

# Enquête betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorgverleners



Nathan Wittock, Marijke Van Duynslaeger & Didier Willaert

December 2024

[www.solidaris.be](http://www.solidaris.be)



# Inhoud

Samenvatting .....	3
<b>1 Inleiding .....</b>	<b>5</b>
1.1 Doel van de studie .....	5
<b>2 Data &amp; methoden.....</b>	<b>6</b>
<b>3 Profiel van de respondenten.....</b>	<b>7</b>
3.1 Geslacht .....	7
3.2 Leeftijd.....	8
3.3 Gezinsituatie .....	8
3.4 Woonplaats .....	8
3.5 Onderwijsniveau .....	9
3.6 Voorkeurregeling.....	10
3.7 Werksituatie .....	11
3.8 Beschikbaar inkomen .....	11
3.9 Algemene gezondheidstoestand .....	11
<b>4 Resultaten .....</b>	<b>13</b>
4.1 Betaalbaarheid .....	13
4.1.1 Hoe tevreden bent u over de betaalbaarheid van de contacten met de volgende zorgverleners?.....	13
4.1.2 Maakt u zich zorgen dat u bepaalde gezondheidsuitgaven niet zal kunnen betalen in de toekomst?.....	14
4.1.3 Heeft u, of iemand uit uw gezin, het afgelopen jaar één van de volgende zorgen nodig gehad, maar moeten uitstellen omdat u het niet kon betalen? .....	18
4.2 Toegankelijkheid.....	18
4.2.1 Patiëntenstops.....	18
4.2.2 Tevredenheid over de wachttijden voor een raadpleging bij een zorgverstrekker .....	22
4.2.3 Open vraag toegankelijkheid van de gezondheidszorg .....	22
<b>5 Conclusies .....</b>	<b>25</b>
<b>Aanbevelingen.....</b>	<b>27</b>

# Samenvatting

De betaalbaarheid en toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg staat onder toenemende druk door de vergrijzing, stijgende kosten en tekorten aan personeel in de zorg- en welzijnssector. Het ziekenfonds Solidaris voerde een enquête uit onder zijn leden om polshoogte te nemen van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van verschillende zorgverleners.

4.711 leden vulden de enquête in. De respondenten van de enquête vertonen een evenwichtige geografische spreiding. Het zijn voornamelijk vrouwen en ouderen.

Om te peilen naar de **betaalbaarheid van onze gezondheidszorg** vroegen wij onze respondenten naar de mate van bezorgdheid over de kosten van gezondheidszorg. Zoals verwacht speelt het opleidingsniveau en de sociaaleconomische status van de respondent een rol in de percepties m.b.t. de kosten van de gezondheidszorg. Jongere respondenten, mensen met een laag opleidingsniveau en personen afhankelijk van een vervangingskomen zijn het meest bezorgd over de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Een hoge mate van bezorgdheid kan op zich al heel wat stress veroorzaken, maar heeft ook een secundair, negatief effect op de gezondheid. Door die bezorgdheden kunnen mensen ook overgaan tot uitstel van zorg.

**Zorguitstel** gebeurt ook los van bezorgdheden over de betaalbaarheid, hoofdzakelijk door personeelstekorten in de zorg- en welzijnssector. **Patiëntenstops** zijn gangbaar. Dit is het meest uitgesproken bij tandartsen. Er is geen duidelijk ruimtelijk patroon als we alle typen zorgverleners bekijken. Dit kan betekenen dat de problemen met toegang tot gezondheidszorg over het hele land verspreid zijn. De patiëntenstops belemmeren een tijdige tegemoetkoming aan de zorgbehoeften.

Er is een dringende noodzaak om de beleidsmaatregelen te nemen die de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg stimuleren.

Op basis van deze vaststellingen formuleert Solidaris aanbevelingen op twee vlakken: (1) de financiële toegankelijkheid moet gestimuleerd worden, en (2) ook de geografische toegankelijkheid van de gezondheidszorg (aantal en spreiding van zorgverleners) moet dringend omhoog.

**Financiële barrières** dienen in de eerste plaats **zo breed mogelijk weggewerkt** te worden. Wij vragen daarom om in te zetten op een uitbreiding van de **verplichte derdebetalersregeling**; en dit op termijn bij alle zorgberoepen. Het recht op de **verhoogde tegemoetkoming** is een belangrijke beschermingsmaatregel voor wie het financieel moeilijk heeft. Onder andere omdat deze de eigen bijdragen sowieso fors inperkt t.o.v. rechthebbenden in een regulier statuut. Wij vragen om zo snel mogelijk de toekenning van het recht op verhoogde tegemoetkoming te automatiseren. Zelfs wie het recht op verhoogde tegemoetkoming geniet is niet vrij van zorgen over de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg. Voor onze leden geldt dat zij zich nog steeds dubbel zo vaak zorgen maken in vergelijking met mensen zonder recht op verhoogde tegemoetkoming. We moeten daarom zoveel mogelijk de nog bestaande financiële barrières wegwerken. De belangrijkste voor Solidaris zijn de **supplementen**. Wij vragen het gebruik van supplementen af te bouwen en ze op termijn, onder meer door op handen zijnde hervorming van de nomenclatuur, overbodig te maken. Een laatste financiële beschermingsmaatregel die vandaag reeds bestaat, maar nog verbeterd kan worden is de **maximumfactuur**. Een belangrijk element is dat die plafonds onderhevig zijn aan de indexering. Eind 2022 besloot minister Frank Vandenbroucke om die plafonds eenmalig te bevriezen. Wij stellen voor die maatregel te handhaven in de komende jaren. Als we dat de komende jaren doen, sparen de mensen met de laagste inkomens 10 % van hun gezondheidsfactuur uit.

**Solidaris vraagt** inzet op **4 fronten om de geografische toegankelijkheid van onze gezondheidszorg te stimuleren**. De belangrijkste inspanning moet erin bestaan om het aantal zorgverleners op te drijven. **Maak werk in de zorg en welzijnssector aantrekkelijker** door in te zetten op duurzamere arbeidscontracten, door de administratieve belasting te verminderen,

doordachte zorgsubstitutie door te voeren en in te zetten op kwaliteitsvolle opleidingen voor nieuwe zorgberoepen zoals bijvoorbeeld mondhygiënist, zorgkundigen en praktijkverpleegkundigen. Hetzelfde geldt voor coördinerende functies zoals casemanagement. Een grotere **instroom van huisartsen en tandartsen** is dringend nodig om aan de hoge en allicht snel stijgende zorgvraag tegemoet te kunnen komen. Werken in (tand)artsarme steden en gemeenten (bv. Noorden van Antwerpen en Oost-Vlaanderen) dient te worden gestimuleerd met incentives of desnoods via vestigingsregels. Solidaris vraagt inzet om het **aandeel geconventioneerde zorgverleners te verhogen**. Concreet is het nodig om met een gespreide inspanning zorgverleners te sensibiliseren over de merites van het conventiesysteem. Ook het sociaal statuut verbonden aan conventionering aantrekkelijker maken is een optie, evenals de (financiële) aantrekkelijkheid op te voeren naarmate men geconventioneerd blijft voor een langere periode. Ten slotte vragen we **inspanningen van onze leden-patiënten** waar mogelijk. Die inspanningen gaan van het nemen van verantwoordelijkheid om zo weinig mogelijk te vragen naar consulten die niet door de arts(-specialist) worden voorgesteld of aangeboden (omdat men graag gerust gesteld wordt, bijvoorbeeld) tot het opnemen van bepaalde zorgtaken waar mogelijk. Sommige patiënten zijn perfect in staat om specifieke handelingen zelf uit te voeren (e.g. toediening van bepaalde medicatie na zorgvuldige instructie door verpleegkundigen). Waar mogelijk - en wanneer een patiënt daartoe bereid is - kunnen patiënten die taken zelf uitvoeren opdat het vandaag aanwezige zorgpersoneel kan focussen op die taken waar hun expertise absoluut noodzakelijk voor is.

# 1 Inleiding

De gezondheidszorg in België staat voor een cruciale uitdaging: het waarborgen van betaalbare en toegankelijke zorgverlening voor alle burgers. Demografische veranderingen (aanhoudende bevolkingstoename en een toenemende vergrijzing), stijgende (zorg)kosten, een tekort aan bepaalde zorgverleners en patiëntenstops... de toegankelijkheid van onze gezondheidszorg staat onder toenemende druk.

## Financiële toegankelijkheid in Europese context

**De betaalbaarheid en toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg is in vergelijking met de andere EU27-landen eerder goed:** in 2022 stelde maar 1,0% van de personen van 16 jaar of ouder hun medische onderzoeken uit omdat ze te duur zijn, de zorgverlener te ver woont of omdat er een wachtlijst is.<sup>1</sup> Dat is significant lager dan het Europees gemiddelde (2,2%). En bovendien is het aandeel met *onvervulde noden* sinds 2014 sterker gedaald in België dan in alle EU27-landen samen. **Achter deze goede globale score kunnen echter grote verschillen schuilen:** als we ons focussen op de 20% armste Belgen dan stijgt het aandeel onvervulde noden voor medische onderzoeken tot 2,8%. Voor wat betreft de onvervulde noden bij tandheelkundige onderzoeken is de globale situatie in België eveneens beter dan het Europees gemiddelde (2,7% vs. 3,4% in 2022), maar wel slechter dan het Europees gemiddelde bij het armste inkomenskintiel (7,0% in België vs. 6,3% voor alle EU27-landen samen). De **financiële toegankelijkheid** is hier dan ook niet volledig gewaarborgd.

## Geografische toegankelijkheid en patiëntenstops

We mogen vandaag niet aanvaarden dat mensen nog steeds hun zorg moeten uitstellen als ze het financieel moeilijk hebben. Maar financiële problemen zijn niet de enige rem op zorgconsumptie. Zelfs wie vandaag geen zorg uit hoeft te stellen omwille van financiële overwegingen vindt niet altijd, niet overal, of soms niet snel genoeg een (geconventioneerde) zorgverlener. Ook de **geografische toegankelijkheid** staat dus onder druk.

Steeds vaker duiken signalen op over **personeelstekorten** in de zorg. Lokaal kunnen deze tekorten nog uitgesprokener zijn. Zo stijgt de laatste jaren het aantal steden en gemeenten in België dat als *huisartsarm*<sup>2</sup> (i.e., minder dan 9 huisartsen per 10.000 inwoners) geklasseerd wordt. Dat is een gevolg van o.a. de vergrijzing van de bevolking, meer chronische aandoeningen en meer complexe zorgvragen bij patiënten, maar ook van een toegenomen administratieve werklast, gemiddeld minder gepresteerde uren door de huisarts dan vroeger (meer aandacht voor balans tussen werk en privé), en veel huisartsen die de pensioengerechtigde leeftijd naderen. Wie toch één of meerdere huisartsen in de buurt heeft is daarom nog niet meteen zeker om zich er voor zorgverlening te kunnen melden. Meer en meer huisartsen hebben immers een **patiëntenstop** ingevoerd. Ook bij sommige disciplines van arts-specialisten (vooral dermatologen en oogartsen) en tandartsen is de vraag groter dan het aanbod, met een toenemend aantal patiëntenstops tot gevolg.

## 1.1 Doel van de studie

Om een beter zicht te krijgen op de zorgtoegankelijkheid organiseerde Solidaris een bevraging bij onze leden over hun ervaringen met betrekking tot de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorgverleners in de eerste en tweede lijn. Deze enquête sluit aan bij een eerder uitgevoerde studie over “onvervulde noden” bij leden van Solidaris tien jaar geleden.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> [Unmet health care needs statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://www.eurostat.ec.europa.eu/it/view/main?geo=EU27&lang=en&code=sdg_3_6_10)

<sup>2</sup> [Aantal “huisartsarme” gemeentes stabiliseert voor het eerst - Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://www.zorg-en-gezondheid.be/nieuws/aantal-huisartsarme-gemeentes-stabiliseert-voor-het-eerst) ; [Drie op de vier gemeenten zijn "arm aan huisartsen", maar hoe problematisch is dat? En zijn er oplossingen? | VRT NWS: nieuws](https://www.vrt.be/nieuws/drie-op-de-vier-gemeenten-zijn-arm-aan-huisartsen)

<sup>3</sup> [Studie-Onvervulde-noden-2014.pdf \(solidaris-vlaanderen.be\)](https://www.solidaris-vlaanderen.be/publicaties/studie-onvervulde-noden-2014.pdf)

## 2 Data & methoden

Voor deze studie contacteerden we leden van Solidaris met een vragenlijst. We selecteerden daarvoor in een eerste stap die leden die voldoen aan volgende voorwaarden: (1) de leden zijn gerechtigde (titularis) tussen 20 en 89 jaar oud; (2) ze zijn aangesloten bij één van de vier Vlaamse federaties van Solidaris (West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg), en (3) Solidaris beschikt voor hen over een gekend e-mailadres. In een volgende stap werd een willekeurige steekproef van 10% bij deze leden gedomicilieerd in de provincies West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg (55.837 leden) gemaakt. Alle leden uit deze groep die gedomicilieerd zijn in Vlaams-Brabant en in het Brussels gewest<sup>4</sup> (14.314 leden) werden uitgenodigd om aan de enquête deel te nemen.

