

# #BeterLeven

Gezondheid door en voor iedereen



## Ons alternatief voor de gezondheid.

De Gezondheidscoalitie wil een progressief, egalitair en ondersteunend gezondheids- en welzijnsbeleid voorstellen, aanmoedigen en verdedigen.



GEZONDHEIDSCOALITIE

actie gezondheid solidariteit



# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Voorwoord</b> .....	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>#BeterLeven: gezondheid voor iedereen</b> .....	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Gezondheid bevorderen door in te grijpen in de sociale determinanten</b> .....	<b>8</b>
3.1	Naar gratis, gelijk en gezondheidsbevorderend onderwijs.....	<b>10</b>
3.2	Voor werk dat emancipeert .....	<b>12</b>
3.3	Participatie op alle niveaus .....	<b>14</b>
3.4	Waardige en toegankelijke huisvesting in een gezonde omgeving .....	<b>16</b>
3.5	Kwaliteitsvoeding voor iedereen.....	<b>19</b>
<b>4.</b>	<b>De toegang tot gezondheidszorg faciliteren</b> .....	<b>22</b>
4.1	Adequaat gefinancierde zorg.....	<b>25</b>
4.2	Zorg- en ondersteunende beroepen herwaarderen.....	<b>28</b>
4.3	De toegang tot eerstelijns hulp en gezondheidszorg faciliteren.....	<b>31</b>
4.4	Betaalbaarheid en tariefzekerheid garanderen .....	<b>33</b>
4.5	Voor echelonnering en geplande zorg .....	<b>36</b>

# Voorwoord

De Gezondheidscoalitie, voorheen bekend als het Actieplatform Gezondheid en Solidariteit, werd in 2007 opgericht door actoren met verschillende achtergronden, die allemaal bekommerd waren over het **recht op gezondheid**. Zij besloten hun krachten te bundelen om de sociale en gezondheidsgevolgen van het neoliberale beleid te voorkomen. De organisatie heeft onlangs een facelift ondergaan, waarbij de bestuursorganen zijn vernieuwd en de naam is veranderd. Het verenigt nu vertegenwoordigers van vakbonden, mutualiteiten, verenigingen uit het middenveld en NGO's.

Omdat gezondheid een gemeenschappelijk goed is dat nog steeds niet toegankelijk genoeg is, verdedigt de Gezondheidscoalitie de breedst mogelijke visie op gezondheid, rekening houdend met alle medische en niet-medische determinanten. Om de gezondheid van mensen te verbeteren, moeten er niet alleen maatregelen worden genomen op het gebied van gezondheidszorg en sociale zekerheid, maar evenzeer op alle levensgebieden (onderwijs, milieu, huisvesting, mobiliteit, werkgelegenheid en arbeidsomstandigheden, sociale cohesie, enz.). De Gezondheidscoa-

litie roept daarom op om **in alle beleidslijnen rekening te houden met gezondheid**.

De diverse Gezondheidscoalitie is gebaseerd op gedeelde waarden: gelijkheid, als de beste voorwaarde voor iedereen om toegang te hebben tot welzijn en gezondheid; rechtvaardigheid, die ongelijkheden helpt te verminderen door middel van een op de behoeften afgestemde zorg; en **solidariteit** tussen zieke en gezonde mensen, tussen jong en oud, en tussen werkenden en niet-werkenden.

De coalitie kan bogen op onderzoeksexpertise en praktische ervaring in het veld. In onze agentschappen, onze medische centra, onze verenigingen, bij mensen thuis en op al onze werkplekken komen we dagelijks in aanraking met de problemen die ons gezondheidszorgsysteem met zich meebrengt. Maar we zien ook oplossingen. Geconfronteerd met het neoliberale beleid dat de sociale bescherming en de dienstverlening aan de bevolking dreigt te ontmantelen (openbare centra en spelers in de non-profitsector), willen wij een **stuwende kracht** zijn om concrete, geloofwaardige voorstellen te for-

muleren voor het gezondheidszorgbeleid. In onze onderling verbonden wereld in crisis (sociaal, milieu, politiek) kunnen we het ons niet langer veroorloven om de fysieke, mentale en sociale gezondheid van mensen te verwaarlozen, net als die van levende wezens en onze planeet.

Met dit Witboek wil de Gezondheidscoalitie een progressief, egalitair en ondersteunend beleid op het vlak van gezondheid en de bevordering van welzijn voorstellen, aanmoedigen en verdedigen.

## #BeterLeven: gezondheid voor iedereen

In vergelijking met andere Europese landen zijn de prestaties van de Belgische gezondheidszorg momenteel aanvaardbaar. Toch blijven de **ongelijkheden op gezondheidsvlak** aanzienlijk in ons land. Dit is grotendeels te wijten aan de invloed van sociale determinanten, maar ook aan ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg.

De gezondheidstoestand van mensen (levensverwachting, kindersterfte, obesitas, verslaving, enz.) varieert sterk naargelang de omgeving waarin ze zijn geboren en opgegroeid, en waarin ze nu le-

ven. Moeilijke toegang tot werk en verslechterende arbeidsomstandigheden, blootstelling aan huisvestings- en milieucrisissen, het afbrokkelen van sociale contacten, genderongelijkheid, enz., zijn allemaal sociale determinanten die een impact hebben op de gezondheid van mensen. Studies schatten de impact ervan op de gezondheid op 60% (15% voor biologische factoren en 25% voor het gezondheidszorgsysteem)<sup>1</sup>. Actie ondernemen om de gezondheid en haar determinanten te bevorderen vereist **een continuüm**: van gezondheidsbevordering via preventie tot zorg.

Sociale ongelijkheden met betrekking tot gezondheid kunnen niet worden opgelost door simpelweg te pleiten voor gezonde keuzes, maar door **in te grijpen in de structurele determinanten van ongelijkheden**, die verband houden met collectieve en politieke beslissingen over de manier waarop de maatschappij functioneert en de huidige ongelijke sociale orde. Als we de omstandigheden verbeteren waarin mensen worden geboren, opgroeien en ouder worden, zal dit hun gezondheid ten goede komen. Gezondheid beïnvloedt alle aspecten van het dagelijks leven en is het resultaat van een veelheid aan factoren die van invloed zijn. Daarom is het noodzakelijk om een intersectorale politieke visie op gezondheid te hanteren en doorheen alle beleidslijnen rekening te houden met gezondheid.

Ook de onderfinanciering van de gezondheidszorg, de privatisering en de commercialisering van de zorg brengen ons rechtvaardig en solidair zorgstelsel in gevaar. In Wallonië en Brussel zegt meer dan één op drie personen in 2022 dat ze om financiële redenen van zorg te hebben afgezien. **De toegang tot zorg** wordt ondermijnd, maar dit is niet louter een financiële kwestie. Problemen met de toegang tot zorg zijn evenzeer van administratieve, organisatorische, communicatieve aard,

*De ongelijkheden op gezondheidsvlak zijn grotendeels te wijten aan de invloed van sociale determinanten, maar ook aan ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg.*

of hebben te maken met het inzicht van mensen in het systeem. Het gebrek aan toegang tot zorg wordt vandaag nog nijpender door het tekort aan zorgverleners en de geringe aantrekkelijkheid van zorgberoepen.

De gezondheidszorg moet echter **iedereen** (Belg of niet) **in staat stellen om aan zijn of haar gezondheidsbehoeften te voldoen**. Om de toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren, moeten de komende jaren een aantal stappen worden gezet: de overheidsinvesteringen in volksgezondheidsdoelstellingen opvoeren; de arbeidsomstandigheden van zorgverleners optimaliseren; een betere toegang tot ziektekosten garanderen; en een planning en organisatie van de zorg invoeren die in elk gebiedsdeel garandeert dat de zorgbehoeften worden geïdentificeerd en dat er op een proportionele en universele manier op kan worden gereageerd.

---

<sup>1</sup> Canadees instituut voor geavanceerd onderzoek, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT, 2002.



