

CM-Informatie

Analyses en standpunten

Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

279

maart 2020

Begroting gezondheidszorg

Het sociaal overleg met het oog op de opmaak van het budget voor gezondheidszorg is een complex mechanisme om rekening te kunnen houden met zowel de economische als sociale dimensies van het gezondheidsbeleid, evenals met de standpunten van de stakeholders. Ook dit jaar was het opnieuw niet gemakkelijk een evenwicht te vinden tussen de handhaving van de groeïnorm en het investeren in een toekomstvisie voor de gezondheidszorg.

Sociaal engagement en gezondheid

In de studie komen veel elementen samen die suggereren dat sociaal engagement goed is, niet enkel voor de samenleving, maar ook voor de gezondheid en het welzijn van het individu dat zich engageert. Deze studie toont het belang aan van vrijwilligerswerk.

Armoedebeleid

Het is positief vast te stellen dat armoede een vast item is geworden op de politieke agenda en in de media. Maar praten over armoede volstaat niet. Er moet vooral gehandeld worden en hier hebben de bevoegde overheden een grote verantwoordelijkheid: hun beleid moet het verschil maken voor iedereen aan de onderkant van de samenleving.

Alcoholgebruik jongeren

De IMA-cijfers leren dat nog steeds te veel jongeren op spoed belanden met een vermoeden van alcoholintoxicatie.

Tabel 1: Evolutie van het aantal jongeren tussen 12 en 17 jaar met alcoholintoxicatie (proxy) (Bron: IMA-gegevens 2008-2018)

Jaar	Absoluut aantal	Aantal per 10.000
2008	2.083	28
2009	2.141	29
2010	2.153	30
2011	2.140	30
2012	2.189	30
2013	2.263	31
2014	2.290	32
2015	2.202	31
2016	2.160	30
2017	2.334	32
2018	2.234	30

Ziekenhuisbarometer

Bij opname op een eenpersoonskamer maken de ereloon- en kamersupplementen samen gemiddeld 80% à 90% van de patiëntenfactuur uit. De financiële toegankelijkheid van eenpersoonskamers staat zodanig zwaar onder druk voor burgers zonder hospitalisatieverzekering en/of voor zij met een kwetsbaar socio-economisch profiel dat dit een voorbeeld is geworden van een gezondheidszorg met twee snelheden.



CM. Hoe gaat het met u?

Redactioneel

Het sociaal overleg met het oog op de opmaak van het budget voor gezondheidszorg is een complex mechanisme om rekening te kunnen houden met zowel de economische als sociale dimensies van het gezondheidsbeleid, evenals met de standpunten van overheid, zorgverleners, beheerders van gezondheidsinstellingen, ziekenfondsen en vakbonden. Ook dit jaar was het opnieuw niet gemakkelijk een evenwicht te vinden tussen de handhaving van de groeinorm en het investeren in een toekomstvisie voor de gezondheidszorg. Het Verzekeringscomité stelde een budget 2020 van 27,6 miljard euro voor overeenkomstig de wettelijke bepalingen met besparingen in de farmaceutische sector en met uitsluiting van bepaalde punctuele uitgaven, om zo middelen vrij te maken voor toekomstprojecten, meer bepaald voor de meest kwetsbare patiënten (betere zorgcontinuïteit, tandzorg, auditieve hulpmiddelen, strijd tegen obesitas). De Algemene Raad van het RIZIV keurde dit budget echter niet goed. Uiteindelijk besliste de ministerraad eind november op basis van het voorstel van het Verzekeringscomité, evenwel zonder extra middelen vrij te maken voor de nieuwe initiatieven.

Het budget voor gezondheidszorg staat al meerdere jaren onder druk. De uitgaven voor geneesmiddelen blijven structureel stijgen zoals wij in onze studie aantonen. Die druk op het budget heeft een impact op de kosten, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten, door bijvoorbeeld een stijging van het aantal niet-geconventioneerde zorgverleners. Wij denken dat het beantwoorden van de uitdagingen in de gezondheidszorg een visie op langere termijn voor de budgetopmaak vereist. Het Verzekeringscomité vraagt de oprichting van een werkgroep inzake farmaceutische specialiteiten met een mandaat van de Algemene Raad en een meerjarenplanning voor de uitgaven om in nieuwe projecten te kunnen investeren.

De ziekenhuissector blijft niet gespaard van het vraagstuk van structurele financiering. De OESO-cijfers tonen dat de patiënt in België bijzonder veel zelf betaalt voor zorg in het ziekenhuis in vergelijking met de andere Europese landen. Met de ziekenhuisbarometer van CM wordt vastgesteld dat de ereloonsupplementen in 2018 verder stegen (4,7% voor klassieke opnames, 5,2% voor chirurgisch dagziekenhuis en 3,7% voor niet-chirurgisch dagziekenhuis, bovenop de inflatie). Voor een opname in een eenpersoonskamer worden vaak hoge supplementen betaald. Jammer genoeg speelt bij de keuze voor een eenpersoonskamer niet enkel comfort een rol. Wij vinden dat de kwaliteit van de uitrusting kan variëren

volgens het gekozen kamertype (rust, herstel, “kamercomfort”). Maar ook de keuze voor een tweepersoonskamer biedt niet steeds een garantie dat hiermee supplementen worden vermeden zoals bijvoorbeeld bij een borstverkleining. De praktijken wisselen zeer sterk. Wij dringen aan op de afschaffing van de ereloonsupplementen waarbij die middelen naar de verplichte verzekering worden overgebracht en dan verdeeld worden tussen de ziekenhuizen en de artsen-specialisten op basis van een transparant, objectief en billijk toewijzingsmechanisme.

Dit jaar omvatte onze barometer ook een onderzoek naar ambulante uitgevoerde ingrepen. Ook daar zijn de verschillen groot. Wij vinden dat deze materies echt veel transparanter moeten worden. De patiënt moet vooraf weten welke kosten hem aangerekend zullen worden en mag niet verstoken blijven van degelijke zorg om financiële redenen.

Gezondheidszorg is een belangrijk aspect voor een gezond leven, maar bepaalt verre van de gezondheid van de mensen. Als gezondheidsfonds zijn alle determinanten van gezondheid voor ons belangrijk, ook die betreffende de levenswijze. Zo merken wij dat het aantal alcoholintoxicaties bij jongeren niet daalt, ondanks de preventiecampagnes die al tien jaar worden gevoerd. “Binge drinking” blijft sociaal zeer goed aanvaard en de schadelijke effecten ervan op lange termijn zijn nog onvoldoende geanalyseerd. Een herhaalde alcoholintoxicatie kan ook de hersenontwikkeling van een adolescent verstoren (effecten op het geheugen en de intellectuele capaciteiten en zelfs de ontwikkeling van gedragsstoornissen). De studie in samenwerking met het Intermutualistisch Agentschap vergelijkt de prevalentie van de overconsumptie van alcohol in een regio met de spreiding van kanker en leverziekten. In vergelijking met de buurlanden blijft België één van de landen met het hoogste alcoholverbruik en met permissievere regels dan in 20 andere Europese landen. Wij denken dat moet worden voortgewerkt aan een mentaliteits- en beleidsverandering tegenover de tolerantie ten opzichte van alcoholintoxicatie bij jongeren.

Veel preventiegedrag kan worden aangeleerd om zijn gezondheidstoestand duurzaam te veranderen. Steeds meer wordt onderzoek gedaan naar een betere gezondheid dankzij een betere levenshygiëne. Daarnaast kunnen ook andere gedragingen de gezondheid bevorderen zoals sociaal engagement. Isolement is de eerste determinant voor een verkorting van de levensduur, nog vóór tabak of lichaamsbeweging¹.

1. Deze correlatie werd uitvoerig bestudeerd. Zie meer bepaald deze meta-analyse die meerdere onderzoeken hieromtrent combineert: Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: a Meta-analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.

Onze studie toont dat de mate van deelname aan het verenigingsleven alle psychosociale processen significant beïnvloedt (intensiteit van de sociale banden, zich verbonden voelen met de samenleving, zich minder eenzaam voelen, ervaren sociale ondersteuning, zelfontplooiing, eigenwaarde). In dit soort onderzoeken is de causaliteit altijd moeilijk te bewijzen. Toch kan toch kan in alle indicatoren die we hebben onderzocht een grote convergentie worden vastgesteld tussen actieve deelname aan het sociale leven als vrijwilliger en de verbetering van de gezondheid.

Tot slot, zoals wij reeds zegden, is de gezondheidstoestand ook het resultaat van het gecombineerd en gecumuleerd effect van vele factoren. Bij populaties in armoede stapelen de problemen zich op voor toegang tot huisvesting, tot zorg, tot onderwijs, tot cultuur. Het project Decenniumdoelen had de ambitie de armoede met de helft te verminderen op tien

jaar. Uit de 12^{de} armoedebarmometer blijkt dat de armoede niet alleen niet vermindert, maar zelfs lijkt toe te nemen bij bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen zoals alleenstaande vrouwen met kinderen en personen met een handicap of met een migratieachtergrond die daardoor van een goede sociale bescherming uitgesloten zijn. De barometer toont niet enkel dat armoede in Vlaanderen en België stagneert, maar vooral dat die volgens de Decenniumdoelen niet kan dalen zonder een voluntaristisch herverdelingsbeleid. De campagne "KomAf Met Armoede" van Decenniumdoelen stelt een actieplan met concrete maatregelen voor om de armoede te verminderen zoals vervangingsinkomens die niet onder de armoededrempel mogen liggen, een betere toegang tot huisvesting of de bestrijding van kinderarmoede.

Elise Derrotte
Directrice Studiedienst

Begroting van de gezondheidszorg

Budget 2020: zorgverleners, zorgvoorzieningen, mutualiteiten en vakbonden vragen om een budget met visie en met voldoende middelen voor nieuwe initiatieven

Saskia Mahieu (CM, Gezondheidseconoom)

Samenvatting

Tijdens het Verzekeringscomité van 7 oktober 2019 keuren zorgverleners, zorgvoorzieningen en mutualiteiten quasi unaniem (twee onthoudingen) een voorstel van begroting voor de gezondheidszorg in 2020 goed. Zij kiezen unaniem voor een sterke inhoudelijke boodschap, namelijk een budget met toekomst op basis van een lange termijnvisie en voldoende middelen. Door eenmalige uitgaven af te zonderen en besparingsmaatregelen in de sector van de geneesmiddelen te overwegen, stelt het Verzekeringscomité in overeenstemming met de wettelijke bepalingen een budget van 27,6 miljard euro voor en creëert zij 101 miljoen euro ruimte voor nieuwe initiatieven. Het Verzekeringscomité wenst werk te maken van een langetermijnvisie, een stabiel financieel meerjarenplan en een geïntegreerd antwoord op de behoeften van de patiënt. Er dienen voor de zorg aan kwetsbare patiënten voldoende middelen vrijgemaakt en effectief besteed te worden.

De Algemene Raad van 21 oktober keurt het voorstel van het Verzekeringscomité echter niet goed: vakbonden en mutualiteiten zijn voor, de regering onthoudt zich en de werkgevers zijn tegen. De regering brengt geen alternatief voorstel aan. Aangezien de regering een voorstel van begroting moet goedkeuren opdat een budget voor de gezondheidszorg zou kunnen vastgesteld worden, verlaten de leden van de Algemene Raad de vergadering met lege handen. Patiënten, zorgverleners en zorgvoorzieningen worden in een situatie van extreme onzekerheid gestort. Zonder budget kunnen er geen akkoorden met de zorgverleners worden afgesloten en is er voor de patiënt geen tariefzekerheid.

Uiteindelijk beslist de ministerraad op 22 november, op voorstel van de minister, over een budget gezondheidszorg 2020. Het voorstel ligt in de lijn van het voorstel van het Verzekeringscomité, maar zonder bijkomende middelen voor nieuwe initiatieven of voor een betere vergoeding van sommige zorgverleners.

In dit artikel leest u het tot stand komen van het budget gezondheidszorg voor het jaar 2020 en hoe de mutualiteiten en de zorgverleners de toekomst voor de Belgische gezondheidszorg zien.

Sleutelwoorden: Begroting gezondheidszorg, budget, besparingen, nieuwe initiatieven, overleg, restitutie, clawback

1. Globale begrotingsdoelstelling 2020

De berekeningswijze van de globale begrotingsdoelstelling is bij wet vastgelegd. Elk jaar is de basis van de berekening de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar. Deze wordt vermeerderd met de bij wet vastgelegde groeicijfer (1,5% sedert 2015), de indexmassa op basis van de gezondheids- en de spilindex en enkele specifieke uitgaven, met name in het kader van het sociaal akkoord en in het kader van artikel 81/111 of dus de contracten van de minister met de geneesmiddelenindustrie.¹

Tabel 1 vat de berekening van de globale begrotingsdoelstelling, ook wel de strikte normberekening genoemd, voor 2020 samen.

Voor 2020 kan in principe een **budget van 27,6 miljard euro** aan gezondheidszorg in België besteed worden.

De federale regering besloot in 2014 om het wettelijke voorziene budget niet volledig uit te geven, maar een deel ervan te blokkeren. Deze structurele blokkering bedraagt eind 2019 69 miljoen euro.

Kader 1 herneemt de procedure voor de opmaak van het budget gezondheidszorg.

Tabel 1: Strikte normberekening budget 2020 (In 1.000 euro)

Strikte normberekening	2020 (in 1.000 euro)
Globale begrotingsdoelstelling 2019	26.518.320
Reële groeicijfer 1,5%	397.775
Subtotaal	26.916.095
Gezondheidsindex (1,95%)	307.559
Spilindexmassa (meerkost 2019)	90.620
Subtotaal	27.314.274
Sociaal akkoord	25.000
Aanpassing art.81/111	254.374
Strikte norm	27.593.648

KADER 1: Procedure voor de begrotingsopmaak van het budget gezondheidszorg

In 2017 werd de reglementering op de begrotingsprocedure voor de gezondheidszorg aangepast om de Belgische budgettaire kalender met de Europese kalender in overeenstemming te brengen.²

Hieronder volgt het overzicht van de jaarlijkse procedure voor de begrotingsopmaak gezondheidszorg.

Wanneer?	Wat?	Wie?
31 mei	1 ^{ste} technische ramingen	Diensten van het RIZIV
30 juni	Auditrapport	Diensten van het RIZIV
Vanaf 1 juni	Elementen van 1) globaal budgettair kader en meerjarenplan en 2) strategische prioriteiten	Verzekeringcomité en Algemene Raad
1 september	Bepalen van de financiering van aangepaste prioriteiten en van de compenserende maatregelen	Overeenkomsten- en akkoordencommissies
15 september	Herziene technische ramingen	Diensten van het RIZIV
8 ^{ste} werkdag volgend op 15 september	Rapport van de Commissie voor de Begrotingscontrole (CBC)	Commissie voor de Begrotingscontrole
1 ^{ste} maandag van oktober	Finale stemming op het Verzekeringcomité van een begrotingsvoorstel Gezondheidszorg, zowel globaal als partieel	Verzekeringcomité
Woensdag volgend op deze stemming	Analyse door de CBC van de conformiteit van het begrotingsvoorstel van het Verzekeringcomité op budgettair vlak	Commissie voor de Begrotingscontrole
3 ^{de} maandag van oktober	Stemming op de Algemene Raad, rekening houdend met het advies van de Commissie voor de Begrotingscontrole	Algemene Raad

- Hiermee wordt verwezen naar art 111 en volgende (vroeger art. 81 en volgende) van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 op basis waarvan de staat geneesmiddelen, die over het algemeen zeer duur zijn en waarvan de therapeutische werking nog onzeker is, terugbetaalt, zodat deze geneesmiddelen zo snel mogelijk ter beschikking van de patiënt kunnen worden gesteld. Zie eventueel ook het artikel "Budget 2019: totstandkoming, risico's en conclusies" in CM-Informatie 275 van maart 2019.
- Zie ook "Federale begroting van de gezondheidszorg voor 2017 - Besparingen in de gezondheidszorg en crisis van tariefovereenkomsten: naar een liberalisering van onze sociale zekerheid?" in CM-Informatie 267 van maart 2017.

De procedure is vandaag beter op het vlak van de planning van de eerste technische ramingen (nl. de inschattingen van de uitgaven bij ongewijzigd beleid). Omdat deze ramingen een maand vroeger dan voorheen ter beschikking worden gesteld, kunnen de Overeenkomsten- en akkoordencommissies er mee rekening houden wanneer zij hun prioriteiten bepalen. Het nadeel van de procedure is dat er continu nieuwe informatie wordt aangeleverd. Dit maakt dat er uiteindelijk weinig tijd resteert voor een breed overleg tussen verzekeringsinstellingen en vertegenwoordigers van zorgverleners. Wanneer een begroting niet op basis van overleg tot stand kan komen, dan wordt de begroting rechtstreeks door de Ministerraad beslist. Deze werkwijze zou moeten de uitzondering zijn want ze staat haaks op de geest van de oorspronkelijke regelgeving, nl. dat *“het bepalen van de grote begrotingsenvelopes van de ziekteverzekering chronologisch moet worden losgekoppeld van het begrotingsconclaaf van de regering”* en dat *“de beslissingen moeten worden genomen op het niveau dat het dichtst bij de dagelijkse realiteit staat”*.

2. Technische ramingen 2020

De leden van het Verzekeringscomité ontvangen van de diensten van het RIZIV tegen eind mei de eerste technische ramingen van de verwachte uitgaven in het volgende jaar op basis van constant beleid. Tegen 15 september ontvangen zij de herziene technische ramingen die ook rekening houden met de verwerkte cijfers van de eerste vijf maanden van het lopende jaar.

De eerste technische ramingen voor 2020 tonen een sterke toename van de verwachte uitgaven bij constant beleid, namelijk ruim 1 miljard euro meer dan in 2019. De herziene technische ramingen voor 2020 bevestigen de eerder bezorgde cijfers. De **uitgaven voor 2020** worden geschat op **27,9 miljard euro**.

Rekening houdend met de financiële context van de regering wordt het **begrotingstekort** op **369 miljoen** euro geraamd (nl. 27,593 miljard euro verminderd met 27,893 miljard euro en daarbij de structurele blokkering van 69 miljoen euro opgeteld).

Tabel 2 toont de berekening van het begrotingstekort op basis van de ramingen van het RIZIV van de verwachte uitgaven in 2020 bij constant beleid.

Tabel 2: Begrotingstekort op basis van de eerste ramingen (In 1.000 euro)

In 1.000 euro	Strikte normberekening 2020 en structurele blokkering	HTR 2020 (september 2019)	Vershil
HTR 2020 in p 2019	27.593.648	27.495.459	
Structurele blokkering	-69.016		
Indexmassa Gezondheidsindex		307.559	
Meerkost spilindex		90.620	
HTR 2020 in p 2020	27.524.459	27.893.638	-369.006

3. Trends in de voorbije vijf jaren

Een aantal elementen van het gezondheidsbeleid in de periode 2015 – 2019 zetten het toekomstige budget voor gezondheidszorgen onder druk. De voornaamste trends worden hieronder besproken.

3.1. Talrijke besparingsmaatregelen

Tabel 3 geeft een overzicht van de besparingsmaatregelen in de voorbije jaren.³

Tabel 3: Overzicht besparingsmaatregelen 2015-2019 (In 1.000 euro)

Doelstelling 2015	355.109
Doelstelling 2016	182.700
Doelstelling 2017	894.181
Doelstelling 2018	237.876
Doelstelling 2019	477.372

De besparingen tussen 2015 en 2020 hebben een invloed op het akkoorden- en overeenkomstenmodel en brengen bijgevolg de tariefzekerheid voor de patiënt in het gedrang. Wij verwijzen bijvoorbeeld naar de onrustwekkende toename van het aantal niet-geconventioneerde tandartsen en kinesitherapeuten en de gevolgen daarvan, meer bepaald de ereloonsupplementen die aan de patiënten gefactureerd worden. Andere besparingen wegen op het zorgpersoneel dat ten dienste staat van de patiënt en dus mogelijks op de kwaliteit van de zorg.

Als gevolg van de besparingen nam het budget voor de ziekteverzekering de voorbije jaren met minder dan 1,5% toe. Aan bepaalde gezondheidsbehoeften van de bevolking werd niet of onvoldoende tegemoetgekomen.

Besparingen zijn enkel verdedigbaar wanneer ze als resultaat hebben dat met minder middelen eenzelfde output wordt gerealiseerd. Ze zijn niet verdedigbaar wanneer ze ten koste gaan van toegankelijkheid, betaalbaarheid of kwaliteit van zorg.

3.2. Voortdurende overschrijding in de sector van de farmaceutische specialiteiten

Tabel 4 toont de budgetoverschrijdingen in de sector van de farmaceutische specialiteiten ofwel geneesmiddelen.

De responsabilisering in de sector van de geneesmiddelen is anders dan in de overige zorgsectoren:

- voor geneesmiddelen art.81/111 (nl. innovatieve geneesmiddelen die tijdelijk vergoed worden op basis van een overeenkomst met het RIZIV), wordt een contract tussen het betrokken farmaceutisch bedrijf en het RIZIV / de minister afgesloten. Voor deze geneesmiddelen wordt een soort korting gegeven die dan aan het RIZIV wordt gestort, de zogenaamde restitutie. De officiële prijzen voor deze geneesmiddelen komen dus niet overeen met de reële kost voor de ziekteverzekering.
- de compenserende heffing is een maatregel waarbij de geneesmiddelenindustrie bij een overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling een bedrag aan de overheid dient terug te betalen, de zogenaamde clawback. Het bedrag van de clawback is echter geplafonneerd. De laatste jaren was het bedrag van de overschrijding groter dan dit plafond, waardoor de geneesmiddelenindustrie niet volledig geresponsabiliseerd werd.

De laatste jaren werd de overschrijding in de sector van de innovatieve geneesmiddelen in het kader van het globale budget van de geneeskundige verzorging in de praktijk gecompenseerd door een onderbenutting van het budget door andere zorgsectoren. Budgetbeheersing en een correcte inschatting van de behoefte aan financiële middelen is ook in de sector van de farmaceutische specialiteiten nodig om te vermijden dat op een gegeven ogenblik de patiënt het gelag betaalt.

Tabel 4: Overzicht budgetoverschrijdingen farmaceutische specialiteiten 2013-2020 (In 1.000 euro)

Farmaceutische specialiteiten (in 1.000 euro)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (progn)	2020 (TR progn)
Begrotingsdoelstelling (voor 2013 t.e.m. 2016 bruto en vanaf 2017 netto)	3.984.102 €	4.112.556 €	4.028.677 €	4.111.009 €	4.053.775 €	4.140.348 €	4.460.585 €	4.799.107 €
Netto-uitgaven farmaceutische specialiteiten	3.984.459 €	3.992.130 €	4.223.189 €	4.254.615 €	4.321.435 €	4.532.243 €	4.637.549 €	4.913.974 €
Overschrijding begrotingsdoelstelling (indien negatief)	-357 €	120.426	-194.512 €	-143.606 €	-267.660 €	-391.895 €	-176.964 €	-114.867 €

3. Bron: RIZIV

KADER 2: Overschrijdingen in de sector van de geneesmiddelen

Hierna volgt een overzicht van de verwachte en reële uitgaven en inkomsten in de sector geneesmiddelen.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (TR nov)
BEGROTINGSDOELSTELLING						
Bruto begrotingsdoelstelling	4.112.556 €	4.028.677 €	4.111.009 €	4.291.775 €	4.443.946 €	4.903.259 €
Art. 81 ontvangsten (raming)				238.000 €	303.598 €	442.674 €
Netto begrotingsdoelstelling				4.053.775 €	4.140.348 €	4.460.585 €
UITGAVEN						
Bruto uitgaven farmaceutische specialiteiten	4.033.476 €	4.277.705 €	4.378.171 €	4.594.786 €	4.891.838 €	5.253.767 €
Ontvangsten art. 81	41.346 €	54.516 €	123.556 €	273.351 €	359.595 €	616.218 €
Netto uitgaven farmaceutische specialiteiten	3.992.130 €	4.223.189 €	4.254.615 €	4.321.435 €	4.532.243 €	4.637.549 €
OVERSCHRIJDING						
Overschrijding begrotingsdoelstelling (= netto uitgaven)	120.426 €	-194.512 €	-143.606 €	-267.660 €	-391.895 €	-176.964 €
ANDERE ONTVANGSTEN						
Correctie voor Claw Back				101.345 €	103.509 €	111.515 €
Correctie voor niet-gerealiseerde maatregelen				49.715 €	139.708 €	20.603 €

Waarbij TR staat voor Technische Ramingen RIZIV.

De overschrijding wordt tot en met 2019 onvolledig gecompenseerd.

De uitgaven nemen jaarlijks toe met een percentage dat significant boven de groei van het Bruto Binnenlands Product en de inflatie ligt.

Gegevenstabel – groeionorm begrotingsdoelstelling en uitgaven

	2015	2016	2017	2018	2019 (TR nov)
Bruto begrotingsdoelstelling	-2%	2%	4%	4%	10%
Netto begrotingsdoelstelling				2%	8%
Bruto uitgaven	6%	2%	5%	6%	7%
<i>artikel 81 geneesmiddelen</i>	<i>44,8%</i>	<i>17,5%</i>	<i>35,2%</i>	<i>29,6%</i>	
<i>Andere geneesmiddelen</i>	<i>0,7%</i>	<i>-0,5%</i>	<i>-1,9%</i>	<i>-0,8%</i>	
Netto uitgaven	6%	1%	2%	5%	2%

Waarbij TR staat voor Technische Ramingen RIZIV.

De evolutie in de begrotingsdoelstelling toont aan dat men toenemende uitgaven voor geneesmiddelen verwacht. Deze toename van uitgaven wordt vooral verwacht voor de geneesmiddelen art.81/111. Het aandeel ervan in het totale budget voor geneesmiddelen neemt toe van 11,8% in 2014 tot 29,1% in 2018. De toename van deze uitgaven ziet men vooral in de ziekenhuisapotheek, en met name overwegend gerelateerd aan ambulante afleveringen (een toenemend aandeel van 22% in 2014 tot 54% in 2018) en veel minder gerelateerd aan hospitalisatie (een toenemend aandeel van 4% in 2014 tot 13% in 2018), of in de huisapotheek (een toenemend aandeel van 9% in 2014 tot 15% in 2018).

3.3. Uitstel van de budgettaire impact van sommige beslissingen

De regering nam een aantal beslissingen die om verschillende redenen, zoals budgettaire problemen, personeelstekorten bij de overheidsadministraties, vertragingen in de procedure tot publicatie in het Belgisch Staatsblad, administratieve problemen, ... niet meteen werden uitgevoerd:

- IFIC (Instituut voor Functieclassificatie),
- Inhaalbedragen uit het verleden in het Budget Financiële Middelen (BFM) in de sector ziekenhuizen,
- Voorzieningen voor gerechtelijke procedures in de sector ziekenhuizen,
- Besparingsmaatregelen in de geneesmiddelensector,
- Invoering van het E-attest in de tandheelkunde.