In totaal werden 70.151 leden via e-mail gecontacteerd om deel te nemen aan de online enquête (aangemaakt met *Microsoft Forms*). De e-mails met uitnodiging tot deelname aan de bevraging werden uitgestuurd op 15 januari 2024, en de enquête werd afgesloten op 17 februari. 4.711 leden vulden de enquête in. De responsgraad bedraagt dus 6,7%. Er werden geen herinneringsmails verstuurd naar leden die verkozen om niet op de uitnodiging in te gaan.

De studie omvat een kwantitatief en een kwalitatief luik.

### Kwantitatieve analyse

Wat onze kwantitatieve analyse betreft onderscheiden we vier types vragen en bijgaande opsplitsing/analyses van onze resultaten.

- Ten eerste, wat betreft de **betaalbaarheid en de toegankelijkheid** van zorgen hebben we telkens gepeild naar **tevredenheid** via een vijfpunten schaal (zeer ontevreden, enigszins ontevreden, niet ontevreden en niet tevreden, enigszins tevreden, zeer tevreden). Voor beide hoofdvragen splitsten we de resultaten op op basis van de demografische kenmerken waar we naar peilden (geslacht, leeftijd, gezinssituatie, woonplaats, onderwijsniveau, recht op de verhoogde tegemoetkoming, werksituatie, beschikbaar inkomen). Het betreft telkens bivariate, beschrijvende analyses.
- Ten tweede **onderzochten we bezorgdheden van onze leden** over bepaalde **gezondheidszorguitgaven** in de toekomst. Respondenten konden hier affirmatief, negatief of onbeslist op antwoorden. Affirmatieve antwoorden werden bovendien opgesplitst naar mensen die zich vaak zorgen maakten en mensen die zich eerder sporadisch zorgen maakten. Ook hier bestudeerden we de frequentie van antwoordcategorieën naar demografische groepen (in termen van leeftijd, onderwijsniveau, voorkeurregeling, gezinssituatie, werksituatie) in beschrijvende, bivariate analyses.
- Ten derde peilden wij naar **zorguitstel door onze leden** zorgen bij de arts, tandarts, psycholoog, kinesist of andere zorgverleners uitstelden **omwille van financiële overwegingen**.
- Ten vierde bestudeerden wij de of onze leden **patiëntenstops** ervoeren (ja/nee; voor huisarts, tandarts, dermatoloog, oogarts, psycholoog, kinesist, pediater, andere), bestudeerden wij de **geografische verschillen** m.b.t. dit fenomeen én peilden wij naar **het vervolg** (verstrekker gevonden, dichtbij; verstrekker gevonden maar verder weg; zorg uitgesteld).

### Kwalitatieve analyse

Onze enquête voorzag ook in de mogelijkheid om vrij opmerkingen over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg mee te delen. De overgrote meerderheid van de respondenten (4.246 van de 4.711) liet deze vraag open of gaf aan “geen opmerkingen” te hebben, “niet direct” opmerkingen te hebben, verwees naar een vorige vraag... Er bleven 464 inhoudelijk relevante antwoorden over.

---

<sup>4</sup> Leden aangesloten bij de federatie Brabant werden niet bevroegd.

Deze antwoorden werden doorgenomen en in verschillende categorieën (codes) onderverdeeld. Voorbeelden van dergelijke categorisatie zijn, “wachtlijden”, “moeilijkheden tandarts vinden”,... Vervolgens werd de samenhang tussen deze verschillende codes in kaart gebracht. “manieren om aan wachtlijden hoofd te bieden” vallen inhoudelijk bijvoorbeeld onder de hoofdcode “wachtlijden”.

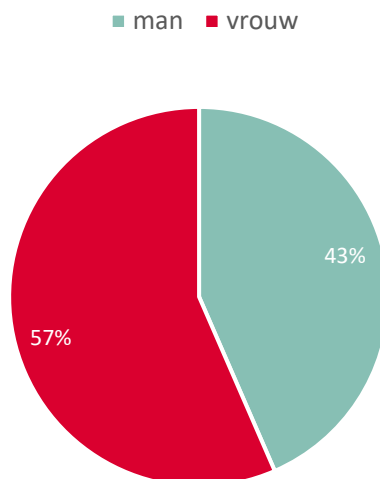
In wat volgt bekijken we eerst het socio-economisch profiel van de respondenten. Daarna gaan we dieper in op de kernresultaten van de enquête m.b.t. de tevredenheid en bezorgdheden over de betaalbaarheid van de gezondheidszorg, bekijken we in welke mate de respondenten zorgen hebben uitgesteld, en bekijken we de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (patiëntenstops en wachtlijden) in meer detail. We sluiten de bespreking van onze resultaten af met een bespreking van de open vraag over de toegankelijkheid van onze gezondheidszorg.

## 3 Profiel van de respondenten

### 3.1 Geslacht

Bijna zes op de tien (57%) respondenten is een vrouw (Figuur 1). Dat is iets hoger dan het aandeel vrouwen bij alle gecontacteerde leden (50%). De responsgraad lag hoger bij onze vrouwelijke leden.

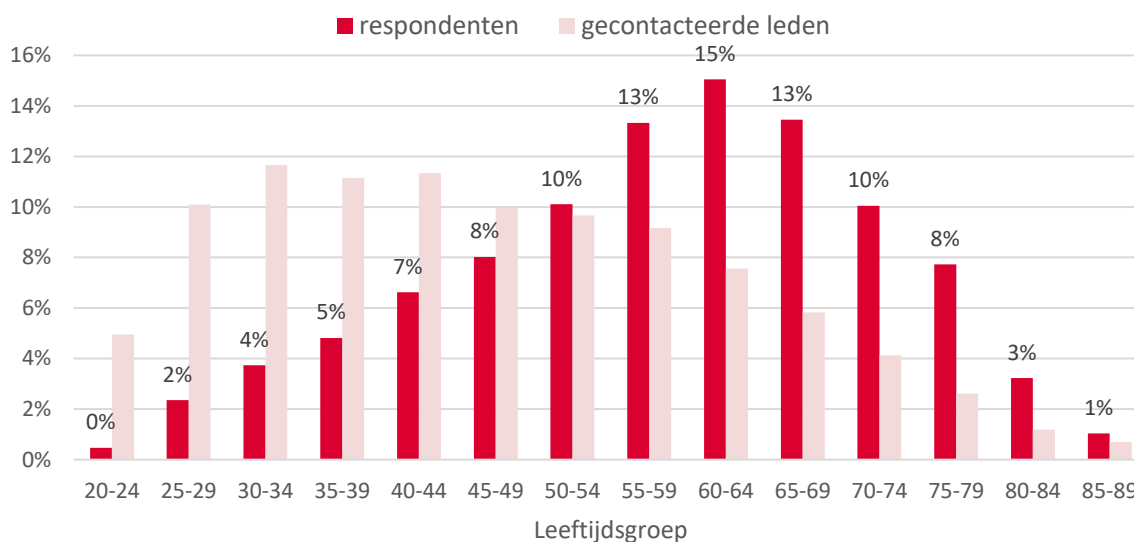
*Figuur 1: Geslacht van de respondenten*



### 3.2 Leeftijd

De leeftijdsverdeling toont een oververtegenwoordiging van oudere respondenten (vooral 55-plussers) en een ondervertegenwoordiging van jongere respondenten (20-49 jaar) in vergelijking met de totale (gecontacteerde) ledenpopulatie (Figuur 2).

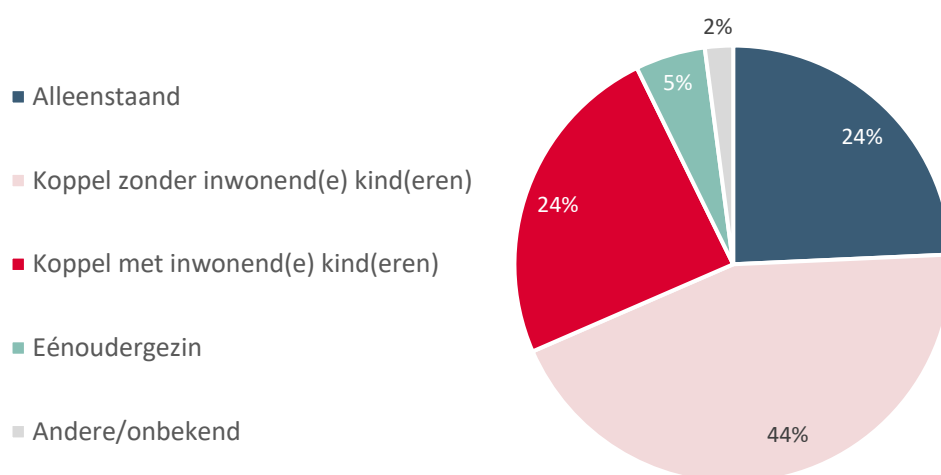
Figuur 2: Leeftijdsverdeling van de respondenten vs. gecontacteerde leden



### 3.3 Gezinsituatie

Onderverdeeld naar type gezin, leeft de grootste groep van de respondenten (44%) in koppelvorm zonder inwonende kinderen (Figuur 5). Het aandeel van de koppels met kinderen en de alleenstaanden is even groot (24%). Maar 5% van de respondenten is ouder van een éénoudergezin, en bij 2% betreft het een ander of onbekend gezinstype.

Figuur 3: Gezinsituatie van de respondent



### 3.4 Woonplaats

In grote lijnen komen de percentages respondenten die de vragenlijst invulden overeen met de verdeling van de gecontacteerde leden over de provincies heen (Tabel 1). De responsgraad is dus



ongeveer in elke provincie van domicilie gelijk. De grootste groep respondenten (31%) woont in de provincie Antwerpen. Het aandeel in de andere vier Vlaamse provincies schommelt tussen 14 en 18%. Een heel klein aantal woont in het Brussels gewest, in Wallonië (leden die pas verhuisd zijn) of hebben een onbekende woonplaats.

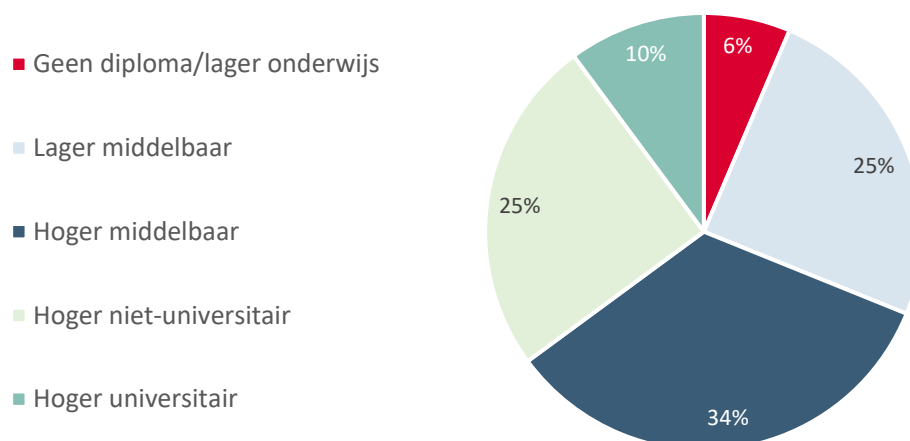
Tabel 1: Woonplaats van de respondenten vs. gecontacteerde leden

Provincie/gewest	Aandeel respondenten (gecontacteerde leden)
Antwerpen	31% (29%)
Brussels gewest	1% (2%)
Vlaams-Brabant	17% (18%)
West-Vlaanderen	14% (13%)
Oost-Vlaanderen	18% (19%)
Limburg	18% (18%)
Onbekend of Wallonië	1% (-)

### 3.5 Onderwijsniveau

Het onderwijsniveau van de respondenten is ongeveer gelijk verdeeld tussen lager opgeleid (hoogstens lager secundair onderwijs gedaan), een middengroep (diploma secundair onderwijs behaald) en hoger opgeleid (heeft hoger onderwijs afgerond) (Figuur 3).

Figuur 4: Onderwijsniveau van de respondenten



Ons ziekenfonds registreert en bewaart geen informatie over het opleidingsniveau van onze leden. We kunnen dus geen vergelijking maken tussen onze steekproef en onze totale ledenpopulatie. Maar we kunnen onze steekproef wel vergelijken met de Belgische bevolking. Het percentage respondenten met een diploma hoger onderwijs ligt met 35% iets onder het Belgisch gemiddelde voor de leeftijdsgroep 18 tot 74 jaar in 2022 (40%)<sup>5</sup>. Ook in de leeftijdsgroep 55-74 jaar zijn iets minder respondenten hoger opgeleid dan het nationaal gemiddelde (28% vs. 33%). In deze enquête

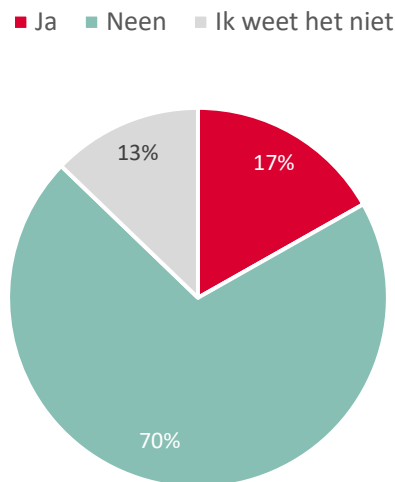
<sup>5</sup> [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://www.eurostat.eu)

zijn hoger opgeleide respondenten dus iets ondervertegenwoordigd in vergelijking met de nationale verdeling.