## *Gezondheid bevorderen door in te grijpen in de sociale determinanten*

In 2020 bedroeg de kloof qua levensverwachting bij geboorte tussen de bevolking met de beste sociaaleconomische omstandigheden en die met de slechtste 9 jaar voor mannen en 6 jaar voor vrouwen <sup>2</sup>. De gezondheidstoestand van een bevolking wordt beïnvloed door biologische factoren (biologische en genetische erfenis), door de gezondheidszorg die ze kan ontvangen, maar vooral door **sociale determinanten**. Deze omvatten bijvoorbeeld inkomen, huisvesting, onderwijs, werkgelegenheid en arbeidsomstandigheden, leefgewoonten, sociale netwerken, het vermogen om zich aan te

passen en actie te ondernemen, geslacht en cultuur, evenals het milieu.

**Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid**, vaak al aanwezig sinds de kindertijd, **zijn vermijdbaar en onrechtvaardig**. Bovenal zijn ze niet het resultaat van individueel gedrag, maar van levensomstandigheden die verband houden met politieke beslissingen op alle niveaus.

We kunnen er ook niet omheen dat we deel uitmaken van een globaliseerde wereld. Verwacht wordt dat klimaatverandering tussen



2030 en 2050 wereldwijd zal leiden tot bijna 250.000 extra sterfgevallen per jaar als gevolg van ondervoeding, malaria, diarree en hittegerelateerde stress. Daarom steunt de Gezondheidscoalitie de «**One Health**»-benadering, omdat het behoud van onze gezondheid betekent dat we moeten zorgen voor de planeet en alle levende wezens die erop wonen. De weerbaarheid van het gezondheidszorgsysteem versterken en zorgen voor universele gezondheidsdekking op mondiaal niveau zijn ook twee uitdagingen waaraan het hoofd moet worden geboden om toekomstige pandemieën te voorkomen en ongelijkheid te bestrijden.

**Gezondheidsbevordering** en **preventie** moeten dan ook worden aangemoedigd. Het doel van gezondheidsbevordering is in te werken op de factoren die het ontstaan, het behoud en de ontwikkeling van welzijn en gezondheid bevorderen. In die zin wil de Gezondheidscoalitie individuen en groepen de middelen geven om in te spelen op alle factoren die de gezondheid beïnvloeden. De organisatie probeert ook de beleidsmakers in de verschillende sectoren te informeren door hen te confronteren met de gevolgen van hun beslissingen voor de ge-

zondheid en door hen hiervoor verantwoordelijk te stellen. Een gezondheidsbevorderingsbeleid vereist daarom de **gezamenlijke actie** van een hele reeks stakeholders: regeringen en lokale overheden, de gezondheidssector, de sociale en economische sector, enzovoort, maar ook vrijwilligersorganisaties, het bedrijfsleven en de media. En natuurlijk de gemeenschappen. Het bevorderen van gezondheid betekent het collectief stimuleren van gezondheid doorheen alle beleidslijnen en praktijken. Preventie wordt beschouwd als een onderdeel van het gezondheidsbevorderingsbeleid en moet beschermen tegen het risico op ziekte, de progressie van ziekte en de gezondheidsschade die daaruit kan voortvloeien.

Het belang van preventie en gezondheidsbevordering staat wetenschappelijk als een paal boven water. Toch wordt er voor deze twee domeinen maar een **klein deel van de totale financiering van de gezondheidszorg** uitgetrokken in België. Ter illustratie: in 2018 bedroeg het aandeel van de uitgaven voor preventie in België 1,7% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg (ramingen van de FOD Sociale Zekerheid).

---

2 Bourguignon M, Damiens J, Doignon Y, Eggerickx T, Fontaine S, Lusyne P, et al. Spatial and socio-demographic variations in mortality from 2020-2021 in Belgium. Het effect van de Covid-19 pandemie, Working Paper 27. Louvain-la-Neuve: Centre de recherche en démographie; 2021 Sep.

## Naar gratis, gelijk en gezondheidsbevorderend onderwijs

De levensverwachting van een man van 30 jaar met een diploma hoger onderwijs is gemiddeld zes jaar hoger dan die van een man van dezelfde leeftijd die het hoger secundair onderwijs niet heeft afge maakt. Bij vrouwen bedraagt dit verschil 4,5 jaar (OESO-gegevens, 2021).

Problemen met overgewicht, geestelijke gezondheid of verslaving, prevalentie van chronische ziekten: er is een duidelijk verband tussen het opleidingsniveau en de gezondheidstoestand. Het reduceren van drempels om te leren en het ontwikkelen van **onderwijsomgevingen en -programma's** die het gevoel van eigenwaarde, stressmanagement en het oefenen van psychosociale vaardigheden stimuleren, helpt fysieke en mentale gezondheidsproblemen te voorkomen.

Het is ook wetenschappelijk bewezen dat kinderen die opgroeien in een omgeving die **bevorderlijk is voor hun gezondheid**, beter presteren op school. Het omgekeerde is ook waar: 'beter opgeleide' kinderen worden gezondere volwassenen<sup>3</sup>.

De kennis en vaardigheden die volwassenen via het onderwijs verwerven, stellen hen in staat om

informatie over gezondheid en het gezondheidszorgsysteem beter te begrijpen, te evalueren en te gebruiken - met andere woorden, om meer **gezondheidsvaardigheden** te verwerven. Door het versterken van deze vaardigheden nemen ze niet alleen autonoom hun gezondheid in handen en meer betrokken bij hun zorg en behandeling, maar maken ze ook beter geïnformeerde keuzes over hun voeding, lichaamsbeweging en algemene levensstijl. Vandaag heeft in België 71,7% van de mensen met een diploma hoger onderwijs een afdoend niveau in gezondheidsvaardigheden, terwijl dit percentage daalt tot 43,2% voor mensen met een diploma lager onderwijs of zonder diploma (Sciensano, Gezondheidsenquête 2018).

Zorgen voor een goed opleidingsniveau is ook een krachtige stimulans voor sociale vooruitgang en het vermindert de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid. Het ondersteunt de inzet van mensen voor de **sociale veranderingen** die nodig zijn voor collectieve gezondheid. Toe-

gankelijk en egalitair kwaliteitsonderwijs bevordert de gezondheid van iedereen.



### *Eisen:*

- Echt gratis basis- en secundair onderwijs garanderen; de toegang tot basisopleidingen verbeteren door de studiekosten beter te reguleren; en de systemen voor levenslang leren versterken.
- Gezondheidseducatieprogramma's opnemen in de lesroosters van scholen, de verschillende actoren op het gebied van gezondheid in de breedste zin van het woord mobiliseren (gezondheids promotie, sociale en gezondheidsdiensten, mutualiteiten, seksuele opvoeding, media-educatie, enz.).
- Investeren in onderwijs dat de ontwikkeling van psychosociale vaardigheden (omgaan met emoties en stress, zelfvertrouwen, luisteren naar je lichaam, kunnen samenwerken, enz.), gezondheidsvaardigheden (informatie over gezondheid kunnen filteren en analyseren, enz.) en andere nuttige levensvaardigheden (omgaan met de risico's van sociale media, mobilisatievaardigheden, enz.) ondersteunt.

## Voor werk dat emancipeert

Musculoskeletale aandoeningen (MSA), stress, burn-out, bore-out, ongevallen, depressie, enzovoort. De gezondheid van werknemers stond nooit eerder zo onder druk. In België heeft een half miljoen werknemers meer dan een jaar **niet kunnen** werken (INAMI). De meeste van deze mensen hebben een ziekte die **verband houdt met hun arbeidsomstandigheden** (volgens de Christelijke Mutualiteit houdt 60% van de arbeidsongeschiktheid direct of indirect verband met de werkomgeving). Bij deze volksgezondheidskwestie zijn alle partijen betrokken die te maken hebben met gezondheid (gezondheidsbevordering, preventie op het werk, curatieve zorg), en ook de maatschappij als geheel.

