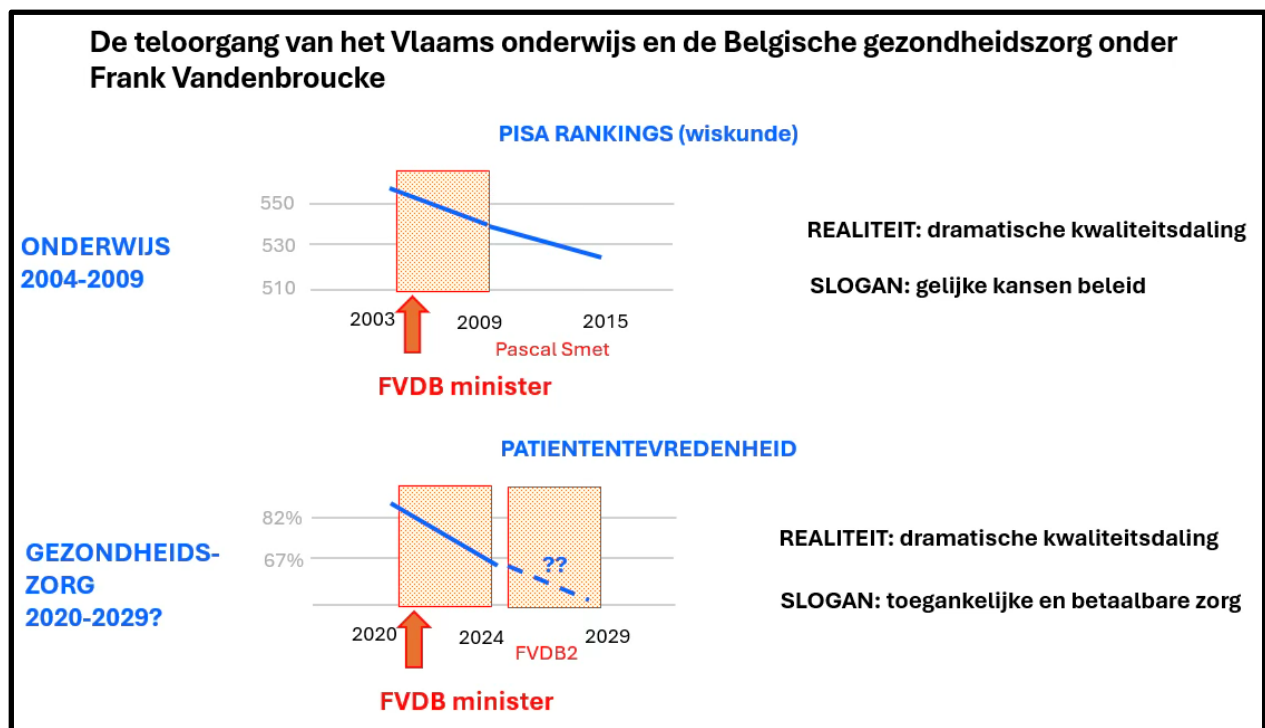


Nota

Belgische gezondheidszorg in crisis.

In deze tekst wordt uiteengezet hoe het beleid van Frank Vandenbroucke als minister van Volksgezondheid rechtstreeks in verband kan gebracht worden met de huidige problemen in de Belgische gezondheidszorg. Daarnaast wordt een link gelegd met de kwaliteitsdaling in het Vlaamse onderwijs, die zich begon af te tekenen tijdens zijn ambtsperiode als Vlaams minister van Onderwijs vanaf 2004.



Inhoudsopgave

Inleiding	2
1. Kwaliteit en kostprijs van de Belgische gezondheidszorg vóór het aantreden van Frank Vandenbroucke als minister van volksgezondheid.....	2
2. Evolutie van de kwaliteitsparameters tijdens regeerperiode “Vandenbroucke 1” (2020 - 2024).....	6
3. Mogelijke oorzaken van de negatieve evolutie in de periode 2020-2024	13
Hierbij is enige verdere toelichting gepast.	14
4. Plannen van minister Frank Vandenbroucke voor de tweede regeerperiode (2025-2029), en voorspelbare gevolgen	18
Besluit.....	21

Inleiding

De radiologen stellen vast dat de Belgische gezondheidszorg niet langer gezond is. Integendeel, deze patiënt is sinds een viertal jaar ziek en wordt steeds zieker. Verwonderlijk, want voorheen was de patiënt kerngezond.

Radiologen komen dagelijks in contact met zowel gehospitaliseerde als ambulante patiënten, en met een breed scala aan zorgverstrekkers, zoals verpleegkundigen, huisartsen, en andere artsen-specialisten. Zij kunnen dus binnen de gezondheidszorg de rol vervullen van de spreekwoordelijke kanarie in de koolmijn.

Ons perspectief is dat van de 11,7 miljoen Belgen. Onze bezorgdheid gaat uit naar de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.

Ter situering gaan we eerst een vijftal jaar terug in de tijd.

