter geografische verschillen bij sommige interventies of zorgkosten, wat kan wijzen op inefficiënt gebruik van middelen.

Duurzaamheid

Duurzaamheid wordt gedefinieerd als het vermogen van het systeem om duurzaam gefinancierd te blijven, om een infrastructuur en een personeelsbestand ter beschikking te stellen en te behouden, om innoverend te zijn en in te spelen op nieuwe noden.

Uitgedrukt in een percentage van het BBP, bedroegen de totale gezondheidsuitgaven 10,2% in 2013. In absolute termen komt dat neer op 40,6 miljard euro, of 3.104 euro per capita. 78% van de uitgaven worden gefinancierd door de overheidssector.

Wat het personeelsbestand betreft, vormt het een uitdaging in België om het aantal gekwalificeerde verpleegkundigen op peil te houden en om een goed functionerende eerstelijnszorg te behouden om geïntegreerde zorg te kunnen aanbieden.

België scoort slecht voor de twee toegankelijkheidsindicatoren, die het vermogen illustreren om innovatie te integreren: het percentage beschikbare geneesmiddelen (63%) is lager dan het EU-8-gemiddelde (79%) en de periode om toegang te krijgen tot nieuwe medicatie duurt langer dan het EU-gemiddelde (368 dagen in vergelijking met 273 dagen). Die wachttijd is wel korter geworden sinds de eerste metingen van die indicator (2005-2007). Een andere indicator van een innovatief systeem is het gebruik van nieuwe technologieën. In 2014 gebruikte drie kwart (76,7%) van de praktiserende huisartsen een elektronisch dossier met aanbevolen software om de medische dossiers van hun patiënten bij te

houden (S-13). Dat percentage is slechts licht gestegen sinds 2008 (KCE, 2016).

Billijkheid

In België hebben mensen met een lagere socio-economische status, in vergelijking met de hoogste socio-economische groep, een slechtere gezondheidstoestand, een ongezondere levensstijl, een lagere gezondheidsgeletterdheid, ze ondergaan minder kankerscreenings en worden minder regelmatig onderzocht als ze aan diabetes lijden. In de jaren in goede gezondheid is er bijna 20 jaar verschil tussen mensen in de laagste en in de hoogste socio-economische groep. Mensen uit de hoogste socio-economische groep rapporteerden slechts 3% uitgestelde contacten met gezondheidsdiensten om financiële redenen, vergeleken met 19% in de laagste socio-economische groep. Daarnaast rookt 9,5% van de hoogste socio-economische groep, vergeleken met 25% van de laagste socio-economische groep. Ondanks tal van maatregelen in het Belgisch gezondheidssysteem om de gezondheidsbillijkheid te verbeteren, zijn er dus nog steeds aanzienlijke verschillen (KCE, 2016).

2.6. Belangrijkste gezondheidshervormingen

De afgelopen jaren zette het Belgische gezondheidsbeleid vooral in op rationalisering van de gezondheidsdiensten aan de hand van fusies van ziekenhuizen en planning van het zorgaanbod enerzijds, en het garanderen en verbeteren van de financiële toegankelijkheid door de invoering en de uitbreiding van de maximumfactuur anderzijds. De gezondheidsgelijkheid verbeteren en billijke toegang tot gezondheidszorg garanderen zijn en blijven centrale doelstellingen (Federaal regeerakkoord).

De huidige gezondheidsoverheden maken werk van een breed scala aan hervormingen op gezondheidsvlak, met als doel:

- Een reeks gezondheidstargets te ontwikkelen samen met de regionale ministers van volksgezondheid
- Een breder scala aan stakeholders te betrekken bij de onderhandelingen over het gezondheidszorgbudget
- De competenties tussen de gezondheidswerkers te herverdelen
- Het ziekenhuisfinancieringssysteem aan te passen naar een meer zorg gebaseerd systeem
- De zorg voor patiënten met chronische ziekten te verbeteren aan de hand van geïntegreerde zorg
- Een strategie te ontwikkelen inzake gezondheidsongelijkheden
- Een nieuw Agence de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles op te zetten in Wallonië na de zesde staatshervorming, dat bijdraagt tot een geïntegreerde visie

3.1. Belgische visie op ontwikkelingssamenwerking en samenwerking met de WGO

België en al zijn deelgebieden beschouwen respect voor mensenrechten niet alleen als een fundamentele waarde, maar ook als garantie voor eerlijke en duurzame sociale en economische ontwikkeling. Respect voor universele mensenrechten omvat, onder andere, het recht op de best mogelijke gezondheidstoestand.

België is ervan overtuigd dat er, om de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen (SDG's) te halen, een geïntegreerde en multi-sectoriële benadering nodig is, gebaseerd op duidelijk omschreven prioriteiten. Een geïntegreerde benadering, omdat SDG's op het vlak van gezondheid bereikt moeten worden aan de hand van coherente nationale plannen gebaseerd op een geïntegreerd gezondheidssysteem dat voldoet aan alle gezondheidsbehoeften van een bevolking. En een multi-sectoriële benadering, aangezien sociale en economische factoren die een grote invloed hebben op de gezondheidstoestand van de bevolking in rekening moeten worden gebracht: bv. onderwijs, tewerkstelling, huisvesting, gelijke kansen voor mannen en vrouwen, sociale bescherming, voeding, een gezonder milieu en voldoende proper water. Om alle SDG's te halen, moet de bevolking in goede gezondheid verkeren.

