

September 2021

European Social Observatory deliverable

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg



Analyse van een
bevraging van experts
en belanghebbenden

Rita Baeten

www.ose.be

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

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg **Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden**

Rita Baeten

Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE)

Baeten, R. (2021) Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Brussel: European Social Observatory, 176p.

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



ISSN 1994-2893

Inhoudstafel

1. Inleiding	5
2. Methode	7
3. Inhoud en structuur van de vragenlijst	9
4. Profiel van de respondenten	11
5. Resultaten	13
5.1 Hervorming van de verplichte derdebetalersregeling	14
5.2 Hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming	24
5.3 Gezinnen beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg van de kinderen	31
5.4 Hervorming van de maximumfactuur (MAF)	37
5.5 Beperking van ereloonsupplementen	45
5.6 Meer transparantie voor patiënten over de eigen betalingen.....	56
5.7 Eigen betalingen voor specifieke zorgen verminderen	65
5.7.1 Ambulante zorg	65
5.7.2 Geneesmiddelen in ambulante zorg.....	76
5.7.3 Medische hulpmiddelen	80
5.7.4 Ziekenhuisopnames.....	88
5.7.5 Vervoerskosten.....	97
5.8 De tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten hervormen	102
5.9 De hele bevolking effectief dekken voor gezondheidszorg.....	107
5.10 Recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf verbeteren.....	113
5.11 Andere voorstellen en om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en opmerkingen over het domein van de bevraging	119
6. Discussie en conclusie	123
6.1 Beperkingen voor de interpretatie van de resultaten	123
6.2 Antwoorden op de gesloten vragen	123
6.3 Antwoorden op de open vragen.....	126
6.4 Conclusie.....	129

Referenties.....	131
Lijst van figuren.....	132
Bijlage 1: bijkomende figuren	135
Bijlage 2: vragenlijst in het Nederlands.....	142
Bijlage 3: vragenlijst in het Frans/questionnaire en français.....	158
Dankwoord	175

1. Inleiding

België presteert relatief goed wat de toegang tot gezondheidszorg voor de bevolking in zijn geheel betreft. Er stelt zich echter een ernstig probleem met betaalbaarheid van gezondheidszorg voor lage inkomensgroepen.

Het groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België, opgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en Dokters van de Wereld in 2014, identificeerde een reeks bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen voor wie toegang tot gezondheidszorg vaak problematisch is (RIZIV, 2014). Het gaat hierbij onder meer over migranten, asielaanvragers, gedetineerden, sekswerkers, druggebruikers en thuislozen.

Uit internationale en nationale rapporten blijkt echter dat niet allePen voor deze specifieke groepen belangrijke drempels bestaan, maar dat er zich een dieper probleem stelt met financiële toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare socio-economische groepen en dat België op dit vlak onderpresteert in vergelijking met andere landen in de Europese Unie (EU) (Europese Commissie, 2020; OESO en EOHSP, 2019; OESO en Europese Unie, 2018; Devos *et al.*, 2019; Bouckaert *et al.*, 2020; Demarest *et al.*, 2019).

Tegen de achtergrond van deze vaststellingen, gaf het RIZIV het Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE) de opdracht om een Actieplan voor te bereiden om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Aan het OSE werd gevraagd om:

- Een analyse te maken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg in België (Cès en Baeten, 2020).
- een online bevraging te organiseren bij experts en belanghebbenden over voorstellen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.
- een analyse te maken van de resultaten van deze bevraging.

De bevraging focust op thema's met betrekking tot financiële toegang tot gezondheidszorg. Aanbevelingen over andere dimensies van toegang tot gezondheidszorg — zoals beschikbaarheid van diensten (bijvoorbeeld beschikbaarheid van geconventioneerde verstrekkers en afstand tot zorg), informatie over het gezondheidszorgsysteem, taal en digitale geletterdheid — komen enkel aan bod in de mate dat ze een directe of indirecte impact hebben op financiële toegang tot gezondheidszorg.

Initiatieven in andere beleidsdomeinen dan gezondheidszorg — die een belangrijke impact kunnen hebben op de toegang tot gezondheidszorg, bijvoorbeeld op het vlak van inkomensbescherming en de hoogte van uitkeringen — worden niet opgenomen in de bevraging.

De voorstellen hebben betrekking op beleidsinitiatieven die door de federale overheid op relatief korte termijn kunnen genomen worden.

De bevraging beoogt inzicht te geven in:

- de houding van experts en belanghebbenden over hervormingsvoorstellen om de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg weg te werken.
- mogelijke ongewenste neveneffecten van de hervormingen en praktische obstakels voor de implementering ervan.
- de randvoorwaarden om een hervorming succesvol door te voeren en de wenselijkheid van begeleidende maatregelen.
- bijkomende voorstellen van experts en belanghebbenden.
- We starten dit verslag met een toelichting van de methode die we hebben gebruikt (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 beschrijven we de inhoud en structuur van de vragenlijst. Hoofdstuk 4 bespreekt het profiel van de respondenten en in hoofdstuk 5 presenteren we de resultaten van de bevraging. Dit hoofdstuk is onderverdeeld in de tien thema's die in de bevraging aan bod kwamen en voor elk thema bespreken we eerst de antwoorden op de gesloten vragen en vervolgens de antwoorden op de open vragen. In hoofdstuk 6 bespreken we de resultaten en presenteren we de conclusies.

2. Methode

Een Stuurgroep met bevoegde federale overheidsdiensten, patiëntenverenigingen, ziekenfondsen, en zorgverleners aan mensen in precaire sociaal-economische situaties begeleidde en ondersteunde het proces van de bevraging van experts en belanghebbenden over het wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg ⁽¹⁾.

Voor de selectie van de thema's en de voorstellen die aan de belanghebbenden en experts werden voorgelegd, stelde het OSE eerst een ruime inventaris op van mogelijke beleidsvoorstellen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Deze inventaris was gebaseerd op bestaande voorstellen, geformuleerd in onderzoeksrapporten en door belangengroepen. Na discussie hierover in de Stuurgroep, deed het OSE een voorstel voor de thema's en concrete voorstellen die zouden worden opgenomen in de bevraging. Dit voorstel werd in de Stuurgroep besproken en bekrachtigd. Prioriteiten werden bepaald in overeenstemming met het regeerakkoord en de beleidsverklaring van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke.

In totaal werden 557 personen uitgenodigd om deel te nemen aan de bevraging: 337 personen via het RIZIV en 220 personen via het OSE ⁽²⁾. Het RIZIV nodigde de leden van de Algemene raad (136 personen) en het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging (Verzekeringscomité) (201 personen) uit om deel te nemen. Het OSE stelde een ontwerplijst met mogelijke respondenten op, die verder werd aangevuld met suggesties van de leden van de Stuurgroep. Deze lijst omvatte:

- Referentiepersonen van (koepel)organisaties die actief zijn op het vlak van armoedebestrijding en toegang tot gezondheidszorg.
- Referentiepersonen uit patiëntenverenigingen en consumentenorganisaties.
- Personen uit de publieke sector (overheidsdiensten en instellingen die bevoegd zijn voor materies die in de bevraging aan bod komen, voornamelijk op federaal en lokaal niveau).
- De leden van de Taskforces en van het Wetenschappelijk Comité van het proces 'Begrotingstraject 2022-2024', gelanceerd door het RIZIV.

-
1. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; FOD Sociale Zekerheid; POD Maatschappelijke Integratie; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); Sciensano; Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV/CAAMI); Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM); Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM); Landsbond van Liberale Mutualiteiten (LM); Ligue des usagers des services de santé (LUSS); Kom op tegen Kanker; Vlaams Patiëntenplatform (VPP); Dokters van de Wereld (DvdW/MdM); Beleidscel van minister Frank Vandenbroucke en Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV/INAMI).
 2. Het is mogelijk dat sommige mensen de uitnodiging tweemaal ontvingen (via het RIZIV en via het OSE), en dat het totaal aantal personen dat uitgenodigd werd daarom wat lager ligt dan 557 personen.

- De leden van de Stuurgroep voor het Actieplan.
- Onderzoekers met expertise in de relevante materies.

Bij de samenstelling van de lijst streefden we er enerzijds naar om het perspectief van een brede waaier aan belanghebbende groepen aan bod te laten komen en anderzijds om zo veel mogelijk personen met expertise over de verschillende thema's van de bevraging te bereiken ⁽³⁾. Het was echter niet de bedoeling — en niet mogelijk — om representativiteit na te streven.

De online bevraging liep van 20 april tot 3 mei 2021. Personen werden via email uitgenodigd om deel te nemen en ontvingen een herinnering vijf dagen voor de bevraging werd afgesloten. Er werd verduidelijkt dat de uitnodiging aan hen persoonlijk is gericht, maar dat ze, indien gewenst, de bevraging door iemand anders in hun organisatie konden laten invullen. Er werd echter benadrukt dat voor elke uitnodiging slechts één persoon kan deelnemen. De bevraging was anoniem, maar de deelnemers die dat wensten, konden wel hun naam opgeven om op te nemen in de colofon van het rapport (zie Dankwoord).

3. Veel stakeholders die uitgenodigd werden om deel te nemen aan de bevraging, zijn actief in meerdere organisaties (bijvoorbeeld in een onderzoeksinstituten en een organisatie van zorgverleners). Het is daarom niet mogelijk om een accuraat overzicht te geven van het aantal mensen dat werd uitgenodigd per categorie van organisaties zoals opgenomen in figuur 1. Dit overzicht is immers gebaseerd op de zelfverklearde affiliatie van de respondenten. Op basis van een ruwe indeling behoren de personen die via het OSE werden uitgenodigd tot de volgende categorieën van organisaties: 49 uit de publieke sector, 73 uit onderzoeksinstituten, 22 uit patiëntenverenigingen en consumentenorganisaties, 25 uit organisaties die opkomen voor de belangen van sociaal-economisch kwetsbare groepen, 17 uit verenigingen van ziekenfondsen en 33 uit verenigingen van zorgverstrekkers en verder nog een restcategorie van andere organisaties. Via de organen van het RIZIV werden de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van zorgverstrekkers, ziekenfondsen en sociale partners aangeschreven.

3. Inhoud en structuur van de vragenlijst (4).

De bevraging startte met enkele vragen over de relevante professionele achtergrond en ervaring van de respondenten. Vervolgens vroegen we de mening van de respondenten over beleidsvoorstellen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, onderverdeeld in tien thema's:

1. De verplichte derdebetalersregeling hervormen.
2. Het stelsel van verhoogde tegemoetkoming (VT) hervormen.
3. Gezinnen beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor kinderen.
4. De maximumfactuur (MAF) hervormen.
5. De ereloonsupplementen beperken.
6. Meer transparantie creëren voor patiënten over de eigen betalingen.
7. Eigen betalingen voor specifieke zorgen verminderen:
 - a) Ambulante zorg
 - b) Geneesmiddelen in ambulante zorg
 - c) Medische hulpmiddelen
 - d) Ziekenhuisopname
 - e) Vervoerskosten
8. De tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten hervormen.
9. De hele bevolking effectief dekken voor gezondheidszorg.
10. Het recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf verbeteren.

We vroegen de respondenten voor elk thema om aan te geven of ze voldoende kennis en ervaring hadden om op de vragen te antwoorden. Indien niet, werden ze verzocht om de vragen over het thema over te slaan en verder te gaan naar het volgende thema. Indien wel, dienden ze alle gesloten vragen over het thema te beantwoorden. Het invullen van de open vragen was facultatief.

4. De volledige tekst van de bevraging is opgenomen in bijlage 2 (Nederlandstalige versie) en bijlage 3 (Franstalige versie).

Over deze tien thema's formuleerden we in totaal 43 beleidsvoorstellen (zie bijlage 2 en 3). Acht van deze voorstellen zijn varianten op drie basisvoorstellen ⁽⁵⁾.

Per voorstel stelden we twee gesloten vragen:

- 1) We vroegen de respondenten om op een 5-punt Likert schaal aan te duiden *hoe doeltreffend* zij het voorstel vinden om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.
- 2) Op het einde van de bevraging legden we de respondenten een lijst voor met alle voorstellen waaraan ze een score 4 of 5 hadden gegeven op de Likert schaal en vroegen hen om hieruit vijf voorstellen te selecteren die volgens hen *het meest doeltreffend* zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

Voor elk thema (en bij thema 7 voor elk subthema), stelden we bovendien drie open vragen, met name over:

- 1) Bijkomende voorstellen in het beleidsdomein die doeltreffend kunnen zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.
- 2) Mogelijke ongewenste (neven)effecten van (bepaalde) voorgestelde hervormingen.
- 3) Begeleidende maatregelen die nodig zijn om de hervormingen te verwezenlijken.

Op het einde van de bevraging kregen de respondenten nog de mogelijkheid om bijkomende voorstellen te formuleren om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

5. De drie basisvoorstellen zijn met name: de verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen (voorstellen 1, 2, 3, en 4); minderjarigen volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen (voorstellen 7 en 8); en de eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor gehospitaliseerde patiënten (voorstellen 29 en 30).

4. Profiel van de respondenten

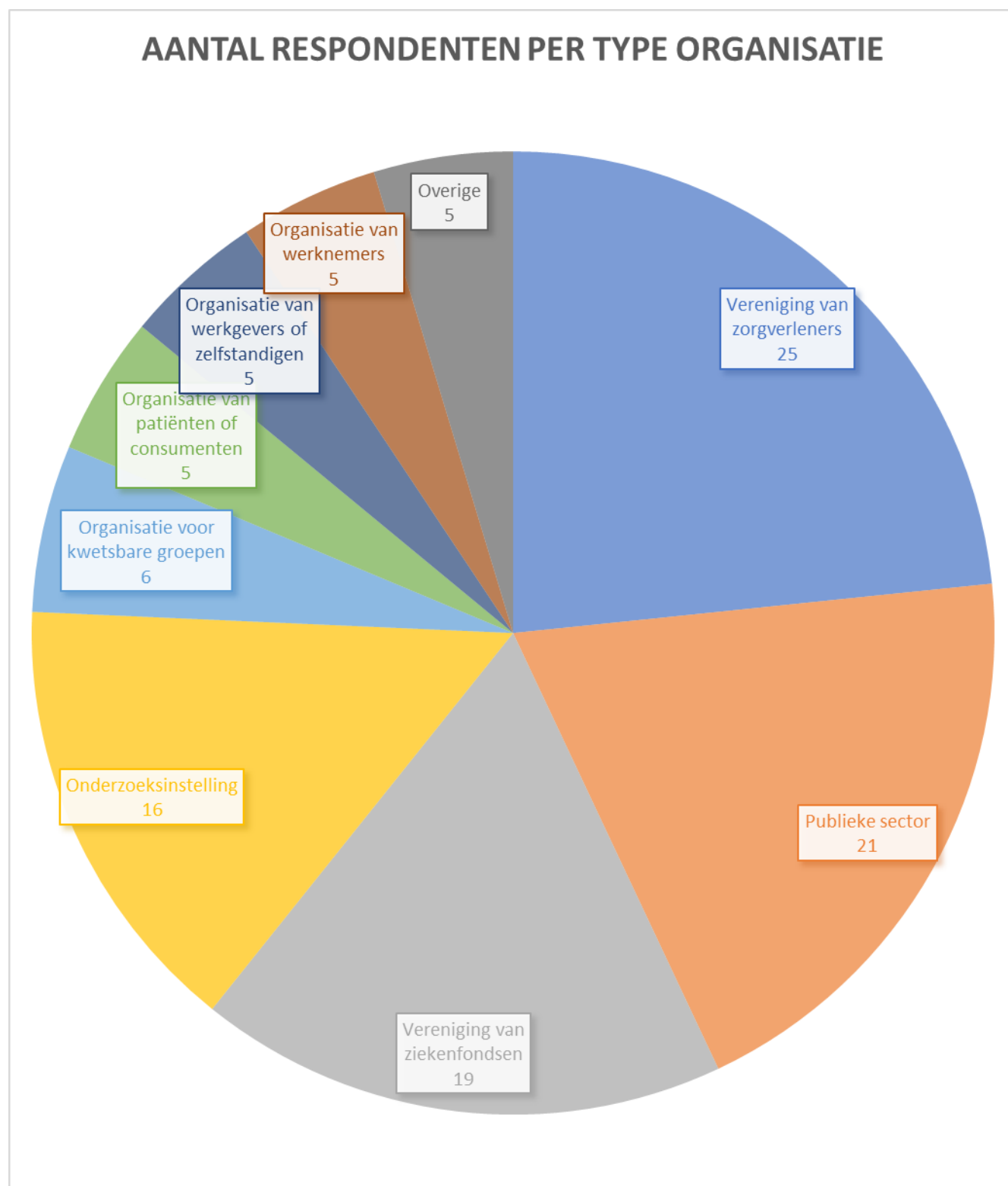
107 personen namen deel aan de bevraging. 72 respondenten vulden het formulier in het Nederlands in en 35 in het Frans.

Van hen verklaarden er 25 actief te zijn in een vereniging van zorgverleners, 21 in de publieke sector, 19 in een vereniging van ziekenfondsen, 16 in een onderzoeksinstelling en verder relatief kleinere aantallen van telkens vijf of zes die actief zijn in een organisatie die opkomt voor de belangen van kwetsbare groepen, een patiëntenvereniging of consumentenorganisatie, een representatieve organisatie van werkgevers of zelfstandigen, een representatieve organisatie van werknemers en overige organisaties (zie figuur 1). Respondenten konden slechts één categorie aanduiden voor de organisatie waarin ze actief zijn.

47 respondenten gaven aan dat ze relevante kennis en/of ervaring hebben over armoede en sociale uitsluiting of over specifieke maatschappelijk kwetsbare groepen.

De vragen over de eerste zeven thema's werden door een groot deel van de respondenten ingevuld: tussen 98 en 105 van de 107 deelnemers beantwoordden de vragen over elk van deze thema's. De vragen over thema 8 (de tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten hervormen), thema 9 (de hele bevolking effectief dekken voor gezondheidszorg) en thema 10 (het recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf verbeteren) werden door heel wat minder respondenten ingevuld: respectievelijk door 77, 89 en 80 van de 107 respondenten.

Figuur 1: aantal respondenten per type organisatie



5. Resultaten

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in elf secties: in de tien eerste secties bespreken we de antwoorden van de respondenten op elk van de tien thema's van de bevraging. In sectie elf presenteren we de antwoorden op de afsluitende vragen van de enquête. Elke sectie is op zijn beurt opgesplitst in twee delen: eerst presenteren we de antwoorden op de gesloten vragen en vervolgens de antwoorden op de open vragen.

Voor de verwerking van antwoorden op de gesloten vragen berekenden we voor elk voorstel het percentage respondenten dat score 1, 2, 3, 4 of 5 invulde op de 5-punt Likert schaal. De percentages zijn berekend op het aantal respondenten dat de vragen over het betreffende thema invulde. Voor verdere verwerking voegden we antwoordcategorieën samen: score 4 of 5 hercodeerden we tot 'erg doeltreffend' en score 1 of 2 hercodeerden we tot 'weinig doeltreffend'. Score 3 benoemden we 'neutraal doeltreffend' (6).

Om te evalueren hoe groot het draagvlak voor de voorgestelde hervormingen is, berekenden we per voorstel het percentage respondenten dat dit 'erg doeltreffend' vindt. Van de voorstellen waarvoor er meerdere varianten werden geformuleerd, berekenden we ook het percentage respondenten dat minstens één variant 'erg doeltreffend' vindt. Om na te gaan wat het draagvlak van de voorstellen per groep respondenten is, berekenden we voor elk voorstel het aandeel respondenten dat het voorstel 'erg doeltreffend', 'neutraal doeltreffend' of 'weinig doeltreffend' vindt.

We berekenden verder voor elk voorstel en voor elk van de drie samengevoegde voorstellen met verschillende varianten het percentage respondenten dat het voorstel kiest als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen. Deze percentages zijn eveneens berekend op het aantal respondenten dat de vragen over het betreffende thema invulde.

Bij de antwoorden op de open vragen geven we een overzicht van alle kwalitatieve antwoorden die geformuleerd werden door de respondenten. De antwoorden van verschillende respondenten over een gelijkaardig onderwerp hebben we zo veel mogelijk gegroepeerd. We geven geen aanduiding van het aantal respondenten dat gelijkaardige antwoorden geeft, vermits: 1) er vaak nuanceverschillen zijn tussen gelijkaardige antwoorden over een onderwerp; 2) gelijkaardige antwoorden vaak gegeven worden op verschillende vragen en bij verschillende thema's; en 3) het

6. Bij de interpretatie moeten we er rekening mee houden dat sommige respondenten signaleerden dat ze score 3 (neutraal doeltreffend) hadden ingevuld als ze onvoldoende kennis hadden over een specifiek voorstel, als ze het niet hadden begrepen of als hun organisatie hierover geen standpunt had ingenomen.

de bedoeling is om de brede waaier aan visies weer te geven. We geven de visie en aanbevelingen van de respondenten weer, zonder hierover een appreciatie uit te drukken. We evalueren niet of de beweringen en aanbevelingen die worden geformuleerd onderbouwd zijn door wetenschappelijk onderzoek.

5.1 Hervorming van de verplichte derdebetalersregeling

De bevraging peilde naar de mening van de stakeholders en experts over de doeltreffendheid van de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Vier varianten werden afgetoetst:

Voorstel 1: De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor verzekerden met een verhoogde tegemoetkoming

Voorstel 2: De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor alle verzekerden

Voorstel 3: De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor verzekerden met verhoogde tegemoetkoming

Voorstel 4: De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor alle verzekerden

105 van de 107 respondenten beantwoordden de vragen over thema 1.

A. Antwoorden op de gesloten vragen

48% van de 105 respondenten die de vragen over dit thema beantwoordden beoordeelt het eerste voorstel als uitermate doeltreffend (score 5). Dit percentage daalt tot respectievelijk 35%, 29% en 22% voor voorstellen 2, 3 en 4 (zie figuur 2, 3, 4 en 5).

71% van de respondenten scoorden 'erg doeltreffend' op voorstel 1, 55% op voorstel 2, 50% op voorstel 3 en 40% op voorstel 4 (zie figuur 90). 91% van de respondenten beschouwt minstens één van de vier varianten voor de uitbreiding van de verplichte derde betalersregeling erg doeltreffend (score 4 of 5) (zie zelfde figuur).

Alle respondenten uit patiëntenverenigingen/consumentenorganisaties, organisaties van werknemers, onderzoeksinstituten en uit de publieke sector vinden minstens één variant erg doeltreffend. Van de negen respondenten die voor geen van de vier varianten erg doeltreffend scoren, zijn er vijf uit verenigingen van zorgverleners (op een totaal van 25 respondenten uit deze verenigingen) (zie figuur 10).

Voorstellen 1 en 2 krijgen bovengemiddelde steun bij de respondenten van de representatieve organisaties van werknemers, respondenten uit de publieke sector en patiëntenverenigingen/consumentenorganisaties. Respondenten uit de ziekenfondsen scoorden bovengemiddeld 'erg doeltreffend' op voorstel 3 en 4. Respondenten uit onderzoeksinstellingen scoren vaker 'erg doeltreffend' dan de andere respondenten voor voorstel 2 en minder vaak voor voorstel 3. Verenigingen van zorgverleners scoren iets hoger dan het gemiddelde voor voorstellen 3 en 4. Organisaties die opkomen voor de belangen van sociaal-economisch kwetsbare groepen scoren onder het gemiddelde voor elk van de vier voorstellen, evenals representatieve organisaties van werkgevers of zelfstandigen (zie figuur 6, 7, 8 en 9) (7).

Respondenten die aangegeven kennis of ervaring te hebben over armoede en sociale uitsluiting of over specifieke maatschappelijk kwetsbare groepen achten elk van de vier voorstellen vaker erg doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren dan de respondenten die deze kennis of ervaring niet hebben. 83% van de respondenten met deze kennis of ervaring scoorden 'erg doeltreffend' voor het eerste voorstel. Voorstel 2, 3 en 4 achten respectievelijk 72%, 54% en 46% van hen erg doeltreffend (zie figuur 92).

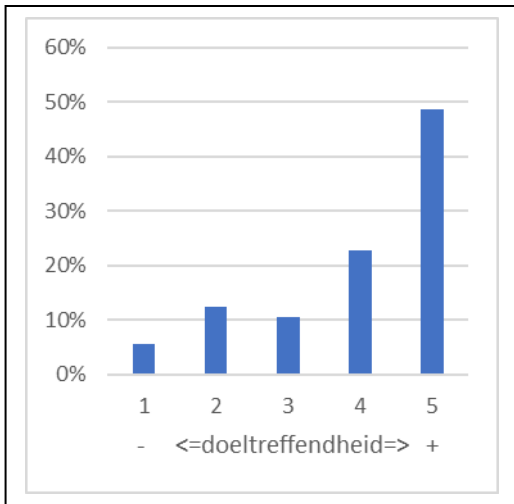
57% van deze respondenten kiest de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling (in één van de vier varianten) als één van de vijf meest doeltreffende acties (uit de 43 voorstellen) om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Daarmee is het uitbreiden van de verplichte derdebetalersregeling in één van zijn varianten de maatregel die door het meeste respondenten gekozen wordt als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Van hen kiest 30% voor voorstel 2 en 20% voor voorstel 1 (zie figuur 91)

Er bestaat dus bij de stakeholders en experts een ruim draagvlak om de verplichte derdebetalersregeling verder uit te breiden. Dit draagvlak is het hoogste voor voorstel 1 en 2. De ziekenfondsen steunen eerder voorstel 3.

7. De verschillen in scores tussen de groepen respondenten moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat het aantal deelnemers voor sommige groepen relatief laag ligt, waardoor het antwoord van één deelnemer sterk kan doorwegen in de score van de groep (zie figuur 1). Daarom vergelijken we de scores per groep met de gemiddelde score van alle respondenten die de vragen over dit thema beantwoordden en bespreken we geen percentages per groep.