In de mate dat de financiële impact van verschillende beslissingen zich ophoopt, zet dit het toekomstige budget voor gezondheidszorg onder druk.

Dit betekent dat er een transparante opvolging nodig is van enerzijds het structurele, beleidsmatige budget en anderzijds de uitzonderlijke elementen in het budget 2020 en de daarna volgende jaren.

4. Het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité

4.1. Sterke inhoudelijke boodschap

Het Verzekeringscomité vraagt om een lange termijnvisie die voortaan de budgettaire keuzes en het gezondheidszorgbeleid bepaalt.

Het voorbije jaar werkte een delegatie van het Verzekeringscomité, aangevuld met experts en begeleid door TomorrowLab aan een eerste aanzet voor deze lange termijnvisie. Hun aanzet dient de komende tijd besproken te worden met het oog op een gedragen lange termijnvisie.

Eenmaal de lange termijnvisie 2030 gekend is, kan zij naar globale doelstellingen en concrete gezondheidsdoelstellingen vertaald worden. Vervolgens dient de impact van de acties die genomen worden om deze doelstellingen te realiseren, gemeten te worden zodat de acties, waar nodig, bijgestuurd kunnen worden.

De lange termijnvisie is met andere woorden essentieel om richting aan het gezondheidsbeleid te geven en om juiste keuzes in de besteding van de schaarse middelen te maken. Algemeen wordt verwacht dat de grootste gezondheidswinsten vaak via investeringen in multidisciplinaire zorg en transversaal beleid zullen gerealiseerd worden.

Ook is een financieel stabiel meerjarenplan nodig om een kader van vertrouwen te scheppen om de nodige maatregelen te nemen.

Een stabiel en flexibel financieel meerjarenplan heeft een aantal voordelen:

- het meerjarenplan laat toe om een strategische visie te realiseren wanneer diverse maatregelen genomen worden, maar niet tegelijkertijd kunnen ingevoerd worden. Indien bijvoorbeeld de financiële opbrengst van een eerste maatregel dient gemeten te worden om over een tweede maatregel te kunnen beslissen, dan is meer dan één jaar nodig om beide maatregelen te implementeren en is een financieel stabiel kader wenselijk;
- op basis van gezondheidsdoelstellingen en de monitoring daarvan in een begroting op meerdere jaren wordt de ziek-

teverzekering op een transparante wijze en met een duidelijke visie in de richting van meer toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor elke zorgbehoevende geleid;

- een dergelijke werkwijze laat toe om op de budgettaire impact van structurele hervormingen te anticiperen. Zo is er tijd om desgevallend budgetten te reserveren om een verwachte budgettaire impact in het tweede jaar te compenseren.

4.2. Budgetbeheersing farmaceutische specialiteiten

Het Verzekeringscomité vraagt de oprichting van een werkgroep farmaceutische specialiteiten in opdracht van de Algemene Raad. De doelstelling van deze werkgroep betreft het herzien van de beheersmechanismen binnen de sector farmaceutische specialiteiten. Het Verzekeringscomité wenst de uitgaven voor geneesmiddelen in de gezondheidszorg onder controle te houden:

- dit kan gerealiseerd worden door meer de focus te leggen op de echte medische behoeften van de patiënten en de prioriteiten in de gezondheidszorg, door de werking van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) bij het RIZIV te optimaliseren, en door de farmaceutische sector sterker te responsabiliseren;
- de farmaceutische sector is bij uitstek een internationale sector. Een sterkere samenwerking op internationaal en Europees niveau is belangrijk om te komen tot meer transparantie over de reële kosten van geneesmiddelen, en om op langere termijn alternatieve businessmodellen voor de farmaceutische industrie te ontwikkelen;
- door het stimuleren van het rationeel en correct gebruik van geneesmiddelen kan het geneesmiddelengebruik in België geoptimaliseerd worden. Concreet willen we inzetten op regelmatig medicatienazicht door de apotheker in overleg met arts en patiënt, op het meer voorschrijven volgens de richtlijnen, het meer inzetten op preventie en een hoger gebruik van goedkope geneesmiddelen zoals bv. biosimilars en andere off-patent geneesmiddelen.

4.3. 101 miljoen euro voor nieuwe initiatieven

Door uitzonderlijke kosten af te zonderen en besparingsmaatregelen aan de geneesmiddelensector op te leggen, kan het Verzekeringscomité voorstellen om 101 miljoen euro in te zetten voor nieuwe initiatieven ten behoeve van de patiënt.

De uitzonderlijke kosten in het voorstel betreffen:

- 61 miljoen euro voor de invoering van het E-attest in de tandheelkunde en voor de overgang van trimestriële naar maandelijks facturatie door de psychiatrische ziekenhuizen,
- 121 miljoen euro voorzieningen voor gerechtelijke procedures in de sector ziekenhuizen.

Zowel het Monitoringcomité als de FOD Volksgezondheid bevestigden het eenmalige karakter van deze uitgaven. Er dienen weliswaar bijkomende financieringsbronnen gevonden te worden om deze uitgaven bovenop de globale begrotingsdoelstelling te kunnen doen.

De besparing in de sector van de innovatieve geneesmiddelen komt overeen met de mate waarin deze sector haar begrotingsdoelstelling in 2019 overschrijdt.

Een bijkomende besparing dient in de sector ziekenhuizen overwogen te worden indien de uitspraken in het kader van de gerechtelijke procedures negatief voor de overheid zouden zijn. In dat geval dient de overheid haar besluitvorming te hernemen zodat de toenmalige beleidsbeslissing vooralsnog uitgevoerd wordt.

In tabellen 5 en 6 vindt u het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité. Dit voorstel wordt uiteindelijk niet weerhouden.

Tabel 5: De begrotingsdoelstelling gezondheidszorg 2020 rekening houdend met de uitzonderlijke kosten die, zoals door de wet bepaald, buiten de begrotingsdoelstelling kunnen gefinancierd worden (In 1.000 euro)

Strikte norm 2020	27.593.648
E-attest tandheeskunde	25.000
Maandelijks facturatie psychiatrische ziekenhuizen	36.000
Voorzieningen gerechtelijke procedures ziekenhuizen	121.236
Begrotingsdoelstelling 2020 met exogene middelen	27.775.884

Tabel 6: De besparingsmaatregelen die tot een saldo voor 101 miljoen euro voor nieuwe initiatieven hebben geleid (In 1.000 euro)

Herziene Technische Ramingen 2020 (p2020)	27.893.638
Uitzonderlijke kosten	-182.236
Besparingen geneesmiddelen	-162.060
Mogelijke compensatie sector ziekenhuizen	-57.084
TR 2020 met besparingen	27.492.258
BD 2020	27.593.648
Beschikbare marge voor nieuwe initiatieven	101.390

De patiëntgerichte voorstellen voor de aanwending van deze 101 miljoen euro betreffen onder meer de volgende nieuwe initiatieven:

- toegankelijkheid tandzorg (preventieve tandzorg en basis tandzorg),
- betere terugbetaling van hoorapparaten voor kinderen en hulpmiddelen voor slechtzienden,
- betere toegankelijkheid voor de patiënten met "refractaire" epilepsie en voor patiënten die een niertransplantatie behoeven,
- betere terugbetaling van enterale sondevoeding thuis,
- zorgcontinuïteit voor kinderen die lijden aan obesitas en kinderen met geestelijke gezondheidsproblemen,
- verbetering van de zorgcontinuïteit door een uitbreiding van de medische wachtposten,
- recht op verdere terugbetaling van logopedie na multidisciplinaire revalidatie,
- casemanagement voor chronische patiënten,
- medicatienazicht voor de huisapotheeker om het resultaat van de medicamenteuze behandeling te optimaliseren.

5. De beslissing van de ministerraad

Op voorstel van minister De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Asiel en Migratie, beslist de ministerraad op 22 november een budget Gezondheidszorg voor 2020 dat sterk lijkt op het voorstel van het Verzekeringscomité van 7 oktober:

- toepassing van de wettelijke groeinorm van 1,5%,
- toekenning van de geraamde indexmassa,
- financiering van 61 miljoen euro exogene factoren bovenop het normatieve budget,
- schrappen van de structurele blokkering
- geen besparingsmaatregelen bij zorgvoorzieningen en zorgverleners, maar wel in de sector van de farmaceutische specialiteiten.

Het goedgekeurde voorstel kost ongeveer 60 miljoen euro minder dan het voorstel van het Verzekeringscomité. Het voorstel houdt enkele technische correcties op de technische ramingen en correcties op uitgaven en inkomsten bij het RIZIV in waarvan de verzekeringsinstellingen en de vertegenwoordigers van de zorgverleners op de beslissende datum van het overleg van het Verzekeringscomité niet op de hoogte waren. Tabel 7 toont de verschillen tussen het voorstel van het Verzekeringscomité en de beslissing van de Ministerraad.

Tabel 7: Overzicht begrotingsvoorstellen Verzekeringscomité en Ministerraad (In 1.000 euro)

	Verzekeringsinstellingen en zorgverleners	Ministerraad
Herziene technische ramingen	27.893.638	27.893.638
Uitzonderlijke kosten	-182.236	-61.000
Besparingsmaatregelen	-219.144	-124.514
Technische correcties	Geen informatie	-46.862
Correcties op ramingen	Geen informatie	-75.068
RIZIV uitgaven en inkomsten		
Verwachte uitgaven	27.492.258	27.586.194
Begrotingsdoelstelling	27.593.648	27.593.648
Beschikbare marge voor nieuwe initiatieven	101.390	7.454

Het intermutualistisch college vermoedt dat een overlegd begrotingsvoorstel tot stand had kunnen komen indien de bijkomende financiële informatie tijdig voorhanden was geweest. Ze betreft deze gemiste kans.

In het voorstel van de ministerraad wordt enkel bijkomend geïnvesteerd in de uitbreiding van de terugbetaling van contraceptiva voor jongeren (6,859 miljoen euro) en in bufferbedden in Forensische Psychiatrische Centra (FPC's) in geval van voorlopige aanhouding (0,595 miljoen euro). Ook zijn de besparingsmaatregelen in de sector geneesmiddelen voordelig voor de patiënt (zoals in het voorstel van het Verzekeringscomité). Het goedgekeurde budget mist echter de bijkomende middelen voor andere dringende, nieuwe initiatieven voor de patiënt en voor een betere vergoeding van sommige zorgverleners.

6. Een hoopvolle toekomst

De voorspellingen vanwege het Federaal Planbureau zijn niet zo hoopvol: *“endogene structurele determinanten van de gezondheidszorguitgaven (aanwezigheid van chronische ziekten, vergrijzing van de bevolking, socio-economische factoren, evolutie van de medische praktijk en de medische technologische vooruitgang) leiden tot een gemiddelde groei van die uitgaven van 2,5% per jaar in reële termen, ofwel iets hoger dan de norm van 1,5%.”*⁴

Het Monitoringcomité raamt dat een behoud van de groeिनorm van 1,5% bijkomende besparingen van 2,06 miljard euro tegen 2024 zal inhouden.

Een dergelijke context van besparingen in de gezondheidszorg is niet bevorderlijk voor de implementatie van de noodzakelijke hervormingen om ons te verzekeren van een duurzaam gezondheidszorgsysteem. Anderzijds maakt deze context de hervormingen dringender.

Het Verzekeringscomité wenst de nodige hervormingen voor te bereiden zodat de patiënt steeds een betaalbaar antwoord op zijn zorgvraag bekommt. Een duidelijke visie over de toekomstige gezondheidszorg en meer instrumenten voor budgetbeheersing kunnen bijdragen tot een duurzame gezondheidszorg. Investeren in de gezondheidszorg wordt door de Europese Commissie aangeraden: *“Health expenditure is recognised as growth-friendly expenditure. Cost-effective and efficient health expenditure can increase the quantity and the productivity of labour by increasing healthy life expectancy. However, the relatively large share of healthcare spending in total government expenditure, combined with the need for budgetary consolidation across the EU, requires more efficiency and cost-effectiveness to ensure the sustainability of current health system models. Evidence suggests there is considerable potential for efficiency gains in the healthcare sector.”*⁵ Investeren in de ziekteverzekering is dus een goede zaak mits ook efficiëntie maatregelen benut worden om met dezelfde middelen meer gezondheid te realiseren.

CM werkt graag mee aan een duurzame gezondheidszorg en een betere gezondheid voor iedereen!

4. Economische vooruitzichten 2019-2024, Federaal Planbureau, juni 2019.

5. Rapport “Investing in Health”, Europese Commissie, 2013.

Ziekenhuizen

CM ziekenhuisbarometer 2019

Mieke Dolphens (Studiedienst), Muriel Wantier (MC Assure), Benoît Rousseau en Elien Ghyselen (Juridische dienst) en Bernard Landtmeters (Medische directie)

Met dank aan: Koen Cornelis, Hervé Avalosse en Katte Ackaert (Studiedienst), Crista Volckaert (Medische directie), Luc Cobbaert (departement Gezondheidszorg)

Samenvatting

Vanuit onze rol als medebeheerder van de ziekteverzekering, stakeholder van het gezondheidsbeleid en patiëntenvereniging, stellen we u hierbij graag de vijftiende editie van de CM ziekenhuisbarometer voor. Deze is in essentie gebaseerd op de ziekenhuisfacturen van onze 4,6 miljoen leden.

De bevindingen van de CM ziekenhuisbarometer dienen gelezen te worden tegen de volgende (internationale) achtergrond: (1) de out-of-pocket uitgaven voor gezondheidszorg zijn hoog in België, (2) België scoort slecht wat betreft ongelijkheid in gezondheid en toegang tot zorg, (3) het uitstellen van zorg om financiële redenen is een gestaag groeiend probleem in ons land, met name bij de laagste inkomensgroepen, en (4) met betrekking tot zorgkwaliteit is er onder meer op vlak van gepastheid, veiligheid en zorgcontinuïteit ruimte voor verbetering.

Dit artikel herneemt geenszins de volledige studie die te raadplegen is via https://www.cm.be/media/Ziekenhuisbarometer-volledig-rapport_tcm47-63116.pdf. Wel voorziet dit artikel in een samenvatting van het onderzoeksrapport, aangevuld met enkele commentaren. Na een beknopte inleiding, zoomen we in op de belangrijkste bevindingen uit de CM ziekenhuisbarometer en op datgene waar CM voor pleit als toekomstgericht gezondheidsfonds.

Sleutelwoorden: Ziekenhuizen, patiënt, transparantie, financiële toegankelijkheid, gelijkheid toegang zorg, supplementen

1. Inleiding

Voor het vijftiende jaar op rij publiceert CM de ziekenhuisbarometer. Deze studie heeft betrekking op de verschillende activiteitstypes van de **algemene en universitaire ziekenhuizen** in België. Voor de analyses baseren we ons op de **ziekenhuisfacturen van onze 4,6 miljoen leden**.

De doelstelling van de CM ziekenhuisbarometer blijft ongewijzigd: enerzijds is het een van de middelen die we gebruiken om onze leden te coachen doorheen het complexe zorglandschap. Anderzijds grijpen we de jaarlijkse ziekenhuisbarometer aan om het gezondheidszorgbeleid mee te ondersteunen, een goed beheer van de gezondheidszorgverzekering mee te voeden, het naleven van de regelgeving te helpen handhaven en doeltreffende gezondheidszorg mee te helpen bevorderen. Als gezondheidsfonds van de toekomst blijven we deze actieve en verantwoordelijke rol gretig en met veel goesting verder opnemen.

Ten opzichte van de eerdere edities van de ziekenhuisbarometer zijn er een aantal nieuwigheden. De **voornaamste nieuwe insteken** zijn:

- De barometer bestaat uit twee delen, met een verschillend doelpubliek: in een eerste deel richten we ons tot **onze leden, de burger**; in een tweede deel richten we ons tot **zorgprofessionals en beleidsmakers**.
- Bovenop de thema's die traditioneel deel uitmaken van de CM ziekenhuisbarometer, onderzoeken we voor het eerst ook de **omvang, aard en evolutie van niet-vergoedbare betalingen gefactureerd door ziekenhuizen** (met name de codereeks "960", waaronder niet-vergoedbare honoraria en kamercomfort).
- Niet enkel het **hospitalisatiegedeelte** wordt onder de loep gelegd, ook **ambulante activiteit** gefactureerd door ziekenhuizen wordt bestudeerd.

- Waar nuttig schetsen we ook de **ruimere context** (vb. referenties naar ander beschikbaar cijfermateriaal (van het KCE, de OESO, het IMA, de EU, ...), referenties naar wetenschappelijke literatuur, internationale trends, het juridische kader, ...).
- De **CM visie en beleidsaanbevelingen** worden verwoord.

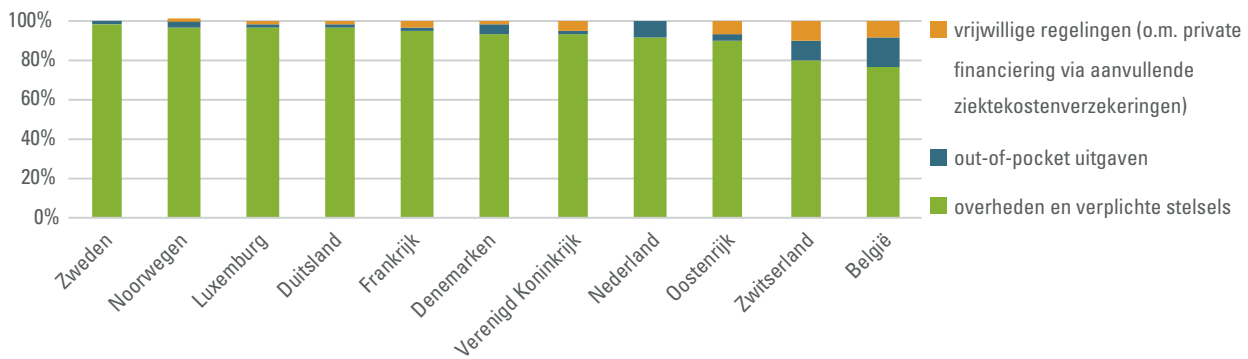
2. Wat zijn onze belangrijkste bevindingen?

Uit de OESO cijfers blijkt dat de **out-of-pocket uitgaven voor ziekenhuiszorg bijzonder hoog zijn in België** en dat – in vergelijking met andere Europese landen – het percentage dat

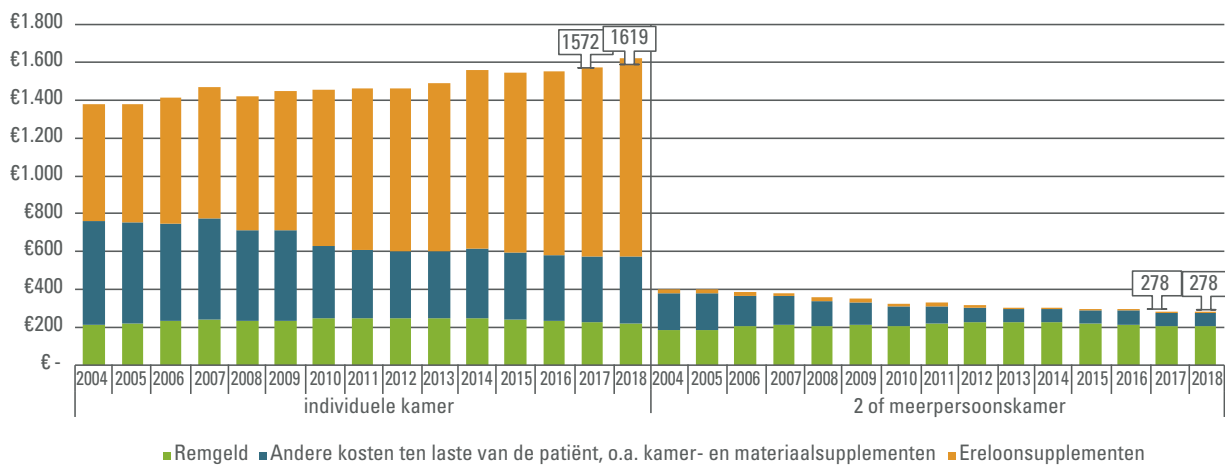
collectief gefinancierd wordt, laag is in ons land (figuur 1). Tot de kosten die ten laste van de patiënt vallen, behoren de remgelden, supplementen (vb. ereloon- en kamersupplementen) en niet-vergoede betalingen.

Bij een ziekenhuisopname is het verschil in kostprijs ten laste van de patiënt zeer groot, afhankelijk van diens kamerkeuze. Kiest de patiënt bij klassieke opname voor een verblijf op een eenpersoonskamer, dan betaalt deze gemiddeld 6 keer meer dan op een twee- of meerpersoonskamer (figuur 2). In daghospitalisatie is het prijsverschil nog meer uitgesproken (gemiddeld factor 8 à 15 verschil; figuren 3 en 4). **Het verschil in medische kost – in de vorm van ereloon-supplementen – speelt hierin een hoofdrol.** Per opname op een eenpersoonskamer is – in 2018 t.o.v. 2017 - het gemiddelde bedrag aan ereloon-sup-

Figuur 1: De financiering van ziekenhuiszorg, volgens type financiering, 2017¹

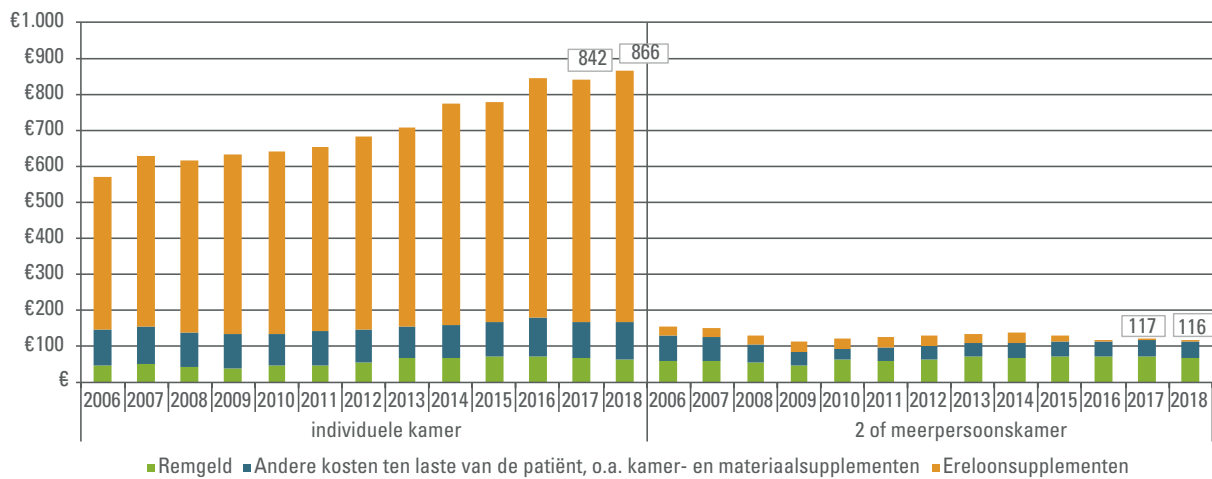


Figuur 2: Evolutie van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt voor een klassieke opname, per kamertype (gegevens CM leden, 2004-2018, prijzen 2018)



1. Bron: OECD.Stat. Health expenditure and financing, beschikbaar via https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; gegevensextractie op 07-10-2019.

Figuur 3: Evolutie van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt voor een chirurgische daghospitalisatie, per kamertype (gegevens CM leden, 2006-2018, prijzen 2018)



plementen opnieuw fors toegenomen (+4,7% bij klassieke opnames, +5,2% bij chirurgische daghospitalisatie en +3,7% bij niet-chirurgische daghospitalisatie, bovenop de inflatie). Het reeds jarenlang gekende groeiritme van ereloonsupplementen op eenpersoonskamers zet zich dus door, de gevraagde bedragen variëren sterk en excessen blijven aanwezig. Ook **kamersupplementen** kunnen hoog oplopen (tot 300 euro per dag in klassieke hospitalisatie en tot 150 euro in daghospitalisatie, bij CM leden in 2018), zonder enige verantwoording. Bij opname op een eenpersoonskamer maken de ereloon- en kamersupplementen samen gemiddeld 80% à 90% van de patiëntenfactuur uit. De financiële toegankelijkheid van eenpersoonskamers staat zodanig zwaar onder druk voor burgers zonder hospitalisatieverzekering en/of voor zij met een kwetsbaar socio-economisch profiel dat dit een **voorbeeld is geworden van een gezondheidszorg met twee snelheden**.

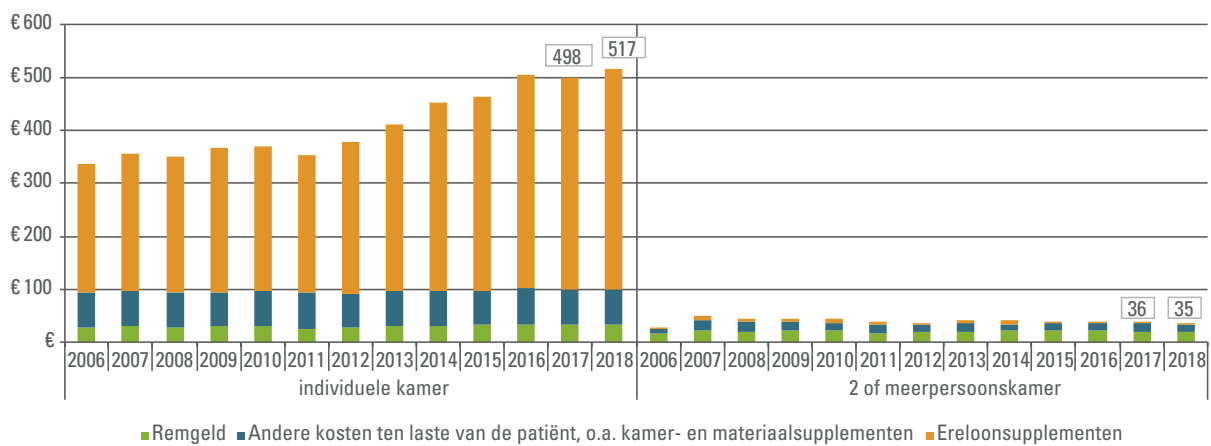
Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder (ziekenhuizen en ziekenhuisartsen worden samen beschouwd bij gebrek aan transparantie over de retrocessies) zijn de totale inkomsten uit patiëntbetalingen van eenpersoonskamers ruim hoger dan deze van twee- en meerpersoonskamers (figuur 5). Dit niettegenstaande het feit dat slechts een minderheid (13%) van de ziekenhuisopnames plaatsvindt op eenpersoonskamers (CM leden 2018, 22% van de klassieke opnames en 6% van de dagopnames). **Fundamenteel stelt zich de vraag in hoeverre het gezond is dat de inkomsten van ziekenhuizen en/of artsen uit patiëntenbetalingen**

dermate sterk beïnvloed worden door het kamertype bij hospitalisatie. Uit de IMA studie “Ereloonsupplementen geattesteerd tijdens ziekenhuisverblijven” (data 2017)² weten we dat, **in 2017**, de ereloonsupplementenmassa aangerekend tijdens ziekenhuisverblijven **563 miljoen euro** bedroeg en dat – vanuit het perspectief van de patiënt – **vooral het risico om geconfronteerd te worden met heel hoge ereloonsupplementen toegenomen is** met de tijd. Op basis van het beschikbare cijfermateriaal is er geen evidentie dat hoge ereloonsupplementen geassocieerd zouden zijn met de zorgkwaliteit, de financiële gezondheid van ziekenhuizen of de patiënttevredenheid.

