

Juli 2020

European Social Observatory
deliverable

**Ongelijkheden in de
toegang tot
gezondheidszorg in
België**

Syntheserapport



Rita Baeten en Sophie Cès
European Social Observatory

www.ose.be

rue Paul Emile Janson 13 / 1050 Bruxelles / tel.: 32 (0)2 537 19 71 / fax: 32 (0)2 539 28 08 / e-mail: info@ose.be

Ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg in België

Syntheserapport

Rita Baeten en Sophie Cès

European Social Observatory (OSE)

Dit rapport is een synthese van de publicatie: Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p.

Studie in opdracht van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)



Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. Methodes	6
1.1 Literatuurstudie	6
1.2 Gedetailleerde analyse van de individuele gegevens van de EU-SILC-enquête	6
1.3 Semi-gestructureerde interviews	7
2. Resultaten	8
2.1 Toegang tot gezondheidszorg in België in vergelijking met andere landen van de Europese Unie	8
2.1.1 Het belang van de eigen betalingen van de patiënten.....	8
2.1.2 Perceptie van de financiële last van medische zorg.....	9
2.1.3 Europese vergelijking van onvervulde behoeften aan medische zorg om financiële redenen.....	10
2.2 Diepgaande analyse van de zelfgerapporteerde onvervulde behoeften aan medische zorg om financiële redenen in België	11
2.2.1 Individuele kenmerken van personen die verklaarden dat ze in 2017 onvervulde medische en/of tandheelkundige behoeften hadden.....	11
2.2.2 Evolutie tussen 2011 en 2017.....	12
2.2.3 Determinanten van de onvervulde medische en tandheelkundige behoeften om financiële redenen.....	14
2.2.4 Mogelijke verklaringen voor de kwantitatieve resultaten.....	15
2.3 Voornaamste obstakels voor toegang tot de gezondheidszorg	18
2.3.1 Ontbreken van dekking door de verplichte ziekteverzekering.....	18
2.3.2 Het voorschieten van terugbetaalbare gezondheidskosten.....	19
2.3.3 Het belang van de totale gezondheidskosten die ten laste zijn van de patiënt.....	20
2.3.4 Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt.....	20
2.3.5 De eigen betalingen van de patiënt voor ambulante zorgen.....	21
2.3.6 Ereloonsupplementen.....	22
2.3.7 Een complex systeem.....	23
2.3.8 Gevolgen van problemen met toegang tot de gezondheidszorg voor de gezondheid.....	23
2.4 Efficiëntie van de beschermingsmaatregelen voor kwetsbare groepen	24
2.4.1 Het statuut van rechthebbende van een verhoogde tegemoetkoming.....	24
2.4.2 De rol van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW's).....	25
Conclusie	26
Beleidsaanbevelingen	28

Inleiding ⁽¹⁾ ⁽²⁾

De toegang tot gezondheidszorg voor de bevolking in haar geheel genomen is in België relatief goed. Zo verklaarde 2% van de volwassen bevolking in 2017 dat ze onvervulde medische behoeften had om financiële redenen. Maar achter dit cijfer gaan grote ongelijkheden schuil die verband houden met het inkomensniveau. Vooral de sociaal-economisch meest kwetsbare personen hebben immers onvervulde behoeften aan gezondheidszorg. Bij de 20% van de bevolking met het laagste inkomen ⁽³⁾ heeft 6,7% van de mensen onvervulde medische zorgbehoeften vanwege de kostprijs, terwijl dit percentage bij mensen met een hoger inkomen op een zeer laag niveau blijft: het ligt dicht bij nul voor meer dan de helft van de bevolking met een hoger inkomen. Deze kloof tussen individuen met het laagste en hoogste inkomen behoort tot de grootste in de Europese Unie. Nog belangrijker is de waargenomen sterke stijging van de frequentie van onvervulde behoeften aan gezondheidszorg bij personen met de laagste inkomens, van 4,1% in 2011 tot 6,7% in 2017.

Problemen in verband met financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg hebben twee belangrijke negatieve gevolgen: in de eerste plaats onvervulde behoeften aan gezondheidszorg en ten tweede financiële moeilijkheden voor huishoudens wegens de kosten van de eigen bijdragen voor de ontvangen medische zorgen.

Een beter inzicht in de onderliggende redenen van deze ongelijke toegang tot de gezondheidszorg is daarom belangrijk. Onze studie wil een bijdrage leveren tot een betere kennis van dit fenomeen. Wij hebben ons bij ons onderzoek laten leiden door de volgende vragen:

- 1) Hoe ernstig zijn de financiële moeilijkheden om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg in België? Hoe hebben ze zich ontwikkeld in de periode 2011-2017?
- 2) Wie loopt het grootste risico op onvervulde behoeften aan gezondheidszorg en/of op het dragen van een aanzienlijke financiële last voor zijn gezondheidszorg? Wat zijn de determinanten van onvervulde behoeften aan gezondheidszorg?

-
1. Dit rapport maakt gebruik van microdata uit 2011 en 2017 van de Statistieken van de Europese Unie over inkomen en levensomstandigheden (Eurostat, EU-SILC), die in november 2019 door Eurostat aan de OSE zijn verstrekt. Het Belgische statistiekbureau, Statbel, heeft ons geïnformeerd (e-mailuitwisseling van 13/07/2020) dat er recent kleine correcties zijn aangebracht in de gegevens van 2017 (nog niet officieel gemaakt). Deze correcties zouden de resultaten van onze statistische analyse echter slechts marginaal hebben beïnvloed. Daarenboven zijn de gegevens voor België voor 2016, 2017 en 2018 die online beschikbaar zijn op de Eurostat-website (geraadpleegd op 10/07/2020), onlangs gewijzigd. De gegevens voor 2017 komen niet meer overeen met de gegevens die in november 2019 aan ons zijn verstrekt, noch met de gecorrigeerde gegevens die Statbel op 13/07/2020 heeft verstrekt. We verwijzen daarom niet naar de gegevens die beschikbaar zijn op de Eurostat-website.
 2. Dit rapport biedt een samenvatting van de publicatie: Cès, S. and Baeten, R. (2020), *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p. De gebruikte referenties werden niet overgenomen in deze synthese.
 3. Laagste inkomenskwintiel. De bevolking wordt ingedeeld in vijf inkomenscategorieën, van de laagste inkomenscategorie (20% van de bevolking) tot de hoogste inkomenscategorie (20% van de bevolking).

- 3) Voor welke gezondheidsdiensten en -producten zijn de toegankelijkheidsproblemen het grootste?
- 4) Welke kenmerken van het gezondheidssysteem zijn van aard om de toegang tot zorg te bemoeilijken en de evolutie van deze moeilijkheden in de periode 2011-2017 te beïnvloeden?

De financiële toegang tot de gezondheidszorg is sterk afhankelijk van de kosten die de patiënt zelf moet dragen. Hoe groot deze kosten zijn, wordt bepaald door beslissingen inzake: 1) de voorwaarden om gedekt te zijn door de verplichte ziekteverzekering, 2) de hoogte van de remgelden, 3) het aandeel van de honorariumsupplementen en 4) de niet-terugbetaalde gezondheidszorg. Ook andere factoren kunnen een rol spelen, zoals de beschikbaarheid van zorgverleners in het gezondheidssysteem, de kosten die de patiënten moeten voorschieten en die later worden terugbetaald, de kosten die niet rechtstreeks verband houden met de gezondheidszorg (zoals de vervoerkosten) of nog de opportuniteitskosten voor toegang tot de gezondheidsdiensten (zoals de tijd die iemand moet vrijmaken van zijn werk).

Het onderzoek gaat vooral over de problemen om toegang te krijgen tot gezondheidszorg. Met onze aanpak is het niet mogelijk om te bepalen welke financiële impact de gezondheidszorgkosten op het gezinsbudget hebben, noch om na te gaan hoe efficiënt de instrumenten zijn die gezinnen moeten beschermen tegen het risico op verarming door de kosten voor gezondheidszorg (4).

Ons onderzoek richt zich op curatieve zorg die wordt verleend door zorgprofessionals in een ziekenhuisomgeving en ambulant. De analyse gaat over de volwassen bevolking die legaal in België verblijft, met uitzondering van personen die in collectieve instellingen (zoals gevangenen) verblijven. Deze keuze werd ingegeven door de empirische vaststelling dat de toegang tot de gezondheidszorg verslechtert voor de minst vermogenden die legaal in België verblijven. Wij beogen met onze studie te begrijpen hoe dit komt. Ze beschouwt bijgevolg niet de toegang tot gezondheidszorg van bepaalde subgroepen van de bevolking die het meeste kans maken om grote moeilijkheden te ondervinden bij hun toegang tot de gezondheidszorg, zoals mensen die niet officieel in België verblijven, mensen zonder papieren en sommige daklozen.

4. Zoals de Maximumfactuur (MAF), een financiële beschermingsmaatregel om te hoge gezondheidsuitgaven te vermijden en om de jaarlijkse gezondheidskosten van gezinnen te beperken.

1. Methodes

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben wij gegevens uit verschillende bronnen geanalyseerd.

1.1 Literatuurstudie

Wij hebben om te beginnen de literatuur over dit onderwerp geraadpleegd. Het betreft hoofdzakelijk grijze literatuur, zoals overheidsdocumenten en studies door ziekenfondsen. Om na te gaan hoe omvangrijk de problemen in verband met toegang tot de gezondheidszorg in België zijn in vergelijking met de andere landen van de Europese Unie, hebben wij een vergelijkende analyse gemaakt van de toegang tot de gezondheidszorg in de lidstaten. Deze analyse steunt op secundaire statistische gegevens en de literatuur.