We moeten ervoor zorgen dat **beroepsziekten worden erkend en uitgebreid** naar nieuwe werkgere-

lateerde ziekten (rugpijn, burn-out), arbeidsongeschiktheid (werkloosheid, integratietegemoetkoming) of alternatief werk dat weinig of niet wordt erkend (mantelzorgers, vrijwilligers). We moeten ook arbeidsongevallen voorkomen en ervoor zorgen dat ze beter worden erkend. Tot slot moet de rol van de vakbonden worden uitgebreid, met name door de oprichting van preventiecomités die verantwoordelijk zijn voor de **bevordering van de gezondheid** in alle bedrijven met ten minste 20 werknemers.

Lijden op het werk mag niet onvermijdelijk zijn. We moeten dringend maatregelen nemen die leiden tot emancipatie op het werkveld, in het bijzonder door **collectieve arbeidstijdverkorting**, die kan worden toegepast op alle aspecten van een loopbaan.



### *Eisen:*

- Instrumenten invoeren om gezondheidswerkers, zowel op het gebied van gezondheids promotie, preventie en bescherming op het werk als op het gebied van de organisatie van de gezondheidszorg (bedrijfsartsen, ziekenfonds- en familiale verzekeringsadviseurs, preventieadviseurs, verpleegkundigen, arbeidspsychologen en sociaal assistenten, enz.), overleg te laten plegen omtrent onderstaande zaken:
  - Bijdragen aan het samenvoegen van bestaande databases (bijv. Sciensano, Fédris, Inami, enz.) en deze aanvullen op basis van hun eigen ervaringen en die van werknemers. .
  - Regelmatig geanalyseerde informatie terugsturen naar het werkveld met het oog op acties om de gezondheid op de werkplek te bevorderen.
  - De re-integratie van werknemers voor wie ze individueel verantwoordelijk zijn.
- Alle sancties afschaffen, voor langdurig zieke werknemers of werklozen in het kader van de re-integratiewetgeving. Garanderen dat wie niet volledig arbeidsongeschikt is het recht heeft om terug te keren naar het werk - indien nodig met aangepaste taakinhoud - of zich te heroriënteren naar een nieuwe functie met de nodige opleiding, of zelfs - indien nodig - kan rekenen op voldoende middelen om in een nieuw bedrijf te werken of een nieuw beroep uit te oefenen. Kortom, het recht om te werken als burger garanderen, zelfs als men niet volledig arbeidsgeschikt is.
- Door de huidige bevoegdheden van de CPBW's (Comités voor Preventie en Bescherming op het Werk) uit te breiden, zou voor alle bedrijven met 20 of meer werknemers een gemeenschappelijk orgaan in het leven moeten worden geroepen dat verplichte adviezen over gezondheidsbevordering kan uitbrengen op basis van een risicoanalyse van deskundige werknemers met directe ervaring op de werkvloer.

## Participatie op alle niveaus

In een coherent democratisch systeem moeten alle stakeholders in de samenleving op gelijke voet participeren. Zo heeft ieder mens het recht om deel te nemen aan het gezondheidsbeleid. Deze participatie is effectief gebleken bij het verbeteren van de gezondheid en het beperken van sociale ongelijkheden inzake gezondheid. Het doel is om solidariteit, gelijkheid, zelfredzaamheid (*empowerment*) en **burgerschap** te bevorderen.

Tijdens de pandemie kreeg de participatie van burgers inzake hun eigen gezondheid en in het gezondheidsbeleid echter een klap. Dat gold ook voor de betrokkenheid van gezondheidswerkers en maatschappelijk werkers, die essentiële bemiddelaars zijn. De pandemie was een goed voorbeeld van een terugval van de democratie: communicatie en beslissingen kwamen tot stand binnen het kader van een verticaal en eenduidig model dat vaak ver af stond van de realiteit van het leven van mensen.

**Democratie in de gezondheidszorg** moet worden georganiseerd en aangemoedigd in alle lagen van het systeem en het territorium: op het niveau van de relatie zorgverlener-patiënt of professionaal-gebruiker, op het niveau van groepen en diensten (bv. patiënten-

verenigingen, gebruikerscomités), instellingen (overheidsdiensten, mutualiteiten, enz.) en politici, in hun verschillende machtsniveaus.

Deze horizontale benadering betekent dat gezondheidsinitiatieven beter aansluiten bij de diverse realiteit en bekommernissen van mensen, dat het wantrouwen tussen burgers en beleidsmakers afneemt en dat sociale ongelijkheden worden gereduceerd. Het gebruik van participatieve methoden maakt initiatieven voor gezondheidsbevordering relevanter, effectiever en legitiemer.

Burgerparticipatie heeft ook een direct effect op de persoonlijke gezondheid. Minder medicatie, een betere subjectieve gezondheid, minder eenzaamheid: dit zijn allemaal positieve gevolgen van participatie op het vlak van gezondheid (MC, UCLouvain, 2020).

Tot slot, volgens de psycholoog Yann Le Bossé, maakt een zekere mate van participatie door individuen, zoals het delegeren van macht of controle aan burgers over kwesties die zij belangrijk vinden, het mogelijk om **hun vermogen om te handelen echt te ontwikkelen** en bij te dragen aan een rechtvaardigere samenleving.

### Eisen:

- Op interfederaal niveau: de belangrijkste drijvende krachten en spelers in de burgermaatschappij, te beginnen met het Toekomstinstituut, samenbrengen om interfederale volksgezondheidsdoelstellingen te definiëren en te evalueren die de verschillende machtsniveaus overstijgen.
- • Op regionaal/communautair niveau: de mechanismen voor raadpleging en medebeheer van het volksgezondheidsbeleid versterken via de opgerichte organen, met meer aandacht voor de rol van vertegenwoordigers van burgers/begunstigden/gebruikers.
- • Op lokaal niveau: meer steun en coördinatie creëren voor de actoren in het veld (verenigingen, overheidsdiensten, medisch, sociaal-cultureel, gezondheid, onderwijs, enz.)



## Waardige en toegankelijke huisvesting in een gezonde omgeving

Huisvesting is een fundamenteel recht. Het is een essentiële pijler van veiligheid en stabiliteit voor ieder van ons. Van alle niet-medische gezondheidsdeterminanten is het wellicht diegene die de meeste aspecten van het leven bepaalt. Volgens de Europese WHO zijn er in Europa elk jaar bijna 130.000 sterfgevallen die verband houden met **slechte huisvesting**. In het Verenigd Koninkrijk is vastgesteld dat het aantal sterfgevallen in de winter sterk samenhangt met de kwaliteit van de huisvesting. Dit heeft gevolgen voor zowel de geestelijke gezondheid (angst, depressie, enz.) als de lichamelijke gezondheid (verspreiding van infectieziekten, ademhalingsmoeilijkheden, enz.).

Voor een groeiend aantal mensen voldoet de huisvesting niet langer aan haar basisfunctie. In België slapen vandaag duizenden mensen op straat of in tijdelijke onderkomens. De laatste telling van daklozen in Brussel in november 2022 toont een stijging van bijna 20% aan van het aantal daklozen en mensen met een gebrekkige huisvesting in de hoofdstad. Duizenden andere mensen hebben moeite om hun huur te betalen: ook in Brussel zijn de huurprijzen tussen 2010 en 2020 met ongeveer 20% gestegen, exclusief indexering, en met 80% sinds 1986 (BBRoW). Deze **stijging van de woonlasten**, die

het gevolg is van vastgoedspeculatie, het gebrek aan regulering van de huurprijzen en het tekort aan sociale woningen, overtreft ruimschoots de stijging van de inkomens. Tot slot wonen duizenden mensen in te kleine of ongeschikte woningen. Volgens de gepubliceerde Welzijnsbarometer inzake Gezonde Huisvesting van eind 2019 woont 41% van de kinderen in ons land in **ondermaatse woningen** en hebben ze daardoor tot vier keer meer kans op gezondheidsproblemen. En dan hebben we het nog niet eens over slecht geïsoleerde woningen, waar bewoners worden geconfronteerd met torenhoge energiekosten. Tot slot betekenen de kosten van huisvesting in sommige gebieden dat mensen die in de buurt werken geen woning kunnen vinden, waardoor ze gedwongen worden tot lange pendeltijden.