De Belgische ontwikkelingssamenwerking baseert haar gezondheidsstrategie op de erkenning van het universele recht op gezondheidszorg, op gezondheidsgerelateerde problemen in partnerlanden en op de ervaring die werd opgebouwd op het vlak van doeltreffendheid, billijkheid en solidariteit in gezondheidszaken via het beleidsdocument "Recht op gezondheid en gezondheidszorg" (2008). Samenwerking tussen België en de WGO draagt bij tot de ondersteuning van systemen die ernaar streven dat iedereen, ook de meest achtergestelde bevolkingsgroepen, toegang krijgen tot essentiële gezondheidszorg in overeenstemming met de overeengekomen principes:

- een sectorale benadering gebaseerd op een geïntegreerd nationaal ontwikkelingsplan dat langetermijnfinanciering vereist
- een participatief proces dat de burgermaatschappij, burgercontrole en nationaal leiderschap bevordert
- een gezondheidszorgsysteem met aandacht voor alle diensten die instaan voor bevordering, preventie, behandeling en revalidatie, met bijzondere nadruk op diensten die werken rond genderthema's en reproductieve gezondheid, en de strijd tegen hiv/aids

- universele toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg en de nood aan gekwalificeerd personeel en gepast gebruik van kwaliteitsvolle essentiële geneesmiddelen

Om de gezondheidssector te versterken, zou op internationaal niveau de impact van de steun die wordt verleend aan internationale instellingen (bv. de WGO) gemaximaliseerd moeten worden. Dat betekent dat er multilaterale hulp wordt geboden in overeenstemming met en ter aanvulling van bilaterale en indirecte hulp, zonder het versterken van het gezondheidssysteem uit het oog te verliezen.

Als één van de 15 multilaterale organisaties werd de WGO in 2015 herbevestigd als een partnerorganisatie voor de multilaterale samenwerking van België, waarbij het langdurig partnerschap werd verlengd dat vorm kreeg in de koninklijke besluiten van 27 april 2000 en 9 mei 2008. België beschouwt de WGO als een bevoorrechte partner, want ze delen dezelfde waarden en dezelfde benadering gebaseerd op mensenrechten om de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen (SDG's) te halen. De WGO beschikt over de noodzakelijke neutraliteit en het mandaat om de interventies te coördineren en te leiden tijdens humanitaire gezondheids crisissen en de implementatie van aanbevelingen die voortvloeien uit verklaringen inzake efficiëntie en doeltreffendheid van hulp (Belgische Ontwikkelingssamenwerking, 2014).

3.2. Samenwerking met de WGO: heden en verleden

De afgelopen vijf jaar was België een erg actieve partner van de WGO en de daarbij aangesloten organisaties.

België had een mandaat in de Executive Board van de WGO en in het Standing Committee op regionaal Europees niveau van 2012 tot 2015, en stond de WGO bij in haar hervormingsproces naar grotere interne samenhang, vooral wat betreft financiële planning.

Daarnaast is België ook lid van het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek van de WGO, het European Observatory for Health Systems and Policies, de WHO-kaderovereenkomst inzake de bestrijding van het tabaksgebruik, en de Ministerial conference on the Environmental Health Action Plans.

België levert de WGO ook een brede waaier aan expertise via 7 collaborating centres:

- WHO Collaborating Centre for HIV/AIDS Diagnostics and Laboratory Support
- WHO Collaborating Centre for quality control of pesticides
- WHO Collaborating Centre for Research on Sexual and Reproductive Health
- WHO Collaborating Centre for the monitoring of anthelmintic drug efficacy for soil-transmitted helminthiasis
- WHO Collaborating Centre for Research and Training on human African trypanosomiasis diagnostics

- WHO Collaborating Centre for the Prevention and Control of Infectious Diseases
- WHO Collaborating Centre on Primary Health Care

Meer specifiek vond er actieve samenwerking plaats tussen België en de WGO op de volgende domeinen:

Gezondheidssystemen

Solide en goed gefinancierde gezondheidssystemen zijn onontbeerlijk om de gezondheid te verbeteren en om een coherent en doeltreffend gezondheidsbeleid te voeren. België heeft altijd al veel aandacht besteed aan gezondheidssystemen in zijn beleid inzake de WGO. Die visie kreeg gewicht doorheen de vrijwillige financiering, aangezien 50 % 'op een zeer flexibele manier geoormerkt is' voor steun aan gezondheidssystemen. België heeft de WGO ook ondersteund wat betreft internationale migratie van gezondheidswerkers en de ontwikkeling van het Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery.