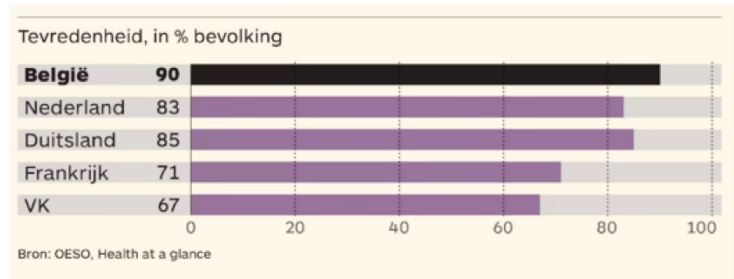
1. Kwaliteit en kostprijs van de Belgische gezondheidszorg vóór het aantreden van Frank Vandenbroucke als minister van volksgezondheid

De Belgische gezondheidszorg stond jarenlang bekend als een van de beste in Europa: hoogstaande medische kwaliteit, korte wachttijden en brede toegankelijkheid voor de bevolking. Deze sterke reputatie was niet louter gebaseerd op perceptie, maar onderbouwd door internationale vergelijkingen en objectieve cijfers.

Hieronder volgen enkele kernindicatoren die de uitzonderlijke prestaties van het Belgische zorgsysteem illustreren in termen van patiëntentevredenheid, medische uitkomsten en betaalbaarheid, zowel voor de overheid als voor de patiënt.

- **Patiënten tevredenheid :**

90% van de Belgen verklaarde in 2021 **tevreden** te zijn over de kwaliteit van de zorg (ter vergelijking met enkele buurlanden: Nederland: 83%, Duitsland: 85%, Frankrijk: 71%, UK: 67%) (Figuur 1) (1).

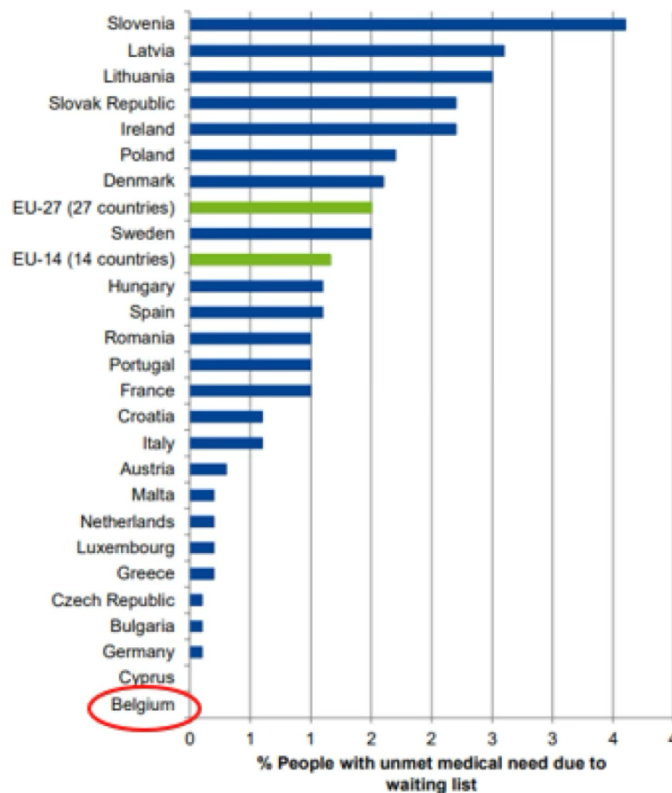


Figuur 1: Patiëntentevredenheid in België en enkele buurlanden

- **Wachtlijsten :**

Voor deze parameter scoorde België op **topniveau** (data voor 2013 - 2018): het % niet ingevulde medische behoeften als gevolg van wachtlijsten was zo goed als 0 (Figuur 2) (2).

Figure 4: People with self-reported unmet medical need due to waiting list (% of respondents) (2022) – Source: EU-SILC