We moeten dringend maatregelen nemen om **de stijging van de huurprijs te beperken** en investeren om **het aanbod en de kwaliteit van betaalbare woningen te verbeteren**. Dit is noodzakelijk als we sociale onzekerheid en de schadelijke gevolgen daarvan voor de gezondheid van mensen willen tegengaan.

De verstedelijking van onze omgeving, steeds minder groene ruimtes, meer blootstelling aan lawaai, luch-



tvervuiling en hittepieken: in het algemeen verslechtert onze leefomgeving. En toch weten we dat deze verslechtering van de leefomgeving leidt tot hogere stressniveaus en minder levensvreugde, evenals slaap- en concentratieproblemen, angst en vroegtijdig overlijden. We moeten dus ook de **achteruitgang van bepaalde gebieden tegengaan**.



#### *Eisen:*

- Steden en peristedelijke gebieden zo ontwerpen dat ze bestand zijn tegen klimaatverandering:
  - Meer groen, meer water en minder beton houden steden niet alleen koel tijdens hittegolven, maar maken ze ook gezonder en weerbaarder bij hevige regenval.
  - Ongebruikte of in onbruik geraakte grond in het hart van wijken weer ingebruiknemen als groene ruimte, volkstuinen, ontspanningsruimtes, therapeutische tuinen/ruimtes, zintuiglijke paden, enz. en biodiversiteit herintroduceren.
  - Bermen en gebieden met veel verontreiniging en concentraties van economische en industriële activiteit (lucht, bodem, water) saneren en herbegroeien en tegelijkertijd 'groene' corridors voor zachte mobiliteit creëren.

- Wat huisvesting betreft, huishoudens ondersteunen via een interfederaal pact voor huisvesting en energie:
  - Een engagement voor gezonde, toegankelijke woningen, in het bijzonder via premies voor huiseigenaars die renoveren, gemakkelijke toegang tot renovatiepremie's en groepsaankopen voor renovaties, met bijzondere aandacht voor ventilatie, schimmel en geluidsisolatie.
  - Een extra inspanning leveren op het vlak van zowel kwantiteit als kwaliteit van sociale huisvesting.
  - Ervoor zorgen dat de duurzame transitie op een sociaal rechtvaardige manier plaatsvindt, met name door de huurprijzen te reguleren in overeenstemming met energie- en volksgezondheidsindicatoren.
  - Garanderen van voldoende huisvesting en fatsoenlijke huisvesting voor mensen die op straat leven, in het bijzonder door de 'Housing first'-aanpak te ondersteunen.
  - Ervoor zorgen dat Fedasil haar wettelijke verplichtingen nakomt door onderdak te bieden aan alle personen die internationale bescherming zoeken.
- Mobiliteit: :
  - Het aanbod van openbaar vervoer uitbreiden en het netwerk ontwikkelen zodat het een echt aantrekkelijk alternatief voor de auto wordt.
  - Bedrijven, social profit/non-profitbedrijven en overheden aanmoedigen om meer stimulans te bieden voor werknemers die te voet, met de fiets of met het openbaar vervoer naar het werk gaan.

## Kwaliteitsvoeding voor iedereen

Naar schatting 600.000 mensen maken gebruik van voedselhulp in België (FBMD - verdeling van voedselpakketten, sociale restaurants en sociale kruidenierswaren). Dat is meer dan 5% van de bevolking. Het recht op voedsel is dus verre van gegarandeerd. Laat staan het recht op een waardige en autonome toegang tot **voldoende, gezond voedsel van hoge kwaliteit** dat beantwoordt aan de voedingsvoorkeuren van mensen.

Obesitas doodt 5 miljoen mensen per jaar, bijna twee keer zoveel als malaria, tuberculose en HIV samen (Institute for Health Metrics and Evaluation). In België is niet minder dan 16% van de volwassen bevolking zwaarlijvig (BMI  $\geq$  30) en 49% van de volwassen bevolking heeft overgewicht (BMI  $\geq$  25) (Sciensano). Sciensano schat ook dat overgewicht en obesitas de kosten voor gezondheidszorg met minstens 4,5 miljard euro per jaar de hoogte in stuwen.

De **industrialisering van de voedingsvoorziening** verzwakt de voedingskwaliteit van voedsel, wat leidt tot talloze chronische ziekten. Een teveel aan suiker, zout en vet in bewerkte voedingsmiddelen leidt tot gezondheidsproblemen zoals obesitas, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten en diabetes type 2. Naast deze chronische ziekten wordt

obesitas gezien als een risicofactor voor het ontwikkelen van bepaalde soorten kanker, dementie en chronische nieraandoeningen. Overmatige consumptie van bepaalde additieven die door de voedingsindustrie worden gebruikt, is in verband gebracht met gezondheidsproblemen zoals allergieën, gedragsstoornissen en hormonaal onevenwicht.

Junkfood heeft niet alleen een negatieve invloed op de gezondheid, het draagt ook bij aan de klimaatcrisis. Voedsel, dat cruciaal is voor de menselijke ontwikkeling, ligt op het kruispunt van gezondheid, ecologie en sociale rechtvaardigheid. Toch is het bijna uitsluitend in handen van de privésector. Volgens een recent rapport van Greenpeace hebben de 20 grootste agrovoedingsbedrijven - marktleiders in de graan-, kunstmest-, vlees- en zuivelsector - in de boekjaren 2020 en 2021 53,5 miljard dollar verdiend voor hun aandeelhouders, ten koste van miljoenen ondervoede mensen.

Sociale ongelijkheid in toegang tot kwaliteitsvoedsel, de daaruit voortvloeiende ongelijkheid op gezondheidsvlak en het **onhoudbare huidige voedselsysteem** vragen om actie om de kwaliteit en toegankelijkheid van voedsel te verbeteren. Kwaliteitsvoedsel moet voldoende

en evenwichtig zijn qua voedingswaarde, aangenaam voor de zintuigen, veilig en respectvol voor het milieu en de werknemers. Voedselkwaliteit moet gezondheids-, sociale, culturele en milieuaspecten combineren.



#### *Eisen:*

- Het promoten van toegankelijk voedsel met een hoge voedingswaarde op basis van lokale en duurzame productie, waarbij gebruik voor landbouwdoeleinden en voedsel ingrediënten die schadelijk zijn voor de gezondheid worden beperkt of verboden. Dit houdt in:
  - Maatregelen nemen om het gebruik van meststoffen en pesticiden tegen 2030 meer dan te halveren als onderdeel van de Europese 'van boer tot bord'-strategie, en boeren hierbij ondersteunen.
  - Lokale landbouw aanmoedigen via een nieuw regelgevend kader dat ook kleinschalige initiatieven toelaat om duurzaam en winstgevend te produceren.
  - Meer regulering en betere controle van de praktijken in de voedselindustrie.

- De eliminatie van giftige producten uit de Europese landbouw door import van voedsel en export van gewasbeschermingsmiddelen.
- Lokale, duurzame kwaliteitsproducten promoten.
- Het aanbod in gemeenschappen optimaliseren.
- Grotere financiële, culturele en geografische toegankelijkheid tot kwaliteitsaanbod.
- De invoering van verlaagde btw op gezond voedsel dat lokaal en duurzaam is geproduceerd.
- Strenge normen hanteren tegen reclame voor ongezond voedsel en producten die schadelijk zijn voor het klimaat en de biodiversiteit, vooral als die reclame gericht is op kinderen.
- Een gezondere levensstijl aanmoedigen, bijvoorbeeld door strengere etiketteringsregelingen voor restaurants, bedrijven, scholen en organisaties die zich inzetten voor gezonde voeding. Fastfood, suikerhoudende dranken en andere ongezonde voedingsmiddelen in en rond scholen verbieden.
- Om de toegang tot kwaliteitsvoedsel voor mensen in precare situaties te bevorderen: de socialezekerheidsstelsels en -niveaus versterken om het gebrek aan financiële toegang tot kwaliteitsvoedsel tegen te gaan; een stabiele aanvoer van kwaliteitsvoedselhulp ondersteunen.



