



BRUSSELSE VAKBONDSSCHOOL - ACTUALITEITSFICHE
2016 - 2

VOOR EEN GEÏNTEGREERD BRUSSELS VOLKSGEZONDHEIDSBELEID

Deze actualiteitsfiche richt zich tot militanten die een vorming volgen in de Brusselse Vakbondsschool om hen te helpen beter bepaalde actuele en syndicale problematieken te begrijpen. De Vakbondsschool is een initiatief van de vzw Centrale culturele bruxelloise met de steun van het ABVV van Brussel, het Centre d'Education populaire André Genot (vzw CEPAG) en de Service d'Education permanente van de Franse Gemeenschap.

Philippe Van Muylder
Afgevaardigd bestuurder CCB



Zwedenstraat 45 – 1060 Brussel

EDITO

De sociale dualisering van de stad is een fenomeen dat zowel de vakbonden als de ziekenfondsen al lang verontrust. De vaststellingen zijn gekend en worden tot vervelens toe, van Armoederapport tot Armoederapport, herhaald:

- de massale werkloosheid en de toenemende werkonzekerheid beroven talrijke Brusselaars van de nodige bestaanszekerheid om sereen hun toekomst te plannen;
- een derde van de Brusselse bevolking is blootgesteld aan armoederisico's;
- heel wat ontredderde Brusselaars bevinden zich zonder sociale dekking, en vallen buiten de vangnetten van de sociale zekerheid¹.

De uitsluitingen uit de werkloosheid, de verbanning van werknemers zonder papieren naar de clandestiniteit, de dreiging die weegt op langdurig zieken en de besparingen in de gezondheidszorg verergeren deze grote sociale onveiligheid alleen maar.

Voor de eerstelijnsdiensten is het ploeteren om deze schrijnende situaties die in stijgende lijn zijn, te verhelpen. De bestaande actiemiddelen zijn duidelijk ontoereikend en zelfs onaangepast, al was het maar ten aanzien van de bevolkingsgroei en de diepgaande mutaties in de grootstad. Voor een groot aantal Brusselaars is het meest elementaire recht op gezondheid niet meer ten volle gegarandeerd. En deze grote sociale ongelijkheid schaadt de sociale ontwikkeling van het Gewest.

Door de kaarten binnen de sociale zekerheid te herschudden, riskeert de 6e Staatshervorming de Brusselaars bloot te stellen aan sociale achteruitgang. Maar als wij het willen, kan (en moet) dit een kans zijn die we grijpen om sociale vooruitgang te boeken.

.....

1. "Personen die niet meer in orde zijn met de mutualiteit", Ivan Dechamps (NVSM) en Eric Colle (LCM), in: "Groenboek over de toegankelijkheid van de Gezondheidszorg in België", RIZIV & Dokters van de Wereld, Kluwer, 2014

1. ALGEMENE BESCHOUWINGE

1.1. Een globale en geïntegreerde aanpak

Gezondheidsbeleid valt niet terug te voeren tot een goed gezondheids- en welzijnszorgbeleid. In zijn initiatiefadvies over het geïntegreerde beheer van de materies die naar Brussel zijn overgeheveld, vestigt de Economische en Sociale Raad er de aandacht op: “Rond de kwaliteit van de zorgen werken, volstaat (...) niet om de gezondheidstoestand van een bevolkingsgroep te verbeteren. Hiertoe is het noodzakelijk om ook rond andere doorslaggevende economische en sociale elementen te werken, waarvan tewerkstelling en huisvesting de belangrijkste zijn, materies die onder gewestelijke bevoegdheid vallen.”¹

Het zal dan ook van doorslaggevend belang zijn om Brussel uit te rusten met:

- beleidsinstrumenten die, zoals de sociale gesprekspartners eisen, een geconsolideerde begrotingsplanning en geïntegreerd beheer waarborgen van de overgedragen socialezekerheidsmateries, maar ook van de bevoegdheden die voorheen ook al tot de gemeenschappen behoorden;
- een gezondheids- en welzijnsbeleid die naam waardig, dat de verschillende gezondheidsdeterminanten opneemt: kwalitatieve jobs, kwalitatieve en toegankelijke huisvesting, kwalitatieve en toegankelijke gemeenschapdiensten en -voorzieningen, milieu en levenswijzen.