Niet-overdraagbare ziekten

Niet-overdraagbare ziekten zijn één van de belangrijkste prioriteiten voor België, zowel nationaal als in de samenwerking met de WGO. België heeft het afgelopen decennium meegewerkt aan een aantal projecten en programma's van de WGO inzake niet-overdraagbare ziekten. De belangrijkste domeinen waarop werd samengewerkt zijn onder andere: geestelijke gezondheid, het Global Status Report on Violence Prevention, geweld tegen vrouwen en kinderen, niet-overdraagbare ziekten en voedselveiligheid. België ondertekende als een van de eerste landen de WHO-kaderovereenkomst inzake de bestrijding van het tabaksgebruik en het bijhorende Protocol over illegale handel in tabaksproducten.

Milieu en gezondheid

De afgelopen jaren vond er veel samenwerking plaats tussen de WGO en België op het vlak van Gezondheid en Milieu aan de hand van een aantal projecten, programma's en overeenkomsten. België nam actief deel aan de follow-up-meetings van de Verklaring van Parma wat betreft indicatoren voor biomonitoring (coördinatie van het DEMOCOPHES-project op EU-niveau) en was tot in 2015 één van de leden van de Environment and Health Ministerial Board, die werd opgericht door de vijfde Ministeriële Conferentie Leefmilieu en Gezondheid in Parma in 2010.

België is ook al meer dan 10 jaar actief betrokken in intersectorale inspanningen om duurzaam en gezond vervoer te bevorderen, als lid van het Bureau of the Pan-European Programme on Transport, Health and Environment (PEP), dat gezamenlijk wordt beheerd door de WGO en de Economische Commissie voor Europa van de Verenigde Naties.

Overdraagbare ziekten

Gezondheid promoten doorheen de levensloop is een ander belangrijk domein van samenwerking tussen de WGO en België. Twee WHO Collaborating Centres in België dragen actief bij tot die samenwerking.

Een belangrijk domein voor samenwerking binnen deze categorie is reproductieve en seksuele gezondheid, en gezondheid bij moeders, pasgeborenen, kinderen en jongeren. Voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, werkt Vlaanderen actief samen met de WGO en andere multilaterale organisaties via het HRP Special Programme. Zowel gezondheid bij moeders, pasgeborenen en kinderen als gender-, hiv- en billijkheidsthema's zijn belangrijke prioriteiten voor de Belgische ontwikkelingsamenwerking op het vlak van gezondheid.

We vermelden hierbij in het bijzonder de Belgische ondersteuning aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde (Antwerpen) in de strijd tegen Afrikaanse trypanosomiasis in de Democratische Republiek Congo.

3.3. Bijdragen van België aan de wereldwijde gezondheidsagenda

België betaalt zijn jaarlijkse assessed contributions aan het budget van de WGO en kent vrijwillig subsidies toe aan de WGO. Die bijdragen worden betaald door een aantal Belgische partners (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Belgische Ontwikkelingsamenwerking, Gewesten en Gemeenschappen).

Gezien het groeiend onevenwicht tussen de 'core funding' en de geormerkte bijdragen, en om de WGO in staat te stellen om haar essentiële functies te blijven vervullen en haar doelstellingen te bereiken, heeft de Belgische Ontwikkelingsamenwerking gekozen voor een bijdrage aan de algemene middelen ('fully flexible' en 'highly flexible' voor het versterken van gezondheidssystemen) en voor steun voor kwaliteitsvolle zorg in kwetsbare landen door onderzoek, bij voorbeeld via middelen voor het Tropical Disease Research (TDR) Programme voor onderzoek naar armoedeziekten.

Vlaanderen richt zijn steun op het Special Programme of Research, Development and Research Training for Human Reproduction, HRP, mede gesponsord door de WGO, UNDP, UNFPA, UNICEF en de Wereldbank. Dat Programma stelt de WGO in staat om voldoende aandacht te besteden aan de cruciale component van alle aspecten van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRHR).

De onderstaande tabel toont de toename van de financiële bijdragen van België aan de WGO van 2008 tot 2015.



Bijdragen per autoriteit (in EUR)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Assessed	4.035.627	3.585.309	4.166.370	3.506.306	3.783.134	3.765.445	3.468.685	4.105.592
Voluntary core	1.250.000	5.400.000	5.800.000	6.300.000	6.700.000	4.700.000	7.300.000	7.300.000
Voluntary non-core	2.857.273	1.834.625	1.700.000	2.205.910	1.565.906	1.157.226	1.741.280	1.500.000
Emergencies	0	250 000	0	0	0	0	0	0
FOD	300.000	76.000	273.000	313.000			45.000	NA
Volksgesondheid								
Vlaanderen	448.800	1.185.267	378.024	3.560.570	1.043.273	1.841.169	2.655.948	NA
Totaal	8.891.700	12.331.201	12.317.394	15.885.266	13.092.313	11.463.840	15.210.914	12.905.592