## *De toegang tot gezondheidszorg faciliteren*

Alle mensen die in België wonen (of ze nu Belg zijn of niet) moeten er zeker van kunnen zijn dat aan hun gezondheidsbehoeften wordt voldaan, wat betekent dat **iedereen toegang moet hebben tot kwaliteitsvolle zorg**. De logica van het proportionele universalisme - met andere woorden, diensten en acties voor iedereen, op een schaal en met een intensiteit die in verhouding staan tot ieders behoeften - moet worden toegepast op het systeem om ongelijkheden te reduceren en iedereen een betere gezondheid te gunnen.

Toegang tot gezondheidszorg is een complex probleem. Er zijn een aantal mechanismen werkzaam. We moeten de verschillende obstakels voor toegankelijkheid goed in de gaten houden. **In geen geval mag de logica van commercialisering en privatisering ons gezondheidszorgsysteem in zijn greep krijgen.**

Het meest flagrante voorbeeld is ongetwijfeld de farmaceutische industrie. Vandaag de dag is er een totaal gebrek aan transparantie als het gaat om het reguleren van de pri-

jzen van medicijnen. De onderhandelingen tussen de bedrijven en de overheid worden in het grootste geheim gevoerd, wat resulteert in een kolossaal verlies aan inkomsten voor het socialezekerheidsstelsel en een gebrek aan toegang tot medicijnen voor de patiënten.

Ook in zorgomgevingen (ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, de zorgsector en thuiszorg) is er een wedloop naar financiële winst. Dit gaat ten koste van de toegankelijkheid (de factuur voor een ziekenhuisopname wordt bijvoorbeeld vaak verhoogd met extra kosten voor een verblijf in een eenpersoonskamer), maar ook van de kwaliteit van de zorg die mensen krijgen. Het komt ook tot uiting in de **arbeidsomstandigheden die er niet beter op worden** - wel integendeel - waardoor beroepen in de gezondheidszorg onaantrekkelijk worden en er personeelstekorten ontstaan. Deze tekorten hebben gevolgen op internationaal niveau, omdat professionals uit het buitenland worden aangetrokken om aan onze behoeften te voldoen.

Een ander probleem is de betaalbaarheid. **Het percentage specialisten dat werkt aan het conventietarief**, dat de officiële prijzen voor diensten vastlegt en patiënten een prijsplafond garandeert, **daalt**. Al deze verschijnselen, in combinatie met de privatisering van ziektekostenverzekeringen (DKV,

*In geen geval mag de logica van commercialisering en privatisering ons gezondheidszorgsysteem in zijn greep krijgen.*

hospitalisatieverzekeringen, enz.), moedigen de ontwikkeling van een 'geneeskunde met twee snelheden' aan.

Tot slot moet een **zorgsysteem** dat voor iedereen toegankelijk is, **gepland**, georganiseerd en gespreid zijn. In elk woon- en zorggebied moeten we de behoeften kunnen vaststellen en de capaciteit creëren om daaraan te voldoen.

Deze kwesties illustreren de uitdagingen op het gebied van toegang tot gezondheidszorg voor alle burgers, die vooral kansarme groepen treffen. Illegale immigranten behoren bijvoorbeeld tot de meest kwetsbaren. Zij worden geconfronteerd met de grootste drempels om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg. Daarom lijkt het essentieel om het systeem van **dringende medische hulp** (DMH) te hervormen. Er wordt vaak geen gebruik gemaakt van deze sociale bijstand, die door het OCMW wordt toegekend om de toegang tot gezondheidszorg voor

deze mensen te garanderen. Deze regeling moet worden vereenvoudigd, geharmoniseerd tussen de verschillende OCMW's, en versterkt. Gezien de huidige problematiek omtrent het DMH-systeem, zou de regularisatie van migranten zonder papieren ongetwijfeld een van de hoekstenen zijn om hun toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

Het systeem staat onder druk. Het is dus van vitaal belang dat we het nieuw leven inblazen en herdenken, met **overheidsinvesteringen** (geen besparingen) en met doelstellingen voor de volksgezondheid in het achterhoofd.



## Adequaat gefinancierde zorg

In 2019 besteedde België 10,7% van zijn BNP aan gezondheidszorg. In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, zijn deze overheidsuitgaven lager dan of gelijk aan die van de buurlanden, ook al blijven ze hoger dan het Europese gemiddelde. Vandaag wordt de begroting voor gezondheidszorg al te vaak beschouwd als een budgettaire variabele, terwijl het zou moeten **beantwoorden aan de behoeften van de bevolking** en de volksgezondheidsdoelstellingen. Volgens de laatste ramingen voor de periode 2024-2028 voorspelt het Federaal Planbureau een gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven voor gezondheidszorg van 4,1% voor langdurige zorg en 3,3% voor acute zorg. De 'groeinorm', d.w.z. de politieke keuze om de begroting voor gezondheidszorg elk jaar te verhogen, moet beantwoorden aan de behoeften (de 'normale' evolutie van de kosten voor gezondheidszorg en de ontwikkeling van innovatieve behandelingen) en mag geen besparingen toelaten, wat de vorige regering (Zweedse coalitie) deed door de groeinorm te verlagen tot 1,5%.

De onderfinanciering van de gezondheidszorg werkt de ontwikkeling van commerciële praktijken in de hand, en een te groot deel van de socialezekerheidsbijdragen van werknemers en werkgevers belandt in de zakken van de private commerciële sector (farmaceutische industrieën, gespecialiseerde zorgverleners, enzovoort). Als gevolg daarvan neemt de toegang tot **zorg** af en worden veel behoeften **onvoldoende vergoed** en gedekt door de ziekteverzekering. Dit is het geval voor tandheelkundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, brillen en hoorapparaten, en bepaalde geneesmiddelen en behandelingen (bijvoorbeeld voor kanker). In 2019 werd 19% van de gezondheidszorgkosten in België gedragen door de burgers. De buurlanden doen het beter: 10,8% in Nederland, 12,5% in Duitsland en 9,2% in Frankrijk .

Binnen het gezondheidszorgbudget zelf is er sprake van een aanzienlijk onevenwicht. Op dit moment zijn de drie grootste uitgavenposten van het RIZIV de honoraria van artsen, de financiering van ziekenhuizen en far-

---

4 Gegevens voor 2018. Bron: Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, «De evolutie van de sociale situatie en de sociale bescherming in België 2020», maart 2021, p33. (<https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/en/publications/silc/silc-analyse-sociale-situatie-en-bescherming-belgië-2020-en.pdf>)

maceutische benodigdheden, waarbij die laatsten alleen al goed zijn voor bijna 20% van het budget.

**Medicijnen** zijn bijna volledig **geprivatiseerd**, van onderzoek tot apotheek, en kosten het publiek almaar meer. De prijs is niet direct gekoppeld aan de productiekosten, maar wordt bepaald - tijdens vaak geheime onderhandelingen - op basis van wat de staat (en het publiek) bereid is te betalen. Sommige onderzoeksprojecten worden bijvoorbeeld stopgezet omdat ze betrekking hebben op ziekten die bevolkingsgroepen treffen die te arm zijn om ervoor te betalen, of op zeldzame ziekten. Omgekeerd worden kolossale budgetten besteed aan de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen waarvoor een lucratieve markt bestaat, ook al bieden ze geen toegevoegde waarde voor de gezondheid. Sommige behandelingen kosten nu tienduizenden euro's per persoon per jaar, terwijl de farmaceutische industrie tegelijkertijd een van de sectoren is die de hoogste dividenden uitkeert aan haar aandeelhouders.