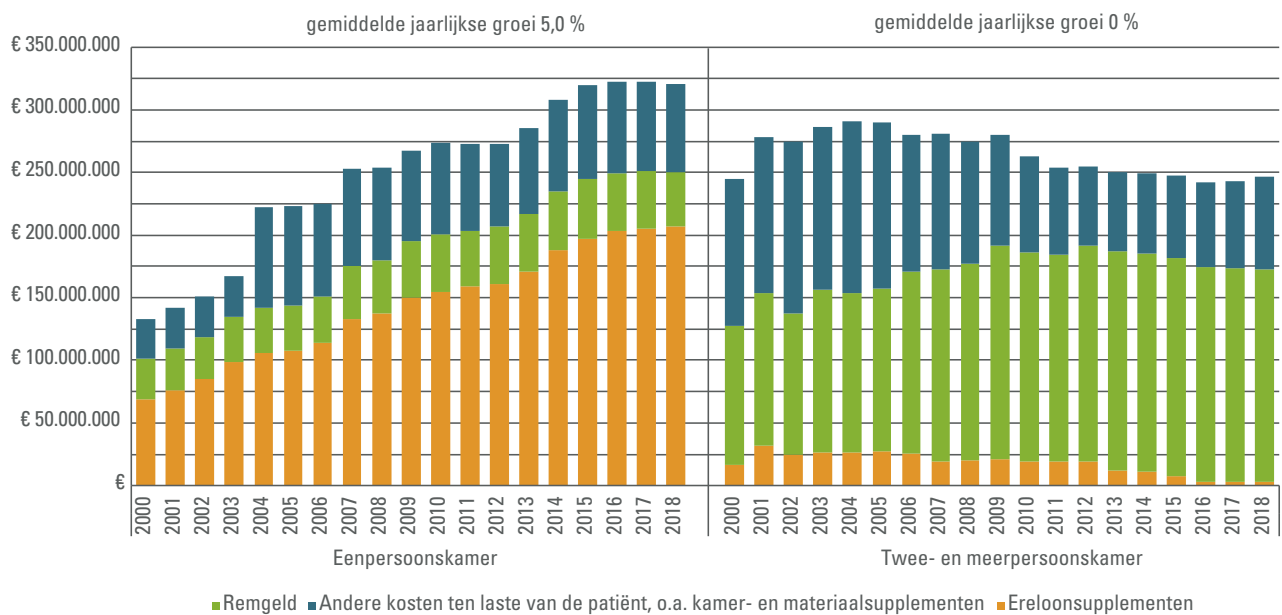
Niet enkel bij ziekenhuisopnames op een eenpersoonskamer kunnen de kosten ten laste van de patiënt hoog oplopen en is er een grote heterogeniteit in tariefpraktijken. **Ook bij opnames op een gemeenschappelijke kamer en bij ambulante activiteit zijn hoge supplementaire kosten mogelijk**, die daarenboven **sterk kunnen variëren** van zorgaanbieder tot zorgaanbieder. De huidige realiteit doorheen de bril van de patiënt is helder: (1) de keuze voor een gemeenschappelijke kamer bij ziekenhuisopname biedt niet in alle ziekenhuizen en voor alle ingrepen de garantie op verzorging zonder aanrekening van supplementen (voorbeeld borstreductie omwille van functionele hinder zoals pijnklachten of huidproblemen (figuur 6): in sommige ziekenhuizen bedraagt de mediane kostprijs ten laste van de patiënt op een twee- of meerpersoonskamer ca.

2. Persbericht 05-02-2019 “563 miljoen in 2017: Een recordbedrag aan ereloonsupplementen” (<https://ima-aim.be/Persbericht-563-miljoen-in-2017-Een-recordbedrag-aan-ereloonsupplementen-05-02>) – onderzoeksrapport beschikbaar via https://ima-aim.be/IMG/pdf/ima-rapport_-_ereloonsupplementen_geattesteerd_tijdens_ziekenhuisverblijven_-_data_2017.pdf

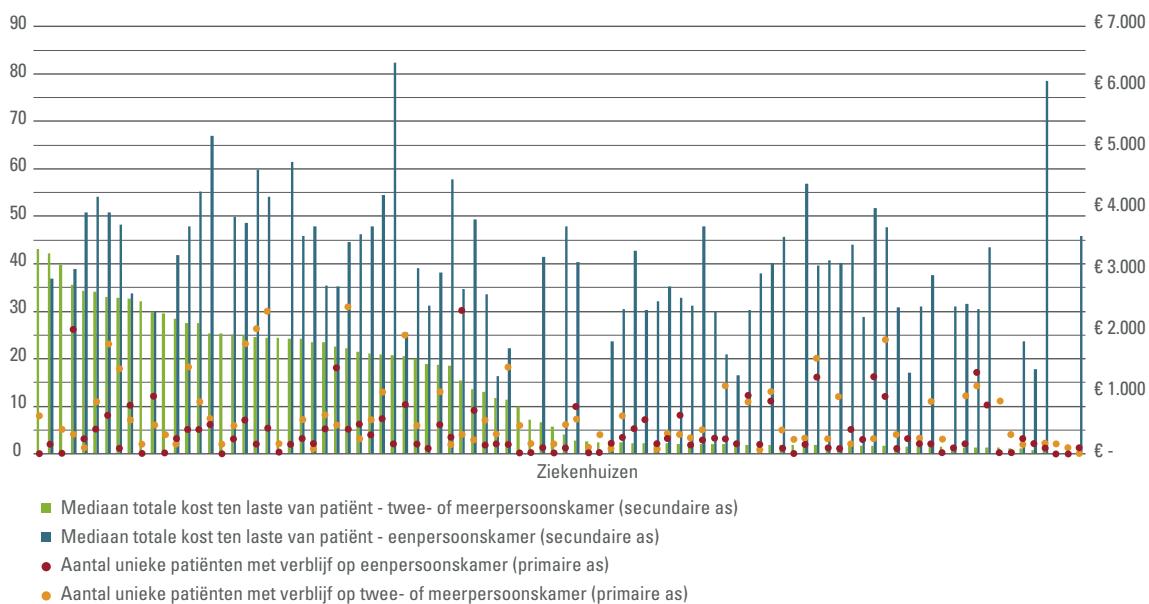
Figuur 4: Evolutie van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt voor een niet-chirurgische daghospitalisatie, per kamertype (gegevens CM leden, 2006-2018, prijzen 2018)



Figuur 5: Som van alle kosten ten laste van de gehospitaliseerde patiënt, per kamertype (gegevens CM leden, alle hospitalisatietypes gecumuleerd, 2000-2018, prijzen 2018)



Figuur 6 : De ziekenhuisspecifieke mediane totale kost ten laste van de patiënt, per kamertype, voor klassieke opnames voor borstverkleining omwille van functionele redenen (code 251613-251624, CM leden, 2018).*



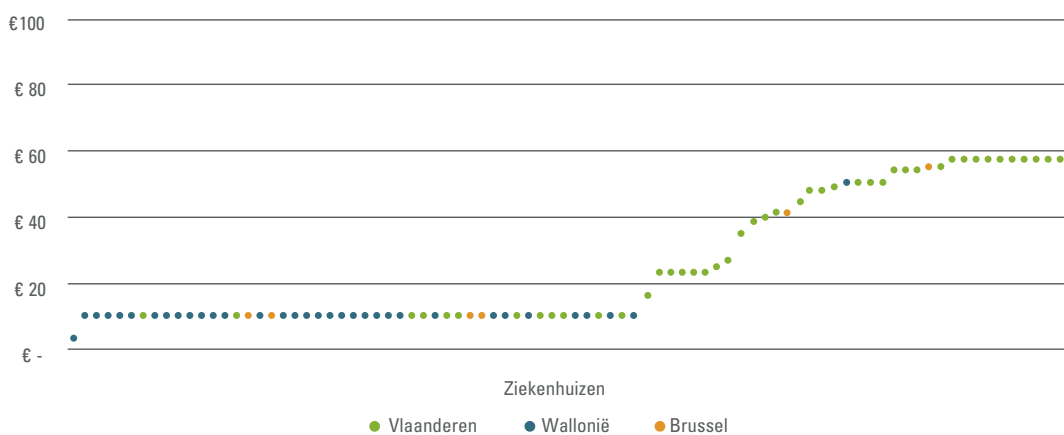
* kost inclusief supplementen en niet-vergoedbare betalingen

In tegenstelling tot figuur 37 in het uitgebreide onderzoeksrapport waar enkel ziekenhuizen met minstens 5 CM leden per kamertype of minstens 25 CM leden (onafhankelijk van het kamertype) worden weergegeven, worden in de figuur alle ziekenhuizen getoond waar minstens 1 CM lid betreffende ingreep heeft ondergaan in 2018.

100 euro; in andere ziekenhuizen betreft de mediane kostprijs een 27-voud. Zelfde ingreep, zelfde kamertype, duidelijk andere kostprijs), en (2) door een mix aan supplementen kunnen (ambulante) routine-interventies in ziekenhuis x een veelvoud

kosten van wat men in ziekenhuis y betaalt (vb. ambulante MRI-scan van een lidmaat; figuur 7). Verschillende studies tonen daarenboven aan dat **patiënten** op vandaag nog **te weinig voorafgaandelijk geïnformeerd** worden over de **kostprijs**.³

Figuur 7: De mediane kostprijs ten laste van de patiënt voor een ambulante MRI-onderzoek van een lidmaat, per ziekenhuis.* (basis: gegevens CM leden 2018)



* Nomenclatuurcodenummer 459513, met inbegrip van de codes 460670, 460795 en 461016 (d.i. consultancy honoraria en forfaitair honorarium per voorschrift en per dag) waarbij 459513 als relatieve prestatie voorkomt en met inbegrip van de codes 960050 en 960073 (d.i. niet-vergoedbare medische en paramedische honoraria); Algemene ziekenhuizen worden weergegeven met een ronde marker, universitaire ziekenhuizen met een vierkante marker.

3. Mullié, K., Verleyen, A., Verhaegen, P., et al. (2018). Actie Patiëntenrechten 2018: Vinden patiënten hun weg naar financiële informatie bij een ziekenhuisopname? CM Informatie, 273, 41-46. Beschikbaar via https://www.cm.be/media/CM-INFO-actie-patiëntenrechten_tcm47-53250.pdf; Resultaten peiling patiëntervaring in Vlaamse ziekenhuizen (2018), beschikbaar via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/resultaten-peiling-pati%C3%ABntervaring-in-vlaamse-ziekenhuizen>

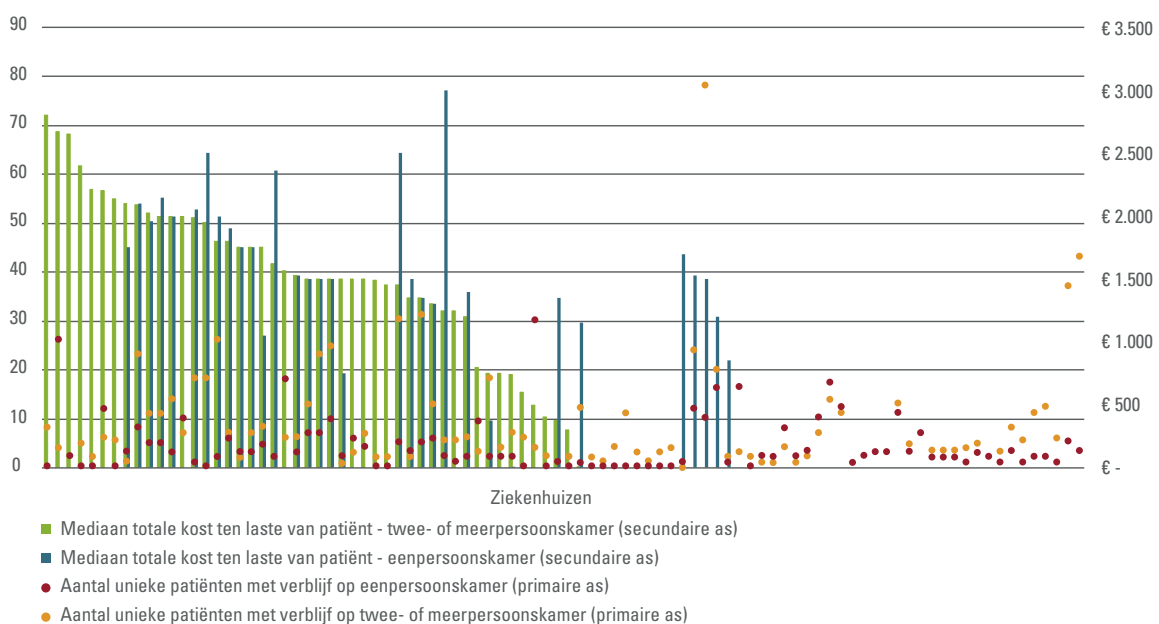
Naast de reeds uitvoerig bestudeerde ereloon- en kamersupplementen, kunnen dus ook andere supplementaire kosten ten laste van de patiënt hoog oplopen. Niet door de ZIV vergoede producten, verstrekkingen of diensten die gevat zijn in de zogenaamde “codereeks 960” zijn een voorbeeld van dergelijke supplementaire kosten. In 2018 factureerden ziekenhuizen naar schatting **218 miljoen euro** binnen deze codereeks 960 (extrapolatie op basis van CM cijfers). Tot deze niet-vergoedbare betalingen behoren o.a. de **niet-vergoedbare medische en paramedische honoraria**. In de periode 2009-2018 kende het totale volume van dit type honoraria een **gemiddelde jaarlijkse reële groei met 5,1%** (+7,7% in niet-chirurgische daghospitalisatie, +7,0% in chirurgische daghospitalisatie, +5,8% voor ambulante activiteit in ziekenhuiscontext en +2,1% bij klassieke opnames). CM leden betaalden in 2018 42,7 miljoen euro niet-vergoedbare (para)medische honoraria gefactureerd door ziekenhuizen waarvan ca. 10 miljoen euro in klassieke hospitalisatie, 8 miljoen euro in daghospitalisatie en 24 miljoen euro ambulant in ziekenhuiscontext; het totaalbedrag in België kan bijgevolg geraamd worden op **105 miljoen euro**.

Ziekenhuizen factureren niet-vergoedbare honoraria vooral in ambulante context. We stellen vast dat het – op basis van de facturatiegegevens waarover wij op vandaag beschikken – in ambulante context vaak onmogelijk is om zelfs maar een con-

text te reconstrueren waarbinnen niet-vergoedbare honoraria werden geattesteerd. In heel wat gevallen wordt er – op die dag, in dat ziekenhuis bij die patiënt – niets anders gefactureerd dan enkel niet-vergoedbare honoraria, zonder enig verder detail. Ook blijken niet-vergoedbare honoraria frequent gefactureerd te worden in combinatie met de facturatie van medicatie of van labotesten. Daar waar we er in ambulante ziekenhuiscontext wel in slagen om een context te reconstrueren, gaat het veelal om interventies waarbij het zwaartepunt qua ZIV kost bij **medische beeldvorming** of **oftalmologie** ligt. Bij daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie ligt het zwaartepunt qua ZIV kost veelal respectievelijk bij **stomatologie** en **plastische chirurgie**.

Niet-vergoedbare (para)medische honoraria kunnen voor de patiënt oplopen **tot enkele honderden of duizenden euro's** (per opname of interventie; voorbeeld: figuur 8). Zowel bij ziekenhuisopname als bij ambulante activiteit lijken er regiogebonden verschillen te bestaan in systematiek en hoegrootheid van niet-vergoedbare (para)medische honoraria gefactureerd door ziekenhuizen. Minstens 1 ziekenhuis heeft – naar aanleiding van de CM Ziekenhuisbarometer en na controle van de facturatie – een fout in de facturatie ontdekt die zal worden rechtgezet. **We rekenen erop dat andere ziekenhuizen dit goede voorbeeld volgen en het nodige doen ingeval foute of niet gerechtvaardigde aanrekeningen zouden gebeurd zijn.**

Figuur 8: Het ziekenhuisspecifieke mediaan bedrag aan niet vergoedbare honoraria, per kamertype, voor klassieke opnames waarbij het zwaartepunt van de ZIV tussenkomst ligt bij borstverkleining omwille van functionele redenen (code 251613-251624) (gegevens CM leden, 2018).*



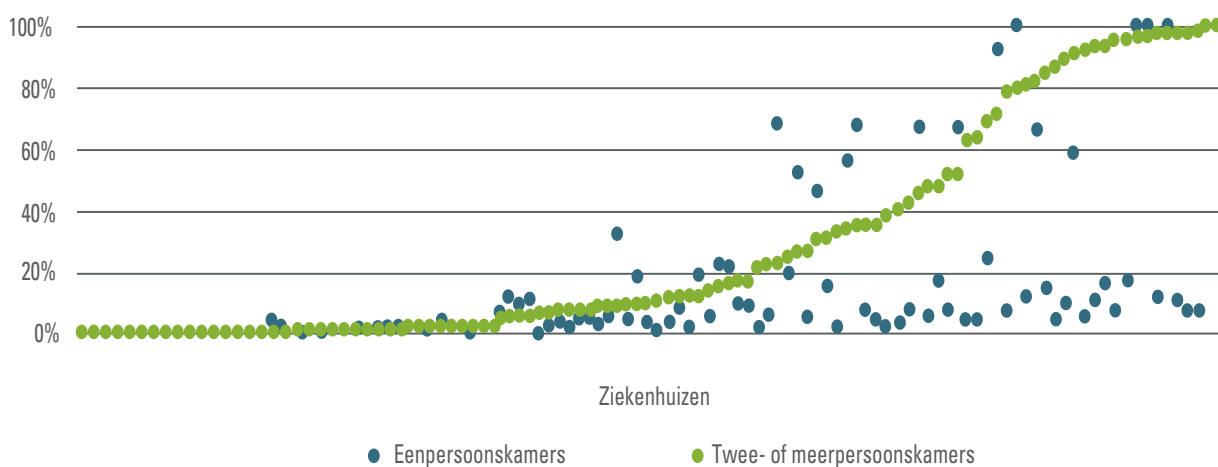
* Nomenclatuurcodenummer 459513, met inbegrip van de codes 460670, 460795 en 461016 (d.i. consultancy honoraria en forfaitair honorarium per voorschrift en per dag) waarbij 459513 als relatieve prestatie voorkomt en met inbegrip van de codes 960050 en 960073 (d.i. niet-vergoedbare medische en paramedische honoraria); Algemene ziekenhuizen worden weergegeven met een ronde marker; universitaire ziekenhuizen met een vierkante marker.

Een ander voorbeeld van supplementaire kost is het zogenaamde “**kamercomfort**”. In de regel betreft kamercomfort (ook wel eens “accommodatieforfaits” of “comfortsupplementen” genoemd) een ziekenhuisspecifieke vergoeding die de patiënt betaalt voor bijkomende diensten die hij/zij vraagt (vb. het gebruik van een televisie, ijskast, telefoon, wifi, ... op de kamer). In de praktijk stellen we vast dat er ziekenhuizen zijn die kamercomfort forfaitair en (quasi) systematisch aanrekenen aan de patiënt. Dit zowel in gemeenschappelijke kamers (waar kamersupplementen wettelijk verboden zijn en systematisch aangerekende accommodatieforfaits de facto **verdoken kamersupplementen** zijn) als in eenpersoonskamers (waar **ook al kamersupplementen** gefactureerd worden) (fi-

guur 9). Vooral – doch niet uitsluitend – bij langere opnames kan deze extra kost voor diensten zoals tv, ijskast, telefoon, wifi, ... hoog oplopen. Ook het bedrag per dag kan hoog zijn (tot 10 euro per dag). In 2018 betaalden gehospitaliseerde CM leden allen samen 4,3 miljoen euro aan dergelijke comfortkosten; naar schatting gaat het in België dus om **ca. 11 miljoen euro**.

In tegenstelling tot vb. ereloon- en kamersupplementen, worden niet-vergoedbare betalingen veelal niet gedekt door bijkomende ziekteverzekeringen zoals hospitalisatieverzekeringen. Deze kosten zijn dus **volledig ten laste van de patiënt**.

Figuur 9: Het procentuele aandeel van de klassieke opnames waarbij kamercomfort (code 0960492-0960503) wordt gefactureerd, per kamertype en per ziekenhuis (gegevens CM leden 2018)



3. Waar pleit CM voor als toekomstgericht gezondheidsfonds?

- Een **vermindering van 6.000 ziekenhuisbedden tegen 2025** zoals het KCE voorstelt⁴, met meer transmurale en behoeftegestuurde (chronische en preventieve) zorg.
- **Transparantie voor de burger/patiënt** over
 - de te verwachten kostprijs van medische interventies, waaronder ziekenhuisopnames (**kostenramingen**),

- de zorgkwaliteit,
- de financieringsstromen van ons gezondheidszorgsysteem.

- De afschaffing van de supplementen bij ziekenhuisopname, met op korte termijn:
 - **wettelijk verbod op ereloonssupplementen bij gehospitaliseerde patiënten, ***
 - **transparant gereguleerde niet-vergoedbare medische en paramedische honoraria,**
 - **transparant gereguleerde kamersupplementen en**

4. KCE rapport 289AS over de benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025, beschikbaar via <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/benodigde-ziekenhuiscapaciteit-in-2025-en-criteria-voor-aanbodbeheersing-van-comp>

kamercomfort inclusief inperking van excessen, samen met een herziening van de architectonische en inrichtingsnormen van ziekenhuiskamers.

- **Eenpersoonskamer als standaard bij klassieke opname**, mits de ereloonsupplementen zijn weggewerkt. We stellen een verhouding van 80% eenpersoonskamers en 20% twee- en meerpersoonskamers voorop als streefdoel.
- **Verbod van ereloonsupplementen op medisch-technische prestaties** zoals medische beeldvorming, klinische biologie en anatomo-pathologie.
- **Transparantie voor het gezondheidsfonds** over
 - de financieringsstromen, inclusief – maar niet beperkt tot – transparantie over de bestemming en bestemming van honoraria en supplementen,
 - de kosten ten laste van de patiënt, ook bij ambulante en extramurale verstrekkingen (incl. info over de attesteerder, de bestemming, de bestemming en verantwoording),
 - de zorgkwaliteit (incl. ontsluiten van data voor onderzoeksdoeleinden),
 - de kosten die een opname met zich meebrengt uitgezet tegen de financiering die een ziekenhuis ontvangt.
- **De afschaffing van het systeem hospitalisatieverzekeringen** en de **overheveling van deze gelden naar de verplichte ziekteverzekering**.
- Toegang tot **ambulante zorg aan conventietarief binnen de ziekenhuismuren** voor elke patiënt. Dit tegen dezelfde voorwaarden (o.a. wachttijd) en met dezelfde kwaliteit als voor patiënten die niet tegen conventietarief willen gezien worden.
- Correcte **financiering** van ziekenhuizen en zorgactoren die **gezondheid en zorgkwaliteit** bevordert. Het gewicht van betalingen per prestatie/interventie/opname moet drastisch naar beneden, ten voordele van kwaliteitsvolle zorg waarbij zorgverleners prima zorg verlenen en goed samenwerken.
- **Herziening van de normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten** (K.B. van 30-01-1989).

* Voor CM is het duidelijk: het **gecontroleerd afschaffen van ereloonsupplementen bij de gehospitaliseerde patiënt** is een noodzakelijke stap willen we de verplichte ziekteverzekering – die naam echt waardig – veilig stellen. **Wanneer supplementen verdwijnen, zijn er eigenlijk geen hospitalisatieverzekeringen meer nodig.** Doorheen de jaren heeft zich een pervers systeem ontwikkeld waarbij het bestaan

van hospitalisatieverzekeringen aangegrepen wordt als alibi om steeds hogere supplementen aan te rekenen en waarbij de steeds toenemende supplementen de premies voor hospitalisatieverzekeringen de hoogte instuwen. Het is deze kostenverhogende spiraal die CM wil doorbreken omdat het raakt aan de fundamentele principes van gezondheidszorg en sociale “zekerheid”.

In grote lijnen zou het **wegwerken van ereloonsupplementen bij ziekenhuisopnames** er als volgt kunnen uitzien:

- (1) **Afkondigen van een wettelijk verbod op ereloonsupplementen in hoofde van gehospitaliseerde patiënten** (zowel daghospitalisatie als klassieke opnames).
→ *Dit moet leiden tot een **gevoelige vermindering van de premies voor een bijkomende ziektekostenverzekering**, zowel voor individuele als voor collectieve contracten. In 2017 bedroeg de premiemassa voor bijkomende ziektekostenverzekeringen in België 2 miljard euro (waarvan 39% via collectieve private verzekeringscontracten, 35% via verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (mutualiteiten) en 26% via individuele private verzekeringscontracten).*
- (2) **Transfer van middelen** ten bedrage van de huidige ereloonsupplementenmassa **richting budget van de verplichte ziekteverzekering**.
Een deel van het geld dat vrijkomt bij iedereen die op vandaag premies betaalt voor bijkomende ziekteverzekeringen volstaat en dient op solidaire wijze ingekanteld te worden in het budget van de verplichte ziekteverzekering: **650 miljoen euro, periodiek te herzien**.
→ *Gelet op de lagere administratiekosten en de grotere kostenbeheersing in de verplichte ziekteverzekering zullen deze middelen efficiënter worden aangewend in het voordeel van alle sociaal verzekerden.*
→ *Methodes om de 650 miljoen euro te integreren in de verplichte ziekteverzekering (te bespreken met de sociale partners):*
 - *hetzij via het optrekken van de sociale bijdrage;*
 - *hetzij via het optrekken van het aandeel van de sociale zekerheid in de alternatieve financieringsbronnen;*
 - *hetzij via een verhoging van de algemene staatstoelagen;*
 - *hetzij via een combinatie van deze maatregelen.*
- (3) **Verdeling** van deze getransfereerde middelen **tussen ziekenhuizen en artsen-specialisten** op basis van **transparante, objectief gefundeerde en billijke verdeelsleutels**. CM onderschrijft immers het belang van een correcte ziekenhuisfinanciering en dito verloning voor artsen-specialisten, met billijkheid in de loonspanning tussen de verschillende specialismen binnen het artsencorps.