1.2. Ons sociaal systeem verdedigen

Algemeen genomen is sinds het einde van de jaren 1970 de neoliberale staatsopvatting verbreid geraakt, met als gevolg een beperkende visie op de sociale zekerheid: vermindering van de sociale uitkeringen, «inkrimping» van de openbare dienstverlening, privatisering en/of vermarkting van de gezondheidszorg worden van alle kanten in de verf gezet.

Nu deze opvatting het Belgische en Europese bestel heeft veroverd, is ons model van sociale bescherming onderwerp van massale opzettelijke aanvallen die zijn beschermende rol aantasten. Maar een verlaagd niveau van sociale bescherming schaadt niet alleen de gezondheidstoestand van de bevolking in het algemeen, maar eveneens de interpersoonlijke solidariteit die het cement van onze samenleving vormt.

1.3. Toegankelijke gezondheidszorg

Gezondheid hangt zeer nauw samen met de sociaaleconomische situatie van een individu: hoe armer, hoe slechter de gezondheid. Al jaren stelt men vast dat de gezondheidszorg minder toegankelijk wordt. Het is dan ook broodnodig de overheidsuitgaven voor gezondheid op te trekken (en in de eerste plaats te vrijwaren) en er tegelijk op toe te zien dat degelijke woningen, degelijk onderwijs, werk en een behoorlijke openbare dienstverlening binnen ieders handbereik liggen.

Concreet moeten we ons vóór alles wapenen tegen de ontwikkeling van een geneeskunde met twee snelheden.

Daarom moet de gezondheidszorg berusten op een zo ruim mogelijke solidaire financiering en moet het aanbod gecontroleerd worden.

.....

1. « Voorstellen met het oog op een geïntegreerd beheer van de materies die in het kader van de zesde Staatshervorming naar Brussel zijn overgeheveld en met het oog op een paritair beheer van de ION », Initiatiefadvies, BESOC, 21 november 2013.

1.4. Wijkgezondheidszorg

Om te vermijden dat er zich een gezondheidszorg met twee snelheden ontwikkelt, moet ook de wijkgeneeskunde sterk uitgebouwd worden, zodat iedereen gelijke toegang krijgt tot een kwalitatieve gezondheidszorg.

Het territoriaal uitvouwen van de **eerstelijnszorg** en de aanmoediging van groepspraktijken (medische huizen, medische centra op wijkniveau,...) vormen belangrijke stedelijke uitdagingen. Op termijn moet deze eerstelijnsgeneeskunde voor Brusselaars van alle rang of stand het vertrekpunt zijn voor hun zorgtraject. Dit nabijheidsbeleid moet aangevuld worden **met een laagdrempelige geneeskunde** die tegemoetkomt aan de armste mensen, die al te vaak niet gedekt zijn door de sociale zekerheid (naar het voorbeeld van Dokters van de Wereld). Tot slot moet dit ambulante beleid ook de andere specifieke gezondheidssectoren omvatten: geestelijke gezondheidszorg, hulp aan personen met een handicap, preventie en behandeling van verslavingen, enz., zonder de sector van de thuiszorg en -hulp te vergeten.

1.5. De «uitdaging» van de 6^e staatshervorming

De 6^e Staatshervorming heeft van de sociale zekerheid een eveneens gewestelijke aangelegenheid gemaakt...

Op 1 juli 2014, kort na de gewestverkiezingen, kregen de Gewesten en de Gemeenschappen belangrijke bevoegdheden in het domein van de sociale zekerheid en op het vlak van gezondheidszorg, bijstand aan personen en uitkeringen aan gezinnen. Het gaat voornamelijk om de kinderbijslag, het ouderenbeleid, de mobiliteitsbijstand voor personen met een handicap, de financiering van zorgprestaties in rusthuizen en gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen, de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur, de organisatie van de eerstelijnszorg en preventiemaatregelen.