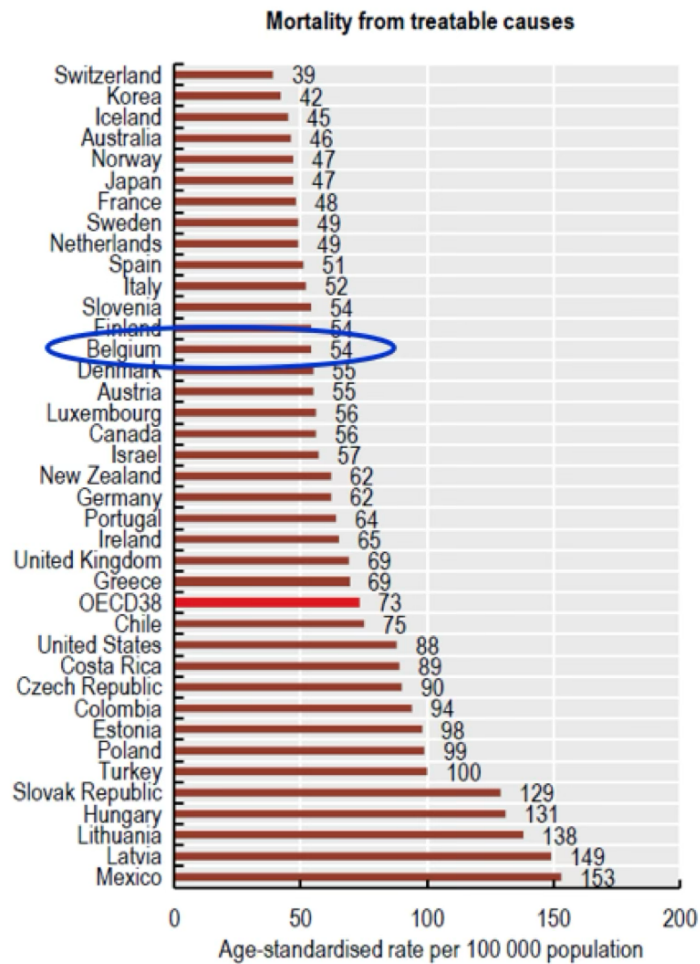


Source: Based on EU-SILC data 2022

Figuur 2. Wachtlijsten in de gezondheidszorg: internationale vergelijking

- **Medische kwaliteit :**

In vergelijking met andere landen is er in België een relatief **lage sterfte** als gevolg van behandelbare ziekten (data 2019) (figuur 3) (3).

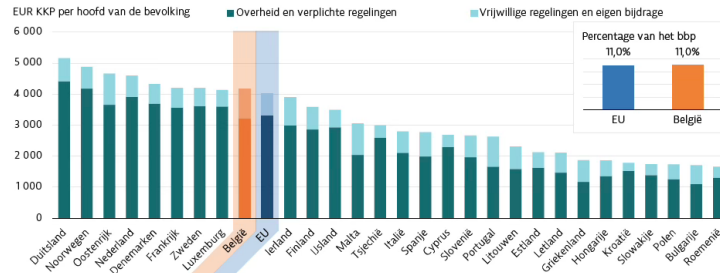


Figuur 3: vermijdbare sterfte als gevolg van behandelbare ziekten

Deze puike resultaten werden gerealiseerd aan een **meer dan aanvaardbare kost:**

- **Kost voor de overheid** : de uitgaven voor gezondheidszorg in België kwamen in 2021 ongeveer overeen met het **EU gemiddelde** (Figuur 4).

Figuur 8. De uitgaven voor gezondheidszorg in België kwamen in 2021 bijna overeen met het EU-gemiddelde

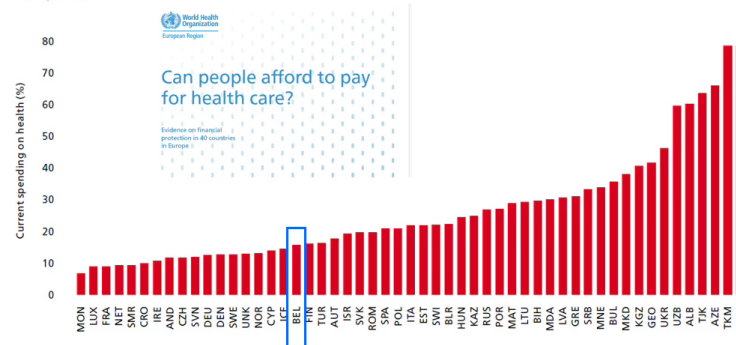


Opmerking: Het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde.
Bron: OESO-gezondheidsstatistiek 2023 (gegevens voor 2021, behalve Malta (2020)).

Figuur 4. Uitgaven voor gezondheidszorg

- **Kost voor de patiënt** : de eigen bijdrage van de patiënt is hoger dan in een aantal buurlanden, maar relatief laag in vergelijking met het **EU gemiddelde** (figuur 5).

Fig. 1. Out-of-pocket payments as a share of current spending on health, Europe, 2021. Source: WHO (2023).



Figuur 5. Kost voor de patiënt

Samenvattend kan men stellen dat de prijs-kwaliteit verhouding van de Belgische gezondheidszorg uitstekend was.

2. Evolutie van de kwaliteitsparameters tijdens regeerperiode “Vandenbroucke 1” (2020 -2024)

Na vier jaar beleid van minister Frank Vandenbroucke als federaal minister van Volksgezondheid tekenen zich duidelijke signalen af van structurele problemen binnen de eerstelijnszorg. Ondanks een aantal hervormingen met het oog op grotere toegankelijkheid, wijzen zowel cijfers als getuigenissen uit het werkveld op een verslechtering van de situatie voor patiënten én zorgverleners.

De combinatie van toenemende zorgvraag, beperkte capaciteit en een stagnerend beleid rond efficiëntie en organisatie heeft geleid tot een opvallende daling van de patiëntentevredenheid, een toename van patiëntenstops en een overbelasting van spoeddiensten. Hieronder volgen enkele concrete indicatoren van deze negatieve evolutie.

- **Patiëntentevredenheid.**

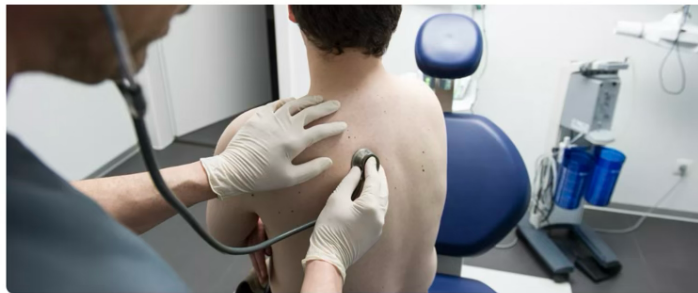
De patiëntentevredenheid over de gezondheidsvoorzieningen is met 8% **gedaald**, de tevredenheid over de beschikbaarheid van huisartsen zelfs met **15%** (Figuur 6) (4).