Alcoholgebruik bij jongeren in België is verontrustend

Rebekka Verniest (Studiedienst) en Michiel Callens (arts-onderzoeker IMA)

Met dank aan Prof. Guido Van Hal, Universiteit Antwerpen (UA) en Prof. dr. Jozef De Dooy, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA)

Samenvatting

Sinds enkele jaren maakt het Intermutualistisch Agentschap (IMA), in samenwerking met de Universiteit van Antwerpen en het UZA een schatting van het aantal gevallen van alcoholintoxicatie bij jongeren van 12 tot en met 17 jaar. Dit gebeurt aan de hand van een indicator op basis van de nomenclatuur die aangeeft hoeveel jongeren per kalenderjaar op de spoeddienst van het ziekenhuis belanden of een nacht in het ziekenhuis verblijven en op dezelfde dag een alcoholtest ondergaan. Volgens de behandelende artsen (spoedartsen, kinderartsen) wijst die test, zeker bij jongeren, in bijna alle gevallen op een alcoholintoxicatie.

Uit de cijfers blijkt dat in 2018 in het totaal 2.234 jongeren in het ziekenhuis belanden na alcoholmisbruik. Een cijfer dat ondanks alle sensibiliseringscampagnes sinds 10 jaar ongeveer stabiel blijft. Er is een lichte daling tegenover 2013 (2.376) en een lichte toename tegenover 2008 (2.209). Alcoholintoxicatie komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens, alsook bij jongeren met recht op de verhoogde tegemoetkoming.

Alcoholintoxicatie bij jongeren is geen onschuldig probleem. Op korte termijn kunnen er, naast een kater ook andere effecten van alcoholintoxicatie optreden, zoals agressie, seksueel risicogedrag en zelfs verkrachting en ongevallen veroorzaakt door alcoholmisbruik. Op lange termijn kan er schade ontstaan aan de jonge hersenen met blijvend verlies van intelligentie en verminderde studiemogelijkheden. Dat is een ernstig en onvoldoende bekend probleem.

Door de cijfers bekend te maken willen het IMA, de Universiteit Antwerpen en het UZA jongeren sensibiliseren en tegelijk een oproep doen tot sociale controle door ouders, jeugdverenigingen en sportclubs. Ook de overheid speelt een belangrijke rol. Merken we op dat in 20 EU-landen al een alcoholverbod geldt voor jongeren onder 18 jaar - een effectieve maatregel - maar (nog) niet in België. Daarom pleiten zowel de Hoge Gezondheidsraad (HGR), het Vlaamse expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD) maar ook CM ervoor om de wettelijke leeftijd voor alcoholgebruik op te trekken naar 18 jaar.

Tegelijk pleiten het IMA, de Universiteit Antwerpen en het UZA ervoor een goed registratiesysteem op punt te stellen om een volledig zicht te krijgen op de omvang en de ernst van de problematiek.

Sleutelwoorden: Alcoholconsumptie, alcoholintoxicatie, jongeren, IMA

1. Het alcoholgebruik van de Belgen¹

Het drinken van alcohol is wereldwijd maatschappelijk sterk aanvaard. Ook in Europa is het onderdeel van de cultuur en met een geschatte consumptie van 12,1 liter zuivere alcohol per jaar per hoofd van de bevolking in de periode 2015-2017, is België hierop zeker geen uitzondering². Wel integendeel, deze

hoeveelheid is hoger dan het gemiddelde voor de Europese WHO-landen (9,8 liter). Wereldwijd neemt België zelfs de 29^{ste} plaats (op 194 landen) in voor wat betreft alcoholgebruik. Het drinken van alcohol is dus duidelijk ook in de Belgische cultuur sterk verankerd.

1. Bronnen: L. Gisele, S. Demarest, S. Drieskens. Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van alcohol. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2019/14.440/56
2. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bel.pdf?ua=1

Sinds 1997 analyseert de Wetenschappelijke Directie Epidemiologie en volksgezondheid van Sciensano in het kader van de Gezondheidsenquête het gebruik van alcohol in de Belgische bevolking. De resultaten voor 2018 zijn gemengd.

Eenzijds zijn er een aantal positieve evoluties.

- Het aantal huidige gebruikers is, in vergelijking met de vorige peilingen, significant gedaald tot 76,6% (82% in 2013).
- In het jaar voor de bevraging was bijna een kwart van de bevolking van 15 jaar en ouder geheelonthouder. In de jongste leeftijdscategorie (15-24 jaar) is dit, met een aandeel van 28%, zelfs nog hoger. Bovendien is een toenemend aantal Belgen levenslang geheelonthouder.
- Na een toename van het aandeel dagelijkse drinkers tussen 1997 (7,7%) en 2013 (14,2%), is er in 2018 een sterke daling tot 9,7%.
- Het percentage Belgen met overmatig alcoholgebruik (dit is op weekbasis meer dan 14 glazen voor vrouwen en meer dan 21 glazen voor mannen) is verder gedaald, alsook het percentage Belgen dat minstens 10 glazen per week drinkt (van 16,9% in 2013 tot 14% in 2018). 10 glazen alcohol wordt beschouwd als de grenswaarde voor het beperken van gezondheidsrisico's.

Toch zijn er ook meer verontrustende resultaten.

- Bij de groep jongeren die wekelijks alcohol drinken, is het dagelijkse alcoholgebruik hoger dan in de andere leeftijdscategorieën. Het gemiddelde van bijna 11 glazen alcohol per week is hoger dan het gemiddelde bij de leeftijdsgroep 25-64 jaar.
- Er is geen significante daling van het fenomeen 'hyperalcoholisatie': in 2018 drinkt nog steeds 7,6% van de bevolking minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol bij eenzelfde gelegenheid. Bij één op de vijf Belgen is dit minstens één keer per maand het geval. Het fenomeen is ook het sterkst aanwezig in de jongste leeftijdscategorie (bij 10,4% wekelijks en bij 37,4% maandelijks). In de leeftijdsgroep 15-24 jaar komt het maandelijks 'piekdrinken'³ voor bij 14,4%.
- Er is een toename van het aantal Belgen dat ooit problematisch alcoholgebruik meemaakte.
- De gemiddelde leeftijd waarop een Belg begint te drinken is gedaald van 18,3 jaar in 2013 naar 17,7 jaar in 2018 en het aandeel gebruikers jonger dan 16 jaar is gestegen van 17,1% in 2013 tot 22,8% in 2018.

2. Alcoholintoxicatie, allerm minst een onschuldig probleem, zeker bij jongeren

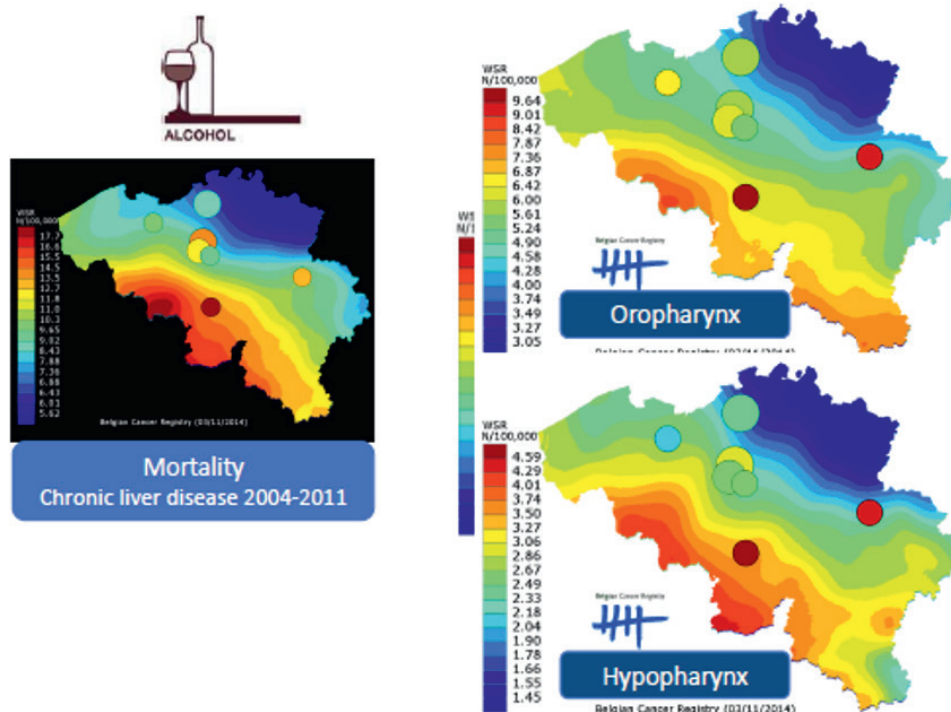
Steeds meer wordt aangenomen dat alcohol, ook bij matig gebruik, negatieve gevolgen heeft. Algemeen gesteld heeft alcohol een verdovend effect op de hersenen waardoor zelfs kleinere hoeveelheden leiden tot een gevoel van euforie en het wegvallen van remmingen. Naarmate de hoeveelheden toenemen, worden de effecten groter en verminderen het reactievermogen, de controle over de bewegingen en het coördinatievermogen. Het gebruik van alcohol houdt dus risico's in en kan gepaard gaan met ondoordacht gedrag, agressie, seksueel risicogedrag en zelfs verkrachting en allerlei ongevallen. Bovendien wordt in wetenschappelijke publicaties steeds meer een directe link gelegd tussen alcoholgebruik en verschillende aandoeningen en traumata. De VAD verwijst in haar dossier naar de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) die een verband legt tussen alcoholgebruik en meer dan 200 verschillende ziektes (onder meer bepaalde infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten) en verwondingen⁴ en op het verband tussen alcohol en het effect van de behandeling van ziektes. Deze risico's zijn niet alleen gelinkt aan langdurig of problematisch alcoholgebruik.

Bovendien gaat men ervan uit dat de jongeren extra kwetsbaar zijn voor de negatieve effecten van alcoholgebruik. Zo zal bij eenzelfde hoeveelheid alcohol het alcoholgehalte in het bloed bij hen hoger zijn waardoor ze vatbaarder zijn voor een aantal korte termijnrisico's. Maar ook op lange termijn zijn er specifieke gevaren. Bij kinderen en adolescenten zijn de hersenen nog volop in ontwikkeling en kan overmatig en langdurig alcoholgebruik deze ontwikkeling negatief beïnvloeden met kans op permanente schade. Het overmatig blootstellen van het brein aan alcohol schaadt immers de witte stof in de hersenen die essentieel is in het doorgeven van informatie binnen het brein. Het kan leiden tot leer- en geheugenproblemen of een blijvende 'IQ-drop' waardoor jongeren zelfs gedwongen worden een lagere studieopleiding te volgen. Dit heeft op zijn beurt dan weer effecten op de tewerkstellingskansen. In Nederland berekende men dat de kost aan verloren intelligentie het bedrag benadert van het verlies van accijnsinkomsten mochten jongeren niet meer drinken. Nog op lange termijn kan de blijvende schade een negatieve invloed hebben op de persoonlijkheidsontwikkeling.

Uit de literatuur blijkt ten slotte dat hoe jonger men start met het drinken van alcohol, hoe hoger het risico op problematisch alcoholgebruik op oudere leeftijd en op alcoholproblemen bij het nageslacht. En in de provincies met de hoogste aantal alcoholintoxicaties bij jongeren (zie verder), wordt ook het hoogste

3. Men spreekt bij mannen van 'piekdrinken' of 'bingedrinken' bij inname van minstens 6 glazen alcohol in minder dan 2 uur. Bij vrouwen gaat het om minstens 4 glazen in minder dan 2 uur.
4. <https://www.vad.be/assets/dossier-alcohol> en <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/alcoholfinal.pdf?ua=1>

Figuur 1: Geografische spreiding van chronische leveraandoeningen en slokdarmkanker in België (bron: Kankerregister)



aantal alcoholgerelateerde kankers en leverziekten vastgesteld (figuur 1).

Bovendien neemt ook de kans toe op tabak- en druggebruik, alsook het risico op allerlei gedrags-, emotionele en interpersoonlijke problemen, problemen op school en delinquent gedrag.

Het moge dan ook duidelijk zijn dat (problematisch) alcoholgebruik een grote impact heeft, zowel op individuen en hun directe omgeving als op de samenleving als geheel.

3. Alcoholintoxicatie bij jongeren – gegevens uit de IMA-atlas⁵

3.1. Achtergrond en methodologie

Enkele jaren geleden ontwikkelde het Intermutualistisch Agentschap (IMA) een indicator om alcoholmisbruik op te volgen op basis van de facturatiegegevens uit de verplichte ziekteverze-

kering van de zeven ziekenfondsen in België. Met deze indicator kunnen personen gedetecteerd worden die op de spoeddienst terechtkwamen met een vermoeden van alcoholintoxicatie. Concreet gaat het om het aantal verzekerden per 10.000 verzekerden dat tijdens een kalenderjaar op de spoeddienst werd opgevangen of één nacht werd opgenomen in een ziekenhuis, en waarbij op dezelfde dag de concentratie alcohol in het bloed werd bepaald. Dit is een test die aan de ziekenfondsen gefactureerd wordt per individueel lid. Gezien volgens de behandelende artsen deze test – zeker bij jongeren - bijna in alle gevallen op een alcoholintoxicatie wijst, geeft dit een goede benadering van de problematiek van alcoholintoxicatie. Net zoals de ziekenfondsen, beschikt ook het IMA immers niet over diagnosegegevens van de opname, noch over het resultaat van de bepaling van de alcoholconcentratie in het bloed. Deze indicator is opgenomen in de IMA-Atlas (zie kader).

De IMA-studie focust om diverse redenen op de groep 12-17-jarigen. Vooreerst is er het signaal van spoedartsen en kinderartsen dat de problematiek van alcoholintoxicatie bij jongeren toeneemt. Aangezien er geen betrouwbare monitoring bestaat in de spoedgevallendiensten en ziekenhuizen, wenste het IMA deze

5. Zie ook: <https://ima-aim.be/Persbericht-Zes-jongeren-per-dag-in-het-ziekenhuis-na-alcoholmisbruik-07-12>

vaststellingen te objectiveren met een monitoring over meerdere jaren. Verder is ook geweten dat bij kinderen en jongeren de nefaste invloed van alcohol op de gezondheid groter is, zeker wat de ontwikkeling van de hersenen betreft (zie punt 2). Vervolgens is de IMA-methode in deze leeftijdsgroep exacter. Het bepalen van het alcoholgehalte in het bloed is immers geen routinetest. Wanneer jongeren van 12 tot en met 17 jaar op spoed komen, zal de arts meestal slechts een alcoholbepaling in het bloed doen indien hij een alcoholintoxicatie vermoedt. In de oudere leeftijdscategorieën is dit minder het geval aangezien zij potentieel autobestuurder zijn en er soms om legale redenen bloedalcoholtests afgenomen worden (vb. bij een verkeersongeval).

Tegelijk moeten de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Enerzijds is er potentieel een overschatting omdat niet iedereen die op de spoeddienst kwam (of een dag is opgenomen) en waarbij de concentratie in het bloed werd bepaald, ook werkelijk alcoholgeïntoxiceerd was. Pediaters schatten een ongeveer 95% positief resultaat. Anderzijds kan er ook een onderschatting zijn omdat niet iedereen met een alcoholintoxicatie op de spoeddienst terecht komt.

IMA-Atlas

Om haar opdrachten uit te voeren, beschikt elk ziekenfonds over facturatiegegevens (bv. datum, plaats en kostprijs van uitgevoerde prestaties en behandelingen) en administratieve gegevens van zijn leden (vb. geslacht en leeftijd). Deze gegevens worden gecodeerd doorgegeven aan het IMA met het oog op analyse in het kader van studies.

Daarnaast stelt het IMA ook permanent een IMA-ATLAS ter beschikking. Ze bevat statistieken en cijfergegevens, onderverdeeld in zes thema's: demografie en socio-economie, preventie, gezondheidstoestand, zorgconsumptie, toegankelijkheid en organisatie van gezondheidszorg. De cijfers gaan tot tien jaar terug en worden jaarlijks geactualiseerd.

De IMA-ATLAS bevat onder meer gegevens over de verhoogde tegemoetkoming, het globaal medisch dossier, het voorkomen van diabetes, het antibioticagebruik en dus ook over alcoholintoxicatie. Men kan er globale cijfers voor België, de gewesten en de provincies raadplegen en downloaden, maar ook gedetailleerde cijfers voor arrondissementen en gemeenten.

Meer informatie: <https://ima.incijfers.be/>

3.2. Resultaten

Uit de IMA-gegevens blijkt dat in 2018 elke dag gemiddeld 6 jongeren tussen 12 en 17 jaar in het ziekenhuis belandden na alcoholmisbruik. Ten opzichte van 2017 is het aantal jongeren dat op de spoed terecht kwam omdat ze (veel) te veel gedronken hadden, licht gedaald: in 2018 ging het om 2.234 gevallen of 30 jongeren per 10.000 in die leeftijdscategorie, een jaar eerder waren het er 2.334. Ondanks deze lichte daling blijven de cijfers verontrustend hoog en in elk geval een stuk hoger dan 10 jaar geleden (tabel 1). De omvang van het probleem blijkt ook uit een vergelijking met buurland Nederland, waar jaarlijks tussen 700 en 900 jongeren na alcoholmisbruik in het ziekenhuis opgenomen worden⁶.

Een meer gedetailleerde analyse leert dat het aantal 12- en 13-jarigen dat in 2018 dronken in het ziekenhuis belandde alarmerend is. Met 116 gevallen waren het er in absolute aantallen nog nooit zoveel.

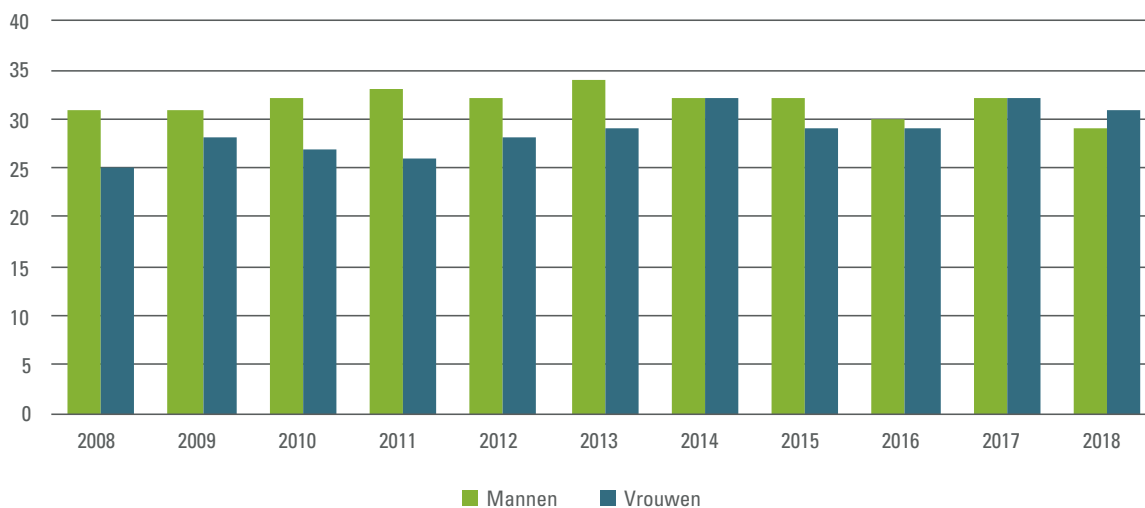
Tabel 1: Evolutie van het aantal jongeren tussen 12 en 17 jaar met alcoholintoxicatie (proxy) (Bron: IMA-gegevens 2008-2018)

Jaar	Absoluut aantal	Aantal per 10.000
2008	2.083	28
2009	2.141	29
2010	2.153	30
2011	2.140	30
2012	2.189	30
2013	2.263	31
2014	2.290	32
2015	2.202	31
2016	2.160	30
2017	2.334	32
2018	2.234	30

Daar waar er in de andere leeftijdscategorieën bij veel meer mannen dan vrouwen een vermoeden van alcoholintoxicatie is, is dit in de groep 12-17-jarigen niet het geval (figuur 2). In 2018 liggen de cijfers voor meisjes zelfs hoger dan deze voor jongens. Dit is een tendens die ook in andere landen merkbaar is⁷.

6. Factsheet alcoholopnames en alcoholintoxicaties bij minderjarigen van 2007 tot en met 2015 (<https://www.stap.nl/content/bestanden/factsheet-alcoholintoxicaties-2007---2014.pdf>)
7. Zie onder meer <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-facts-and-statistics> en <https://bmjopen.bmj.com/content/6/10/e011827>

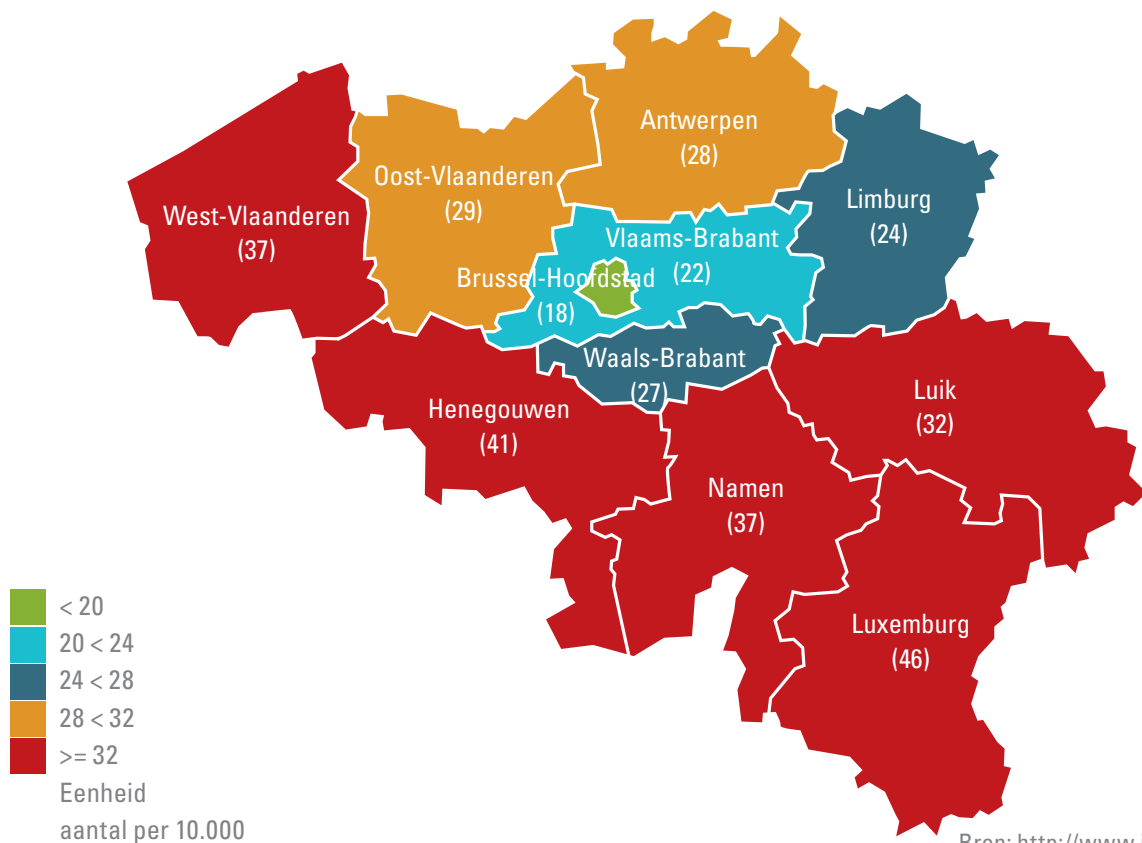
Figuur 2: Evolutie van het aantal jongeren tussen 12 en 17 jaar met alcoholintoxicatie (proxy), volgens geslacht (Bron: IMA-gegevens 2008-2018)



Verder is ook in 2018 het probleem groter bij jongeren met recht op de verhoogde tegemoetkoming waarbij per 10.000 verzekerden gemiddeld bij 38 jongeren op spoed belanden een vermoeden van alcoholintoxicatie is, tegenover gemiddeld 28 jongeren zonder dit statuut.

Opvallend zijn ook de regionale verschillen in alcoholintoxicatie bij jongeren (figuur 3). De laagste cijfers worden genoteerd voor Brussel-Hoofdstad en Vlaams-Brabant, de hoogste voor Luxemburg en Henegouwen waar respectievelijk gemiddeld 46 en 41 jongeren per 10.000 jongeren op spoed belanden met een vermoeden van alcoholintoxicatie.

Figuur 3: Aantal jongeren tussen 12 en 17 jaar met alcoholintoxicatie (proxy) volgens provincie (Bron: IMA-gegevens 2018)



Bron: <http://www.ima-aim.be>

De IMA-cijfers geven een goede indicatie van het probleem aangezien ze de subjectieve waarnemingen op het terrein hierover bevestigen.

4. Besluit en aanbevelingen

De IMA-cijfers leren dat nog steeds te veel jongeren op spoed belanden met een vermoeden van alcoholintoxicatie. Net als de gegevens uit de gezondheidsenquête, wijst dit erop dat de problematiek van overmatig alcoholgebruik bij jongeren dus verontrustend hoog blijft en dat we als samenleving er alles moeten aan doen om het alcoholmisbruik terug te dringen.

Als gezondheidsfonds wil ook CM deze cijfers opnieuw onder de aandacht brengen in de hoop dat hiermee de doelgroep van jongeren en hun ouders gesensibiliseerd kan worden over de nadelige gevolgen van alcohol bij jongeren. Daarnaast is het ook een belangrijke oproep tot sociale controle door de ouders, maar ook door jongerenverenigingen (sportclubs, jeugdverenigingen, ...).

Voor CM zijn de cijfers echter ook een duidelijk signaal dat het alcoholbeleid anders moet. Zo is het opvallend dat in 20 van de 28 EU-landen al een volledig alcoholverbod voor jongeren onder de 18 jaar is ingevoerd zowel voor de horeca als voor de verkoop van (ook zwak-) alcoholische dranken⁸. In België ligt de grens voor zwak alcoholhoudende dranken (bier, wijn en schuimwijn) nog steeds op 16 jaar. Zowel de VAD als de Hoge Gezondheidsraad (HGR), maar ook CM pleiten ervoor om de wettelijke leeftijd voor alcoholgebruik naar 18 jaar op te

trekken. Deze maatregel behoort ook tot de 'best buys' van de WHO en heeft zijn merites in andere landen aangetoond. Sommige landen gaan nu al verder en verhoogden de minimumleeftijd tot 21 jaar, gezien de blijvende letsels aan de nog niet volgroeide hersenen.