1.2 Gedetailleerde analyse van de individuele gegevens van de EU-SILC-enquête

Vervolgens hebben wij een analyse gemaakt van de secundaire gegevens (uit de EU-SILC-enquête) met betrekking tot de onvervulde behoeften aan medische en tandheelkundige zorg die door de respondenten werden gemeld. Het begrip "zelfgerapporteerde onvervulde behoeften aan gezondheidszorg" verwijst naar het feit dat er geen gezondheidszorg werd ontvangen toen er een behoefte werd vastgesteld door de respondent. Informatie over medisch geobjectiveerde gezondheidszorgbehoeften is niet beschikbaar voor de bevolking als geheel. Daarom wordt algemeen de voorkeur gegeven aan een pragmatische aanpak. Deze is gebaseerd op de perceptie van de behoeften aan gezondheidszorg van individuen, die kan verschillen van de behoeften die door artsen worden gedefinieerd (klinisch oordeel).

Onze analyse richt zich dus op deze indicator: het aandeel van de bevolking dat onvervulde behoeften aan gezondheidszorg rapporteert. Ze steunt op gegevens die worden verzameld in de EU-SILC-enquête, die momenteel wordt uitgevoerd in 27 landen van de Europese Unie (EU). Een representatief staal van particuliere huishoudens ⁽⁵⁾ werd geselecteerd, waarbinnen alle volwassen personen van 16 jaar of ouder worden geïnterviewd.

Aan hen wordt de volgende vraag over onvervulde behoeften aan gezondheidszorg gesteld: *"Is het de afgelopen 12 maanden voorgevallen dat u echt een medisch onderzoek of behandeling nodig had, maar dit niet gebeurd is?"*. Als dat het geval was, werd er gevraagd waarom de persoon deze zorg niet heeft gekregen. De drie meest gegeven antwoorden waren: (1) *Ik kon het mij niet veroorloven (te duur of niet gedekt door de mutualiteit of een verzekering)*, (2) *Ik had een*

5. Mensen die wonen in collectieve of institutionele huishoudens (bijvoorbeeld gevangenen, psychiatrische ziekenhuizen, woonzorgcentra) en mensen die niet officieel in het land wonen, werden van de enquête uitgesloten.

probleem met de afstand/het vervoermiddel, (3) Er was een wachtlijst of ik had niet het vereiste document om naar een gespecialiseerde arts te worden doorverwezen. Er zijn nog andere antwoorden mogelijk, zoals tijdsgebrek of angst voor artsen, maar deze komen veel minder vaak voor.

Onze statistische analyse is enerzijds gericht op het identificeren van de kenmerken van personen die onvervulde behoeften om financiële redenen melden en anderzijds op het identificeren van de factoren die samenhangen met het risico op onvervulde behoeften ⁽⁶⁾.

1.3 Semi-gestructureerde interviews

Wij hebben gesprekken gevoerd met zorgprofessionals (met name huisartsen) en maatschappelijk werkers in diensten die patiënten en mensen in een precaire situatie bijstaan. Wij wilden enerzijds de waaier aan problemen in verband met de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg identificeren en anderzijds de diversiteit aan redenen verkennen die kunnen leiden tot onvervulde behoeften en/of financiële problemen met betrekking tot de gezondheidszorg.

Wij hebben sociale en gezondheidsdiensten geïdentificeerd in drie geografische zones: Antwerpen, Brussel en Charleroi. Het ging om de volgende instellingen: ziekenhuizen, organisaties die advies en zorg verlenen aan pasgeborenen en kinderen, wijkgezondheidscentra, ziekenfondsen en Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW's). In deze diensten hebben wij gesproken met mensen uit de praktijk, die in rechtstreeks contact staan met en kunnen getuigen over de kwetsbare bevolkingsgroepen die mogelijk moeilijkheden ondervinden om de gezondheidszorg te betalen. In totaal hebben wij dertien semi-gestructureerde face-to-face interviews afgenomen. Als aanvulling op de gegevens uit de interviews met zorgprofessionals hadden wij ook een gesprek met een groep van veertien chronisch zieke patiënten. Alle interviews vonden plaats tussen mei en september 2019. Er werd een interviewrooster ontwikkeld en aangepast voor elk interview. Het aantal deelnemers aan een interview was variabel, tussen één en vijf personen.

Om onze gegevens te verwerken hebben wij de interviews gecodeerd met Nvivo 12 plus. De codering is uitgevoerd door twee onderzoekers (SC en RB) in een iteratief proces.

6. Er werd een univariabele logistische regressie uitgevoerd om te testen op niet-gecorrigeerde verschillen in de kans op onvervulde behoeften. Een multivariate logistische regressie werd gebruikt om het geïsoleerde effect van elke risicofactor te identificeren en tegelijk rekening te houden met het simultane effect van de andere factoren.

2. Resultaten

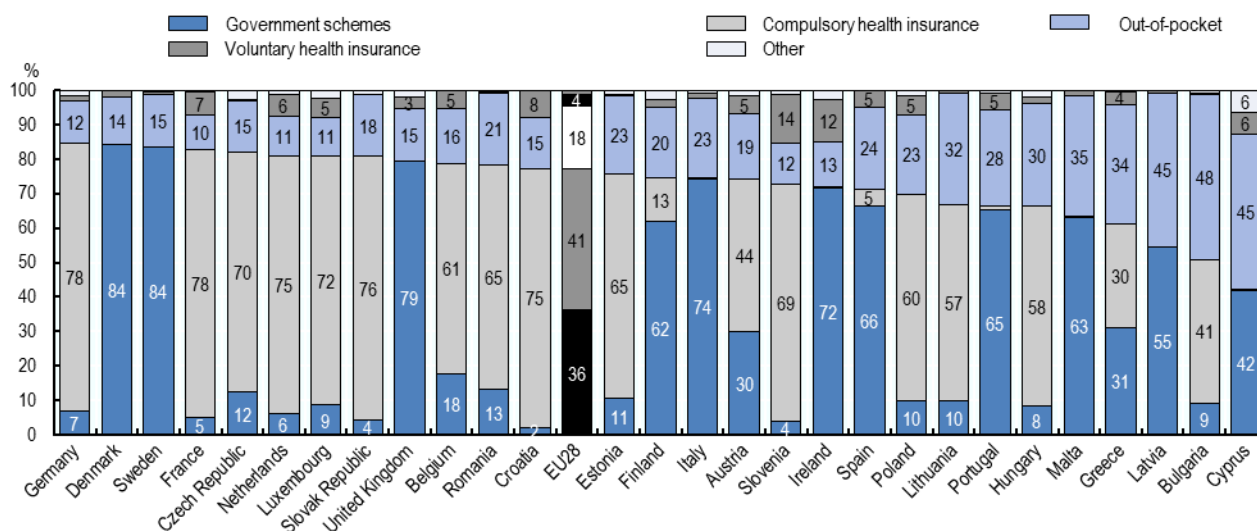
In dit hoofdstuk bekijken wij eerst hoe België scoort in vergelijking met andere EU-landen voor wat de toegang tot gezondheidszorg betreft. Vervolgens presenteren wij de resultaten van de analyse van de EU-SILC-enquête over de onvervulde behoeften aan gezondheidszorg. Ten slotte bespreken wij enerzijds de voornaamste obstakels voor de financiële toegang tot gezondheidszorg en anderzijds de efficiëntie van bepaalde maatregelen om kwetsbare groepen te beschermen en zo hun toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

2.1 Toegang tot gezondheidszorg in België in vergelijking met andere landen van de Europese Unie

2.1.1 Het belang van de eigen betalingen van de patiënten

Grafiek 1 toont de totale gezondheidsuitgaven, uitgesplitst naar de verschillende soorten financiering, in de Europese landen. In 2016 vertegenwoordigden de uitgaven ten laste van de patiënten 16% van de totale gezondheidsuitgaven in België. Dit percentage voor België ligt lager dan het gemiddelde van de 28 EU-landen (18%), maar hoger dan in de ons omringende landen.

Grafiek 1: Gezondheidsuitgaven volgens financieringstype, 2016 (of jaar dat er het dichtste bij aansluit)



Opmerking: landen in volgorde van het aandeel van de overheidsmiddelen en de verplichte ziekteverzekering in de gezondheidsuitgaven

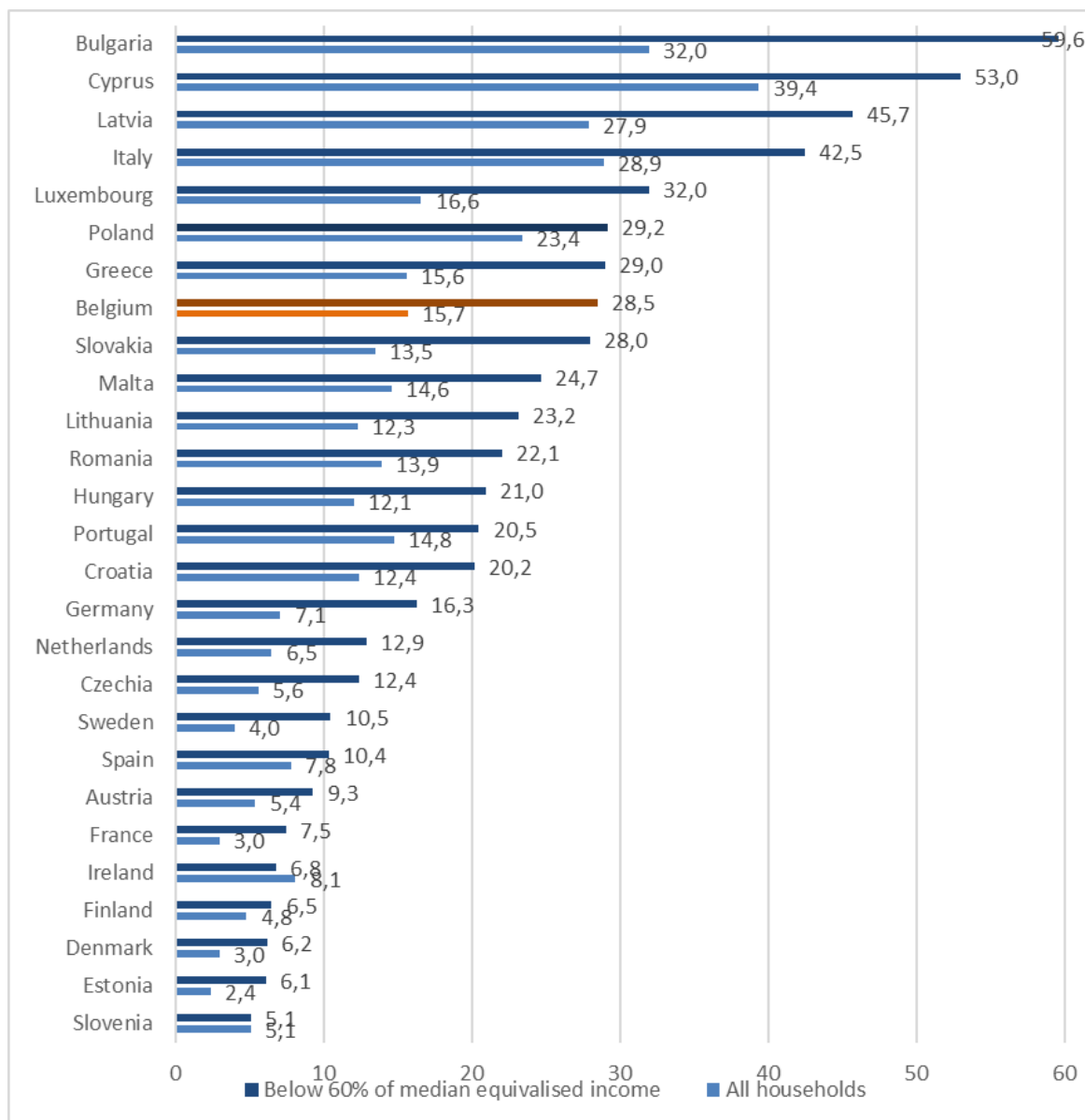
Bron: OECD and European Union, Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2018.

2.1.2 Perceptie van de financiële last van medische zorg

Het percentage van personen die melden dat de kosten van de gezondheidszorg een aanzienlijke financiële last vormen, varieert sterk binnen de EU. Grafiek 2 toont het percentage personen per lidstaat dat in 2017 verklaart dat medische zorg een hoge financiële last vormt.

Terwijl in België 15,7% van de personen aangaf dat medische zorg een hoge financiële last vormt, stijgt dit percentage tot 28,5% bij personen in een gezin waarvan het inkomen onder 60% van het mediaan inkomen ligt. België staat op de 8e plaats gerekend vanaf de landen waarin gezinnen met een laag inkomen de financiële lasten van de gezondheidszorg het vaakst als hoog ervaren. Van de buurlanden heeft alleen Luxemburg een hoger percentage en in Duitsland, Nederland en Frankrijk ligt het percentage beduidend lager.

Grafiek 2: Percentage van personen dat meldt dat medische zorg een hoge financiële last vormt, vergelijking tussen EU-lidstaten, 2017 (%)

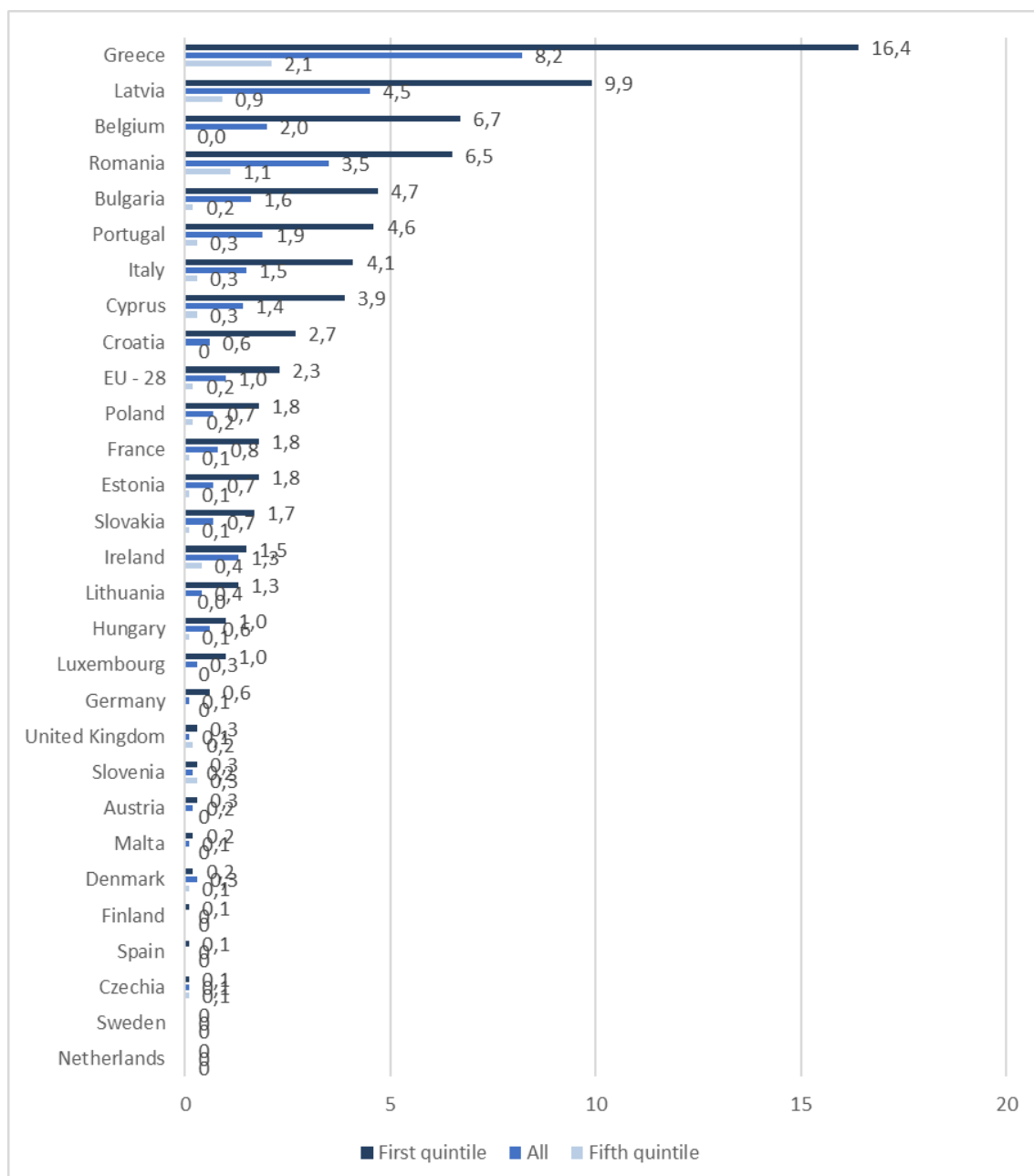


Bron: Eurostat, EU-SILC 2017.

2.1.3 Europese vergelijking van onvervulde behoeften aan medische zorg om financiële redenen

Grafiek 3 toont het percentage mensen dat in 2017 onvervulde behoeften aan medisch onderzoek of medische behandeling om financiële redenen meldt, naar inkomensniveau. Terwijl het percentage onvervulde medische behoeften om financiële redenen in België, in 2017, met 2% relatief laag blijft voor de bevolking als geheel, behoort het voor de laagste inkomens tot de hoogste van de EU-landen: België heeft het op twee na hoogste percentage mensen met onvervulde behoeften aan medisch onderzoek of behandeling om financiële redenen (6,7%), na Griekenland en Letland.

Grafiek 3: Percentage mensen dat onvervulde behoeften aan medisch onderzoek of medische behandeling om financiële redenen meldt, naar inkomenskwintielen, 2017 (%)



Bron: Eurostat, EU-SILC 2017.

2.2 Diepgaande analyse van de zelfgerapporteerde onvervulde behoeften aan medische zorg om financiële redenen in België

2.2.1 Individuele kenmerken van personen die verklaarden dat ze in 2017 onvervulde medische en/of tandheelkundige behoeften hadden

Globaal genomen had 4,1% van de bevolking in België onvervulde behoeften aan medische en/of tandheelkundige zorg om financiële redenen (EU-SILC-gegevens 2017). Er is een aanzienlijke overlapping tussen de groep met onvervulde medische behoeften en de groep met onvervulde tandheelkundige behoeften: 72% van de mensen met onvervulde medische behoeften rapporteerde ook onvervulde tandheelkundige behoeften.

Onvervulde behoeften worden veel vaker gemeld door minder bemiddelde personen. Zo was het aandeel van de bevolking met onvervulde behoeften aan medische zorg 6,7% in het eerste inkomenskwintiel (tegenover 2,1% vanaf het tweede kwintiel, en laag tot nul vanaf het derde kwintiel). Voor de tandheelkundige zorg bedroeg dit aandeel (in dezelfde periode) 10,5% in het eerste inkomenskwintiel (tegenover 4,3% in het tweede kwintiel en tussen 2,1% en 0,3% vanaf het derde kwintiel).

De resultaten uitgesplitst naar **individuele sociaal-economische kenmerken** maken het ook mogelijk om de bijzonder kwetsbare groepen te identificeren. Onvervulde behoeften komen veel vaker voor bij personen zonder beroepsactiviteit (met uitzondering van studenten en gepensioneerden): werklozen (7,6% voor medische zorg en 11,6% voor tandheelkundige zorg), personen met een handicap en/of invaliditeitsuitkering (respectievelijk 9,8% en 13,8%) en personen die huishoudelijk werk verrichten (5,8% en 8,5%), of in gezinnen met een lage beroepsactiviteit (drie maanden of minder op een jaar) (9,9% en 14,1%).

Anderen resultaten tonen ook het verband met **de financiële moeilijkheden die deze mensen ondervinden**. Mensen die het moeilijk hebben om te voorzien in hun basisbehoeften, zoals huisvesting en voeding, vermelden ook vaak onvervulde behoeften aan medische zorg. 8,4% van de mensen die in overbevolkte ⁽⁷⁾ woningen wonen, meldt onvervulde behoeften aan medische zorg en 10,4% aan tandheelkundige zorg (slechts 1,7% en 3,2% voor gezinnen die niet in een overbevolkte woning wonen). Nog belangrijker: onvervulde behoeften aan medische zorg zijn sterk gerelateerd aan het vermogen om aan de fysiologische behoeften te voldoen: 15% van degenen die moeite hebben met het verwarmen van hun huis meldt onvervulde behoeften aan medische zorg (tegenover slechts 1,2% van degenen die dit probleem niet ervaren) en 21,3% meldt onvervulde behoeften aan tandheelkundige zorg (tegenover 2,5%). Op dezelfde manier meldt

7. Iemand woont in een overbevolkte woning als deze minder kamers heeft dan: één kamer voor het gezin, één kamer per koppel dat er woont, één kamer voor elke alleenstaande persoon ouder dan 18 jaar, één kamer per twee kinderen van hetzelfde geslacht tussen 12 en 17 jaar, één kamer per kind tussen 12 en 17 jaar van een verschillend geslacht en één kamer per twee kinderen jonger dan 12 jaar.

16,5% van de personen die zich niet om de dag een evenwichtige maaltijd kunnen veroorloven, dat zij onvervulde behoeften aan medische zorg hebben en 20% dat zij onvervulde behoeften aan tandheelkundige zorg hebben.

Het grootste aandeel aan onvervulde behoeften wordt vastgesteld bij personen die melden dat zij in de afgelopen 12 maanden een achterstand hebben opgelopen met het betalen van rekeningen voor nutsvoorzieningen of huisvesting: 22,8% voor medische zorg (tegenover slechts 1% bij degenen die geen achterstand hebben) en 30,5% voor tandheelkundige zorg (tegenover 2,3%).

De resultaten variëren ook aanzienlijk tussen groepen die zich financieel wel en niet sociale activiteiten kunnen veroorloven. Van degenen die niet minstens één keer per maand met vrienden of familie kunnen uitgaan, meldde 13,7% onvervulde behoeften aan medische zorg en 20,5% onvervulde behoeften aan tandheelkundige zorg (vergeleken met respectievelijk 0,5% en 1,4% voor degenen die het zich kunnen veroorloven). Het resultaat is vergelijkbaar voor degenen die zich geen vrijetijdsbesteding kunnen veroorloven.

Ten slotte zijn er ook aanzienlijke verschillen tussen de Gewesten merkbaar. Het aandeel van de personen die onvervulde behoeften melden ligt aanzienlijk hoger in Wallonië (3,1%) en Brussel (4,3%) dan in Vlaanderen (1%).

2.2.2 Evolutie tussen 2011 en 2017

In de algemene bevolking is het percentage van mensen dat onvervulde medische behoeften om financiële redenen meldt, gestegen van 1,4% in 2011 naar 2% in 2017. Voor de tandheelkundige zorg werd geen significante stijging waargenomen. Per subgroep van de bevolking wordt vaak een aanzienlijke toename van de onvervulde behoeften aan medische en tandheelkundige zorg waargenomen in vergelijkbare categorieën.

- We merken een lichte maar significante toename van de onvervulde behoeften bij vrouwen: voor medische zorg gaat het om 1,8 procent in 2011 en 2,5 procent in 2017, voor tandheelkundige zorg 1,4 procent in 2011 en 2,7 procent in 2017.
- Bij de huurders zijn de onvervulde medische behoeften significant gestegen: 4,2% in 2011 en 5,7% in 2017.
- De onbevredigde behoeften aan medische en tandheelkundige zorg liggen in 2017 aanzienlijk hoger dan in 2011 bij mensen met weinig of geen beroepsactiviteiten: inzake medische zorg stijgt het percentage bij mensen die alleen huishoudelijke taken verrichten van 2,5% in 2011 tot 5,8% in 2017; bij werklozen van 5,2 % in 2011 tot 7,6% in 2017. Er deed zich tussen 2011 en 2017 een aanzienlijke verslechtering van de toegang tot

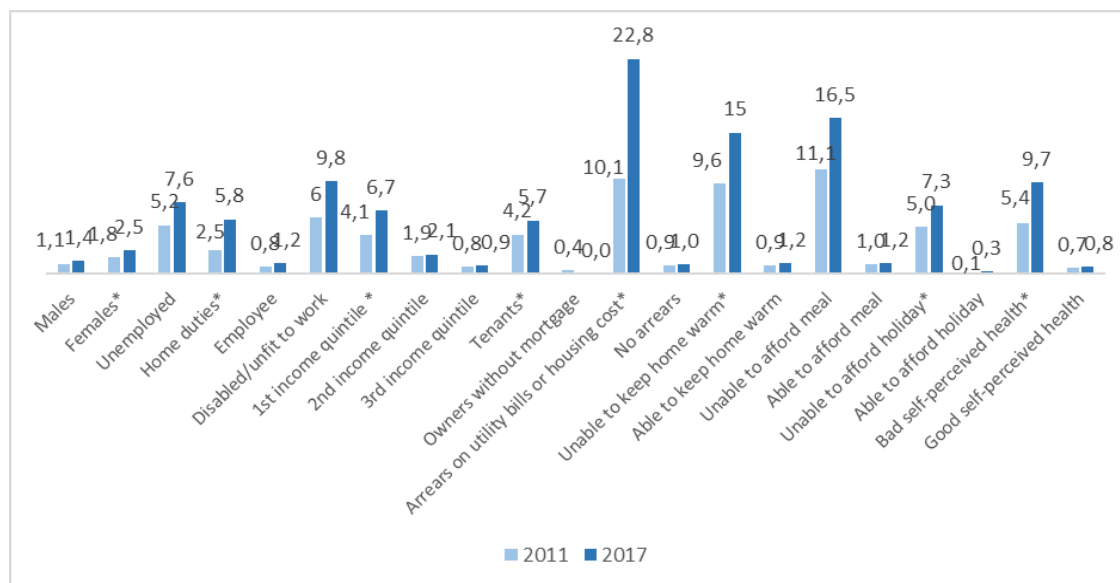
medische en tandheelkundige zorg voor bij de mensen met de laagste inkomens (8): 4,1% in 2011 en 6,7% in 2017 voor medische zorg en 7,6% in 2011 en 10,5% in 2017 voor tandheelkundige zorg.

- Mensen met financiële problemen om in hun basisbehoeften zoals huisvesting of voeding te voorzien, melden in 2017 veel vaker onvervulde medische en tandheelkundige behoeften dan in 2011: het percentage mensen met betalingsachterstand voor huur of nutsvoorzieningen die onvervulde medische behoeften melden, stijgt van 10,1% in 2011 naar 22,8% in 2017 (vergeleken met slechts 0,9% in 2011 en 1% in 2017 bij mensen zonder betalingsachterstand). Bij mensen die moeilijkheden ondervinden om zich te verwarmen betreft het 9,6% in 2011 en 15% in 2017 (0,9% in 2011 en 1,2% bij personen die deze moeilijkheden niet ondervinden).
- Sinds 2011 zien we ook het aandeel mensen dat onvervulde behoeften rapporteert om financiële redenen aanzienlijks stijgen bij personen die melden dat ze een slechte gezondheid hebben, : van 5,4% in 2011 naar 9,7% in 2017 voor de medische zorg en van 7,2% in 2011 naar 13,4% in 2017 voor tandheelkundige zorg.
- Sinds 2011 is er in Wallonië een significante stijging van de onvervulde behoeften, zowel voor de medische als de tandheelkundige zorg: van 1,8% in 2011 naar 3,1% in 2017 voor de medische zorg en van 3,4% in 2011 naar 5,1% in 2017 voor de tandheelkundige zorg.

Grafiek 4 toont de evolutie tussen 2011 en 2017 in het percentage mensen die onvervulde medische behoeften melden om financiële redenen volgens de individuele kenmerken van de respondenten.

8. Het eerste inkomenskwintiel.

Grafiek 4: Percentage personen die verklaren onvervulde medische behoeften te hebben om financiële redenen, in 2011 en 2017, volgens hun individuele kenmerken (%)



Bron: Eurostat, EU-SILC-gegevens.

* Significant verschil tussen 2011 en 2017 (9)

2.2.3 Determinanten van de onvervulde medische en tandheelkundige behoeften om financiële redenen

Na correctie voor andere factoren die van invloed kunnen zijn op onvervulde behoeften, zoals inkomen of behoeftengerelateerde factoren, zijn dit de demografische factoren die samenhangen met het risico van onvervulde behoeften in 2017:

- Gender: vrouwen melden vaker dan mannen onvervulde behoefte aan medische en tandheelkundige zorg.
- Leeftijd: mensen in de leeftijdsgroep 65+ lopen minder risico op onvervulde medische behoeften dan andere leeftijdsgroepen. De leeftijdsgroep 25-44 jaar loopt een groter risico op onvervulde behoeften inzake tandheelkundige zorg dan de jongere leeftijdsgroep (16-24 jaar).
- Aantal kinderen jonger dan 25 jaar: gezinnen met één tot drie kinderen jonger dan 25 jaar lopen minder risico's op onvervulde medische en tandheelkundige behoeften. Gezinnen met vier kinderen of meer (jonger dan 25 jaar) lopen meer risico op onvervulde tandheelkundige behoeften.

9. Bij de huurders wordt er een significant verschil waargenomen tussen twee categorieën huurders die in hun geheel beschouwd worden (huur tegen marktvoorwaarden en verlaagde huur). De resultaten in de grafiek hebben betrekking op de huurders die huurgeld tegen marktvoorwaarden betalen.

- Burgerlijke staat: gehuwde mensen lopen minder risico op onvervulde tandheelkundige behoeften.

Belangrijke verschillen in onvervulde behoeften worden waargenomen in functie van sociaal-economische factoren. Maar na correctie vertonen alleen nog het feit of iemand al dan niet eigenaar van zijn woning is en iemands economische status een significante correlatie met de onvervulde behoeften. In termen van economische status lopen studenten en zelfstandigen minder het risico op onvervulde behoeften. Huurders maken meer kans op onvervulde behoeften dan eigenaars zonder hypotheeklening. In 2017 was nog een andere categorie meer blootgesteld aan onvervulde medische en tandheelkundige behoeften: woningeigenaars met een hypotheek.

Het equivalent besteedbaar inkomen per gezin (per kwintiel) is geassocieerd met de kans op onvervulde behoeften aan medische en tandheelkundige zorg, na correctie voor andere factoren die van invloed kunnen zijn op de onvervulde behoefte, waaronder factoren die verband houden met de gezondheidsbehoeften.

De gezondheidstoestand is ook een factor die verband houdt met het risico op onvervulde medische en tandheelkundige behoeften. Het risico blijft, na correctie, meer aanwezig bij mensen met een verslechterde gezondheidstoestand (rekening houdend met andere factoren zoals het besteedbaar inkomen). Deze vaststelling roept vragen op over verminderde toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor degenen die ze het meest nodig hebben.

Anderzijds is er een belangrijke positieve evolutie merkbaar bij mensen met een chronische aandoening. Deze factor wordt in 2017 niet langer geassocieerd met onvervulde medische behoeften, terwijl dat in 2011 wel nog het geval was. Er is m.a.w. geen verschil in risico meer tussen mensen met en zonder een chronische aandoening.

Ten slotte blijft er ook na correctie voor andere factoren in 2017 een significant verschil tussen Vlaanderen en de twee andere gewesten.

2.2.4 Mogelijke verklaringen voor de kwantitatieve resultaten

Hoewel we met ons onderzoek geen oorzakelijk verband kunnen aantonen tussen de kwantitatieve analyse van de EU-SILC-data en de verklarende factoren, kunnen we deze resultaten wel koppelen aan bepaalde gegevens uit de literatuur en uit onze interviews.

Zo kan de stijging van het aantal mensen met een laag inkomen dat onvervulde gezondheidsbehoeften meldt in verband worden gebracht met het feit dat het aantal mensen dat in armoede dreigt terecht te komen sinds 2011 is toegenomen. Er zijn met andere woorden meer

mensen met een laag inkomen en dus meer mensen met financiële problemen om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg.

De interviews stellen ons in staat om het profiel van de mensen die om financiële redenen het risico lopen op onvervulde behoeften te verfijnen. Men kan grosso modo een onderscheid maken tussen twee soorten situaties. Aan de ene kant bevinden sommige mensen zich in een algemene kwetsbare situatie. De moeilijke toegang tot de gezondheidszorg komt bij hen bovenop andere moeilijkheden. Aan de andere kant staan mensen die geconfronteerd worden met een plotse daling van hun inkomen:

1. Mensen die in precare omstandigheden leven, hebben grote problemen om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg. De kosten die zij moeten maken voor de gezondheidszorg kunnen hun financiële situatie verslechteren of een financieel evenwicht verstoren dat al precair is. Toch is precariteit geen strikt financieel begrip. Het verwijst naar onstabiele levensomstandigheden die kunnen leiden tot een opeenstapeling van grote moeilijkheden op verschillende levensdomeinen.

Onze kwantitatieve analyse wijst op het risico van onvervulde behoeften bij mensen die te maken hebben met ongunstige omstandigheden: huishoudens met een laag niveau van beroepsactiviteit en/of die moeilijkheden ondervinden om hun huis te verwarmen of voldoende en gezond te eten en/of om de facturen voor nutsvoorzieningen of huisvesting tijdig te betalen of om zich sociale activiteiten te veroorloven. De geïnterviewden gaven ook aan dat aanhoudende financiële problemen invloed hebben op veel levensdomeinen die de toegang tot de gezondheidszorg kunnen belemmeren. Een van de belangrijkste mechanismen die leiden tot onvervulde behoeften inzake gezondheidszorg is het bestaan van andere, concurrerende basisbehoeften. Aangezien niet alle basisbehoeften correct kunnen worden vervuld, moet de persoon in kwestie prioriteiten stellen. Andere, fundamentele basisbehoeften, zoals wonen en voeding, krijgen dan vaak voorrang. De behoeften aan gezondheidszorg blijven onvervuld uit schrik om een reeds moeilijke financiële situatie nog erger te maken door extra uitgaven. De geïnterviewden beschreven verschillende profielen die hierbij aansluiten: mensen die met een invaliditeitsuitkering leven, gepensioneerden met een laag pensioen, sociaal geïsoleerde mensen, éénoudergezinnen, werklozen, mensen met mentale gezondheidsproblemen.

Geïnterviewden die beroepshalve met deze problematiek bekend zijn, stelden een stijging vast van het aantal mensen met een gezondheidszorgdekking die niet alleen moeilijkheden ondervinden om met hun beschikbaar inkomen voor hun gezondheidszorg te betalen, maar meer algemeen ook hun andere facturen. Deze geïnterviewde professionals benadrukten ook dat zij nu meer cliënten in een precare situatie hebben dan tien jaar geleden. Zij bevestigden ook dat een groeiend aantal patiënten met een combinatie van moeilijkheden heeft af te rekenen, op allerlei domeinen: huisvesting, voeding, sociaal isolement. Velen onder hen wezen in dit verband op de gestegen kosten voor huisvesting en nutvoorzieningen. De sterke stijging

van de onvervulde behoeften aan gezondheidszorg bij huurders en mensen die moeilijkheden ondervinden om hun huur en nutsfacturen te betalen, sluit aan bij de conclusies van de Belgische gezinsbudgetenquête. Uit deze enquête blijkt dat huisvesting een steeds grotere hap uit het huishoudbudget neemt: het aandeel van de huisvestingsuitgaven (huur, water, energie, onderhoud) in het huishoudbudget is tussen 1999 en 2018 gestegen van 26,1% tot 30,3% ⁽¹⁰⁾.

Toegang tot de gezondheidszorg wordt niet alleen bemoeilijkt door financiële obstakels en organisatorische problemen (zoals het vervoer), ook persoonlijke en psychosociale kenmerken kunnen extra hindernissen opwerpen. Het betreft onder andere het beeld dat deze mensen hebben van gezondheidswerkers (culturele afstand enz.), psychosociale reacties zoals het minimaliseren van gezondheidsproblemen, angst, afleiding door andere moeilijkheden, mentale gezondheidsproblemen enz.

2. Een plotse inkomensdaling en met name een werkonderbreking als gevolg van gezondheidsproblemen bij mensen met een bescheiden inkomen, werd door de geïnterviewden genoemd als een vaak voorkomende oorzaak van niet vervulde behoeften aan medische zorg. Verschillende factoren verklaren de zwakke financiële capaciteit die het in dergelijke situatie moeilijk maakt om gezondheidskosten te betalen. Mensen worden geconfronteerd met een aanzienlijke en bruske daling van hun inkomen, terwijl ze vaak zowel hogere gezondheidskosten, als niet-samendrukbare uitgaven (voeding, huisvesting, enz.) moeten dragen. Bovendien kan het in deze periode ook moeilijk zijn om de administratieve stappen te ondernemen die nodig zijn om een vervangingsinkomen te ontvangen, vanwege de verminderde fysieke capaciteit van de begunstigde. Voor minder goegeden kunnen dergelijke mechanismen gemakkelijk leiden tot ernstige financiële problemen en het uitstellen of annuleren van gezondheidszorg.

De bevinding dat mensen met een handicap en/of een invaliditeitsuitkering zwaar getroffen worden door zelfgerapporteerde onvervulde behoeften aan zorg kwam ook tot uiting tijdens de interviews.

De verschillen in de moeilijkheden voor toegang tot gezondheidszorg die we in de statistische analyse observeerden tussen de gewesten, en de toename van die moeilijkheden, komen ook overeen met informatie die tijdens de interviews werd verkregen: de geïnterviewde professionals die een verslechtering van de financiële situatie van de patiënten meldden, bevonden zich allemaal in Brussel of Wallonië.

10. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/huishoudbudget> (geraadpleegd op 16/6/2020).

Op een verbetering van toegang tot zorg voor mensen met een chronische aandoening werd ook tijdens de interviews gewezen. Dit zou verband kunnen houden met een aantal gerichte maatregelen bedoeld om de financiële toegankelijkheid van zorg voor patiënten met chronische ziekten in België te verbeteren.

2.3 Voornaamste obstakels voor toegang tot de gezondheidszorg

2.3.1 Ontbreken van dekking door de verplichte ziekteverzekering

Personen die niet gedekt zijn voor gezondheidszorg krijgen af te rekenen met de zwaarste problemen van toegang tot de gezondheidszorg. Wij hebben verschillende redenen voor het gebrek aan dekking vastgesteld.

Om te beginnen zijn er personen die hun verplichte sociale bijdragen niet hebben betaald, meer bepaald zelfstandigen ⁽¹¹⁾. Dat deze personen niet gedekt zijn, komt dus doordat de bestaande wetgeving niet wordt toegepast. De maatschappelijk werkers haalden diverse redenen aan waarom zelfstandigen hun bijdragen niet betalen: een bewuste keuze om niet bij te dragen; (tijdelijk) onvoldoende inkomsten; "schijnzelfstandigen" voor wie de werkgever geen sociale bijdragen heeft betaald zonder de werknemer hiervan op de hoogte te brengen; EU-burgers die verklaren dat ze zelfstandigen zijn om een verblijfsvergunning te verkrijgen, maar die geen echte beroepsactiviteit uitoefenen en nieuwkomers die niet weten dat ze bijdragen moeten betalen. Verschillende personen kunnen in specifieke gevallen vrijgesteld worden van betaling van bijdragen, maar deze regels maken het systeem zo complex, dat zelfs de gespecialiseerde diensten van de ziekenfondsen soms niet bij machte zijn om duidelijke richtlijnen met betrekking tot de geldende regels te geven.

Ten tweede is een gebrek aan dekking soms ook gewoon een gevolg van administratieve nalatigheid. Mensen hebben recht op dekking, maar zetten niet de vereiste administratieve stappen, bijvoorbeeld door een gebrek aan informatie of wegens mentale gezondheidsproblemen. Ten derde zijn sommige dekkingproblemen het gevolg van de inertie van overheidsdiensten in andere landen. Dit is het geval voor migranten uit de EU/EER en voor mensen die meer dan twee jaar in het buitenland hebben verbleven en niet in staat zijn om de vereiste documenten te verstrekken om hun ziektekostenverzekering in hun vorige land aan te tonen.

11. Zelfstandigen die niet gedekt zijn, zijn op het eerste gezicht in tegenspraak met de resultaten van de analyse van de EU-SICL-gegevens, waaruit bleek dat zelfstandigen minder vaak onvervulde behoeften aan gezondheidszorg hebben. Dit komt waarschijnlijk doordat de categorie "zelfstandigen" zeer divers is, van grote ondernemers over vrijeberoepers tot kleine handelaars met een laag inkomen. De kenmerken van sommige subgroepen zijn op statistisch niveau niet te onderscheiden.

Ten slotte is een van de meest dramatische situaties die leidt tot het ontbreken van een verplichte ziektekostenverzekering de ambtshalve schrapping van personen uit het bevolkingsregister. Sommige mensen die door een dergelijke maatregel worden getroffen, hebben het land nooit verlaten. Door deze schrapping komt het slachtoffer op verschillende levensdomeinen in een catastrofale situatie terecht, vermits hij al zijn sociale rechten verliest. De voorbeelden die tijdens de interviews zijn gegeven, roepen vragen op over de onderliggende mechanismen die leiden tot ambtshalve schrapping en in het bijzonder over de verantwoordelijkheid van de diensten die dergelijke beslissingen nemen.

De OESO schat het aantal personen dat officieel in België verblijft en niet gedekt is door de verplichte ziekteverzekering op 1% van de bevolking. We hebben echter een reeks individuele situaties van uiteenlopende aard kunnen identificeren die niet in deze raming zijn opgenomen, met name mensen die sedert meer dan twee jaar hun recht op een verplichte ziekteverzekering hebben verloren; zwartwerkers of mensen die niet de administratieve stappen hebben gezet om bij het systeem aan te sluiten.

2.3.2 Het voorschieten van terugbetaalbare gezondheidskosten

Voorschotten zijn een belangrijk obstakel voor toegang tot ambulante gezondheidszorg. Vooruitbetalingen door de patiënten van terugbetaalbare kosten voor gezondheidszorg is typisch voor gezondheidszorgsystemen gebaseerd op betaling per prestatie (fee-for-service). Behalve in België, geldt dit in de EU voor de ambulante zorg in Frankrijk en Luxemburg.

Meer bepaald de vooruitbetaling aan kinesisten, tandartsen en medisch specialisten en voor huisbezoeken van huisartsen wordt beschouwd als een zeer belangrijke belemmering van de toegang tot de gezondheidszorg. Hoge kosten en grote voorschotten voor enterale en parenterale voeding en de apparatuur zijn bijzonder moeilijk om te dragen voor patiënten in preciaire situaties en leiden er soms zelfs toe dat patiënten niet in staat zijn om zich te voeden.

De veralgemeende toepassing van de derdebetalersregeling voor zorg die door huisartsen aan kwetsbare groepen wordt verleend, wordt over het algemeen toegejuicht als een maatregel die de toegang tot de eerstelijnszorg aanzienlijk verbetert. Maar wanneer de derdebetalersregeling niet automatisch wordt toegepast, zijn de regels zeer complex en kunnen ze dus een obstakel vormen. De patiënt moet immers niet alleen weten op welke gezondheidsdiensten de derdebetalersregeling kan worden toegepast en of hij/zij er recht op heeft, het is ook aan de patiënt om contact op te nemen met de gezondheidswerker om te zien of hij/zij bereid is het systeem in zijn of haar specifieke geval toe te passen. Het feit dat het de gezondheidswerker is die bepaalt of de derdebetalersregeling al dan niet van toepassing is, is bovendien niet in overeenstemming met sociaal beleid dat gericht is op het waarborgen van een sociaal recht voor iedereen.

2.3.3 Het belang van de totale gezondheidskosten die ten laste zijn van de patiënt

Het niveau van de gezondheidszorgkosten die voor rekening van de patiënt blijven, is een belangrijke verklarende factor voor onvervulde gezondheidsbehoeften. In landen waar huishoudens een hoog percentage van de totale gezondheidsuitgaven betalen, is de kans op onvervulde behoeften groter. Het is moeilijk om het algemene niveau van de gezondheidszorgkosten ten laste van de patiënten/huishoudens tussen landen te vergelijken. Toch suggereren de beschikbare cijfers dat, in vergelijking met de buurlanden, het algemene niveau van het patiëntenaandeel in de zorgkosten in België relatief hoog is.

Respondenten gaven uitleg over de verschillende mechanismen die leiden tot onvervulde gezondheidsbehoeften om financiële redenen. Zij hebben echter niet altijd aangegeven naar welk type kosten zij verwijzen (remgelden, supplementen of niet-terugbetaalde zorg). Deze zullen in de volgende paragrafen worden besproken.

2.3.4 Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt

In vergelijking met de andere EU-landen is de dekking van ziekenhuiskosten door de verplichte ziekteverzekering in België zwak. Terwijl in de hele EU in 2016 93% van alle ziekenhuiskosten gedekt was, was dat in België slechts voor 77% het geval.

Respondenten meldden hoge voorschotten en eigen betalingen ten laste van patiënten in meerpersoonskamers in het ziekenhuis, ook voor wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming⁽¹²⁾. Hiervoor werden diverse redenen aangehaald, in het bijzonder de kosten voor een langdurig verblijf (meer bepaald in intensive care-diensten) en van specifieke, dure medische hulpmiddelen (zoals prothesen). Voor vervoer tussen ziekenhuizen worden zeer hoge kosten aan patiënten aangerekend, vooral in regionale ziekenhuizen met een lage specialisatiegraad.

Patiënten met een onbetaalde ziekenhuisrekening botsen op een ander belangrijk obstakel voor toegang tot ziekenhuiszorg. Enerzijds weigeren sommige ziekenhuizen patiënten met een betalingsachterstand te behandelen, anderzijds stellen patiënten zorg uit om te voorkomen dat hun schuld nog groter wordt. Er is ook gemeld dat sommige ziekenhuisartsen minder medische onderzoeken uitvoeren bij patiënten die een achterstand hebben of die waarschijnlijk moeite zullen hebben om de rekening voor hun verblijf in het ziekenhuis te betalen. Het beleid van sommige OCMW's om de ziekenhuisschulden van hun cliënten niet te vereffenen, verklaart deze praktijken gedeeltelijk.

12. Sommige categorieën verzekerden met een laag inkomen betalen een lager remgeld, op basis van het zogeheten statuut van "verhoogde tegemoetkoming".

2.3.5 De eigen betalingen van de patiënt voor ambulante zorgen

De verplichte dekking voor ambulante medische zorg, geneesmiddelen en therapeutische hulpmiddelen ligt in België iets hoger dan het EU-gemiddelde. De meeste buurlanden hebben echter over het algemeen een betere dekking voor de meeste van deze gezondheidsdiensten en -goederen. Voor de tandheelkundige zorg ligt de dekking bij ons hoger (42% van de kosten gedekt in België tegenover 30% voor de EU als geheel).

De toegang tot huisartsenzorg wordt over het algemeen als goed beschouwd, met name voor wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming, zowel in privépraktijken als in wijkgezondheidscentra.

Wijkgezondheidscentra spelen een cruciale rol bij het waarborgen van toegang tot de gezondheidszorg voor kansarme mensen. Enerzijds hoeven patiënten de terugbetaalde kosten niet voor te schieten en blijft het bedrag van het remgeld verwaarloosbaar of zelfs nul. Anderzijds ondersteunen deze centra hun patiënten actief, met name door de goedkoopste behandelingen en alternatieve financiële oplossingen op te zoeken (uitlenen van medische hulpmiddelen/apparatuur, overeenkomsten met een apotheek, enz.). Deze centra bieden toegang tot de nodige behandelingen voor de meest kwetsbaren. Momenteel bereiken ze echter slechts ongeveer 4% van de Belgische bevolking.

De toegang tot kinesithérapie en tandheelkundige zorg wordt vaak als moeilijk beschouwd vanuit een financieel oogpunt en niet alleen voor kwetsbare mensen. De hoge kosten van tandheelkundige zorg voor de patiënt kunnen het gevolg zijn van het hoge remgeld en/of niet-terugbetaalde zorg, meer bepaald bij orthodontie en gebitsprothesen (bijvoorbeeld bij een gebroken tand).

Geneesmiddelen zijn vaak moeilijk te betalen voor lage-inkomensgroepen. Patiënten kopen dan voorgeschreven geneesmiddelen niet of slechts gedeeltelijk aan of stellen de aankoop van sommige geneesmiddelen uit, waarbij ze zelf inschatten hoe noodzakelijk een bepaald geneesmiddel is. Polymedicatie is een oorzaak van financiële moeilijkheden, net zoals de aankoop van bepaalde voorgeschreven geneesmiddelen die niet terugbetaalbaar zijn. Geïnterviewden benadrukten ook de hoge kosten van medicatie voor psychiatrische aandoeningen. Volgens verschillende respondenten zijn de kosten van geneesmiddelen in de loop van de tijd aanzienlijk gestegen.