In Brussel zal de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) het grootste deel van deze maatregelen op zich nemen. De bijzondere financieringswet wijst haar het gros van de structurele financieringsmiddelen toe. De Franse Gemeenschap (FWB), de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) en de Vlaamse Gemeenschap (VG) zullen in Brussel ook bevoegd worden voor bepaalde verstrekkingen door Franstalige en Vlaamse unicommunautaire instellingen. Ook zij zullen federale dotaties ontvangen, maar dan slechts gedurende een strikt vastgelegde overgangperiode.

Ter herinnering, de gemeenschapsentiteiten (GGC, COCOF, FWB en VG) zijn nu al bevoegd voor de integratie van personen met een handicap, bijstand aan personen en preventiebeleid. Deze bevoegdheden, die vanaf 1988 naar de gemeenschappen werden overgeheveld, vallen niet onder het paritair beheer door de sociale gesprekspartners. De GGC oefent sindsdien wel organiek toezicht uit over de 19 Brusselse OCMW's, maar het recht op leefloon en dringende medische hulpverlening zijn en blijven tot de federale bevoegdheid behoren. We wijzen erop dat de Brusselse OCMW's belangrijke openbare actoren zijn op vlak van gezondheidszorg en bijstand aan personen, en dat ze talrijke Brusselaars steunen die geen andere bestaansmiddelen hebben.

Als dit goed gecoördineerd wordt, kunnen deze oude en nieuwe bevoegdheden op sociaal en gezondheidsvlak belangrijke hefboomen zijn om een kwaliteitsvol volksgezondheidsbeleid te voeren. Maar het wordt een hele klus om ze correct in werking te stellen, zeker in Brussel!

In werkelijkheid worden de Gewesten de eerstelijnsactoren voor de sociaal verzekerden: voor de werkloosheid, met de controle op de beschikbaarheid; de gezinsbijslag; de gezondheidszorg en bijstand aan personen, meer bepaald via de organisatie van de eerstelijnszorg. In Brussel zijn deze bevoegdheden, die uit het globale beleid van de sociale zekerheid werden gehaald, letterlijk «gebalkaniseerd» in de gemeenschappen en de gemeenschapscommissies. Iedereen is zich bewust van de uitdaging waarvoor de 6^e staatshervorming de Brusselse politieke en sociale actoren stelt om samen een geïntegreerd gezondheidsbeleid uit te tekenen met bevordering van de wijkgeneeskunde, indijking van de vermarkting van de zorg en een aanpak van de andere gezondheidsbepalende factoren.

2.VEELVULDIGE UITDAGINGEN

De vraag die dit oproept op de schaal van een gewest als Brussel, gaat over de capaciteit om ons sociaal systeem te herconfigureren. Er zijn heel wat uitdagingen:

- de bevolkingsexplosie, versterkt door de immigratie;
- de verlenging van de levensverwachting, wat op zich goed nieuws is, maar wat nieuwe sociaal-sanitaire maatregelen vereist;
- de werkloosheid en de toenemende werkonzekerheid, die zware gevolgen hebben voor de gezondheid van de werknemers (arbeid is de belangrijkste gezondheidsfactor);
- de uitsluiting uit de beschermingssystemen van en de sancties tegen een toenemend aantal mannen en vrouwen, slachtoffer van de beperkingen in de werkloosheid en de sociale uitkeringen;
- de privatisering en vermarkting van de gezondheidszorgdiensten;
- zonder de zeer sterke intergewestelijke (woon-, pendel- en gelegenheds)mobiliteit te vergeten.²

2.1.Ontoereikende middelen

Om deze vele uitdagingen te beantwoorden, weten wij dat de beschikbare middelen ontoereikend zijn: ondanks de zelfgenoegzaamheid van de Brusselse minister van Financiën is de gewestelijke situatie verontrustend wanneer we weten dat het Brusselse aandeel in de personenbelasting (PB), die de nieuwe financieringssleutel van de Gewesten door de federale overheid vormt, onder de 8% is gedoken...: 7,96% in plaats van 8,31%?!

De ambitie van een universele sociale bescherming is dus ernstig bedreigd. In een Gewest onder hoogspanning zoals Brussel zou deze ambitie dus plaats kunnen maken voor een duaal systeem met enerzijds privéverzekeringen en anderzijds maatregelen voor sociale steun en hulp voor de armen... Onaanvaardbaar! Het Brussels luik van ons model van sociale bescherming, dat nog ontworpen en opgebouwd moet worden, moet gebaseerd zijn op het verzekeringsprincipe van de sociale zekerheid en verankerd in het veld van het sociaal overleg. De vakbonden en de ziekenfondsen spelen een beslissende rol in het behoud van dit model, dat zijn deugdelijkheid al ruim heeft bewezen...

2.2.Een Brussels volksgezondheidsbeleid

De Brusselse overheden hebben nog niet veel werk gestoken in het uittekenen van een eigen volksgezondheidsbeleid voor Brussel: de belangrijkste hefboomen behoorden tot de federale overheid en de sociale zekerheid, terwijl de Gemeenschapscommissies en de Gemeenschappen slechts enkele beperkte bevoegdheden deelden (preventie, integratie van personen met een handicap en bijstand aan personen). Met de 6e staatshervorming komt hierin echt een 'kentering': de politieke beleidsmakers noch de sociale gesprekspartners mogen niet langer talmen met de uittekening van een **dynamisch volksgezondheidsbeleid** als nieuwe pijler van het toekomstige Gewestelijk Plan voor Duurzame ontwikkeling.

.....

2. . Men spreekt over woonmobiliteit wanneer een persoon ertoe wordt aangezet om te verhuizen (soms verschillende keren in zijn leven), van het ene gewest naar het andere; van pendelmobiliteit wanneer een persoon in Vlaanderen of in Wallonië woont, en in Brussel komt werken (of omgekeerd); van gelegenheds mobiliteit, om de situatie van een belangrijk deel van het Brussels patiëntenbestand afkomstig uit beide andere gewesten aan te duiden.

2.3.Echte hefboomen

Gezinsbijstand vormt via de kinderbijslag een echte hefboom voor solidariteit en sociale zekerheid, zeker voor eenoudergezinnen. In nauw overleg met de Brusselse sociale gesprekspartners moet deze financiële pijler opgenomen worden in het Brusselse volksgezondheidsbeleid. De verhoogde bijslag via sociale correcties moet behouden blijven, en zelfs worden opgetrokken, want sommige Brusselse gezinnen hebben er echt nood aan.

Aan het andere uiteinde van het leven is het **ouderenbeleid** vanzelfsprekend een tweede levensnoodzakelijke solidariteitspijler van groot financieel belang. Zoals iedereen weet, is deze sector nu al zeer sterk aan vermarkting onderhevig. De openbare sector speelt er nochtans een beslissende rol met het netwerk van OCMW-rusthuizen, een netwerk dat versterkt en uitgebreid moet worden op gewestelijk niveau (naar het voorbeeld van wat het Gewest heeft kunnen doen voor de openbare ziekenhuizen in het IRIS-netwerk). Daarnaast is het in onze stedelijke omgeving broodnodig om, als alternatief voor opvang in een rusthuis (wat duur is voor zowel de familie als de overheid), ouderen zoveel mogelijk thuis te laten wonen, door thuishulp- en thuiszorgdiensten uit te bouwen. Wij zijn trouwens blij dat de Brusselse regering van plan is om deze thuishulp- en thuiszorgdiensten te versterken.

Merk ook op dat om te vermijden dat er een groot aantal arbeidsongeschikten bijkomen (die in stijgende lijn zijn), preventiemaatregelen en gezondheids promotie bijzondere aandacht moeten besteden aan de verschillende vormen van **onbehagen op het werk** die helaas sterk in opmars zijn, net als de werkonzekerheid: stress, burn-out, spier- en skeletaandoeningen, enz.

3.EISEN & VOORSTELLEN

1. **De functionele verankering** van de nieuwe gewestmateries inzake gezondheid en bijstand aan personen **in de sociale zekerheid**, waaruit ze voor het merendeel afkomstig zijn, vormt het belangrijkste vraagstuk: niet alleen blijft de uitoefening van deze nieuwe bevoegdheden nauw verbonden met de andere voorzieningen van de sociale zekerheid die onder de federale bevoegdheid zijn gebleven (terugbetaling van de gezondheidszorg,...), maar ook moet de interpersoonlijke solidariteit het sturende principe in een verzekeringsoptiek blijven. Elke Brusselaar, ongeacht zijn economische en sociale situatie, moet garantie krijgen op een gelijk en rechtvaardig recht op verstrekkingen. Gezien de beperkte begrotingsdotatie van de Federale overheid zou de gewestoverheid met goede bedoelingen geneigd kunnen zijn om de individuele verstrekkingen voor te behouden aan de armste mensen. Fout «goed idee»! Gevaar! Door te verglijden van een verzekeringsstelsel naar een bijstandsstelsel wordt de interpersoonlijke solidariteit tussen de Brusselaars verbroken en worden de meest welgestelden nog meer aangezet om een beroep te doen op private verzekeringsstelsels. De politieke belofte om de overgedragen materies in het paritair beheer te behouden (via Iriscare)³ vormt een essentiële garantie, zowel voor de functionele band met de sociale zekerheid als voor het behoud van de verzekeringsoptiek als sturend principe, iets wat al 50 jaar zijn nut bewijst in het RIZIV. De budgettaire uitdaging bestaat erin om op deze basis het universele recht op gezondheid en sociale voorzieningen te garanderen, voor alle Brusselaars, of zij nu al dan niet over voldoende inkomsten beschikken, of zij nu al dan niet gedekt zijn door de sociale zekerheid...
2. Het onthaal van de nieuwe bevoegdheden die van de sociale zekerheid werden geërfd, moet geplaatst worden in het perspectief van een **globaal en geïntegreerd beleid**, gezien de versnippering van de
.....
3. De toekomstige Brusselse bicommunautaire instelling van openbaar nut belast met gezondheid, bijstand aan personen en gezinsuitkeringen.

overgedragen bevoegdheden van de sociale zekerheid over de 5 deelentiteiten.⁴ Eveneens in deze richting pleit het feit dat de toegang tot kwaliteitszorg niet de enige factor van de volksgezondheid is: de huisvesting, de habitat, de werkgelegenheid en het milieu, allemaal gewestmateries, zijn even doorslaggevend! In de praktijk adviseren de Brusselse sociale gesprekspartners onderhandelingen tussen de overheid en de sociale partners in het Brussels Economisch en Sociaal Overlegcomité (BESOC)⁵, over de «akkoorden betreffende de programmering op het gewestelijk grondgebied van de overgehevelde materies, en betreffende de begrotingsconsolidatie ervan. [...] Een dergelijk model laat een geïntegreerde programmering van de middelen toe door de behoeften te bepalen en de bevrediging ervan te plannen. Het onder elkaar verdelen van de gewestelijke en gemeenschappelijke financiële middelen verzekert dat middelen en behoeften samenvallen en voorkomt dat bepaalde begrotingen eventueel zouden ontsporen. Dit mechanisme laat het toe om een beredeneerd Brussels gezondheidsbeleid te voeren (...). Om de middelen in termen van gezondheidszorgen efficiënter te besteden, is het bijgevolg van fundamenteel belang om in Brussel over een coördinatie tussen de gewestelijke en gemeenschappelijke materies te beschikken.»⁶. Ter illustratie van deze geïntegreerde benadering, citeren we de belangrijke hervorming van het «doelgroepen»beleid dat in het verlengde hiervan uit de sociale zekerheid werd gehaald, en dat onderwerp van overleg was tussen de regering en de sociale partners in het BESOC. Deze hervorming moest de mogelijkheid openen van gesubsidieerde arbeidsplaatsen (Activa, Sine, DSP en Inschakelingscontract) aan wie uit de werkloosheid en het leefloon werd gesloten, zodat een sociale herinschakeling mogelijk is.

3. Het Brusselse volksgezondheidsbeleid **moet zich in de realiteit van het Gewest kunnen verankeren**, zowel op politiek, sociaal, cultureel als gezondheidsvlak. Het is dus van het grootste belang dat de Brusselse actoren, die de nodige terreinkennis en -ervaring bezitten, deelnemen aan de uittekening, de onderhandelingen en het beheer van dit beleid: het komt er dus op aan een “Brusselse verankering van de organisaties vertegenwoordigd in de bestuursorganen”⁷ te waarborgen, opgericht in het kader van IrisCare. Gezien de sterke intergewestelijke mobiliteit, en de overlapping van bevoegdheden in Brussel, is het niettemin absoluut nodig **«verbindingsstreepjes» te plaatsen tussen Brussel en Wallonië en Vlaanderen** (via samenwerkingsakkoorden en de Interministeriële conferentie Volksgezondheid) zodat de individuele rechten geharmoniseerd worden en er vrij verkeer is van rechthebbenden, zorgverstrekkers en werknemers. In die zin zijn de verzekeringsinstellingen geroepen om deel te nemen aan de uittekening van een geïntegreerd Brussels gezondheidsbeleid en het beheer van de gewestelijke openbare instellingen voor welzijn en gezondheid.
4. Het Verenigd College heeft het plan opgevat om op het grondgebied van het gewest in een verzekeringsoptiek een **“autonomieverzekering”** uit te werken op basis van de federale THAB (Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden). Zo dragen alle Brusselaars bij om iedereen die een deel van zijn zelfredzaamheid heeft verloren, ongeacht zijn leeftijd, te helpen om thuis te blijven wonen. Dit project roept twee vragen op: hoe een rechtvaardige bijdrage instellen, evenredig aan ieders inkomen, zonder het rechtstreeks te kunnen afhouden van het loon en, vooral, hoe vermijden dat het voordeel van deze nieuwe verzekering het voorrecht wordt van wie over een gepaste woning en een familiale omkadering beschikt, noodzakelijk om thuis te blijven wonen? Anderzijds stellen we vast dat

.....

4. BHG, GGC, Cocof, FWB en VG (zie supra).
5. Orgaan van tripartiete overleg, met vertegenwoordigers van de gewestregering, de representatieve werkgeversorganisaties en werknemersorganisaties (ARBC 16 januari 1997).
6. «Voorstellen met het oog op een geïntegreerd beheer van de materies die in het kader van de zesde Staatshervorming naar Brussel zijn overgeheveld en met het oog op een paritair beheer van de ION» initiatiefadvies, BESOC, 21 november 2013.
7. Voorontwerp van ordonnantie houdende organisatie en werking van de bicommunautaire Dienst voor gezondheid en welzijn”, advies 17 september 2015, ESRBHG.

om diverse redenen in Brussel, meer dan in de andere gewesten, zelfredzame personen in rusthuizen verblijven. Er zal voor gezorgd moeten worden dat een dergelijke maatregel eveneens inzetbaar is voor de ambulante of desgevallend institutionele zorg voor personen in bestaansonzekerheid. Wij vragen dat de sociale gesprekspartners en de ziekenfondsen mogen deelnemen aan de uittekening van die autonomieverzekering en de omvang ervan.

5. **De verlaging van de toegangsdrempel** tot gezondheidszorg en sociale uitkeringen vereist een herstructurering van de eerstelijnsdiensten, die de multidisciplinaire omkadering van personen in bestaansonzekerheid en hun weder-toetreding tot de sociale zekerheid mogelijk maken. De ziekenfondsen en OCMW's spelen hier een beslissende rol, zij aan zij met de medisch-sociale actoren en de kinderbijslagfondsen waarmee de gezinnen voortaan direct vandoen hebben. Hun deelname aan het beheer van Iriscare moet het mogelijk maken om beter hun rollen en complementariteit te articuleren. In dit perspectief moet de bijzondere opdracht van de OCMW's verduidelijkt worden, die een belangrijke rol spelen in het volksgezondheidsbeleid, als laatste vangnet voor maatschappelijke bijstand, voorschrijver van dringende medische hulpverlening, preventieve actor of nog als inrichtende macht van woonzorgcentra (rusthuizen, verplegingscentra, enz.).

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie heeft zich ingespannen voor de redactie van een sociaal-gezondheidsactieplan. Het is absoluut nodig dat deze ambitie de weg van het sociale overleg vindt en besproken wordt met de sociale gesprekspartners en de ziekenfondsen die een beslissende rol te spelen hebben via Iriscare.