Ook moeten de algemene richtlijnen over alcoholgebruik een onderdeel zijn van een veel ruimer geïntegreerd beleid rond alcohol. Dit beleid moet volgens de VAD en HGR opgebouwd worden rond een aantal strategieën waarvan het positief effect is aangetoond⁹. Het gaat dan onder meer over maatregelen in verband met beschikbaarheid, prijs en reclame. Enkele van de maatregelen die worden voorgesteld zijn een volledig verbod op reclame voor en sponsoring van alcohol, expliciete waarschuwingen over gezondheidsrisico's op het etiket, een aangepast prijsbeleid met onder meer het verhogen van de prijs en het opleggen van een minimumprijs per alcoholiteit verkocht in de detailhandel en een beperktere beschikbaarheid en aanbod van alcoholische dranken. Verder moet ook blijvend ingezet worden op brede preventie- en sensibiliseringscampagnes, onder meer door de bevolking te wijzen op de mogelijke negatieve gevolgen van (overmatig) alcoholgebruik. Zo wijst het onderzoeksrapport over de gezondheidsenquête op het mogelijk positief effect van initiatieven als 'Tournée Minérale' op de globale consumptie van alcohol. Zeker voor de doelgroep jongeren zijn gerichte acties belangrijk.

Ten slotte moet gezegd worden dat de IMA-indicator nog steeds een benadering is van de realiteit. Het is dan ook aan te bevelen een goed registratiesysteem op punt te stellen zoals dit onder meer in Nederland al het geval is. Enkel op deze manier zullen volledige en betrouwbare cijfers beschikbaar zijn, ter ondersteuning van een optimaal beleid.

8. Bron: Status Report Alcohol and Health in 35 European Countries 2013. Copenhagen, WHO Europe, 2013. Eyes on Ages. Luxemburg, European Commission, 2013. www.bag.admin.ch (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf).
9. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9438_advies_alcohol.pdf

Positieve gezondheid

Sociaal engagement en gezondheid

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest (Studiedienst)

Bernard Rimé, Jessica Morton (Faculteit Psychologie UCLouvain)

Johan Tourné (Samana), Coraline Brodtkom (Altéo), Johan Truyers en Ellen Ophalvens (Okra), Eric Olbregts (Éneo en énéoSport), Benjamin Vandervoort (Kazou), Géraldine Maquet (Ocarina), Johan Swinnen (Intersoc), Jean-Baptiste Dayez (Département socio-éducatif)

Samenvatting

Een grootschalig onderzoek van CM en haar bewegingen, in samenwerking met de faculteit psychologie van UCLouvain, onderzocht of er een samenhang is tussen sociaal engagement en gezondheid.

Hiervoor werden 7.021 respondenten bevraagd via een online vragenlijst, die peilde naar sociaal engagement, psychosociale processen (sociale steun, eenzaamheid, ...) en subjectieve gezondheid. Deze resultaten werden gekoppeld aan de CM databestanden, waarin de terugbetalingsgegevens gezondheidszorg uit 2017 en 2018 (contact met huisartsen en specialisten, ziekenhuisopname, geneesmiddelen) zorgden voor een objectieve indicator van gezondheid. 2.033 respondenten waren vrijwilligers van één van de CM bewegingen (Samana, Altéo, Okra, Énéo, énéoSport, Kazou, Ocarina en Intersoc). De andere 4.988 respondenten waren afkomstig van een representatieve steekproef van CM-leden. Zij konden op basis van hun antwoorden op de vragenlijst ingedeeld worden in drie groepen: 'actieve participatie' (vrijwillig engagement in de organisatie van een gestructureerde vereniging), 'passieve participatie' (persoon die deelneemt aan de activiteiten die een gestructureerde vereniging organiseert) en 'geen participatie' (persoon zonder enig contact met een gestructureerde organisatie).

De vergelijking van deze vier groepen toonde aan dat er een significant verband bestaat tussen sociaal engagement en alle bevraagde psychosociale processen. Wie deelneemt aan het gestructureerd sociaal leven voelt zich onder andere meer een onderdeel van de samenleving, ervaart sterkere sociale banden, voelt zich minder eenzaam, heeft een sterker gevoel van zelfontplooiing en is minder individualistisch ingesteld dan wie niet deelmeent. Hoe actiever deze deelname is, hoe groter de verschillen worden. Vrijwilligers uit de CM bewegingen komen er vaak nog iets beter uit dan de andere vrijwilligers (actieve participatie).

Deze psychosociale processen zijn geassocieerd met de subjectieve gezondheid. Niet deelnemen aan het georganiseerd sociaal leven is negatief verbonden met de manier waarop men zijn eigen gezondheid ervaart. Zodra iemand aan het verenigingsleven deelneemt, stijgt de score die hij geeft aan hoe hij zijn gezondheid ervaart (ongeacht of het om passieve of actieve participatie gaat). Vrijwillig engagement in één van de bewegingen van CM scoort nog het hoogst. Dit wijst op een positief verband met subjectieve gezondheid.

En dit gezondheidsgevoel beïnvloedt tot slot het gebruik van gezondheidszorg: hoe beter men zich voelt, hoe minder gezondheidszorg men verbruikt. Personen die niet deelnemen aan het gestructureerd sociaal leven hebben significant meer contacten met de huisarts (+ 10%) en de specialist (+ 17%) in vergelijking met de CM vrijwilligers. Ze hebben ook meer daghospitalisaties (+ 48%) en gebruiken meer geneesmiddelen (+ 17%).

In dit type van onderzoek is het altijd moeilijk om het oorzakelijk verband te bewijzen. Maar er komen veel elementen samen die suggereren dat sociaal engagement goed is, niet enkel voor de samenleving, maar ook voor de gezondheid en het welzijn van het individu dat zich engageert. Deze studie toont het belang aan van vrijwilligerswerk. Daarom pleit CM ervoor om alles in het werk te stellen om mensen de kans te geven om sociaal engagement op te nemen. Tegelijkertijd moeten we erover waken dat sommige activiteiten die vandaag op vrijwillige basis en vanuit een onderlinge solidariteit gebeuren, niet in de greep komen van vermarkting.

Sleutelwoorden: Sociaal engagement, vrijwilligerswerk, gezondheid, enquête

1. Inleiding en achtergrond

Ons land kent veel vrijwilligerswerk. Volgens de Koning Boudewijnstichting doen zo'n 1,2 miljoen Belgen vrijwilligerswerk in organisaties zonder winstoogmerk. Een vrijwilliger heeft "gemiddeld bijna 190 uren gepresteerd tijdens het afgelopen jaar, of bijna vier uur per week"¹ De Eurobarometer 2019² toont dat ook Belgische jongeren tussen 15 en 30 jaar sterk betrokken zijn bij het verenigingsleven: ongeveer 40% van hen nam deel aan vrijwilligersactiviteiten die de jongste 12 maanden werden georganiseerd. Merk ook op dat wij in deze rangschikking in de top 4 van de Europese landen staan, op gelijke voet met de Nederlanders. Het Europese gemiddelde is 34%.

Laten we enkele begrippen preciseren. Voor vrijwilligerswerk volgen wij de definitie van Borgonovi (2008)³: een "activiteit waarbij het individu zijn tijd aan groepen en organisaties besteedt zonder daarvoor een financiële vergoeding te ontvangen." Met participatie aan het gestructureerd sociaal leven wordt deelname bedoeld aan een georganiseerde sociale activiteit in een bestaande structuur (een club, een organisatie, een beweging). Het gaat bijvoorbeeld om deelname aan wandelingen georganiseerd door een wandelclub, maar niet om een wandeling ondernemen met enkele vrienden. Deze participatie kan zowel passief als actief zijn. Van een passieve participatie wordt gesproken als men louter deelneemt aan of

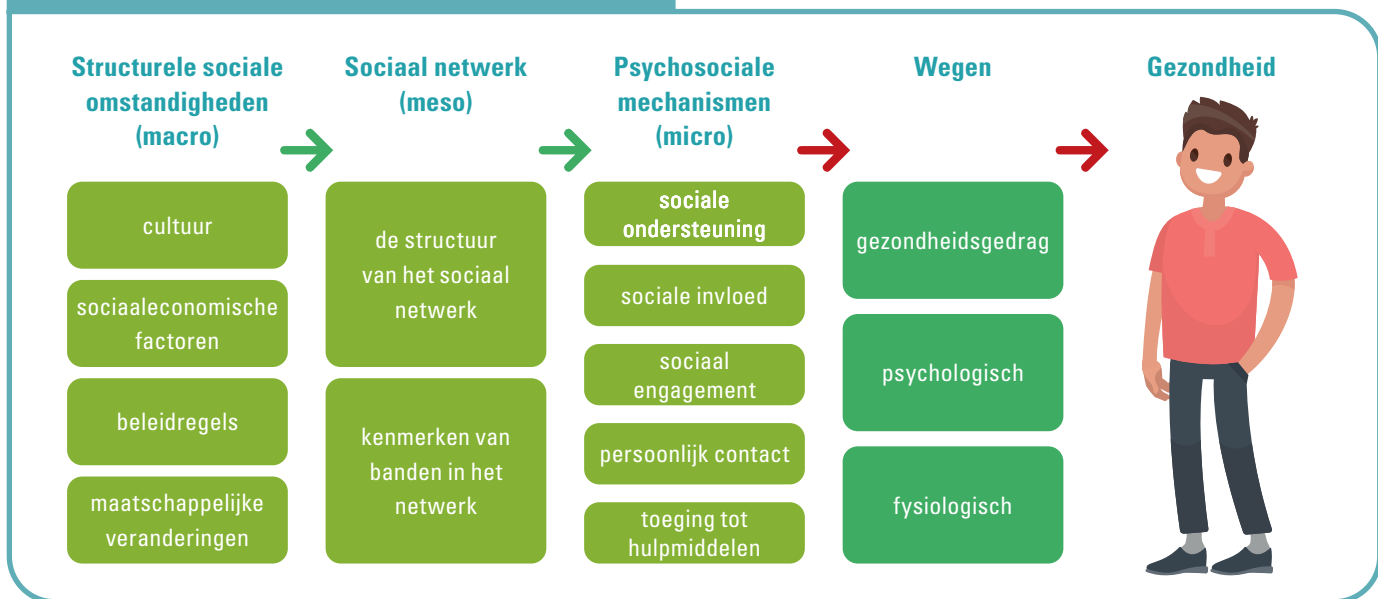
geniet van de georganiseerde activiteiten (bv. meewandelen met de wandelclub). Bij een actieve participatie organiseert men de activiteiten (bv. wandelactiviteit organiseren of ze mee uitvoeren als vrijwilliger).

In onze samenleving zijn er verschillende mogelijkheden om te participeren aan het gestructureerde sociaal leven: lid worden van een sportclub, deelnemen aan een buurtfeest, naar de jeugdbeweging gaan, deelnemen aan een spelletjesnamiddag georganiseerd voor ouderen, ... Het gestructureerd sociaal leven behelst een ruime waaier aan domeinen: sport, cultuur, jeugd, onderwijs, gezondheid en welzijn, zieken, ouderen, feminisme, sociaal en politiek, religie, armoede, folklore, internationale samenwerking, milieu, vakantie, buurtleven. Voor elke persoonlijke interesse is er een aanbod te vinden.

Bestaat er een verband tussen dit engagement in het verenigingsleven en gezondheid? Dit suggereert althans het theoretisch kader van Berkman et al. (2000)⁴ dat toont hoe het gestructureerd sociaal netwerk de gezondheid van de individuen kan beïnvloeden. Het is een trapsgewijze reeks met drie opeenvolgende niveaus (zie schema 1).

- *Macroniveau*: Er wordt verwezen naar de zeer algemene sociale omstandigheden (economische, sociale, politieke, culturele factoren) in de samenleving als geheel, waarin gestructureerde sociale netwerken wortel schieten.

Schema 1: Het theoretisch kader (Berkman, 2000)



1. Marée M, Hustinx L, Xhaufleur V, De Keyser L & Verhaeghe L. 2015. *Het vrijwilligerswerk in België. Kerncijfers*. Brussel. Rapport van de Koning Boudewijnstichting <https://www.kbs-frb.be/nl/Virtual-Library/2015/20151019DS> (p. 26)
2. Flash Eurobarometer 478. 2019. *How Do We Build a Stronger, More United Europe? The Views of Young People*. <http://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/86163>
3. Borgonovi F. (2008). Doing Well by Doing Good. The Relationship between Formal Volunteering and Self-Reported Health and Happiness. *Social Science & Medicine*. 66(11):2321-34.
4. Berkman LF, Glass T, Brissette I & Seeman TE. 2000. From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. *Social Science & Medicine*. 51(6):843-857.

- *Mesoniveau*: Dit richt zich op het gegeven dat de sociale netwerken in de samenleving georganiseerd en gestructureerd zijn. Binnen deze gestructureerde netwerken worden relaties tussen individuen geweven en geformaliseerd.
- *Microniveau*: Via verschillende psychosociale mechanismen zullen individuen toegang hebben tot de 'bronnen' van de gestructureerde sociale netwerken van het vorige niveau. Dit is de wederzijdse hulp die ter beschikking wordt gesteld van de personen die deel uitmaken van een netwerk. Er worden verschillende mechanismen voorgesteld, zoals sociale ondersteuning (bv. advies), maar ook toegang tot materiële goederen die worden aangeboden door de sociale gestructureerde netwerken. Deze psychosociale mechanismen zullen uiteindelijk de gezondheidstoestand van individuen op drie manieren beïnvloeden: via gezondheidsgedrag en de verschillende facetten van psychologisch welzijn en lichamelijke gezondheid.

Naast de theorie bestaan empirische bewijzen voor een verband tussen sociaal engagement en gezondheid. Een Britse studie⁵ toont dat *"those who engaged in volunteering regularly appeared to experience higher levels of mental well-being than those who never volunteered"*. Een meta-analyse⁶ vermeldt vijf studies volgens dewelke *"After adjusting for important potential socio-demographic and health-related confounders, volunteers had a significantly lower risk of mortality compared to non-volunteers"*. Diezelfde meta-analyse stipte nog aan dat *"volunteering had favourable effects on depression, life satisfaction, wellbeing."*

2. Doelstelling en methode van ons onderzoek

En in ons land? Kunnen wij aantonen dat gezondheid en deelname aan het verenigingsleven met elkaar verband houden? Daartoe deden CM, haar bewegingen en UCLouvain een studie met volgende onderzoeksvragen:

- Heeft deelname aan het verenigingsleven, door integratie in gestructureerde sociale netwerken, een impact op de lichamelijke en geestelijke gezondheid?
- Is deze impact des te gunstiger als deze deelname actief is?

Om een vergelijking mogelijk te maken tussen respondenten met een verschillende mate van sociaal engagement was een voldoende hoge participatie van vrijwilligers belangrijk (dit zijn respondenten met een hoog sociaal engagement). Daarom deed CM beroep op haar netwerk van bewegingen die werken met

vrijwilligers: Altéo en Samana (bewegingen van zieken, validen en personen met een beperking), énéo, énéoSport en Okra (seniorenbeweging), Ocarina – vroeger Jeunesse&Santé - en Kazou (jongerenorganisaties) en ook Intersoc (vakantiedienst van CM).

In het onderzoek is gewerkt met twee steekproeven en twee momenten van onderzoek:

- Deel 1: een onderzoek bij een representatieve⁷ steekproef van 225.957 CM-leden van begin november 2017 tot begin januari 2018. Zowel Nederlandstalige, Franstalige als Duitstalige CM-leden werden bevestigd.
- Deel 2: een onderzoek bij de vrijwilligers van de verschillende bewegingen (al dan niet lid van CM) tussen januari 2018 en januari 2019.

Het onderzoek werd uitgevoerd door middel van een online enquête. De vragenlijst werd uitgewerkt door CM en UCL, in samenwerking met de bewegingen, en werd getest door enkele vrijwilligers uit de bewegingen. Ze peilde naar de mate van sociaal engagement en de sociale relaties van de respondent, naar de psychologische processen (zoals sociale integratie, gevoel van eenzaamheid, zelfontplooiing, ...) en bracht subjectieve gezondheid, gezondheidsgedrag en enkele socio demo's in kaart.

Om het verband te onderzoeken tussen sociaal engagement, de psychologische processen en gezondheid moesten de resultaten van de online enquête gekoppeld worden aan de CM-databestanden. Deze bestanden bevatten informatie over het gebruik van gezondheidszorg (contacten met huisarts en specialist, ziekenhuisopname, gebruik van terugbetaalde geneesmiddelen) en zijn aldus een objectieve indicator van de gezondheidstoestand. Deze koppeling werd enkel gemaakt voor de respondenten die hiervoor hun expliciete en geïnformeerde toestemming gaven. Voor de steekproef van vrijwilligers van de verschillende bewegingen was dit enkel mogelijk voor leden van CM.

3. De belangrijkste resultaten

3.1. Participatie aan het gestructureerd sociaal leven

In de steekproef bij de vrijwilligers van de bewegingen was iedereen actief participierend, aangezien het om vrijwilligers gaat. Deze categorie wordt verder in de resultaten '**vrijwilliger**' genoemd. Ze is het geheel van alle bevestigde vrijwilligers van de acht CM-bewegingen.

5. Tabassum F, Mohan J, Smith P. Association of Volunteering with Mental Well-Being: a Lifecourse Analysis of a National Population-Based Longitudinal Study in the UK. *BMJ Open* 2016;6:e011327. doi:10.1136/bmjopen-2016-011327.

6. Jenkinson et al. 2013. Is Volunteering a Public Health Intervention? A Systematic Review and Meta-Analysis of the Health and Survival of Volunteers. *BMC Public Health* 13:773.

7. Deze steekproef was representatief volgens de verdeling in de Belgische bevolking (leeftijd, geslacht, provincie).

Altéo	Enéo	Enéo Sport	Intersoc	Ocarina	Kazou	Okra	Samana	Totaal
69	39	31	240	93	568	557	436	2.033

In de representatieve steekproef van CM leden werden de respondenten onderverdeeld in drie categorieën, afhankelijk van hun antwoord op enkele vragen rond participatie (lid zijn van een club of vereniging, enkel deelnemer zijn of vrijwilliger)

- Actieve participatie (vrijwilliger in de organisatie van een gestructureerde vereniging);
- Passieve participatie (persoon die deelneemt aan activiteiten die een gestructureerde vereniging organiseert);
- Geen participatie (persoon zonder enig contact met een gestructureerde organisatie).

Verder in de resultaten worden deze 3 categorieën aangeduid als 'actieve participatie', 'passieve participatie' en 'geen participatie'.

Opmerking:

- Zowel de categorieën 'vrijwilliger' als 'actieve participatie' zijn vrijwilligers. De 'vrijwilliger' is een vrijwilliger binnen één van de CM bewegingen (Samana, Altéo, Enéo, énéo-Sport, Okra, Ocarina, Kazou en Intersoc). De 'actieve participatie' is een vrijwilliger binnen een niet gekende vereniging, club of organisatie. In de vragenlijst werd namelijk niet gevraagd naar de naam van de club of vereniging.
- De categorie 'geen participatie' zijn personen die geen deel uitmaken van een club, een vereniging of een organisatie en dus niet deelnemen aan het gestructureerd sociaal leven. Deze personen kunnen wel een sociaal netwerk hebben van familie, vrienden, collega's, ...

Categorie	N
Vrijwilliger	2.033
Actieve participatie	2.028
Passieve participatie	1.108
Geen participatie	1.852
TOTAAL	7.021

Van deze 7.021 personen, die hun akkoord gaven voor de koppeling met de database van CM, is er een meerderheid van vrouwen (55%). De respondenten hebben een gemiddelde leeftijd van 57 jaar (bij de groep vrijwilligers is deze gemiddelde leeftijd lager: 52 jaar). Er is een grote spreiding van leeftijd: van jonge respondenten (18 jaar, vanwege de aanwezigheid van jongerenorganisaties zoals Kazou en Ocarina) tot oudere respondenten (tot 90 jaar oud). Er is ook een goede sociale mix: alle sociale categorieën en opleidingsniveaus worden vertegenwoordigd.

In de onderstaande resultaten werd rekening gehouden met de effecten van leeftijd en geslacht, evenals het al dan niet VT (verhoogde tegemoetkoming) hebben en het feit of men al dan niet samenwoont. Concreet betekent dit dat vastgestelde verschillen tussen de vier categorieën van respondenten niet te wijten zijn aan effecten van deze vier controlevariabelen (leeftijd, geslacht,

VT, alleen wonen). Als er bijvoorbeeld meer contact is met artsen in een bepaalde categorie van respondenten, kunnen we niet zeggen dat dit komt door het feit dat ze ouder zijn dan de andere respondenten. Aangezien de effecten van deze vier controlevariabelen werden geneutraliseerd, weerspiegelen de vastgestelde verschillen de invloed van de mate van participatie aan het verenigingsleven op de indicator in kwestie.

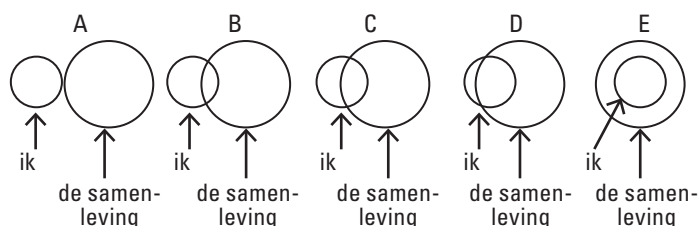
3.2. Sociaal engagement en psychologische processen

De mate van participatie aan het verenigingsleven heeft een significante impact op het geheel van psychosociale processen (intensiteit van sociale banden, gevoel van samensmelten met de samenleving, gevoel van eenzaamheid, gepercipieerde sociale steun, zelfontplooiing, zelfrespect, zingeving, individualisme/collectivisme, empathie/nemen van perspectief). Hier volgen de resultaten voor vier psychosociale processen.

Opmerking: deze indicatoren werden bevraagd in de online vragenlijst en zijn een inschatting van de respondent zelf.

3.2.1. Gevoel van samensmelten met de samenleving

Score op de vraag:

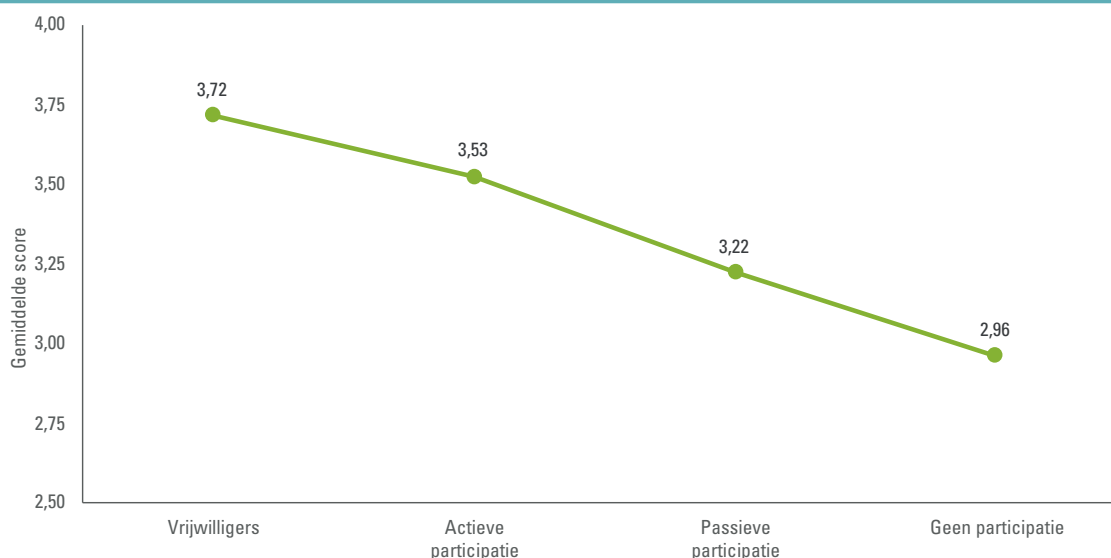


Welk van de bovenstaande schema's komt het meest overeen met de manier waarop u zichzelf situeert ten opzichte van de maatschappij? Van A (score 1) = 'Ik voel mij alsof ik naast de samenleving sta' tot E (score 5) = 'Ik voel me versmolten met de samenleving'.

Interpretatie score: hoe hoger de score, hoe sterker het gevoel dat men deel uitmaakt van de samenleving.

Resultaat: personen die niet participeren aan het georganiseerd sociaal leven scoren significant lager dan personen die hier wel aan participeren (figuur 1). Actief participierenden scoren significant hoger dan passief participierenden. En tot slot scoren de vrijwilligers uit de CM bewegingen significant hoger dan de andere groepen. De score van 'gevoel van samensmelten met de samenleving' stijgt met een hogere participatie. Mensen die deelnemen aan het georganiseerd sociaal leven voelen zich meer onderdeel van de samenleving. Hoe actiever die participatie wordt, hoe sterker dit gevoel wordt.

Figuur 1: Gevoel van samensmelten met de samenleving



3.2.2 Gevoel van eenzaamheid

Berekende score op de vragen:

- Ik voel dat ik gezelschap mis.
- Ik voel me in de steek gelaten.
- Ik voel me geïsoleerd van de anderen.

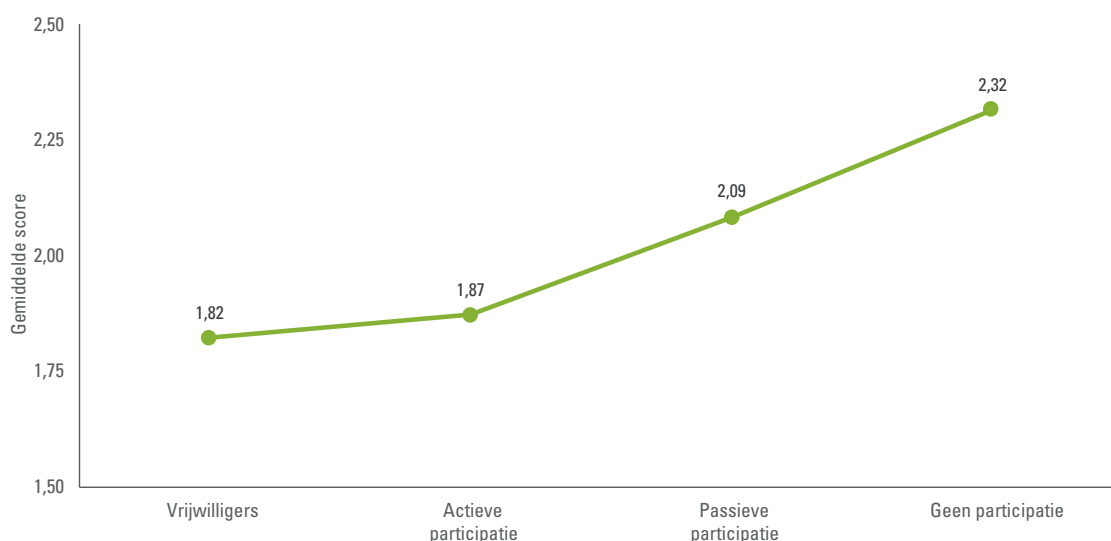
→ Op een 5-punten Likert schaal: Helemaal niet akkoord (score 1); Eerder niet akkoord (score 2); Noch akkoord, noch niet akkoord (score 3); Eerder akkoord (score 4); Helemaal akkoord (score 5)

Interpretatie score: hoe hoger de score, hoe eenzamer men zich voelt.