De strategische agenda voor samenwerking en aandachtsgebieden

Op basis van de beleidsprogramma's van de Belgische federale en gefedereerde regeringen, het 12^{de} General Programme of Work van de WGO, en de recent goedgekeurde Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen voor 2030 van de VN, hebben België en de WGO de volgende lijst van kernprioriteiten geïdentificeerd voor hun samenwerking:

- Patiëntgerichte gezondheidssystemen en public health capacity
- Niet-overdraagbare ziekten
- Preparedness, surveillance and response bij gezondheidscrisissen
- Leefmilieu en gezondheid
- Overdraagbare ziekten

Er werd een grootschalige stakeholders-raadpleging gehouden over de strategische prioriteiten van de CCS, met als doel de betrokkenheid en de medewerking te versterken van alle relevante partners die werkzaam zijn in of samenwerken met België rond (inter)nationale gezondheidsgerelateerde onderwerpen in de CCS. De geraadpleegde stakeholders waren academische instellingen, WHO collaborating centres, mutualiteiten, beroepsverenigingen, overheidsorganen die werken rond gezondheid, zoals adviescomités of wetenschappelijke instellingen en ngo's. Naar aanleiding van de raadpleging gaven de stakeholders aan de strategische agenda van de CCS te steunen, en ze gaven aan erg geïnteresseerd te zijn om bij te dragen tot de implementatie ervan, in overeenstemming met de expertise en de activiteiten van hun specifieke organisaties.

De onderstaande tekst gaat dieper in op het principe achter de selectie van die prioriteiten, en geeft aan tot welke (sub-)targets van de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen de samenwerking prioritair wil bijdragen. Voor elke prioriteit beschrijft dit hoofdstuk de focusgebieden waarop België en de WGO van plan zijn om samen te werken voor de periode 2016-2022. Die samenwerking kan uiteenlopende vormen aannemen: technisch, politiek, wetenschappelijk of financieel, en kan plaatsvinden van lokaal tot globaal niveau. Wij willen erop wijzen dat als een domein als prioritair of als 'focusgebied' voor samenwerking tussen België en de WGO werd geïdentificeerd, dat niet noodzakelijk wil zeggen dat alle bevoegde Belgische gezondheidsoverheden erbij betrokken zijn. Voor een heel aantal van die domeinen zal er verder bepaald worden welke overheden zullen deelnemen.

Strategische prioriteit 1: Patiëntgerichte gezondheidssystemen en public health capacity

Zoals hierboven reeds werd aangegeven, heeft het Belgisch gezondheidssysteem af te rekenen met een aantal uitdagingen. Zo blijven bijvoorbeeld het verbeteren en garanderen van toegang, betaalbaarheid en kwaliteit van gezondheidsdiensten hoog op de agenda staan.

De vergrijzing van de bevolking zorgt ervoor dat steeds meer mensen lijden aan chronische aandoeningen of een handicap ontwikkelen. Traditioneel werden er gezondheidszorgprogramma's uitgewerkt voor specifieke ziekten. De huidige epidemie van chronische aandoeningen verplicht ons niet alleen om de medische zorg te integreren voor meer dan één ziekte (multimorbiditeit), maar ook om andere types zorg te voorzien, zoals sociale of psychologische ondersteuning. België vindt het dan ook belangrijk om het gezondheidssysteem te organiseren als een continuüm van gezondheidsbevordering en -preventie naar gezondheidsondersteuning en -zorg, met ook aandacht voor vroegdiagnose en behandeling. Het is de bedoeling om de omschakeling te maken van een benadering waarin de ziekte centraal staat naar 'doelgerichte' zorg, met vooral aandacht voor de doelstellingen aangaande de levenskwaliteit en kwantiteit van de patiënt.

In lijn met SDG 3.8 'Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all', zullen België en de WGO samenwerken om de gezondheidssystemen te versterken.

In het kader van deze strategische prioriteit zal er samengewerkt worden op de volgende actiedomeinen:

Wat betreft patiëntgerichte gezondheidssystemen:

Patiëntgerichte en geïntegreerde zorg

België heeft volgens de WGO al heel wat stappen gezet in de voorbereiding van zijn hervorming op het vlak van geïntegreerde zorg. Aansluitend bij zijn nationaal Plan voor chronische aandoeningen: 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid', zal België de werkzaamheden van de WGO blijven ondersteunen in zijn Patiëntgerichte en Geïntegreerde Zorgstrategie, zowel op regionaal als op globaal niveau.

Gezondheidsongelijkheden

De federale en regionale gezondheidsministers werken samen aan een nationale strategie om gezondheidsongelijkheden weg te werken. België zal samenwerken met de WGO om dit plan verder te ontwikkelen, te herzien en/of te monitoren.

Toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare groepen

België heeft, aan de hand van een brede bottom-up raadpleging, een groenboek en een witboek opgesteld met aanbevelingen om de toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare groepen te verbeteren (2014). Verdere inspanningen voor het implementeren van de aanbeveling zullen besproken worden met de WGO.