Figuur 6. Daling van patiëntentevredenheid in de periode 2020-2023

- **Wachlijsten bij huisartsen.**

Bij de huisartsen is de situatie op korte termijn sterk achteruitgegaan. **Tot 60%** van de huisartsen heeft een gedeeltelijke of volledige **patiëntenstop** ingevoerd (5,6). Enkele jonge huisartsen haalden begin 2024 de nationale media met een emotionele oproep (7) (Figuur 7-9).



Steeds meer Belgische huisartsen voeren (gedeeltelijke) patiëntenstop in door toegenomen werkdruk

Meer dan de helft van de huisartsen in ons land accepteert enkel nog onder specifieke voorwaarden nieuwe patiënten en bijna een op de vijf heeft zelfs een volledige patiëntenstop. Dat blijkt uit een enquête in opdracht van de FOD

Volksgesondheid bij Belgische huisartsen. Driekwart van de bevroagden gaf daarin aan een hoge tot zeer hoge werkdruk te ervaren.

Nils Schillewaert
ma 17 apr 2023 16:29

Figuur 7. Persbericht over patiëntenstops

Achtergrond Huisartsen

Bijna de helft van huisartsen beperkt aantal patiënten: 'Ook voor onze vaste patiënten wachttijd van twee weken'



Figuur 8. Persbericht over patiëntenstops



Emotionele oproep van jonge huisartsen aan de kust: "Te weinig tijd voor patiënten, maar vaak enige steunpilaar voor ouderen"

Drie jonge huisartsen aan de kust doen een emotionele oproep op Facebook, in een groep met duizenden artsen. Ze klagen aan dat ze met te weinig zijn en dus amper tijd hebben voor hun patiënten. Minister voor Volksgezondheid Frank Vandenbroucke (Vooruit) werkt aan maatregelen, maar die zullen volgens de dokters het verschil niet maken.

Figuur 9. Oproep jonge huisartsen

- **Overrompeling spoeddiensten.**

Vanaf 2023-2024 werd in de media melding gemaakt van een onhoudbare stijging van het aantal patiënten op spoedafdelingen (8,9). Bovendien werd aangegeven dat veel (tot 50%) patiënten zich op spoed aanmeldden niet omdat ze een dringend medisch probleem hebben maar omdat ze via het regulier circuit (raadpleging bij huisartsen en specialisten) langer moeten wachten (figuur 10-12).



Spoodarts Nima Tabrizi. — © Sebastian Steveniers

GETUIGENISSEN OP DE SPOED

Spoodafdeling in ziekenhuizen wordt overspoeld: "Tot helft van patiënten hoort er niet thuis"

Het tekort aan huisartsen vertaalt zich in een stormloop op spoeddiensten van ziekenhuizen.
"Hier is het elke dag pompen of verzuipen."

Karliën Beckers, Lamiae Ben Ayad
/andaag om 16:12

14 feb 2024

Figuur 10. Overrompeling spoeddiensten

De Standaard Nieuws Opinie Inspiratie Podcasts

REPORTAGE

Op de spoed van AZ Jan Portaels in Vilvoorde: “Ik kan pas in mei terecht bij mijn gynaecoloog. Dus kom ik naar spoed”



Nicole gleed uit in de badkamer. Met een gebroken teen en een zeer linkerbeen komt ze op de spoed terecht. — © Kristof Vadino

Figuur 11. Overrompeling spoeddiensten

ZOL werkt aan spoed met kortere wachttijden: “Situatie niet meer houdbaar”



Figuur 12. Overrompeling spoeddiensten

- **Acties artsen.**

Begin 2024 werd door een groep zeer ongeruste artsen een petitie gelanceerd met als doel de problematiek onder de aandacht van de beleidsmakers te brengen (10,11) (figuur 13-14).



Figuur 13. Petitie zeer ongeruste artsen



1.400 artsen in open brief: 'Ineenstorting van onze gezondheidszorg is nabij'



Figuur 14. Petitie zeer ongeruste artsen

3. Mogelijke oorzaken van de negatieve evolutie in de periode 2020-2024

De negatieve evolutie in de eerstelijnszorg tussen 2020 en 2024, met toenemende wachtlijsten, overbelasting van huisartsen en dalende tevredenheid, kan niet zomaar verklaard worden door een tekort aan artsen. Integendeel, het aantal actieve huisartsen is in die periode licht gestegen.

De oorzaken moeten dan ook elders worden gezocht, met name in beleidsbeslissingen die de drempels tot zorg verder verlaagden in een systeem dat al bijzonder toegankelijk was.

Deze maatregelen, hoewel goedbedoeld, leidden tot een stijging van het aantal consultaties en druk op de beschikbare capaciteit. Onderstaande elementen illustreren deze evolutie en de rol die beleidskeuzes daarin speelden.

