

Hoe maken we onze gezondheidszorg betaalbaar voor iedereen?

RITA BAETEN · Senior beleidsanalist OSE, Onderzoekscentrum Sociaal Europa

Het verschil in onvervulde medische behoeften tussen het armste en het rijkste inkomenskintiel is in België het grootste van alle westelijke EU-landen. Hoe kunnen we dit aanpakken?

België scoort in vergelijking met andere EU-landen zwak wat betreft de financiële toegang tot gezondheidszorg voor de laagste inkomensgroepen. In een online-bevraging werden beleidsvoorstellen om de betaalbaarheid van gezondheidszorg te verbeteren voorgelegd aan experts en belanghebbenden.

HET PROBLEEM

België presteert relatief goed wat betreft de toegang tot gezondheidszorg voor de bevolking in zijn geheel. Achter dit cijfer gaan echter belangrijke ongelijkheden schuil tussen sociaaleconomische groepen. België scoort op dit vlak zwak in vergelijking met andere landen in de Europese Unie (EU).

In de Europese bevraging over inkomen en levensomstandigheden (EU-SILC) rapporteert 2% van de volwassen Belgische bevolking in 2017 onvervulde behoeften aan noodzakelijke medische zorg om financiële redenen.¹ Terwijl dit percentage verwaarloosbaar of nul is bij mensen met een inkomen rond of boven het mediaan inkomen², is het 6,7% bij mensen in het laagste inkomenskintiel (20% van de bevolking). Dit aandeel voor de laagste inkomensgroep is in de EU enkel hoger in Griekenland en Letland. Bovendien is

de situatie van personen in het laagste inkomenskwintiel tussen 2011 en 2017 significant verslechterd: van 4,1% in 2011 tot 6,7% in 2017 (Cès en Baeten, 2020). De toegenomen onvervulde behoeften aan medische zorg gaat in tegen de algemene trend in de EU, waar de situatie in dezelfde periode voor de laagste inkomensgroepen verbeterde van 4,7% onvervulde behoeften naar 2,3%.³

Deze belangrijke ongelijkheid in toegang tot gezondheidszorg in België bleef niet onopgemerkt voor de Europese en internationale instellingen. De Europese Commissie wees er in haar evaluaties in het kader van het Europees Semester meermaals op dat het verschil in onvervulde medische behoeften tussen het armste en het rijkste inkomenskwintiel in België het grootste is van alle westelijke EU-landen en boven het EU-gemiddelde ligt (Europese Commissie, 2020). Ook het Country Health Profile voor België, gepubliceerd door de OESO, benadrukt deze ongelijkheid (OESO en EOHSP, 2019).

Nationale doorlichtingen van de gezondheidszorg komen tot gelijkaardige bevindingen. Volgens de Belgische gezondheidsenquête (2018) geeft meer dan een kwart van de huishoudens (27,7%) in het laagste inkomenskwintiel aan dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn. Deze percentages dalen systematisch in de andere inkomenskwintielen (Demarest *et al*, 2019). De doorlichting van de performance van het Belgische gezondheidszorgsysteem benadrukt ook de zwakke prestatie van België wat de financiële toegang tot gezondheidszorg betreft (Devos *et al*, 2019; Bouckaert *et al*, 2020).

Tegen deze achtergrond gaf het RIZIV de opdracht aan het Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE) om 1) te onderzoeken welke kenmerken van de verplichte ziekteverzekering de toegang

tot gezondheidszorg voor sociaaleconomisch kwetsbare groepen bemoeilijken, 2) een pakket voorstellen uit te werken om de financiële drempels voor toegang tot gezondheidszorg weg te werken, en 3) om deze voorstellen voor te leggen aan experts en belanghebbenden uit de sector.

DREMPELS VOOR FINANCIËLE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

Op basis van internationale vergelijkingen en interviews met hulp- en zorgverleners die in rechtstreeks contact staan met sociaal kwetsbare groepen, identificeerden we een reeks drempels voor financiële toegang tot gezondheidszorg (Cès en Baeten, 2020):

- *Niet gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering.* Mensen die niet verzekerd zijn voor gezondheidszorg hebben de grootste toegangsproblemen. Dit zijn: mensen die hun bijdragen niet hebben betaald, waaronder zelfstandigen; individuen die niet de nodige administratieve stappen hebben gezet om gedekt te zijn; en mensen zonder officiële verblijfplaats in België.