Resultaat: de groep 'vrijwilligers' en actief participierenden scoort significant lager dan diegenen die passief participeren aan het gestructureerd sociaal leven (figuur 2). De passieve participatie scoort significant lager dan geen participatie. Er is geen significant verschil tussen de groep 'vrijwilligers' en de 'actieve participatie'.

Hoe actiever de inzet in het gestructureerde sociale leven wordt, hoe minder eenzaam men zich voelt. Louter deelnemen zorgt al voor minder eenzaamheid dan niet deelnemen. Zet men zich actief in als vrijwilliger, dan wordt de eenzaamheid nog kleiner.

Figuur 2: Gevoel van eenzaamheid



3.2.3. Zelfontplooiing

Berekende score op de vragen:

- Ik ben heel tevreden met mijn leven.
- Ik heb de energie die nodig is om mijn dagelijkse taken uit te voeren.
- Ik vind dat mijn leven zinvol en waardevol is.
- Ik ben tevreden met mezelf.
- Mijn leven is gevuld met leerervaringen en uitdagingen die me doen groeien.
- Ik voel me heel verbonden met de personen rond mij.
- Ik voel me in staat om de meeste van mijn dagelijkse problemen op te lossen.
- Ik vind dat ik mezelf kan zijn voor de belangrijke dingen.
- Ik vind plezier in de alledaagse kleine dingen.
- Ik heb veel slechte momenten in mijn dagelijkse leven*.
- Ik vind dat ik in een maatschappij leef die me toelaat om mijn capaciteiten ten volle te benutten.

→ Op een 5-punten Likert schaal: Helemaal niet akkoord (score 1), Eerder niet akkoord (score 2), Noch akkoord, noch niet akkoord (score 3); Eerder akkoord (score 4); Helemaal akkoord (score 5)

* omgekeerd gescoord

Interpretatie score: hoe hoger de score, hoe sterker het gevoel van zelfontplooiing in het leven.

Resultaat: personen die niet participeren aan het georganiseerd sociaal leven scoren significant lager dan personen die wel participeren (figuur 3). Actieve participatie scoort significant hoger dan passieve participatie. En tot slot scoren de vrijwilligers uit de CM bewegingen significant hoger dan de

andere groepen. De score van zelfontplooiing stijgt met een hogere participatie. Mensen die deelnemen aan het georganiseerd sociaal leven hebben een sterker gevoel van zelfontplooiing in hun leven. Hoe actiever die participatie wordt, hoe sterker dit gevoel wordt.

3.2.4. Individualisme versus collectivisme

Berekende score op de vragen:

Vragen in verband met individualisme:

- Ik reken liever op mezelf dan op anderen.
- Ik vertrouw meestal op mezelf, ik vertrouw zelden op anderen.
- Mijn eigen identiteit, onafhankelijk van anderen, is heel belangrijk voor mij.
- Ik doe vaak mijn eigen ding.

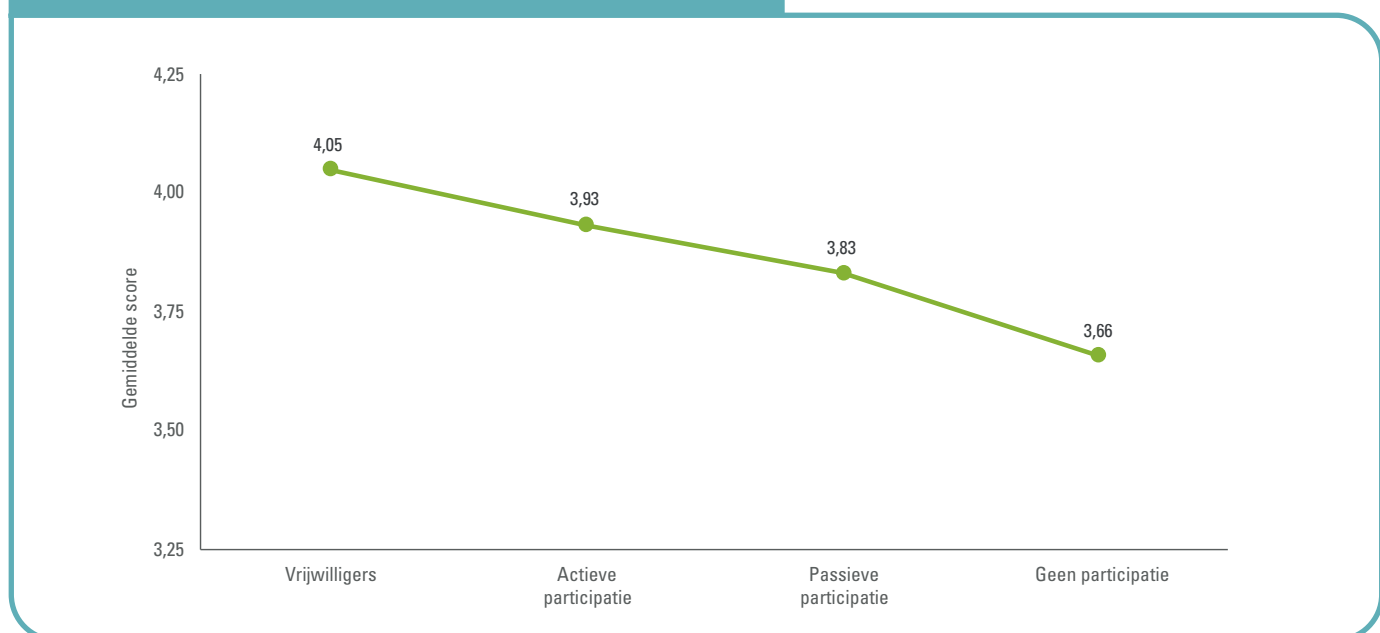
Vragen in verband met collectivisme:

- Het welzijn van mijn collega's/medestudenten/een andere naaste is belangrijk voor mij.
- Als een collega/een medestudent(e)/een andere naaste een beloning zou krijgen, zou ik trots zijn op hem/haar.
- Voor mij ligt het plezier in tijd doorbrengen met anderen.
- Ik voel me goed wanneer ik samenwerk met anderen.

→ Op een 5-punten Likert schaal: Helemaal niet akkoord (score 1), Eerder niet akkoord (score 2), Noch akkoord, noch niet akkoord (score 3); Eerder akkoord (score 4); Helemaal akkoord (score 5)

Interpretatie score: hoe hoger de score voor individualisme (collectivisme), hoe sterker het gevoel van individualisme (collectivisme).

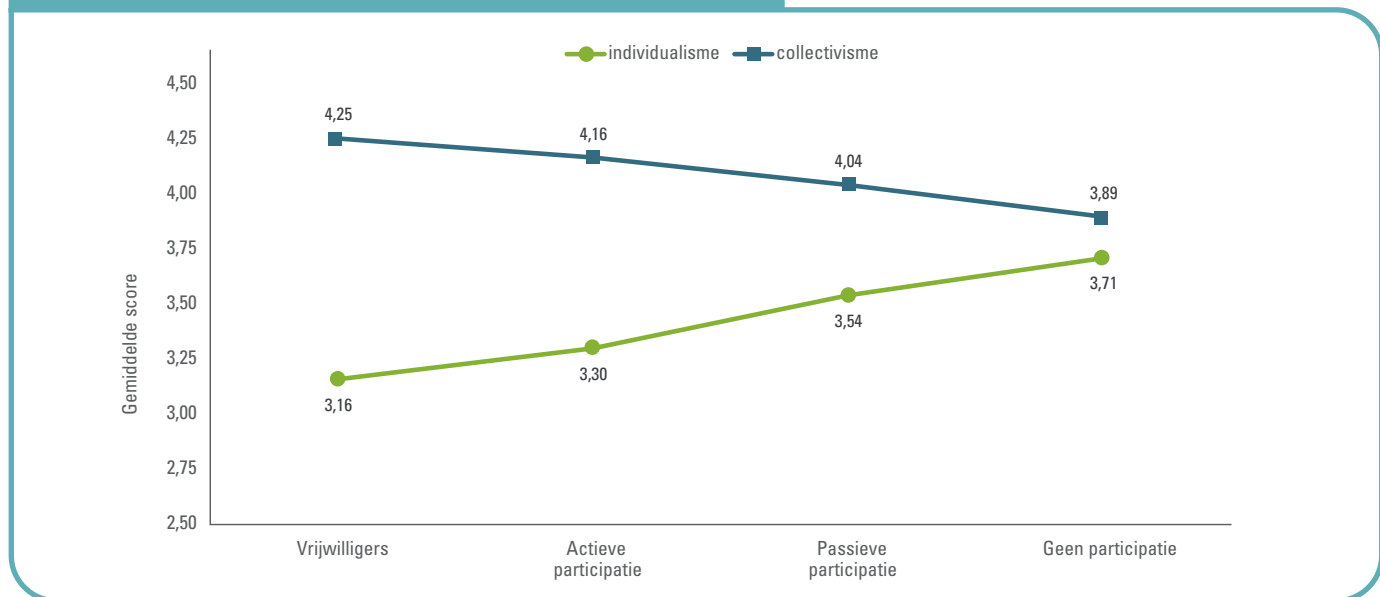
Figuur 3: Zelfontplooiing



Resultaat: personen die niet participeren aan het georganiseerd sociaal leven scoren significant hoger op individualisme dan personen die wel participeren (figuur 4). 'Actieve participatie' wordt geassocieerd met een lagere score op individualisme dan 'passieve participatie'. Bovendien hebben CM-vrijwilligers de laagste score op individualisme. Samengevat zijn mensen die participeren aan het gestructureerd sociaal leven minder individualistisch ingesteld dan mensen die hier niet aan participeren. Hoe actiever de participatie wordt, hoe minder individualistisch men ingesteld is.

Personen die niet participeren aan het georganiseerd gestructureerd leven hebben de laagste score op collectivisme. 'Actieve participatie' scoort hoger dan 'passieve participatie'. En tot slot scoren ook de 'CM vrijwilligers' significant hoger dan de 'actieve participatie'. Samengevat zijn mensen die participeren aan het georganiseerd gestructureerd leven meer collectivistisch ingesteld. Hoe actiever de participatie wordt, hoe collectivistischer men is ingesteld.

Figuur 4: Individualisme versus collectivisme



3.3. Sociaal engagement en subjectieve gezondheid

Naast de psychosociale processen, hielp de vragenlijst in kaart te brengen hoe de respondenten hun gezondheidstoestand beoordelen. Op basis van enkele vragen werd er een factoriële score berekend die het niveau van 'subjectieve' gezondheid weerspiegelt (want zelf gerapporteerd).

Berekende (factoriële) score op de vragen:

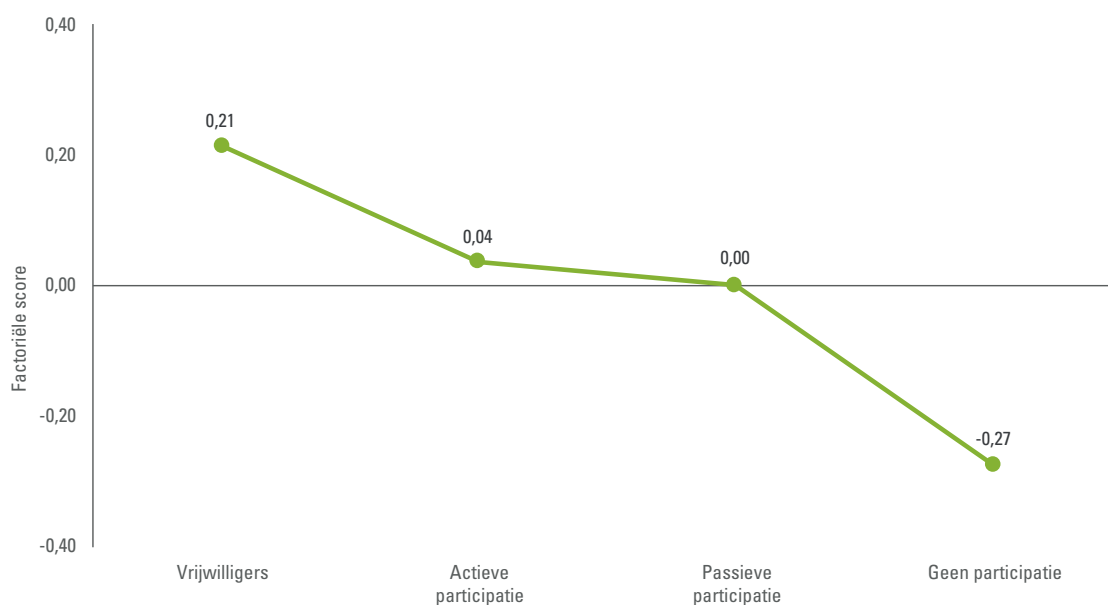
- Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen? (Zeer slecht, Slecht, Gaat wel (redelijk), Goed, Zeer goed, Geen antwoord)
- Hebt u een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)? (Ja, Neen)
- Bent u, vanwege een gezondheidsprobleem, sinds 6 maanden of langer beperkt geweest in activiteiten die mensen gewoonlijk doen? (Ja, erg beperkt; Ja, beperkt; Neen, niet beperkt)

Interpretatie score:

- Score 0 vertegenwoordigt het gemiddeld niveau van de gepercipieerde gezondheid voor de hele steekproef
- Een positieve score betekent dat de respondent zichzelf in een betere gezondheidstoestand ervaart dan het gemiddelde van de steekproef
- Een negatieve score betekent dat de respondent het gevoel heeft een slechtere gezondheid te hebben dan gemiddeld.

Resultaat: zowel de actief als de passief participierenden voelen zich in een gemiddelde gezondheidstoestand (score rond 0). De groep 'vrijwilligers' voelt zich duidelijk in een betere gezondheidstoestand (positieve score van 0,21) en de niet participierenden daarentegen voelen zich in een minder goede gezondheidstoestand (negatieve score van -0,27). Niet deelnemen aan het georganiseerd sociaal leven is negatief verbonden met de manier waarop men zijn eigen gezondheid ervaart. Deelname (of dit nu passief of actief is) staat in verband met een gemiddelde gezondheid. Zich als vrijwilliger inzetten in één van de CM bewegingen heeft een positieve relatie met de gezondheid (figuur 5).

Figuur 5: Subjectieve gezondheid



3.4. Sociaal engagement en het gebruik van gezondheidszorg

Dankzij de goedkeuring van de respondenten om hun gezondheidsfacturatiegegevens te gebruiken, konden we analyseren in hoeverre de deelname aan het verenigingsleven gecorreleerd is met het gebruik van gezondheidszorg. De gebruikte indicatoren zijn objectief en niet zelf gerapporteerd zoals in de vragenlijst. Opgelet, de berekende gemiddelden zijn schattingen rekening houdend met de vier controlevariabelen (leeftijd, geslacht, VT, alleen wonen).

De mate van deelname aan het verenigingsleven heeft een significante impact op:

- het aantal contacten met huisartsen en specialisten
- daghospitalisatie
- geneesmiddelengebruik: voor alle klassen van geneesmiddelen samen en apart voor de volgende ATC-klassen:
 - A - Spijsverteringsstelsel en metabolisme
 - H - Systemische hormonen, exclusief geslachtshormonen en insulines

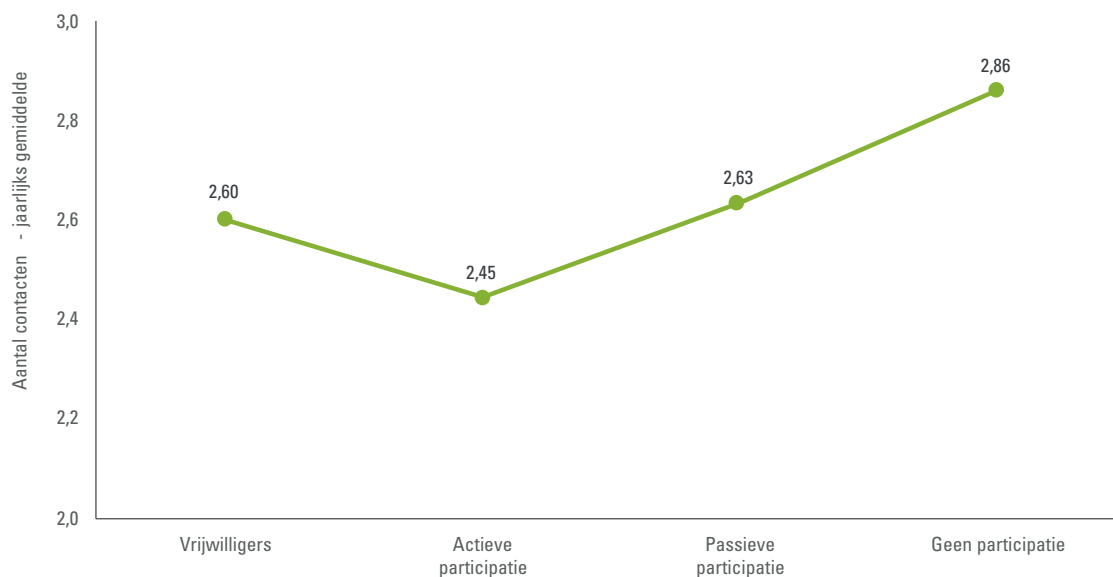
- L - Antineoplastische (= anti-kanker) en immunomodulerende middelen
- M - Musculoskeletaal systeem
- N - Zenuwstelsel
- R - Luchtwegen

3.4.1. Contacten met de huisarts

Interpretatie: Onder contact met een huisarts verstaan we een consultatie (bij de dokter) of een huisbezoek (bij de patiënt thuis). Het aantal contacten werd berekend over 2 opeenvolgende jaren (2017 en 2018). In figuur 6 geeft de verticale as het gemiddeld aantal contacten per jaar en per persoon weer.

Resultaat: De vrijwilligers van de bewegingen van CM hebben gemiddeld 2,6 contacten per jaar met hun huisarts. Degenen die daarentegen niet deelnemen aan het verenigingsleven hebben 2,9 contacten per jaar met hun huisarts, ofwel 10% contacten meer. Voor de respondenten die niet deelnemen aan het verenigingsleven is het aantal contacten telkens significant hoger vergeleken met de andere categorieën van respondenten.

Figuur 6: Aantal contacten met de huisarts



3.4.2. Contacten met de geneesheer-specialist

Interpretatie: Onder contact met een geneesheer-specialist verstaan we een ambulante raadpleging (in de praktijk van de specialist of in een ziekenhuis), alle specialiteiten samen genomen. Het aantal contacten werd berekend over 2 opeenvolgende jaren (2017 en 2018). In figuur 7 geeft de verticale as het gemiddeld aantal contacten per jaar en per persoon weer.

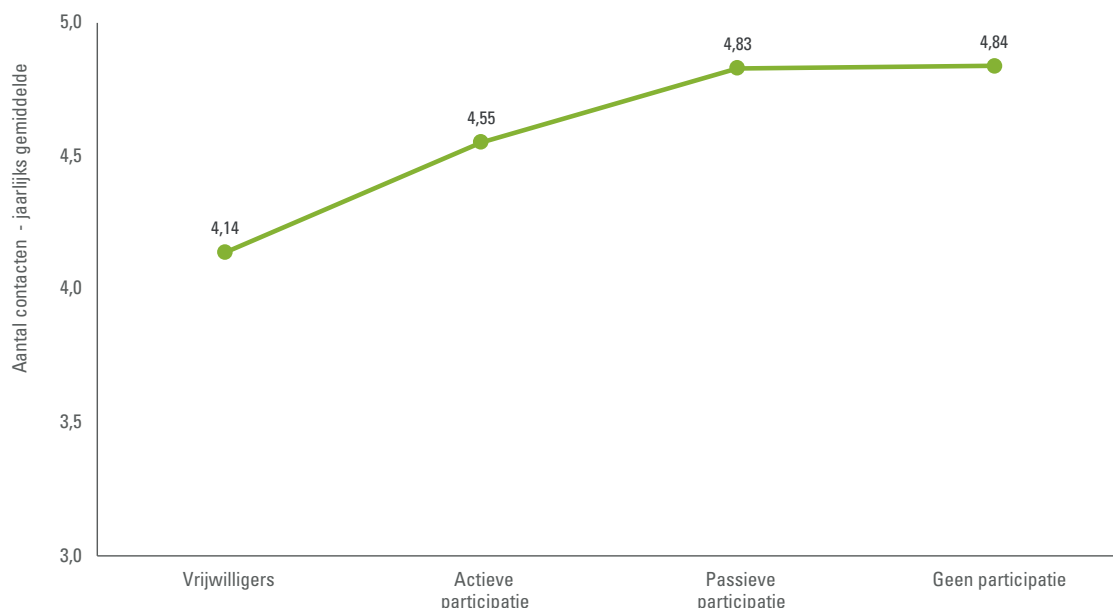
Resultaat: De vrijwilligers van de bewegingen van CM hebben gemiddeld 4,1 contacten per jaar met een geneesheer-specialist. Degenen die daarentegen niet deelnemen aan het verenigingsleven hebben 4,8 contacten

per jaar met een geneesheer-specialist, ofwel 17% contacten meer. Voor de vrijwilligers van de bewegingen van CM is het aantal contacten telkens significant lager dan het aantal dat wordt vastgesteld in de drie andere categorieën van respondenten.

3.4.3. Aantal daghospitalisaties

Interpretatie: Hier meten we het aantal opnames in het dagziekenhuis (de verstrekte verzorging vindt plaats op één dag, men overnacht niet in het ziekenhuis, er wordt geen rekening gehouden met het chirurgisch dagziekenhuis). Het aantal contacten werd berekend over 2 opeenvolgende jaren (2017

Figuur 7: Aantal contacten met de geneesheer-specialist



Figuur 8: Aantal daghospitalisaties



en 2018). In figuur 8 geeft de verticale as het gemiddeld aantal daghospitalisaties per jaar en per persoon weer.

Resultaat: De vrijwilligers van de bewegingen van CM hebben gemiddeld 0,33 dagopnames in het ziekenhuis per jaar. Degenen die daarentegen niet deelnemen aan het verenigingsleven hebben er 0,48 ofwel 48% opnames meer. Voor de respondenten die niet deelnemen aan het verenigingsleven is het aantal daghospitalisaties telkens significant hoger dan het aantal voor de drie andere categorieën van respondenten.

3.4.4. Globaal volume van de geneesmiddelen

Interpretatie: Hier meten we het volume van DDD's⁸ voor ambulante geneesmiddelen die worden afgeleverd in openbare apotheken en die worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering. Het volume DDD's werd berekend over 2 opeenvolgende jaren (2017 en 2018). In figuur 9 geeft de verticale as het gemiddeld aantal DDD's per jaar en per persoon weer, alle klassen van geneesmiddelen samengenomen.

Resultaat: De vrijwilligers van de bewegingen van CM gebruiken jaarlijks een gemiddeld volume aan geneesmiddelen van 727 DDD's. Degenen die daarentegen niet deelnemen aan het verenigingsleven hebben een gemiddeld volume van 849 ofwel een volume dat 17% hoger is. De respondenten die be-

horen tot de categorieën 'vrijwilligers', 'actieve participatie' en 'passieve participatie' hebben een globale consumptie van geneesmiddelen die significant lager ligt dan deze van de respondenten die niet deelnemen aan het verenigingsleven.

3.4.5. Volume van geneesmiddelen van de therapeutische klasse N

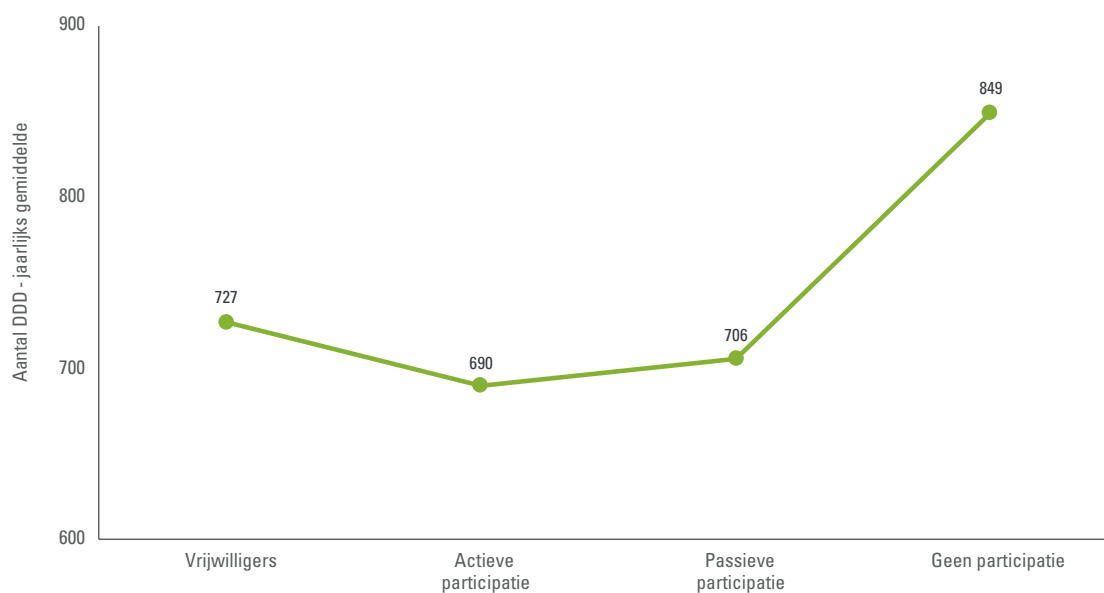
Interpretatie: Vergeleken met de vorige indicator beperken we ons tot geneesmiddelen die behoren tot de therapeutische klasse⁹ N, die geneesmiddelen bevat die inwerken op het zenuwstelsel (bijvoorbeeld geneesmiddelen tegen epilepsie,

Vrijwilliger Altéo¹⁰:

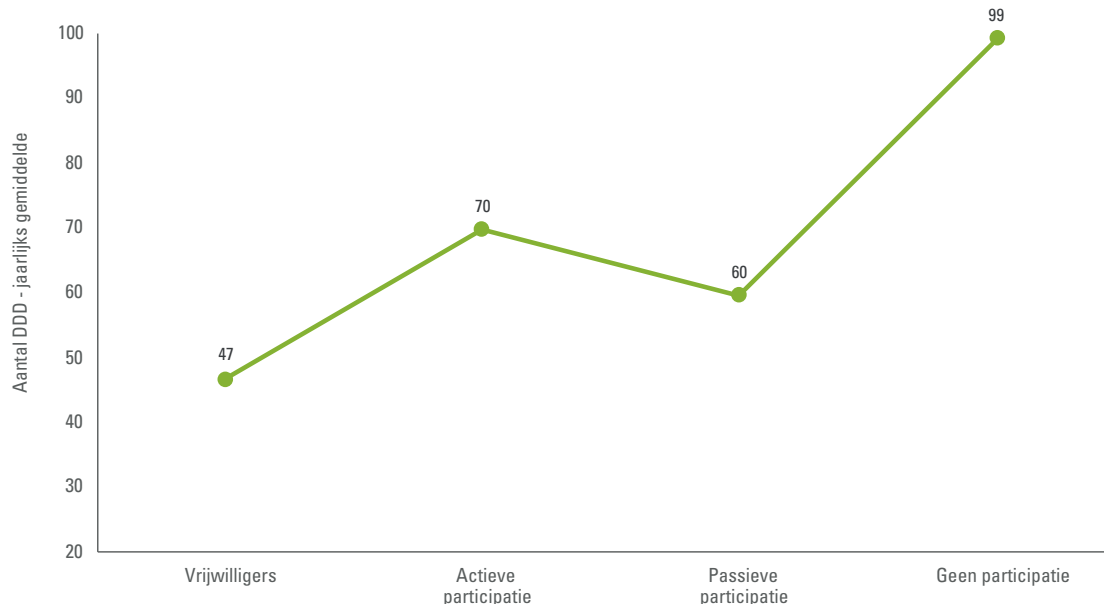
"Ik ontdekte een wereld met respect, solidariteit en gezelligheid. Ons comité probeert het isolement van invaliden te doorbreken. We organiseren voordrachten, excursies, wandelingen, etentjes, ... Vrij snel werd het een genoegen mij te kunnen inzetten en besepte ik dat ik iets zinvol deed. Ik werd lange tijd gevolgd door mijn arts en een psychotherapeut en ik nam geneesmiddelen maar dat is nu verleden tijd. De menselijke warmte heeft mij geholpen. Ik geloof dat die onlosmakelijk verbonden is met de genezing van lichaam en geest."