### 3.6 Voorkeurregeling

Bijna één op de vijf (17%) respondenten geven aan dat ze recht hebben op verhoogde tegemoetkoming<sup>6</sup> (Figuur 4). Dat is iets hoger dan het aandeel met verhoogde tegemoetkoming bij alle gecontacteerde leden (15%), en sluit dus aan bij de oververtegenwoordiging van lager opgeleide en oudere leden (zie supra). 13% geeft aan niet te weten of ze recht hebben op verhoogde tegemoetkoming. Het werkelijk percentage respondenten met verhoogde tegemoetkoming kan dus nog hoger liggen.

Figuur 5: Heeft de respondent recht op verhoogde tegemoetkoming?

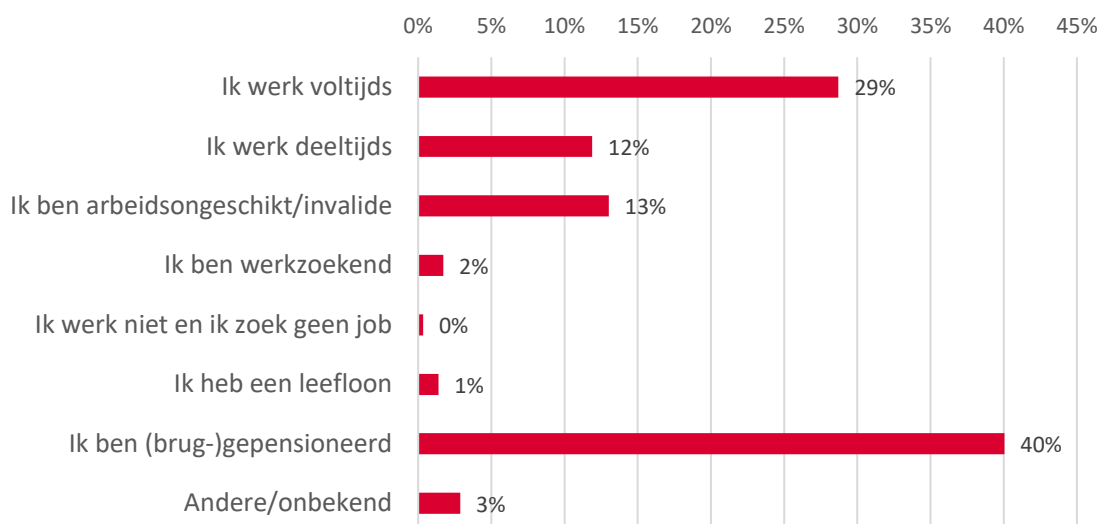


<sup>6</sup> Bij verhoogde tegemoetkoming (VT) moet minder remgeld worden betaald bij contact met zorgverleners. VT wordt automatisch toegekend aan personen met een sociale uitkering (een leefloon, inkomensgarantie voor ouderen, een toelage voor personen met een handicap en tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden), aan wie een erkende handicap van minstens 66% heeft, aan niet-begeleide minderjarige vreemdelingen, of aan weeskinderen. VT kan ook worden toegekend na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds. Als het inkomen dan onder een bepaald grensbedrag ligt (dat op basis van het aantal personen in het gezin is vastgelegd), dan geniet het lid eveneens van VT.

### 3.7 Werksituatie

Het overwicht van de respondenten in de oudere leeftijdsgroepen (zie Figuur 2) zet zich ook door bij de werksituatie: vier op de tien respondenten zijn (brug)gepensioneerd (Figuur 6). Als we de voltijds (29%) en deeltijds (12%) tewerkgestelden samentellen komen we uit op een ongeveer even groot aandeel als de (brug)gepensioneerden. 13% van de respondenten is arbeidsongeschikt of invalide. Een heel klein aandeel van de respondenten is werkzoekend (2%), heeft een leefloon (1%), werkt niet en zoekt geen job (<1%) of heeft een andere of onbekende werksituatie (3%).

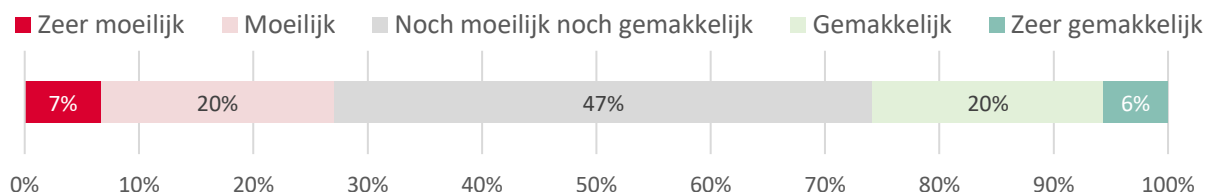
Figuur 6: Werksituatie van de respondent



### 3.8 Beschikbaar inkomen

Iets meer dan een kwart (27%) van de respondenten geeft aan zeer moeilijk of moeilijk rond te komen met het beschikbare gezinsinkomen (Figuur 7). Een even grote groep (26%) geeft aan dat ze gemakkelijk of zeer gemakkelijk rondkomen, en bij een kleine helft (47%) is dat noch moeilijk noch gemakkelijk.

Figuur 7: In welke mate kan de respondent rondkomen met het totale beschikbare gezinsinkomen?



### 3.9 Algemene gezondheidstoestand

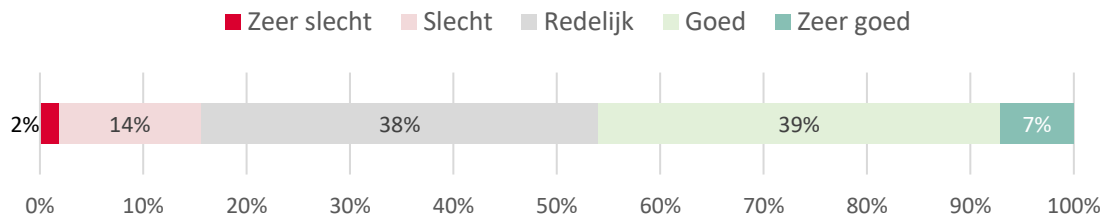
Bijna de helft van de respondenten geeft aan in zeer goede (7%) of goede (39%) gezondheid te verkeren, 38% heeft een redelijke subjectieve gezondheid, en 16% heeft een slechte (14%) of zeer slechte (2%) gezondheid (Figuur 8).

Opgedeeld naar leeftijdsgroep zien we een duidelijke afname van het aandeel met een zeer goede subjectieve gezondheid met de leeftijd (Figuur 9). Anderzijds blijft het percentage met een goede gezondheid stabiel, en stijgt het aandeel respondenten met redelijke gezondheid van 32% in de leeftijdsgroep 20-39 jaar naar 45% bij de 70-plussers. Bij diegenen die aangeven in slechte gezondheid te verkeren blijven de percentages min of meer gelijklopend, met het hoogste

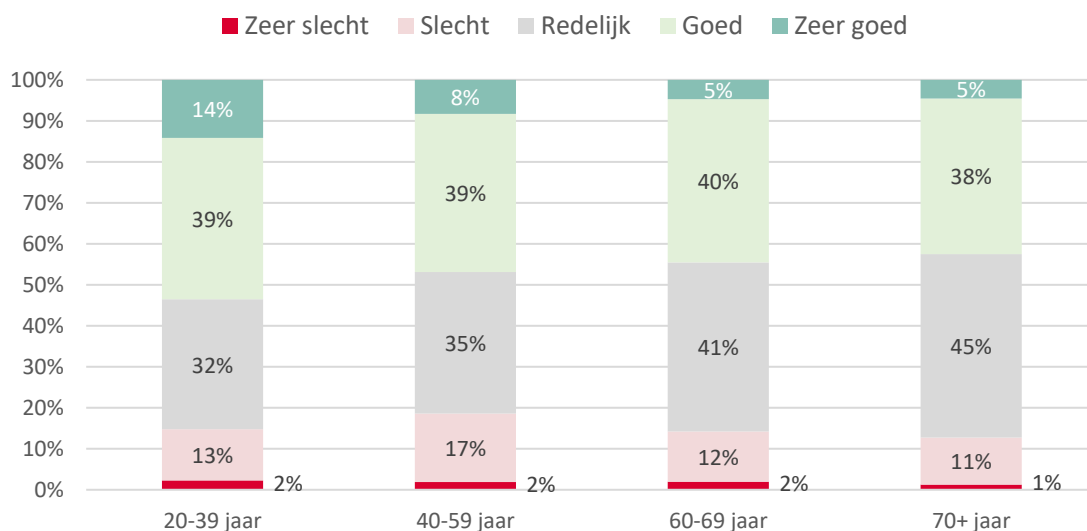
percentage (17%) bij de 40- tot 59-jarigen en het laagste percentage bij de 70-plussers (11%). Ook bij diegenen met een zeer slechte subjectieve gezondheid is de variabiliteit beperkt (1 à 2%).

Opgesplitst naar onderwijsniveau zien we het verwachte patroon van een betere subjectieve gezondheid met een hoger opleidingsniveau: ruim de helft (56%) van de respondenten met een diploma hoger onderwijs geven aan dat ze in goede of zeer goede gezondheid verkeren, tegenover maar 44% en 36% bij respondenten met respectievelijk een diploma hoger middelbaar en hoogstens een diploma lager middelbaar (Figuur 10). Hetzelfde, maar omgekeerde, patroon is te zien bij het aandeel met een redelijke, slechte of zeer slechte gezondheid.

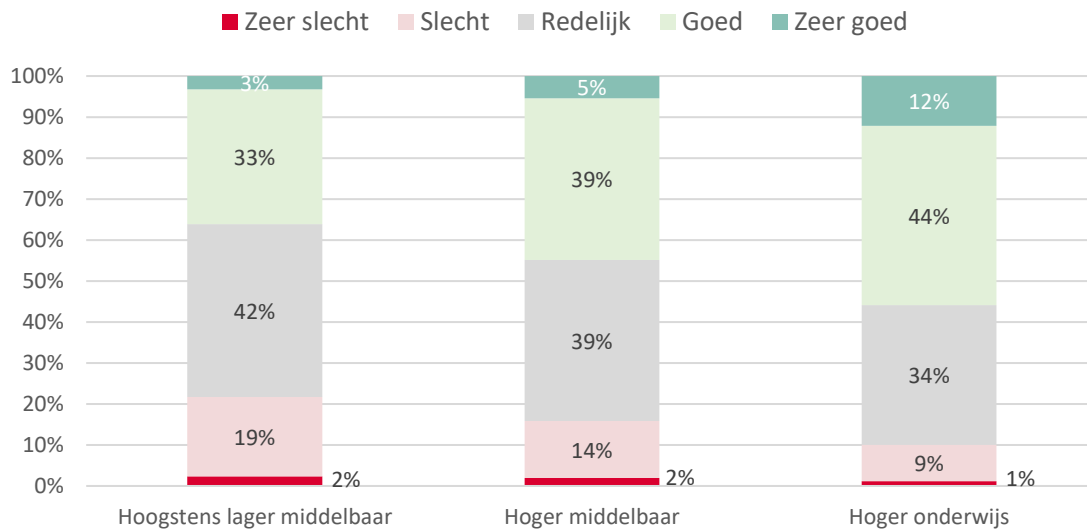
**Figuur 8: Algemene gezondheidstoestand van de respondent**



**Figuur 9: Subjectieve gezondheid naar grote leeftijdsgroep**



Figuur 10: Subjectieve gezondheid naar onderwijsniveau



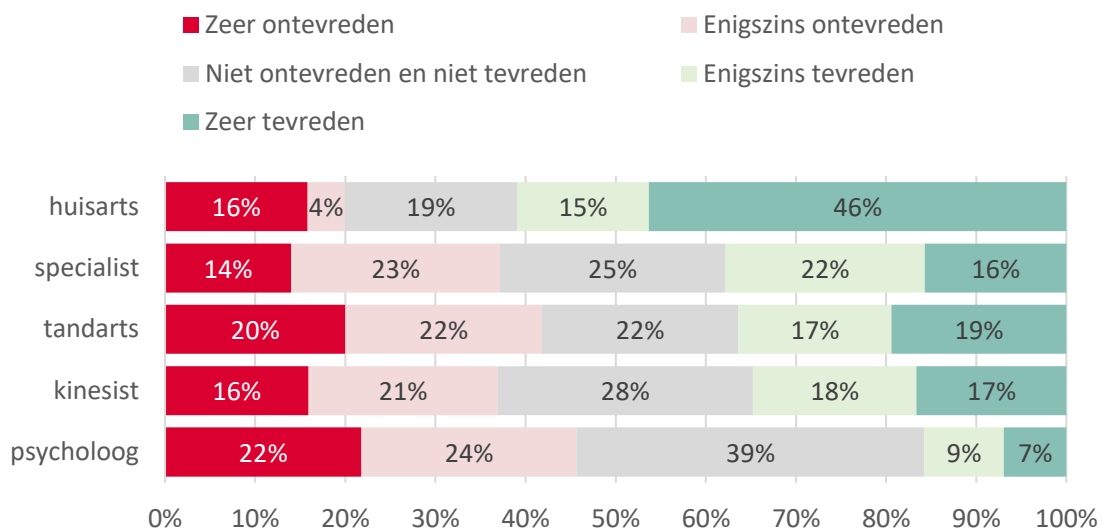
## 4 Resultaten

### 4.1 Betaalbaarheid

#### 4.1.1 Hoe tevreden bent u over de betaalbaarheid van de contacten met de volgende zorgverleners?

Aan de respondenten werd gevraagd hoe tevreden ze zijn over de betaalbaarheid van de contacten met zorgverleners in de eerste en tweede lijn (huisartsen, arts-specialisten, tandartsen, kinesitherapeuten en psychologen). De resultaten worden weergegeven in Figuur 11.