De **eerstelijnszorg krijgt het zwaar te verduren**. Ze proberen de hoge noden het hoofd te bieden. Er is een schrijnend gebrek aan middelen en sommige regio's staan bijzon-

der machteloos tegenover de toestroom van patiënten. Meer dan ooit moet het beleid zich inzetten om de veerkracht van de gezondheidszorg te waarborgen bij toekomstige crisissen (op gezondheids-, sociaaleconomisch, politiek en milieugebied). Dit vereist een algemene **versterking van de sociale zekerheid** en, daarbinnen, **meer financiële steun voor alle eerstelijnsberoepen**, inclusief preventie en gezondheidsbevordering.



### *Eisen:*

- De groeicijfer voor het gezondheidsbudget verhogen tot minimum 3%, rekening houdend met de projecties van het Federaal Planbureau voor de periode 2024-2028 (4,1% voor langdurige zorg en 3,3% voor acute zorg). Deze groeicijfer mag niet langer een budgettaire variabele zijn.
- Budgetten herorganiseren en middelen toewijzen aan volksgezondheidsdoelstellingen en aan voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg van hoge kwaliteit. Deze middelen moeten prioritair een sterke, toegankelijke eerstelijnszorg van hoge kwaliteit financieren, onafhankelijk van ziekenhuizen en met primaire preventiemaatregelen. Adequate en goed verdeelde financiering van de gezondheidszorg zal de commercialisering van de zorg verminderen en de zorg toegankelijker maken.
- We moeten ook het budget voor gezondheidsbevordering verhogen tot 6% van het gezondheidszorgbudget, om te investeren in preventie in de breedste zin van het woord en om alle factoren die van invloed zijn op de gezondheid aan te pakken.
- De uitgaven voor medicijnen transparent maken, zodat de juiste prijs wordt betaald, en de farmaceutische industrie verplichten om het budget te respecteren.

## Zorg- en ondersteunende beroepen herwaarderen

België kampt met een ernstig **personeelstekort** in de zorg- en sociale sector. De beroepen in de gezondheidszorg zijn niet langer aantrekkelijk omwille van de slechte arbeidsvoorwaarden en lonen. Opeenvolgende overheidsbezuinigingen in de gezondheidszorg hebben geleid tot een intensivering van het zorgaanbod (kortere ziekenhuisopnames, intensievere zorg thuis of in rusthuizen, ...) voor alle professionals, al dan niet zorgverleners (administratief, logistiek, ...). Het **winstoogmerk** dat te veel zorginstellingen drijft, laat weinig ruimte voor het menselijke, wat een verdere bron van demotivatie is.

In de praktijk zijn er steeds meer vacatures voor verpleegkundigen. Bijna de helft van de intensive care-verpleegkundigen in ons land overweegt ontslag te nemen omwille van de onhoudbare werkdruk en **vreselijke arbeidsomstandigheden**. Twee andere belangrijke cijfers illustreren dit probleem: het aantal langdurige afwezigheden is sinds 2018 met 20% gestegen en zorgambassadeur Candice De Windt raamde dat er tegen eind 2022 een tekort zou zijn van tussen de 20.000 en 30.000 verpleegkundigen. De pandemie heeft dit fenomeen zowel onder de aandacht gebracht als geaccentueerd. De gevolgen voor de gezondheid en het welzijn op het

werk zijn vandaag de dag nog steeds voelbaar, met een hogere werkdruk en een verhoogd risico op burn-out in ziekenhuizen.

Tegen 2022 zullen 120 Belgische gemeenten ook een ernstig tekort aan huisartsen hebben (minder dan 50 artsen per 100.000 inwoners). Eén gemeente op twee in Wallonië en Vlaanderen en één op drie in het Brussels Gewest kampt met een tekort (minder dan 9 huisartsen per 10.000 inwoners), wat de vrees voor de verspreiding van 'medische woestijnen' doet ontstaan. Het probleem is niet nieuw en is geworteld in de communautaire problematiek van de verdeling van de RIZIV-nummers en de numerus clausus.

Meer in het algemeen worden alle beroepen in de zorg- en sociale sector getroffen. Het tempo en de werkdruk van deze jobs, in combinatie met de stress en het lage loon, zijn niet langer aantrekkelijk voor jonge professionals. Daardoor is er een tekort aan personeel, wat de werkdruk nog verhoogt van wie nog altijd aan boord is. Naast de menselijke kant van de zorg, is evenzeer het hele **zorgsysteem** van morgen **in gevaar**.

De gezondheidszorg verslechtert: ziekenhuizen en rusthuizen sluiten, wachtlijsten dikken aan, de selectieve patiëntkeuze neemt toe en een aantal patiënten wordt uitgesloten van zorg.

We kunnen niet toestaan dat onze gezondheidszorg in verval raakt door een gebrek aan voldoende en gemotiveerd personeel. Geconfronteerd met deze uitdagingen, willen we een ambitieus plan om de samenleving weer zorgzaam te maken, om de zorgberoepen nieuw leven in te blazen en om zorgverleners **waardige arbeidsomstandigheden en een waardige verloning**

te bieden. Ook de **opleidings-** en stagesystemen moeten worden herzien. We moeten ervoor zorgen dat er voldoende ondersteuning van het onderwijs is om de massale uitval te voorkomen die de laatste jaren kenmerkend is voor de opleiding van zorgprofessionals, die te snel 'productief' moeten zijn, door een gebrek aan ondersteuning en een tekort aan zorgverleners in de instellingen die de stagiairs ontvangen.



### *Eisen:*

- Financiële middelen investeren in het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en verloning van zorgpersoneel, met name verpleegkundigen en maatschappelijk werkers (het verminderen van de administratieve last en het verhogen van het aantal supervisors).
- De besparingen door fusies/reorganisaties van ziekenhuisnetwerken moeten worden gebruikt om de arbeidsomstandigheden en het personeelsbeheer te verbeteren, zonder het budget te verlagen. Met andere woorden, een deel van de middelen gebruiken die elders bespaard worden om de arbeidsomstandigheden voor alle ziekenhuismedewerkers te verbeteren.
- Een interfederaal plan om tegemoet te komen aan de lokale behoeften van de bevolking, in het bijzonder en als prioriteit voor de nabijheid van eerstelijnszorg- en hulpverleners. Werken aan de afschaffing van de federale quota voor het aantal artsen. Vandaag is er een groeiend tekort aan huisartsen in bepaalde gebieden (met inbegrip van tandartsen en bepaalde specialismen zoals oogartsen), met een toenemend uitstel van gezondheidszorg. Als gevolg daarvan neemt de directe vraag naar specialistische of ziekenhuiszorg toe. De afschaffing van de quota zal een impact hebben op het tekort aan zorgverleners.

## De toegang tot eerstelijns hulp en gezondheidszorg faciliteren

Vandaag blijft de dekking door de verplichte ziekteverzekering ontoereikend. Ten minste 1% van de bevolking is niet gedekt. Volgens de WHO stijgt dit percentage tot 2% in Brussel, bij de 25- tot 40-jarigen en de zelfstandigen. Bovendien betalen Belgen gemiddeld ongeveer 19% van hun gezondheidskosten zelf, veel meer dan Nederlanders, Fransen of Duitsers.

In ons land heeft meer dan één op de drie burgers geen vaste huisarts. Dit probleem wordt alleen maar erger, aangezien het **tekort aan huisartsen** in het hele land blijft toemenen.

Als gevolg van de toenemende digitalisering en de onderfinanciering van intermediaire organen, hebben veel mensen geen toegang tot de informatie en het advies van lokale instanties zoals die van de mutualiteiten.

*De democratie in de gezondheidszorg wordt ondermijnd door deze budgettoewijzing, die tweedelijnszorg bevoordeelt ten koste van eerstelijnszorg.*

Als we de verdeling van de begrotingsmiddelen binnen het RIZIV analyseren, zijn de drie grootste uitgavenposten: honoraria voor artsen (9 miljard euro), farmaceutische benodigdheden (5 miljard euro) en ziekenhuisfinanciering (7,4 miljard euro). **De democratie in de gezondheidszorg wordt ondermijnd door deze spreiding, die de tweedelijnszorg bevoordeelt ten koste van de eerstelijnszorg** (huisartsen, thuisverpleegkundigen, medische centra, gezinsplanning, enz.). Toch is de eerste lijn dichterbij, beter aangepast aan de behoeften en meer op preventie gericht. Maar de macht blijft in handen van de curatieve sector.