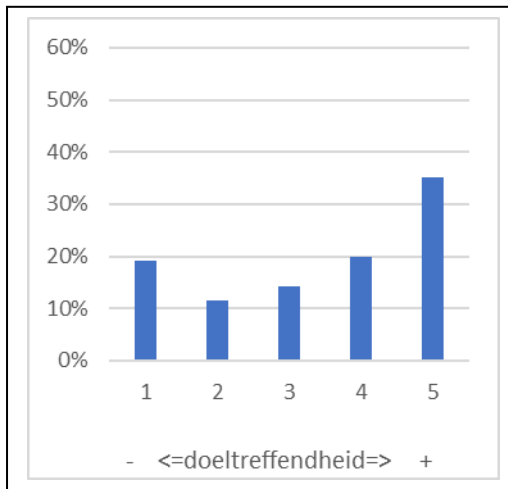
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 2: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 1, percentages*



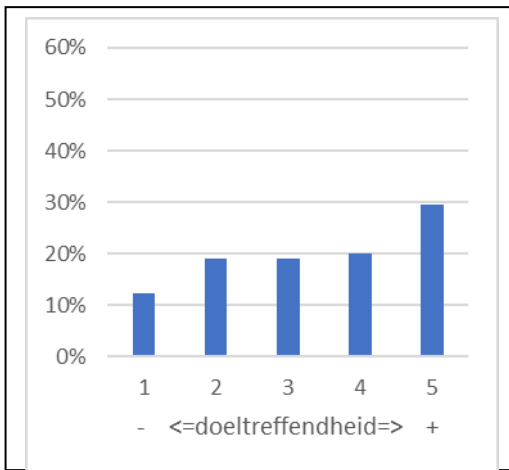
*De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor verzekerden met een verhoogde tegemoetkoming

Figuur 3: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 2, percentages*



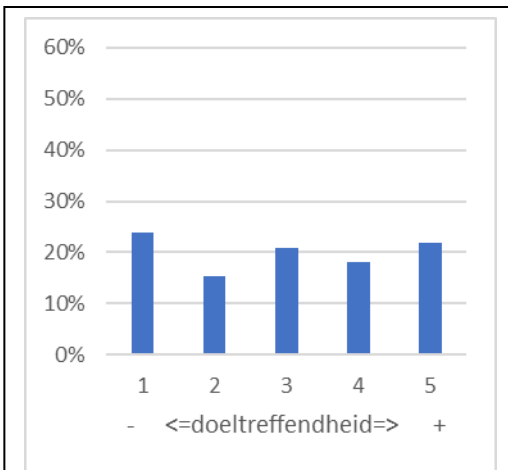
* De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor alle verzekerden

Figuur 4: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 3, percentages*



* De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor verzekerden met verhoogde tegemoetkoming

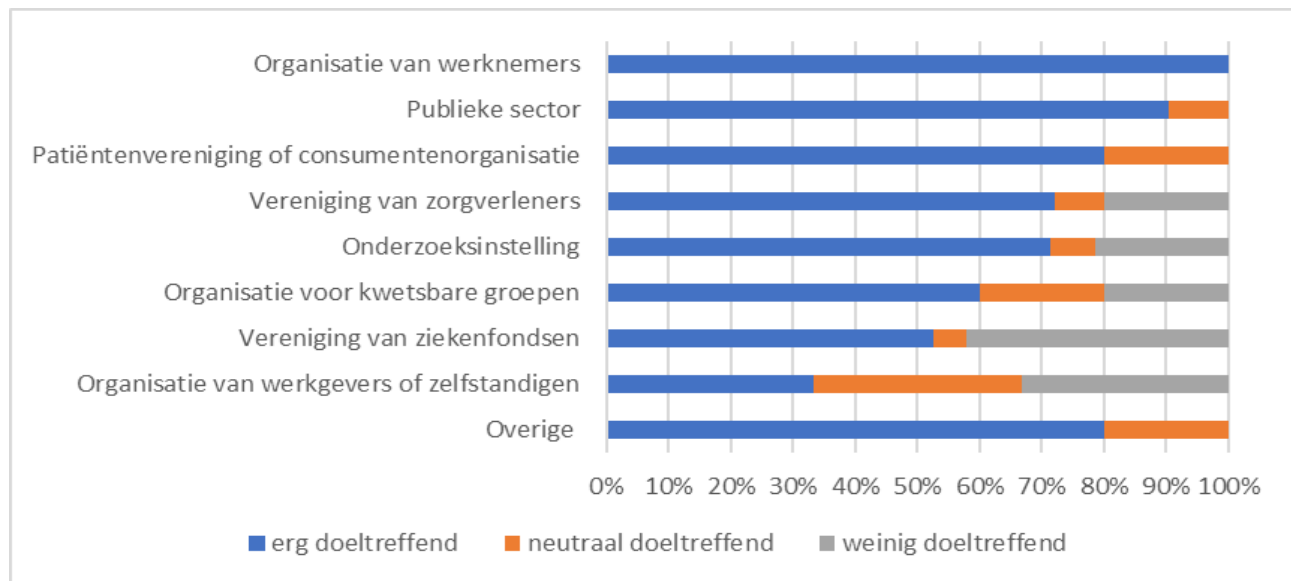
Figuur 5: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 4, percentages*



* De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor alle verzekerden

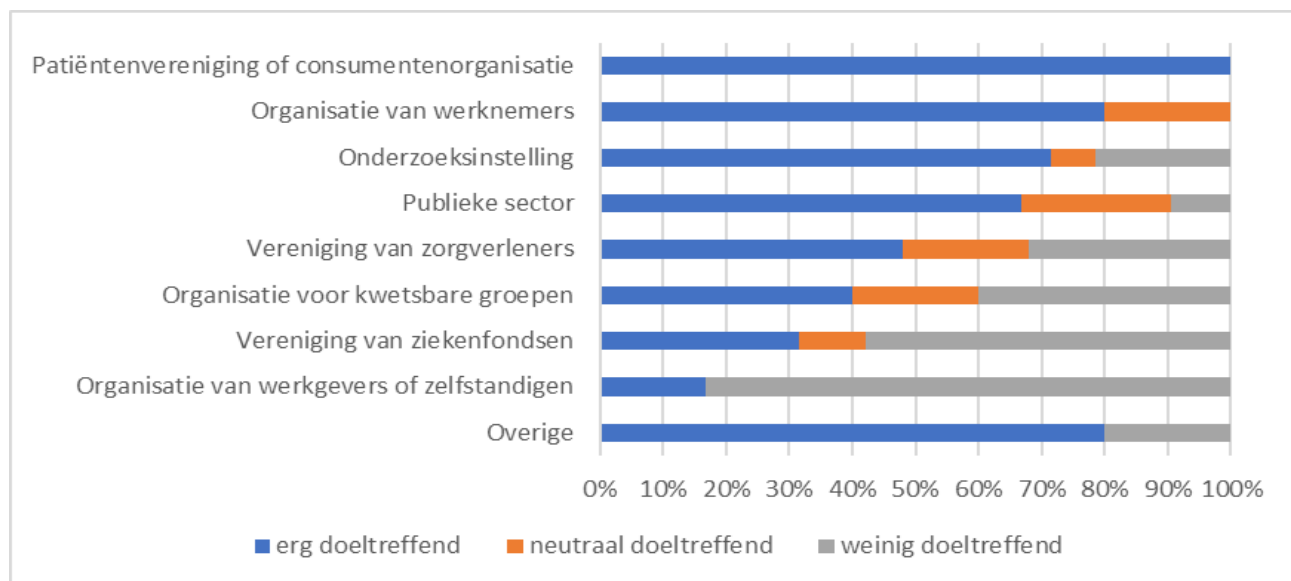
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 6: scores per groep voor voorstel 1*, percentages



*De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor verzekerden met een verhoogde tegemoetkoming

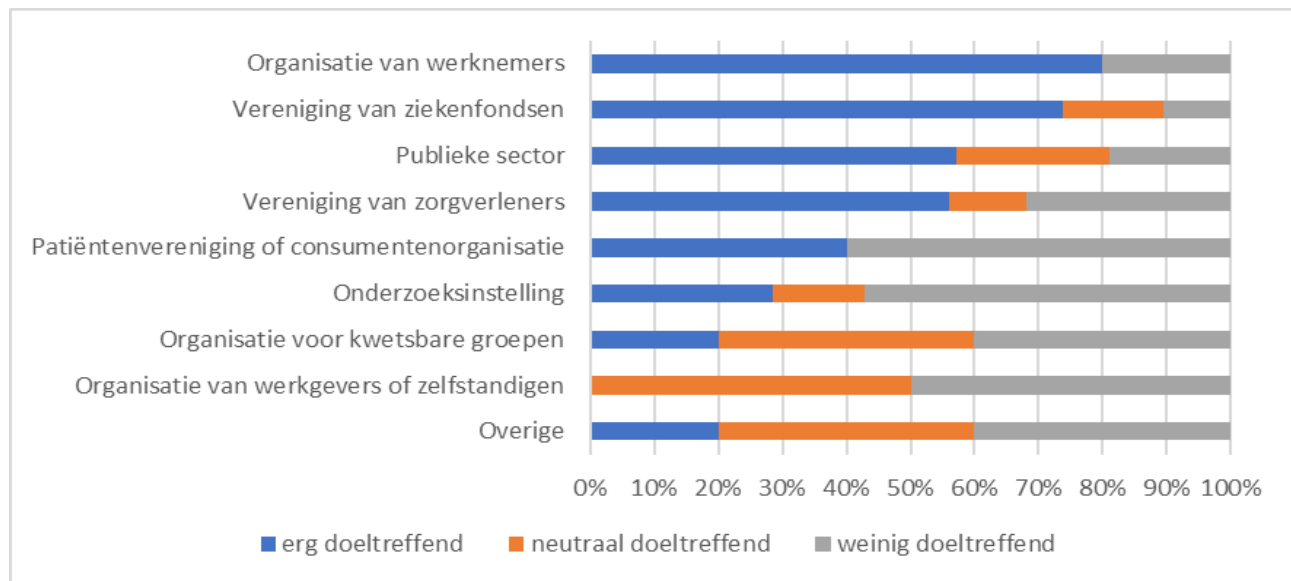
Figuur 7: scores per groep voor voorstel 2*, percentages



* De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor alle verzekerden

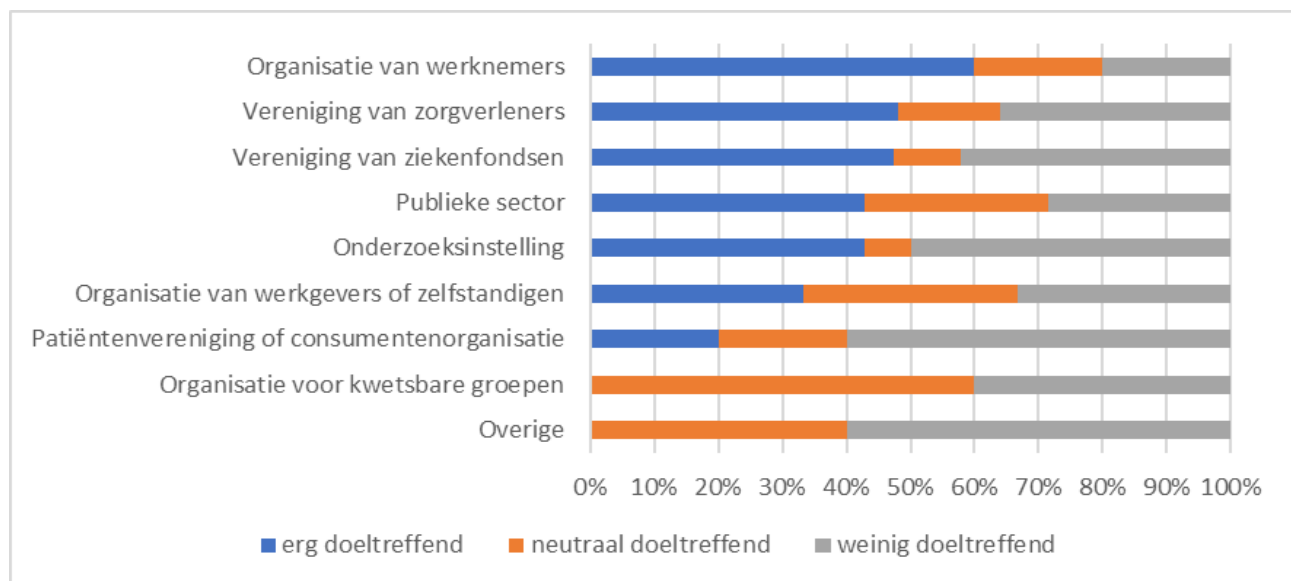
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 8: scores per groep voor voorstel 3*, percentages



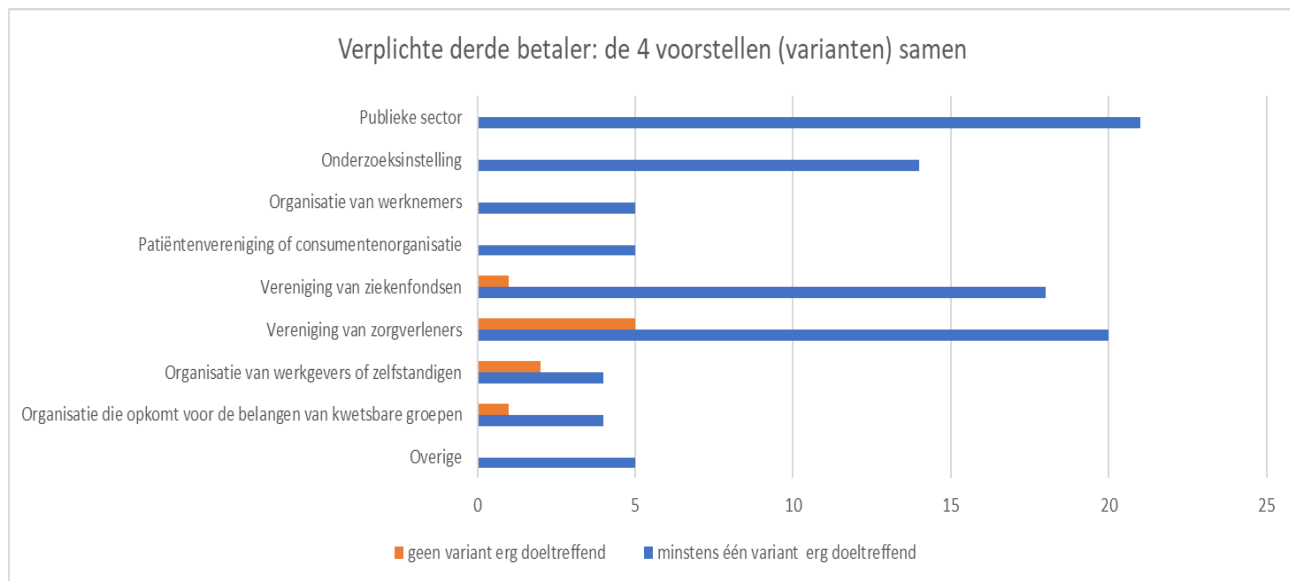
* De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor verzekerden met verhoogde tegemoetkoming

Figuur 9: scores per groep voor voorstel 4*, percentages



* De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor alle verzekerden

Figuur 10: scores per groep voor voorstel 1, 2, 3 en 4 samen, absolute aantallen



B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van voorstellen voor hervorming van de verplichte derdebetalersregeling

Respondenten waarschuwen voor mogelijke ongewenste neveneffecten van een uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling:

Van voorstel 1 tot 4:

- Het risico op overconsumptie, zowel door de patiënt als geïnduceerd door de zorgverlener en het risico op **fraude**. De maatschappelijke kost van de zorg wordt volgens respondenten minder duidelijk, zowel voor de verstrekker als de patiënt. Ze kunnen daarom geneigd zijn om **meer zorgen te vragen en te verstrekken dan nodig**. De zorgverlener kan onrechtmatig verstrekkingen aanrekenen die niet verleend zijn, omdat de patiënt geen zicht meer heeft op wat er gefactureerd wordt.
- De budgettaire **meerkost** van het verhoogde zorggebruik.
- Meer zorggebruik kan leiden tot langere **wachttijden** indien het aanbod niet mee groeit met de vraag.
- Verstrekkers kunnen hun **prijzen verhogen**, omdat de patiënten onterecht de indruk kunnen hebben dat de kostprijs voor hen verlaagd is.
- De **administratieve last** voor de zorgverstrekker.
- Minder respect van de patiënten voor de zorgverlener indien de zorg gratis is.

Van voorstel 1 en 2 (toepassing bij alle zorgverstrekkers):

- Niet-geconventioneerde verstrekkers kunnen de **supplementen verhogen**. Patiënten die onvoldoende geïnformeerd zijn over de hoogte van de remgelden kunnen de indruk krijgen dat ze minder betalen, terwijl ze in realiteit meer betalen.

Van voorstel 1 en 3 (regeling die beperkt is tot verzekerden met recht op verhoogde tegemoetkoming (VT)):

- Het systeem van VT bereikt niet iedereen die het nodig heeft (**non-take-up**, criteria onvoldoende verfijnd). Heel wat mensen die het nodig hebben zouden er dan geen gebruik van kunnen maken.
- De regeling beperken tot verzekerden met recht op VT kan de **kloof tussen rechthebbenden met en zonder VT** vergroten, tussen degenen die recht hebben op 'alles' en degenen die recht hebben op 'niets'.
- **Stigmatisering** van mensen met VT.
- **Patiëntenselectie** of een minderwaardige behandeling van personen met een VT-statuuut door de zorgverlener.

Van voorstel 3 en 4 (enkel van toepassing bij geconventioneerde verstrekkers):

- Verstrekkers kunnen zich **deconventioneren**.
- Dit geldt nog meer indien de verplichte derde betalingsregeling beperkt wordt tot patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming, vermits deze patiënten vaker een complexere problematiek hebben, die meer tijd vergt.
- Verstrekkers die geconventioneerd blijven kunnen een **negatief imago** krijgen als "tweederangsdokters voor de armen".
- Dit zou kunnen leiden tot een gezondheidszorg met twee snelheden en langere **wachttijden** bij geconventioneerde artsen.
- Kwetsbare patiënten zijn vaak **niet op de hoogte van de conventiestatus** van de zorgverlener. Zij begrijpen de informatie niet of weten niet wat de gevolgen zijn.
- In bepaalde regio's en in bepaalde disciplines is het aanbod aan geconventioneerde zorgverleners beperkt, waardoor de **patiënt niet altijd kan kiezen** voor een geconventioneerde verstrekker.

Van voorstel 2 en 4 (een regeling die toepasselijk is op alle verzekerden):

- De **zorgconsumptie** zou kunnen **stijgen** bij diegenen met voldoende financiële middelen. Bij een stabiel zorgaanbod zou de toegankelijkheid voor de financieel kwetsbare groepen dan in het gedrang kunnen komen.

Een respondent wees ook op een mogelijk *positief neveneffect* van de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling:

- Het bedrag aan ereloonsupplementen wordt **transparant** voor de patiënt.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen voor hervorming van de verplichte derdebetalersregeling

Respondenten formuleren volgende voorstellen voor begeleidende maatregelen:

Bij voorstel 1 tot 4:

- **Elektronische facturatie** ter beschikking stellen en verplichten voor alle zorgberoepen. De platformen eFac en MyCareNet zouden optimaal moeten werken en de noodzakelijke technische en regelgevende aanpassingen zouden moeten doorgevoerd worden voordat de verplichte derdebetalersregeling wordt veralgemeend. Elektronische facturatie vermindert de administratieve last voor de verstrekker en kan de vergoeding aan de verstrekker versnellen.
- **Zorgverleners ondersteunen** bij de implementatie van het elektronische systeem. De software zou geïntegreerd kunnen worden met de bedrijfssoftware voor de boekhouding. Men zou een telematicapremie kunnen toekennen aan de zorgverstrekkers, om elke zorgverstrekker de kans te geven het systeem te installeren.
- Een **bewijs van de aanwezigheid van de patiënt** vereisen om een verstrekking elektronisch te kunnen aanrekenen, bijvoorbeeld via: het inlezen van de e-identiteitskaart (eID), door een bevestiging via *itsme*, een vingerafdruk en/of een timelog.
- Een snelle en **vlotte vergoeding van de verstrekkers** garanderen, bijvoorbeeld na maximum vijf of tien dagen.
- De patiënt **een transparante factuur** bezorgen (op papier of elektronisch), waarop die in één oogopslag kan zien welk aandeel van de aangerekende verstrekkingen ten laste wordt genomen door de ziekteverzekering en wat de remgelden en de eventuele supplementen zijn.

- Het **remgeld** (in functie van het statuut van de patiënt) **behouden**. Respondenten doen in dit verband volgende suggesties:
 - Een uniform remgeld voor (bijvoorbeeld € 2), voor alle verstrekkingen voor verzekerden met VT, om het voor de patiënt duidelijk te houden en te vermijden dat verstrekkers onrechtmatig zouden overfactureren;
 - Het remgeld verplicht innen;
 - Zorgverstrekkers rekenen een identiek remgeld aan alle patiënten aan en het ziekenfonds betaalt de eventueel hogere tegemoetkoming rechtstreeks terug aan de patiënt. Dit kan de administratieve belasting voor de vertrekker verminderen en vermijden dat betalingen achteraf verworpen worden of moeten gecorrigeerd worden;
 - Het remgeld meer sturend maken voor het zorgtraject;
- Rempgelden afschaffen.
- Een uitgebreid systeem van **evaluatie** en een **a posteriori controle**:
 - Het verstrekkingenprofiel van de zorgverleners en het aantal verstrekkingen per patiënt monitoren en ingrijpen waar nodig;
 - Strikte en snelle controlemechanismen;
 - Controle zowel op de correcte facturering aan de ziekteverzekering als op de tarieven aangerekend aan de patiënt;
 - Effectieve sancties bij misbruik.
- Strikt toezicht houden op de budgettaire impact en een **extra budget** voorzien om de verbeterde toegang tot gezondheidszorg en de verhoogde zorgconsumptie te financieren.
- Een **gefaseerde implementatie** om de impact op de toegang tot gezondheidszorg te evalueren (bijvoorbeeld de impact op het aantal geconventioneerde verstrekkers).
- De **gezondheidsgeletterdheid bevorderen** om er voor te zorgen dat de patiënt het gezondheidszorgsysteem goed begrijpt en op de gepaste manier gebruikt, door de juiste zorgverlener op het juiste moment op de juiste plaats te consulteren.
- **Overleggen met zorgverstrekkers en hen sensibiliseren** over het feit dat zij centraal staan in gezondheidsmanagement en het bewaken van het financiële evenwicht van het systeem. Dit omvat informatie verstrekken over het belang van preventie en over de ervaringen in andere landen.

- Een (voor sommigen geleidelijke) verschuiving van prestatiebetaling naar **meer forfaitaire betalingssystemen**, bijvoorbeeld:
 - Een vergoeding per traject (bijvoorbeeld op basis van diagnose of een globaal budget);
 - Een forfaitaire vergoeding voor wachtdiensten, dossierbeheer en gemeenschapsgerichte activiteiten, zodanig dat de prestatiebepaling beperkt wordt tot 1/3^e van de vergoeding.

Bij voorstel 1 en 3 (uitbreiding beperkt tot verzekerden met het statuut van verhoogde tegemoetkoming):

- **Garanderen dat allen die recht hebben op dit statuut het effectief ontvangen** en dat de doeltreffendheid van het statuut van verhoogde tegemoetkoming regelmatig wordt geëvalueerd (wie valt er tussen de plooi?).
- Een **goede communicatiestrategie**, vooral naar verzekerden met VT.
- Aanvullend de zorgverstreker toelaten de derdebetalersregeling **vrijwillig** toe te passen, in functie van de sociale of financiële situatie van de patiënt **voor mensen zonder VT**.

Bij voorstel 3 en 4 (regeling beperkt tot geconventioneerde verstrekkers):

- Het **stimuleren van conventionering**, in het bijzonder in regio's waar er een tekort is aan geconventioneerde verstrekkers in bepaalde disciplines.

Bijkomende voorstellen voor hervorming van de verplichte derdebetalersregeling

Sommige deelnemers aan de bevraging stelden **andere varianten** voor een uitbreiding van de derdebetalersregeling voor:

- Uitbreiding naar mensen met het statuut van **chronische aandoening**.
- De verplichte derdebetalersregeling prioritair doorvoeren **in de eerste lijn**: de huisartsgeneeskunde, thuisverpleging, tandheelkunde (inclusief orthodontie), kinesitherapie en eerstelijnspsychologische functie.
- Voor specialistische zorg de verplichte derdebetalersregeling enkel toepassen indien de patiënt is **doorverwezen door de huisarts**.
- Het verbod op het toepassen van de derdebetalersregeling opheffen voor alle zorgverleners of enkel voor de niet-geconventioneerde verstrekkers en **de derdebetalersregeling facultatief toepassen** (eventueel enkel verplichten voor wie het VT statuut heeft).

5.2 Hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming

We legden twee voorstellen voor hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming (VT) aan de deelnemers voor:

Voorstel 5: De verhoogde tegemoetkoming maximaal automatisch toekennen

Voorstel 6: Verzekerden met recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen

99 respondenten beantwoordden de vragen over dit thema.

A. Antwoorden op de gesloten vragen

Voorstel 5: 74% van de 99 respondenten die de vragen over dit thema beantwoordden vindt voorstel 5 uitermate doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren (score 5) en 16% geven score 4 (zie figuur 11). Dit betekent dat dit voorstel in totaal een score 'erg doeltreffend' krijgt van 90% van de respondenten (zie figuur 90). Deze score is ook hoog bij alle groepen respondenten (zie figuur 13)

53% van deze respondenten kiest dit voorstel als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen (uit de 43 voorgestelde maatregelen) om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Daarmee scoort dit voorstel het tweede hoogste, na de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling (voorstel 1, 2, 3 en 4 samen) (zie figuur 91).

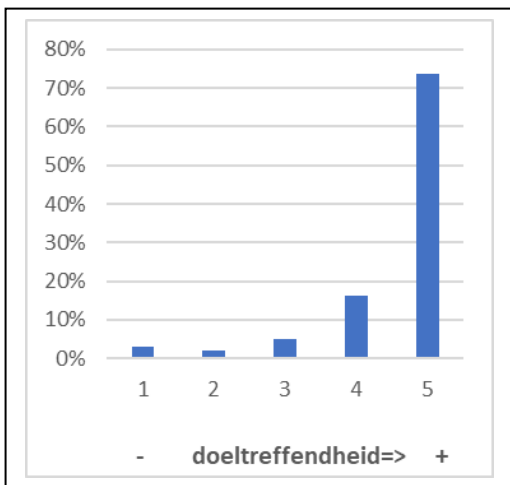
Voorstel 6: wordt door relatief weinig respondenten doeltreffend gevonden om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. 29% van de respondenten die de vragen over dit thema beantwoordden acht dit voorstel uitermate doeltreffend en 18% geeft een score 4 voor dit voorstel, wat het aantal respondenten met een score 'erg doeltreffend' op 47% brengt. Een relatief grote groep van 33% van de deelnemers geeft een lage score voor de doeltreffendheid van dit voorstel (score 1 of 2) (zie figuur 12).

Er zijn grote verschillen in scores tussen de stakeholdergroepen: terwijl alle respondenten van werknemersorganisaties voorstel 6 erg doeltreffend vinden, is dit voor geen enkele respondent uit organisaties van werkgevers of zelfstandigen het geval. Bij de andere groepen beoordeelt tussen 40 en 60% van de bevroagden dit voorstel 'erg doeltreffend' (zie figuur 14).

Voorstel 6 is voor 10% van de bevroagde stakeholders één van de vijf meest doeltreffende acties (uit de 43 voorstellen) om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren (zie figuur 91).

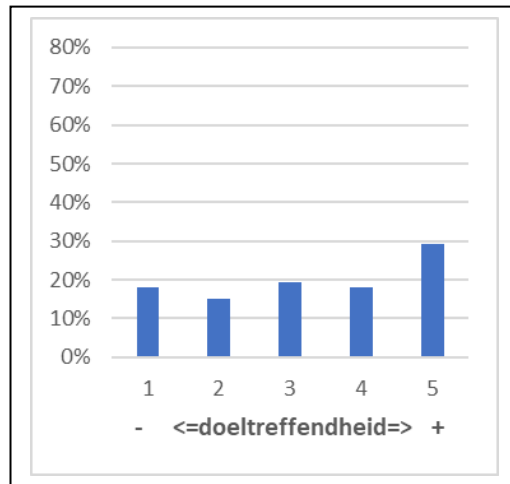
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 11: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 5*, percentages



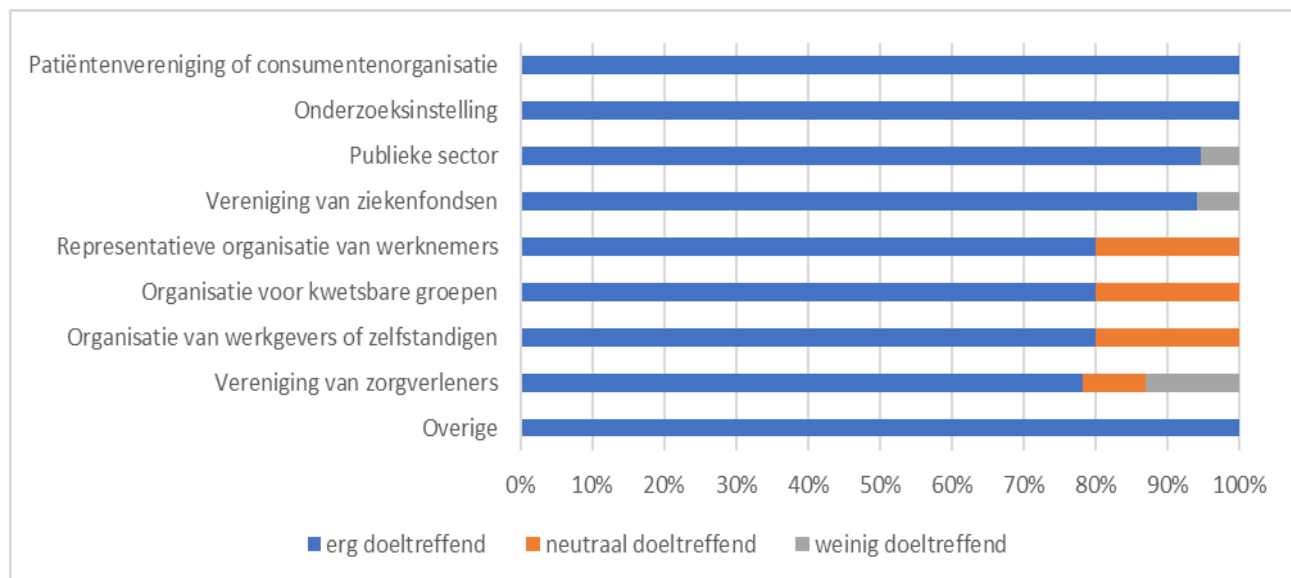
* De verhoogde tegemoetkoming maximaal automatisch toekennen

Figuur 12: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 6*, percentages



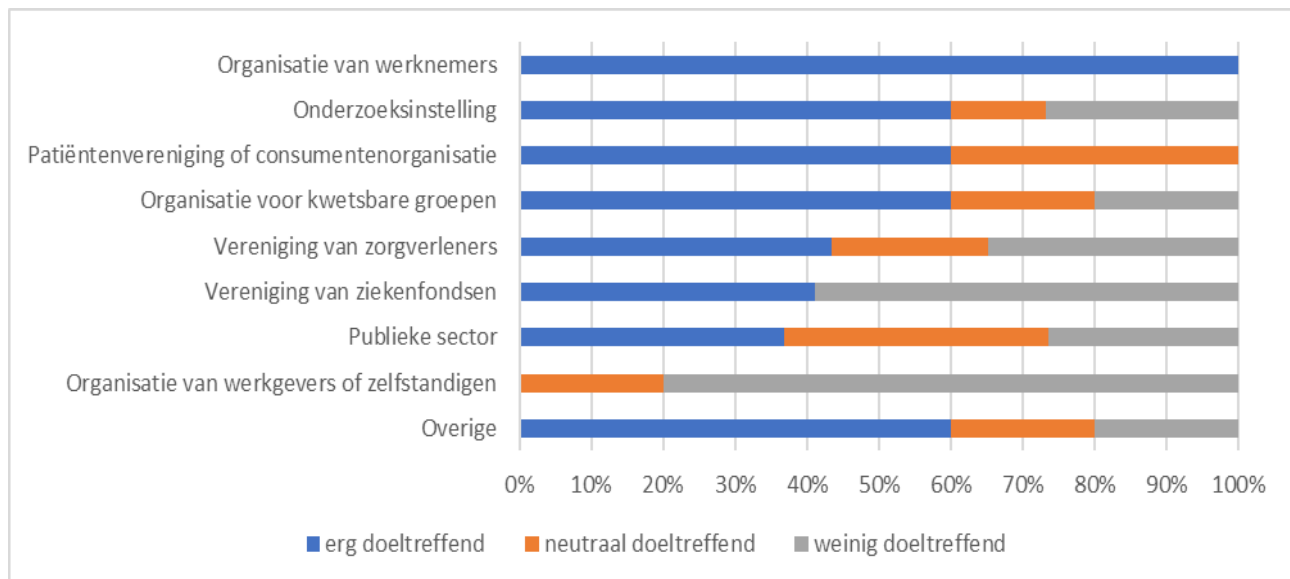
* Verzekerden met het recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen

Figuur 13: scores per groep voor voorstel 5*, percentages



* De verhoogde tegemoetkoming maximaal automatisch toekennen

Figuur 14: scores per groep voor voorstel 6*, percentages



* Verzekerden met het recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen voor hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming

De bevrageden signaleren volgende mogelijke ongewenste neveneffecten:

Van voorstel 5:

- **Niet iedereen zal kunnen genieten** van een automatische toekenning, om uiteenlopende redenen:
 - Data zijn soms niet up-to-date, volledig of gekend. Dit creëert problemen voor mensen wiens financiële situatie of sociaal statuut verandert. In het bijzonder kansarmen veranderen frequent van statuut;
 - Er gebeuren fouten bij de invoering en gegevens kunnen verschillen tussen instellingen.