- **Aantal huisartsen?**

Het aantal actieve huisartsen is de afgelopen 10 jaar niet gedaald maar gestegen. In 2023 waren er bijvoorbeeld 14.286 actieve huisartsen, wat overeenkomt met 8,35 huisartsen per 10.000 inwoners. Dit is een lichte verbetering ten opzichte van eerdere jaren (12).

- **Beleidsbeslissingen?**

Van zodra de coronacrisis onder controle was achtte minister Vandenbroucke het moment gekomen om een reeks **hervormingen** door te drukken. Deze betroffen vooral voor hem electoraal interessante maatregelen, zoals het **verder verlagen van financiële drempels** voor toegang tot de eerstelijns gezondheidszorg. Men moet zich hierbij realiseren dat de Belgische gezondheidszorg op dat moment **reeds zeer toegankelijk** was, tot grote tevredenheid van de patiënt (zoals geïllustreerd met de cijfers hierboven). Zo bedroeg het remgeld voor bezoek aan een huisarts slechts 4 euro voor de algemene bevolking en, sinds 2015, 1 euro voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming.

Vanaf 2019 werd voor deze laatste groep bovendien het derde betaler systeem verplicht gemaakt, zodat er reeds zo goed als geen drempels meer waren. Toch

besloot de minister nog een paar stappen verder te gaan. Zo werd reeds **begin 2022** de **derde betaler regeling in de huisartsgeneeskunde** mogelijk gemaakt voor alle patiënten.

Zoals verwacht werd hiervan op grote schaal gebruik gemaakt, met als gevolg drempelverlaging en een groter aantal consultaties (13). Vanaf oktober 2023 mochten jongeren tot 24 jaar uit financieel kwetsbare gezinnen gratis naar de huisarts. Vanaf 1 januari 2025 (overgangsmaatregel 2024) geldt een verbod tot aanrekenen “**supplementen**” bij patiënten met **verhoogde tegemoetkoming**. In de praktijk betekent dit dat een bezoek aan de huisarts, afhankelijk van de situatie, typisch 0 euro, 1 euro, of 4 euro kost. Vergelijkbaar met de kost van een brood.

Hierbij is het ook interessant te vermelden dat de remgelden al 20 jaar niet meer werden geïndexeerd. Rekening houdend met de inflatie stemt dit overeen met een afname van 35-40% (<https://simuleer.be/inflatiecalculator/>).

Hierbij is enige verdere toelichting gepast.

- **Prijs-elasticiteit.**

Prijs-elasticiteit in de zorg geeft aan hoeveel meer (of minder) zorg iemand gaat gebruiken wanneer een eigen betaling afneemt (of toeneemt). Hierover bestaan internationale studies (14,15). Zo wordt de prijs-elasticiteit van huisartsenzorg geraamd op **-0.3 tot -0.4**. Dit betekent dat de consumptie met 15-20% stijgt als de prijs 50% daalt. Er werd ook aangetoond dat patiënten die gebruik maken van de derde betaler regeling vaker naar de huisarts gaan (13,16).

Uiteraard kunnen bij deze patiënten bijkomende onderzoeken zoals labo of medische beeldvorming worden aangevraagd, wat ook de consumptie binnen deze disciplines verhoogt.

- **Zinvolle zorg?**

De essentiële vraag is natuurlijk of het verlagen van drempels ook leidt tot meer zinvolle zorg. En hier knelt het schoentje. **Huisartsen worden voor vanalles en nog wat aangesproken**. De burger ziet de huisarts blijkbaar niet alleen als een medisch geschoold individu, die je voornamelijk om gezondheidsredenen consulteert, maar ook als een persoon die antwoorden moet formuleren op veel niet-medische issues. Waar moet ik aankloppen om een nieuw paspoort aan te vragen? Heb ik geen recht op verhoogde tegemoetkoming?

Het is maar een greep uit de vragen waarmee huisartsen dagelijks om de oren geslagen worden. Eigenlijk vervullen ze de rol van psycholoog, ziekenfonds, gemeentehuis, dietist, en OCMW (17). Een soort universeel, zo goed als gratis, aanspreekpunt voor alle problemen dus.

Deze problematiek werd veelvuldig in de media aangekaart (18), maar steeds door de bevoegde minister onder de mat geveegd.

- **Hoe té toegankelijk evolueert naar ontoegankelijk.**

Zoals hoger aangegeven heeft het (ondoordacht) steeds toegankelijker maken van de gezondheidszorg rechtstreeks tot *ontoegankelijkheid* geleid (10).

Ondoordacht verlagen van drempels leidt tot meer **consumptie**, meer consumptie leidt tot **overbelasting** van de zorgverstrekkers, met als gevolg patiëntenstops en wachlijsten, en dus **minder toegankelijke zorg**. Dit kan niet de bedoeling zijn, maar is toch gebeurd (cfr supra).

Nog erger is dat concrete voorstellen van artsenorganisaties om deze problematiek aan te pakken door de minister simpelweg worden afgewezen (19), waardoor de bestaande overbelasting van het zorgsysteem en het ondoelmatig gebruik van middelen (belastinggeld) onverminderd doorgaat.