Prestatiefinanciering (fee-for-service) van zorgverleners leidt tot een wildgroei, wat niet bevorderlijk is voor een **holistische zorg voor patiënten**, inclusief preventie en gezondheidsbevordering. Een dergelijk systeem leidt tot grote ongelijkheden in de toegang tot de gezondheidszorg. Zoals de WHO onlangs aangaf, is de kloof tussen de rijkste en armste gezinnen bij de toegang tot gezondheidszorg in België aanzienlijk groter dan in andere landen van de Europese Unie. Deze ongelijkheden in de toegang tot eerstelijnszorg en preventie leiden tot overgebruik van de spoedafdelingen van ziekenhuizen en een toe-

name van het aantal acute behandelingen, wat de sociale zekerheid enorm op kosten jaagt.

Toch heeft de pandemie aangetoond hoe cruciaal het is om de coördinatie van ons gezondheidszorgsysteem te verbeteren, om het op te bouwen vanuit een brede

basis die de eerste lijn van zorg vormt en om ervoor te zorgen dat elke burger toegang krijgt tot een lokaal multidisciplinair team.

### *Eisen:*

- De eerstelijnszorg ondersteunen om het tekort aan eerstelijnszorgverlenerstegen te gaan, met bijzondere aandacht voor de financiering van thuiszorg.
- De coördinatie verbeteren en de forfaitaire financiering verhogen, gekoppeld aan kwaliteitscriteria, om betere zorg voor patiënten te garanderen, met de nadruk op continuïteit, interdisciplinariteit en meer geïntegreerde zorg.
- Zorgen voor de herfinanciering van mutualiteiten en vakbonden, die een sleutelrol spelen bij het vaststellen van de behoeften en de toegankelijkheid van zorg, om lokale fysieke loketten of digitale hulpmiddelen te ontwikkelen in het hele land.



## Betaalbaarheid en tariefzekerheid garanderen

Toegang tot gezondheidszorg is nauw verbonden met de financiële toestand. Voor veel patiënten is gezondheidszorg onbetaalbaar geworden en een grote hap uit hun jaarbudget. In België bestaan er mechanismen om de toegang tot gezondheidszorg voor iedereen te garanderen. Dit is het geval met de overeenkomst tussen zorgverleners en mutualiteiten, die **tariefzekerheid** garandeert voor patiënten.

In tegenstelling tot geconventioneerde artsen stellen niet-geconventioneerde artsen hun eigen honoraria vast, waardoor de prijs van hun diensten stijgt en ze bijdragen aan een grotere ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg. In dit geval, of het nu gaat om ambulante of intramurale zorg, betaalt de patiënt extra honoraria bovenop de eigen bijdrage. Sinds enkele jaren is er een **trend naar het deconventiëren** van een aantal dienstverleners en een stijging van de ziekenhuis-toeslagen.

In België bijvoorbeeld zijn zes op de tien oogartsen niet geconventioneerd (8 op de 10 in sommige gebieden). Meer dan 40% van de logopedisten weigerde ook om de laatste overeenkomst te ondertekenen, terwijl dit percentage vroeger niet meer dan 10% bedroeg. Wat kinesitherapeuten betreft: hoewel

hun opt-outpercentage relatief laag blijft, zijn de cijfers de afgelopen jaren verviervoudigd (3,4% van de procedures in 2016, 16,2% in 2019). Tandheelkundige zorg is een ander treffend voorbeeld van de gevolgen van stijgende kosten voor patiënten. Het percentage gedeconventioneerde tandartsen is gestegen van 28,9% in 2008 naar 40% in 2022.

Onder de armste 20% van de huishoudens heeft 10,4% afgezien van een tandheelkundige behandeling wegens gebrek aan middelen, vergeleken met slechts 1,2% onder de rijkste 20% - ongeveer 10 keer minder. In ziekenhuizen **stegen de honorariumtoeslagen** tussen 2015 en 2019 twee keer zo snel als de vergoedingen die door het RIZIV werden betaald. In 2021 zullen de honorariumtoeslagen op terugbetaalbare medische kosten voor ziekenhuisverblijven € 598 miljoen bedragen (€ 496 miljoen voor standaard ziekenhuisopname en € 102 miljoen voor daghospitalisatie).

In 2020 werd dus ongeveer een vijfde (20,8%) van alle uitgaven voor gezondheidszorg (exclusief ziekenhuiszorg) gedragen door patiënten, waarvan 16% via contante betalingen en 4,76% via vrijwillige aanvullende verzekeringen. Dit aandeel is aanzienlijk hoger dan in onze buurlanden. **De stijging van de kosten voor**

*In Wallonië en Brussel heeft bijna één persoon op twee noodzakelijke zorg uitgesteld om financiële redenen.*

**gezondheidszorg treft vooral de meest kwetsbare groepen:** werklozen, arbeidsongeschikten, mensen met een handicap en huishoudens die in armoede dreigen te vervallen.

Voor 15,7% van de huishoudens vormt medische zorg een grote financiële last. Dit aandeel stijgt tot 28,5% voor huishoudens die het risico lopen in armoede te vervallen (die minder dan 60% van het mediaan inkomen verdienen). Onbevredigde medische noden om financiële redenen worden vermeld door 15% van de mensen die het moeilijk hebben om in hun primaire behoeften te voorzien op het vlak van huisvesting, voeding, verwarming, enzovoort, tegenover slechts 1,2% van de mensen waarbij dat niet het geval is. Bijgevolg heeft in Wallonië en Brus-

sel bijna één persoon op twee die zorg nodig had, die om financiële redenen uitgesteld.

Toeslagen en deconventionering zijn grote obstakels voor de toegang tot gezondheidszorg, vooral voor kwetsbare groepen. Het is daarom van vitaal belang om deze trend een halt toe te roepen. Fragiele groepen de toegang tot gezondheidszorg ontzeggen is een groot probleem dat om krachtige maatregelen vraagt. Er zijn wel degelijk **alternatieven** die gezondheidszorg betaalbaarder maken.

De afschaffing van gedeeltelijke conventionering, de versterking van beschermende statuten (OMNIO, maximumfactuur) en de regulering van de honoraria van zorgverleners zullen kwetsbare patiënten een betere toegang tot zorg bieden. Daarnaast is de versterking van het systeem van **gezondheidscentra met forfaitaire** financiering een absolute noodzaak als we de toegang tot zorg willen verbeteren en stappen willen zetten naar **interdisciplinariteit**.

*Eisen:*

- Het aandeel van geconventioneerde zorgverleners in elk woon- en zorggebied verhogen (om een minimumdrempel van 80% te bereiken voor huisartsen, specialisten en tandartsen) door middel van stimulansen.
- Afschaffing van gedeeltelijke conventionering en honorarium-toeslagen in ziekenhuizen.
- Versterking van de bescherming voor de meest kwetsbare groepen (OMNIO-status die automatisch wordt toegekend en verhoging van de drempel van 10%).

## Voor echelonnering en geplande zorg

De efficiëntie van een gezondheidszorgsysteem is gebaseerd op het principe van **gespreide** zorg, een hiërarchisch systeem van zorglijnen dat patiënten aanmoedigt om zo laag(drempelig) mogelijk in het zorgsysteem binnen te stappen. De huisartsen hebben hierin een beslissende rol. Door de noodzaak om naar het ziekenhuis te gaan te verminderen en mensen aan te moedigen om thuis te blijven, maakt gespreide zorg een **globale en continue visie op zorg** mogelijk en wordt een preventieve aanpak geïntegreerd. Het is minder duur voor het socia-lezekerheidsstelsel.