Handicaps

Het Waals gewest streeft ernaar i) een “afhankelijkheids”-plan te ontwikkelen met daarin een Autisme-plan, ii) werk te maken van de preventie en de bestrijding van geweld tegen meisjes en vrouwen met een handicap, en iii) te blijven werken aan een omgevingsgerichte benadering van handicaps. Het gewest zal zijn beste praktijken delen met de WGO, en zal met de steun en het advies van de WGO werken aan de desinstitutionalisering van zorg voor mensen met een handicap.

Seksuele en reproductieve gezondheid

België, en Vlaanderen in het bijzonder, zal zijn globale inspanningen inzake seksuele en reproductieve gezondheid voortzetten en steunt de WGO in haar strijd voor universele toegang tot alle noodzakelijke seksuele en reproductieve diensten, en om endemische risico's in gesloten gemeenschappen te vermijden.

Medische producten

België blijft QUAMED steunen om de kwaliteit te verzekeren van niet-geprekwalificeerde geneesmiddelen in zijn partnerlanden, en zal samenwerken met de WGO om de prekwalficatie van essentiële geneesmiddelen geleidelijk aan uit te breiden om billijke toegang tot kwaliteitsvolle essentiële geneesmiddelen te verbeteren.

Versterking van het gezondheidssysteem

Tot slot is België van plan om de versterking van het gezondheidssysteem te blijven ondersteunen via een jaarlijkse zeer flexibele financiering (highly flexible funding) aan de WGO, en om gezondheidssystemen internationaal te ondersteunen in de geselecteerde landen, en onderzoek naar gezondheidstechnologie door jaarlijkse vrijwillige financiering, terwijl Vlaanderen van plan is om Mozambique op dat vlak te blijven steunen. Internationale solidariteit inzake R&D op het vlak van gezondheidstechnologie wordt gestimuleerd door jaarlijkse vrijwillige financiering door België, momenteel via het Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) van de WHO. Vlaanderen is ook van plan om het Special Programme of research, development and research training in human reproduction (HRP) te blijven steunen.

Human resources – profiel van het toekomstige personeelsbestand in de gezondheidszorg

België maakt momenteel werk van een herziening van zijn koninklijk besluit nr. 78 (1967) betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Dit thema is in geen geval beperkt tot België want er zijn heel wat

landen die in een gelijkaardige situatie verkeren. Bij het definiëren van de profielen van de toekomstige gezondheidsbeoefenaars zal België nauw samenwerken met de WGO en zijn ervaring delen aangaande de herziening van koninklijk besluit nr. 78.

Wat betreft public health capacity:

Nationale gezondheidstargets

De federale en regionale ministers van volksgezondheid hebben een procedure opgestart om nationale gezondheidstargets te ontwikkelen, en dat is nieuw in België, hoewel de Vlaamse regering in het jaar 2000 al een lijst gezondheidstargets goedkeurde. België zal gebruik maken van de expertise en de beste praktijken van de WGO in verschillende stadia van dat proces, met name tijdens het definiëren en monitoren/evalueren van de nationale gezondheidstargets.

Beoordeling van de performantie van gezondheidssystemen

België wil zijn inspanningen voortzetten op het vlak van de performantie van gezondheidssystemen. Het Waals gewest plant een reflectie over de performantie van gezondheidssystemen, met bijzondere aandacht voor eerstelijnszorg. Het gewest zal samenwerken met de WGO, met ook technische ondersteuning voor de implementatie van de targets die gedefinieerd worden in de context van de hervorming van de eerstelijnszorg.

Gezondheidsinformatie

België zal samenwerken met de WGO om zijn gezondheidsinformatiesysteem te verbeteren, waaronder de ontwikkeling van een coherente visie over welke gezondheidsinformatie vereist is. Aangezien de WGO verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van de ICD-codering en ICF-systemen, die momenteel aan de 11^{de} herziening toe zijn, zal België de ondersteuning van de WGO aanwenden voor de integratie van zijn ziekenhuisgegevens op basis van het SNOMED CT-systeem (een medische standaard voor het documenteren en coderen van medische gegevens) met de ICD-codes en ICF, wat het makkelijker zou maken om de ziekenhuisgegevens aan te wenden bij de besluitvorming.

Competenties en capaciteiten van public health professionals

Ook over het profiel van de mensen die werken voor het ministerie van volksgezondheid moet worden nagedacht. Een ministerie van volksgezondheid heeft de geschikte capaciteiten en de juiste competenties nodig om te kunnen inspelen op veranderende gezondheidsbehoeften en nieuwe uitdagingen. België zal met de WGO samenwerken wat betreft de competenties en capaciteiten waarover public health professionals moeten beschikken om het hoofd te kunnen bieden aan toekomstige uitdagingen, en om na te gaan hoe ministeries van volksgezondheid in andere landen die ontwikkelen.