- **Richtlijnen en sensibilisering.**

Men zou logischerwijze kunnen verwachten dat het verlagen van drempels zou gepaard gaan met het lanceren van flankerende maatregelen die ervoor zorgen dat de verhoogde consumptie op z'n minst **zinnig** is, met andere woorden dat het geld van de belastingbetaler op een verantwoorde manier wordt uitgegeven, en dat zorgverstrekkers op een zo efficiënt mogelijke manier worden ingezet, meer bepaald voor zaken waarvoor ze zijn opgeleid en bij patiënten die effectief zorg nodig hebben.

Talrijke systemen bestaan hiervoor en zijn in vele landen in voege. We denken hierbij aan sensibiliseringscampagnes of triagesystemen (zoals "1733"). Een mooi voorbeeld van een geslaagde **sensibiliseringscampagne** is de campagne die het gebruik van antibiotica tussen 2012 en 2021 met 17% heeft doen verminderen.

Naar analogie hiermee lijkt het erg zinvol sensibiliseringscampagnes op te zetten om aan de bevolking mee te geven dat het enkel of vooral de bedoeling is een

(huis)arts te raadplegen wanneer men mogelijks een **medisch probleem** heeft, en dat **spoeddiensten** als doel hebben mensen met **dringende medische problemen** op te vangen (20).

Als men zich realiseert dat tot 50% van de mensen die de huisarts raadplegen dit *niet* doen omwille van een *medisch* probleem, en dat een gelijkaardig percentage van diegenen die zich op spoed aanbieden *géén dringend* medisch probleem heeft, is het niet moeilijk te begrijpen dat een zekere vorm van regelgeving, een afsprakenkader, een onmiddellijk en gigantisch effect zou hebben op de overbelasting van het zorgsysteem, en dus op het herstellen van de toegankelijkheid van de zorg.

Helaas neemt de minister hierin geen enkel initiatief. De problematiek van de overbelasting en het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten wordt zelfs niet eens vermeld in de beleidsnota Volksgezondheid van 21 april 2025 (21).

- **Gratis bestaat niet.**

Wijlen Steve Stevaert werd “beroemd” met zijn gratis bussen in Hasselt. Maar bussen rijden niet gratis. Geneeskunde is ook niet gratis. **Als het semi-gratis is voor de patiënt betaalt de belastingbetaler.** De (retorische) vraag is of deze gang van zaken verantwoord is in tijden van budgettaire krapte. Dat financiële drempels worden verlaagd voor mensen die het echt nodig hebben is uiteraard belangrijk.

Maar dan moet men die groep wel correct definiëren. Ook hier is de minister de voorbije jaren zeer actief geweest: actueel komt 1 op 5 Belgen in aanmerking voor “verhoogde tegemoetkoming”. Hierbij wordt enkel rekening gehouden met het inkomen van de patiënt, en niet met diens vermogen, met als gevolg dat slechts een fractie van patiënten met statuut “verhoogde tegemoetkoming” effectief financiële problemen heeft.

Noteer dat ongeveer 1% van de Belgische gezinnen overweegt gezondheidszorg uit te stellen omwille van medische redenen, wat in vergelijking met andere landen zeer weinig is (22). Het statuut verhoogde tegemoetkoming schiet dus z’n doel volledig voorbij.

Tegelijk wordt de factuur verschoven van de patiënt naar de belastingbetaler. Electoraal en ideologisch allicht lonend, maar niet echt een voorbeeld van verantwoord beleid...

- **Parallel met onderwijs.**

In 2003 was het Vlaams onderwijs nog absolute wereldtop: in de internationale PISA rankings bekleedde het de **positie 3** voor begrijpend lezen en de eerste plaats (!) voor wiskunde. In 2004 werd Frank Vandenbroucke minister van Werk, Onderwijs en Vorming, en meteen kondigde hij grote hervormingen aan onder de noemer "**gelijke kansen beleid**".

De PISA rankings van het Vlaams onderwijs begonnen vrij snel te dalen; in 2018 stonden we bijvoorbeeld nog op **positie 11** voor leesvaardigheid (23). In realiteit leidde het beleid van de minister tot een nivellering naar beneden en een terugval in internationale rankings. De parallellen tussen onderwijs en gezondheidszorg zijn treffend.

Vandenbrouckes beleidslijn vertrekt steeds vanuit "gelijke kansen", maar negeert de nood aan structurele draagkracht, met als gevolg een dramatische kwaliteitsdaling (24).

4. Plannen van minister Frank Vandenbroucke voor de tweede regeerperiode (2025-2029), en voorspelbare gevolgen

Voor de tweede regeerperiode (2025–2029) stelt minister Frank Vandenbroucke hervormingen voor die diep ingrijpen in de organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Hoewel ze worden gepresenteerd als stappen richting meer billijkheid en transparantie, wijzen ze in realiteit op een duidelijke evolutie naar staatsgeneeskunde, met meer bureaucratie, oplopende wachttijden, en daling van de kwaliteit van zorg.

Deze koerswijziging dreigt de autonomie van zorgverleners te ondergraven, de efficiëntie te verminderen en de kwaliteit van zorg te verzwakken. Hieronder volgt een overzicht van enkele kernmaatregelen en hun te verwachten gevolgen.