Gespreide toegang moet hand in hand gaan met een versterking van de eerstelijnszorg. De diensten moeten worden afgestemd op de gezondheidsbehoeften van de bevolking. Met de ontwikkeling van alternatieven voor hospitalisatie en vroegtijdige terugkeer naar huis, de toename van chronische ziekten (26% van de Belgische bevolking lijdt aan minstens één chronische ziekte) en de vergrijzing van de bevolking (19,1% van de Belgische bevolking zal ouder zijn dan 65 in 2020, tegenover 18,1% in 2015), probeert de eerstelijnszorg nu in te spelen op de toename.



Daarom moeten we in elk woon- en zorggebied kunnen garanderen dat de behoeften van de bevolking in kaart worden gebracht, dat er op basis van die behoeften volksgezondheidsdoelstellingen worden geformuleerd en dat er op die behoeften kan worden ingespeeld. Om dit te bereiken moet de eerstelijnszorg beter worden gepland en georganiseerd. Het tekort aan huisartsen in België (120 Belgische gemeenten zullen tegen 2022 een ernstig tekort aan huisartsen hebben) is eerder een weerspiegeling van de **ongelijke spreiding van artsen over het land** dan van een algemeen tekort. Sommige gebieden worden minder

goed bediend dan andere, vooral op het platteland en in achtergestelde wijken in grote stedelijke centra.

Tijdens de vorige legislatuur hebben de stemmingen over het Geïntegreerd Sociaal Gezondheidsplan in Brussel en het Proxisanté-decreet in Wallonië de organisatie van de eerstelijnszorg enigszins verbeterd. Sinds 2010 reorganiseert ook Vlaanderen zijn eerstelijnszorglandschap in drie niveaus. Deze organisatie krijgt stilaan vorm. Maar opnieuw rijst de vraag welke **middelen** beschikbaar zullen worden gesteld om dit **territoriale beleid** uit te voeren. Welke reële slagvaardigheid zullen eerstelijnsgezondheidswerkers toebedeeld krijgen over de specifieke volksgezondheidskwesties voor hun gebied, in een context waar sociale ongelijkheden toenemen?

Naast de kwestie van middelen is er ook de kwestie van **samenwerking tussen de verschillende overheidsniveaus**. Een goede zorg- en hulpplanning hangt af van een reeks factoren waarvoor zowel de federale overheid, de gewesten als de gemeenschappen verantwoordelijk zijn. Een gecoördineerde aanpak en de goedkeuring van een interfederaal actieplan zijn dus noodzakelijk.

Een van de grootste obstakels voor het plannen van een aan de behoeften van de bevolking aangepast hulp- en zorgaanbod is namelijk het tekort aan personeel. Het antwoord op deze situatie moet zowel het financieringsbeleid voor de gezondheidszorg (federaal) als het beleid voor het hoger onderwijs (gemeenschapsbeleid) omvatten, evenals stimulansen voor vestiging (gewestelijk). Ter rechtvaardiging van de noodzaak om de samenwerking tussen bestuursniveaus te versterken, moet ook worden opgemerkt dat de federale overheid weliswaar controle heeft over de quota voor de uitoefening van de geneeskunde, maar dat het de gemeenschappen zijn die verantwoordelijk zijn voor de verdeling van de RIZIV-nummers over de verschillende specialismen. Tot slot is er de rol van de gewesten in de organisatie van de eerstelijnszorg.

Dit plan moet worden ontworpen op basis van de werkelijke behoeften van de bevolking, geobjectiveerd door **een kadaster van het aanbod en een inschatting van de behoeften**. In veel sectoren, vooral in de gehandicaptensector, is er momenteel geen duidelijke inventaris van bestaande zorg- en ondersteuningsdiensten. Deze kennis van de reële situatie op het

terrein is essentieel om ervoor te zorgen dat aan de behoeften van de bevolking wordt voldaan. Het plan moet ook rekening houden met de geografische, demografische en socio-economische omstandigheden die de organisatie van zorg en hulp beïnvloeden.

Ten slotte vereist een effectieve spreiding van de zorg een heroverweging van de **taakverdeling tussen de verschillende beroepsbeoefenaars**. In de context van te-

korten, overbelasting en een gebrek aan erkenning van bepaalde beroepen, is het dringend noodzakelijk om na te denken over de vaardigheden van elk van hen: een verpleegassistent is bijvoorbeeld in staat om bepaalde handelingen uit te voeren, waarvoor momenteel nog geen wettelijk kader is, waardoor de werklast van het beroep van verpleegkundige toeneemt. Deze verdeling moet plaatsvinden in overleg met vertegenwoordigers van de beroepen en gebruikers.

### *Eisen:*

- Een interfederaal actieplan voor gezondheidszorg vastleggen op basis van de werkelijke behoeften van de bevolking, rekening houdend met geografische en demografische factoren, maar ook met socio-gezondheids- en economische criteria. We moeten de behoeften objectiveren (in alle sectoren) om te kunnen anticiperen op het aanbod op basis van de vraag. Daarom willen we een kadaster van het aanbod en een telling van de werkelijke behoeften op basis van woon- en zorggebieden, in overeenstemming met onze wens voor een model van proportioneel universalisme in hulp en zorg.
- De toegang tot opleidingen voor personeel in de gezondheidszorg faciliteren om alle beroepen aan te moedigen.
- Echelonnering van zorg zodat de taken goed worden verdeeld tussen de verschillende zorgberoepen (artsen, verpleegkundigen, zorgassistenten, enz.).



## Beeldreferenties:

- [https://fr.freepik.com/vecteurs-libre/concept-therapie-groupe\\_9909089.htm#query=pr%C3%Agvention&position=19&from\\_view=search&track=sph](https://fr.freepik.com/vecteurs-libre/concept-therapie-groupe_9909089.htm#query=pr%C3%Agvention&position=19&from_view=search&track=sph)>>Freepik</a>
- [https://fr.freepik.com/vecteurs-libre/modele-detaille-page-destination-apprentissage-ligne\\_13399311.htm#query=infirmiers&position=34&from\\_view=search&track=sph](https://fr.freepik.com/vecteurs-libre/modele-detaille-page-destination-apprentissage-ligne_13399311.htm#query=infirmiers&position=34&from_view=search&track=sph)>>Freepik</a>
- [https://fr.freepik.com/vecteurs-libre/preparer-test-ensemble-aprendre-etudier-amis-revision-efficace-calendriers-revision-planification-comment-reviser-concept-examens-illustration-isolee-bleu-corail-rose\\_11663371.htm#fromView=search&term=cours\\*&page=1&position=2&track=sph&regularType=vector](https://fr.freepik.com/vecteurs-libre/preparer-test-ensemble-aprendre-etudier-amis-revision-efficace-calendriers-revision-planification-comment-reviser-concept-examens-illustration-isolee-bleu-corail-rose_11663371.htm#fromView=search&term=cours*&page=1&position=2&track=sph&regularType=vector)>> van vectorjuice</a> op Freepik
- [https://stock.adobe.com/fr/images/social-security-benefits-for-people-with-disabilities-vector-illustration/475969276?prev\\_url=detail>Type=vector](https://stock.adobe.com/fr/images/social-security-benefits-for-people-with-disabilities-vector-illustration/475969276?prev_url=detail>Type=vector)>> van noomaporn op Adobe Stock
- [https://stock.adobe.com/fr/images/lifestyle-in-the-city-landscape-health-and-environment-concept-vector-illustration-of-geometric-flat-design-with-the-simple-cityscape/539351650?prev\\_url=detail>Type=vector](https://stock.adobe.com/fr/images/lifestyle-in-the-city-landscape-health-and-environment-concept-vector-illustration-of-geometric-flat-design-with-the-simple-cityscape/539351650?prev_url=detail>Type=vector)>>van Wanlee op Adobe Stock



# #BeterLeven

Gezondheid door en voor iedereen

Gepubliceerd door de Gezondheidscoalitie

Zuidlaan 25/5, 1000 Brussel  
E-mail: [info@gezondheidscoalitie.be](mailto:info@gezondheidscoalitie.be)  
Tel: 0498/46 80 76

V.U : Brieuc Wathelet

Oktober 2023