8. DDD = Defined Daily Doses. Dit is de veronderstelde gemiddelde dagelijkse onderhoudsdosis voor een geneesmiddel dat bij de primaire indicatie bij volwassenen wordt gebruikt. Definitie overgenomen uit: https://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd/en/
9. Een specifieke klasse geneesmiddelen wordt geïdentificeerd door de ATC-classificatie (anatomisch, therapeutisch en chemisch). Deze classificatie werd ontwikkeld door de WGO. https://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/
10. De getuigenissen van Altéo, énéoSport en Ocarina zijn uittreksels van getuigenissen die gepubliceerd werden in de editie van 5/12 van En Marche. Deze zijn te raadplegen op www.enmarche.be

Figuur 9: Globaal volume van de geneesmiddelen



Figuur 10: Volume van geneesmiddelen van de N-klasse



depressie, psychose). Het volume DDD's werd berekend over 2 opeenvolgende jaren (2017 en 2018). In figuur 10 geeft de verticale as het gemiddeld aantal DDD's per jaar en per persoon weer voor de geneesmiddelen van klasse N.

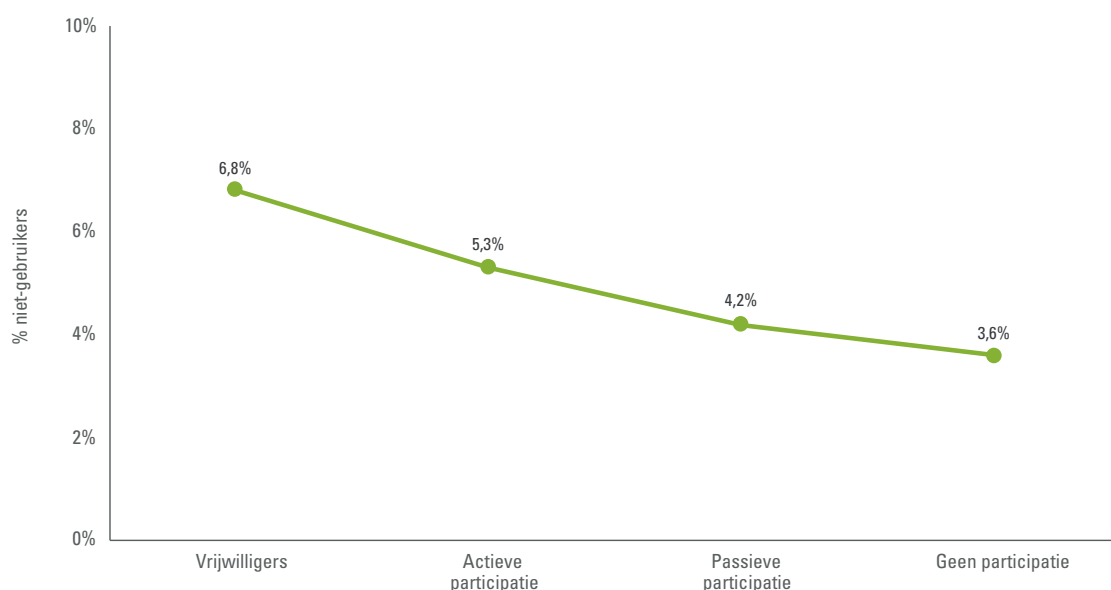
Resultaat: De vrijwilligers van de bewegingen van CM gebruiken jaarlijks een gemiddeld volume aan geneesmiddelen in klasse N van 47 DDD's. Degenen die daarentegen niet deelnemen aan het verenigingsleven hebben een gemiddeld volume van 99 ofwel iets meer dan het dubbele (112%). De respondenten die behoren tot de categorieën 'vrijwilligers', 'actieve participatie' en 'passieve participatie' hebben een globale con-

sumptie van geneesmiddelen in klasse N die aanzienlijk lager ligt dan deze van de respondenten die niet deelnemen aan het verenigingsleven.

3.4.6. Aandeel van niet-gebruikers van geneesmiddelen – alle klassen van geneesmiddelen samen

Voor geneesmiddelen kunnen we ook het percentage respondenten aangeven dat geen ambulante geneesmiddelen gebruikt (in de mate dat ze geregistreerd staan in het Pharmanet facturatiecircuit). Dit is een andere manier om te kijken naar de mate waarin er een verband bestaat tussen deelname

Figuur 11: Aandeel niet-gebruikers van geneesmiddelen – alle klassen van geneesmiddelen samen



aan het gestructureerd sociaal leven en het gebruik van geneesmiddelen, ongeacht de hoeveelheid geneesmiddelen die er worden gebruikt.

Interpretatie: Voor elke categorie van respondenten wordt het aandeel berekend van degenen die geen terugbetalingen voor geneesmiddelen hebben ontvangen, waarbij alle therapeutische klassen van geneesmiddelen samen worden genomen. Figuur 11 toont het percentage niet-gebruikers.

Resultaat: De overgrote meerderheid van onze respondenten gebruikt één of ander geneesmiddel. We stellen echter vast dat het aandeel dat geen geneesmiddelen gebruikt groter is bij de 'vrijwilligers' (6,8%) dan bij 'geen participatie' aan het gestructureerd sociaal leven (3,6%). In het algemeen heeft dit aandeel de neiging om af te nemen (dit betekent dat het aandeel van gebruikers van geneesmiddelen toeneemt) naarmate de deelname aan het sociale leven afneemt.

Vrijwilliger énéoSport:

"Op twee jaar heb ik dankzij de sportvereniging voor senioren (énéoSport) een hele vriendenkring opgebouwd. Stappen doet goed en vooral uit het contact met anderen leer je veel. De menselijke en sociale aspecten zijn veel belangrijker dan de sportactiviteit zelf"... "Ik zie deze bevallige dames graag komen. Wij vertellen elkaar moppen. Wij amuseren ons goed."... "Ik merk in welke mate de waardering in een groep belangrijk is. Af en toe maakt de aanwezigheid van kleine kinderen deze ontmoetingen nog rijker. Tochten van "grootouders met kleinkinderen " vinden zowel de ouders als de kinderen fijn".

Vrijwilliger Ocarina:

"Ik ontdekte de 'positieve verplichtingen'. Engagement is geen verplichting maar zodra je kiest om je in te zetten, doe je dat goed en beleef je er plezier aan om je engagement na te komen. Ik zie graag dat wij ons allemaal achter hetzelfde doel scharen." ... "Vrijwilligerswerk verplicht ons te bewegen en doet ons ook onze grenzen ontdekken. Ik heb echter vooral de kans gekregen om relaties uit te bouwen, aan zelfvertrouwen te winnen bijvoorbeeld door voor een publiek te spreken. Ik ontdekte ook een zorgzaam gevoel dat ik op mijn beurt wil doorgeven".

3.4.7. Aandeel van niet-gebruikers van geneesmiddelen in de therapeutische klasse N

Interpretatie: Vergeleken met de vorige indicator beperken we ons hier tot geneesmiddelen in de klasse N, die op het zenuwstelsel werken. Figuur 12 toont het percentage niet-gebruikers van dit type medicatie.

Resultaat: We stellen vast dat het aandeel dat geen geneesmiddelen in de N klasse gebruikt, groter is bij 'vrijwilligers' (71,5%) dan bij 'geen participatie' in het gestructureerd sociaal leven (50,4%). In het algemeen heeft dit aandeel de neiging om af te nemen (dit betekent dat het aandeel van gebruikers van geneesmiddelen in klasse N toeneemt) naarmate de participatie aan het gestructureerd sociaal leven afneemt.

Figuur 12: Aandeel niet-gebruikers van geneesmiddel in N-Klasse



4. Bespreking en denkpistes

Het grootschalig onderzoek van CM, haar bewegingen en UCLouvain toont aan dat er een significant verband bestaat tussen sociaal engagement en gezondheid.

Deelnemen aan het gestructureerd sociaal leven staat in positief verband met alle gemeten psychosociale processen (bijvoorbeeld: sociale steun, zelfontplooiing, individualisme, ...). Hoe actiever deze deelname is, hoe sterker het verband. Deze psychosociale processen zijn verbonden met de subjectieve gezondheid (hoe men zijn eigen gezondheid beoordeelt). Bij wie niet aan het verenigingsleven deelneemt, wordt de laagste score vastgesteld. De score stijgt zodra sprake is van deel-

name aan het verenigingsleven (ongeacht dit passief of actief is). Vrijwilligerswerk in één van de CM-bewegingen geeft de hoogste score inzake subjectieve gezondheid. Tot slot hangt deze subjectieve gezondheid samen met de mate waarin men gezondheidszorg gebruikt (objectieve gezondheid). Personen die niet deelnemen aan het gestructureerd sociaal leven voelen zich minder goed en gaan vaker naar de huisarts en de specialist, hebben meer daghospitalisaties en gebruiken meer geneesmiddelen.

In dit soort onderzoek is het moeilijk te bewijzen dat het aangetoonde verband een oorzakelijk verband is. Toch ondersteunen deze resultaten eerdere wetenschappelijke studies die aantoonen dat vrijwilligerswerk goed is voor de gezondheid.

Vrijwilliger Samana¹¹:

“Ik ga op huisbezoeken, vaak bij mensen die serieuze tegenslagen hebben gekend in hun leven. Ik babbel met hen, steun hen en krijg daar veel warmte voor terug. Dat is veel waard. Met vrijwilligerswerk bouw je een grote vriendenkring op. Je kunt ook veel terugvragen. Een van onze vrijwilligers, die ook vaak op huisbezoek ging, verloor onlangs haar man. Een zware klap voor haar. Maar de rollen draaiden om. De mensen bij wie zij op huisbezoek ging, kwamen nu naar haar, zodat ze zich niet eenzaam zou voelen.

Ik geef mezelf een 8 op 10 qua gezondheid. Ik heb wel prostaatkanker gehad, maar ben snel hersteld. Ik had ongelooflijk veel geluk. Andere mensen niet. Tijdens mijn vrijwilligerswerk ben ik veel sterke mensen tegengekomen. Die ondanks alles blijven lachen. Mocht ik morgen geen geluk meer hebben, dan wapent de gedachte aan hen mij.”

De ervaringen en getuigenissen bij onze eigen vrijwilligers gaan ook in die richting. Daarom mogen we toch veronderstellen dat sociaal engagement goed is voor de gezondheid en het welzijn. Vrijwilligerswerk is niet enkel goed voor de samenleving, maar ook voor de gezondheid van het individu dat zich engageert.

Vrijwilligerswerk helpt het isolement te doorbreken, sociale banden te creëren en zich nuttig te maken voor anderen. De persoon voelt zich gewaardeerd. Ze kunnen ook rekenen op de steun van het netwerk waartoe ze behoren. Dit draagt bij tot een gezond gevoel. Gezondheid is veel meer dan alleen fysiek fit zijn. De kwaliteit van leven maakt er integraal deel van uit, net als de zoektocht naar zingeving, deelname aan de samenleving, het dagelijks functioneren... Al deze dimensies zijn met elkaar verbonden in de mens. Ze maken deel uit van wat men Positieve Gezondheid noemt¹². Dit concept, in Nederland ontwikkeld door Dr. Machteld Huber, biedt een innovatieve visie op hoe we gezondheid kunnen ervaren, zowel als individu als als gemeenschap.

CM pleit ervoor om alles in het werk te stellen om mensen de kans te geven om sociaal engagement op te nemen. Er is nog sprake van remmingen en twijfels om vrijwilligerswerk te doen, bijvoorbeeld bij pregepensioneerden, werklozen en arbeidsongeschikten. Daar moet aan gewerkt worden, opdat de drempels wegvallen en er ook meer informatie wordt gegeven, zodat de onzekerheid wegvalt of zodat men vrijwilligerswerk mag doen als men een uitkering ontvangt.

Tegelijkertijd moeten we erover waken dat sommige activiteiten die vandaag op vrijwillige basis en vanuit een onderlinge solidariteit gebeuren, niet in de greep komen van vermarkting. Vandaag bestaan er samenwerkingsplatformen waar deze activiteiten tegen betaling aangeboden worden. Daar kunnen op zijn minst enkele kritische vragen bij gesteld worden. Als sociale beweging zit vrijwillig engagement in ons DNA. Ook dat is een reden waarom CM mee actie heeft gevoerd tegen de besparingen die de Vlaamse regering het middenveld oplegt. Investeren in vrijwilligerswerk is ook investeren in gezondheid.

11. De getuigenis van Samana is een uittreksel van de getuigenis die gepubliceerd werd in de 6 december editie van Visie.

12. Vancorenland S, Avalosse H, Van Holle V. 2018. Belg lijkt klaar voor Positieve Gezondheid Enquête naar aanleiding van het CM-symposium ‘Samen voor Positieve Gezondheid’. *CM-Informatie*. 274 : 21-29.

Armoedebelid

‘Komaf met Armoede’: een campagne van Decenniumdoelen als een stap vooruit

Michel Debruyne, Coördinator Decenniumdoelen

Samenvatting

Decenniumdoelen, het samenwerkingsverband van het brede middenveld met als doel de halvering van armoede op 10 jaar tijd, startte in 2018 de campagne ‘Komaf met Armoede’ om armoede op de kaart van de verkiezingen te zetten. De campagne was meer dan een communicatiecampagne. ‘Komaf met Armoede’ herwerkte ook de doelen van Decenniumdoelen, ging in dialoog met experts en met mensen in armoede en gaf hen het laatste woord. 21 realiseerbare voorstellen binnen 7 doelen werden naar voor geschoven. De campagne richtte zich op een breed publiek met advertenties op broodzakken en op trams en bussen. Facebook werd breed gebruikt door posts en filmpjes uitgebreid te delen. En dit alles om armoede op de politieke agenda te zetten.

De campagne besloot met de 12^{de} armoedebaarometer. De 12^{de} armoedebaarometer is meer dan een loutere samenvatting van de armoedecijfers, en geeft de Vlaamse en federale regering ook de nodige inspiratie om meer te doen. Want de armoede is niet gedaald, toont de 12^{de} armoedebaarometer. En het is wel degelijk haalbaar om armoede te bestrijden. De voorstellen vragen soms niet meer middelen, maar vragen vooral herverdeling. Herverdeling is dan ook het centraal begrip van de campagne.

Sleutelwoorden: Campagne, armoedebestrijding, herverdeling, dialoog met mensen in armoede, beleidsvoorstellen, armoedebaarometer, sociale uitsluiting, kinderarmoede

1. De campagne ‘Komaf met Armoede’

1.1. Inleiding

In 2006 is Decenniumdoelen (DCD) opgericht als een samenwerkingsverband tussen armoedeorganisaties als Welzijnszorg, de twee grote ziekenfondsen waaronder CM, de drie vakbonden, middenveldorganisaties als Beweging.net en het Minderhedenforum. DCD heeft op 12 jaar tijd armoede tot een “hot topic” gemaakt. Armoede is niet meer weg te denken uit de nieuwsberichten of de reportages in dagbladen of op televisie.

Decenniumdoelen (DCD) heeft een duidelijke boodschap: halveer de armoede op 10 jaar tijd. Dit realiseren vereist dat de ganse samenleving én de overheden investeren in armoedebestrijding. DCD maakt dit concreet met de jaarlijkse Armoedebaarometer en met duidelijke standpunten over inkomen, gezondheid, wonen, onderwijs, werk en samenleven.

Toch is het verhaal dat Decenniumdoelen moet brengen niet zo rooskleurig. Na die 12 jaar is de armoede nog steeds niet gedaald. Integendeel, armoede is en blijft constant hoog en voor sommige groepen, zoals alleenstaande moeders, mensen met een migratieachtergrond of gehandicapten, stijgt de armoede.

Het is positief vast te stellen dat armoede een vast item is geworden op de politieke agenda en in de media. Maar praten over armoede volstaat niet. Er moet vooral gehandeld worden en hier hebben de bevoegde overheden een grote verantwoordelijkheid: hun beleid moet het verschil maken voor iedereen aan de onderkant van de samenleving.

1.2. Nog een campagne?

Decenniumdoelen beïnvloedt al 12 jaar de politici en de overheden. Maar dit kan nog intenser en beter. De verkiezingen van 2019 waren voor DCD het moment om extra te wegen op het beleid. Daarom startte Decenniumdoelen de campagne ‘Komaf met Armoede’.

Het doel van deze nieuwe campagne is duidelijk: DCD wil komaf maken met armoede. DCD wil dat de volgende regeringen nog sterker inzetten op armoedebestrijding. Inzetten op armoedebestrijding is niet zo moeilijk: de wegen zijn gekend. Enkel de middelen en een volgehouden inzet om deze wegen te concretiseren ontbreken. Op dit punt wil de campagne het de politici gemakkelijk maken door zelf een reeks concrete voorstellen aan te reiken.

De campagne zet ook in op een groter draagvlak in de samenleving. Iedereen kan mee een keuze maken voor armoedebestrijding en zo de politici in de goede richting duwen. Net als alle andere campagnes werkt 'Komaf met Armoede' ook digitaal en is gebruik gemaakt van sociale media en een actieve facebookpagina.

Maar een campagne is meer dan inhoud en draagvlak, het is vooral een samenwerking.

1.3. Samenwerking is het kernwoord van de campagne

Decenniumdoelen is een samenwerkingsverband. Samenwerken zit in onze genen. De campagne is dan ook opgezet als een brede samenwerking.

We zijn gestart met zeven dialoogtafels in het voorjaar van 2018. Experten, vertegenwoordigers van de partners van Decenniumdoelen en verschillende armoedeorganisaties kwamen samen rond de zes levensdomeinen (onderwijs, werk, inkomen, wonen, gezondheid of samenleven). De deelnemers kregen een aartsmoeilijke opdracht: voor elk domein een antwoord formuleren op de vraag 'Wat is de hefboom om armoede te halveren?'. We kregen boeiende discussies en elke keer opnieuw werden we geconfronteerd met hoe mensen in armoede proberen te overleven. Voor mensen in armoede zijn de hefbomen klaar en duidelijk.

De dialoogtafels leverden een schat aan ideeën op die werden omgezet in teksten en gegroepeerd in zeven doelen. In een volgende stap wilden we deze teksten en doelen opnieuw af-toetsen. Want de toon van teksten kan ongewild ook kwetsen of minimaliseren wat armoede is. De teksten werden daarom terug naar de armoedeverenigingen gebracht met de vraag om alles opnieuw grondig te bekijken.

Op een laatste bijeenkomst van de partners van Decenniumdoelen en vertegenwoordigers van de armoedeorganisaties werden de doelen en teksten dan gefinaliseerd.

Tot dan werkten we meestal met vertegenwoordigers. We wilden de zeven doelen ook onderwerpen aan een toets bij een bredere groep. Op 16 februari 2019 brachten we daarom meer dan 300 mensen samen uit alle geledingen uit de samenleving en uit vele armoedeverenigingen. De zeven doelen werden voorgesteld door ervaringsdeskundigen. Het publiek kon uit deze zeven doelen de drie belangrijkste kiezen. Wat moet de campagne 'Komaf met Armoede' prioritair naar voor schuiven?

Uiteindelijk werden geen drie, maar vier doelen gekozen.

2. Zeven doelen, prioriteiten en 21 voorstellen

De campagne 'Komaf met Armoede' wil een resultaatgericht Vlaams en Belgisch actieplan armoede. Armoede bestrijden is inzetten op de al gekende wegen uit armoede. Na tientallen jaren onderzoek en gesprekken met mensen in armoede kennen we die wegen. Deze wegen vragen naast een volgehouden inzet ook forse middelen.

Concrete ambities moeten leiden tot werkelijke resultaten. De ambities zitten vervat in zeven doelen die handelen over inkomen, onderwijs, werk, samenleven, gezondheid, rechtvaardige fiscaliteit en huisvesting. De zeven doelen werden geconcretiseerd in 21 voorstellen, waarbij binnen elk doel een aantal concrete voorstellen werden geformuleerd. Elk voorstel moet leiden tot een daadwerkelijk resultaat. Enkele voorstellen hebben we verder uitgewerkt door de mogelijke kostprijs te berekenen. Opvallend was dat veel van de voorstellen gerealiseerd kunnen worden zonder bijkomende middelen. Herverdeling is dan wel een noodzaak.

Armoede bestrijden vraagt dus een moedig beleid. Een beleid dat langdurig en consequent fors inzet op armoedebestrijding. Het vraagt moedige politieke keuzes om bestaande middelen te heroriënteren en meer in te zetten in de strijd tegen armoede en ongelijkheid. Een moedig beleid dus dat herverdeelt.

Armoede bestrijden is ook het bestrijden van vooroordelen, mythes, een verkeerd buikgevoel, onjuiste uitgangspunten bij het bestaande beleid. Het vraagt het erkennen van de grenzen van mensen, hun kwetsbaarheid ...

Het vraagt bovendien het inzetten op gelijkwaardig samenleven en het wegwerken van discriminatie en racisme. Bestaande wegen uit armoede worden hierdoor sterker en bieden een uitweg voor mensen in of nabij armoede.

Armoede bestrijden vraagt bijgevolg een beleid van keuzes en prioriteiten, geen receptenboek waaruit vrij kan gekozen worden. Het vraagt het inzetten op de volgende wegen om mensen volwaardig te laten deelnemen, om hun rechten volwaardig te kunnen opnemen en volwaardig bij te dragen aan onze samenleving.

Zeven voorstellen werden op 16 februari voorgelegd aan meer dan 300 mensen. Aan de 300 deelnemers werd gevraagd hun top drie te geven binnen deze zeven voorstellen. We zochten de top drie, maar we kwamen aan vier prioriteiten (omwille van een gelijke stand op plaats 3 en 4).

2.1. Vervangingsinkomens en bijstandsuitkeringen moeten opgetrokken worden tot boven de Europese armoedegrens

Dit voorstel werd verkozen tot eerste prioriteit met 30,3% van de stemmen. Want de onderbescherming van mensen en gezinnen in moeilijke situaties is in België en Vlaanderen schrij-

nend groot. Gezinnen worden momenteel in armoede geduwd zodra ze een beroep moeten doen op sociale zekerheid (zoals werkloosheidsuitkering of ziekte-uitkering) of sociale bijstand (zoals het leefloon). Toch zijn de sociale zekerheid en de sociale bijstand op zich goede wegen om gezinnen uit de armoede te houden en hen een opstap te geven naar een beter leven. De voorwaarde is dan wel dat de uitkeringen voldoende hoog zijn.

2.2. Meer kwaliteitsvolle en betaalbare woningen en een duurzaam en eerlijk energiebeleid

Wonen is een grote bekommernis en dus stond dit tweede voorstel bijna even hoog als het eerste (29,8% van de stemmen). Want wonen neemt een steeds grotere hap uit het huishoudbudget. Meer dan een derde van de huurders heeft op het einde van de maand te weinig over om van te kunnen leven. Meer dan een derde van de huurwoningen is ondermaats op vlak van kwaliteit. De uitgaven voor energie en water duwen mensen in armoede. De huurmarkt is weinig open voor wie 'anders' is, zelfs de sociale huurmarkt heeft zijn drempels. En toch zijn er voldoende middelen en mogelijkheden om voor elk gezin een betaalbare en goede woning te voorzien.

Dan volgden er twee prioriteiten, met bijna gelijke scores.

2.3. Een sterke solidaire verplichte ziekteverzekering die een brede bescherming voor allen biedt

Met 13,3% staat de vraag naar een sterke verplichte ziekteverzekering op de derde plaats. Want in een land dat zich beroept op het feit van een toegankelijke en goede gezondheidszorg, is het beschamend dat veel gezinnen noodzakelijke zorg moeten uitstellen om financiële redenen. Wie langdurig ziek wordt, wordt ziek van het moeizaam overleven omwille van de voor hen te hoge kosten en de ontoereikende steun.

2.4. Eerlijke fiscaliteit

Ook dit voorstel staat met 13% op de derde plaats. Want er is nood aan een billijke herverdeling via de belastingen zodat er minder ongelijkheid is en er meer middelen voor armoedebestrijding komen. Dit betekent dat er nood is aan een meer rechtvaardig fiscaal systeem waarbij alle vormen van inkomsten uit arbeid en alle vormen van (inkomsten uit) vermogen worden belast volgens de draagkracht. Dat houdt bovendien een sterke strijd in tegen fiscale fraude, ontwijking en 'vervennootschappelijking'.