Het recht kan dan toegekend worden aan mensen die er geen recht (meer) op hebben of mensen die er recht op hebben ontvangen het niet.

- **Fouten** bij automatische toekenning zijn moeilijk recht te zetten.
- Vaak moet de **betrokkene**, ook bij een automatische toekenning, **zelf nog actie ondernemen via digitale weg**. Die digitale procedures:

- Zijn complex voor de burger. Het risico bestaat dat zij die niet digitaal geletterd zijn de aanvraag niet doen;
- Door de digitalisering van de aanvragen heeft de burger minder info en bewijzen om zijn eigen situatie op te volgen.
- Inbreuk op de **privacy** door het gebruik van databanken.
- Mensen zijn er **niet** noodzakelijk van **op de hoogte** dat het recht is toegekend als dat automatisch gebeurt. Ze riskeren ook er niet van op de hoogte gebracht te worden wanneer hun recht automatisch wordt gesloten.
- Mensen kunnen op **frauduleuze** wijze hun financiële situatie minimaliseren.

Van voorstel 6:

- Indien patiënten volledig vrijgesteld worden van remgelden kan dit leiden tot overconsumptie door de patiënt en verstrekkers kunnen patiënten aanzetten tot consumptie van onnodige zorg. Er kan misbruik ontstaan door het onterecht factureren van verstrekkingen door de zorgverleners.
- De zorg wordt te zeer als vanzelfsprekend beschouwd. Hierdoor kunnen zorgverleners ingezet worden voor zorgen die eigenlijk niet tot hun takenpakket behoren (bijvoorbeeld in de thuisverpleging).
- Een budgettaire meerkost van het vergoeden van de remgelden en van het eventueel hogere (onterechte) zorggebruik.
- Langere van wachttijden door het toegenomen zorggebruik.
- De maatregel kan de dualisering tussen zij die het statuut VT hebben en zij die het niet hebben vergroten (recht op alles of op niets):
 - Verzekerden die net niet in aanmerking komen voor verhoogde tegemoetkoming kunnen met zware medische kosten geconfronteerd worden en lopen veel voordelen mis;
 - Een verhoging van het inkomen zou kunnen resulteren in een zodanig verlies aan voordelen dat een netto verlies aan inkomen het resultaat is;
 - Volgens een respondent is er geen duidelijke wetenschappelijke drempel vanaf dewelke het wenselijk is het statuut toe te kennen zonder bijkomende sociale scheeftrekkingen te veroorzaken.

- Zorgverstrekkers kunnen patiënten gaan selecteren.
- Als de toegang verbetert voor bepaalde groepen, op basis van een statuut, wordt het debat vermeden over de hoge kostprijs van bepaalde verstrekkingen en de moeilijke toegang tot gezondheidszorg voor de hele bevolking.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen voor hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming

De bevroagde stakeholders suggereren volgende maatregelen om de risico's op ongewenste neveneffecten te beperken:

Bij voorstel 5:

- **Vereenvoudiging** van de regelgeving:
 - De voorwaarden aanpassen zodanig dat de toetsing automatisch kan gebeuren (bv. wettelijke of samenwonende partner in plaats van feitelijke partner);
 - Minder uitzonderingen;
 - Harmonisering van de voorwaarden tussen instellingen;
 - Uniformering van de begrippenkaders (zoals inkomen, gezin) van de inkomensmaximumfactuur en de verhoogde tegemoetkoming en een uniforme definitie van chronisch zieke patiënt in de diverse beschermingsmaatregelen.
- Investeren in de **kwaliteit van de databanken** en de beschikbaarheid van de meest recente informatie over de inkomsten en het vermogen.
- **Maximale gegevensuitwisseling** tussen instellingen, om maximaal gebruik te kunnen maken van de beschikbare, meest recente inkomensgegevens en informatie over het vermogen.
- Wetenschappelijk aantonen wat de kans is dat de inkomenssituatie stabiel is wanneer het recht automatisch wordt geopend op basis van oude informatie (bv. fiscale info). De respondent verwijst hiervoor naar het project Belmod.
- **Rechten tijdig openen en afsluiten** indien de inkomenssituatie wijzigt.
- Goede, systematische en tijdige **informatie verstrekken aan de verzekerden** die het automatisch recht krijgen en personen die het statuut van VT dreigen te verliezen. Expliciet duidelijk maken dat er terugvorderingen mogelijk zijn

- Een '**uitlooprecht**' voorzien, om kortstondig verlies van de voorkeurregeling door tijdelijke inkomensschommelingen te voorkomen.
- De mogelijkheid van **beroepsprocedures** behouden.
- Investeren in meer doelmatige administratieve **controle** op mogelijke fraude door burgers die hun financiële middelen minimaliseren:
 - Controle op basis van informatie over de gehele recente financiële situatie van de verzekerde (ongeacht de bron van inkomsten);
 - Verificatie van eigendommen, individueel of in het kader van een vennootschap;
 - Geen automatische rechtsopening bij een groot vermogen.
- Aanzienlijke en herhaalde inspanningen om **verzekerden** waarvoor geen automatische toekenning van dit statuut mogelijk is, **toe te leiden naar het statuut**:
 - Nauwe ondersteuning en een verhoogde waakzaamheid voor non take-up door maatschappelijke diensten en armoedeorganisaties;
 - Mutualiteiten en lokale besturen sporen mensen die mogelijks in aanmerking komen voor het statuut proactief op;
 - De toegankelijkheid van sociale diensten, met uitgebreide openingsuren en goed gespreide fysieke contactpunten verbeteren. Sociale diensten worden cruciaal geacht om mensen naar hun rechten toe te leiden, sociale ondersteuning te bieden, informatie over hun dossier, hulp en advies te bieden en de digitale kloof te overbruggen.
- **Eerst de non take-up** van het statuut VT door automatische toekenning aanpakken, vooraleer meer rechten toe te kennen aan mensen met VT. Anders vergroot de kloof tussen financieel zwakke gebruikers met en zonder VT.

Bij voorstel 6:

- Een goed gespreid **aanbod van multidisciplinaire teams** in de eerste lijn te verzekeren.
- Het **budget** van de ziekteverzekering **verhogen**.
- **Controlemechanismen** instellen om fraude tegen te gaan:
 - Monitoren van het activiteitsniveau van de verstrekkers en automatische alarmdrempels inbouwen. Snel en adequaat opvolgen van het verstrekkingenprofiel en snel reageren bij overschrijdingen, bijvoorbeeld per email, telefoon of post;
 - Bewijs van fysieke aanwezigheid van de patiënt vereisen.

- **Zorgprofessionals sensibiliseren** en werken aan een cultuur van het verlenen van een openbare dienst.
- De bevrageden stelden ook **varianten** voor op voorstel 6:
 - Een laag remgeld behouden. Een laag remgeld vermijdt stigmatisering van de personen met VT en behoudt de eigenwaarde van de betrokkenen. Een laag remgeld maakt ook duidelijk dat zorg niet gratis is;
 - Remgelden voor alle zorgverleners gelijkstellen;
 - De vrijstelling van de remgelden of een zeer laag remgeld (bijvoorbeeld € 1) enkel toepassen in de eerste lijn;
 - Het afschaffen van de remgelden beperken tot geconventioneerde zorgverstrekkers.

Bijkomende voorstellen voor hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming

Respondenten deden ook andere suggesties om het stelsel van verhoogde tegemoetkoming doeltreffender te maken:

- De **criteria voor toegang tot het VT statuut aanpassen en verfijnen**. Terwijl sommigen een verstrenging van de criteria bepleiten, stellen anderen voor om bijkomende groepen toegang te geven tot het statuut. Sommige suggesties:
 - Het systeem selectiever en genereuzer maken;
 - Gezinsinkomen, vermogen en ernst van de ziektelast als enige criteria gebruiken;
 - Het statuut uit breiden naar bijkomende groepen van mensen die het financieel moeilijk hebben of naar mensen met een chronische aandoening.
- Een **tussenstatuut te creëren** voor personen die nu net buiten de criteria vallen of een gradatie/progressiviteit invoeren in de hoogte van de terugbetalingen.
- Een **subcategorie creëren** binnen de huidige groep van rechthebbenden op de VT, die een hogere terugbetaling kan genieten dan nu het geval is.
- Evolueren naar een **forfaitaire vergoeding van de verstrekkers**, als alternatief voor het vrijstellen van mensen met recht op VT van remgelden.
- **Geneesmiddelen** (in het bijzonder D-geneesmiddelen) beter vergoeden.
- Een **differentiële terugbetaling** voorzien voor implantaten en invasieve **medische hulpmiddelen** voor mensen met het statuut VT.

5.3 Gezinnen beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg van de kinderen

Over dit thema legden we twee varianten voor aan de respondenten, die beide beogen om gezinnen vrij te stellen van remgelden voor kinderen:

Voorstel 7: Minderjarigen met recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen

Voorstel 8: Alle minderjarigen volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen

101 respondenten beantwoordden de vragen over dit thema.

A. Antwoorden op de gesloten vragen

Van deze 101 respondenten beoordeelt 42% voorstel 7 als uitermate doeltreffend (score 5) en 35% voorstel 8 (zie figuur 15 en 16). 66% van de respondenten scoort 'erg doeltreffend' (score 4 of 5) op voorstel 7 en 54% op voorstel 8 (zie figuur 90).

Respondenten uit organisaties van werknemers, patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties, de publieke sector en verenigingen van zorgverleners scoren bovengemiddeld 'erg doeltreffend' voor elk van beide voorstellen. Deelnemers uit organisaties die opkomen voor de belangen van sociaal-economisch kwetsbare groepen vinden voorstel 8 bovengemiddeld erg doeltreffend en voorstel 7 minder vaak dan het gemiddelde van alle respondenten. Bevrageden uit onderzoeksinstellingen scoren bovengemiddeld op voorstel 7 en lager dan het gemiddelde op voorstel 8. Deelnemers uit ziekenfondsen en organisaties van werkgevers of zelfstandigen scoren lager dan het gemiddelde 'erg doeltreffend' voor beide voorstellen (zie figuur 18 en 19).

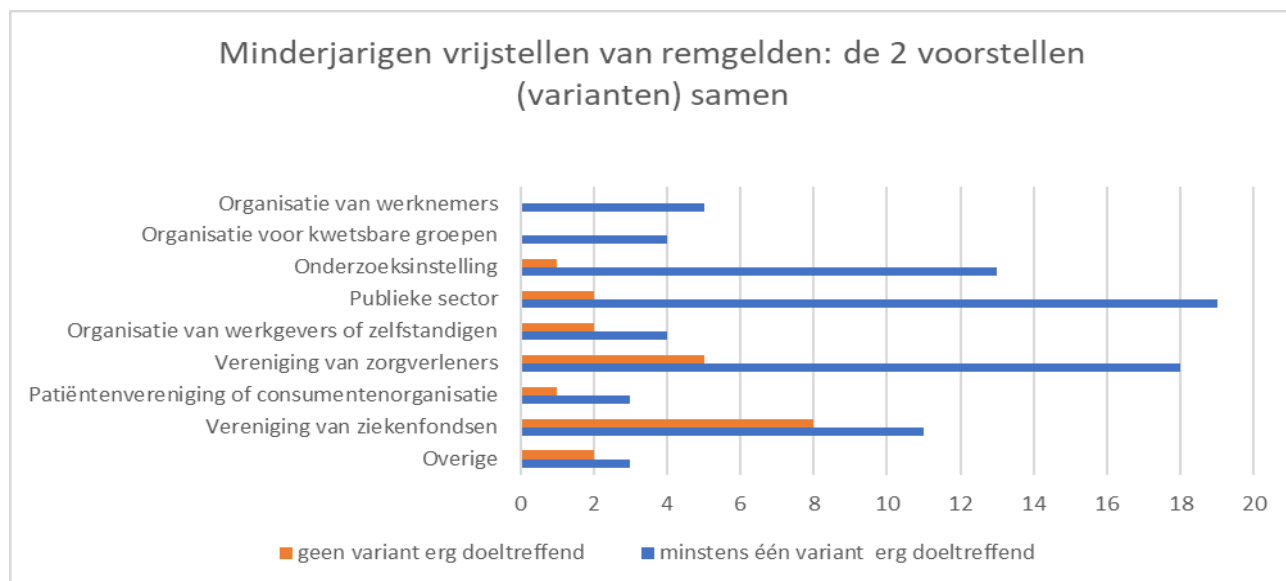
Terwijl respondenten die aangegeven kennis of ervaring te hebben over armoede en sociale uitsluiting of over specifieke maatschappelijk kwetsbare groepen beide varianten ongeveer even vaak erg doeltreffend vinden, beschouwen respondenten die deze kennis of ervaring niet hebben voorstel 7 vaker erg doeltreffend dan voorstel 8 (zie figuur 92).

Bijna vier op vijf (79%) van de respondenten die de vragen over dit thema beantwoordden vindt minstens één van de twee varianten 'erg doeltreffend' (zie figuur 90). Van de deelnemers aan de bevraging die geen van de twee varianten erg doeltreffend vindt, komt het merendeel uit een vereniging van ziekenfondsen (zie figuur 17).

25% van deze respondenten kiest de vrijstelling van kinderen van remgelden (in één van de twee varianten) als één van de vijf meest doeltreffende acties (uit de 43 voorstellen) om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. 10% van hen kiest voor voorstel 7, en 15% voor voorstel 8 (zie figuur 91).

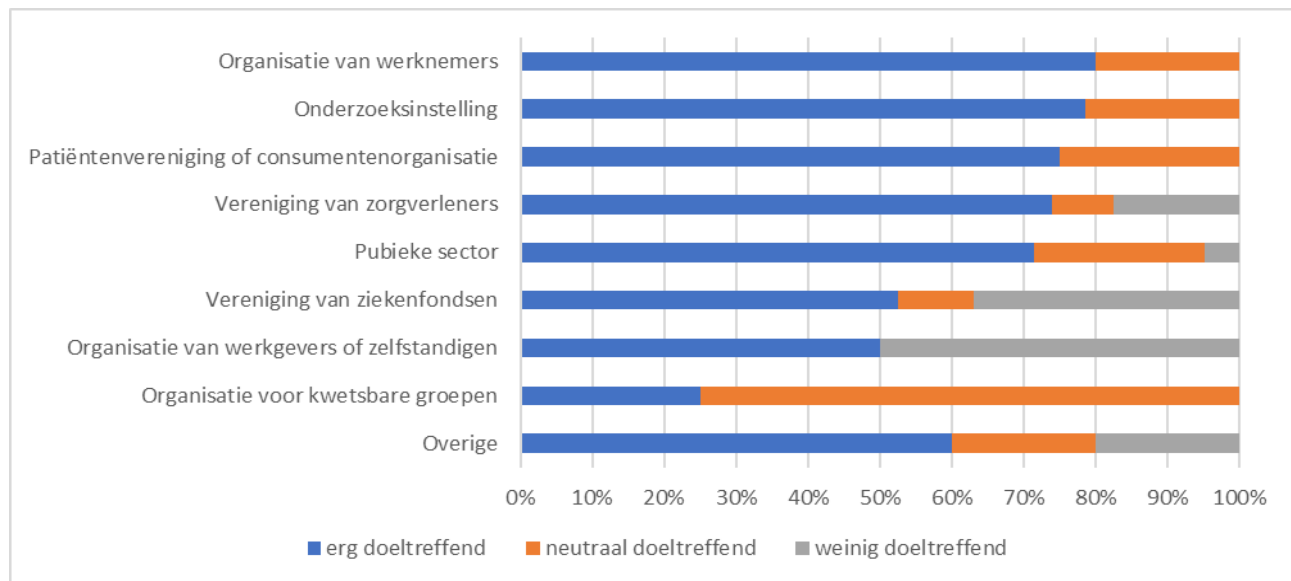
<p><i>Figuur 15: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 7*, percentages</i></p>	<p><i>Figuur 16: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 8*, percentages</i></p>																								
<table border="1"> <caption>Data for Figuur 15</caption> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>24%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>42%</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Percentage	1	8%	2	6%	3	18%	4	24%	5	42%	<table border="1"> <caption>Data for Figuur 16</caption> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>34%</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Percentage	1	16%	2	12%	3	17%	4	19%	5	34%
Rating	Percentage																								
1	8%																								
2	6%																								
3	18%																								
4	24%																								
5	42%																								
Rating	Percentage																								
1	16%																								
2	12%																								
3	17%																								
4	19%																								
5	34%																								
<p>* Minderjarigen met recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen</p>	<p>* Alle minderjarigen volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen</p>																								

Figuur 17: scores per groep voor voorstel 7 en 8 samen, absolute aantallen



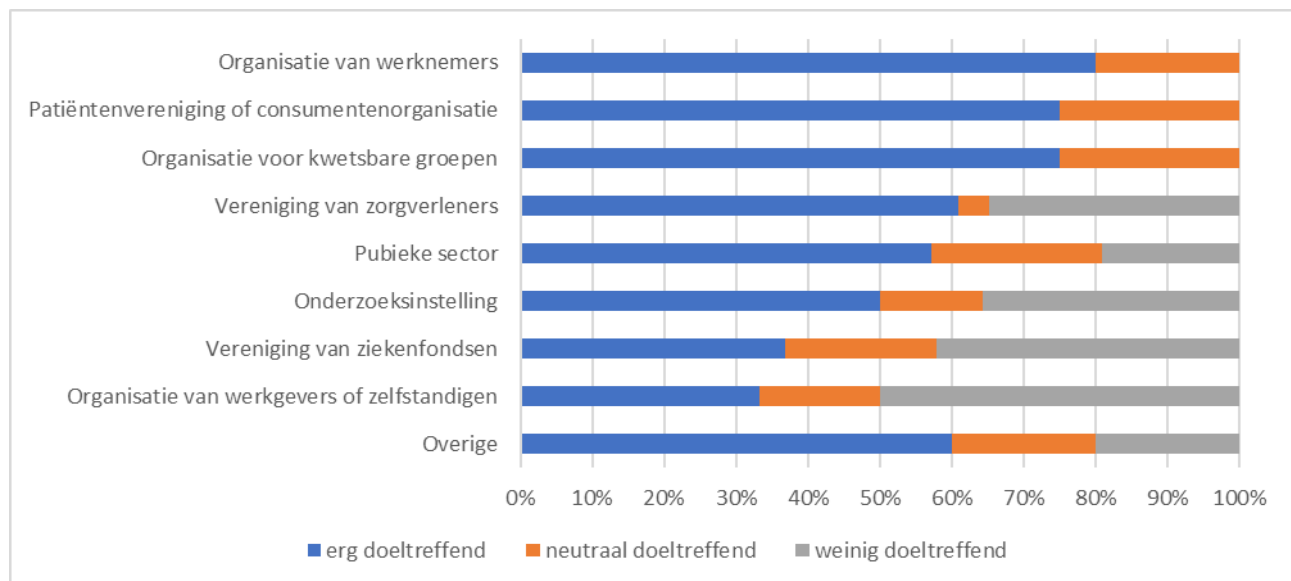
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 18: scores per groep voor voorstel 7*, percentages



* Minderjarigen met recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen

Figuur 19: scores per groep voor voorstel 8*, percentages



* Alle minderjarigen volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen om gezinnen te beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor de kinderen

Respondenten signaleren volgende mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorgestelde maatregelen:

- Net zoals voor thema 1 en 2, vrezden sommige respondenten ook hier mogelijke neveneffecten van een volledige vrijstelling van remgelden zoals: overconsumptie van zorgen, oneigenlijk gebruik van zorg, fraude en toename van wachttijden.
- Ook de risico's van het selectief toepassen van de maatregel enkel voor VT begunstigen (*voorstel 7*) die in thema's 1 en 2 aan bod kwamen, weerklinken hier. Met name: het VT stelsel bereikt niet iedereen die het nodig heeft, een grotere kloof tussen zij die het statuut van VT hebben en zij die het niet hebben, selectie van patiënten door de zorgverstrekkers of minderwaardige zorg voor personen met VT statuut en stigmatisering van mensen met VT.
- Bij een uitbreiding van de vrijstelling tot alle minderjarigen (*voorstel 8*), kunnen ook verzekerden die het niet nodig hebben er gebruik van maken, wat de **maatregel minder doelmatig** maakt.
- **Minder doelmatig gebruik van zorg**, in het bijzonder kan het leiden tot het consulteren van de pediater in plaats van de huisarts, vooral bij hogere inkomens.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen om gezinnen te beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor de kinderen

Verschillende van de aanbevelingen voor begeleidende maatregelen komen overeen met suggesties die reeds gedaan werden bij de voorgaande thema's:

- Een lage of symbolische eigen bijdrage behouden.
- Controlemechanismen opzetten om oneigenlijk gebruik en fraude tegen te gaan.
- Goede informatie aan de begunstigen verstrekken over de maatregelen.
- Garanderen dat allen die recht hebben op VT het effectief ontvangen (*voor voorstel 7*).
- Overleggen met de zorgvertrekkers.

Andere begeleidende maatregelen worden geformuleerd specifiek voor dit thema:

- De **budgetten** die de ziekenfondsen nu via de **aanvullende verzekering** uitbetalen voor de remgelden voor kinderen **overhevelen** naar de verplichte verzekering.
- Het voordeel **enkel** toekennen voor **patiënten met een globaal medisch dossier** bij de huisarts.
- **Evaluatie** van de maatregel.

Bijkomende voorstellen om gezinnen te beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor de kinderen

Deelnemers aan de bevraging suggereren volgende bijkomende maatregelen:

- **Ouders beter informeren** over de hoogte van de eigen bijdragen, omdat ouders vaak denken dat de eigen bijdragen hoger liggen dan ze in werkelijkheid zijn (cf. tandzorg).
- **Specifieke zorgen** voor kinderen **beter vergoeden of gratis maken**. In dit verband werden vernoemd (in verschillende varianten door verschillende respondenten): eerstelijnszorg, de huisarts, preventieve zorg, curatieve tandzorg, brillen en (sommige) voorgeschreven geneesmiddelen (D geneesmiddelen), perinatale raadplegingen.
- **Voldoende aanbod aan geconventioneerde verstrekkers** (pediaters, tandartsen) garanderen, zodanig dat voor kinderen geen ereloon-supplementen moeten betaald worden.
- Evolueren van een systeem van betaling per prestatie naar een **forfaitaire vergoeding** van de verstrekkers.
- **Enkel op verwijzing van de huisarts** naar de specialist, spoedgevallendienst of het ziekenhuis.
- Aandacht voor **kinderen met een chronische aandoening of een beperking**:
 - Proactief mogelijke betalingsproblemen opsporen vanaf de diagnose bij kinderen die een langdurig medisch traject tegemoet gaan. De sociale diensten van de ziekenhuizen zouden hierbij een centrale rol moeten spelen;
 - Een één loketfunctie oprichten voor gepersonaliseerde opvolging van het zorgtraject van deze kinderen;
 - Specifieke toelagen voorzien voor deze kinderen.

- **Meer inzetten op preventieve zorg**, in het bijzonder via de school: tandzorg en tandhygiëne, vaccinatie, gezonde voeding, voldoende beweging en actief inzetten op het bereiken van de meest kwetsbaren op een voor hen aangepaste manier.
- Een **specifieke lage MAF voor alle kinderen**.
- **De impact** van maatregelen om kinderen vrij te stellen van remgelden eerst beter **bestuderen**, omdat hierover op dit ogenblik weinig studiemateriaal beschikbaar is.

5.4 Hervorming van de maximumfactuur (MAF)

De respondenten werden gevraagd om zich uit te spreken over drie voorstellen voor hervorming van de MAF:

Voorstel 9: Het plafond aan remgelden verlagen tot € 250 voor gezinnen met de laagste inkomens

Voorstel 10: Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis van meer dan een jaar bijkomend opnemen in de MAF

Voorstel 11: De derdebetalersregeling automatisch toepassen op de remgelden van gezinnen die hun remgeldplafond hebben bereikt

99 respondenten beantwoordden de vragen over de hervorming van de MAF.

A. Antwoorden op de gesloten vragen

Respectievelijk 56%, 47% en 52% van deze 99 respondenten vinden voorstel 9, 10 en 11 uitermate doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren (score 5) (zie figuur 20, 21 en 22). Als we score 4 en 5 samen nemen, scoort 77% van de respondenten 'erg doeltreffend' op voorstel 9, 76% op voorstel 10 en 69% op voorstel 11 (zie figuur 90).

Ondanks het feit dat een groot aantal respondenten *voorstel 9* erg doeltreffend vindt, is de spreiding van deze beoordeling tussen de verschillende stakeholdergroepen groot. Het voorstel wordt door alle respondenten van organisaties van werknemers, patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties en organisaties die opkomen voor de belangen van kwetsbare groepen erg doeltreffend gevonden. Respondenten van onderzoeksinstituten en verenigingen van ziekenfondsen geven ook vaker dan het gemiddelde van de respondenten een score erg doeltreffend. Deelnemers van organisaties van werkgevers of zelfstandigen en verenigingen van zorgverleners vinden dit voorstel minder vaak dan het gemiddelde van de respondenten erg doeltreffend. Respondenten uit de publieke sector scoren eerder gemiddeld (zie figuur 23).

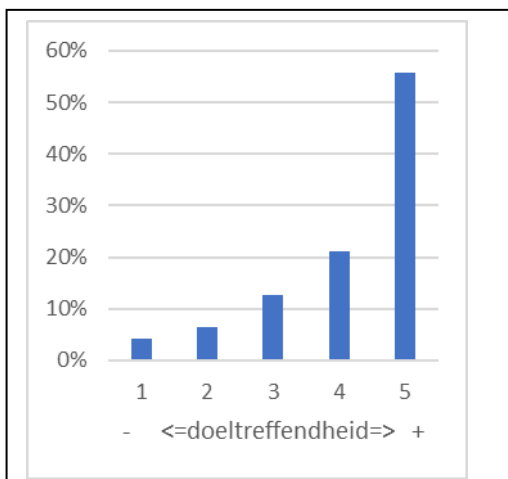
De beoordeling van het *voorstel 10* is gelijkmatiger verdeeld over de verschillende groepen respondenten. Respondenten van ziekenfondsen achten dit voorstel duidelijk vaker erg doeltreffend dan het gemiddelde van de respondenten. De steun voor dit voorstel is lager dan het gemiddelde bij deelnemers van organisaties van werkgevers of zelfstandigen, onderzoeksinstituten en de publieke sector. De andere groepen respondenten scoren rond het gemiddelde (zie figuur 24).