Het aantal mensen dat officieel in België verblijft maar niet verzekerd is voor gezondheidszorg wordt geschat op 1,3% van de bevolking. De dekkingsgraad voor de verplichte ziekteverzekering is in de EU enkel lager in Oost-Europese landen (OESO en Europese Unie, 2020).

- *Vooruitbetalingen voor vergoedbare ambulante zorgen.* Vooruitbetalingen door de patiënten van de kosten voor vergoedbare zorgen zijn een belangrijke hindernis voor toegang tot onder meer kinesitherapie, tandzorg en specialistische zorg.

Het rechtstreeks betalen van verstrekkingen door de patiënt aan de zorgverstrekker is typisch voor gezondheids-

zorgsystemen gebaseerd op betaling per prestatie. Behalve in België, wordt het in de EU voor publiek gefinancierde ambulante zorgen enkel toegepast in Frankrijk en Luxemburg.

- *De lage dekking voor ziekenhuiszorg.* De dekking van hospitalisatiekosten door de verplichte ziekteverzekering is in België bij de laagste van de EU-landen (76% van alle hospitalisatiekosten). Van de totale eigen betalingen voor gezondheidszorg besteden sociaal verzekerden in België 26% aan hospitalisaties. Dit aandeel is in de EU enkel hoger in Griekenland (OESO en Europese Unie, 2020). Dit suggereert dat de patiënt een groot deel van de ziekenhuiskosten zelf betaalt (en dat ze dus noch door de verplichte ziekteverzekering, noch door een privé hospitalisatieverzekering worden vergoed). Ook patiënten in twee- of meerpersoonskamers, waar de zorgverleners geen ereloon-supplementen mogen aanrekenen, kunnen met erg hoge kosten worden geconfronteerd, in het bijzonder voor medische hulpmiddelen zoals prothesen en kosten voor een langdurig verblijf in het ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen en artsen weigeren bovendien patiënten met een betalingsachterstand te behandelen of ze verstrekken hen minder zorgen.
- *De eigen betalingen voor kinesithérapie, tandzorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.* De kosten voor kinesithérapie, tandzorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen zijn voor veel gezinnen moeilijk te dragen.
- *Ereloon-supplementen.* Sociaal kwetsbare patiënten begrijpen vaak het verschil niet tussen geconventioneerde zorgverstrekkers – die zich er toe verbinden om aan de overeengekomen

tarieven te werken – enerzijds en niet-geconventioneerde zorgverstrekkers anderzijds. Bij een opname in het ziekenhuis begrijpen patiënten niet de gevolgen van het document dat ze ondertekenen, waarin ze zich akkoord verklaren met een hospitalisatie in een eenpersoonskamer. Patiënten zijn ook niet altijd in staat om na te gaan of hun zorgverlener al dan niet geconventioneerd is. In disciplines waarin weinig zorgverleners geconventioneerd zijn, zoals in tand- en oogheelkunde, kunnen patiënten vaak niet of laatsttijdig terecht bij een geconventioneerde verstrekker.

- *De non take-up van het statuut voor verhoogde tegemoetkoming.* Heel wat mensen zijn er zich niet bewust van dat ze recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering of vragen het statuut niet aan omwille van de complexe administratieve procedure.
- *De verschillen in beleid tussen de OCMW's.* Er zijn grote verschillen in beleid voor vergoeding van medische kosten tussen gemeenten. In sommige gemeenten ligt de drempel om de kosten voor medische zorg ten laste te nemen erg hoog.
- *Een complex systeem.* De complexiteit van het gezondheidszorgsysteem – op alle niveaus – is een belangrijke barrière voor toegang tot de zorg. De digitalisering van sociale, administratieve en gezondheidsdiensten maakt het systeem nog complexer.