Figuur 11: Tevredenheid van respondenten wat betreft de betaalbaarheid van contacten met een aantal zorgverleners



Een minderheid van de respondenten is ontevreden over de betaalbaarheid van de huisarts (zeer ontevreden 16%; enigszins ontevreden 4%). Voor 61% van de respondenten is de tevredenheid hierover hoog (15% enigszins tevreden en 46% zeer tevreden).

Zowel voor tandartsen als specialisten zien we dat de verdeling eerder overhelt naar ontevredenheid. Voor specialisten laat 34% van de respondenten optekenen niet tevreden te zijn (zeer ontevreden 14%; enigszins ontevreden 23%). Bij tandartsen is dat zelfs 42% (zeer ontevreden 20%, enigszins ontevreden 22%).

Bij kinesitherapeuten is de groep die aangeeft ontevreden te zijn ongeveer even groot als diegenen die tevreden zijn (27% zeer ontevreden of enigszins ontevreden vs. 25% zeer tevreden of enigszins ontevreden).

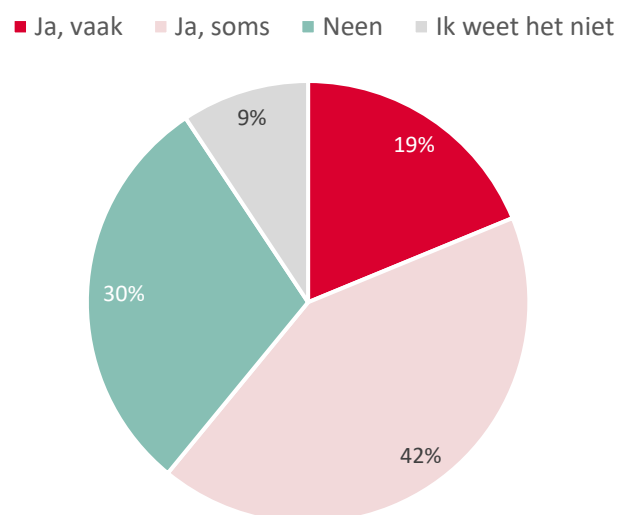
Voor wat de betaalbaarheid van de psychologische zorgen betreft, geeft bijna de helft van de respondenten aan hier zeer ontevreden (22%) of enigszins ontevreden (24%) over te zijn. Slechts een kleine groep (16%) is zeer tevreden of enigszins tevreden.

Respondenten konden op de vraag over de betaalbaarheid van de zorgverleners ook aangeven dat dit voor hen niet van toepassing was (niet weergegeven in Figuur 11). Bij huisartsen, tandartsen en arts-specialisten was het aandeel beperkt (respectievelijk <1%, 4% en 8%), maar bij de kinesitherapeuten (19%) en vooral de psychologen (39%) geldt dat een groot deel van de respondenten aangeeft niet (regelmatig genoeg) beroep te doen op deze zorgverleners om te oordelen over de betaalbaarheid.

#### 4.1.2 Maakt u zich zorgen dat u bepaalde gezondheidsuitgaven niet zal kunnen betalen in de toekomst?

Iets meer dan zes op de tien respondenten maakt zich soms tot vaak zorgen hun gezondheidsuitgaven in de toekomst niet te kunnen betalen (Figuur 12). Van de groep die zich zorgen maakt, maakt bijna een derde zich zelfs vaak zorgen. In vergelijking met de ledenbevraging “onvervulde noden” bij leden Solidaris in 2014, liggen de percentages nu wel lager dan tien jaar geleden (toen maakten bijna drie op de vier respondenten zich soms of vaak zorgen). Drie op de tien maakt zich geen zorgen, terwijl 9% van de respondenten stelt niet eenduidig op deze vraag te kunnen antwoorden.

Figuur 12: Bezorgdheid over het niet kunnen betalen van gezondheidsuitgaven in de toekomst

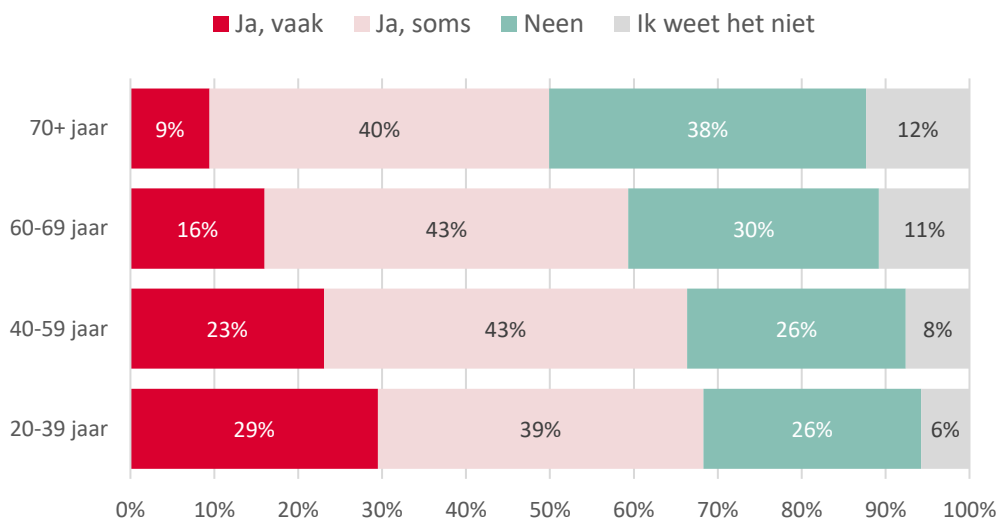


Als we de bezorgdheid over het niet kunnen betalen van gezondheidsuitgaven in de toekomst wat meer in de diepte bekijken, opgesplitst naar leeftijdsgroep, onderwijsniveau, voorkeurregeling, gezinssituatie en tewerkstellingssituatie, dan stellen we enkele interessante verschillen vast.

Zo is er een afgetekend verschil tussen de oudste (ouder dan 70) en de jongste (20-39 jaar) leeftijdsgroep (Figuur 13). In die eerste groep maakt slechts 9% zich vaak zorgen over de

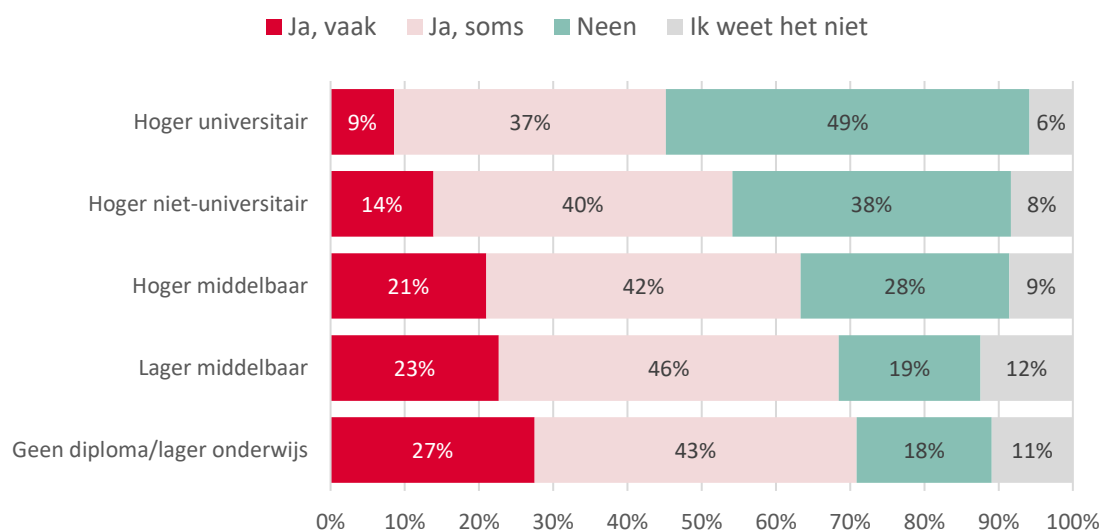
betaalbaarheid in de toekomst, terwijl dat het bij de jongeren maar liefst drie keer zoveel (29%) is. Bijna vier op de tien (38%) 70-plussers stelt zich geen zorgen te maken; bij de 20- tot 39-jarigen zijn er dat 26%. Eveneens opvallend is dat er onder de respondenten een nagenoeg constant blijvend aandeel zich soms zorgen maakt over de betaalbaarheid van de gezondheidsuitgaven in de toekomst: dat aandeel evolueert van 39% in de leeftijdscategorie 20-39 jaar tot 43% bij de leden van 40 tot en met 69 jaar, terwijl de 70-plussers (met een aandeel van 40%) ertussenin liggen.

*Figuur 13: Bezorgdheid over het niet kunnen betalen van gezondheidsuitgaven in de toekomst, naar leeftijdsgroep van de respondent*



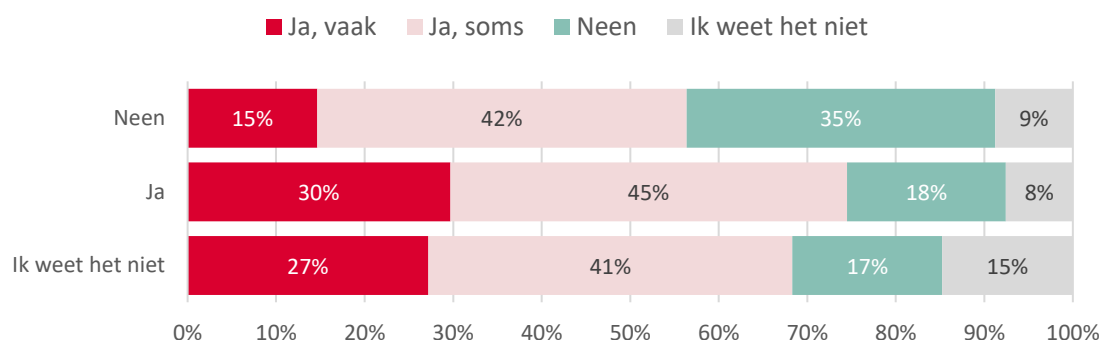
Bij de verdeling van de bezorgdheid naar **opleidingsniveau** zien we een duidelijke trend (Figuur 14): hoger opgeleiden hebben de hoogste kans om zich geen zorgen te maken over de betaalbaarheid van gezondheidsuitgaven in de toekomst (respectievelijk 49%, 38% en 28% in de categorieën ‘hoger universitair’, hoger niet-universitair’ en ‘hoger middelbaar’), en lager opgeleiden de minste kans (19% bij diegenen met een diploma lager middelbaar en 18% bij personen die enkel lager onderwijs volledig afgerond hebben of die geen diploma hebben). Dezelfde evolutie, maar omgekeerd, is zichtbaar bij respondenten die zich vaak zorgen maken. Eens iemand een diploma hoger onderwijs heeft, is er een sterke afname van het aandeel personen die zich vaak zorgen maken over de betaalbaarheid van gezondheidsuitgaven in de toekomst (slechts 9% van de mensen in de groep ‘hoger universitair’, en 14% in de groep ‘hoger niet-universitair’).

*Figuur 14: Bezorgdheid over het niet kunnen betalen van gezondheidsuitgaven in de toekomst, naar onderwijsniveau van de respondent*



Vergelijken we de groep respondenten die het **statuut verhoogde tegemoetkoming (VT)** hebben met diegenen die dit statuut niet hebben, dan zien we dat bij de eerste groep dubbel zoveel mensen zich vaak zorgen maken over de betaalbaarheid van gezondheidsuitgaven in de toekomst dan bij de andere groep (30% bij personen met VT vs. 15% bij personen zonder VT) (Figuur 15). Een omgekeerd maar vergelijkbaar patroon tekent zich af bij de personen die zich geen zorgen maken (35% bij personen zonder VT, 18% bij personen met VT). Van diegenen die niet weten of zij het statuut VT hebben, maakt 27% zich vaak zorgen en 17% nooit zorgen.

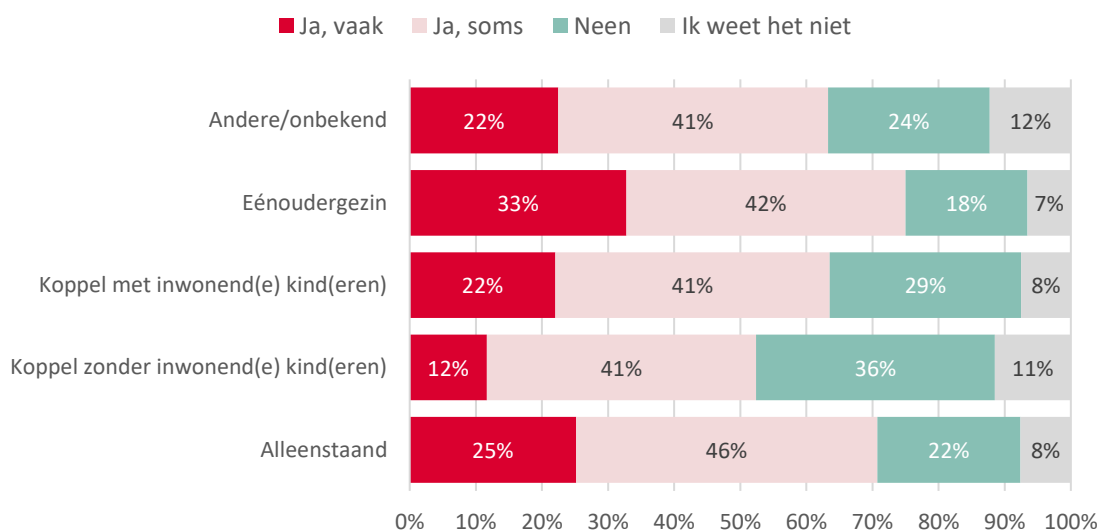
*Figuur 15: Bezorgdheid over het niet kunnen betalen van gezondheidsuitgaven in de toekomst, naar voorkeurregeling van de respondent*



Bij de opdeling naar **gezinssamenstelling** wordt de interpretatie van de antwoorden minder eenduidig (Figuur 16). Het aandeel personen die zich vaak zorgen maken ligt het hoogst bij éénoudergezinnen (33%) en alleenstaanden (25%). Koppels zonder inwonend(e) kind(eren) maken zich dan weer het minst zorgen (36% maakt zich geen zorgen en slechts 12% maakt zich vaak zorgen). Koppels met inwonend(e) kind(eren) liggen tussen beiden in. Niet geheel onverwacht lijken koppels dus het beste bestand tegen financiële bezorgdheden, maar zou dat effect enigszins vervagen als zij inwonend(e) kind(eren) hebben.

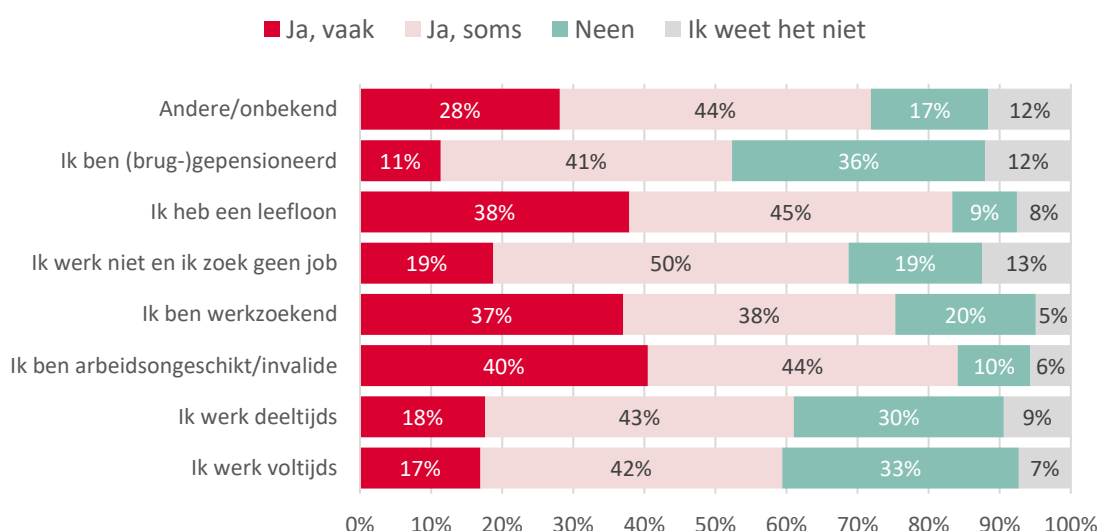


**Figuur 16: Bezorgdheid over het niet kunnen betalen van gezondheidsuitgaven in de toekomst, naar gezinssituatie van de respondent**



Bij de opdeling naar werksituatie zijn er drie groepen die zich in vergelijkbare mate vaak zorgen maken: mensen met een leefloon (38%), werkzoekenden (37%) en personen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit (40%) (Figuur 17). Er zijn eveneens drie groepen die in ongeveer dezelfde mate niet bezorgd zijn over het niet kunnen betalen van gezondheidsuitgaven in de toekomst: (brug)gepensioneerden (36%), voltijds werkenden (33%) en deeltijds werkenden (30%). Zij lijken dus het best bestand tegen financiële bezorgheden; tenminste wat betreft zorguitstel/afstel. Bij de interpretatie van deze gegevens is het belangrijk te vermelden dat het overgrote deel van de respondenten (brug)gepensioneerde (40%) of voltijds werkende is (29%) (zie Figuur 6); de resultaten zijn dus het meest onderbouwd voor deze twee groepen.

**Figuur 17: Bezorgdheid over het niet kunnen betalen van gezondheidsuitgaven in de toekomst, naar werksituatie van de respondent**

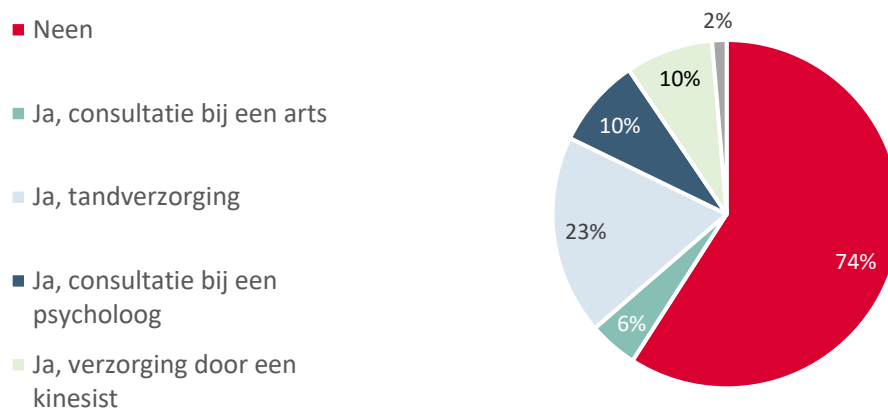


### 4.1.3 Heeft u, of iemand uit uw gezin, het afgelopen jaar één van de volgende zorgen nodig gehad, maar moeten uitstellen omdat u het niet kon betalen?

Een tweede vraag over de betaalbaarheid gaat over het uitstel van zorgen tijdens het afgelopen jaar omdat deze te duur waren (Figuur 18):

Ongeveer een kwart (26%) van de respondenten hebben het afgelopen jaar zorgen uitgesteld omwille van financiële overwegingen. Van de groep mensen die aangaf de zorgen te hebben uitgesteld, werd tandverzorging het vaakst vermeld (45% van de personen die zorgen uitgesteld hebben). Ook consultaties bij de psycholoog en/of kinesitherapeut worden relatief vaak uitgesteld (telkens 20% van de mensen die zorgen uitstelden). Bijna één op de vier van de mensen die aangeven zorgen te hebben uitgesteld, geven aan dit ook te hebben gedaan voor zorgen verstrekt door de arts. Het is daarbij belangrijk aan te geven dat in deze vraag geen onderscheid werd gemaakt tussen een huisarts en een specialist.

Figuur 18: Zorgen die het afgelopen jaar werden uitgesteld omdat ze te duur waren (percentages tellen niet samen tot 100 omdat verschillende antwoorden mogelijk waren)

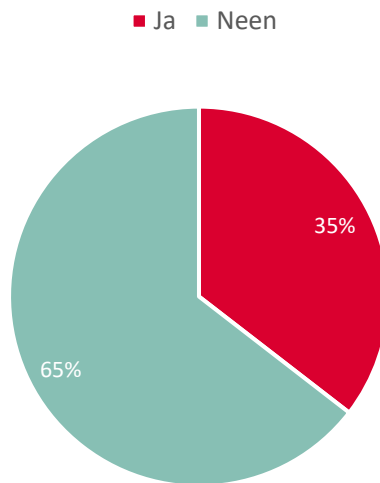


## 4.2 Toegankelijkheid

### 4.2.1 Patiëntenstops

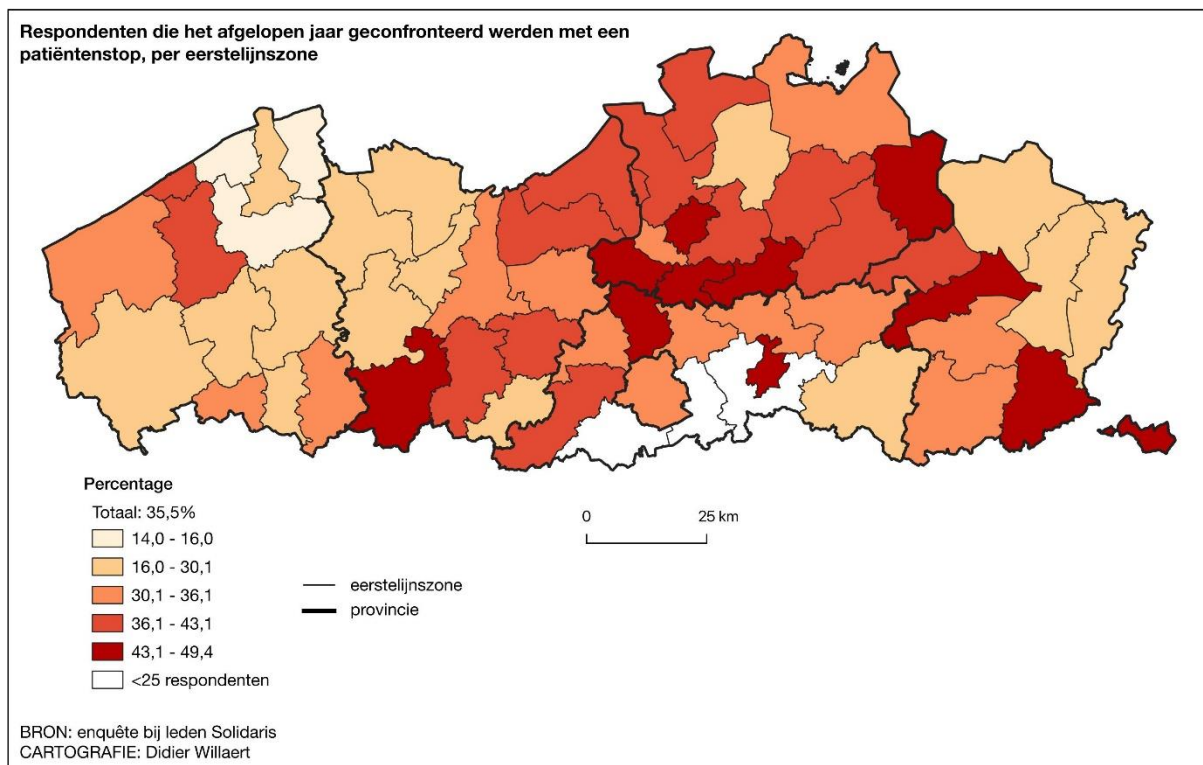
Iets meer dan een derde (35%) van de respondenten werd het voorbije jaar tijdens de zoektocht naar medische zorg (bij alle zorgverstrekkers samen) geconfronteerd met een patiëntenstop (Figuur 19).

Figuur 19: Confrontatie met een patiëntenstop tijdens voorbije jaar



Bij een opdeling naar de eerstelijnszone waarin de respondent woont, is er geen éénvoudig ruimtelijk patroon (Figuur 20). In verschillende eerstelijnszones in de provincies Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg geeft een groot aandeel respondenten aan geconfronteerd te worden met een patiëntenstop, terwijl de percentages in een aantal landelijke gebieden in West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Limburg duidelijk lager liggen.

Figuur 20: Aandeel respondenten die in het afgelopen jaar geconfronteerd werden met een patiëntenstop, naargelang de eerstelijnszone waarin de respondent woont



In absolute termen zijn de meeste respondenten op zoek naar een tandarts (1.372 respondenten) of een huisarts (1.182 respondenten) (Tabel 2). Oogartsen (852) en dermatologen (805) vaak gezochte arts-specialisten.