- **Uitbreiding derdebetaler regeling.**

De minister maakt er een strijdpunt van om de derde betaler regeling uit te breiden naar, onder andere, tandartsen en kinesisten (21). Het behoeft geen betoog dat dit ook in deze sectoren een onmiddellijk effect zal hebben op de zorgvraag, met direct en voorspelbaar effect op **wachtlijsten**.

- **Hervorming van de ziekenhuisfinanciering.**

Tot op heden ontvangen artsen van de overheid een honorarium dat zowel het professioneel gedeelte (de zogenaamde “intellectuele prestatie” van de arts) als het kostendekkend gedeelte (kosten gerelateerd aan apparatuur en personeel) vergoedt. Artsen die in een ziekenhuis werken staan een deel van dit honorarium af aan het ziekenhuis, en het ziekenhuis zorgt voor betaling van personeel, apparatuur, etc. Minister Vandenbroucke wil af van dit systeem.

Artsen zouden voortaan enkel het professioneel gedeelte ontvangen, voor ziekenhuizen wordt ingezet op een forfaitaire pathologie-gestuurde financiering die het kostendekkend gedeelte van de medische prestaties omvat. Volgens de minister zou de hervorming nodig zijn om de artsenhonoraria te “herijken” (meer billijk te verdelen tussen verschillende soorten artsen) en tegelijk de “complexe ziekenhuisfinanciering deels gebaseerd op opdrachten transparanter te maken”. Hierbij zijn verschillende bedenkingen te maken.

Vooreerst hebben die twee zaken (herijking van erelonen en correcte financiering van ziekenhuizen) niets met elkaar te maken. Ten tweede: in het voorgestelde systeem wordt de rol van de arts bij de aankoop en het goed gebruik van apparatuur en bij de selectie, opleiding en begeleiding van personeel impliciet miskend. Tenslotte, last but not least, betekent deze hervorming een **“pivot shift” in de richting van staatsgeneeskunde**, waarbij overheidsgeld aan zorginstellingen uitgedeeld wordt op basis van complexe criteria. Bureaucratie gegarandeerd, efficiëntie allicht net iets minder.

In dat verband is het interessant op te merken dat het Verenigd Koninkrijk net de omgekeerde beweging maakt: premier Starmer heeft recentelijk beslist dat de NHS (National Health Service), het doorgedreven analoog van wat Vandenbroucke hier wil installeren, afgeschaft wordt om bureaucratie weg te snijden (25).

Alvast goed nieuws voor de Britten: misschien komt er dan toch nog ooit een oplossing voor de wachtlijsten die tot maanden en zelfs jaren kunnen oplopen. Waarom wil Vandenbroucke dan de omgekeerde weg op?

- **Populatiefinanciering, forfaitaire betaling en staatsgeneeskunde.**

In het regeerakkoord 2025-2029 wordt op p 127 gemeld dat, mede op basis van internationale vergelijkingen, een norm zal worden opgelegd van het aantal aanvaardbare CT en NMR onderzoeken (26). Een **norm** invoeren zonder enig overleg doet onwillekeurig terugdenken aan de Oost-Europese vijfjarenplannen uit de vorige eeuw, en roept uiteraard vele vragen op. Wat met de patiënt die zich aanmeldt wanneer het budget op is?

Moeten we die dan terug naar huis sturen? Moet een scan geweigerd worden omdat het quotum bereikt is, terwijl die scan wel degelijk nodig is voor een correcte diagnose, een optimale therapiemonitoring of een detectie van herstel? Waarom wordt niet ingezet op *zinnvolle* diagnostiek in plaats van willekeurige quota op te leggen?

Daarenboven droomt de minister onbeschroomd over een **forfaitaire betaling** van artsen, één van de basiskennmerken van staatsgeneeskunde (27), terwijl zowat iedereen het erover eens is dat prestatiefinanciering één van de hoekstenen is van de historisch hoge kwaliteit van onze gezondheidszorg (28).

- **Perspectief.**

De eerste regeerperiode van minister Vandenbroucke heeft geleid tot

wachttijsten, patiëntenstops, chaos op spoeddiensten, en een sterk dalende patiëntentevredenheid. Tegelijk werd geen reële inspanning gedaan om in te zetten op wetenschappelijk onderbouwde, noodzakelijke en doelmatige zorg, met sensibilisering en responsabilisering waar nodig.

De tweede regeerperiode Vandenbroucke dreigt de **neerwaartse spiraal** enkel te versnellen: verder oplopende wachttijden voor de patiënten, evolutie naar meer forfaitaire financiering, staatsgeneeskunde, en instellen van productienormen, wat enkel kan leiden tot meer bureaucratie, meer kost voor de belastingbetaler, inefficiëntie, en kwaliteitsverlies.

Besluit

Goede zorg begint met goede diagnostiek.

Als artsen is het onze taak ziekten tijdig te diagnosticeren zodat mensen zo goed mogelijk kunnen worden behandeld en opgevolgd.

Voor één keer, omdat de situatie het vereist, buigen we ons niet over een ziek individu, maar over een ziek systeem, de Belgische gezondheidszorg anno 2025. De oorzaken van het probleem zijn ons bekend, de gevolgen bij ongewijzigd beleid zijn voorspelbaar.

Een falende gezondheidszorg wensen we niemand toe. Het is dus dringend tijd voor actie en politieke bijsturing.