Ook brillen, gehoorapparaten en kunstgebitten werden vaak genoemd als moeilijk aan te schaffen door mensen in een precare situatie. Defecte hulpmiddelen worden soms niet vervangen vanwege de kosten.

De kosten van ambulante zorg aansluitend op een ziekenhuisopname kunnen heel duur zijn voor patiënten (vooral voor mensen met een laag inkomen). Het kan daarbij gaan om wondverzorging, kinesitherapie of medicatie. Geïnterviewde professionals merkten op dat de zorg na ontslag uit het ziekenhuis soms wordt onderbroken. Deze onderbrekingen kunnen in sommige gevallen tot belangrijke complicaties leiden.

Er werd ook gewezen op moeilijkheden om de vervoerskosten te betalen bij frequente bezoeken aan het ziekenhuis voor medische behandelingen zoals dialyse, chemotherapie of radiotherapie, ondanks de financiële steun van de ziekteverzekering (voor het openbaar vervoer of het gebruik van de eigen wagen). Vaak gaat het om patiënten die geen auto hebben of die fysiek niet in staat zijn om de auto of het openbaar vervoer te gebruiken.

2.3.6 Ereloonsupplementen

Ereloonsupplementen kunnen gelden wanneer zorgverleners niet geconventioneerd zijn, d.w.z. wanneer ze niet akkoord zijn gegaan met de tarieven afgesproken in de overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van de zorgverleners. Toch maken deze zorgverleners aanspraak op de financiering waarin de ziekteverzekering voorziet.

In de ambulante zorg zijn patiënten zich niet altijd bewust van de verschillen tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen. En zelfs patiënten die het systeem kennen, zijn niet altijd in staat om na te gaan of hun zorgverlener al dan niet geconventioneerd is. Problemen met ereloonsupplementen zijn voor mensen in een preciaire situatie nog nijpender bij specialisaties waarvoor er een tekort aan geconventioneerde artsen is, zoals bij tandheelkunde en oogheelkunde. Wanneer er onvoldoende geconventioneerde gezondheidswerkers zijn, dient de patiënt lang te wachten vóór hij een afspraak kan krijgen.

Artsen kunnen aan patiënten die in het ziekenhuis verblijven alleen ereloonsupplementen aanrekenen als ze expliciet voor een éénpersoonskamer hebben gekozen. Dit geldt zowel voor een dagkliniek als voor een opname met overnachting. Bij de opname in het ziekenhuis moeten de patiënten een verklaring ondertekenen dat ze op de hoogte zijn gebracht van de kosten van een éénpersoonskamer. Toch hebben patiënten niet altijd nauwkeurige informatie over de verschuldigde kosten gekregen of hebben ze de gevolgen van hun keuze niet goed begrepen. Bovendien ondertekenen ze dit formulier bij hun opname, potentieel een stresserend moment dat hun oordeelsvermogen kan beïnvloeden. Wij hebben ook kennis gekregen van patiënten die foute hoge facturen hebben ontvangen, terwijl ze op het formulier voor een meerpersoonskamer hadden gekozen, of niet in een éénpersoonskamer hadden verbleven.

2.3.7 Een complex systeem

De complexiteit van het gezondheidszorgsysteem is een belangrijke barrière voor toegang tot de zorg. Deze complexiteit geldt voor alle niveaus van het systeem: de administratieve procedures voor het verkrijgen van dekking en vrijstellingen van betaling van bijdragen, het recht op verminderd remgeld, de keuze van een geconventioneerde zorgverlener, het recht op de derdebetalersregeling, het zorgtraject, toegang tot ondersteuning door het OCMW, enz.

De digitalisering van sociale, administratieve en gezondheidsdiensten voegt een complexiteitslaag toe. Mensen die geen computervaardigheden hebben of niet over de nodige apparatuur beschikken, hebben steeds minder toegang tot sociale diensten. Het gebrek aan directe persoonlijke ondersteuning bij het oplossen van soms complexe problemen is ook een groot obstakel voor kwetsbare mensen bij het uitoefenen van hun rechten.

2.3.8 Gevolgen van problemen met toegang tot de gezondheidszorg voor de gezondheid

Onze studie toont het verband aan tussen onvervulde behoeften aan gezondheidszorg en een verslechterende gezondheidstoestand. Er werden talrijke voorbeelden gegeven van patiënten, met name patiënten met een chronische aandoening, van wie gezondheidsproblemen rechtstreeks konden worden toegeschreven aan moeilijkheden om de nodige behandelingen te betalen (bijvoorbeeld wondcomplicaties door een gebrek aan adequate behandeling na ontslag uit het ziekenhuis). Door een onderbreking in de zorgcontinuïteit werd een snelle verslechtering van de gezondheidstoestand waargenomen, waardoor in sommige gevallen een nieuwe ziekenhuisopname nodig was.

Onvervulde gezondheidsbehoeften zijn dus een extra factor voor ongelijkheid op gezondheidsgebied, naast vele andere upstream determinanten (bv. soort werk, voeding, andere stressfactoren, enz.).

2.4 Efficiëntie van de beschermingsmaatregelen voor kwetsbare groepen ⁽¹³⁾

In dit deel bespreken we de twee belangrijkste maatregelen om toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare groepen te verbeteren: de verhoogde tegemoetkoming en de tussenkomst van de OCMW's in het remgeld.

2.4.1 Het statuut van rechthebbende van een verhoogde tegemoetkoming

Algemeen werd erkend dat dit statuut een belangrijke steun is voor mensen met een laag inkomen om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg. Er werden echter ook verschillende problemen in verband met dit statuut aangehaald.

Om te beginnen is er een belangrijke non-take-up van dit statuut voor mensen aan wie het niet automatisch wordt toegekend. Hoewel er de afgelopen jaren aanzienlijke inspanningen zijn geleverd om de opname van dit statuut te verbeteren, vragen mensen in een precaire situatie het vaak niet aan of voltooiën ze de administratieve procedures niet.

Ten tweede werd het gebrek aan progressiviteit van het recht als een belangrijk probleem omschreven. Personen met een inkomen dat net boven het plafond voor een verhoogde tegemoetkoming ligt, hebben geen enkel recht op het voordeel. Toch kunnen zij meer moeilijkheden ondervinden om toegang tot gezondheidszorg te krijgen dan mensen die wel statuut hebben, met name wanneer zij hoge gezondheidskosten hebben of wanneer zij langdurig in het ziekenhuis worden opgenomen.

Ten derde blijft het resterende aandeel voor patiënten die van het statuut van verhoogde tegemoetkoming genieten, ondanks alles, in sommige gevallen toch hoog voor bepaalde soorten gezondheidszorg. Dit geldt vooral voor de ziekenhuiszorg, maar ook voor medische hulpmiddelen en geneesmiddelen.

Daarbij dient te worden opgemerkt dat in 22 van de 28 EU-lidstaten (inclusief het Verenigd Koninkrijk) kwetsbare groepen volledig van remgelden zijn vrijgesteld voor een ruime waaier aan gezondheidsdiensten.

13. Het systeem van de maximumfactuur (MAF) werd nauwelijks aangehaald door de geïnterviewden. De maximumfactuur is een financiële beschermingsmaatregel om te hoge gezondheidsuitgaven te vermijden en om de jaarlijkse gezondheidskosten van gezinnen te beperken. Het doel is dus niet om onvervulde behoeften aan gezondheidszorg te vermijden, maar om te voorkomen dat huishoudens in financiële moeilijkheden zouden komen door een beroep te doen op dure gezondheidsdiensten. Een ex post financieel beschermingssysteem zoals de maximumfactuur kan immers geen onvervulde behoeften wegens hoge kosten vermijden, aangezien gezinnen eerst de kosten moeten voorschieten en het remgeld betalen om de drempel te bereiken die recht geeft op een vrijstelling van het remgeld.

2.4.2 De rol van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW's)

De OCMW's, gevestigd in elke Belgische gemeente, spelen een cruciale rol in de financiële ondersteuning voor gezondheidskosten van de meest behoeftige patiënten. Er zijn echter belangrijke verschillen tussen de OCMW's, zowel wat betreft de aard van de financiële tussenkomst als de voorwaarden voor de toekenning ervan.

In sommige OCMW's wordt de dekking van de door de patiënten gedragen kosten voor een bepaalde periode verzekerd, hetzij voor een ruime waaier aan gezondheidsdiensten en -producten die niet a priori zijn bepaald, hetzij voor specifieke en terugkerende uitgaven die door een medisch voorschrift vooraf moeten worden gerechtvaardigd. Ook de criteria om in aanmerking te komen voor financiële steun van de OCMW's verschillen sterk van gemeente tot gemeente. In sommige gemeenten wordt alleen rekening gehouden met het gezinsinkomen, in andere worden ook de uitgaven voor essentiële goederen en diensten, zoals huisvesting, in aanmerking genomen. In sommige OCMW's worden uitkeringen alleen toegekend aan gezinnen met een gezinsbudget onder een bepaalde drempelwaarde, terwijl in andere gevallen sprake is van een zekere progressiviteit in de berekening van de financiële tussenkomst. Een ander belangrijk verschil dat werd aangehaald, betreft de financiële steun om de kosten voor de patiënt van een ziekenhuisopname te dekken: in sommige gemeenten is er geen financiële steun voor deze kosten en patiënten met betalingsachterstand, krijgen dan een afbetalingsplan aangeboden. Deze verschillen in beleid tussen OCMW's leiden tot geografische ongelijke behandeling van personen.