De inschatting van de doeltreffendheid van *voorstel 11* is dan weer meer gespreid tussen de verschillende stakeholdergroepen. De deelnemers van organisaties van werknemers, organisaties

die de belangen verdedigen van sociaal-economisch kwetsbare groepen en patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties vinden dit voorstel vaker erg doeltreffend dan het gemiddelde van de respondenten, de deelnemers van organisaties van werkgevers of zelfstandigen en van onderzoeksinstellingen vinden dit voorstel minder vaak erg doeltreffend dan het gemiddelde van de respondenten (zie figuur 25).

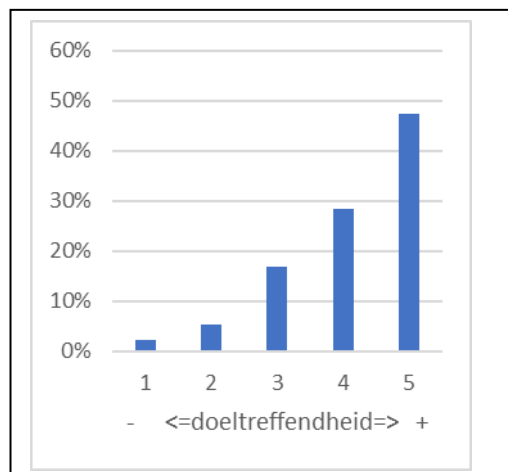
39% van de respondenten kiest voorstel 9 (het plafond aan remgelden voor de laagste inkomens verlagen) als één van de vijf meest doeltreffende voorstellen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren (uit de 43 voorgestelde maatregelen). Hiermee is dit het voorstel dat het derde vaakst wordt gekozen als één van de meest doeltreffende maatregelen. Voor 11% van de respondenten is voorstel 10 één van de vijf meest doeltreffende maatregelen en 13% van de bevrageden selecteert voorstel 11 (zie figuur 91).

Figuur 20: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 9*, percentages



* Het plafond aan remgelden verlagen tot € 250 voor gezinnen met de laagste inkomens

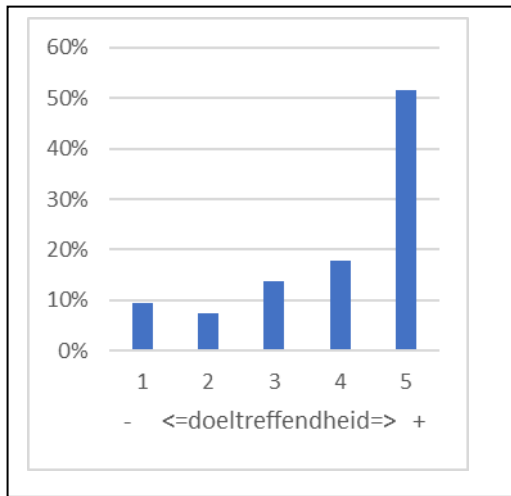
Figuur 21: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 10*, percentages



* Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis van meer dan een jaar bijkomend opnemen in de MAF

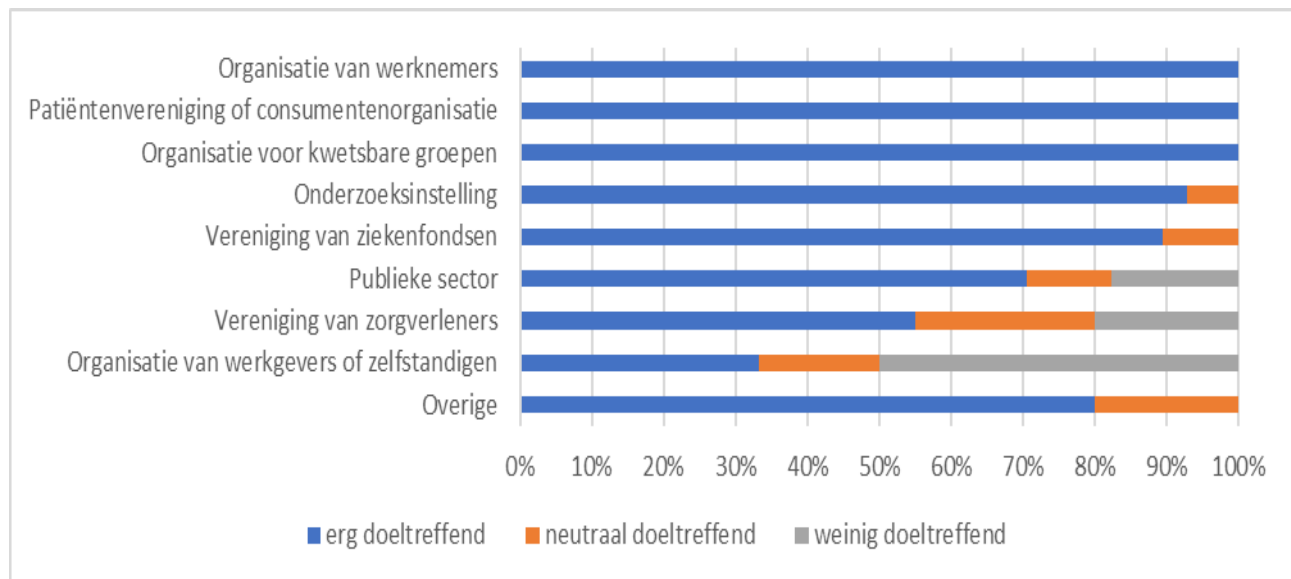
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 22: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 11*, percentages



* De derdebetalersregeling automatisch toepassen op de remgelden van gezinnen die hun remgeldplafond hebben bereikt

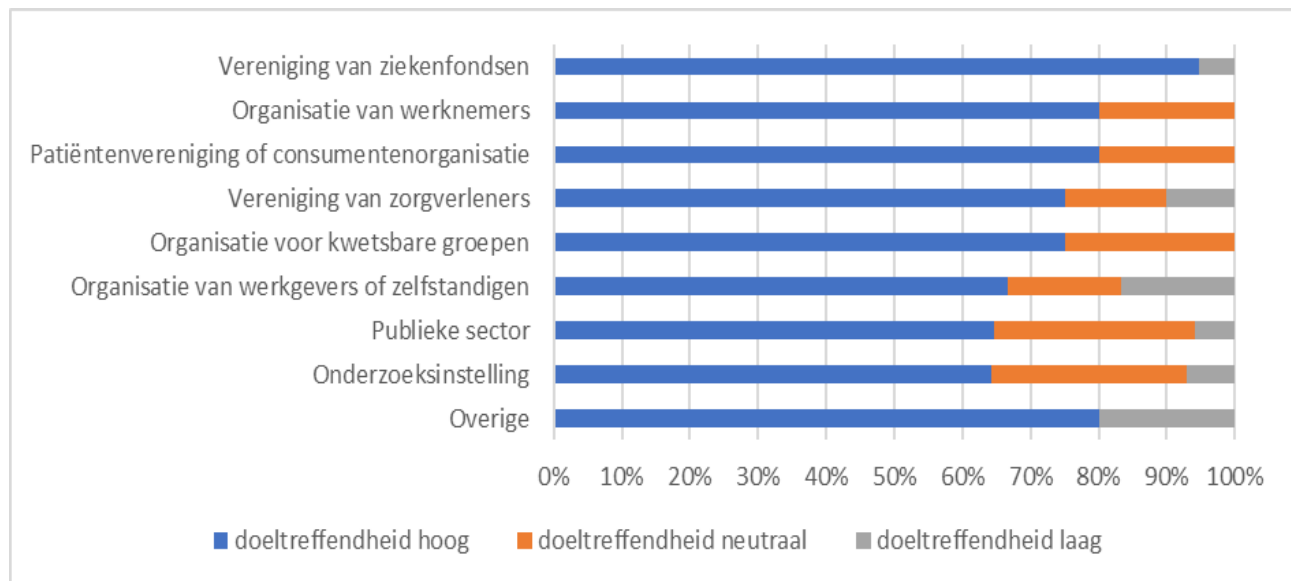
Figuur 23: scores per groep voor voorstel 9*, percentages



* Het plafond aan remgelden verlagen tot € 250 voor gezinnen met de laagste inkomens

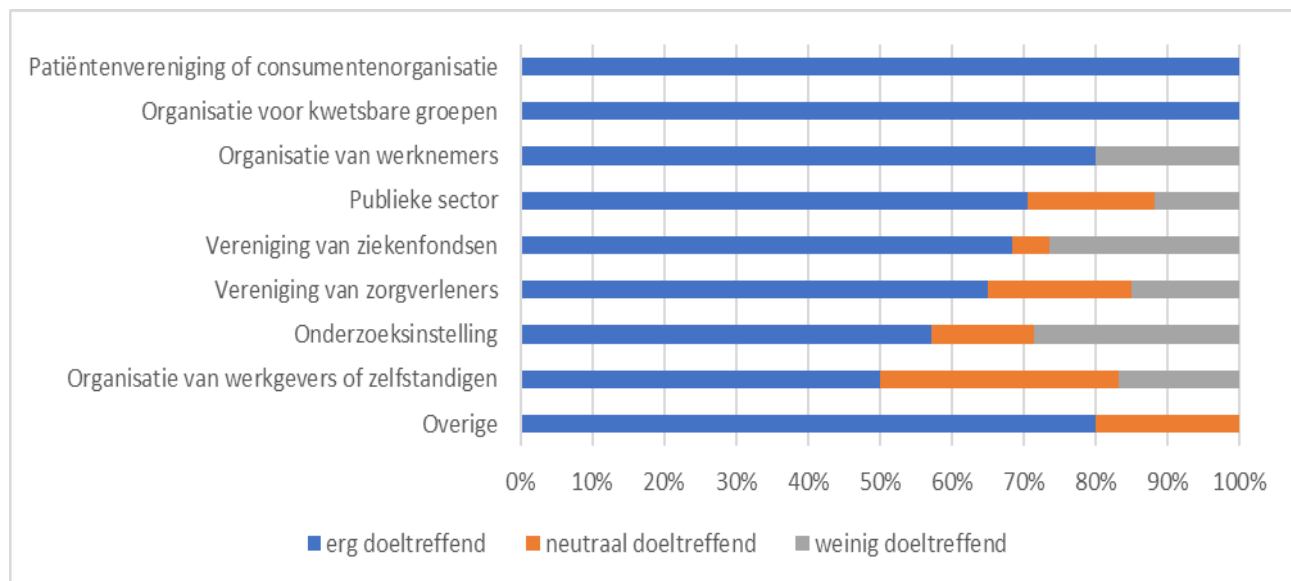
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 24: scores per groep voor voorstel 10*, percentages



* Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis van meer dan een jaar bijkomend opnemen in de MAF

Figuur 25: scores per groep voor voorstel 11*, percentages



* De derdebetalersregeling automatisch toepassen op de remgelden van gezinnen die hun remgeldplafond hebben bereikt

B. Antwoorden op de open vragen (voorstellen 9-11)

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen om de maximumfactuur te hervormen

Respondenten melden volgende mogelijke ongewenste neveneffecten van de maatregelen:

Van voorstel 9 tot 11:

- De indruk zou kunnen ontstaan dat de zorg gratis is. Dit kan leiden tot overconsumptie door de patiënt en misbruik en fraude door de verstrekker.
- Gezinnen kunnen **zorggebruik** (bijvoorbeeld aankoop van geneesmiddelen) '**optimaliseren**' door zorg zoveel als mogelijk in hetzelfde jaar te plannen.

Van voorstel 9:

- Het is **moeilijk om de hoogte van het plafond op een onderbouwde manier te bepalen**. Voor sommige gezinnen met een laag inkomen is € 250 wellicht nog te hoog. Ze bereiken het plafond niet omdat ze zorg blijven uitstellen.
- Er is een wisselwerking tussen de verschillende voorgestelde maatregelen, bijvoorbeeld vrijstelling of verlaging van remgelden en het bepalen van de hoogte van de MAF.

Van voorstel 10:

- Het kan een incentive zijn om het **verblijf in de psychiatrie onnodig te verlengen** omdat de stap naar de ambulante zorg de patiënt kan opzadelen met hogere facturen.

Van voorstel 11:

- De toepassing van de derdebetalersregeling op de remgelden bij gezinnen die hun remgeldplafond hebben bereikt kan de **administratieve last** voor de zorgverstrekkers verhogen.
- Indien de **gegevens niet tijdig beschikbaar** zijn kan de procedure voor toekenning van de derdebetalersregeling niet automatisch verlopen.
- Indien het voordeel niet automatisch wordt toegekend, en de patiënt de arts moet vragen om de derdebetalersregeling toe te passen kan dit leiden tot **stigmatisering**.
- Sommige zorgverleners, die nu geen remgeld vragen (in het bijzonder verpleegkundigen), zouden er toe kunnen aangezet worden **remgeld aan te rekenen zodra de MAF bereikt is**.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen om de MAF te hervormen

Deelnemers aan de bevraging doen volgende aanbevelingen om de mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen te milderen:

Bij voorstel 9 tot 11:

- Ziekenfondsen moeten sneller vaststellen dat het plafond van de MAF bereikt is en de rechthebbenden hierover informeren. **Zodra het plafond van de MAF bereikt is, moeten de beschermingsmaatregel in werking treden.** Verzekerden moeten aangemoedigd worden om hun verstrekkingenbriefjes onmiddellijk aan hun ziekenfonds te bezorgen.
- **Zo recent mogelijke inkomensgegevens** gebruiken om het plafond voor de MAF te bepalen, om te vermijden dat mensen die nood hebben aan de MAF uit de boot zouden vallen omwille van verouderde gegevens.
- Een verhoging van het budget aan financiële middelen van de ziekteverzekering om de extra kosten van deze maatregel te betalen.
- De hervorming van de MAF afstemmen op en doorvoeren in coherentie met andere maatregelen voor het verlagen van remgelden of het creëren van andere statuten.

Bij voorstel 9:

- Het bedrag van de MAF voor de laagste inkomens nog verder verlagen (lager dan € 250).

Bij voorstel 10:

- **'vermaatschappelijking' van de geestelijke gezondheidszorg** haalbaar maken voor de patiënt door voldoende aanbod van continue ambulante zorg via de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg, betaalbaar zelfstandig wonen, 'outreachinge' begeleiding, enz.

Bij voorstel 11:

- Zorgen dat de MAF onmiddellijk in werking treedt.
- De toepassing van de derdebetalersregeling op de MAF beperken tot gezinnen met een verhoogde tegemoetkoming.

Bijkomende voorstellen om de MAF te hervormen

Er werden meerdere andere voorstellen gedaan om de MAF te hervormen:

- Meer informatie verstrekken en **beter communiceren over de MAF**, zowel voor de algemene bevolking als voor hulpverleners:
 - Een duidelijk en volledig overzicht geven van alle verstrekkingen die meegeteld worden voor de MAF;
 - Huisartsen, apothekers, OCMW's, welzijns- en armoedeorganisaties en ziekenfondsen aanmanen om proactief informatie over het bestaan van de MAF te verstrekken;
 - Ziekenfondsen informeren hun leden die recht hebben op de MAF hier op een duidelijke manier over. Ze delen begunstigen jaarlijks hun remgeldplafond mee. Dit vereist een automatisering van de toetsing van het plafond voor de MAF.
- Het systeem van de **MAF evalueren**:
 - De samenstelling van de korf van de MAF en de mate waarin de verschillende eigen betalingen bijdragen tot het bereiken van het plafond evalueren;
 - Dit kaderen in een bredere denkoefening over welke kosten een betere terugbetaling verdienen in de verplichte ziekteverzekering;
 - Een studie uitvoeren over de profielen van de begunstigen van de MAF en deze profielen monitoren;
 - De samenhang tussen de verschillende financiële vangnetten herzien.
- **De korf van de MAF** verder **uitbreiden**. Respondenten vermelden volgende verstrekkingen:
 - Alle vergoedbare zorgen;
 - Prothesen;
 - Medische hulpmiddelen die mensen met een chronische aandoening nodig hebben;
 - Vervoerskosten, in het bijzonder voor langdurige behandelingen. Een specifieke MAF voor vervoerskosten werd gesuggereerd als een alternatieve optie;
 - Kosten voor gezondheidszorg die onder de bevoegdheid vallen van de gefedereerde entiteiten;
 - Verzorgingsmiddelen en verbanden;
 - Sommige voorgeschreven geneesmiddelen die vandaag niet vergoed worden.

- Verschillende suggesties werden gedaan in verband met medisch gerechtvaardigde **verstrekkingen die vandaag niet vergoed worden:**
 - Niet-vergoedbare geneesmiddelen opnemen in de MAF voor mensen met de laagste inkomens;
 - Deze verstrekkingen opnemen in de verplichte ziekteverzekering, zodanig dat ze in de MAF kunnen opgenomen worden;
 - Alle niet-vergoedbare verstrekkingen registreren, om er een zicht op te krijgen.
- De **korf** van de MAF **beperken** tot verstrekkingen van hoge therapeutische waarde.
- **Loskomen van de MAF teller per kalenderjaar**, zodanig dat ook wie veel kosten heeft die toevallig gespreid zijn over het einde van een jaar en het begin van een volgend jaar van de bescherming kan genieten.
- Een **verhoging van de inkomensplafonds** op basis waarvan de MAF wordt berekend en de inkomensgrenzen koppelen aan de welvaart en niet enkel aan de index.
- De mogelijkheid voorzien om het **remgeldplafond in de loop van het jaar aan te passen** in functie van evoluties in het gezinsinkomen.
- De **MAF individualiseren** in plaats van toe te kennen op gezinsniveau.
- Het aantal soorten MAF verminderen.
- De hoogste MAF plafonds verlagen.

5.5 Beperking van ereloonsupplementen

Volgende vier voorstellen werden aan de stakeholders en experts voorgelegd:

Voorstel 12: Het voor zorgverstrekkers financieel aantrekkelijker maken om zich te conventioneren

Voorstel 13: Ereloonsupplementen voor ambulante zorg verbieden voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming

Voorstel 14: Ereloonsupplementen voor ambulante medisch-technische prestaties verbieden

Voorstel 15: Het statuut van gedeeltelijk geconventioneerde arts afschaffen

99 respondenten beantwoordden de vragen over dit thema.

A. Antwoorden op de gesloten vragen

Van deze 99 respondenten vindt respectievelijk 37%, 45%, 46% en 31% voorstellen 12, 13, 14 en 15 uitermate doeltreffend (score 5). Voor voorstel 12 en 15 zijn er relatief veel twijfelaars met score 3 (respectievelijk 25% en 29%). Een niet onbelangrijke groep van ongeveer 10% van de respondenten vindt voorstel 13, 14 en 15 zeer weinig doeltreffend (score 1)(zie figuur 26, 27, 28 en 29). 61%, 66%, 71% en 51% van de bevroagden scoren respectievelijk voor voorstel 12, 13, 14 en 15 'erg doeltreffend' (score 4 en 5 samen) (zie figuur 90).

Respondenten van organisaties van werkgevers of zelfstandigen, van verenigingen van zorgverleners en van verenigingen van ziekenfondsen scoren meer dan het gemiddelde van de respondenten 'erg doeltreffend' voor het *voorstel 12*. Respondenten van organisaties van werknemers, patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties en onderzoeksinstellingen vinden dit voorstel minder vaak dan de gemiddelde respondent erg doeltreffend. Van de respondenten van de organisaties die opkomen voor de belangen van sociaal-economisch kwetsbare groepen scoort niemand 'erg doeltreffend' voor dit voorstel, en een zeer groot gedeelte van hen scoort neutraal doeltreffend (score 3) (zie figuur 30). Ook de respondenten die verklaren kennis of ervaring te hebben met betrekking tot armoede en sociale uitsluiting of specifieke kwetsbare groepen scoren merkkelijk minder vaak 'erg doeltreffend' voor dit voorstel (zie voorstel 92).

De respondenten uit organisaties die opkomen voor de belangen van sociaal-economisch kwetsbare groepen, organisaties van werknemers, onderzoeksinstellingen en patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties vinden meer dan het gemiddelde van de respondenten *voorstel 13* erg doeltreffend. Organisaties van werkgevers of zelfstandigen en verenigingen van zorgverleners achten dit voorstel dan weer minder vaak dan het gemiddelde van alle respondenten erg doeltreffend. De andere stakeholdergroepen scoren rond het gemiddelde (zie figuur 31). Respondenten met kennis of ervaring over armoede en sociale uitsluiting of over

kwetsbare groepen scoren merklijk vaker 'erg doeltreffend' voor dit voorstel dan het gemiddelde van alle respondenten (82% versus 66%, zie figuur 92)

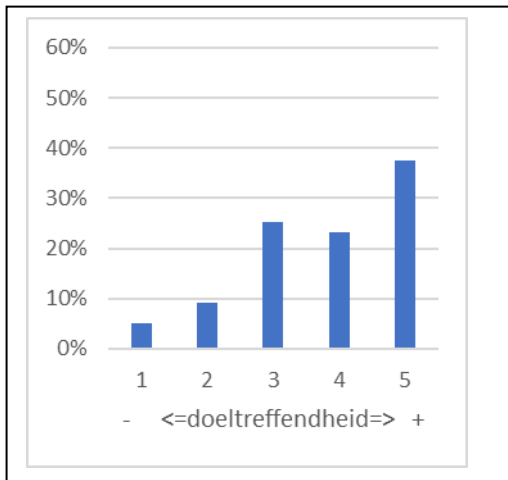
Voor *voorstel 14* scoren dezelfde stakeholdergroepen respectievelijk boven en beneden het gemiddelde 'erg doeltreffend' (boven het gemiddelde: organisaties die opkomen voor de belangen van sociaal-economisch kwetsbare groepen, organisaties van werknemers en onderzoeksinstituten en patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties en beneden het gemiddelde: organisaties van werkgevers of zelfstandigen en vereniging van zorgverleners anderszijds) (zie figuur 32).

Voor *voorstel 15* scoren alle respondenten van organisaties die opkomen voor sociaal-economisch kwetsbare groepen 'erg doeltreffend'. Respondenten van organisaties van werknemers, organisaties van werkgevers of zelfstandigen en patiëntenvereniging of consumentenorganisaties geven hiervoor minder dan het gemiddelde van de respondenten een score 'erg doeltreffend'. In alle groepen stakeholders, behalve bij de organisaties die opkomen voor de kwetsbare groepen, geeft een aanzienlijk deel een score 3 (neutraal doeltreffend) (zie figuur 33).

Ondanks een eerder gemiddelde score 'erg doeltreffend' voor voorstel 12, kiest een relatief hoge 26% van de respondenten dit voorstel als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Zowel voorstel 13 als voorstel 14 wordt door 16% van de respondenten gekozen als één van de meest doeltreffende maatregelen en 9% vinkte voorstel 15 aan (zie figuur 91).

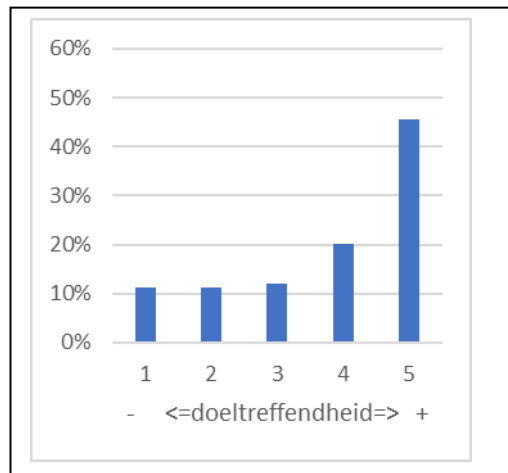
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 26: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 12*, percentages



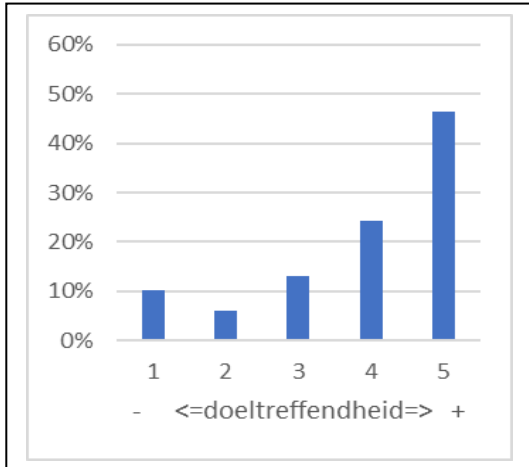
* Het voor zorgverstrekkers financieel aantrekkelijker maken om zich te conventioneren

Figuur 27: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 13*, percentages



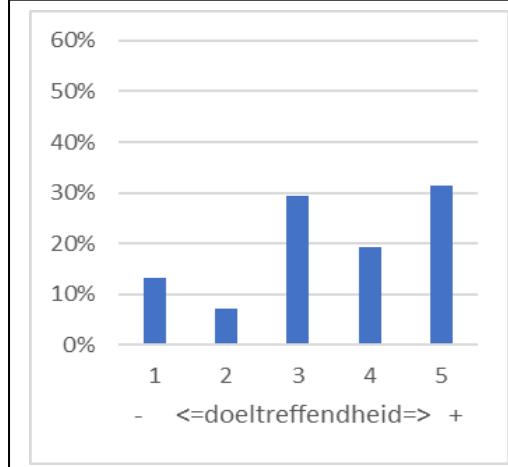
* Ereloonsupplementen voor ambulante zorg verbieden voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming

Figuur 28: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 14*, percentages



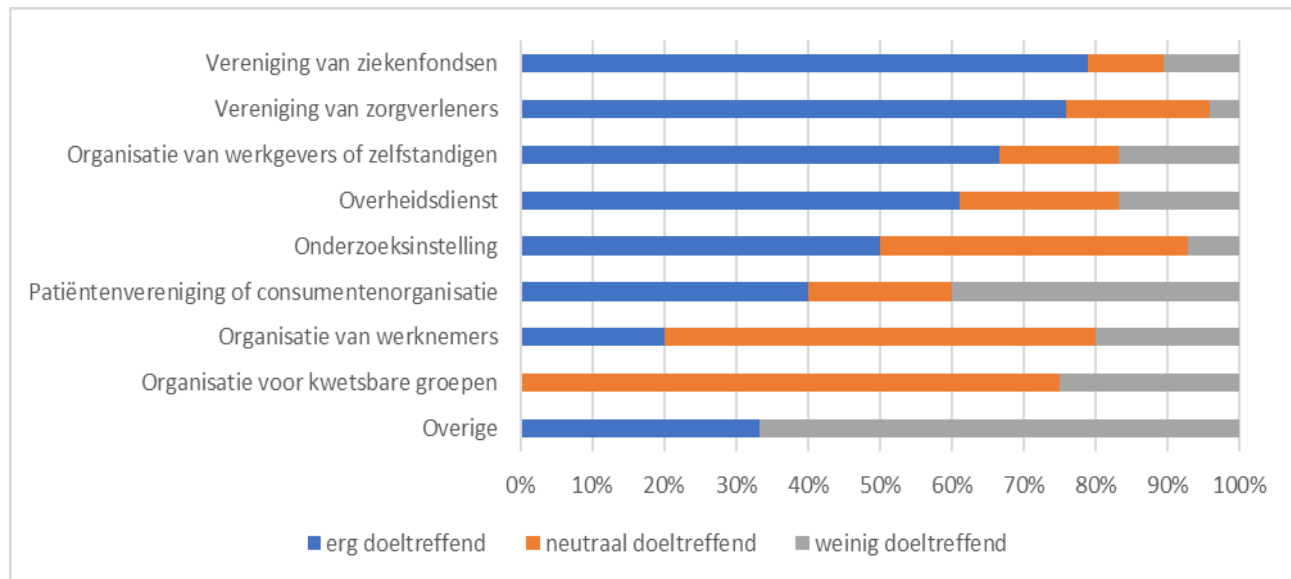
* Ereloonsupplementen voor ambulante medisch-technische prestaties verbieden