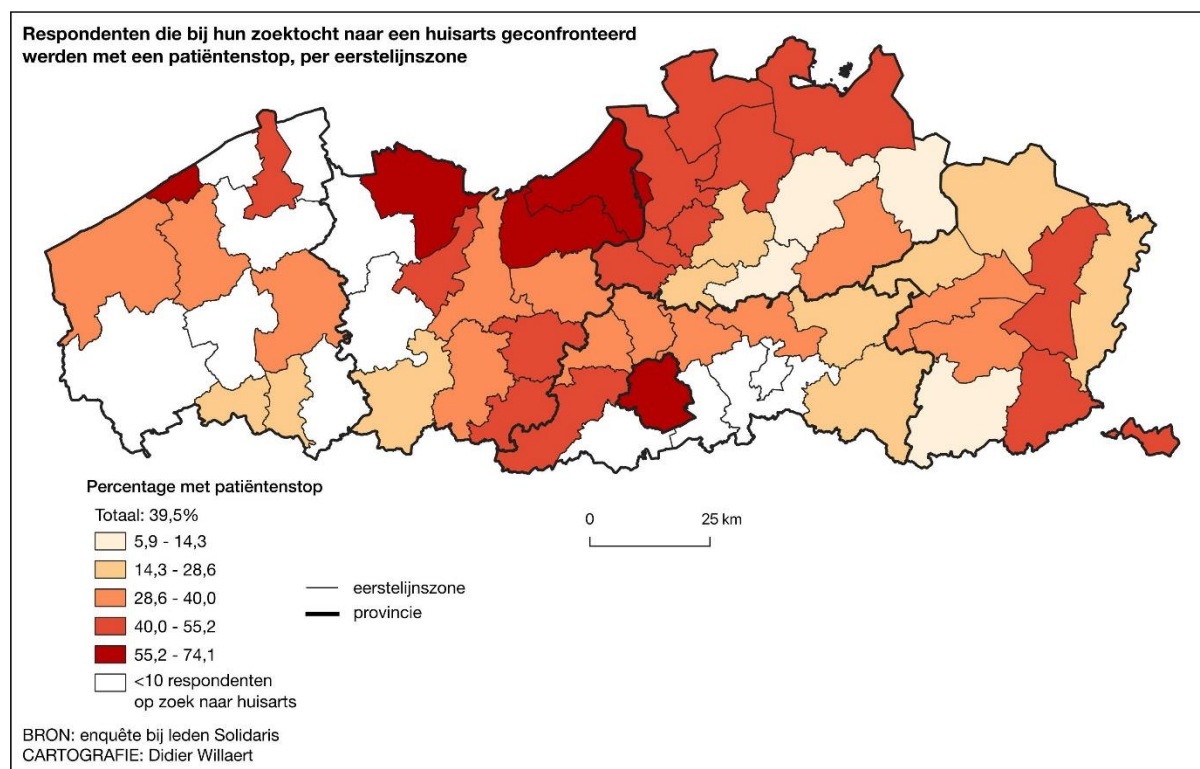
Maar liefst 76% van de respondenten die een tandarts zochten, werden tijdens hun zoektocht (tenminste één keer) met een patiëntenstop geconfronteerd. Ook wie een psycholoog (46% van de 601 respondenten die een psycholoog zocht), een dermatoloog (42% van de 805) of een huisarts (40% van de 1.183) zocht, liep een vrij grote kans om op een patiëntenstop te stuiten. Een vierde van de 852 respondenten die op zoek was naar een oogarts kreeg te maken met een patiëntenstop. Bij de categorie “andere verstreker” worden de meeste patiëntenstops vermeld bij (kinder)psychiaters (37 respondenten), orthodontisten (29 respondenten), gynaecologen (19 respondenten) en reumatologen (11 respondenten).

*Tabel 2: In welke mate werden respondenten geconfronteerd met een patiëntenstop bij hun zoektocht naar zorg, naar type verstreker*

Type verstreker	Aantal respondenten op zoek naar verstreker	Aandeel geconfronteerd met patiëntenstop
Huisarts	1.183	40%
Tandarts	1.372	76%
Dermatoloog	805	42%
Oogarts	852	25%
Psycholoog	601	46%
Kinesist	832	9%
Pediater	348	8%
Andere	517	32%

Uit de kaart van de respondenten die geconfronteerd werden met een patiëntenstop bij een huisarts (Figuur 21) blijkt dat deze patiëntenstops het meest frequent zijn in het noorden van de provincies Antwerpen en Oost-Vlaanderen, in het Brussels gewest en in de eerstelijnszone Oostende-Bredene. Lage percentages zijn vooral te vinden in een aantal landelijke gebieden in het zuiden van West- en Oost-Vlaanderen, in het grensgebied van de provincies Antwerpen en Limburg en in een aantal (landelijke) Limburgse eerstelijnszones.

Figuur 21: Aandeel respondenten die in het afgelopen jaar geconfronteerd werden met een patiëntenstop bij hun zoektocht naar een huisarts, naar eerstelijnszone van domicilie



We gaven de respondenten die een patiëntenstop meemaakten bij een zorgverlener drie antwoordmogelijkheden: (1) ofwel vonden zij toch een zorgverlener binnen een aanvaardbare afstand van hun woonplaats, (2) ofwel vonden zij een zorgverlener maar niet in hun onmiddellijke nabijheid, (3) ofwel stelden zij hun zorgen uit.

Tabel 3: Hoe heeft de patiëntenstop bij de verstrekker de toegang tot zorg van de respondent beïnvloed, naar type verstrekker

Type verstrekker	Respondenten geconfronteerd met patiëntenstop (N)	Verstrekker gevonden die niet te ver weg is (%)	Verstrekker gevonden die te ver weg is (%)	Zorg uitgesteld (%)
Huisarts	467	48%	20%	32%
Tandarts	1.041	33%	21%	46%
Dermatoloog	341	26%	15%	58%
Oogarts	216	31%	21%	47%
Psycholoog	279	21%	13%	66%
Kinesist	78	38%	23%	38%
Pediater	28	29%	39%	32%
Andere	166	23%	20%	56%

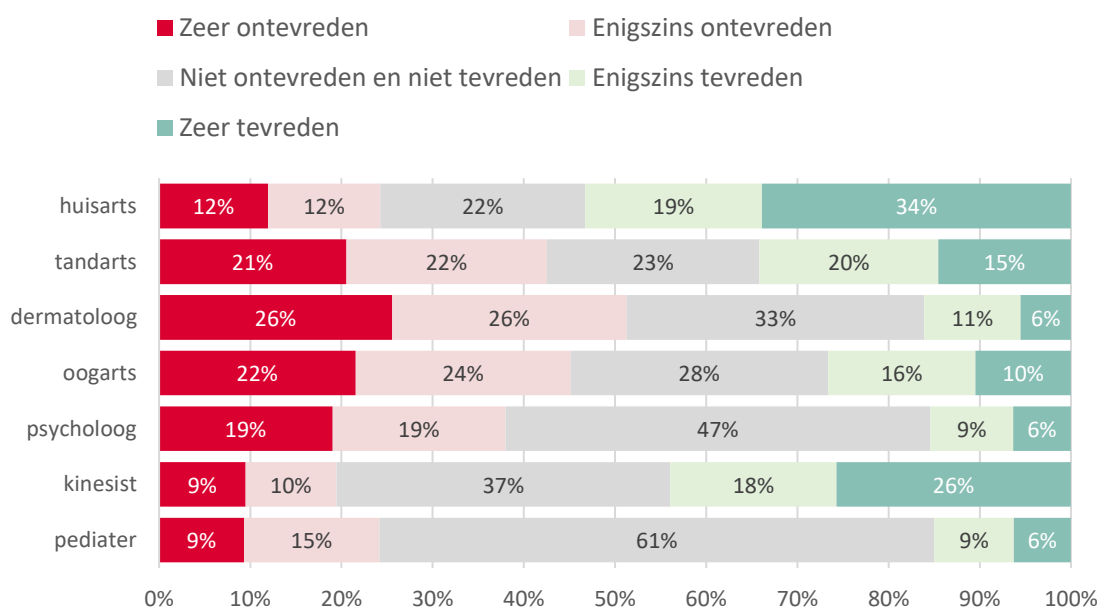
Psychologische zorgen (66%), contacten met de dermatoloog (58%) en de oogarts (47%), en tandheelkundige verzorging (47%) worden het vaakst uitgesteld bij confrontatie met een patiëntenstop (Tabel 3). Voor wat betreft het contact met een huisarts vonden de meeste (48%) van de 467 respondenten die met een patiëntenstop geconfronteerd werden een andere huisarts in de buurt. Van de 78 leden die met een stop bij een kinesitherapeut geconfronteerd werden, vonden er evenveel een andere kinesist in de buurt als er hun zorgen uitstelden (telkens 38%). Tenslotte

gaven 28 respondenten aan dat ze werden geconfronteerd met een patiëntstop bij de pediater. De grootste groep (39%) consulteerde vervolgens een andere pediater die volgens hen te ver weg was.

#### 4.2.2 Tevredenheid over de wachttijden voor een raadpleging bij een zorgverstrekker

Over het algemeen scoren huisartsen (34% zeer tevreden) en kinesisten (26% zeer tevreden) hoog m.b.t. de tevredenheid over de wachttijden (Figuur 22). Een omgekeerd beeld valt op te tekenen voor tandartsen (21% zeer ontevreden), dermatologen (26% zeer ontevreden), oogartsen (22% zeer ontevreden) en psychologen (19% zeer ontevreden). Tegelijkertijd laat een opvallend hoog aandeel respondenten optekenen dat ze tevreden noch ontevreden te zijn over de wachttijden bij pediaters (61%), psychologen (47%), kinesisten (37%) en dermatologen (33%).

Figuur 22: Tevredenheid van respondenten wat betreft de wachttijden voor een raadpleging bij een zorgverstrekker



#### 4.2.3 Open vraag toegankelijkheid van de gezondheidszorg

Het merendeel van de opmerkingen van de leden (216 reacties) ging over de **wachttijden** waarmee zij geconfronteerd worden. Daarbij ging het zowel om huisartsen, arts-specialisten, tandartsen, als psychologische zorgverlening. De meest vermelde groep zorgverleners waarvoor lange wachttijden worden aangeklaagd zijn de arts-specialisten (38 meer generieke meldingen en 90 meldingen van specifieke disciplines). Wanneer de respondenten meer specifieke disciplines benoemen dan zijn het vooral de dermatologen (25 meldingen), oogartsen (24 meldingen), gynaecologen (8 meldingen) en specialisten medische beeldvorming (8 meldingen) waarvoor men lange wachttijden aanklaagt.

“Bij een huidprobleem is het ronduit belachelijk aan het worden. Je moet je behelpen met *Skindr* online en dan betaal je 39 euro. Dermatologen zitten vol met nazichtafspraken en zijn maanden tot meer dan een half jaar volgeboekt. Al twee maal acuut nodig gehad en 2 maal mij moeten behelpen met *Skindr*. Pas lang daarna opvolgafpraak kunnen vastleggen.”

(Vrouw, 59j., hoger niet-universitair onderwijs, voltijds tewerkgesteld)

Vaak wordt vermeld dat de wachttijden nog wel meevallen voor niet-dringende hulpvragen, maar dat je bij een als acuut ervaren probleem niet snel genoeg bij de zorgverlener terecht kan. Heel wat respondenten geven aan dat je in de huidige situatie je eigen ziekte zou moeten kunnen plannen als je de juiste zorgen wil genieten.

*“Het is onmogelijk om nog op consultatie te kunnen gaan op het moment dat je ziek valt. Je zou je ziekte al bijna moeten voorspellen. Wachtijd voor de pediater is 2 weken! Huisarts hetzelfde... echt een schande.”*

*(Vrouw, 33j, hoger universitair onderwijs, samenwonend met inwonende kinderen)*

Wachttijden zijn niet alleen ‘vervelend’, ze kunnen ook medische problemen verergeren en/of psychologisch ongemak veroorzaken door het langdurig uitblijven van duidelijkheid en/of een diagnose. Sommige leden melden wachttijden die erg kunnen oplopen (*“wel meer dan 2 maanden wachten voor een afspraak bij een orthopedisch chirurg, alle dagen pijn”* (vrouw, 75j., hoger middelbaar onderwijs, samenwonend zonder inwonende kinderen)). Medische problemen waarvoor men de zorgverlener wenst te consulteren kunnen ook erger worden. En het kan gebeuren dat wachttijden zorgen voor potentieel fataal zorguitstel.

*“Begin oktober kreeg mijn echtgenote een gezwelletje aan de neus. Na telefonisch contact met de dermatoloog moesten we een foto doorsturen. We kregen toen de raad om een afspraak te maken hetgeen we ook gedaan hebben. Bleek dat er geen plaats was vóór de maand maart 2024. Omdat we er niet gerust in waren [hebben we] toch [een] afspraak kunnen maken via [de] huisarts [...]. Na onderzoek bleek het toch een kwaadaardig gezwel te zijn dat zo snel mogelijk moest verwijderd worden om uitzaaiingen te vermijden. Ondertussen [is mijn echtgenote] al voor tweede keer geopereerd. Wat indien we gewacht hadden op afspraak dermatoloog in maart?”*

*(Man, 62j, lager middelbaar onderwijs, samenwonend zonder inwonende kinderen)*

Op basis van de bemerkingen van onze leden zou het kunnen dat zorgverleners proberen de wachttijden te reduceren door de consultaties zo kort mogelijk te houden. Hoewel het een te begrijpen strategie is zorgt dit voor frustratie bij patiënten die na een (lange) wachtperiode niet de tijd krijgen om hun problemen tot in detail te bespreken met de zorgverlener. Een andere manier waarop zorgverleners de wachttijden lijken te proberen indammen is door in te zetten op zorgsubstitutie door hun collega’s (e.g., in huisartsgroepspraktijken). Voor sommige respondenten is het daarbij problematisch dat zij hun ‘eigen’ zorgverlener niet kunnen consulteren.

Wie zich uitsprekt over **redenen voor de lange wachttijden** maakt veelal gewag van een **veranderde houding vanwege de zorgverleners**, die minder ’s avonds en in het weekend beschikbaar zouden zijn, en de **personeelstekorten in de zorg- en welzijnssector**.

*“Te weinig artsen die dan ook nog te weinig uren beschikbaar zijn. Indien men zoveel jaren deels heeft kunnen studeren op kosten van de maatschappij, verwacht ik ook iets meer beschikbaarheid dan standaard werkuren. Work-life balance is belangrijk voor iedereen, maar gezondheidsproblemen kunnen soms niet wachten tot de volgende dag, week of maand(en).”*

*(Man, 62j, Hoger niet-universitair onderwijs, samenwonend zonder inwonende kinderen)*

De begrenzing op de instroom van kandidaat-artsen kan in dit verband ook op weinig bijval rekenen.