Strategische prioriteit 2: Niet-overdraagbare ziekten

De risicofactoren voor niet-overdraagbare ziekten (voeding, roken, alcohol, en lichaamsbeweging) zijn een thema in België aangezien de 'gemiddelde Belg', ondanks de verschillende actieplannen inzake niet-overdraagbare ziekten die werden ontwikkeld door de federale en regionale ministers van volksgezondheid, er nog steeds een minder gezonde levensstijl op nahoudt dan de 'gemiddelde Europeaan' (cf. hoofdstuk 2). Om die reden wensen België en de WGO nauwer samen te werken om niet-overdraagbare ziekten te bestrijden en een gezonde levensstijl te promoten, in het verlengde van SDG 3.4 'By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being' en het *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs* (2013-2020).

Voor die strategische prioriteit zal er worden samengewerkt op de volgende domeinen:

Gezonde levensstijl

Het Waals Gewest zal met de WGO samenwerken om een beleidsdialog tot stand te brengen over de ontwikkeling van een gezonde levensstijl, met bijzondere nadruk op gezondheidsongelijkheden inzake voeding.

Opstellen van normen en standaarden

Voor het bestrijden van niet-overdraagbare ziekten zijn landen erg afhankelijk van internationale normen, standaarden en guidelines die werden ontwikkeld door de WGO (bv. op het vlak van tabakscontrole of suikerconsumptie). België steunt de WGO in haar rol op het vlak van niet-overdraagbare ziekten, onder andere aan de hand van een jaarlijkse vrijwillige en volledig flexibele financiering (yearly voluntary fully flexible funding).

Leeftijdsvriendelijke steden

In het kader van de implementatie van de studie 'WADA (Wallonie-Amie des aînés): étude pilote pour une approche méthodologique intégrée en faveur de communes amies des aînés', zullen onderzoekers deelnemen aan internationale uitwisselingen rond het thema 'Age-friendly cities and municipalities' aan de hand van uitwisselingen met het WGO-team dat instaat voor het 'WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities'.

Behalve de samenwerking tussen België en de WGO op de hierboven beschreven domeinen, zal België doorgaan met de implementatie van een aantal andere belangrijke internationale overeenkomsten die het heeft goedgekeurd, zoals de kaderovereenkomst inzake de bestrijding van het tabaksgebruik en het globaal actieplan om de rol te versterken van het gezondheidssysteem in de aanpak van interpersoonlijk geweld, in het bijzonder tegen vrouwen en meisjes, en tegen kinderen.

Strategische prioriteit 3: Emergency preparedness, surveillance en response

In de context van SDG 3.d 'Strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for early warning, risk reduction and management of national and global health risks', zullen België en de WGO samenwerken om de implementatie van de IHR te verbeteren.

De H1N1 influenzapandemie of recenter de ebola-crisis, hebben aangetoond dat nationale gezondheidssystemen en (internationale) gezondheidsbedreigingen niet los van elkaar kunnen worden gezien. Nationale gezondheidssystemen moeten ook klaar zijn en in staat om in te grijpen bij onvoorziene grootschalige gezondheidscrisissen. België nodigt de WGO uit om de implementatie te beoordelen van de IHR- bepalingen in België, om zijn algemeen crisisplan en andere concrete crisisplannen bij gezondheidsbedreigingen te bestuderen, en nodigt de WGO uit om haar expertise te delen op het vlak van capaciteitsopbouw, actieve crisisplannen en gecoördineerde communicatie. België zal zijn expertise delen met de WGO, bv. in de context van peer assessments van de IHR- implementatie in andere landen.

Strategische prioriteit 4: Leefmilieu en gezondheid

Aansluitend bij SDG 3.9 ('By 2030, substantially reduce the number of deaths and illnesses from hazardous chemicals and air, water and soil pollution and contamination') en bij SDG 11.6 ('By 2030, reduce the adverse per capita environmental impact of cities, including by paying special attention to air quality and municipal and other waste management'), en aangezien het land te kampen heeft met hoge luchtvervuilingsniveaus, tracht België op een actieve manier de impact van milieublootstelling op gezondheid te beperken, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren (gezondheidseffectbeoordeling, sociale cohesieplannen, monitoring via zijn gezondheidsobservatorium, toezicht op binnenhuisvervuiling, radondetectie, etc.).

België en de WGO zullen vooral samenwerken op de volgende domeinen:

Human Biomonitoring

België en de WGO zullen samenwerken voor de omzetting van de techniek voor human biomonitoring naar lokale actie. Deze techniek zal de kennis vergroten op het vlak van multifactoriële milieudruk (milieu 'hotspots') op gezondheid. Deze techniek verfijnen in een praktisch instrument op lokaal niveau zal helpen om gezondheidsschade door milieudruk te identificeren en snel op te sporen. Om te komen tot echte gezondheidswinst is Vlaanderen van plan om samen met de plaatselijke overheden (een) actieplan(nen) op te zetten voor preventieve gezondheidszorg. België,

en dan vooral Vlaanderen, beschikt reeds over kennis en ervaring inzake het identificeren en aanpakken van milieuhotspots (aan de hand van de Intego database) maar zou willen samenwerken met de WGO om de biomonitoringstechniek te verfijnen tot een praktisch instrument en om te zetten in actieplannen. De oefening zou kunnen resulteren in het delen van wetenschappelijke knowhow van de WGO over gezondheidsindicatoren, biomonitoring, risicobeoordeling, milieu-epidemiologie (hoe technieken te implementeren op lokaal niveau), en het leren van andere ervaren landen, waarbij de experts van de WGO deelnemen aan de besprekingen.