Figuur 29: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 15*, percentages



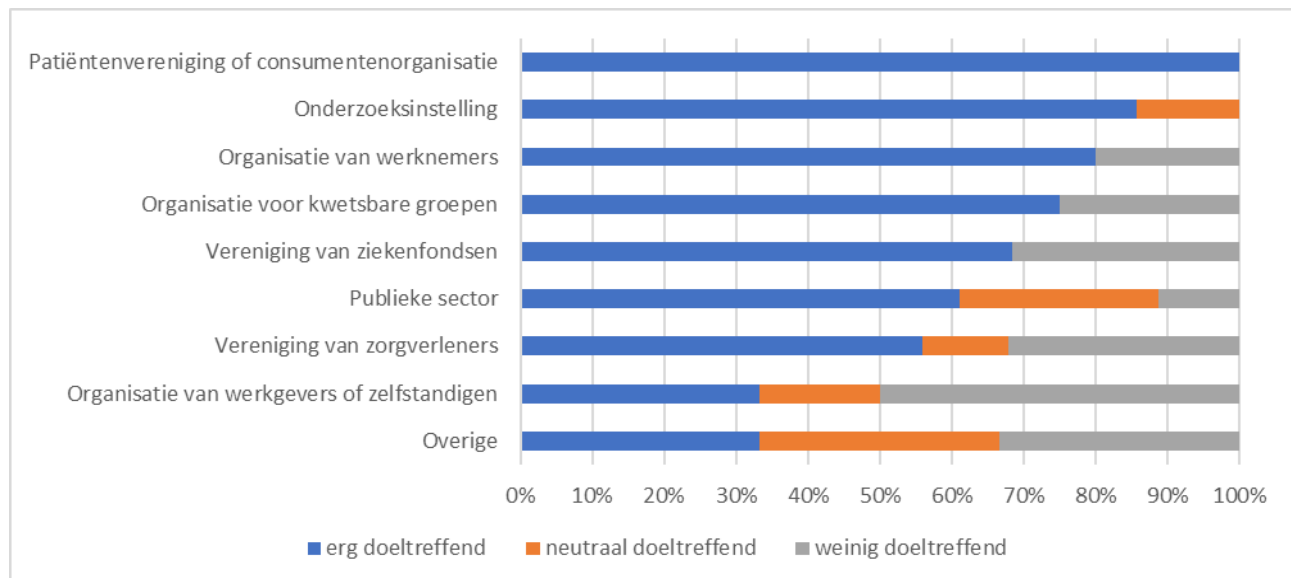
* Het statuut van gedeeltelijk geconventioneerde arts afschaffen

Figuur 30: scores per groep voor voorstel 12*, percentages



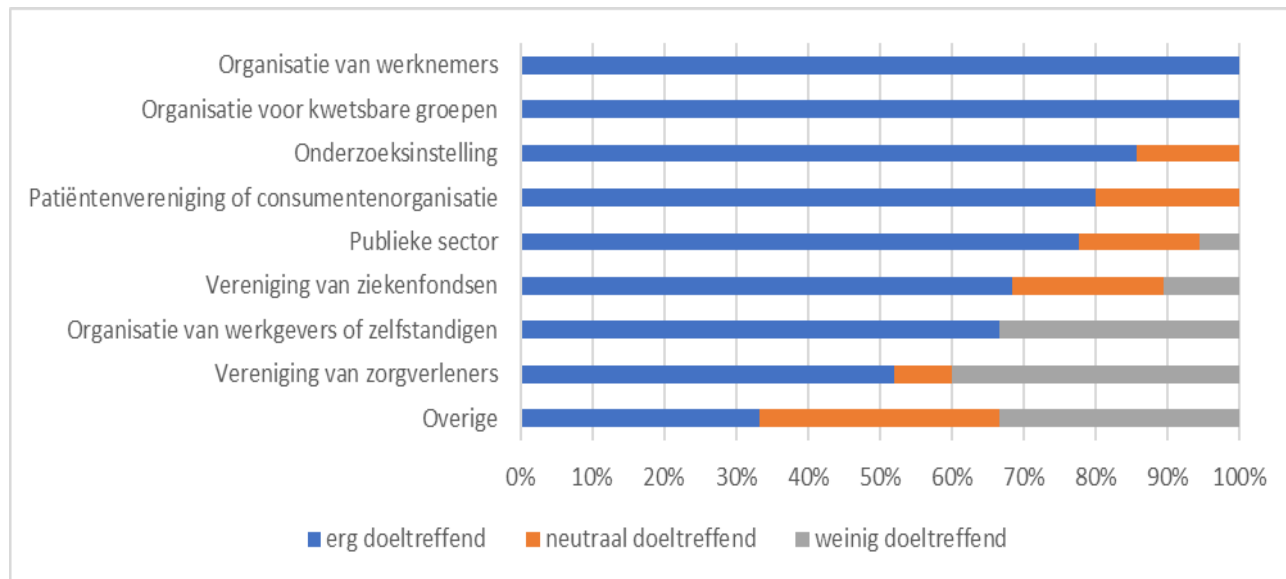
* Het voor zorgverstrekkers financieel aantrekkelijker maken om zich te conventioneren

Figuur 31: scores per groep voor voorstel 13*, percentages



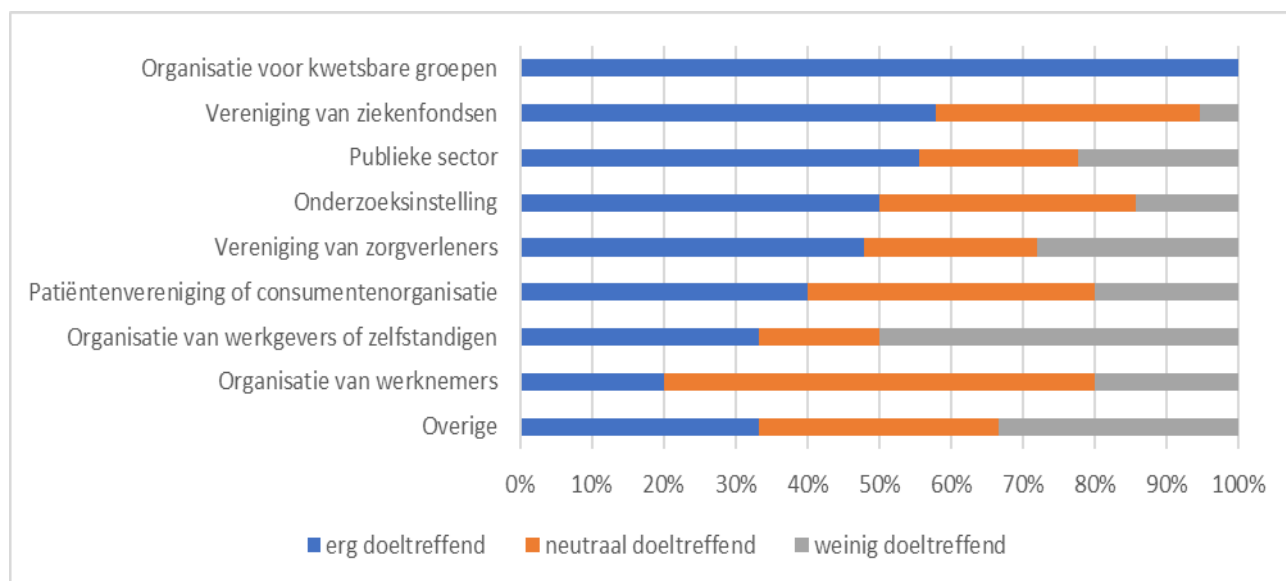
* Ereloonsupplementen voor ambulante zorg verbieden voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming

Figuur 32: scores per groep voor voorstel 14*, percentages



* Ereloossupplementen voor ambulante medisch-technische prestaties verbieden

Figuur 33: scores per groep voor voorstel 15*, percentages



* Het statuut van gedeeltelijk geconventioneerde arts afschaffen

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen om de erelonen te beperken

Respondenten signaleerden heel wat mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen om de ereloonsupplementen te beperken:

Van voorstel 12 tot 15:

- Het kan tot grote **weerstand** bij de zorgverstrekkers leiden.
- Supplementen zijn niet uniform tussen alle soorten verstrekkers of zelfs binnen een specialisme. Dit opvangen ligt zeer gevoelig en kan tot een **grote budgettaire kost** leiden.
- Artsen en ziekenhuizen zullen het **verlies aan inkomen van de supplementen elders compenseren**. Respondenten suggereren volgende mogelijke compensatiemechanismen: meer niet-vergoedbare verstrekkingen leveren, de officiële tarieven verhogen, honorariasupplementen verhogen waar het wel nog kan, een toename van het aantal verstrekkingen en betalingen onder de tafel (in het zwart).
- Artsen zullen de **settings waarin ze minder inkomen hebben vermijden**: specialisten kunnen het ziekenhuis of de verplichte ziekteverzekering verlaten en zoeken naar gelegenheden om meer te verdienen: een ander beroep, een praktijk in het buitenland of in een andere setting. Jongeren kunnen voor een ander beroep of een andere discipline kiezen. Hierdoor zal het aanbod aan zorgverstrekkers binnen het publiek gefinancierde systeem en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verminderen en de wachttijden bij de geconventioneerde artsen toenemen.
- De **kwaliteit van de zorgen** kan dalen door de minderinkomsten en bepaalde zorgen kunnen niet meer aangeboden worden.

Van voorstel 12:

- Het voor zorgverstrekkers financieel aantrekkelijker maken om zich te conventioneren is **niet doeltreffend**, omdat geen enkel conventioneringsvoordeel voor artsen op kan tegen het vragen van supplementen. De stimuli hebben slechts een tijdelijke impact en op middellange termijn zijn wellicht bijkomende financiële stimuli nodig om hetzelfde resultaat te bereiken.
- Het kan leiden tot een **verhoging van de kosten voor de patiënt**, omdat de basisvergoedingen voor zorgverstrekkers zullen stijgen.

Van voorstel 13:

- Indien zorgverleners geen ereloonsupplementen voor ambulante zorg kunnen aanrekenen voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming, kan dit leiden tot een **verhoging van de tarieven** en supplementen **voor de andere verzekerden**.
- De **publieke steun voor de solidariteit in het stelsel** kan **verminderen**. Verzekerden met de hoogste inkomens en lagere terugbetalingen zouden kunnen vragen om de sociale bijdragen opnieuw te plafonneren.
- Zorgverleners kunnen **patiënten weren** bij wie ze geen supplementen kunnen vragen en dit kan leiden tot een gezondheidszorg met twee snelheden (wachtlijden, kwaliteit, vrije keuze van verstrekker).

Van voorstel 15:

- Artsen kunnen zich **deconventioneren** als ze zich niet meer gedeeltelijk kunnen conventioneren. Hierdoor kan een (groter) tekort aan geconventioneerde artsen/specialisten ontstaan.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen om de erelonen te beperken

De voorgestelde begeleidende maatregelen concentreren zich vooral op het herzien van de financiering, het verhogen van de transparantie en het verbeteren van controle. De aanbevelingen in verband met transparantie, die nauw verband houden met het aanrekenen van ereloonsupplementen, zullen we bespreken onder thema 6 hieronder. De andere voorstellen voor begeleidende maatregelen presenteren we hier:

Bij voorstel 12 tot 15:

- De beperking van de ereloonsupplementen **koppelen aan de herijking van de nomenclatuur** van geneeskundige verstrekkingen en een **herziening van de ziekenhuisfinanciering**. Als de ziekenhuizen correcter gefinancierd worden zijn ze minder afhankelijk van de afdrachten van de artsen. Volgens respondenten zijn deze hervormingen een noodzakelijke voorwaarde om een beperking van de ereloonsupplementen te kunnen doorvoeren.

- Bij de herziening van de nomenclatuur overgaan naar meer **globale betalingssystemen** die de zorg rond de patiënt vergoeden, zowel in het ziekenhuis als voor ambulante zorgen. Volgende aanbevelingen werden gedaan:
 - Systemen van gebundelde betaling voor ambulante zorgtrajecten voor chronische patiënten;
 - Vergoeding voor deelname aan overleg rond de patiënt;
 - P4P (payment for performance);
 - Forfaitaire financiering van eerstelijnsgezondheidscentra;
 - Zorgverstrekkers financieren op basis van een gemengd financieringssysteem, met een voldoende budget om alle kosten te dekken (bv. materiaalkosten, personeelskosten, infrastructuur, afdrachten aan het ziekenhuis...) onafhankelijk van het aantal geleverde verstrekkingen en een honorarium dat de zuivere intellectuele prestatie vergoedt. Respondenten bevelen een herwaardering van de intellectuele act aan;
 - Onderscheid maken tussen verstrekkingen die in het ziekenhuis worden verleend (met afdrachten) en in een privé praktijk.
- De grote **verschillen in vergoeding tussen disciplines** (specialismen) **gelijktrekken**, op basis van een objectieve berekening van de correcte vergoeding van de prestaties. Hierbij kan rekening gehouden worden met de hoogte van de inkomens in andere liberale beroepsgroepen.
- Een **puntensysteem** opzetten **voor de vergoeding van complexe zorgverlening**, om te vermijden dat verstrekkers enkel patiënten met minder complexe zorgen zouden selecteren.
- De **aanbodplanning** van zorgverstrekkers **herzien**, omdat de praktijken van honorariasupplementen het resultaat zijn van (hoge) vraag en (beperkt) aanbod. Het aanbod aan zorgverstrekkers verhogen, vooral in de sectoren waar de toegang tot geconventioneerde verstrekkers onvoldoende is, zoals tandzorg, specialistische zorg en kine.
- Het aanrekenen van ereloon-supplementen beter **monitoren**, de naleving van de regelgeving **controleren** en **sanctioneren** indien de regels in verband met de ereloon-supplementen niet worden nageleefd. Hiervoor zijn volgende maatregelen voorgesteld:
 - Elektronische betalingen verplichten om betalingen onder de tafel te bemoeilijken;

- Verstrekkers verplichten om de aan de rechthebbende aangerekende bedragen aan het ziekenfonds mee te delen.
- De premies van de privé verzekeringen en aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen naar beneden bijstellen.
- Bijkomende budgetten voorzien voor de betrokken beroepsgroepen bij een hervorming van het financieringssysteem.
- De hervorming voorbereiden in overleg met de betrokken beroepsgroepen.
- Een model ontwikkelen om de verstrekkers te betrekken bij het beleid van hun organisatie/ziekenhuis, niet gebaseerd op geldstromen.

Bij voorstel 12:

- Een hogere bijdrage van het RIZIV voor het sociaal statuut van de artsen.
- Niet alleen een hogere vergoeding voor zorgen verleend door geconventioneerden, maar ook andere **voordelen beperken tot zij die geconventioneerd zijn**, bijvoorbeeld de vergoeding voor het bijhouden van het globaal medisch dossier.

Bijkomende voorstellen om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren via het beperken van ereloonsupplementen

Bevraagde stakeholders en experts formuleerden volgende andere voorstellen om de ereloonsupplementen te beperken:

- De **opleiding** tot arts grondig bijsturen en verdere sensibilisering via de permanente vorming, opdat artsen dieper inzicht zouden verwerven in de economie en organisatie van de gezondheidszorg, de rol van de sociale zekerheid in het gezondheidszorgstelsel, de ongelijkheden op het vlak van gezondheid en hun eigen (sociale) functie in dat geheel. Het moet deel worden van de beroepsethiek van de arts om zich welwillend te conventioneren en geen ereloonsupplementen aan te rekenen.
- **Ereloonsupplementen plafonneren**, bijvoorbeeld:
 - De hoogte van de ereloonsupplementen in eenpersoonskamers beperken;
 - De maximale hoogte van het ereloonsupplement uitdrukken in Euros (bijvoorbeeld per ziekenhuisopname) in plaats van als een percentage bovenop het officiële tarief;
 - De mogelijkheid om ereloonsupplementen aan te rekenen in ziekenhuisverband voor geconventioneerde artsen plafonneren, bijvoorbeeld tot 100% van het tarief;

- Een maximuminkomen invoeren voor artsen en tandartsen indien zij binnen de sociale zekerheid vergoedbare zorgen willen aanbieden.
- **Jonge artsen verplichten zich te conventioneren** en hen eventueel te werk stellen in loonverband. Deze verplichting zou zich kunnen beperken tot een aantal jaren. Het kan ook een manier om het systeem van ereloonsupplementen te laten uitdoven.
- De bereidheid onderzoeken bij de **ziekenhuisartsen** om via een **arbeidsovereenkomst** te werken in plaats van in een zelfstandigen statuut, ook in niet-universitaire ziekenhuizen.
- Beperking van ereloonsupplementen verbinden aan **echelonnering** van de zorg en doorverwijzingsmechanismen:
 - Ereloonsupplementen verbieden voor patiënten die verwezen worden door huisarts;
 - Ereloonsupplementen verbieden voor ambulante zorgen en ambulante medisch-technische prestaties voor patiënten die via het globaal medisch dossier een vaste huisarts hebben;
 - huisartsen verplichten om bij de doorverwijzing naar een al dan niet geconventioneerde verstrekker rekening te houden met de vraag van de patiënt;
 - geconventioneerde verwijzende (huis)artsen verplichten om een vervolgtraject voor bijkomende onderzoeken zonder ereloonsupplementen aan te bieden.
- De patiënt de mogelijkheid bieden om in een **ziekenhuis voor elk specialisme** zowel ambulant als bij hospitalisatie, een **geconventioneerde verstrekker** te raadplegen.
- De **vergoeding** via de verplichte ziekteverzekering **voor niet-geconventioneerde verstrekkers verminderen of afschaffen**. De afschaffing van de mogelijkheid om ereloonsupplementen aan te rekenen kan gekoppeld worden aan de herziening van de financieringsmechanismen
- **Ereloonsupplementen verbieden** voor :
 - Gehospitaliseerde patiënten;
 - rechthebbenden op het VT statuut, zowel voor ambulante zorg als bij hospitalisatie.
- **Zorgweigering verbieden** wanneer een rechthebbende vraagt om geen supplementen aan te rekenen.
- **Verplichte tarieven opleggen** indien meer dan 50% van de artsen/specialisten per arrondissement niet geconventioneerd is.
- Artsen verplichten om een **minimum percentage** aan zorgen te verlenen **aan conventietarief**.

- Alle zorgverstrekkers, ook in de medisch-technische disciplines, verplichten om expliciet een geïnformeerde **toestemming van de patiënt** te vragen om **ereloonsupplementen** te kunnen aanrekenen, voor elke verstrekking, zowel ambulante als in het ziekenhuis.
- **Inbeslagnames verbieden** indien de patiënt betalingsproblemen heeft omwille van ereloonsupplementen.
- **Controle** op het aanrekenen van **prestaties 'buiten nomenclatuur'**.
- Efficiënt strijden tegen fraude, bijvoorbeeld door het aanrekenen van supplementen bij geconventioneerde zorgverstrekkers te **controleren**.
- Gedeeltelijke conventionering verbinden aan bepaalde activiteiten of verstrekkingen, eerder dan aan tijdsblokken.
- De **budgettaire massa** van de ereloonsupplementen (€ 600 mio) op een transparante manier **herinvesteren** in de verplichte ziekteverzekering, om de ziekenhuizen correct te financieren en bepaalde specialismen te herwaarderen.

5.6 Meer transparantie voor patiënten over de eigen betalingen

De respondenten werden gevraagd om zich uit te spreken over twee voorstellen:

Voorstel 16: Alle ambulante zorgverstrekkers afficheren hun conventiestatus en alle gehanteerde tarieven duidelijk zichtbaar aan de buitenkant van hun praktijk en online

Voorstel 17: Voorafgaand aan een geplande interventie in het ziekenhuis ontvangen alle patiënten een kostenraming, rekening houdend met hun terugbetalingsstatuut en het gekozen kamertype

104 respondenten vulden de vragen in over dit thema.

A. Antwoorden op de gesloten vragen

Van deze 104 respondenten vindt 46% voorstel 16 uitermate doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en 48% voorstel 17 (zie figuur 34 en 35).

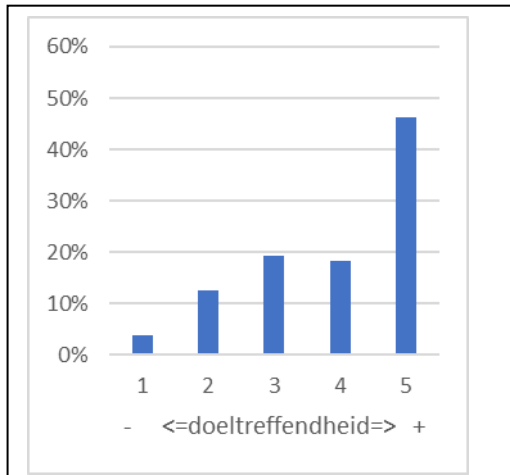
Als we score 4 en 5 samen nemen, scoort 64% van de bevroagden 'erg doeltreffend' op voorstel 16 (zie figuur 90). Een bovengemiddeld aantal van de deelnemers van de verenigingen van zorgverleners, organisaties van werknemers en de publieke sector scoort 'erg doeltreffend' voor dit voorstel. Van de verenigingen van ziekenfondsen, onderzoeksinstituten en organisaties van werkgevers of zelfstandigen scoren minder respondenten 'erg doeltreffend' voor dit voorstel dan het gemiddelde (zie figuur 36). Relatief veel respondenten van de verenigingen van ziekenfondsen, de organisaties van werkgevers of zelfstandigen en patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties geven een score 'neutraal doeltreffend' aan dit voorstel, wat suggereert dat er voor hen mogelijk randvoorwaarden moeten vervuld zijn om dit voorstel te implementeren. Respondenten met kennis of ervaring over armoede en sociale uitsluiting of over specifieke maatschappelijk kwetsbare groepen scoren minder vaak 'erg doeltreffend' voor voorstel 16 dan het geheel van de bevroagden (zie figuur 92)

76% van de bevroagden scoort 'erg doeltreffend' op voorstel 17 (zie figuur 90). Een hoger dan gemiddeld aandeel van de respondenten van organisaties van werknemers, patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties, uit de publieke sector en van organisaties van werkgevers of zelfstandigen vinden dit voorstel erg doeltreffend. Bevroagden van verenigingen van ziekenfondsen, organisaties voor kwetsbare groepen en onderzoeksinstituten zijn dan weer minder dan de gemiddelde respondent overtuigd van de doeltreffendheid van dit voorstel. Ook voor dit voorstel scoren relatief veel respondenten van de verenigingen van ziekenfondsen 'neutraal doeltreffend' (zie figuur 37).

Voor 12% van de respondenten is voorstel 16 één van de vijf meest doeltreffende maatregelen (uit de 43 voorstellen) om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en 10% van

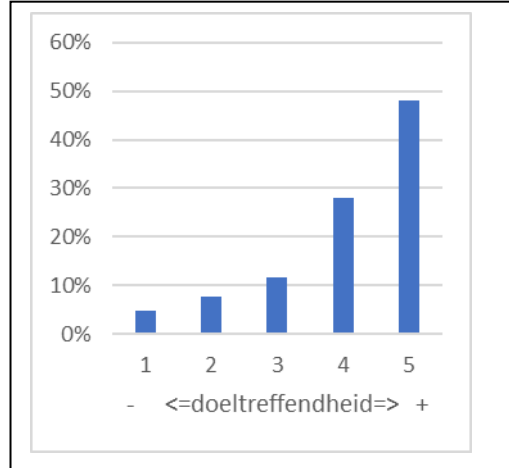
de bevrageden duidt voorstel 17 als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen aan (zie figuur 91).

Figuur 34: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 16, percentages*



* Alle ambulante zorgverstrekkers afficheren hun conventiestatus en alle gehanteerde tarieven duidelijk zichtbaar aan de buitenkant van hun praktijk en online

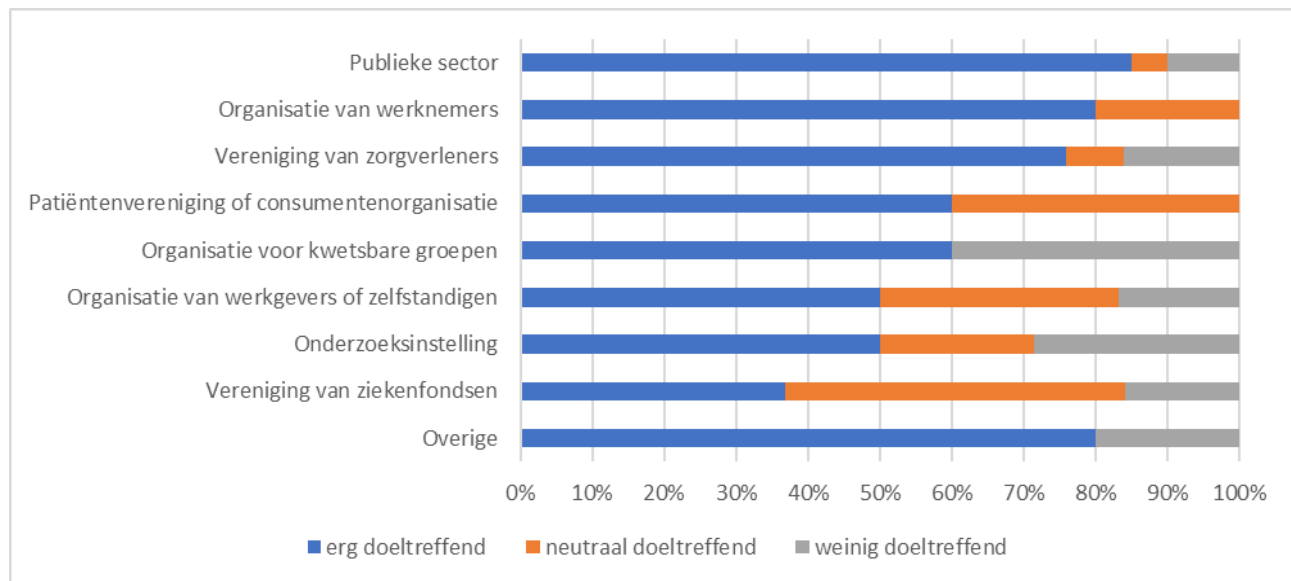
Figuur 35: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 17, percentages*



* Voorafgaand aan een geplande interventie in het ziekenhuis ontvangen alle patiënten een kostenraming, rekening houdend met hun terugbetalingsstatuut en het gekozen kamertype

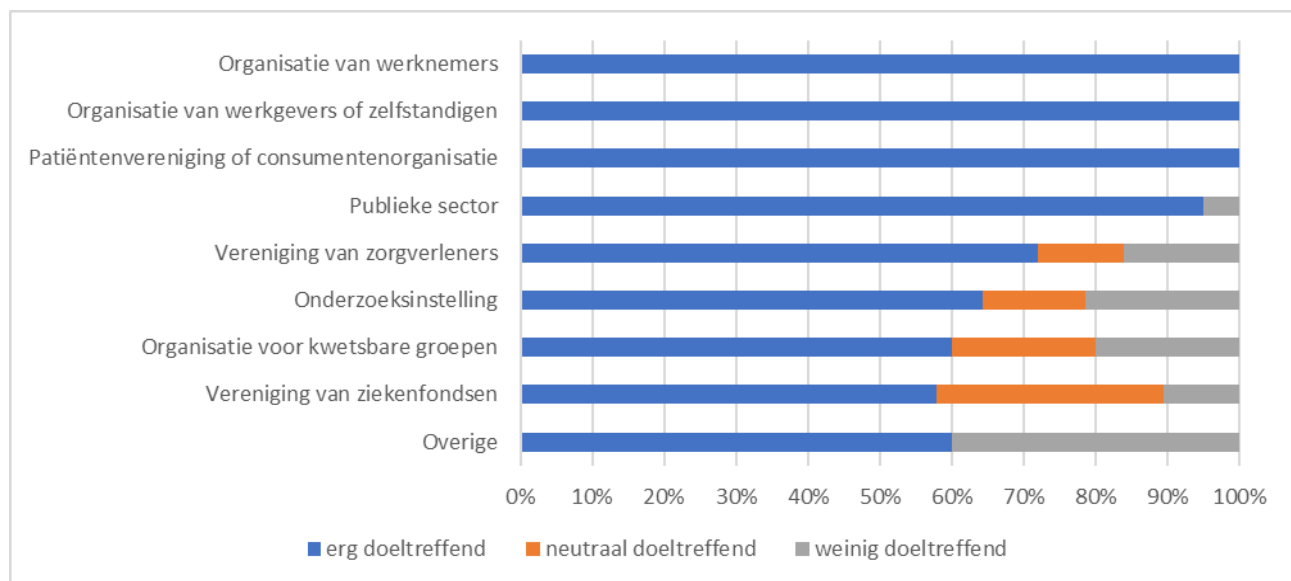
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 36: scores per groep voor voorstel 16*, percentages



* Alle ambulante zorgverstrekkers afficheren hun conventiestatus en alle gehanteerde tarieven duidelijk zichtbaar aan de buitenkant van hun praktijk en online

Figuur 37: scores per groep voor voorstel 17*, percentages



* Voorafgaand aan een geplande interventie in het ziekenhuis ontvangen alle patiënten een kostenraming, rekening houdend met hun terugbetalingsstatuut en het gekozen kamertype

B. Antwoorden op de open vragen (voorstellen 16 en 17)

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen voor meer transparantie voor patiënten over de eigen betalingen

Respondenten melden volgende mogelijke ongewenste neveneffecten van deze voorstellen:

Van voorstel 16 en 17:

- De **verantwoordelijkheid wordt te zeer bij de patiënt wordt gelegd**: de patiënt moet zich maar goed informeren. Men gaat er ten onrechte van uit dat de patiënt de informatie wel zal begrijpen.
- De informatie is **niet duidelijk voor de patiënten**: ze weten hiermee nog altijd niet wat te verwachten. De terminologie binnen de nomenclatuur is niet toegankelijk voor patiënten en ze weten ook niet welke zorgen hun te wachten staan, tijdens de consultatie kan er beslist worden om bijkomende verstrekkingen uit te voeren. Patiënten weten ook niet altijd wat hun terugbetalingsstatuut is, noch wat hun medische toestand is.
- Patiënten kunnen (onnodig) afgeschrikt worden door de informatie. Dit kan leiden tot **uitstel of afstel van zorg** indien het niet gepaard gaat met structurele ingrepen die de kosten voor medische zorg verminderen en indien patiënten met een beperkte financiële draagkracht niet begeleid en ondersteund worden.
- De **informatie** in de voorgestelde maatregelen komt **te laat**, nadat de patiënt al een keuze heeft gemaakt. De patiënt heeft de informatie over conventionering van de verstrekker nodig op het ogenblik dat de huisarts de patiënt doorverwijst.
- Het is **onzeker of de patiënten hun gedrag zullen of kunnen aanpassen** in functie van de verstrekte informatie.
- De **maatregelen** riskeren **dode letter** te blijven indien er geen effectieve controle op is en sancties worden genomen bij niet-naleving.

Van voorstel 16:

- Terwijl sommige respondenten voor **deloyale concurrentie** van verstrekkers en medisch shoppen door patiënten waarschuwen, betwijfelen anderen of het verplicht afficheren van alle gehanteerde tarieven een 'concurrentie-effect' op de prijs kan hebben (daling van prijzen door hogere concurrentie), gelet op de onevenwichten in de markt. Patiënten **kunnen** hun zorgvraag moeilijk of **niet** aanpassen om te **kiezen voor een geconventioneerde zorgverstrekker**.
- Het is **onduidelijk** of dit een **effect** zal hebben op **toegankelijkheid**.

- Zorgverleners zouden zich kunnen **deconventioneren** omdat ze hun tarieven niet willen affichereren. De reeds eerder gemelde mogelijke gevolgen van deconventionering worden ook hier gesignaleerd:
 - Capaciteitsproblemen: een daling van het aanbod aan geconventioneerde verstrekkers vermindert de toegang tot zorg en leidt tot langere wachtlijsten;
 - Een geneeskunde aan twee snelheden, waarbij sommige artsen en ziekenhuizen een proportioneel groter aandeel van minder begoede patiënten verzorgen;
 - Dit kan het draagvlak voor een solidaire financiering van de zorg bij de beter begoede burgers aantasten, waardoor ook de financiële toegang tot de zorg in het gedrang kan komen.
- Het uithangen van een overzicht van alle tarieven is **moeilijk praktisch haalbaar**. Er zijn te veel tarieven en dit zou onoverzichtelijk en onpraktisch zijn. Het zou voor de patiënt erg onduidelijk kunnen zijn, met alle technische codes en voorwaarden verbonden aan bepaalde verstrekkingen.

Van voorstel 17:

- Een **kostenraming** is **vaak niet eenvoudig op te stellen**. Volgens sommige respondenten is dit alleen maar mogelijk zijn voor geplande chirurgische interventies of voor laagvariabele zorg en onmogelijk in de internistische disciplines.
- Een kostenraming wordt door de patiënten te vaak als een offerte aanzien, terwijl het **vaak niet mogelijk is om ze te respecteren**, omdat de totale kost kan wijzigen door onverwachte elementen.
- **Administratieve belasting** voor de verstrekker of het ziekenhuis.
- Patiënten moeten de **informatie over hun terugbetalingsstatuut** verstrekken aan de zorgverstrekkers.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen voor transparantie voor patiënten over de eigen betalingen

Volgens de bevroagde stakeholders en experts zijn volgende begeleidende maatregelen wenselijk:

Bij voorstel 16 en 17:

- Voldoende **aanbod aan geconventioneerde zorgverstrekkers** garanderen, om de mogelijkheid te vergroten om van zorgverstrekker te veranderen.

- Patiënten **informer** en **sensibiliseren** over deze rechten en de mogelijkheden die deze maatregelen bieden, onder meer via de ziekenfondsen en de OCMW's. De informatie moet laagdrempelig, ge vulgariseerd en met hulpmiddelen verstrekt worden. Om alle bevolkingsgroepen te bereiken is het nodig om zowel breedschalige als specifieke en doelgerichte campagnes te voeren in verschillende talen.
- De **patiënten mondiger** maken ten opzichte van de zorgverstrekker, zodanig dat ze duidelijkheid durven vragen over de tarieven en de kostprijs.
- **Zorgverstrekkers** de mogelijkheid bieden om — binnen bepaalde perken — **publiciteit** te voeren voor hun activiteit, inclusief over de door hen gehanteerde prijzen.
- **De conventietarieven verhogen.**
- Externe **controle** en effectieve **sancties** indien de verplichtingen niet worden nageleefd.

Bij voorstel 17:

- Om een geïnformeerde keuze te kunnen maken zouden patiënten voorafgaandelijk aan de opname een **kostenraming** moeten krijgen van verschillende opties zodanig dat ze kunnen **vergelijken** en kiezen, via bijvoorbeeld:
 - Publiek toegankelijke (web)tools die toelaten een vergelijking tussen ziekenhuizen of zorgverstrekkers in de nabijheid te maken, wat betreft de conventiestatus, de gehanteerde prijzen en de wachttijden bij geconventioneerde verstrekkers;
 - Ziekenhuiskoepels er toe aanzetten om een voldoende genuanceerd en uitgewerkt aanbod van kostenramingen te verstrekken, zodanig dat de info niet op de drempel van een opname wordt verstrekt;
 - Een kostenraming van drie of vier ziekenhuizen in de omgeving verstrekken;
 - Een kostenraming voor beide kamertypes verstrekken.
- De **informatie** moet **tijdig** verstrekt worden:
 - Patiënten moeten de tijd krijgen om de kostenraming te evalueren en moeten beroep kunnen doen op advies en expertise indien nodig;
 - De kostenraming moet verstrekt worden voorafgaand aan het invullen van het formulier over de kamerkeuze.
- Terwijl sommigen aanbevelen dat de patiënt de **kostenraming automatisch krijgt**, zonder er naar te moeten vragen, stellen anderen dat de patiënt deze kostenraming **enkel op zijn vraag** krijgt, en dat die via een beveiligde mailbox wordt overgemaakt.
- De informatie in de kostenraming moet **duidelijk, leesbaar en begrijpbaar** zijn, aangepast aan de gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

- De maatregel dient gepaard te gaan met **advies, begeleiding en opvolging**. Een goede persoonlijke communicatie en uitleg door de zorgverstrekker, sociale dienst of onthaalmedewerker van het ziekenhuis is noodzakelijk om zich er van te vergewissen dat de patiënt de voorgestelde kostenraming goed heeft begrepen. Hulpverleners moeten aanspreekbaar blijven bij vragen hierover.
- Van zodra een patiënt aangeeft, of het ziekenhuis vaststelt dat er **betalingsproblemen** zijn, zou de **dienst voor maatschappelijk welzijn** onmiddellijk ingeschakeld moeten worden om de sociale toestand van de patiënt uit te klaren. Op basis hiervan kunnen er specifieke maatregelen genomen worden. Hiervoor wordt onder meer aanbevolen om:
 - De samenwerking tussen sociale diensten te versterken;
 - De sociale dienst van het ziekenhuis toelating te geven om contact op te nemen met de maatschappelijke dienst van de woonplaats van de patiënt.
- Om de **mogelijkheden om** in de uiteindelijke factuur **af te wijken van de raming te beperken** doen respondenten volgende aanbevelingen:
 - De raming bindend maken indien er geen verwickelingen zijn;
 - Bepalen hoeveel de uiteindelijke factuur maximaal kan afwijken van de raming, bijvoorbeeld uitgedrukt als een percentage van de raming.
- **De kosterraming** beperken tot de **meest courante medische interventies** en voor andere interventies **bewijsbare informatieplicht** over de kosten voor de patiënt invoeren, bijvoorbeeld via een folder over de remgelden, supplementen en andere kosten.
- Maximale **automatisering** van deze kostenraming, door duidelijke richtlijnen over de berekening op basis van historische gegevens. De bedrijfssoftware kan bijvoorbeeld voorzien worden met een applicatie voor het delen van informatie met de patiënten.
- Een **budget** voorzien via de ziekenhuisfinanciering om de noodzakelijk administratieve ondersteuning te verzekeren.
- De toepassing van de maatregel en de conformiteit met de facturering **controleren**.

Bijkomende voorstellen om de transparantie voor patiënten over de eigen betalingen te verbeteren

Respondenten formuleren volgende bijkomende voorstellen:

- Het **stelsel ten gronde vereenvoudigen en toegankelijker maken**: de eigen betalingen te verminderen, de tarieven en remgelden uniformiseren om het onderscheid met de supplementen duidelijker te maken.
- Een **centrale rol aan de huisarts** toekennen in het begeleiden van patiënten doorheen het gezondheidssysteem. Bij verwijzing zou de huisarts de patiënt moeten informeren over de conventiestatus van de verstrekker waar hij naar verwijst, over de tarieven, en altijd minstens één geconventioneerde verstrekker voorstellen. Ook in de keuze van het ziekenhuis zou de huisarts de patiënt moeten begeleiden, gezien de grote verschillen in de kosten die de ziekenhuizen aan de patiënt aanrekenen.
- **Informatie** verstrekken over de tarieven **via alle mogelijke kanalen**: schriftelijk en mondeling, online, tijdens het consult of telefonisch.
- Betere informatie verstrekken **over conventionering**:
 - Veel beter bekend te maken wie geconventioneerd is en wie niet;
 - Afspraken bij geconventioneerde artsen centraliseren, met vermelding van de wachttijden;
 - De patiënt bij hospitalisatie informeren of de behandelende specialist geconventioneerd is of niet;
 - Verplichte voorafgaande schriftelijke en individuele informatie verstrekken indien supplementen zullen worden aangerekend;
 - Verduidelijken hoeveel het supplement bedraagt (meerkost tov een geconventioneerde arts) in de factuur bij een niet-geconventioneerde arts.
- Betere informatie verstrekken **over de te verwachten kosten** van de behandeling:
 - Patiënten proactief en persoonlijk informeren over de kosten van een behandeling, over de hoogte van de voorafbetalingen van vergoedbare kosten, de hoogte van de terugbetaling, de remgelden en alle niet-terugbetaalde kosten;
 - De medische kosten persoonlijk toelichten bij het maken van de afspraak en bij het maken van een online afspraak de tarieven automatisch afficheren;
 - Een voorafgaande kostenraming opmaken telkens als de eigen betalingen voor de behandeling (m.i.v. remgelden, supplementen en niet-vergoedbare zorgen) een bepaald bedrag (bv. € 50) overschrijden (met uitzondering van dringende zorg);

- Duidelijke informatie verstrekken over de niet-vergoedbare verstrekkingen.
- Aanbevelingen over de **patiëntenfactuur**:
 - De patiëntenfactuur **transpanter** en leesbaarder maken, met duidelijkheid over de exacte kosten die zijn aangerekend, en duidelijke vermelding van supplementen en remgelden in plaats van onbegrijpelijke codes;
 - **Informatiecampagnes** organiseren, bijvoorbeeld rond leesbaarheid van de ziekenhuisfactuur;
 - **Ondersteuning** vanuit het ziekenfonds bij problemen met ziekenhuisfactuur.
- De aangerekende bedragen, miv de **supplementen**, verplicht **meedelen aan het ziekenfonds**.
- De naleving van de bestaande regelgeving om informatie aan patiënten te verstrekken over de conventiestatus en de gevolgen van de keuze voor een eenpersoonskamer **monitoren** en **niet-naleving** van de verplichtingen **beboeten**.
- De gegevens en **informatie** van mutualiteiten m.b.t. tegemoetkomingen, terugbetalingen... (bv. MAF-teller) beschikbaar maken op **mijngezondheid.be**.
- Patiënten die een **revalidatieovereenkomst** ondertekenen zeer grondig **informer** over de rechten en plichten die het ondertekenen van de overeenkomst met zich meebrengen. Vaak zijn patiënten onvoldoende op de hoogte van de voorwaarden die ze moeten naleven met soms nefaste gevolgen. Ze kennen ook vaak hun rechten onvoldoende.

5.7 Eigen betalingen voor specifieke zorgen verminderen

Dit thema is onderverdeeld in vijf subthema's met voorstellen om de eigen betalingen te verminderen voor specifieke zorgen. Volgende subthema's komen achtereenvolgens aan bod: ambulante zorg (afdeling 5.7.1), ambulant verstrekte geneesmiddelen (afdeling 5.7.2), medische hulpmiddelen (afdeling 5.7.3), ziekenhuisopnames (afdeling 5.7.4) en vervoersonkosten (afdeling 5.7.5).

98 respondenten vulden de vragen in over dit thema, voor elk van de vijf subthema's.

5.7.1 Ambulante zorg

De respondenten werd gevraagd om zich uit te spreken over zeven voorstellen voor het verlagen van de eigen betalingen voor ambulante zorgen. We presenteren hier eerst de resultaten voor de vier eerste voorstellen. De drie laatste voorstellen, die allemaal betrekking hebben op de multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg, bespreken we in een tweede luik van deze afdeling.

Voorstel 18: Remgelden verlagen voor kinesitherapeutische verstrekkingen

Voorstel 19: Remgelden verlagen voor specialistische zorg

Voorstel 20: De eigen betalingen (remgelden en niet-vergoede verstrekkingen) verlagen voor eerstelijns psychologische zorg

Voorstel 21: De eigen betalingen (remgelden en de kosten van het apparaat) verlagen voor orthodontie voor kinderen en jongeren met een ernstige gebitsafwijking

A.1 Antwoorden op de gesloten vragen (voorstellen 18-21)

Relatief weinig van de 98 deelnemende stakeholders beoordelen voorstel 18 en 19 als uitermate doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren: respectievelijk 27% en 23% van de respondenten (zie figuur 38 en 39). Voor voorstel 20 en 21 lagen deze scores merkkelijk hoger: 48% vindt voorstel 20 uitermate doeltreffend en 55% voorstel 21 (zie figuur 40 en 41). Als we score 4 en 5 samen nemen, scoort 47% van de bevroegden 'erg doeltreffend' op voorstel 18, 50% op voorstel 19, 74% op voorstel 20 en 81% op voorstel 21 (zie figuur 90).

Meer respondenten uit de organisaties die de belangen van kwetsbare groepen verdedigen, patiëntenverenigingen/consumentenorganisaties en organisaties van werknemers dan het gemiddelde van alle respondenten vinden elk van deze vier voorstellen erg doeltreffend. Uit verenigingen van zorgverleners en organisaties van werkgevers of zelfstandigen scoren minder respondenten 'erg doeltreffend' dan het gemiddelde van alle respondenten. Respondenten uit de publieke sector scoren bovengemiddeld 'erg doeltreffend' op voorstel 19, 20 en 21 en licht onder het gemiddelde voor voorstel 18. Respondenten uit ziekenfondsen scoren bovengemiddeld 'erg

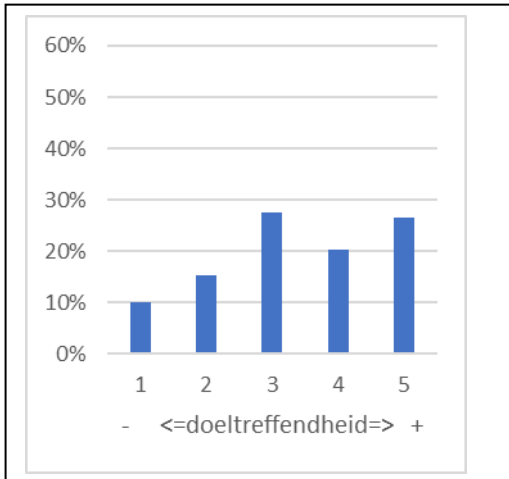
doeltreffend' op voorstel 18, lager dan het gemiddelde op voorstel 19 en 21 en rond het gemiddelde voor voorstel 20. Respondenten uit onderzoeksinstellingen scoren beneden het gemiddelde 'erg doeltreffend' voor voorstel 18, 19 en 21 en lichtjes boven het gemiddelde voor voorstel 20 (zie figuur 42, 43, 44 en 45) .

Respondenten met kennis of ervaring over armoede en sociale uitsluiting of over specifieke kwetsbare groepen vinden elk van deze vier voorstellen merkelijk vaker erg doeltreffend dan het gemiddelde van alle respondenten (zie figuur 92).

Relatief weinig deelnemers aan de bevraging kozen voorstel 18 (4%) of 19 (5%) als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Heel wat meer respondenten kozen voor voorstel 20 (15%) en voorstel 21 (11%) (zie figuur 91).

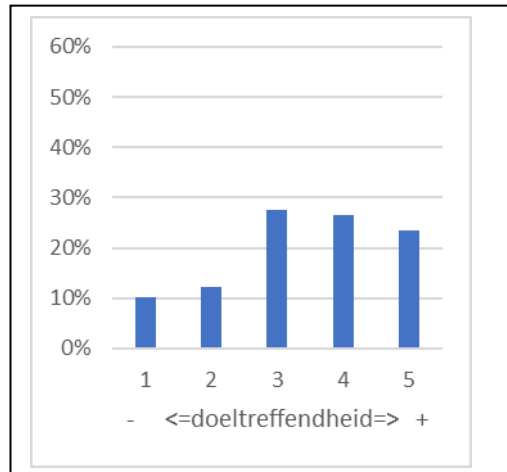
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 38: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 18*, percentages



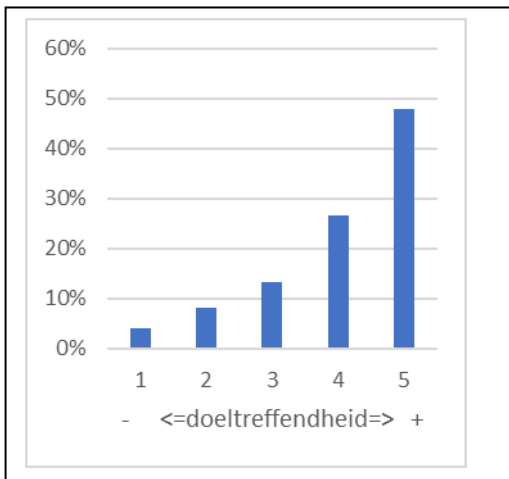
* Remgelden verlagen voor kinesitherapeutische verstrekkingen

Figuur 39: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 19*, percentages



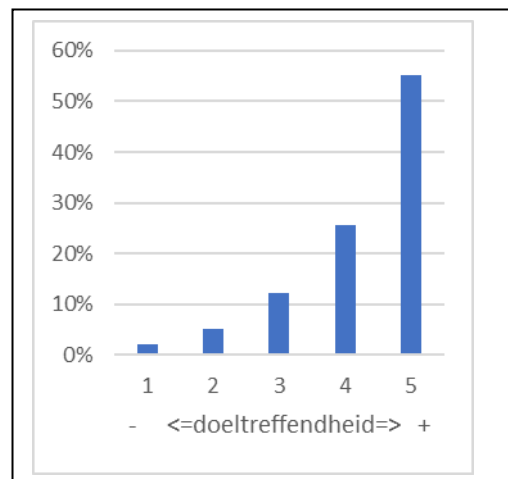
* Remgelden verlagen voor specialistische zorg

Figuur 40: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 20*, percentages



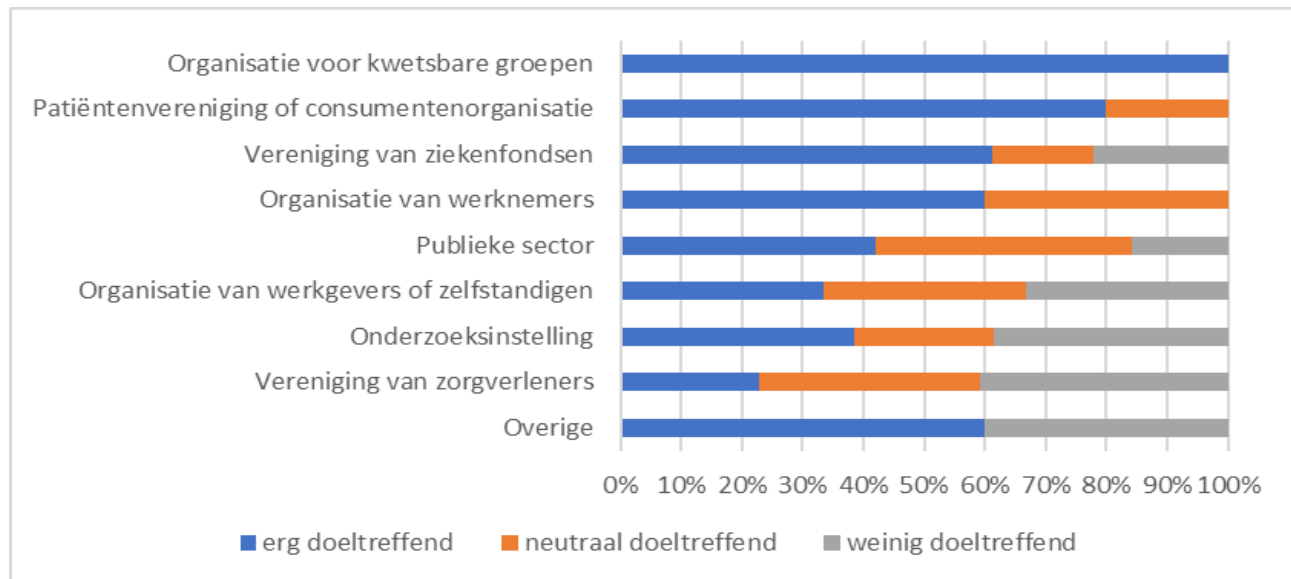
* De eigen betalingen verlagen voor eerstelijns psychologische zorg

Figuur 41: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 21*, percentages



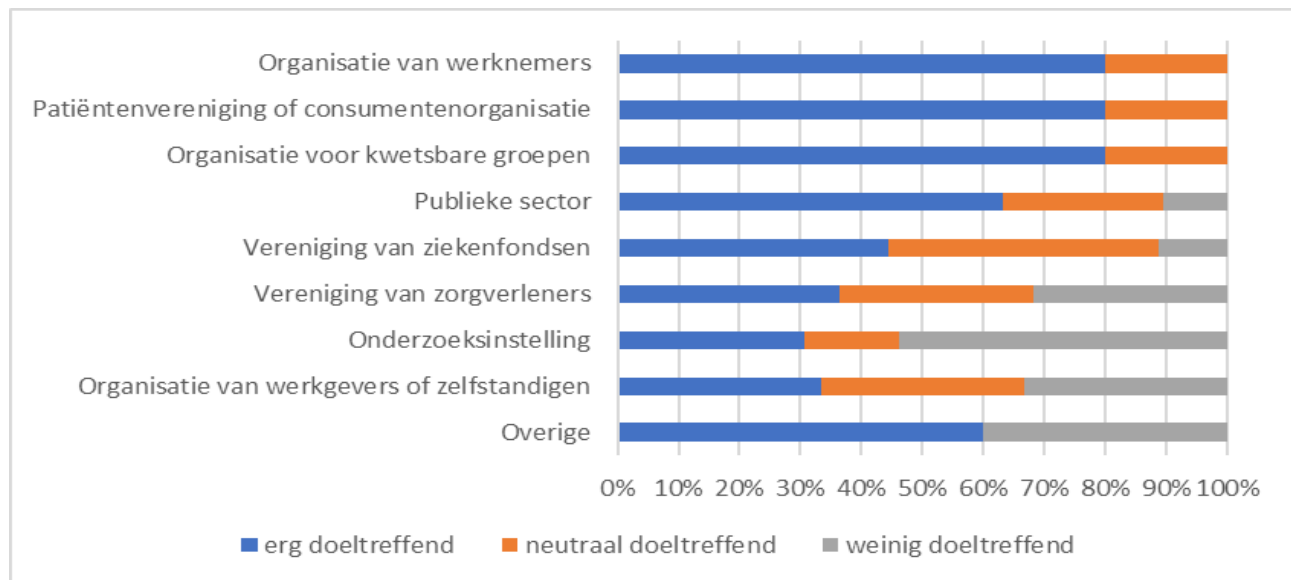
* De eigen betalingen verlagen voor orthodontie voor kinderen en jongeren met een ernstige gebitsafwijking

Figuur 42: scores per groep voor voorstel 18*, percentages



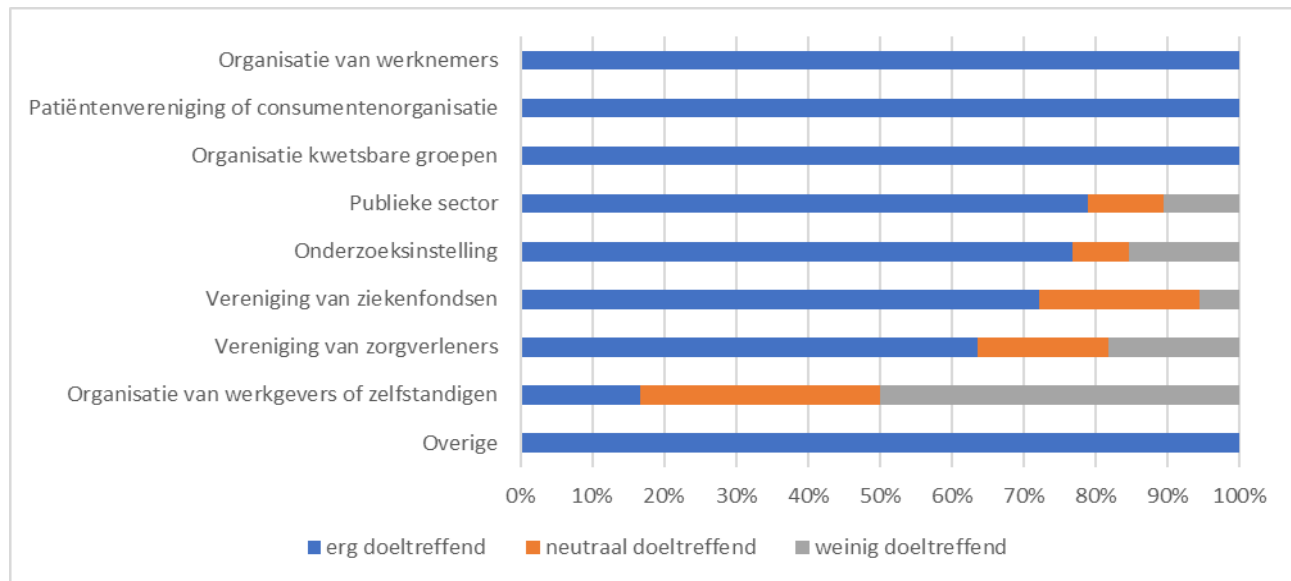
* Remgelden verlagen voor kinesitherapeutische verstrekkingen

Figuur 43: scores per groep voor voorstel 19*, percentages



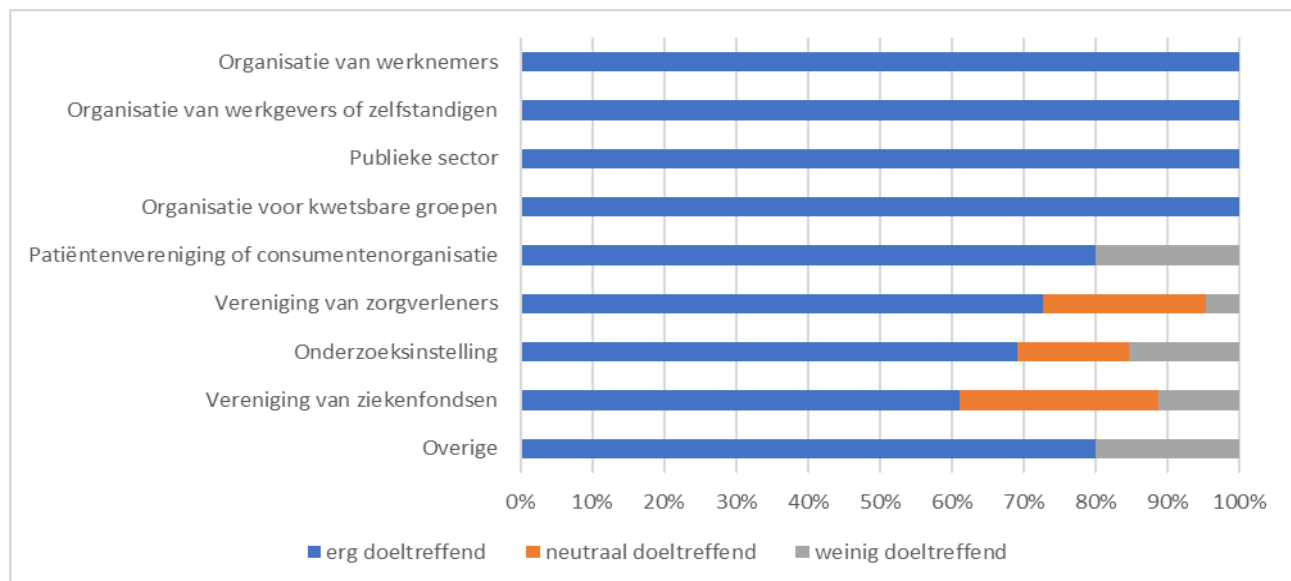
* Remgelden verlagen voor specialistische zorg

Figuur 44: scores per groep voor voorstel 20*, percentages



* De eigen betalingen verlagen voor eerstelijns psychologische zorg

Figuur 45: scores per groep voor voorstel 21*, percentages



* De eigen betalingen verlagen voor orthodontie voor kinderen en jongeren met een ernstige gebitsafwijking

Een tweede reeks, van drie voorstellen, voor het beperken van eigen betalingen voor ambulante zorg heeft betrekking op de forfaitair vergoede multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg:

Voorstel 22: De oprichting van forfaitair vergoede multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg bevorderen

Voorstel 23: Preventieve tandzorg opnemen in de forfaitaire financiering van multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg

Voorstel 24: Eerstelijns psychologische zorg opnemen in de forfaitaire financiering van multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg

A.2 Antwoorden op de gesloten vragen (voorstellen 22-24)

Van de 98 respondenten die de vragen over dit thema beantwoordden, vinden er relatief veel deze voorstellen uitermate doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren: respectievelijk 49% van de respondenten voorstel 22, 45% voorstel 23 en opnieuw 49% voorstel 24 (zie figuur 46, 47 en 48). Indien we score 4 en 5 samen nemen, scoren respectievelijk 62% van de respondenten 'erg doeltreffend' voor voorstel 22, 64% voor voorstel 23 en 71% voor voorstel 24 (zie figuur 90).