Het naar voor schuiven van deze vier prioriteiten betekent uiteraard niet dat de andere op de achtergrond verdwijnen. Deze blijven behoren tot de zeven doelen van de campagne 'Komaf met Armoede'.

2.5. Werkgelegenheid in de sociale economie

De armoede is groot onder gezinnen waar niemand werkt of weinig werkt. Het aantal gezinnen waar niemand werkt daalt bovendien amper. Vooral mensen met een korte scholing, jongeren zonder een diploma, mensen met een (arbeids)beperking en mensen met een etnisch-culturele achtergrond hebben het moeilijker op de arbeidsmarkt. Zij krijgen geen opstap uit armoede en vallen in langdurige armoede. En toch zijn er mogelijkheden via opleidingsopties, sociale economie en faciliterende diensten zoals kinderopvang die de arbeidsmarkt open kunnen stellen voor iedereen.

2.6. De maximumfactuur voor het secundair onderwijs

Vlaanderen behoort tot de slechtste leerlingen van de klas: onze scholen bestendigen de sociale ongelijkheid en trekken jongeren met een etnisch-culturele achtergrond en jongeren in armoede onvoldoende omhoog. Het aantal jongeren dat het middelbaar onderwijs zonder diploma verlaat is bijgevolg hoog. Zij zijn de arme ouders van morgen. En toch zien we dat in andere landen alle jongeren een gelijke kans krijgen ongeacht hun achtergrond. Onderwijs kan en moet een gelijkmaker zijn.

2.7. Een non-discriminatiebeleid

Wie anders is, wordt te vaak en te gemakkelijk buiten gekeken. Mensen worden meer dan eens uitgesloten op basis van hun leeftijd, etnisch-culturele achtergrond, beperking, gezinssamenstelling, ... Velen worden gekwetst omwille van hun zijn. En toch is volwaardig samen leven mogelijk.

Op de website www.komafmetarmoede.be vind je alle voorstellen en doelen.

3. De Armoedebaarometer

Decenniumdoelen brengt elk jaar een stand van zaken inzake armoedebestrijding. Na 10 jaar brachten we de uitgebreide armoedebaarometer, een decennium armoedig beleid. De titel dekte de lading: op 10 jaar tijd is armoede niet verminderd, integendeel, armoede is een structureel probleem voor Vlaanderen en België¹.

De 12^{de} Armoedebaarometer werkt verder op de vorige, maar kijkt ook hoe enkele voorstellen uit de campagne 'Komaf met Armoede' gerealiseerd kunnen worden. We brengen niet enkel een stand van zaken, maar wijzen ook op mogelijke hefboomen om armoede daadwerkelijk te verminderen. Zo speelt deze 12^{de} Armoedebaarometer in op de zeven doelen hierboven beschreven.

Is de armoede nog even hoog als 10 jaar geleden?

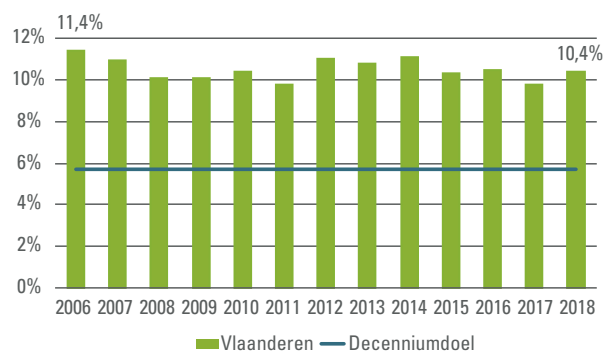
1. Debruyne Michel. 2017. 10 jaar lang een armoedig beleid. 10 Armoedebaarometers leggen de vinger op de wonde. *CM-Informatie* 270; 3 – 18.

3.1. Armoede is voornamelijk financiële armoede

“Armoede betekent dat je weinig geld hebt. De enige goede indicator daarvoor is het aantal mensen onder de armoedegrens.” Dit bevestigde Wim van Lancker in De Standaard.²

De indicator ‘personen in monetaire armoede’ geeft ons een duidelijk beeld van hoeveel mensen in armoede leven. Met monetaire armoede wordt het percentage mensen bedoeld met een inkomen dat lager is dan 60% van het mediaan inkomen. Deze indicator wordt in alle Europese landen toegepast. Figuur 1 toont de resultaten voor Vlaanderen tussen 2006 en 2018.

Figuur 1: Aantal personen in monetaire armoede, Vlaanderen, in %

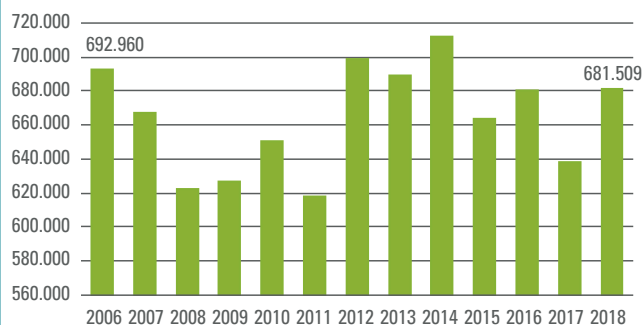


Sinds 2006 schommelt armoede in Vlaanderen voortdurend tussen 10 en 11%. Ondanks alle beloftes van Vlaamse en federale overheden en de vele armoedeplannen, blijft armoede een structureel probleem. Het Decenniumdoel, een halvering van de armoede (in de figuur aangeduid als de lijn op de 5,8%), komt op geen enkel ogenblik in zicht. In 2018 leeft nog steeds 10,4% van de Vlamingen in armoede.

Figuur 1 toont de percentages, maar zegt niets over het aantal mensen in armoede. Figuur 2 toont dat armoede veel Vlamingen treft: in 2018 meer dan 680.000 mensen. In 2008 en 2011 waren er ongeveer 620.000 Vlamingen in armoede, vandaag zijn dat er 60.000 meer.

In deze figuur zien we tevens de grote gevolgen van de economische crisis die zich vanaf 2012 manifesteerde. Sindsdien halen we de laagste cijfers van 2008 en 2011 niet meer.

Figuur 2: Aantal personen in monetaire armoede, Vlaanderen, in absoluut aantal



Ongeveer 10% van de Vlaamse bevolking leeft dus in armoede of met een armoederisico. Vandaag betekent dit ongeveer 680.000 mensen in armoede oftewel meer dan de bevolking van de stad Antwerpen en ongeveer de helft van een provincie als Antwerpen.

Het recente Vlaamse regeerakkoord kent geen armoededoelstellingen meer. We vroegen de verantwoordelijke minister Beke of dit betekent dat armoede geen prioriteit meer is voor Vlaanderen. Gelukkig ontkende hij dit en bevestigde hij nadrukkelijk dat armoede een prioriteit blijft, maar dit zal op een andere manier gemeten worden.

3.2. Europese armoedecijfers verhullen armoede

De vorige Vlaamse regering stelde dat het aantal personen in armoede of sociale uitsluiting in Vlaanderen gestadig daalt sinds 2012. Voor de Vlaamse regering is dit een bewijs dat hun armoedebelief werkt³. Figuur 3 toont deze daling. Ook voormalig minister-president Homans verwees in haar laatste optreden naar deze cijfers⁴.

Figuur 3 is gebaseerd op een Europees vastgelegde samengestelde armoede-indicator die dient om de armoededoelstelling van Europa te meten. Een persoon leeft in armoede of sociale uitsluiting als hij of zij voldoet aan minstens 1 van de volgende voorwaarden:

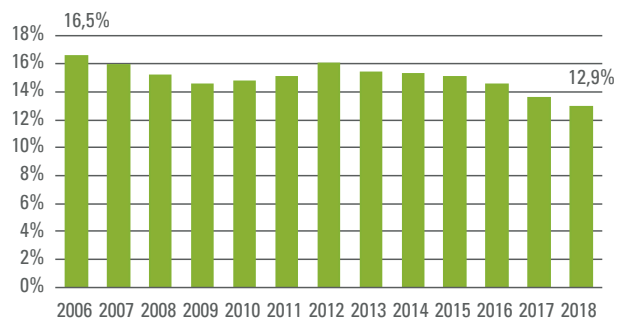
- leeft in een huishouden met een inkomen onder de nationale armoeddrempel;
- leeft in een huishouden met ernstige materiële deprivatie;
- is jonger dan 60 jaar en leeft in een huishouden met zeer lage werkintensiteit.

2. ‘Armoede in Vlaanderen op laagste peil sinds de metingen’ https://www.standaard.be/cnt/dmf20190626_04481129

3. Vlaams minister-president Geert Bourgeois (N-VA) tweette een grafiekje met cijfers die zouden moeten bewijzen dat het de goede kant op gaat met de armoede in Vlaanderen. ‘Armoede in Vlaanderen op het laagste peil sinds de metingen. Ook risico op armoede daalt wel degelijk.’ https://www.standaard.be/cnt/dmf20190626_04481129

4. <https://www.vlaamsparlement.be/parlementaire-documenten/vragen-en-interpellaties/1331097>

Figuur 3: Aantal personen in armoede of sociale uitsluiting, Vlaanderen, in %



De naweeën van de economische crisis van 2009 zijn ook duidelijk te zien in figuur 3; pas sinds 2016 zakt deze indicator onder de 15%. De sterk dalende werkloosheid vanaf 2017 weer spiegelt er zich eveneens.

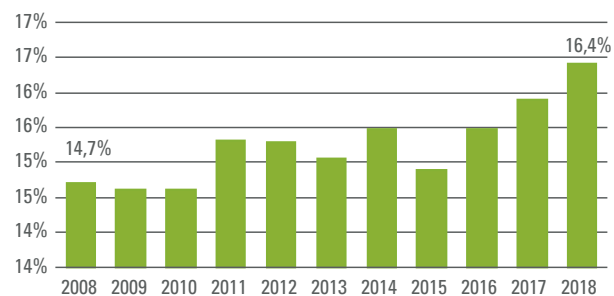
Deze figuur toont hoe bepalend de werkloosheidscijfers zijn voor deze samengestelde indicator; een economische voor- of achteruitgang vertaalt zich onmiddellijk in de cijfers. De sociale uitsluiting daalt tot 12,9%. 1 op 7 Vlamingen beantwoordt minstens aan 1 van deze voorwaarden en is dus kans-arm.

De daling van deze samengestelde indicator zegt niets over het armoedebestrijdingsbeleid. Wim Van Lancker verwoordt het zo: "Lage werkintensiteit en armoede zijn verschillende dingen. In Finland en Letland is de tewerkstellingsgraad bijna gelijk, maar het armoederisico is in Letland dubbel zo groot. In Zweden is het armoederisico sterk toegenomen, terwijl de tewerkstellingsgraad ongeveer gelijk bleef. Er is dus niet noodzakelijk een rechtlijnig verband tussen de twee. Het kan best zijn dat door een verbeterde arbeidsmarkt veel mensen uit de armoede klauteren, maar dat door bijvoorbeeld lagere uitkeringen of pensioenen andere bevolkingscategorieën juist in de armoede terechtkomen."⁵

Deze samengestelde indicator toont bovendien aan dat een beleid dat zich enkel richt op werk niet voldoende is om armoede of sociale uitsluiting te verminderen. Integendeel: de jobs, jobs, jobs-strategie om armoede te doen verminderen heeft gefaald.

De Belgische armoedecijfers met betrekking tot de monetaire armoede zijn hiervoor verhelderend (gebaseerd op % mensen met een inkomen dan 60% van het mediaan inkomen) (zie figuur 4).

Figuur 4: Aantal personen in monetaire armoede, België, in %



Deze Belgische cijfers tonen een ander beeld: sinds 2008 stijgen de (monetaire) armoedecijfers om in 2018 te komen op 16,4%. De gegevens over armoede, vooral in Brussel en Wallonië, tonen aan dat het federale en gewestelijke beleid rond jobs niet heeft gewerkt.

Het enkel inzetten op werk is met andere woorden niet voldoende om armoede te verminderen. Een breed armoedebestrijdingsbeleid is daarom nodig: inzetten op wonen, gezondheid, onderwijs, samenleven en inkomen zijn essentieel.

3.3. Armoedebestrijding vraagt inzetten op inkomen

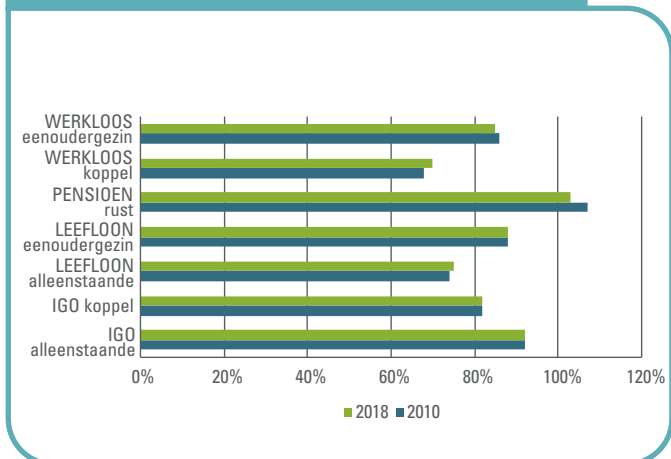
Sociale zekerheid en sociale bijstand zijn goede wegen om gezinnen uit de armoede te houden en hen een opstap te geven naar een beter leven. Helaas, na zoveel jaar en zoveel beloften zijn de sociale minima nog steeds ondermaats. Letterlijk onder de Europese armoedegrens. Elk jaar opnieuw kunnen we enkel vaststellen dat de sociale minima niet of amper verhoogd worden.

Figuur 5 vergelijkt de evolutie van verschillende minima ten opzichte van de armoedegrens over een periode van acht jaar. Enkel de rustpensioenen stijgen boven de armoedegrens, alle andere zitten (ver) onder de armoedegrens. Sinds 2010 zijn quasi alle minima amper geëvolueerd. Enkel het leefloon voor een alleenstaande is lichtjes gestegen, evenals de werkloosheidsvergoeding voor een koppel. De werkloosheidsvergoeding voor een eenoudergezin is er daarentegen op achteruit gegaan.

De boodschap van figuur 5 is duidelijk: wie sociale minima ontvangt, heeft een groot risico dat hij of zij in armoede wordt geduwd. Het gevolg is meer dan schrijnend. De Voedselbanken krijgen jaar na jaar meer klanten. Bijna 160.000 mensen

5. 'Armoede in Vlaanderen op laagste peil sinds de metingen' https://www.standaard.be/cnt/dmf20190626_04481129

Figuur 5: Evolutie sommige minima ten opzichte van de armoedegrens, %



werden er in 2018 geholpen (tegenover 2006 een stijging met 53.000 hulpvragers).

Inzetten op een waardig inkomen is essentieel. De sociale minima moeten omhoog. Enkel inzetten op sociale zekerheid en bijstand is echter niet voldoende. Er is meer nodig. En hier kunnen de regionale overheden het verschil maken.

3.4. Kinderarmoede of hoe het beleid een verschil kan maken

Kinderarmoede is schrijnend. Kinderen geboren of levend in armoede dragen voor de rest van hun leven dit trauma mee. Velen blijven in armoede of vallen er later terug in. Hier kunnen de regio's echt een verschil maken: het gezinsbeleid is immers hun verantwoordelijkheid.

Maar de werkelijkheid is niet meteen rooskleurig. De kansarmoede-index van Kind en Gezin (figuur 6) toont jaar na jaar stijgende armoedecijfers. Deze index is niet te vergelijken met de eerder vermelde indicatoren. De Kind en Gezin kansarmoede-index heeft betrekking op gezinnen met kinderen tot 3 jaar die beantwoorden aan bepaalde criteria op vlak van inkomen, werksituatie, woning, thuistaal, ...⁶

Deze figuur is meer dan verontrustend: 1 op 7 kinderen jonger dan drie jaar groeit op in kansarmoede of in een gezin in

kansarmoede. De voortdurende stijging van de kansarmoede-index (sinds 2006 is de index meer dan verdubbeld) is meer dan een appél aan de Vlaamse en federale regering.

Figuur 6: Kansarmoede-index Kind en Gezin, Vlaanderen, in %



De Vlaamse regering heeft met het kindergeld of het Groeipakket de sleutels in handen om de kinderarmoede⁷ effectief te halveren. Het huidige Groeipakket heeft immers een beperkt effect op kinderarmoede:

- voor nieuwe gezinnen daalt het armoederisico met 1,3 procentpunt, van 8,6% naar 7,3%;
- voor de huidige gezinnen daalt het armoederisico met 0,5 procentpunt, van 8,6% naar 8,1%;
- op niveau van een nieuw kind daalt het armoederisico met 1,5 procentpunt, van 9,9% naar 8,4%;
- op niveau van een huidig kind daalt het armoederisico met 0,3 procentpunt, van 9,9% naar 9,6%.

Het Groeipakket werkt met een groot budget van 3,6 miljard euro. Hiervan gaat slechts 222,6 miljoen euro of 6% van het totale budget naar sociale toeslagen. Dit is veel te weinig om een groot effect te hebben. Decenniumdoelen stelt voor om 10% van het budget voor het Groeipakket te voorzien voor sociale toeslagen. 10% is een minimum om een grote impact te hebben op kinderarmoede.

Helaas, de nieuwe Vlaamse regering bespaart op het kindergeld. Er wordt bespaard op het kindergeld vanaf het derde kind. De grote gezinnen zijn de dupe.

6. De regioteamleden van Kind en Gezin staan in voor het aanleveren van basisgegevens over kansarmoede. Hiertoe toetsen zij elk gezin met een geboorte aan zes vooropgestelde criteria: het maandinkomen van het gezin, de arbeidssituatie van de ouders, de opleiding van de ouders, de huisvesting, de ontwikkeling van de kinderen en de gezondheid. Deze zes criteria verwijzen naar zes domeinen waarop de leefomstandigheden van deze gezinnen zich onderscheiden van deze van vele andere gezinnen.

Per criterium werd een ondergrens bepaald, die in combinatie met de andere criteria aangeeft of een gezin al dan niet leeft in kansarmoede. Wanneer de leefomstandigheden van een gezin bij drie of meer van deze zes criteria zich op of onder de ondergrens bevinden, dan wordt het gezin als levend in kansarmoede beschouwd. <https://www.kindengezin.be/img/kansarmoederegistratie-toelichting.pdf>

7. Kinderarmoede is gebaseerd op EU_Silc cijfers, dus niet te verwarren met de Kansarmoede-index van Kind en Gezin

3.5. Armoedecijfers verder uitgesplitst of hoe het beleid een verschil kan maken

Figuur 7⁸ splitst de armoedecijfers verder uit en toont hoe de armoedecijfers evolueren als we geen rekening houden met een bepaalde groep mensen in armoede. Vijf groepen worden apart bekeken: gepensioneerden, huurders, eenoudergezinnen, personen geboren buiten EU en werklozen. De figuur toont dus de evolutie van de armoede zonder rekening te houden met deze groepen over een periode van 12 jaar, tussen 2006 en 2018.

We beginnen met de gepensioneerden. Hoe evolueren de armoedecijfers zonder rekening te houden met de gepensioneerden?

Het aantal arme gepensioneerden verschilt tussen 2006 en 2018. De armoedecijfers zonder de gepensioneerden evolueren bijgevolg mee met dit verschil.

In 2006 bedroeg dit armoedecijfer zonder gepensioneerden ongeveer 9,1%, in 2018 stijgt dit tot 9,4%. Met andere woorden omwille van minder arme gepensioneerden in 2018 t.o.v. 2006 stijgt het algemene armoedecijfer.

Dit was een te verwachten evolutie: omwille van de betere sociale bescherming, een hogere werkzaamheidsgraad bij vrouwen en een hogere welvaart vanaf de jaren 60, moet hoe dan ook het aantal arme gepensioneerden dalen. Dankzij het beleid gevoerd in de vorige eeuw, daalt dus het aantal arme gepensioneerden. Tegelijkertijd, en de figuur maakt dit duidelijk, stijgt de algemene armoede.

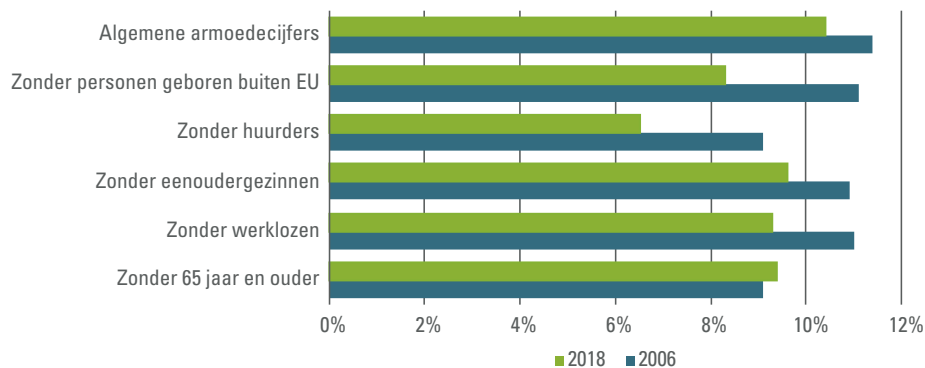
In 2006 was het algemene armoedecijfer zonder de huurders ongeveer 9%, in 2018 amper 6,5%. Huren of niet-huren maakt een wezenlijk verschil sinds 2006 (en vroeger). Wie nu huurt heeft vandaag veel meer kans om in armoede te leven dan wie niet huurt. Het verschil tussen de twee meetpunten is opmerkelijk en groot. Sinds 2006 is er dus amper een beleid gevoerd richting huurders.

In 2006 bedroeg het algemene armoedecijfer zonder de groep werklozen 11%, in 2018 9,3%. Het beleid heeft ertoe geleid dat werklozen meer richting armoede evolueerden. Sinds de eerste regering Di Rupo weten we dat het werkloosheidsstatuut precair is geworden.

In 2006 was de algemene armoede zonder de eenoudergezinnen 10,9%, in 2018 9,6%. Onze sociale zekerheid is niet afgestemd op eenoudergezinnen. Het aantal eenoudergezinnen groeit echter gestadig aan. Gevolg is dat deze groep gemakkelijker in armoede terechtkomt. Maar een beleid gericht op een veranderende demografische evolutie is er vandaag nog steeds niet.

In 2006 was het algemene armoedecijfer zonder de groep mensen geboren buiten de EU 11,1%, in 2018 8,3%. Het armoedecijfer bij personen geboren buiten de EU is dus gestegen. Het is een groep die extra kwetsbaar is geworden. Deze cijfers tonen de grote verantwoordelijkheid van de samenleving. Wie een migratiegeschiedenis heeft, heeft het niet gemakkelijk in Vlaanderen: stille discriminatie of luid racisme duwen mensen in de marge. Racisme en discriminatie structureel aanpakken is bijgevolg nodig.

Figuur 7: Evolutie Vlaamse monetaire armoedecijfers, algemeen en zonder een bepaalde doelgroep, in %



8. De volgende figuren zijn gebaseerd op de monetaire armoedecijfers van 2006 en 2018, geleverd door Statistiek Vlaanderen.

Figuur 7 en de figuur over kinderarmoede tonen de nood aan een ernstig Vlaams en federaal beleid. Door de keuzes die de verschillende regeringen hebben gemaakt zijn mensen net in de armoede terecht gekomen.

Deze figuren tonen 10 jaar armoedig beleid. En toch is er voor al deze groepen een positief beleid mogelijk. In punt 3.4 is het Groeipakket al aangehaald als mogelijke hefboom om kinderarmoede en eenoudergezin-armoede te verhelpen. Andere maatregelen zijn gekend: investeren in sociale economie voor personen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, investeren in gelijke kansen op school, investeren in eerstelijnsgezondheidszorg, investeren in sociale woningen en investeren in inclusie. Investeren in mensen dus, dit is nodig om te zorgen voor een samenleving zonder armoede.

4. Conclusie

De armoede is nog steeds veel te hoog. Het aantal mensen in armoede daalt niet, integendeel, de cijfers blijven stijgen, de dagelijkse praktijk toont het steeds opnieuw aan.

Het Vlaams regeerakkoord is ontgoochelend als je de cijfers nauwgezet leest. We vinden in het regeerakkoord geen doelen, geen cijfers en een beperkt armoedebelaid. Er zijn geen extra investeringen in sociale economie, geen extra investeringen in sociale woningen, geen sterke maatregelen ter bevordering van inclusie in het onderwijs en in de samenleving, geen investeringen in openbaar vervoer, vooral besparingen in welzijn (en cultuur), ...

De armoedebaarometer toont echter aan dat armoede ook en vooral een verantwoordelijkheid is van een beleid. De 12^{de} armoedebaarometer is het sluitstuk van de campagne 'Komaf met Armoede'. Een campagne die armoede op de kaart zette, die mensen aan de zogenaamde onderkant van de samenleving enthousiasmeerde en hen een stem gaf, en die haalbare en realiseerbare voorstellen lanceerde.

Decenniumdoelen werkt verder op de ingeslagen weg: met haalbare en prikkelende voorstellen en een degelijke armoedebaarometer blijven we de overheden duwen naar een echt armoedebestrijdingsbeleid.

CM Informatie is het driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van relevante CM-studies en achtergrondinformatie over de federale en regionale systemen van sociale bescherming en de andere takken van de sociale zekerheid, en over het gezondheids- en welzijnsbeleid. Elke geïnteresseerde kan zich op het tijdschrift abonneren. Verder wordt het tijdschrift verspreid onder personen voor wie het, in hoofde van hun functie en taken in de samenleving, relevant is om op de hoogte te blijven van deze informatie (CM-medewerkers, bestuursleden van CM en aanverwante organisaties, andere studiediensten, persverantwoordelijken, politiek verkozenen, ...). Uiteraard gebruiken we het adressenbestand enkel en alleen voor dit tijdschrift.

Wens je CM-Informatie niet meer te ontvangen, dan kan je dit schriftelijk laten weten:

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – R&D
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Je kan dit ook per mail laten weten: cminfo@cm.be

Inhoud

Redactioneel 2

Begroting van de gezondheidszorg 4

Budget 2020: zorgverleners, zorgvoorzieningen, mutualiteiten en vakbonden vragen om een budget met visie en met voldoende middelen voor nieuwe initiatieven

Ziekenhuizen 12

CM ziekenhuisbarometer 2019

Gezondheid 20

Alcoholgebruik bij jongeren in België is verontrustend

Positieve gezondheid 26

Sociaal engagement en gezondheid

Armoedebeleid 40

'Komaf met Armoede': een campagne van Decenniumdoelen als een stap vooruit

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op:

<http://www.cm.be/CM-Informatie>.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp , Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Hoofdredactie	Elise Derrotte
Eindredactie	Rebekka Verniest en Mieke Hofman
Layout	grafische vormgeving LCM
Druk	Albe De Coker
Retouradres	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel