



Zorg voor allen? Ethische principes en realiteit op het terrein

I. Inleiding

Gezondheidszorg is van fundamenteel belang voor de gezondheid en het welzijn van individuen en de vooruitgang van de samenleving als geheel. Ze kan dan ook niet worden herleid tot een loutere 'dienst': toegang tot kwaliteitsvolle zorg ondersteunt rechtstreeks de menselijke waardigheid en de mensenrechten.¹ Vanuit ethisch oogpunt valt gelijke toegang tot gezondheidszorg onder het rechtvaardigheidsbeginsel. Dit beginsel erkent dat elke persoon, ongeacht afkomst of leefomstandigheden, het recht heeft om tijdig en op passende wijze de nodige medische zorg te ontvangen.

Toch toont de realiteit in België en in andere westerse landen aan dat er hardnekkige ongelijkheden bestaan in de toegang tot gezondheidszorg, waardoor het recht op gezondheid een uitdaging wordt, en voor bepaalde bevolkingsgroepen zelfs een utopie. Deze verschillen roepen belangrijke ethische vragen op over de morele verplichtingen van gezondheidssystemen en over de verantwoordelijkheid van de overheid om een billijke toegang te waarborgen. Bepaalde bevolkingsgroepen worden geconfronteerd met aanzienlijke drempels die hun toegang tot noodzakelijke zorg belemmeren. Deze drempels situeren zich op verschillende niveaus: financieel, moreel, informatie (of gebrek daaraan) en structureel-organisatorisch.

Het doel van de conferentie is om:

- de specifieke bevolkingsgroepen te identificeren die onevenredig vaak met beperkingen worden geconfronteerd, de ethische dilemma's te analyseren die voortvloeien uit deze ongelijkheden, en potentiële oplossingen en beleidsmaatregelen te onderzoeken die de toegankelijkheid tot gezondheidszorg kunnen verbeteren. Door een kritische dialoog te faciliteren, beoogt deze conferentie bij te dragen aan een rechtvaardiger en inclusiever gezondheidszorgsysteem voor de toekomst;
- het uitwerken van een ethisch kader dat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg kan versterken;
- de belangrijke assen te identificeren die aandacht vragen van beleidsmakers.

¹ Zoals in artikel 25, § 1, van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948)

II. Wat is gekend?

a) Algemeen overzicht.

Het meest recente performantierapport van de Belgische gezondheidszorg, uitgevoerd door het federaal onderzoekscentrum KCE, definieert toegankelijkheid als “de mate waarin de bevolking gemakkelijk toegang heeft tot gezondheidsdiensten. Het gaat om fysieke toegang, kosten, tijd en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel”.² Toegankelijkheid wordt beïnvloed door beslissingen over het genereren van en het inzetten van middelen. Als een praktisch besluit geen nieuwe patiënten meer te aanvaarden, veroorzaakt dit niet alleen beperkingen voor de huidige patiënten, maar ook een verlies van zorgtoegang voor de mensen in de omgeving. Bovendien leidt dit tot een verschuiving van zorgvragen naar collega-zorgverleners of andere diensten, zoals bijvoorbeeld de spoedgevallendienst van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Om deze toegankelijkheid in beeld te brengen hanteerde het KCE 18 indicatoren: 9 rond financiële toegankelijkheid en 3 over de spreiding van het zorgpersoneel.

Het besluit is dat het Belgisch systeem een breed scala aan diensten voorziet, maar dat de eigen bijdrage van de burgers aanzienlijk hoger ligt dan in de ons omringende landen en dat de beschikbaarheid van diensten is afgenomen.

b) Kwetsbare groepen

Onderzoek³ toont aan dat bepaalde bevolkingsgroepen in België onevenredig vaak geconfronteerd worden met beperkingen in de toegang tot de gezondheidszorg. Deze groepen ervaren specifieke barrières die hun vermogen om tijdig, betaalbare en passende zorg te ontvangen belemmeren.

- **Mensen met een Lage Sociaaleconomische Status:** Deze groep van mensen wordt geconfronteerd met aanzienlijke financiële barrières, waardoor zij vaak niet in staat zijn om de kosten van verzekeringen, de eigen bijdragen of indirecte kosten zoals transport en afwezigheid op het werk te dragen. Armoede dwingt individuen tot moeilijke keuzes tussen basisbehoeften en gezondheidszorg, wat leidt tot uitgestelde of vermeden zorg, wat resulteert in aanzienlijke gezondheidsverschillen.⁴
⁵ Onderzoek toont aan dat mensen met een lager inkomen een hoger percentage onvervulde zorgbehoeften hebben om financiële redenen, en dat deze kloof de

² Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d’expertise des soins de santé (KCE), 2024. KCE Reports 376B. DOI : 10.57598/R376B

³ Emilie Op de Beeck, Hannah Ledegen, Gytha Slechten, Josefien Van Olmen, Hans De Loof, Hilde Bastiaens & Caroline Masquillier. Understanding challenges in healthcare access: qualitative insights from healthcare providers and people living in socio-economically vulnerable circumstances. International Journal for Equity in Health volume 24 (2025)

⁴ In België bedraagt de levensverwachting in 2024 gemiddeld 82,4 jaar, maar er blijft een belangrijke sociaaleconomische gradiënt bestaan: Mensen met de laagste sociaaleconomische status hebben een duidelijk lagere levensverwachting dan meer bevoorrechte groepen, een fenomeen dat door de gezondheidsautoriteiten als structureel wordt erkend. <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/life-expectancy-and-quality-of-life/life-expectancy>

⁵ Deze ongelijkheden vertalen zich ook in termen van sterfte: In 2025 werden in België 113.100 overlijdens geregistreerd, en de belangrijkste doodsoorzaken — hart- en vaatziekten, longkanker, dementie en beroertes — treffen sociaal kwetsbare bevolkingsgroepen in disproportionele mate. Deze groepen hebben vaker te maken met meerdere comorbiditeiten (diabetes, ademhalingsziekten, hypertensie). Alleen al de hart- en vaatziekten zijn verantwoordelijk voor 15,3% van alle overlijdens, en longkanker voor 7,3%, twee aandoeningen die sterk samenhangen met sociale gezondheidsongelijkheid. <https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/Belgium>

afgelopen jaren is toegenomen.⁶ Het blijkt essentieel om te kunnen rekenen op de expertise van de actoren op het terrein, hetzij via persoonlijke getuigenissen, hetzij via het weergeven van bepaalde ervaringen aan de hand van concrete situaties die door acteurs worden nagespeeld, of via videofragmenten. De ervaringen van de mensen op het terrein lijkt hierbij essentieel, hetzij via persoonlijke getuigenissen, hetzij via de weergave van bepaalde ervaringen aan de hand van concrete cases die door acteurs worden uitgebeeld, of via videomateriaal.

- **Ouderen:** Zij worden geconfronteerd met uitdagingen op het vlak van mobiliteit, vervoer en toegang tot diensten, vooral zij die in landelijke gebieden wonen of een handicap hebben. Ouderen ondervinden bovendien toenemende problemen door de digitale kloof. Ethische dilemma's rond wilsbekwaamheid, geïnformeerde toestemming en palliatieve zorg zijn eveneens relevant voor deze groep. Daarnaast bestaat er een risico op leeftijdsdiscriminatie, onder meer via beleid dat de toegang tot zorg beperkt op basis van leeftijd, wat een ethisch gevoelige ethische kwestie is. Dergelijke ethische dilemma's hebben zich onder andere voorgedaan tijdens de COVID-19-pandemie.⁷
- **Mensen met een Handicap:** Deze groep ondervindt zowel fysieke als sensorische drempels, zoals het ontbreken van aangepaste informatie voor personen met een visuele of auditieve beperking en wordt bovendien geconfronteerd met stigmatisering, discriminatie en negatieve vooroordelen. Vooronderstellingen over de levenskwaliteit van personen met een handicap kunnen leiden tot een ongelijke behandeling, wat een belangrijke ethische uitdaging vormt in de zoektocht naar inclusieve gezondheidszorg in België.
- **Migranten** in België ondervinden vaak taalbarrières die effectieve communicatie met zorgverleners bemoeilijken. Daarnaast kunnen culturele verschillen het begrip van gezondheidsconcepten en behandelvoorkeuren beïnvloeden. Ook administratieve en juridische barrières spelen een rol, vooral voor mensen zonder wettig verblijfsstatuut. De immigratiestatus kan de toegang tot essentiële gezondheidszorgdiensten in België aanzienlijk beperken, ondanks de wettelijke bepalingen voor dringende medische hulp.
- **Gevangenen:** Onderzoek toont aan dat de gezondheidsproblemen en de toegang tot gezondheidszorg in de gevangenis aanzienlijk verschillen van die in de algemene bevolking. Hoewel de Belgische wet het principe van gelijkwaardigheid van gezondheidszorg binnen en buiten de gevangenis benadrukt, wordt dit principe in de praktijk niet altijd gerealiseerd. Ethische dilemma's ontstaan door de dubbele loyaliteit van zorgverleners ten opzichte van zowel de gevangene als de gevangenisautoriteiten, wat de vertrouwelijkheid en autonomie van de patiënt onder druk kan zetten. Bovendien kunnen lange wachttijden voor gespecialiseerde zorg, zoals psychiatrische hulp, en beperkte middelen de toegang tot noodzakelijke behandelingen verder belemmeren. De ethische principes van gelijkwaardigheid en continuïteit van zorg worden vaak uitgedaagd in de context van de gezondheidszorg in de gevangenis. Het garanderen van toegang tot kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en preventieve zorg op een niveau dat gelijkwaardig is aan de zorg in de gemeenschap, is een voortdurende uitdaging. De recente discussie over de al dan niet toepassing van euthanasie bij een gedetineerde benadrukt de complexiteit van het toepassen van de wetgeving inzake euthanasie binnen de context van detentie.

⁶ https://www.healthybelgium.be/metadata/hspa/2024/A6_CHR.pdf

⁷ Advies nr. 78 van 9 juni 2021 van het Comité betreffende de gelijke behandeling en de autonomie van bewoners van woonzorgcentra in de context van de COVID-19-pandemie. <https://www.belgiumnationalbioethicscommittee.be/nl/autonomie>

- **Vrouwen** worden wereldwijd geconfronteerd met specifieke uitdagingen op het vlak van toegang tot en kwaliteit van gezondheidszorg.⁸ Klinisch en wetenschappelijk onderzoek — van preklinische studies (op dieren) tot klinische proeven (op mensen) — werd decennialang vooral uitgevoerd op mannelijke proefpersonen. Men ging ervan uit dat de resultaten eenvoudig konden worden geëxtrapoleerd naar vrouwen, met uitzondering van hun voortplantingsorganen. Vrouwen hebben gemiddeld een ander lichaamsgewicht, een andere vetverdeling en een andere hormonale huishouding, wat leidt tot een andere opname en metabolisatie van geneesmiddelen. Bovendien worden pijn en vermoeidheid bij vrouwen vaker als psychologisch, stressgerelateerd of als 'normaal' beschouwd ("het hoort erbij"). Dit fenomeen wordt soms aangeduid als *medical gaslighting*: de patiënte begint te twifelen aan haar eigen waarneming. Vrouwen zijn vaker mantelzorger (voor kinderen of ouders) en stellen daardoor hun eigen zorgbehoeften uit. Bovendien werken vrouwen vaker deeltijds wat leidt tot lagere inkomens en minder financiële zelfstandigheid. Deze drempels stapelen zich nog verder op bij vrouwen die tot meerdere gemarginaliseerde groepen behoren. Vrouwen die worden blootgesteld aan discriminatie op basis van hun afkomst, vrouwen met een migratieachtergrond, een handicap of een LHBTIQ+-identiteit, ondervinden nog meer barrières, wat het belang benadrukt van een intersectionele benadering.
- **Mensen met hoofdzakelijk geestelijke gezondheidsproblemen** ervaren bijzondere uitdagingen. Naast de barrières die ook andere groepen ondervinden (zoals financiële of logistieke drempels), kampt deze groep met een aantal zeer specifieke problemen. Stigmatisering vormt waarschijnlijk het grootste obstakel en werkt op meerdere niveaus. Zelfstigmatisering leidt ertoe dat mensen het zoeken van hulp lang uitstellen, waardoor de klachten verergeren. Onbegrip en vooroordelen in de omgeving (werk, familie) leiden tot isolatie. Het ontbreken van een sociaal vangnet bemoeilijkt het volhouden van een behandeltraject. Bovendien betekent het fenomeen *diagnostic overshadowing* (diagnostische overschaduw) in de somatische zorg dat een reële fysieke klacht van een patiënt ten onrechte wordt toegeschreven aan diens bekende psychische aandoening. Wachtlijsten van zes maanden tot meer dan een jaar voor gespecialiseerde behandeling zijn gebruikelijk. Deze wachttijden zijn het gevolg van een onevenwicht tussen het aanbod, de vraag en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Er bestaat een sterke scheiding (zowel fysiek als financieel) tussen de somatische en de geestelijke gezondheidszorg. De zorg is met andere woorden 'verkokerd'. De huisarts moet dit geheel coördineren, maar beschikt vaak onvoldoende over de tijd of de specifieke kennis om de complexe wisselwerking tussen de verschillende organisaties goed op te volgen. Bovendien worden niet alle vormen van zorg volledig terugbetaald. Mensen met psychische problemen hebben soms een lager inkomen of schulden, waardoor de eigen bijdrage of het remgeld een onoverkomelijke drempel vormt.
- **Jonge kinderen**: de eerste levensjaren vormen een periode van grote kwetsbaarheid en grote plasticiteit voor de ontwikkeling van het kind, zowel fysiek als psychisch. Wetenschappelijke inzichten benadrukken het essentieel belang van de eerste 1000 dagen, gaande van de conceptie tot de leeftijd van twee jaar. In deze gevoelige periode ontwikkelen zich essentiële biologische, neuro-ontwikkelingsgerichte, affectieve en relationele functies die de gezondheid, het welzijn en de latere levensloop blijvend kunnen beïnvloeden. De zeer vroege kindertijd wordt eveneens gekenmerkt door een

⁸ Als we het uitstel van zorg in zijn geheel bekijken en de opsplitsing per type zorg tijdelijk loslaten, dan wordt 52,6% (+0,8 ptn) van de vrouwen geconfronteerd met minstens één vorm van zorgverzicht, terwijl dit bij mannen 40,8% (-7,1 ptn) bedraagt. [reportsdessoins2020VF.pdf](#)

significante prevalentie van aangeboren, metabole, neurologische, ontwikkelingsgerelateerde of psychische aandoeningen. Dergelijke vroege, vaak complexe of chronische situaties hebben een grote impact op het kind en op het gezin: ze beïnvloeden het ouderschap, het psychologisch evenwicht, de sociale omstandigheden en de organisatie van het dagelijks leven. Ze vragen gespecialiseerde, gecoördineerde en continue zorg vanaf de allereerste levensmomenten. Wat de geestelijke gezondheid van jonge kinderen betreft, tonen talrijke observaties aan dat er nog steeds onvoldoende aandacht voor is. De behoeften van jonge kinderen zijn moeilijk uit te drukken, blijven vaak onopgemerkt en worden daardoor onvoldoende meegenomen. Sommige vroege diagnoses zijn bovendien lastig te stellen door een tekort aan opgeleide professionals, geschikte structuren en erkenning van gespecialiseerde medische en paramedische disciplines binnen de pediatrie, hoewel deze essentieel zijn. Verbeteringen zijn mogelijk op verschillende vlakken: ondersteuning van de ouders al tijdens de zwangerschap, meer aandacht voor preventie en vroege opsporing van problemen, structurele sociale maatregelen, specifieke opleiding van zorgverleners, erkenning van gespecialiseerde pediatrie expertise en een zorgaanbod dat samenhangend, toegankelijk en afgestemd is op de noden van kinderen en hun gezinnen.

- **Adolescenten en jongvolwassenen** vormen een categorie met unieke uitdagingen. De moeilijkheden die zij ondervinden om zorg te krijgen hebben meestal niet te maken met financiële of fysieke (zoals afstand) obstakels, maar met psychologische, sociale factoren en de wijze waarop het zorgsysteem is georganiseerd. De adolescentie is een periode van ontwikkeling, wat een directe invloed heeft op het zoekgedrag naar zorg. Jongeren hebben vaak de neiging hun symptomen te minimaliseren of zelfs te ontkennen of nemen bewust gezondheidsrisico's (roken, alcohol, drugs, onveilige seks) vanuit het idee dat de negatieve gevolgen hen niet zullen treffen. De angst om 'anders' of 'gek' te zijn, is in deze leeftijdsfase bijzonder groot. Hulp zoeken voor psychische klachten (zoals angst, depressie of eetstoornissen) wordt ervaren als een teken van zwakte. Ook alles wat te maken heeft met het veranderende lichaam, seksualiteit (anticonceptie, soa's) of met gynaecologische problemen is sterk beladen. Voor jongeren met een chronische aandoening vormt de overgang van de vertrouwde kinderarts naar de volwassenenzorg een grote uitdaging. De volwassenenzorg gaat uit van volledige autonomie en zelfmanagement terwijl veel jongeren die vaardigheden nog niet volledig ontwikkeld hebben. Privacy en vertrouwelijkheid zijn voor jongeren cruciale thema's. Dit speelt zowel bij psychische hulp als bij vragen rond anticonceptie, soa-tests, alcohol of drugs. Net als bij vrouwen, worden de klachten van jongeren (vooral psychische klachten of vage lichamelijke klachten) vaak te snel afgedaan als "het hoort bij de puberteit", "het is stress van school" of "hormonen".
- **Personen met beperkte digitale geletterdheid** worden geconfronteerd met een steeds groter wordende 'digitale kloof'. De snelle digitalisering van de zorg, die bedoeld is om de efficiëntie en toegankelijkheid te vergroten, creëert ironisch genoeg een van de grootste drempels voor deze kwetsbare groep. Simpele taken zoals het opzoeken van openingstijden van een apotheek, het vinden van het telefoonnummer van een specialist, of het nagaan of symptomen een bezoek aan de huisarts vereisen, verlopen allemaal online. Wie niet in staat is om online informatie op te zoeken of de betrouwbaarheid van bronnen in te schatten, start al met een achterstand. Steeds meer ziekenhuizen en huisartsen schakelen over op online-boekingssystemen. Telefonische bereikbaarheid neemt af, met lange wachttijden en ingewikkelde keuzemenu's. Wie niet met een online portaal kan omgaan, raakt simpelweg niet meer aan een afspraak. Patiënten portalen bevatten niet alleen afspraken en voorschriften, maar ook uitslagen

van bloedonderzoeken, röntgenfoto's en andere belangrijke informatie. Taken zoals het invullen van peroperatieve vragenlijsten, het doorgeven van medicatiewijzigingen, of het betalen van facturen vereisen stuk voor stuk digitale vaardigheden. Deze groep van patiënten wordt daardoor volledig afhankelijk van (vaak overbelaste) naasten, burens of mantelzorgers voor de meest basale zorginteracties. Ze kunnen hun eigen dossier niet inkijken en verliezen de regie over hun zorg. De "toekomst van de zorg" (zoals bijvoorbeeld thuismonitoring bij hartfalen, of diabetesapps) gaat volledig aan hen voorbij. Hierdoor krijgen zij niet de zorg die als modern of efficiënt wordt beschouwd.

Het is belangrijk op te merken dat intersectionaliteit een aanzienlijke rol speelt. Individuen behoren vaak tot meerdere kwetsbare groepen, waardoor de barrières die zij ervaren in de toegang tot gezondheidszorg verder worden versterkt. Zo zal een oudere migrant met een handicap en een lage sociaaleconomische status waarschijnlijk meer uitdagingen ondervinden dan iemand die slechts tot één van deze groepen behoort.

IV. Het Levesque-model als methode⁹

Het congres zal voor de analyses en de bespreking vertrekken van het model van Levesque.¹⁰ Het model heeft twee dimensies: enerzijds systeemkenmerken en kenmerken van de gebruikers van de zorg anderzijds.

Het model heeft een procesmatig karakter, gaande van het herkennen van zorgbehoeften tot de gevolgen van het gebruik van gezondheidszorg. In elke fase identificeert het zowel kenmerken van het systeem als van de patiënten die de toegankelijkheid beïnvloeden. Het model biedt concrete handvatten om naar toegankelijkheid te kijken, in tegenstelling tot meer beperkte indicatoren zoals uitgestelde zorg.

V. Ethische referentiekaders

1. Ethische principes¹¹

Vrijwel elke barrière in de toegankelijkheid van zorg leidt tot een schending van één of meerdere van de vier kernprincipes van de medische ethiek volgens Beauchamp en Childress¹². Er is sprake van horizontale billijkheid: mensen met een gelijke zorgnood moeten een gelijke behandeling kunnen krijgen. Daarnaast houdt verticale billijkheid in dat mensen met een verschillende zorgnood een verschillende behandeling moeten kunnen krijgen.¹³

Als het systeem barrières kent, ontstaat er distributieve onrechtvaardigheid: zorg wordt dan niet verdeeld op basis van medische noodzaak, maar op basis van factoren als inkomen,

⁹ Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12, 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18

¹⁰ Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12, 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18

¹¹ Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*, 7th edition. Oxford: Oxford University Press.

¹² Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*, 7th edition. Oxford: Oxford University Press.

¹³ Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2021). Hoe universeel en billijk is de Belgische ziekteverzekering? . *Tijdschr Geneesk & Gezondheidszorg*, 77, 873-883.

woonplaats, digitale vaardigheid, geslacht of etniciteit. Het systeem creëert daardoor winnaars (zij die over de vaardigheden en middelen beschikken om erin te navigeren) en verliezers.

Een zorgverlener kan zijn opdracht om zorg te verlenen (principe van *beneficence*) niet vervullen als de patiënt hem niet kan bereiken. De digitale drempel, de wachttijd in de geestelijke gezondheidszorg, of de schaamte van een jongere verhinderen de zorgverlener zijn opdracht kan vervullen.

Ontoegankelijkheid schendt bovendien het principe van ‘niet schaden’ (principe van *non maleficence*) bij de oudere of cognitief beperkte patiënt met beperkte digitale geletterdheid. Ook het toeschrijven van een lichamelijke klacht aan een gekende psychische aandoening vormt een schending op dit principe, én van het rechtvaardigheidsbeginsel, omdat dergelijke foutieve toeschrijvingen vaak op vooroordelen berusten

Het respect voor autonomie vereist dat we de patiënt erkennen als een persoon van wie de autonomie zoveel mogelijk moet worden ondersteund. Dit benadrukt de ethische noodzaak om de obstakels bij de toegang tot zorg weg te werken, onder meer via een aangepast begeleidingsaanbod. Wanneer een patiënt (bijvoorbeeld door laaggeletterdheid of cognitieve problemen) zijn eigen digitaal dossier niet kan lezen, wordt hij de facto afhankelijk van derden.

2. Zorgethiek

Als aanvulling op het bio-ethisch [principisme](#) (of *principlism*) biedt zorgethiek een relevant kader om de toegankelijkheid van zorg te analyseren vanuit concrete situaties van kwetsbaarheid, afhankelijkheidsrelaties en structurele ongelijkheden die zorgtrajecten beïnvloeden. In zorgethiek verschuift de analyse van een abstract en sterk individueel begrip van autonomie naar een meer gesitueerd perspectief op autonomie: het gaat om de werkelijke mogelijkheden van mensen om toegang te hebben tot zorg en om daarin hun stem te laten horen

Het werk van Carol Gilligan heeft het bestaan aangetoond van een ‘andere stem’ in moreel redeneren: de andere stem die gericht is op relaties, verantwoordelijkheid ten aanzien van anderen en aandacht voor de beleefde gevolgen van beslissingen.^{14 15 16} Dit perspectief, dat lang weinig aandacht kreeg binnen ethische modellen die gedomineerd werden door patriarchale ideeën over abstracte rechtvaardigheid, maakt het mogelijk beter te begrijpen waarom bepaalde noden in zorgsystemen onzichtbaar blijven. Kwetsbare groepen — vrouwen, kinderen, personen in precare situaties, migranten, personen met een handicap of met psychische problemen — zijn bijzonder blootgesteld aan mechanismen die hen het zwijgen opleggen, hun woorden ondermijnen of hun ervaringen niet erkennen. Gilligans benadering nodigt dan ook uit om te onderzoeken hoe institutionele en professionele normen de uitdrukking van reële behoeften kunnen belemmeren en de ongelijkheden in toegang kunnen versterken.

In het verlengde van deze benadering heeft Joan Tronto een expliciet politieke en sociale zorgethiek ontwikkeld. □ ¹⁷ Zij beschouwt zorg als een essentiële collectieve praktijk, die wordt

¹⁴ Gilligan, C. (1982). In *A Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development*. Cambridge (MA): Harvard University Press.

¹⁵ Gilligan, C. (2023). In *A Human Voice*. Cambridge / Medford: Polity.

¹⁶ Gilligan, C., & Snider, N. (2018). *Why Does Patriarchy Persist?* Cambridge / Medford: Polity Press.

¹⁷ Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. New York / London: New York University Press.

gestructureerd door normatieve dimensies, zoals aandacht, verantwoordelijkheid, competentie, responsiviteit en rechtvaardigheid, en die onlosmakelijk verbonden is met machtsverhoudingen. Toegankelijkheid van zorg kan dan begrepen worden als het product van sociale, economische en institutionele organisatievormen die zowel de zorglast als de mogelijkheid om zorg te ontvangen ongelijk verdelen. Tronto's benadering benadrukt het belang van intersectionaliteit: het gelijktijdig behoren tot meerdere kwetsbare groepen vergroot de drempels voor toegang tot zorg en vraagt om structurele en systemische antwoorden.

Vanuit dit perspectief vormt zorgethiek een belangrijk kritisch kader om toegankelijkheidsbeleid te analyseren en bij te sturen. Dit ethisch kader maakt het mogelijk om het overheidsoptreden te richten op de erkenning van kwetsbaarheden, de ondersteuning van zorgrelaties en het nastreven van daadwerkelijke sociale rechtvaardigheid.

3. Ethisch kader Public health^{18 19}

In het model van Levesque verwijst 'het systeem' concreet naar de volksgezondheid (*Public Health*). Het ethisch kader van de volksgezondheid is overwegend utilitaristisch: *men moet beslissingen nemen en handelen op een manier die de positieve gevolgen voor de gemeenschap maximaliseert*.²⁰

Met andere woorden, vanuit het oogpunt van de volksgezondheid is het doel om — idealiter — elk uitstel van een consultatie als gevolg van beperkingen in de toegankelijkheid te vermijden. In België stelde men in 2016 echter nog steeds **2,3% uitgestelde medische zorg en 3,7% uitgestelde tandzorg** vast omwille van toegankelijkheidsproblemen²¹. Deze resultaten blijven minder gunstig dan die in de buurlanden, vooral voor gezinnen met een laag inkomen, die het meest met deze moeilijkheden worden geconfronteerd.

De tweejaarlijkse conferentie van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek vindt plaats op 8 oktober 2026 in de Koninklijke Vlaamse Schouwburg en heeft tot doel de ethische aspecten van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verkennen.

¹⁸ Ravez, L. (2020). Introduction à l'éthique de la santé publique. Montpellier Sauramps Médical.

¹⁹ Ravez, L. (2021). De volksgezondheid heeft specifieke ethische ijkpunten nodig. Tijdschr Geneesk. Gezondheidszorg, 77(10), 845_851.

²⁰ Ravez, L. (2021). De volksgezondheid heeft specifieke ethische ijkpunten nodig. Tijdschr Geneesk. Gezondheidszorg, 77(10), 845_851.

²¹ Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2021). Hoe universeel en billijk is de Belgische ziekteverzekering? . Tijdschr Geneesk & Gezondheidszorg, 77, 873_883.