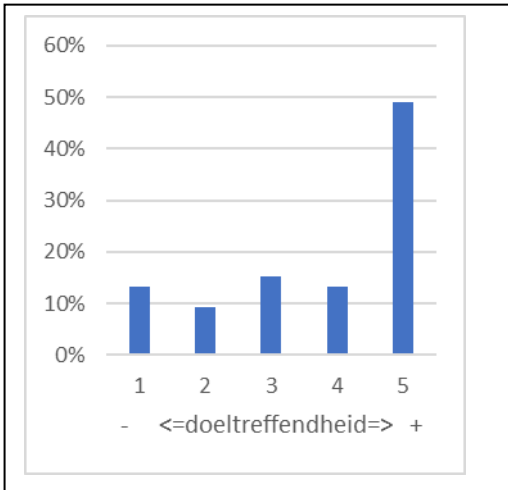
De voorstellen krijgen zeer weinig steun bij de organisaties van werkgevers of zelfstandigen. Bevraagden van verenigingen van zorgverleners vinden ook minder vaak dan het gemiddeld aantal respondenten voorstel 22 en 23 erg doeltreffend en eerder een gemiddeld aantal van hen vindt voorstel 24 erg doeltreffend. Een gemiddeld aantal respondenten uit ziekenfondsen antwoordden 'erg doeltreffend' voor voorstel 22 en iets minder dan het gemiddelde voor voorstel 23 en 24. Bevraagden uit alle andere stakeholdergroepen geven bovengemiddeld een score 'erg doeltreffend' voor elk van de drie voorstellen (zie figuur 49, 50 en 51).

Respondenten die aangeven dat ze kennis en ervaring hebben over armoede, sociale uitsluiting of specifieke sociaal-economisch kwetsbare groepen vinden elk van deze drie voorstellen veel vaker erg doeltreffend dan het totaal van alle respondenten, met scores die 18%, 16% en 19% hoger zijn respectievelijk voor voorstel 22, 23 en 24 (zie figuur 92).

29% van de respondenten kiest voorstel 22 als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Hiermee wordt dit voorstel het vijfde vaakst als één van de meest doeltreffend maatregelen aangeduid. Respectievelijk 7% en 8% van de deelnemers kiezen voorstel 23 en 24 als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen (zie figuur 91).

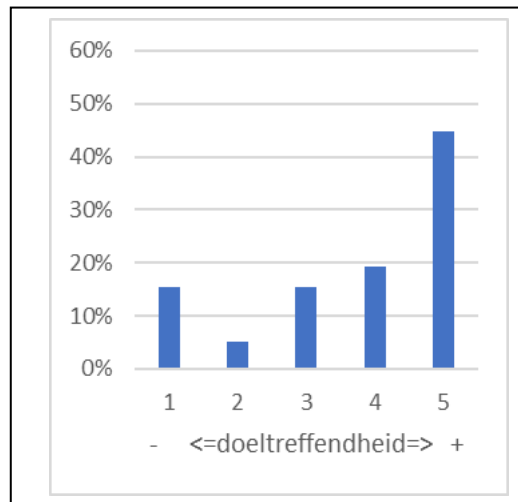
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 46: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 22*, percentages



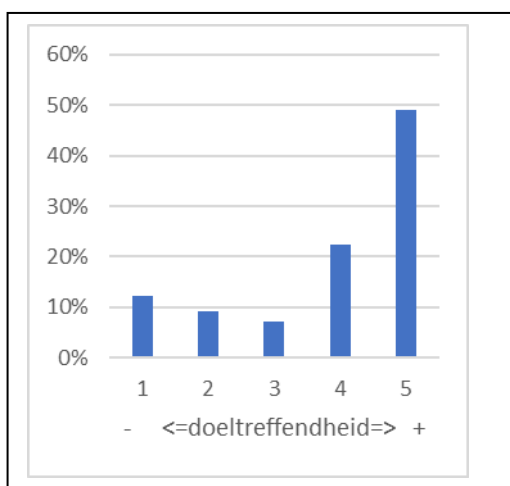
* De oprichting van forfaitair vergoede multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg bevorderen

Figuur 47: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 23*, percentages



* Preventieve tandzorg opnemen in de forfaitaire financiering van multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg

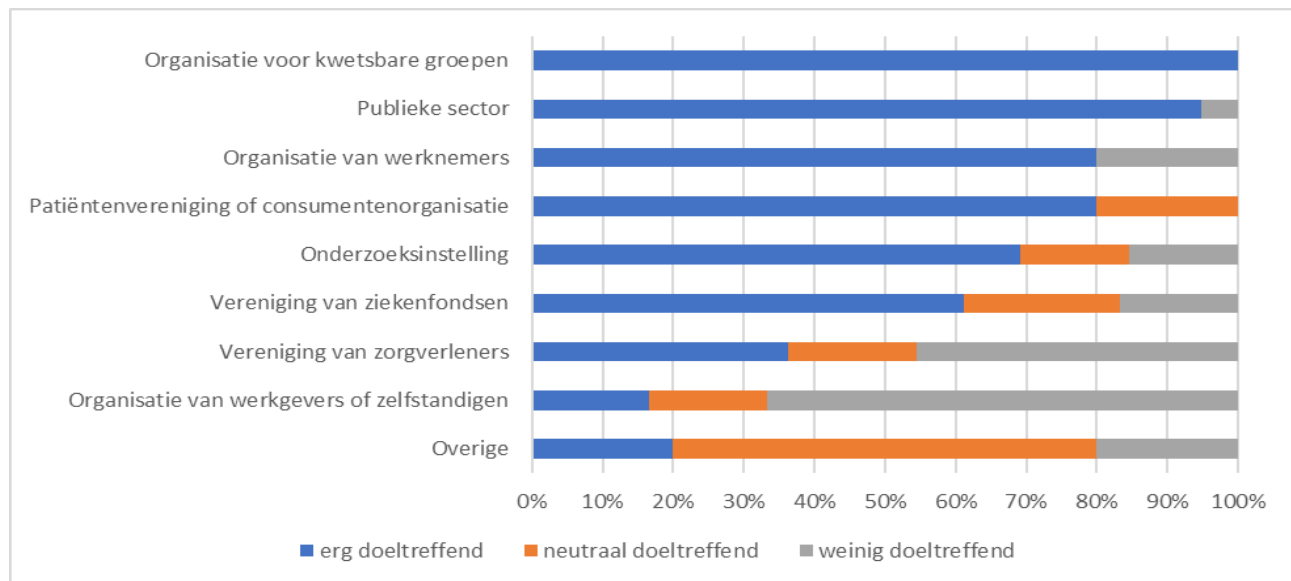
Figuur 48: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 24*, percentages



* Eerstelijns psychologische zorg opnemen in de forfaitaire financiering van multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg

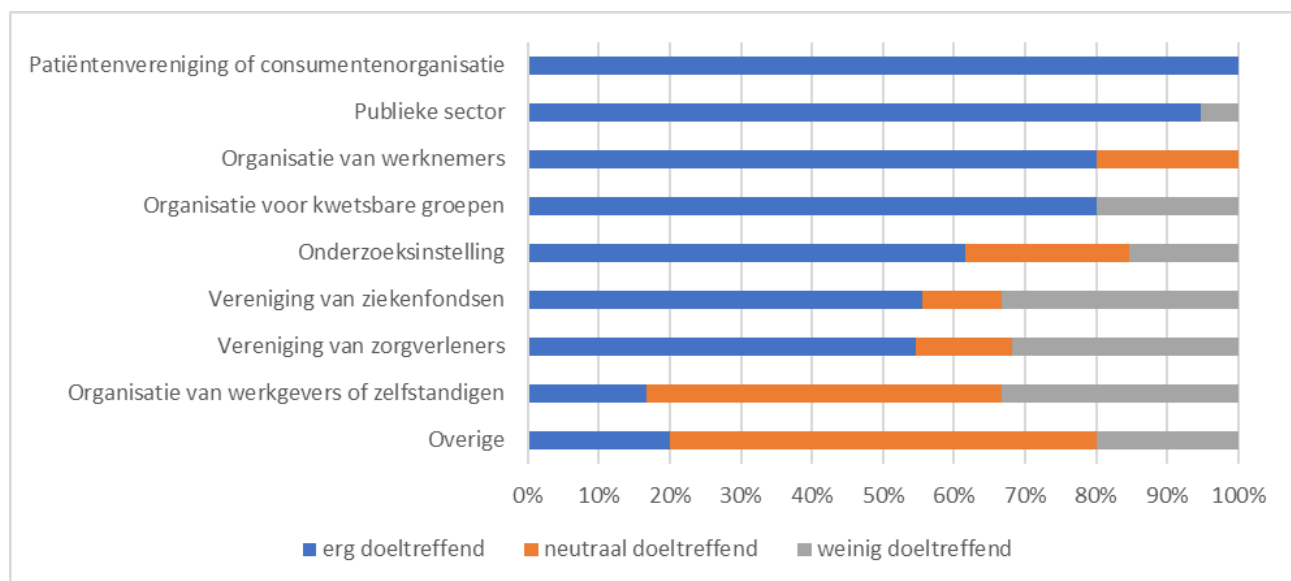
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 49: scores per groep voor voorstel 22*, percentages



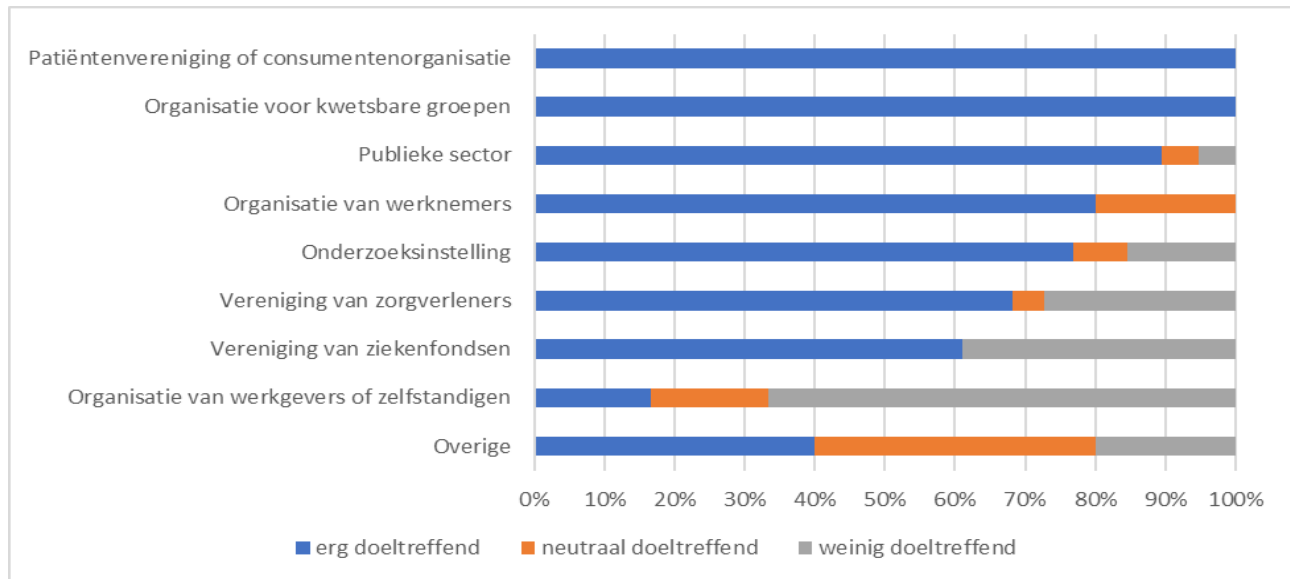
* De oprichting van forfaitair vergoede multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg bevorderen

Figuur 50: scores per groep voor voorstel 23*, percentages



* Preventieve tandzorg opnemen in de forfaitaire financiering van multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg

Figuur 51: scores per groep voor voorstel 24*, percentages



* Eerstelijns psychologische zorg opnemen in de forfaitaire financiering van multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen om de eigen betalingen voor ambulante zorg te verminderen

Respondenten melden volgende mogelijke ongewenste neveneffecten:

Van voorstel 18-24:

- Een aantal ongewenste neveneffecten van het verlagen van remgelden, die bij voorgaande maatregelen vermeld werden, worden hier herhaald. Het gaat met name over:
 - Overconsumptie;
 - De extra kosten, die elders in het systeem moeten gecompenseerd worden en volgens sommigen de kosten voor de patiënten elders zullen verhogen;
 - Minder kwaliteitsvolle zorg, minder innovatie, minder vertrouwen;
 - Interactie met de MAF.

Van voorstel 19:

- De verlaging van remgelden voor specialistische zorg kan leiden tot **niet doelmatig gebruik van de zorg** indien het niet gepaard gaat met een beperking van de rechtstreekse toegang tot specialistische zorg, zonder doorverwijzing door de huisarts.

- Het voorstel kan leiden tot een toename van de **kloof in billijk gebruik** tussen gezinnen met hoge en lage inkomens.
- Niet-geconventioneerde specialisten kunnen de verlaging van de remgelden compenseren door een **verhoging van de supplementen**.

Van voorstel 22:

- **Mensen** die heel mobiel zijn (frequent verhuizen), zoals jongeren en mensen die in armoede leven **vinden hun weg moeilijk** in het systeem van forfaitair vergoede multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg, zeker als het aanbod beperkt is.
- **Snellere doorverwijzing** naar de tweede lijn.
- **Geen** aangetoonde kwalitatieve **meerwaarde**.
- **Patiëntenselectie**, door de inschrijving van mensen met veel gezondheidsproblemen te beperken.

Van voorstel 23 en 24 :

- **Beperkt de keuzevrijheid** van de patiënten voor preventieve tandzorg en psychologische zorg.
- Evidence voor preventieve tandzorg is niet sterk.
- Zal wellicht **weinig succes** kennen, gezien de hoge deconventioneringsgraad van tandartsen.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen om de eigen betalingen voor ambulante zorg te verminderen

Respondenten formuleerden volgende voorstellen voor begeleidende maatregelen:

Bij voorstel 18 tot 24:

- Sommige van de begeleidende maatregelen werden reeds geformuleerd in antwoord op voorstellen over de vorige thema's, m.n:
 - Het globale budget voor gezondheidszorg verhogen;
 - Een coherente benadering tussen alle regelingen en hervormingen: MAF, VT, verlaging van de remgelden;
 - Een beperkt remgeld behouden;
 - Een billijke vergoeding voor de prestaties;

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

- Een duidelijke objectiveerbare basis voor de financiering van de praktijk;
 - Controle op de volumes;
 - Meer audits, monitoring;
 - De bevolking goed informeren over de mogelijkheden;
 - Echelonnering van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld door een hogere (dan nu het geval is) terugbetaling bij doorverwijzing, door doorverwijzing te verplichten of door zorg gratis te maken na doorverwijzing.
- De bevolking beter informeren over de (huidige en toekomstige) maatregelen in verband met doorverwijzing en getrapte zorg.

Bij voorstel 19:

- De **huisarts** een meer centrale rol toekennen voor **doorwijzing naar de specialist** vooraleer de remgelden voor specialistische zorg te verlagen.

Bij voorstel 20:

- **Aanbod** aan eerstelijnspsychologische zorg **verbeteren** door de vergoeding voor de psychologen te verbeteren en hun administratieve last te verminderen.

Bij voorstel 22, 23 en 24:

- **Verhoging van de financiering** van de forfaitaire eerstelijnscentra indien ze bijkomende taken krijgen.
- Het **aanbod** aan forfaitair gefinancierde multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidscentra gevoelig **uitbreiden**, met aandacht voor een goede geografische spreiding, zowel in de steden als op het platteland.
- De **functionering** van de multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidscentra **performanter** maken, duidelijke doelstellingen formuleren en die ook evalueren.

Bijkomende voorstellen om de eigen betalingen voor ambulante zorg te verminderen

Respondenten deden volgende aanbevelingen voor bijkomende maatregelen:

- Volgende **zorgen beter vergoeden** of gratis maken:
 - Het geheel van de zorgen;

- De eerstelijnsgezondheidszorg;
 - Niet-vergoedbare tandzorg en preventieve tandzorg door tandhygiënisten;
 - Thuisverpleging;
 - Paramedische verstrekkingen zoals logopedie, dieetadvies, ergotherapie en podologie;
 - Specifieke verstrekkingen voor patiënten met een chronische aandoening;
 - Zorgen verstrekt in een zorgtraject gecoördineerd door de huisarts of door een specialist na verwijzing.
- De remgelden **prioritair te verlagen voor** mensen met VT, **financieel kwetsbare patiënten** en patiënten met een chronische aandoening
 - Forfaitaire financiering van de zorgen bevorderen en forfaitaire betalingsvormen uitbreiden naar andere disciplines en specialismen.
 - Het remgeld bepalen in functie van de noodzaak van de zorg, niet op basis van het organisatiemodel (cf. multidisciplinaire centra voor eerstelijnsgezondheidszorg).
 - Het mondzorgtraject afschaffen.
 - Meer aandacht voor **preventie**.

5.7.2 Geneesmiddelen in ambulante zorg

We vroegen de mening van de deelnemers aan de bevraging over volgend voorstel:

Voorstel 25: Sommige voorgeschreven geneesmiddelen die vandaag niet vergoed worden, waaronder pijnstillers en sommige zalven, terugbetalen

A. Antwoorden op de gesloten vragen

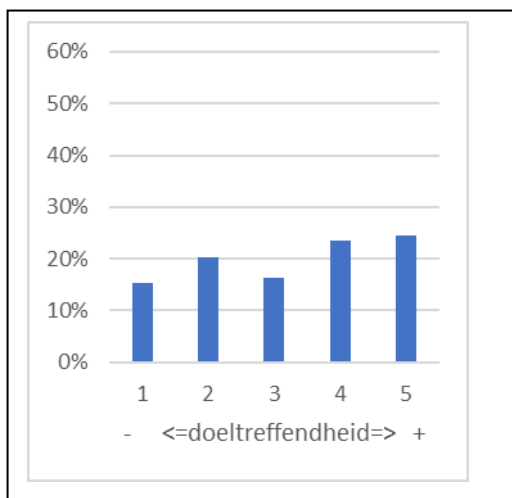
Dit voorstel werd door relatief weinig van de 98 deelnemende respondenten uitermate doeltreffend gevonden (24%) (zie figuur 52). 48% van de respondenten scoorde 'erg doeltreffend' (score 4 + 5) (zie figuur 90).

Respondenten van onderzoeksinstituten, organisaties van werknemers en patiënten- of consumentenorganisaties scoren bovengemiddeld 'erg doeltreffend' op dit voorstel, terwijl respondenten van ziekenfondsen, organisaties van werkgevers of zelfstandigen en van organisaties die opkomen voor de belangen van kwetsbare groepen, lager dan gemiddeld een score 'erg doeltreffend' geven voor dit voorstel. De andere respondentengroepen hebben een score relatief dicht bij het gemiddelde (zie figuur 53).

Respondenten met kennis of ervaring over armoede en sociale uitsluiting of over kwetsbare groepen geven veel vaker dan het gemiddelde de score 'erg doeltreffend' voor dit voorstel (63% t.o.v. 48%) (zie figuur 92).

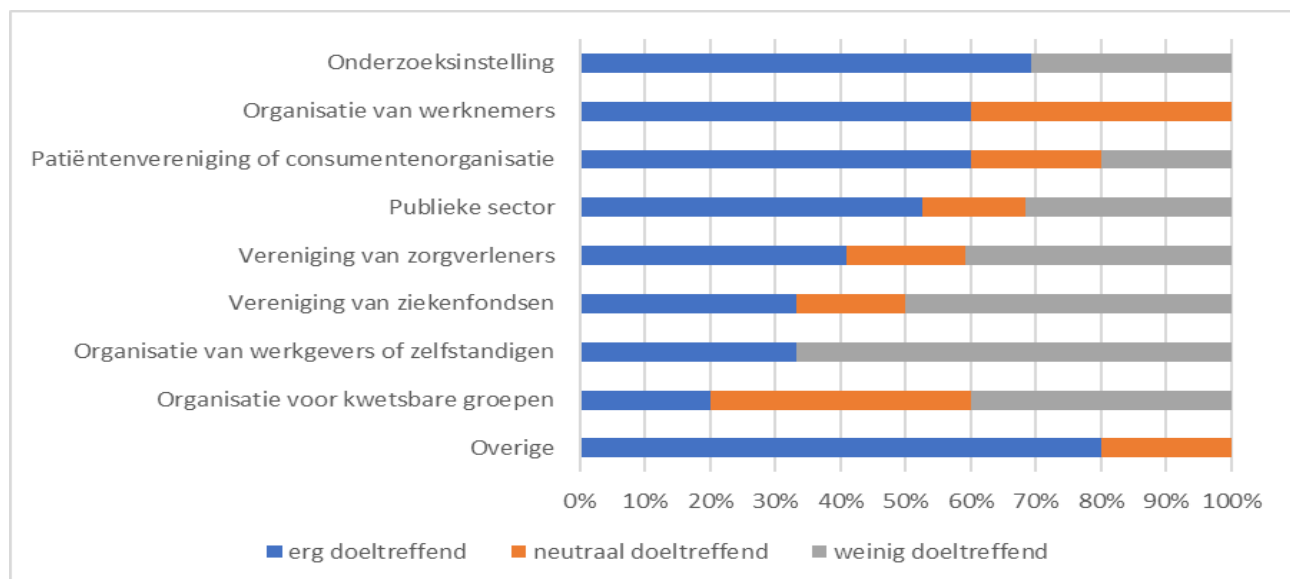
Voor 6% van de respondenten is dit één van de vijf meest doeltreffende acties om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren (zie figuur 91).

Figuur 52: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 25*, percentages



* Sommige voorgeschreven geneesmiddelen die vandaag niet vergoed worden, terugbetalen

Figuur 53: scores per groep voor voorstel 25*, percentages



* Sommige voorgeschreven geneesmiddelen die vandaag niet vergoed worden, terugbetalen

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van het voorstel om sommige voorgeschreven geneesmiddelen beter te vergoeden

Respondenten melden volgende mogelijke ongewenste neveneffecten van voorstel 25:

- **Gezondheidsrisico's ten gevolge van overconsumptie** van geneesmiddelen: respondenten waarschuwen voor het risico op verslaving, voor het niet gepast gebruik van geneesmiddelen en voor gebruik van geneesmiddelen dat niet of onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd is (niet evidence-based voorgeschreven).
- Hogere uitgaven voor het budget van de ziekteverzekering.
- Risico op misbruik door sommige voorschrijvers.
- Ontsporing van de MAF.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij het voorstel om sommige voorgeschreven geneesmiddelen beter te vergoeden

De deelnemers aan de bevraging doen volgende voorstellen voor begeleidende maatregelen:

- De vergoeding beperken tot **producten** met een aangetoonde medisch-therapeutische waarde (gebaseerd op onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek) en **evidence-based voorgeschreven (EBM)**.
- Evidence-based guidelines opstellen over het voorschrijven van vitamines, mineralen en voedingssupplementen.
- De vergoeding van voorgeschreven geneesmiddelen **koppelen aan het statuut van de patiënt**, bijvoorbeeld:
 - In het kader van een chronische ziekte;
 - Chronische pijnpatiënten;
 - Personen met een laag inkomen of VT;
 - Kinderen.
- Initiatieven nemen om **overgebruik** van medicatie te **beperken** :
 - Informatie aan de patiënten verstrekken over het nut en de voor- en nadelen van specifieke geneesmiddelen. Campagnes om te waarschuwen voor de gevaren van sommige geneesmiddelen, bijvoorbeeld pijnstillers;

- Zorgverstrekkers sensibiliseren, zorgen voor een adequate houding van de apothekers bij de verkoop van medicijnen;
- Toezicht houden op de veelgebruikers via de apothekers (via het farmaceutisch dossier);
- Altijd een beperkt remgeld behouden.

Bijkomende voorstellen om de eigen betalingen voor geneesmiddelen in ambulante zorg te verminderen

- Het **systeem** van terugbetaling gebaseerd op de klasse van geneesmiddelen **herdenken**.
- Het huidige procentueel remgeld al naargelang de categorie van het geneesmiddel, vervangen door een **vast remgeld** van € 1 per aflevering voor VT en € 5 voor gewoon verzekerden.
- Per medische indicatie **één referentiegeneesmiddel kosteloos** ter beschikking stellen. Andere geneesmiddelen met identieke therapeutische werking kunnen dan aan een lager dan het huidige tarief worden terugbetaald, tenzij hun gebruik voor een specifieke patiënt vanuit medisch oogpunt toch voorkeur verdient.
- Patiënten begeleiden naar **generische geneesmiddelen**.
- **Specifieke geneesmiddelen beter vergoeden**, waaronder: geneesmiddelen tegen chronische ziekten, vaccins, anti-migraine medicatie, neuroleptica bij langdurige psychiatrische problematiek, sommige kalmeermiddelen, slaapmiddelen in kleine verpakkingen, en anticonceptie.
- Sommige **D geneesmiddelen** die nodig zijn voor het beheer van bepaalde chronische aandoeningen **opnemen in de MAF**.
- **Voorkomen** dat kwetsbare patiënten **geld moeten voorschieten** voor bepaalde behandelingen (bijvoorbeeld als voor de vergoeding de toestemming van de adviserend arts vereist is).
- Rekening houden met de **mening van de patiënt** en zijn financiële draagkracht **bij de keuze van de behandeling**. Niet alle geneesmiddelen zijn even onmisbaar voor een voorspoedig genezingsproces; sommige zijn eerder comfortgeneesmiddelen.
- Sluitende **controle** om misbruik van geneesmiddelen te vermijden.
- De **prijsbepaling** van geneesmiddelen beter **reguleren** en de prijzen beperken.

- Afschaffing van het monopolie van apothekers voor bepaalde producten:
 - Aflevering in supermarkten, via internet enz. toelaten voor sommige producten,
 - Paracetamol en anti-allergica vrij verkrijgbaar maken in de drogisterij.
- De **financiering van de apothekers herzien** en het netwerk van apotheken reorganiseren. Het remgeld loskoppelen van de honoraria van de apothekers.
- **Aflevering per pil**, zodanig dat er zo weinig mogelijk moet worden weggegooid en dus ook geen onnodige remgelden moeten betaald worden.
- Medicatievoorschriften aanvullen met voorschriften over een **gezonde levensstijl**.
- **Afschaffen** van de **administratieve procedures** zoals het zorgtraject en het vergoedingssysteem voor geneesmiddelen na akkoord van de adviserend arts.
- Meer ruimte voor parafarmacie en voor geneesmiddelen uit de alternatieve geneeskunde in het verzekerd pakket.