Conclusie

Hoewel de toegang tot gezondheidszorg in België voor de bevolking als geheel relatief goed is, zijn de ongelijkheden in toegang tot de gezondheidszorg tussen de minst bemiddelde personen en de rijksten de laatste tien jaar aanzienlijk toegenomen. Dit is vooral te wijten aan het feit dat mensen met een laag inkomen het steeds moeilijker hebben om de kosten voor gezondheidszorg te betalen en de terugbetaalbare kosten voor te schieten.

Onze studie bracht geen duidelijke veranderingen in het gezondheidszorgsysteem aan het licht die deze evolutie zouden kunnen verklaren. Integendeel, in dezelfde periode is een aantal maatregelen genomen om de toegang tot de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen te verbeteren. We gaan er daarom van uit dat een van de mogelijke factoren die deze trend kunnen verklaren, de verslechtering van het beschikbare gezinsbudget van kwetsbare groepen is, nadat de kosten van andere essentiële goederen en diensten in mindering zijn gebracht. Het hoge aandeel en de significante toename van de onvervulde behoeften aan medische zorg bij mensen met een betalingsachterstand op hun rekeningen voor nutsvoorzieningen of huisvesting, alsook de significante toename van de onvervulde behoeften bij huurders, zijn hier aanwijzingen voor.

Onze resultaten laten zien dat het Belgische ziekteverzekeringstelsel niet is toegerust om adequaat te reageren op de toenemende problemen waarmee kwetsbare mensen en mensen die geconfronteerd worden met een plotse inkomensdaling, geconfronteerd worden. Uit Europese vergelijkingen blijkt ook dat het Belgische gezondheidssysteem voor de lage-inkomensgroepen relatief slecht presteert. Als gevolg daarvan loopt de kwetsbare bevolking, die het meest behoefte heeft aan gezondheidszorg, een groter risico om de af te zien van gezondheidszorg of deze uit te stellen, met mogelijk ernstige negatieve gevolgen voor de gezondheid.

Sommige basiskenmerken van het gezondheidszorgstelsel, zoals de betaling per prestatie van zorgverleners en de combinatie hiervan met de vooruitbetaling van terugbetaalbare kosten, maken het moeilijker om ongelijkheden in de toegang tot de gezondheidszorg aan te pakken. De maatregelen die in het kader van de ziektekostenverzekering zijn genomen om kwetsbare personen te beschermen tegen onbetaalbaar hoge gezondheidskosten, zijn onvoldoende gebleken. De vele redenen hiervoor worden in het rapport besproken. Onze studie wijst ook op de sleutelrol van de door de gemeenten (OCMW's) georganiseerde residuele regeling. Deze verleent financiële steun aan mensen met een laag inkomen om ze toegang te geven tot gezondheidszorg, op basis van een middelentoets. Maar aangezien de criteria en voorwaarden om in aanmerking te komen voor financiële steun op lokaal niveau worden bepaald, leidt dit systeem tot geografische ongelijkheid voor wat de toegang tot de gezondheidszorg betreft.

In het licht van deze bevindingen roepen wij de stakeholders op om een diepgaande discussie aan te gaan over de vraag hoe we kunnen evolueren naar een universele gezondheidsdekking ⁽¹⁴⁾. Wij roepen op tot een open discussie over het concept van het systeem om de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen te waarborgen en over de financiële lasten van de eigen betalingen voor patiënten, met name voor kwetsbare patiënten.

De huidige gezondheids crisis maakt een dergelijk debat nog urgenter. Inderdaad, de inkomens van veel mensen zijn plots gedaald, en onze analyse heeft aangetoond dat dit een aanzienlijk risico op onvervulde behoeften aan gezondheidszorg met zich meebrengt. Veel zelfstandigen zijn in het bijzonder ernstig getroffen door een bruuske inkomensdaling ten gevolge van de pandemie, en zij riskeren niet meer in staat te zijn om hun socialezekerheidsbijdragen te betalen. Bovendien blijven veel patiënten met COVID-19 voor langere tijd in het ziekenhuis en op de eenheden intensieve zorgen. Uit onze studie blijkt dat langdurig verblijf in het ziekenhuis, met name op intensieve zorgen, voor sommige patiënten en gezinnen met bescheiden middelen tot ernstige betalingsproblemen kan leiden.

Het waarborgen van gelijke toegang tot de gezondheidszorg en de bescherming van patiënten tegen buitensporige kosten moeten de belangrijkste doelstellingen van het verplichte ziekteverzekeringstelsel zijn, niet alleen in principe maar ook in de praktijk.

14. Universele gezondheidsdekking zoals gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) betekent dat alle individuen en gemeenschappen de gezondheidsdiensten ontvangen die ze nodig hebben, zonder dat ze hierdoor financiële moeilijkheden ondervinden.

Beleidsaanbevelingen

Op basis van onze analyse schuiven wij de volgende beleidsaanbevelingen naar voor:

1) Universele dekking van de bevolking

Om te beginnen nodigen we de stakeholders uit om grondig na te denken over de dekking van de bevolking inzake gezondheidszorg. Een universele dekking van de bevolking, gebaseerd op de woonplaats, en het afdwingen van de betaling van sociale bijdragen door degenen die over financiële middelen beschikken, kunnen uiteindelijk alle belanghebbenden ten goede komen.

2) Uitbreiding van de derdebetalersregeling

De derdebetalersregeling zou moeten worden veralgemeend voor alle verzekerden, voor alle soorten ambulante zorg en bij prioriteit automatisch worden toegepast voor kwetsbare groepen.

3) Hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming

Mensen die het statuut rechthebbende verhoogde tegemoetkoming genieten, zouden volledig moeten worden vrijgesteld van remgeld, zoals het geval is voor kwetsbare groepen in de meeste EU-landen. Dit statuut zou zoveel mogelijk automatisch moeten worden toegekend.

Wij stellen bovendien voor om een extra categorie begunstigden in het leven te roepen, voor mensen met een licht hoger inkomen dan de huidige drempel voor het statuut verhoogde tegemoetkoming.

Het moet verboden worden om ereloonsupplementen aan te rekenen aan mensen met het statuut verhoogde tegemoetkoming, zowel voor ambulante zorg als voor ziekenhuiszorg.

4) Kinderen beschermen tegen remgelden

Kinderen moeten gratis toegang hebben tot gezondheidszorg, zoals dat het geval is in de meeste Europese landen, ongeacht het verzekeringsstatuut van hun ouders.

5) De wijkgezondheidscentra verder ontwikkelen

Wij bevelen sterk aan om de wijkgezondheidscentra uit te breiden en hun rol beter te omschrijven. Zij zouden een centrale rol moeten spelen bij de gezondheidsbevordering en ziektepreventie en bij de integratie van zorg op lokaal niveau.

6) De dekking bij ziekenhuisopname verbeteren

De kosten van een ziekenhuisopname in een meerpersoonskamer moeten strikt worden beperkt. Met name de kosten en wekelijkse voorschotten voor de hospitalisatiekosten bij een lang verblijf en de kosten van prothesen moeten worden verminderd, en niet alleen voor de begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming.

Er is een debat nodig over de vraag wie de achterstallige betalingen voor de ziekenhuisopname van insolvente patiënten moet dekken, aangezien de huidige situatie zeer problematisch is voor de patiënten.

7) De dekking verbeteren voor specifieke zorgtypes

Hoewel het voor mensen in kwetsbare situaties moeilijk kan zijn om alle soorten kosten voor gezondheidszorg te dragen, is het met name nodig om hun dekking te verbeteren voor bepaalde specifieke soorten zorg, die op dit moment niet of slecht worden vergoed. Het gaat meer bepaald om de volgende soorten zorg:

- Sommige categorieën van voorgeschreven niet-terugbetaalbare geneesmiddelen;
- Medische hulpmiddelen, met name brillen, tandprothesen en sommige verzorgingsmiddelen en verbanden;
- Vervoerskosten voor patiënten die regelmatig naar het ziekenhuis moeten reizen en wiens gezondheidstoestand het gebruik van openbaar vervoer of een eigen wagen niet toelaat.

8) Verbeteren van de toegang tot geestelijke gezondheidszorg

De toegang tot geestelijke gezondheidszorg moet aanzienlijk worden verbeterd. Dit vereist niet alleen een verbetering van de dekking, maar ook van de beschikbaarheid van diensten.

9) Meer transparantie inzake de kosten voor patiënten

Er is een grotere transparantie nodig met betrekking tot het statuut van zorgverleners (al dan niet geconventioneerd). Er moet zeer duidelijke informatie worden verstrekt over de gevolgen van de keuze voor een éénpersoonskamer en er moet toezicht worden uitgeoefend op de toepassing ervan.

Patiënten moeten in het algemeen beter geïnformeerd worden over de kosten van een behandeling, over de hoogte van de remgelden en over alle niet-terugbetaalde kosten.

10) Harmonisering van de residuele financiële hulp verstrekt door de OCMW's

Wij bevelen aan om het beleid van OCMW's met betrekking tot de dekking van het remgeld en de rechtstreekse betalingen te harmoniseren. Dit zou moeten helpen om geografische ongelijkheden in de toegang tot de gezondheidszorg te voorkomen.

11) Toegankelijke steun van sociale diensten

Sociale diensten moeten gemakkelijk toegankelijk zijn voor kwetsbare personen. Zij moeten voldoende mogelijkheden bieden voor persoonlijk/direct contact voor administratieve doeleinden, als alternatief voor online diensten. Er moet worden nagedacht over mogelijke manieren om de toegang tot de diensten te vergemakkelijken voor mensen met geestelijke of lichamelijke gezondheidsproblemen.

12) Administratieve vereenvoudiging

Er moeten aanzienlijke inspanningen worden geleverd om de administratieve processen te vereenvoudigen en de procedures waar mogelijk automatisch te laten verlopen.