*“De regering heeft niet nagedacht dat er dokter[s] op pensioen gingen, en het beroep in de zorg afgeremd met het toegangsexamen[;] bijna onmogelijk gemaakt voor de dokters. Kortzichtigheid op grote schaal.”*

*(Vrouw, 76j, hoger universitair, koppel zonder inwonende kinderen)*

Sommige leden geven **manieren aan waarop zij aan die lange wachttijden het hoofd kunnen bieden**. Het merendeel onder hen maakt systematisch een opvolgafspraak voor het daaropvolgende jaar, ongeacht of de arts(-specialist) hen dit aanraadt. Anderen zijn bereid tot verdere verplaatsingen om bij een (vaste) zorgverlener terecht te kunnen of schikken zich naar de

beschikbaarheid van de zorgverlener door verlof op te nemen. Soms neemt men genoegen met een zorgverlener, “die niet iemand zijn eerste keuze is”. Dat kan ook gaan om andere huisartsen binnen eenzelfde groepspraktijk. Nog anderen maken kenbaar dat er “specialisten [zijn] waarbij het heel vlug kan wanneer je contant extra bijbetaald in hun eigen praktijk” (Man, 70j, hoger-middelbaar onderwijs, koppel zonder inwonende kinderen).

Die laatste reflectie vormt een teken aan de wand dat er een **evolutie naar tweesporengeneeskunde** aan de gang is. Sommige leden melden zich - teneinde lange wachttijden te omzeilen - tot “een privépraktijk” te wenden en merken op dat er, bijvoorbeeld voor een dermatologisch onderzoek grote verschillen kunnen zijn in wachttijden “in [het] ziekenhuis: meer dan 420 dagen” tegenover “dermatoloog privé: 120 dagen” (Man, 78j, hoger universitair onderwijs, koppel zonder inwonende kinderen). Maar natuurlijk kan niet iedereen die keuze maken. De prijsverschillen tussen geconventioneerde zorgverleners en niet-geconventioneerde zorgverleners vormen de belangrijkste barrière. Als je de meerkost voor een niet-geconventioneerde zorgverlener niet kan ophoesten, “heb je weinig keuze en moet je wel uitstellen... en hopen dat er ondertussen niets misloopt.” (Man, 55j, hoger niet-universitair onderwijs, gescheiden maar samenwonend). Financiële moeilijkheden zijn er niet enkel voor personen zonder tewerkstelling. Ook, “een hele groep werkende mensen, middenklasse, moet meer en meer inspanningen doen om alles rond te krijgen” (vrouw, 62j, hoger niet-universitair onderwijs, koppel zonder inwonende kinderen).

Ten slotte moeten we vaststellen dat een aantal leden de wanhoop nabij zijn in hun zoektocht naar een huisarts of tandarts. Zij vinden “moeilijk” een huisarts, gaan “elke keer via het spoed”, of kunnen “niet terecht bij [hun] huisarts”. Ook bij hun zoektocht naar een (nieuwe) tandarts ervaren sommige leden problemen, ook wanneer zij acute pijn ervaren.

*“Tandarts vol is vol. Ze maken geen uitzonderingen bij hevige pijnen. Een mens moet eerst sterven van de pijn en weken wachten. Dat vind ik geen prettige situatie.”*

*(Vrouw, 48j, lager middelbaar onderwijs, koppel met inwonende kinderen)*

Wie zich echt geen raad weet, wendt zich tot de spoedafdelingen van de ziekenhuizen, ook al voelt men aan dat dat “toch niet de bedoeling [is] dat iedereen voor kleine maar toch relatief dringende zaken naar de spoed loopt” en dat die reflex voor overbelasting op de urgentiediensten zorgt.

Wie vandaag nog wel een huisarts of tandarts heeft maar de pensioenleeftijd van hun gekende zorgverlener ziet naderen, maakt zich (ernstige) zorgen of en hoe een nieuwe zorgverlener te vinden.

*“Het enigste waar ik mij zorgen om maak is dat ik geen nieuwe huisdokter ga vinden als mijn huisarts op pensioen gaat. En heel, heel lange wachttijden voor specialisten of onderzoek.”*

*(Man, 67j, hoger middelbaar onderwijs, samenwonend)*



## 5 Conclusies

In vergelijking met de andere EU27 landen presteren we in België eerder goed wat betreft de betaalbaarheid en toegankelijkheid van onze gezondheidszorg. Het percentage mensen dat medische onderzoeken uitstelt vanwege financiële redenen, woonafstand of wachtlijsten is significant lager dan het Europees gemiddelde. Maar die algemeen goede score verhuult de grote verschillen die we waarnemen binnen onze landsgrenzen. Het aandeel onvervulde noden bij de armere bevolkingsgroepen ligt nog steeds hoger dan het voornoemde gemiddelde. De situatie is vooral uitdagend voor tandheelkundige zorgen en dan vooral voor de armste inkomensgroepen. Ook in termen van geografische toegankelijkheid zijn er onmiskenbare problemen. We worden steeds vaker geconfronteerd met signalen dat er personeelstekorten opduiken in de zorg- en welzijnssectoren, en berichten over huisartsarme gebieden en patiëntenstops dreigen veeleer de regel dan de uitzondering te worden. De maatschappelijke en demografische trends van vergrijzing, een veranderende invulling van het huisartsenberoep, toename van chronische aandoeningen en een toenemende complexiteit van zorgvragen dreigen de bezorgdheden enkel relevanter te maken.

Daarom organiseerden wij bij het ziekenfonds Solidaris een bevraging van onze leden. Wij wilden nagaan in welke mate en op welke manier zij de huidige situatie ervaren om op basis daarvan na te denken over potentiële aanbevelingen voor beleidsmakers en als gids voor onze eigen werking als medebeheerders van de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Van de 70.157 leden die wij contacteerden stuurden 4.711 leden (6,7%) een volledig ingevulde vragenlijst terug. De responsgraad lag iets hoger bij onze vrouwelijke leden. En ook oudere leden bleken meer geneigd om onze enquête in te vullen. Die observatie zette zich ook door in een hoge vertegenwoordiging van koppels zonder inwonende kinderen. En bovendien was ongeveer vier op de tien respondenten (brug)gepensioneerd. Hoewel we bij Solidaris geen gegevens bijhouden over het opleidingsniveau van onze leden leert een vergelijking met de Belgische bevolking dat er iets minder hoogopgeleiden in onze steekproef zaten. In vergelijking met de Belgische bevolking hebben we een vrij hoog percentage mensen met het statuut verhoogde tegemoetkoming in onze sample. Bijna de helft van onze steekproef gaf aan moeilijk noch gemakkelijk rond te komen met het maandelijks (gezins)inkomen. 27% had het moeilijk tot zeer moeilijk. 26% had het makkelijk tot zeer makkelijk.

We kunnen onze algemene resultaten samenvatten op basis van volgende tabel:

		Betaalbaarheid (tevredenheid)	Toegankelijkheid	
			Patiëntenstops (aandeel van patiënten met zorgvraag geconfronteerd met)	Wachttijden (tevredenheid)
Huisarts		61% enigszins tot zeer tevreden	40%	53% (enigszins) tevreden
Tandarts		42% enigszins tot zeer <i>ontevreden</i>	76%	43% (enigszins) <i>ontevreden</i>
Specialist	Dermatoloog	34% enigszins tot zeer <i>ontevreden</i>	42%	52% (enigszins) <i>ontevreden</i>
	Oogarts		25%	46% (enigszins) <i>ontevreden</i>
Kinesist		Geen duidelijk afgetekend dominante groep	9%	44% (enigszins) tevreden
Psycholoog		46% enigszins tot zeer <i>ontevreden</i>	46%	38% (enigszins) <i>ontevreden</i>
Algemeen		60% maakt zich soms tot vaak zorgen	35%	n.v.t.

Enkel voor de huisarts is het merendeel van onze leden enigszins tot zeer tevreden over de betaalbaarheid. Voor kinesitherapeutische zorgen en psychologische zorgen gaf respectievelijk 19% en 39% van onze respondenten aan deze zorgen niet te kunnen beoordelen op betaalbaarheid. Die resultaten zijn dus eerder voorzichtig te interpreteren. In het algemeen maakt zo'n 6 op 10 respondenten zich soms tot vaak zorgen over de betaalbaarheid van de gezondheidszorgen. Ondanks het feit dat dit een verbetering is tegenover de 3 op 4 die we tien jaar geleden vaststelden, noopt het tot reflectie dat zoveel mensen zich zorgen maakt ondanks de grote investeringen die onze samenleving in de gezondheidszorg doet.

Zoals verwacht zagen we een ongelijke verdeling van gerapporteerde tevredenheid over de betaalbaarheid van zorgen onder onze respondenten. Die ongelijkheid was merkbaar op vlak van leeftijd, opleidingsniveau, arbeidssituatie, gezinssituatie en statuut verhoogde tegemoetkoming. Vier op de tien respondenten ouder dan 70 maakt zich geen zorgen, terwijl eenzelfde aandeel bij de 20- tot 39-jarigen zich soms en zelfs drie op de tien zich vaak zorgen maakt. Onze resultaten bevestigen ook de reeds vaak vastgestelde relatie tussen opleidingsniveau en financiële bezorgdheden over gezondheidszorgen. Wie hoger opgeleid is maakt zich minder vaak zorgen. Het aandeel personen dat zich vaak zorgen maakt neemt ook duidelijk af naarmate je hogere en lagere opleidingsniveaus vergelijkt. Verder zien we dat (deeltijds) werken en aanspraak kunnen maken op een (brug)pensioen beschermt tegen financiële bezorgdheden. Niet geheel onverwacht lijken koppels het beste bestand tegen financiële bezorgdheden, maar zou dat effect enigszins vervagen als zij inwonend(e) kind(eren) hebben. Niet verrassend maar toch alarmerend is dat het statuut verhoogde tegemoetkoming onvoldoende beschermt tegen financiële bezorgdheid. De groep mensen met VT die zich vaak zorgen maakt is dubbel zo groot als bij de groep mensen zonder VT.

In termen van de geografische toegankelijkheid zien we een eerder hoge tevredenheid voor de huisarts, terwijl we voor de andere zorgverleners zien dat de meesten enigszins dan wel zeer ontevreden zijn. De uitzondering is de kinesist, maar onthoudt dat heel wat van onze respondenten (19%) hebben aangegeven deze (nog) niet nodig gehad te hebben. Het is toch opvallend dat de hoge tevredenheid over de wachtlijsten niet belet dat 40% van de respondenten die een huisarts nodig hadden, aangeven met een patiëntenstop geconfronteerd geweest te zijn. Verder valt het op dat de tandartsen de kroon spannen wat die patiëntenstops betreft. Psychologische zorgen (66%), contacten met de dermatoloog (58%) en de oogarts (47%), en tandheelkundige verzorging (47%) worden het vaakst uitgesteld bij confrontatie met een patiëntenstop. Voor wat betreft het contact met een huisarts vonden de meeste (48%) van de 467 respondenten die met een patiëntenstop geconfronteerd werden een andere huisarts in de buurt.

Ook in onze open vraag over toegankelijkheid waren patiëntenstops en wachttijden het voorwerp van frustratie. In de praktijk blijken zowel zorgverleners (kortere consulten inplannen, zorgsubstitutie organiseren, *work-life* balans op orde houden om langdurige afwezigheden te vermijden,...) als leden-patiënten (systematisch een opvolgafspraak inplannen, zich verder verplaatsen, een andere zorgverlener consulteren, verlof opnemen voor een consult, of zich naar de spoedafdeling begeven) oplossingen te zoeken voor dit probleem. Maar heel wat van die oplossingen bieden weinig tot geen zoden aan de dijk. Sterker nog, ze maken de problemen en frustraties potentieel erger. Patiënten hekelen dat ze na een lange wachttijd hun *eigen* zorgverlener niet kunnen consulteren en niet voldoende tijd krijgen om hun bezorgdheden en kwalen voldoende duidelijk te maken. Wie zich er over uitsprak was ook niet al te positief over de verhoogde aandacht voor een balans tussen werk en privéleven van de huisarts.

Wij maken ons bij Solidaritis ook zorgen over de tekenen aan de wand dat er een evolutie naar een tweesporengeneeskunde gaande is. Sommige leden wendden zich tot een privépraktijk omdat er grote verschillen zijn in wachttijden met een consult in een ziekenhuis. Wie de meerkost voor een niet-geconventioneerde zorgverlener niet kan ophoesten heeft weinig andere keuze dan de wachttijd accepteren.

Dat mensen zich zorgen maken of zij nog wel een huisarts, tandarts of andere zorgverlener zullen vinden wanneer zij deze nodig hebben valt door twee verbonden zaken te verklaren. Zoals hierboven aangegeven worden onze leden in de praktijk met patiëntenstops geconfronteerd. De vrees heeft een basis in de realiteit. Tegelijkertijd moeten we ook vaststellen dat het onderwerp van tekorten in de zorg- en welzijnssector met de regelmaat van de klok aan bod komt in het publieke debat. Dat kan mensen ook aanzetten om zelf acties te ondernemen zoals het systematisch vastleggen van een opvolgconsult een jaar later. Soms is dat nodig, maar in andere gevallen neemt het de opportuniteiten voor mensen met een dringende zorgvraag weg om een consult te kunnen krijgen.