Verklaring van Parma

In het verlengde van de Verklaring van Parma betreffende milieu en gezondheid (artikel 6&8), maakt België werk van een betere opleiding inzake milieugezondheid en –geneeskunde voor gezondheidsbeoefenaars. De ‘elektromagnetische veld’-hotspots zijn een praktische manier om die behoefte te illustreren. België zal meewerken aan de organisatie van de 20^{ste} vergadering van het WHO International Advisory Committee for Electromagnetic Fields.

Strategische prioriteit 5: Overdraagbare ziekten

Overdraagbare ziekten zijn opnieuw op de agenda van het gezondheidsbeleid beland en vormen een ernstige uitdaging. Overeenkomstig SDG 3.3 (‘By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases’) en SDG 5.6 (‘Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences’), zullen België en de WGO samenwerken, vooral op het vlak van antimicrobiële resistentie, hiv/aids en tuberculose (TBC):

Gebbruik van antibiotica

In hoofdstuk 2 werd vermeld dat het antibioticagebruik hoog is in België, zowel voor de veterinaire als voor de menselijke geneeskunde. België is vastberaden om antimicrobiële resistentie zo lang als nodig is bovenaan de agenda te houden, en zal samen met de WGO onderzoeken welke acties er nodig zijn om het hoge antibioticagebruik te doen afnemen, zowel vanuit menselijk als vanuit veterinair perspectief (one-health-strategie).

hiv/aids

Er werd aangegeven dat België in september 2013 een nationaal aids-plan heeft goedgekeurd. België zal samenwerken met de WGO om na te gaan hoe doeltreffend België is in het bestrijden van hiv/aids.

Tuberculose

België zal werk blijven maken van de bestrijding van tuberculose, aangezien we waakzaam moeten blijven om de bestrijding van tuberculose te verbeteren en om de multiresistente vorm van tbc te

bestrijden in overeenstemming met het Europees Actieplan ter bestrijding van tuberculose 2016-2020.

Overdraagbare ziekten

Wat betreft de wereldwijde inspanningen ter bestrijding van overdraagbare ziekten, zal België de WGO, UNAIDS en het Global Fund voor de bestrijding van hiv/aids, tuberculose en malaria blijven ondersteunen. België zal zijn werkzaamheden voortzetten ter bestrijding van risicovol gedrag op het vlak van seksueel overdraagbare ziekten.



Evaluatie van de CCS

Deze CCS wordt door alle Belgische ministers voor volksgezondheid goedgekeurd tijdens de Interministeriële gezondheidsconferentie van maart 2016. De CCS werd vervolgens ondertekend door de Belgische federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de directeur-generaal van de WGO en de regionale WGO-directeur voor Europa.

De huidige CCS zal als leidraad dienen voor de strategische samenwerking tussen de bevoegde federale en regionale gezondheidsoverheden in België en de WGO gedurende de zes jaar van 2016 tot 2022. België en de WGO zullen samenwerken om de strategische agenda te implementeren die beschreven staat in de CCS, om de wederzijds overeengekomen doelstellingen te bereiken en om zoveel mogelijk resultaten te bereiken met hun samenwerking, gebruik makend van middelen die door beide partijen ter beschikking worden gesteld.

De bevoegde Belgische gezondheidsoverheden zijn overeengekomen om hun samenwerking met de WGO toe te spitsen op de gezamenlijk overeengekomen prioriteiten en om rekening te houden met de strategische agenda die beschreven staat in deze CCS. Daarnaast zijn ze overeengekomen om de activiteiten uit te voeren die werden gepland binnen de CCS. Die activiteiten zullen voortbouwen op huidige praktijken en initiatieven, en betrokkenheid van andere cruciale gezondheidsstakeholders bij de implementatie van de strategische agenda zal worden aangemoedigd.

Het WHO Regional Office for Europe zal België bijstaan in de implementatie van de gedefinieerde strategische samenwerkingsprioriteiten die aansluiten bij het Health 2020 framework. De WGO zal, zowel op globaal als op regionaal niveau, de toonaangevende rol van België op relevante gezondheidsgebieden blijven promoten, en België bijstaan om zijn nationale gezondheidsexpertise en -capaciteit verder te blijven ontwikkelen. De WGO zal België ook blijven bijstaan met haar bijdragen aan de globale en regionale gezondheids- en ontwikkelingsagenda's.