De plannen en overtuigingen van de minister mogen niet langer als noodzakelijke en onafwendbare wonderremedies worden aangenomen. Kritische reflectie, toetsing aan de realiteit op het terrein en fair overleg met de sector zijn noodzakelijke ingrediënten om de toekomst van onze gezondheidszorg veilig te stellen.

Wij hebben de indruk dat de relevante politieke beleidsmakers en andere belangrijke stakeholders onvoldoende op de hoogte zijn van de hierboven geschetste problemen. Wij zouden daarom graag de kans krijgen deze belangrijke materie verder toe te lichten.

REFERENTIES

1. [Population coverage for health care | OECD](#)
2. EU-SILC (Statistics on income and living conditions)
3. https://www.oecd.org/en/publications/belgium-country-health-profile-2023_dd6df7bd-en.html
4. [Tevredenheid over gezondheidsvoorzieningen | Gemeente-Stadsmonitor](#) - Indicator "tevredenheid over gezondheidsvoorzieningen" in het Vlaams Gewest: 2020: 88%, 2023: 80% (zit in CSV Excel tabel).
5. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/04/17/bijna-een-vijfde-van-de-belgische-huisartsen-heeft-patientenstop/>
6. <https://www.demorgen.be/nieuws/bijna-de-helft-van-huisartsen-beperkt-aantal-patienten-ook-voor-onze-vaste-patienten-wachttijd-van-twee-weken~b910faf5/>
7. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/02/13/huisartsen-aan-de-kust-hebben-geen-tijd-meer-voor-patient-voor/>
8. https://www.standaard.be/cnt/dmf20240214_97518939
9. https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20250303_09887949
10. <https://www.openpetition.eu/be/petition/online/petitie-artsen-een-ineenstorting-van-onze-gezondheidszorg-is-nabij-een-groot-debat-is-noodzakelijk>
11. <https://www.demorgen.be/meningen/1-400-artsen-in-open-brief-ineenstorting-van-onze-gezondheidszorg-is-nabij~b724df3b/>
12. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2025/02/15/grootste-stijging-van-aantal-huisartsen-in-10-jaar-maar-tekort/>
13. <https://corporate.solidaris-vlaanderen.be/pers/financiele-drempel-voor-bezoek-aan-huisarts-wordt-lager/#:~:text=Was%20die%20sinds%202015%20al,gewone%20pati%C3%ABnten%204%20euro%20remgeld>
14. <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/bijlagen/bijlage-4-toelichting-op-de-effecten-van-eigen-betalingen-de-zorg.pdf>
15. Ellis, R. P., Martins, B., & Zhu, W. (2017). Health care demand elasticities by type of service. *Journal of health economics*, 55, 232-243.
16. [google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwim1pfqk-6NAXXXzQIHHeK7MmMQFnOECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.icho-info.be%2Fapplication%2Fcontent%2Fdownloadthesis%2Fid%2F1115&usq=AOvVaw03RFuf7560ba0bJmdtHAFK&opi=89978449](https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwim1pfqk-6NAXXXzQIHHeK7MmMQFnOECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.icho-info.be%2Fapplication%2Fcontent%2Fdownloadthesis%2Fid%2F1115&usq=AOvVaw03RFuf7560ba0bJmdtHAFK&opi=89978449)
17. <https://www.artsenkrant.com/actueel/waar-zit-de-verantwoordelijkheid-van-de-patient/article-opinion-64733.html>
18. <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/vandenbroucke-clasht-met-huisarts-over-derdebetaler.html>
19. https://www.linkedin.com/posts/bvas-absym_artsensyndicaat-bvas-betreurt-afwijzing-van-activity-7313143938867990528-mPs9?utm_source=share&utm_medium=member_android&rcm=ACoAAACBxSwBlcuzJ2foTr1qeJbvsT5COcrPXR M
20. <https://www.knack.be/nieuws/gezondheid/huisartsen-vrezen-voor-kwaliteit-van-hun-job-we-moeten-af-van-de-bol-com-mentaliteit/>
21. <https://www.dekamer.be/doc/FLWB/pdf/56/0856/56K0856009.pdf>
22. [Impoverishing out-of-pocket health spending: Pushed below a poverty line by household expenditures on health \(Related to SDG indicator 1.1.1 and regional indicators where available\)](#)
23. <https://www.pisa.ugent.be/resultaten>
24. <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/van-het-onderwijs-tot-de-zorg-hoe-vandenbroucke-tweemaal-struikelt-over-Isquo-gelijke-kansen-rsquo.html>
25. <https://www.hln.be/buitenland/premier-starmer-schaft-gezondheidsdienst-nhs-af-in-engeland-om-bureaucratie-weg-te-snijden~adeb7558/>
26. https://www.belgium.be/nl/publicaties/regeerakkoord_van_de_federale_regering_bart_de_wever
27. <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/frank-vandenbroucke-Idquo-forfaitaire-betaling-geeft-de-arts-meer-vrijheid-dan-het-klassieke-verloningssysteem-rdquo.html>
28. <https://www.linkedin.com/pulse/een-pleidooi-voor-betaling-per-prestatie-waarom-incentives-sam-ward-gpcde/>