BELEIDSVORSTELLEN

Op basis van deze bevindingen formuleerden we 43 beleidsvoorstellen om de financiële drempels voor toegang tot gezondheidszorg weg te werken (Baeten,

2021a). Een stuurgroep met deskundigen uit bevoegde federale overheidsdiensten en organisaties die de belangen van sociaal kwetsbare patiënten verdedigen, begeleidde het proces. We legden de beleidsvoorstellen in een onlinebevraging voor aan belanghebbenden uit onder andere verenigingen van zorgverleners en ziekenfondsen en aan experts. We vroegen hen hoe doeltreffend zij elk voorstel vinden om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en hieruit vijf voorstellen te kiezen die ze het meest doeltreffend vinden. Ook vroegen we hen naar mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen, en de nood aan begeleide maatregelen.⁴ Meer dan 100 experts en belanghebbenden namen deel aan de bevraging.

Een meerderheid van de respondenten vindt de meeste voorstellen erg doeltreffend: slechts vijf van de 43 voorstellen worden door minder dan de helft van de respondenten erg doeltreffend gevonden. Zes voorstellen springen eruit omdat ze door meer dan een kwart van de respondenten gekozen worden als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

Volgende vier voorstellen worden door de respondenten vaak als erg doeltreffend aangeduid, én hieruit als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen gekozen:

- *De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen.* Dit voorstel is erg doeltreffend volgens 91% van de respondenten en één van de vijf meest doeltreffende maatregelen voor 57% van de respondenten. Hiermee is dit het voorstel met het grootste draagvlak.

- *De verhoogde tegemoetkoming maximaal automatisch toekennen.* Dit voorstel scoort het tweede hoogst. 90% van de respondenten vindt dit voorstel erg doeltreffend en 53% van hen kiest dit als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen.

De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen is het voorstel met het grootste draagvlak.

- *Het plafond aan jaarlijkse remgelden in de maximumfactuur (MAF) verlagen tot 250 euro voor gezinnen met de laagste inkomens.*⁵ Dit voorstel wordt door 77% van de bevragden erg doeltreffend gevonden, en door 39% van hen gekozen als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.
- *Minderjarigen volledig vrijstellen van remgelden.* 79% van de respondenten vindt dit voorstel erg doeltreffend, en 25% van hen kiest het als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen.

Twee voorstellen worden relatief minder vaak erg doeltreffend gevonden, maar de respondenten die het erg doeltreffend vinden selecteren het vaak als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren:

- *De oprichting van forfaitair vergoede multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg bevorderen.* Dit voorstel is erg doeltreffend volgens 62% van de respondenten, terwijl 29% van hen het kiest als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen.

- *Het voor zorgverstrekkers financieel aantrekkelijker maken om zich te conventionaleren.* Dit voorstel is volgens 61% van de respondenten erg doeltreffend, terwijl 26% van hen het als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen selecteert.

Verder worden voorstellen rond een aantal (sub)thema's vaak erg doeltreffend gevonden (door 77% van de respondenten of meer), maar minder vaak (door 21% van de respondenten of minder) gekozen als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen. Met name voorstellen om:

- de eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verminderen;
- de eigen betalingen voor transportkosten voor de patiënt te beperken;
- de tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten te harmoniseren;
- iedereen die zich niet uit eigen beweging aansluit bij een ziekenfonds, ambtshalve aan te sluiten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV).

Deze laatste voorstellen hebben over het algemeen een minder brede reikwijdte (doelgroep, waaier aan zorgen) dan de voorstellen die vaker gekozen worden als één van de meest doeltreffende maatregelen.

De deelnemers aan de bevraging suggereren een waaier aan begeleidende maatregelen om mogelijke ongewenste neveneffecten van bepaalde maatregelen te beperken. Dat gaat van het inbouwen van controlemechanismen, zoals elektronische facturatie en de fysieke aanwezigheid van de patiënt (elektronisch) bewijzen, over het behouden van een klein vast en identiek bedrag aan remgeld per verstrekking (bijvoorbeeld 1 of 2 euro) of nog, het versterken van de rol van de huisarts om de patiënt te begeleiden

doorheen zijn zorgtraject. Respondenten deden ook een waaier aan concrete suggesties om het voor zorgverstrekkers aantrekkelijker te maken om zich te conventionaleren. Over sommige begeleidende maatregelen is er grote overeenstemming tussen de respondenten, over andere zijn er soms tegenovergestelde meningen.

CONCLUSIE

De resultaten werpen licht op het draagvlak voor maatregelen om de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg weg te werken. Ze werden in oktober aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Frank Vandenbroucke, overhandigd. Sommige voorstellen en begeleidende maatregelen zijn wellicht op relatief korte termijn te verwezenlijken, andere vereisen een grondige en structurele hervorming. Sommige voorstellen zijn het resultaat van jarenlang onderzoek en van reflectie bij belanghebbenden, over andere voorstellen is de discussie pril en is er nog weinig onderzoek. Voor de meeste, maar niet alle maatregelen zullen extra begrotingsmiddelen nodig zijn.

Bij de verwezenlijking van deze maatregelen zal het nodig zijn om een goed evenwicht te behouden tussen selectieve en universele maatregelen om de publieke steun voor de solidariteit in het gezondheidszorgsysteem te vrijwaren.

We hopen dat deze bevindingen kunnen bijdragen tot het verbeteren van de financiële toegang tot gezondheidszorg, in het bijzonder voor huishoudens met een beperkte financiële draagkracht.

REFERENTIES

- Baeten, R (2021a). Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Brussel: OSE, 176p.
- Baeten, R (2021b). Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden, syntheserapport. Brussel: OSE, 27p.
- Bouckaert N., Maertens de Noordhout C. en Van de Voorde C. (2020). De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid, Synthese, Report 334As, Health
- Services Research. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Cès, S. en Baeten, R. (2020). Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussel: OSE.
- Demarest S., Charafeddine R., Drieskens S. en Berete F. (2019). Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen, Gezondheidsenquête 2018. Brussel: Sciensano.
- Devos C., Cordon A., Lefèvre M., Obyn C., Renard F., Bouckaert N., Gerkens S., Maertens de
- Noordhout C., Devleeschauwer B., Haelterman M., Léonard C., Meeus P. (2019). Performance of
- The Belgian Health System – Report 2019, Reports 313, Health Services Research. Brussel:
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Europese Commissie (2020). Landverslag België 2020, Brussel, 26.2.2020, SWD(2020) 500 final.
- OESO en Europese Unie (2020). Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.
- OESO en EOHSP (2019). België: Landenprofiel gezondheid 2019, State of Health in the EU, OECD
- Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussel.
- RIZIV (2014). Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Waterloo: Wolters Kluwer België.

EINDNOTEN

- 1 Enkele van de groepen met de grootste moeilijkheden om toegang te krijgen tot gezondheidszorg, zoals personen die niet officieel in België verblijven, waaronder migranten zonder papieren, of sommige daklozen zijn niet in deze bevraging opgenomen.
- 2 In het derde, vierde en vijfde inkomenskwintiel. Voor het bepalen van inkomenskwintielen wordt de bevolking opgedeeld in vijf groepen, van telkens 20% van de bevolking, op basis van de hoogte van hun inkomen. Het derde, vierde en vijfde inkomenskwintiel vertegenwoordigen dan 60% van de bevolking met hogere inkomens.
- 3 Op basis van de online beschikbare EU-SILC data (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?lang=en&dataset=hlth_silc_08, geraadpleegd op 15 november) is de situatie voor de laagste inkomens in België voor 2018 en 2019 licht verbeterd (respectievelijk 6,4 en 5,1%). Omdat de situatie in de andere EU-landen ook verbeterde, blijft België echter behoren bij de slechtst presterende EU-landen op dit vlak.
- 4 Voor meer details over de reikwijdte van het onderzoek, de methodologie en de resultaten, zie: Baeten, 2021a en b.
- 5 De maximumfactuur (MAF) is een systeem dat ervoor zorgt dat het ziekenfonds de volgende remgelden volledig terugbetaalt boven een bepaald plafond van remgelden per gezin per jaar.