Voor Solidaris is het duidelijk: er is dringend nood aan verschillende maatregelen om de financiële en geografische toegankelijkheid van onze gezondheidszorg te stimuleren.

## 6 Aanbevelingen

Solidaris formuleert een aantal aanbevelingen op twee vlakken op basis van de resultaten van onze bevraging. De financiële toegankelijkheid van onze gezondheidszorg moet gewaarborgd worden. Hoe betaalbaarder onze zorg, hoe lager de bezorgdheid en hoe lager het zorguitstel. Maar dan moeten we er wel voor zorgen dat er voldoende (geconventioneerde) zorgverleners beschikbaar zijn. De geografische toegankelijkheid van de gezondheidszorg (aantal en spreiding van zorgverleners) moet dringend omhoog.

(1) De financiële toegankelijkheid moet gestimuleerd worden.

Zes op de tien leden maakt zich zorgen over de betaalbaarheid van gezondheidszorg. Vooral jongere leeftijdsgroepen (20-39), mensen met een lagere opleiding, mensen met een statuut verhoogde tegemoetkoming, en eenoudergezinnen/alleenstaanden zijn het meest kwetsbaar. Een (deeltijdse) tewerkstelling of pensioengerechtigdheid - m.a.w. een inkomen - beschermt tegen een hoge mate van bezorgdheid. Onze leden zijn niet enkel bezorgd, ze stellen ook soms zorgen uit omwille van financiële redenen. Maar liefst één op vier heeft het afgelopen jaar zorgen uitgesteld. Tandzorg wordt het vaakst uitgesteld.

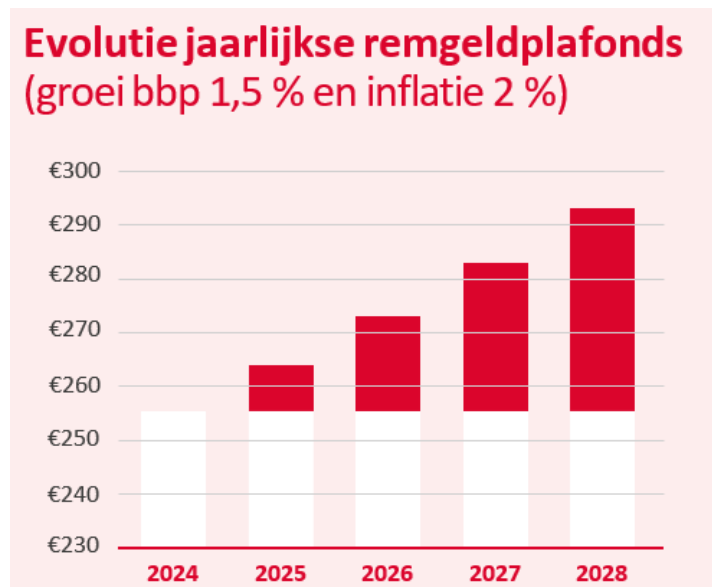
Het is voor Solidaris onaanvaardbaar dat er op heden nog steeds mensen zorgen moeten uitstellen omwille van financiële overwegingen. Wij vragen daarom inzet op 4 concrete maatregelen om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te vrijwaren.

- 1.a. **Financiële barrières** dienen in de eerste plaats **zo breed mogelijk weggewerkt** te worden. Wij vragen daarom om in te zetten op een uitbreiding van de **derdebetalersregeling**; en dit op termijn bij alle zorgberoepen. Tegelijkertijd moeten we vaststellen dat de regeling op heden nog te fraudegevoelig is. Er is bijvoorbeeld nog geen strikte controle op het aandeel dat de patiënt wordt aangerekend. Solidaris vraagt daarom tegelijk de op- en uitbouw van controlemaatregelen opdat deze mogelijkheid, waarbij de patiënt enkel het remgeld zelf betaalt, correct wordt aangewend en niet wordt misbruikt.
- 1.b. Het recht op de **verhoogde tegemoetkoming** is op zich een belangrijke beschermingsmaatregel voor wie het financieel moeilijk heeft. Onder andere omdat deze de eigen bijdragen sowieso fors inperkt t.o.v. rechthebbenden in een regulier statuut. Maar 13% van onze respondenten geeft aan niet te weten of die aanspraak kan maken op het recht. Die vaststelling gold ook voor andere ziekenfondsen.<sup>7</sup> Ook bij de Christelijke Mutualiteiten was dit het geval. Zowat 45 % van de 18- tot 64-jarigen en ongeveer 24 % van de 65-plussers die er op basis van een beperkt inkomen mogelijk recht op hebben, namen dit recht niet op. Daarom vragen wij om zo snel mogelijk de toekenning van het recht op verhoogde tegemoetkoming te automatiseren.

---

<sup>7</sup> [Bijna één Belg op vijf heeft verhoogde tegemoetkoming | Domus Medica](#)

- 1.c. Zelfs wie het recht op verhoogde tegemoetkoming geniet is niet vrij van zorgen over de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg. Voor onze leden geldt dat zij zich nog steeds dubbel zo vaak zorgen maken in vergelijking met mensen zonder recht op verhoogde tegemoetkoming. We moeten daarom zoveel mogelijk de nog bestaande financiële barrières wegwerken. De belangrijkste voor Solidaris zijn de **supplementen**. Wij vragen het gebruik van supplementen af te bouwen en ze op termijn overbodig te maken. Een belangrijke eerste stap was het verbod op supplementen voor personen met het recht op verhoogde tegemoetkoming bij artsen en tandartsen.<sup>8</sup> Voor artsen gaat het verbod in vanaf 1 januari 2025 voor patiënten die het recht automatisch toegekend kregen en vanaf 1 januari 2026 voor rechthebbenden die het recht kregen na inkomensonderzoek. Voor tandartsen geldt het verbod vanaf 1 januari 2025 voor alle patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming maar bij een selecte verzameling bepaalde prestaties. Daaronder vallen alle preventieve prestaties, zoals het jaarlijks mondonderzoek, tandsteenverwijdering of het verzegelen van groefjes. Ook prestaties waarvan de tarieven geherwaardeerd zijn, zoals extracties, uitneembare protheses of digitale radiografieën zijn gevat in de eerste fase. De prestaties die in deze eerste stap gevat worden door het verbod vertegenwoordigen 52% van het budget voor tand- en mondzorg. Vanaf 1 januari 2026 geldt het verbod op supplementen voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming normaliter voor alle prestaties. Solidaris ondersteunt dit verbod, maar vraagt tegelijkertijd aandacht voor het potentieel van een geneeskunde op twee snelheden.<sup>9</sup>
- 1.d. Een laatste financiële beschermingsmaatregel die vandaag reeds bestaat, maar nog verbeterd kan worden is de **maximumfactuur**. Deze beschermingsmaatregel houdt in dat gezinnen hun remgelden betalen tot zij een specifiek, aan het inkomen gekoppeld plafond bereiken (de mutualiteit houdt dit voor het gezin in de gaten). Van zodra dat plafond bereikt wordt betaalt de mutualiteit de remgelden terug. Een belangrijk element is dat die plafonds onderhevig zijn aan de indexering. Eind 2022 besloot minister Frank Vandenbroucke om die plafonds eenmalig te bevroren. Wij stellen voor die maatregel te handhaven in de komende jaren. Als we dat de komende jaren doen, sparen de mensen met de laagste inkomens 10 % van hun gezondheidsfactuur uit.



<sup>8</sup> Groen licht voor verbod op aanrekenen van supplementen in ambulante zorg bij sociaal en financieel kwetsbare patiënten | Frank Vandenbroucke (belgium.be)

<sup>9</sup> [Meer en meer tandartsen en orthodontisten weigeren patiënten met verhoogde tegemoetkoming | VRT NWS: nieuws](#)

(2) De geografische toegankelijkheid moet opgedreven worden.

Onze studie toont ook aan dat onze leden moeilijkheden ondervinden om een zorgverlener te consulteren, ook al kunnen zij dit financieel dragen. Meer dan een derde van de leden die een zorgverlener wilde consulteren werd geconfronteerd met een patiëntenstop. De problematiek was het meest uitgesproken bij de tandarts, oog- en huidartsen. Maar liefst 76% van de personen die een tandarts zocht werd met een patiëntenstop geconfronteerd en bijna de helft (46%) moest de zorgen uiteindelijk uitstellen. Bij huisartsen lijkt het probleem van de patiëntenstop iets minder uitgesproken. Vier op de tien respondenten die een huisarts zocht werd wel eens met een patiëntenstop geconfronteerd, maar de helft van die groep (48%) vond wel een alternatieve huisarts dichtbij huis. Dit probleem lijkt overigens vooral van belang in het Noorden van de provincies Antwerpen en Oost-Vlaanderen, de regio rond Brussel en de eerstelijnszone Oostende-Bredene. Onze open vraag ondersteunt grotendeels de kwantitatieve resultaten en vult aan dat de geografische toegankelijkheid van onze gezondheidszorg vooral voor acute problemen belangrijk is. Patiëntenstops of lange wachttijden kunnen medische problemen verergeren. We zien ook dat de manier waarop zorgverleners (kortere consulten) en patiënten (consulten inplannen ook al zijn deze niet strikt noodzakelijk; zich tot een privépraktijk wenden; naar de spoeddiensten gaan) de problemen proberen verhelpen verre van ideaal is.

**Solidaris vraagt inzet op 4 fronten om de geografische toegankelijkheid van onze gezondheidszorg te stimuleren.**

- 2.a. **Maak werk in de zorg en welzijnssector aantrekkelijker** door in te zetten op duurzamere arbeidscontracten, door de administratieve belasting te verminderen, doordachte zorgsubstitutie door te voeren en in te zetten op kwaliteitsvolle opleidingen voor nieuwe zorgberoepen zoals bijvoorbeeld mondhygiënist, zorgkundigen en praktijkverpleegkundigen. Hetzelfde geldt voor coördinerende functies zoals casemanagement. Doordachte zorgsubstitutie en taakdelegatie, administratieve vereenvoudiging en ondersteuning maken voor iedere zorgverlener (en ondersteunende functies) de tijd en ruimte vrij om zich te concentreren op die taken waar die het best voor geschikt en opgeleid is.
- 2.b. Een grotere **instroom van huisartsen en tandartsen** is dringend nodig om aan de hoge en allicht snel stijgende zorgvraag tegemoet te kunnen komen. Werken in (tand)artsarme steden en gemeenten dient te worden gestimuleerd met incentives. Lokale overheden kunnen bijvoorbeeld leegstaande eigendommen van de gemeente (voor beperkte prijs) ter beschikking stellen van zorgverleners die zich in zones waar een tekort werd vastgesteld, willen vestigen. Zij kunnen ook zorgverleners ondersteunen in hun vestiging en praktijkvoering en moeten zorgen voor een 'zorgverlener' vriendelijke context (e.g. in commerciële panden die leegstaan gebruik voor zorg toestaan, parkeerfaciliteiten, busbanen uitbreiden voor zorgberoepers, ...) zodat het attractief wordt voor zorgverleners om zich in de stad of gemeente te komen vestigen. Verder moet er aandacht zijn voor samenwerking en solidariteit tussen zorgverleners uit regio's met een hoog en een laag aantal zorgverleners (zowel tijdens kantooruren als in termen van zorgcontinuïteit buiten die uren).
- 2.c. Solidaris vraagt inzet om het **aandeel geconventioneerde zorgverleners te verhogen**. Geconventioneerde zorgverleners houden zich aan de afgesproken tarieven. Concreet is het nodig om met een gespreide inspanning zorgverleners te sensibiliseren over de merites van het conventiesysteem. De conventionering aantrekkelijker maken is een must, bijvoorbeeld via het voorbehouden van ondersteuningspremies aan geconventioneerde zorgverleners of de (financiële) aantrekkelijkheid op te voeren naarmate men geconventioneerd blijft voor een langere periode. Daarnaast dient deconventioneren ontmoedigd te worden.
- 2.d. Solidaris juicht de verhoogde keuzevrijheid over het financieringsmodel van zorgverleners in de eerste lijn toe. Vandaag kennen zorgverleners de klassieke prestatiefinanciering, de

forfaitaire financiering, en de financiering via de New Deal. Zodoende kunnen zorgverleners een weloverwogen keuze maken over welk model het best op hun noden is afgestemd. Wij hopen dat dit de efficiënte werking én de duurzame inbedding van de eerstelijnszorgverleners in hun omgeving bewerkstelligt.

- 2.e. Ten slotte vragen we inspanningen van onze leden-patiënten waar mogelijk. Die inspanningen gaan van het nemen van verantwoordelijkheid om zo weinig mogelijk te vragen naar consulten die niet door de arts(-specialist) worden voorgesteld of aangeboden (bv. consulten die eerder *nice-to-have* dan strikt noodzakelijk zijn; consulten met als primair doel dat men gerust gesteld wordt) tot het opnemen van bepaalde zorgtaken waar mogelijk. Sommige patiënten (en/of hun mantelzorgers) zijn perfect in staat om specifieke handelingen zelf uit te voeren (e.g. toediening van bepaalde medicatie na zorgvuldige instructie door verpleegkundigen). Waar mogelijk - en wanneer een patiënt daartoe bereid is - kunnen patiënten die taken zelf uitvoeren opdat het vandaag aanwezige zorgpersoneel kan focussen op die taken waar hun expertise absoluut noodzakelijk voor is.