Verspreiding van het CCS-document

Succesvolle implementatie van de strategische prioriteiten hangt af van de betrokkenheid en participatie van de Belgische gezondheidsinstanties en de WGO, en van andere relevante stakeholders. Zowel België als de WGO zullen zorgen voor een wijde verspreiding van het CCS-document. België zal de strategie promoten bij de regering en haar relevante technische departementen en eenheden, en bij andere ministeries en partners die in en met het land werken aan (inter)nationale gezondheidsgerelateerde zaken, want alleen dankzij gezamenlijke inspanningen kunnen bepaalde doelstellingen worden gehaald. WHO Europe and Headquarters zullen

het CCS-document naar alle relevante WGO-departementen sturen om ervoor te zorgen dat het document als kader zal dienen voor toekomstige besprekingen over activiteiten met België.

Evaluatie van de CCS

De werkgroep die werd opgezet om de CCS te ontwikkelen, bestaande uit de bevoegde gezondheids- en ontwikkelingsoverheden in België, en vertegenwoordigers van het WHO Regional Office for Europe and Headquarters, heeft zich ertoe verbonden om samen te blijven komen om de gemaakte vorderingen te beoordelen, de implementatie van de strategische agenda door alle partners te bevorderen en te beoordelen, mogelijke risico's die de implementatie in de weg staan te identificeren, en om de beschikbare middelen op elkaar af te stemmen.

De dienst Internationale betrekkingen van Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zal de organisatie van de vergaderingen van de werkgroep coördineren. Er kunnen externe stakeholders en experts worden uitgenodigd om de werkgroep bij te staan omtrent relevante onderwerpen, wanneer overeengekomen door de werkgroep. Er kan ook aan vertegenwoordigers van de technische units van de WGO gevraagd worden om de vergaderingen bij te wonen, indien vereist voor de strategische prioriteiten die besproken worden door de groep.

Mid-term review

Halverwege de CCS-cyclus, in 2019 of op een geschikter ogenblik, afhankelijk van de andere nationale beleidsprocessen in het land, zal de CCS herzien worden door de werkgroep, gecoördineerd door de dienst Internationale betrekkingen van Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Het doel van die herziening is na te gaan of de strategische prioriteiten nog steeds coherent zijn met het gezondheidsbeleidskader van het land of dat er prioriteiten opnieuw geformuleerd en/of gewijzigd moeten worden, of alle partners hun beloften nakomen om de CCS toe te passen, en om te beoordelen of de middelen toereikend zijn om de beoogde output te verwezenlijken. Als er zaken aangepast moeten worden, moet dat worden besproken en indien mogelijk worden opgenomen in de finale objectieven.

Eindbeoordeling

Tegen het einde van de CCS-cyclus in 2022 zal er een eindbeoordeling van de CCS worden uitgevoerd door de werkgroep. De beoordeling zal bepalen welke resultaten werden bereikt door de implementatie van de CCS en welk verschil dat heeft opgeleverd voor het land. De werkgroep zal vervolgens feedback geven over de belangrijkste verwezenlijkingen, en de overblijvende tekortkomingen en uitdagingen, en gepaste aanbevelingen doen voor de volgende CCS-cyclus. Er zal samen met de WGO ook een lijst worden opgesteld van wat er werd geleerd (lessons learned) tijdens de ontwikkeling, monitoring en beoordeling van de CCS. Die lijst zal worden gedeeld, niet enkel op nationaal vlak, maar ook met andere landen, vooral binnen gelijkaardige landengroepen.

References

- Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC, 2014). Policy paper for the 2014-2019 term.
- Belgian development cooperation, 2008, Policy note 'The right to health and healthcare'.
- Belgian development cooperation, 2014, Policy note 'Exposé d'orientation politique - Coopération au développement'.
- Belgium Federal Portal, 2016.
- European Observatory on Health Systems and Policies (OBS). Health Systems and Policy Monitor-Belgium.
- Federal coalition agreement (2014).
- Flemish Coalition Agreement (2014) and Policy Memorandum on Welfare, Public Health and Family and on Foreign Affairs, International Enterprise and Development Cooperation (2014-2019)
- FOD Economie (2014a). Kerncijfers 2014. Statistisch overzicht van België.
- FOD Economie (2014b). Bevolking - Demografische vooruitzichten 2013-2060.
- Green paper, 2014. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België.
- Hsu, A. et al. (2016). The 2016 Environmental Performance Index.
- KCE (2012). Position paper: Organisation of care for chronic patients in Belgium.
- KCE (2016). Performance of the Belgian Health System Report 2016.
- Nationale Bank België. Statistieken (2015).
- National Institute for Statistics (ADSEI) – Causes of death (2016).
- OECD (2015a). Health at a Glance 2015.
- OECD (2015b). Economic Surveys - BELGIUM.
- OCED (2015). In it Together – Why Less Inequality Benefits All. OECD Publishing, Paris.
- Priorities for the Belgian Mandate in the Executive Board of WHO, 2012-2015 (2012).
- Robert E., Swennen B. (2012) Couverture vaccinale en Région de Bruxelles Capitale, ULB - ESP:WIV-ISP (2015). Health Interview Survey 2013.
- WHO (2015). Implementation of the International Health Regulations (2005) - Responding to public health emergencies. Report by the Director-General to the World Health Assembly.
- WHO (2005). International Health Regulations – Second edition. 74 p.