5.7.3 Medische hulpmiddelen

Volgende voorstellen met betrekking tot medische hulpmiddelen werden aan de deelnemers voorgelegd:

- Voorstel 26:** De eigen betalingen verlagen voor tandprothesen en tandimplantaten
- Voorstel 27:** De eigen betalingen verlagen voor brilglazen, lenzen en hoorapparaten
- Voorstel 28:** De eigen betalingen verlagen voor verzorgingsmiddelen en verbanden
- Voorstel 29:** De eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor gehospitaliseerde patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming
- Voorstel 30:** De eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor alle gehospitaliseerde patiënten

A. Antwoorden op de gesloten vragen

45% van de 98 deelnemende respondenten vindt voorstel 26 uitermate doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Voor voorstel 27, 28, 29 en 30 is dat respectievelijk 50%, 42%, 48% en 37%. Zeer weinig respondenten vinden deze voorstellen zeer weinig doeltreffend (score 1) (zie figuur 54, 55, 56, 57 en 58).

Respectievelijk 83% en 85% van de respondenten vinden voorstel 26 en 27 'erg doeltreffend'. Voor voorstel 28 is dat 72%. Voor voorstel 29 en 30 geven respectievelijk 79% en 66% van de respondenten een score 'erg doeltreffend'. Hierbij dient opgemerkt te worden dat voorstel 29 en 30 twee varianten van een zelfde voorstel zijn. 84% van de respondenten vindt minstens één van

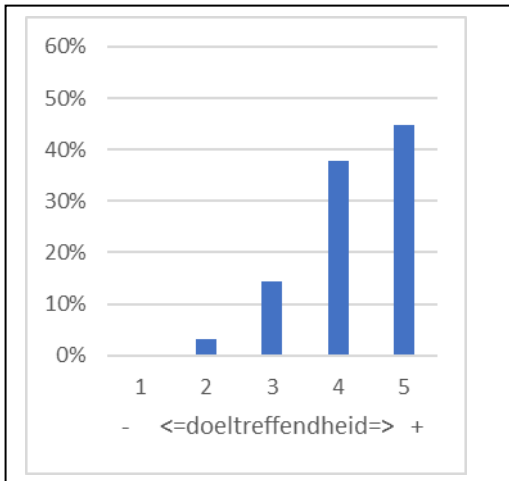
deze twee voorstellen erg doeltreffend. Hiermee staan al deze voorstellen (voorstel 28 iets minder) hoog in de rangschikking van de voorstellen in functie van het aantal scores 'erg doeltreffend' (zie figuur 90).

Een gelijkmatig percentage respondenten uit alle stakeholdergroepen scoren 'erg doeltreffend' voor voorstel 26 (zie figuur 59). Voor voorstel 27 is er iets meer variatie tussen groepen respondenten. Relatief iets minder respondenten uit onderzoeksinstituten vinden dit voorstel erg doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren (zie figuur 60). Respondenten uit ziekenfondsen vinden voorstel 28 minder vaak erg doeltreffend dan het gemiddelde van alle respondenten. Het oordeel van de andere respondentengroepen is relatief gelijkmatig verdeeld, met een uitschieter voor de respondenten van organisaties van werknemers, die dit voorstel allemaal 'erg doeltreffend' vinden (zie figuur 61). Ook het oordeel over de doeltreffendheid van voorstel 29 is relatief gelijkmatig verdeeld over de stakeholdergroepen (zie figuur 62). Respondenten van organisaties van werknemers vinden voorstel 30 minder vaak erg doeltreffend dan het gemiddelde van alle respondenten, terwijl alle respondenten van patiëntenverenigingen en consumentenorganisaties dit voorstel erg doeltreffend vinden. De score 'erg doeltreffend' is redelijk gelijkmatig verdeeld over de andere groepen (zie figuur 63).

Voor respectievelijk 18% en 21% van de respondenten zijn voorstel 26 en 27 één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Voor voorstel 28 is dat 1%, en voor voorstel 29 en 30 is dat respectievelijk 4% en 4%. 8% van de respondenten vindt dat één van de twee varianten (29 of 30) één van de meest doeltreffende maatregelen is (zie figuur 91).

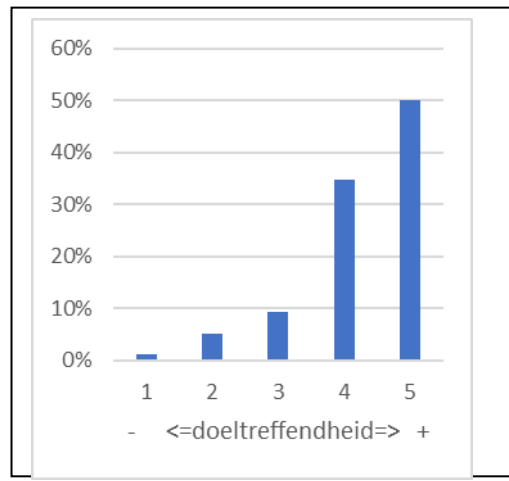
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 54: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 26, percentages*



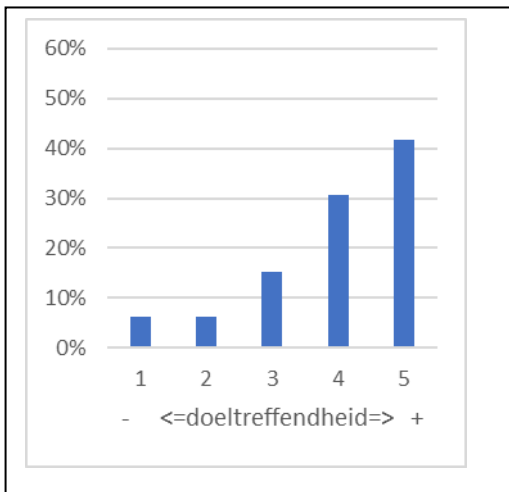
* De eigen betalingen verlagen voor tandprothesen en tandimplantaten

Figuur 55: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 27, percentages*



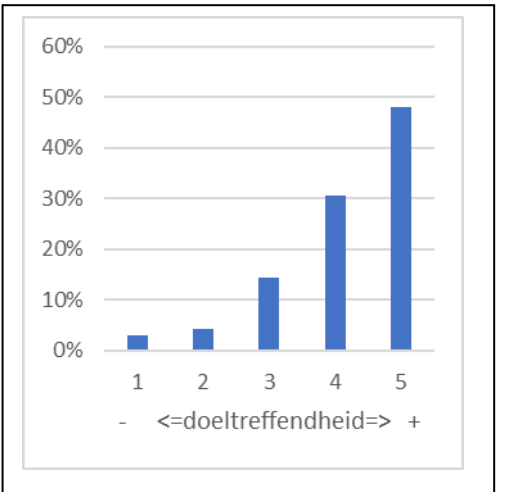
* De eigen betalingen verlagen voor brilglazen, lenzen en hoorapparaten

Figuur 56: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 28, percentages*



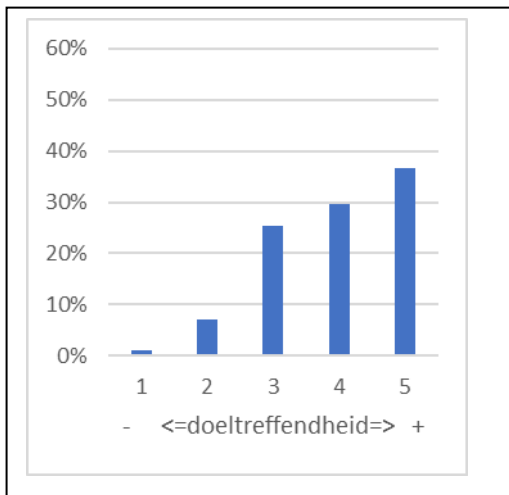
* De eigen betalingen verlagen voor verzorgingsmiddelen en verbanden

Figuur 57: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 29, percentages*



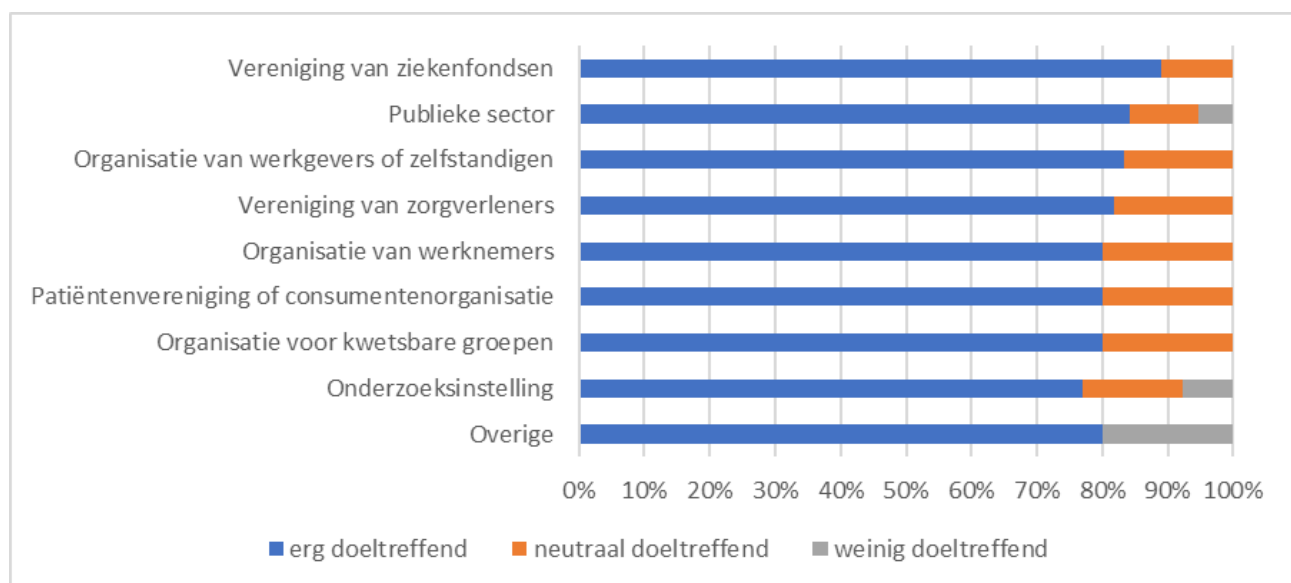
* De eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor gehospitaliseerde patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming

Figuur 58: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 30*, percentages



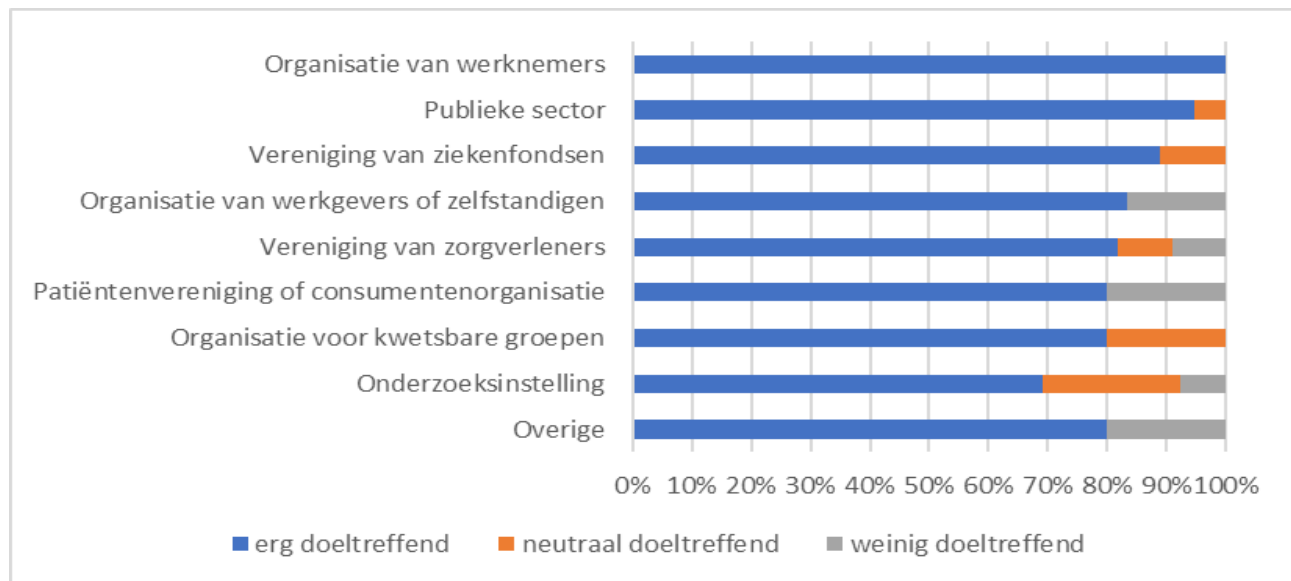
* De eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor alle gehospitaliseerde patiënten

Figuur 59: scores per groep voor voorstel 26*, percentages



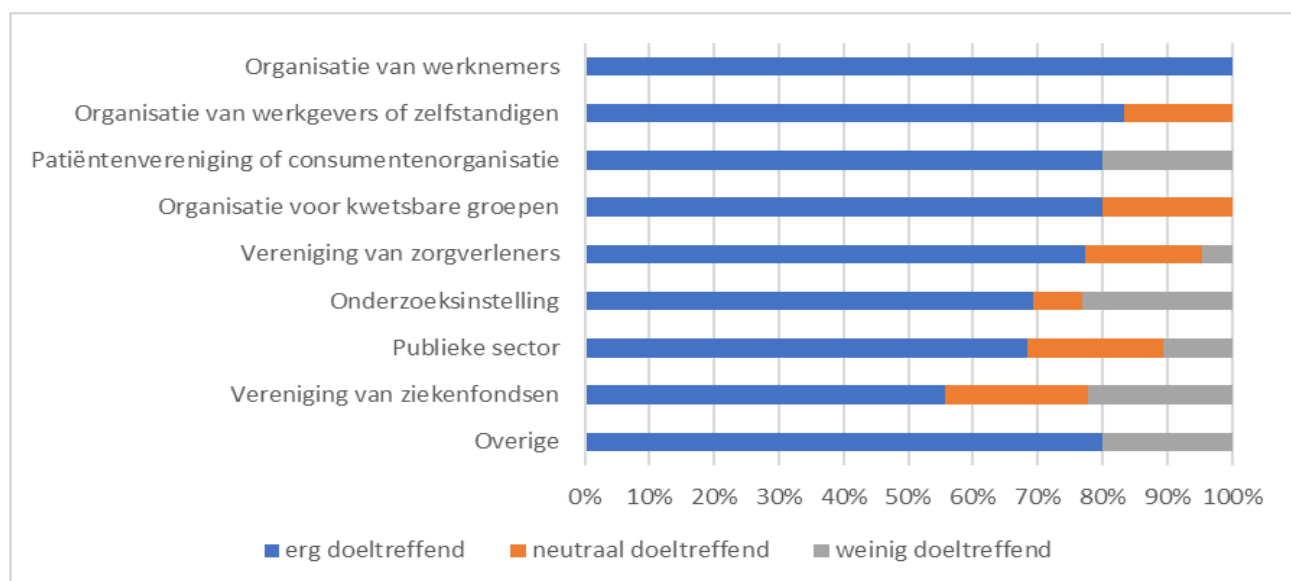
* De eigen betalingen verlagen voor tandprothesen en tandimplantaten

Figuur 60: scores per groep voor voorstel 27*, percentages



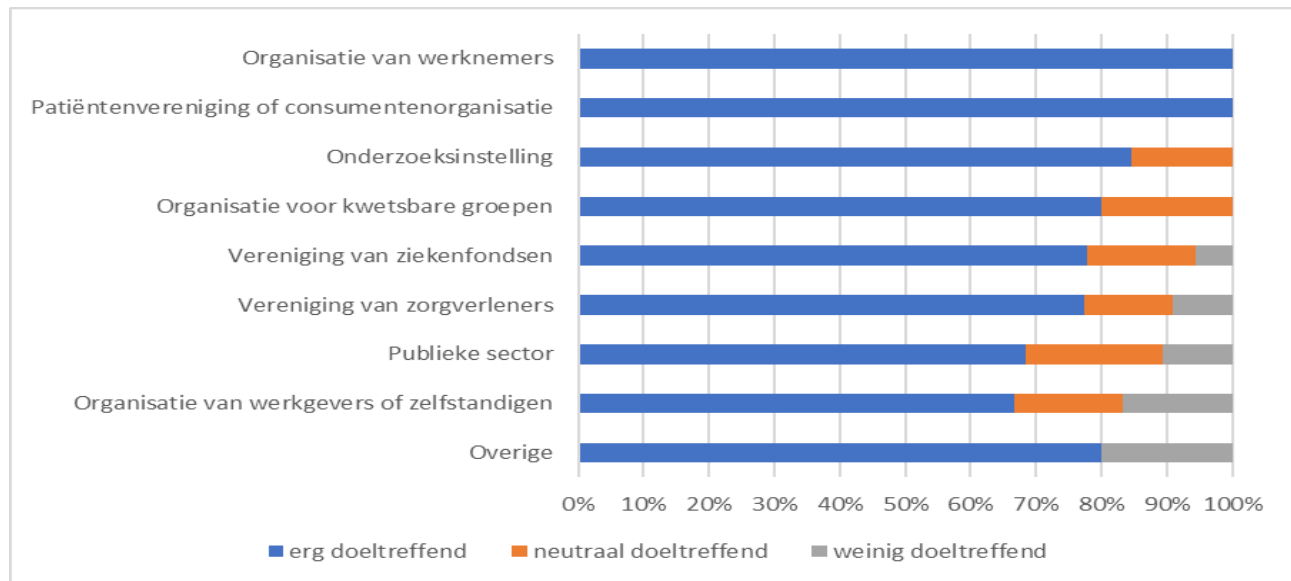
* De eigen betalingen verlagen voor brilglazen, lenzen en hoorapparaten

Figuur 61: scores per groep voor voorstel 28*, percentages



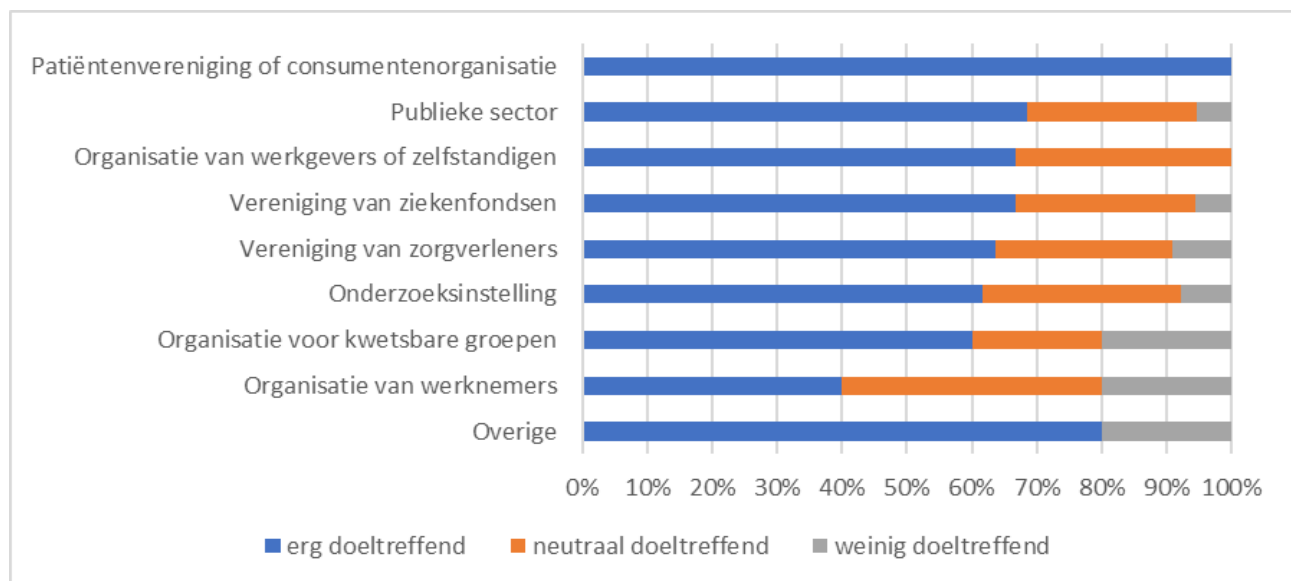
* De eigen betalingen verlagen voor verzorgingsmiddelen en verbanden

Figuur 62: scores per groep voor voorstel 29*, percentages



* De eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor gehospitaliseerde patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming

Figuur 63: scores per groep voor voorstel 30*, percentages



* De eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor alle gehospitaliseerde patiënten

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen om de eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verlagen

De deelnemers aan de bevraging waarschuwen voor volgende ongewenste neveneffecten van de voorstellen:

- Geen effect op de toegang indien er niet gelijktijdig een toezicht op en vermindering van de prijzen is.
- Overconsumptie, misbruik, gebruik van deze hulpmiddelen zonder dat het nut of de noodzaak ervan is aangetoond, bv. voor esthetisch gebruik.
- Verhoging van de uitgaven voor medische hulpmiddelen, wat mogelijk noopt tot besparingen elders.
- De eigen betalingen verlagen voor implantaten voor patiënten met VT kan leiden tot een verhogen van de eigen betalingen voor de andere patiënten (om het bedrag aan inkomsten constant te houden).
- Hogere winsten voor de verzekeringsmaatschappijen.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen om de eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verlagen

Respondenten stellen volgende begeleidende maatregelen voor:

- De **prijsvorming** objectiveren en beter **reguleren**:
 - Tarieven vastleggen op basis van een transparante kostenstructuur en transparantie inzake 'doorgerekende' kosten (bv. van materialen bij tandzorg en orthopedie);
 - De prijzen verminderen en de winstmarges van de producenten beperken.
- Goede **informatie** verstrekken aan de patiënt en zorgverstrekkers over het nut en de voor- en nadelen van hulpmiddelen.
- In verband met de **keuzemogelijkheid** voor een implantaat of de prothese zijn respondenten het niet altijd onderling eens:
 - **Enkel** implantaten en prothesen vergoeden waarvan het **nut/de (functionele) noodzaak aangetoond** is (op basis van een health technology assessment die publiek toegankelijk is) en het gebruik evidence-based is.
 - De patiënt op voorhand informatie verstrekken over de kostprijs van de prothese;

- Garanderen dat de verstrekker steeds het beste implantaat/prothese voor de patiënt kan kiezen;
- Onderscheid maken tussen basisgezondheidszorg en andere gezondheidszorg.
- Noodzakelijke medische hulpmiddelen beter vergoeden of gratis maken voor:
 - Personen **met een laag inkomen** of met verhoogde tegemoetkoming;
 - **Kinderen**, omdat zij vaak meerdere opeenvolgende prothesen nodig hebben omdat zij nog in de groei zijn en omdat prothesen bij kinderen op maat gemaakt moeten worden, wat duurder is.
- Een goede controle, om misbruik te voorkomen.
- Ziekenfondsen zouden volledig vergoede basisbrillen en hoorapparaten moeten aanbieden, om druk te zetten op de prijzen van de commerciële aanbieders.
- Uitbreiding van het budget voor tandzorg.

Bijkomende voorstellen om de eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verminderen

Respondenten deden volgende bijkomende voorstellen om de eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verminderen:

- **Vlugger** beslissen over het opnemen van **technologisch innovatieve producten** in het verzekerd pakket.
- Een **betere vergoeding van**:
 - Wondzorgmiddelen aangewend door een verpleegkundige;
 - Medische hulpmiddelen waarvan men weet dat ze ondergebruikt zijn om financiële redenen;
 - Brillenglazen, afhankelijk van de medische indicatie;
 - Steunzolen;
 - Apparatuur voor thuishospitalisatie.
- Prioritair inzetten op (goedkope) **preventieve tandzorg** om curatieve tandzorg te vermijden.
- **Verzorgingsmiddelen** en verbanden opnemen **in de MAF**.

5.7.4 Ziekenhuisopnames

We legden vijf voorstellen om de financiële toegang tot ziekenhuiszorg te verbeteren aan de stakeholders en experts voor:

Voorstel 31: De dagtarieven voor verblijfskosten in het ziekenhuis verlagen

Voorstel 32: De dagtarieven vanaf de derde week ziekenhuisverblijf afschaffen

Voorstel 33: Geen voorschotten aan de patiënt aanrekenen vanaf de derde week ziekenhuisverblijf

Voorstel 34: De kosten die ziekenhuizen kunnen aanrekenen voor niet-vergoedbare geneesmiddelen en verzorgingsproducten wettelijk beperken

Voorstel 35: Een garantiefonds oprichten dat de achterstallige betalingen vergoedt van ziekenhuisopnames van insolvente patiënten

A. Antwoorden op de gesloten vragen

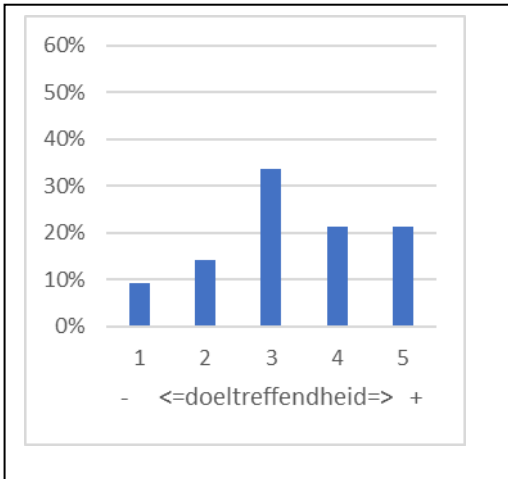
Van deze voorstellen krijgt voorstel 34 het meeste bijval. 48% van de 98 respondenten die de vragen over dit thema beantwoordden geeft dit voorstel een score 5 (uitermate doeltreffend) (zie figuur 67). Voor de andere voorstellen liggen deze percentages merkkelijk lager: 21%, 21%, 27% en 29% respectievelijk voor voorstel 31, 32, 33 en 35. Er zijn voor elk van die voorstellen ook veel respondenten die een score 3 (neutraal doeltreffend) geven (zie figuur 64, 65, 66 en 68). Als we score 4 en 5 samenvoegen, scoren respectievelijk 43%, 45%, 51%, 72% en 53% van de deelnemers aan de bevraging 'erg doeltreffend' voor voorstel 31, 32, 33, 34 en 35 (zie figuur 90).

Voor voorstel 31 zijn de scores 'erg doeltreffend' relatief laag in alle stakeholdergroepen, met het laagste percentage bij de bevrageden uit organisaties van werkgevers en zelfstandigen en het hoogste bij de respondenten uit onderzoeksinstellingen en de publieke sector (zie figuur 69). Voor voorstel 32 is de spreiding groter. Dit voorstel heeft relatief meer steun bij respondenten uit ziekenfondsen, organisaties die opkomen voor de belangen van kwetsbare groepen en patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties (zie figuur 70). Er is een grote spreiding in de inschatting van de doeltreffendheid van voorstel 33 tussen de groepen respondenten. Relatief meer respondenten van organisaties die opkomen voor de belangen van kwetsbare groepen, van werknemersorganisaties en van onderzoeksinstellingen vinden dit voorstel erg doeltreffend, terwijl niemand van de respondenten van organisaties van werkgevers of zelfstandigen deze score geeft (zie figuur 71). Ook voor voorstel 34 geven relatief weinig respondenten van organisaties van werkgevers en zelfstandigen een score 'erg doeltreffend', en (zeer) veel respondenten van de andere groepen stakeholders en experts (zie figuur 72). Relatief meer deelnemers van verenigingen van zorgverleners en organisaties van werknemers vinden voorstel 35 erg doeltreffend en relatief minder van ziekenfondsen en patiëntenverenigingen of consumentenorganisaties (zie figuur 73).

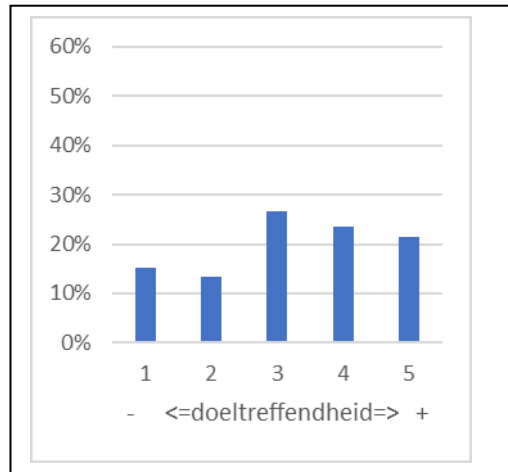
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Weinig tot zeer weinig respondenten kozen deze voorstellen als één van de vijf (uit de 43 voorstellen) meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Respectievelijk 3%, 0%, 1%, 10% en 6% van de respondenten kozen voor voorstel 31, 32, 33, 34 en 35 (zie figuur 91). Ook hier is voorstel 34 dus het voorstel dat door het grootste aantal respondenten wordt gekozen.

Figuur 64 : mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 31*, percentages



Figuur 65: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 32*, percentages

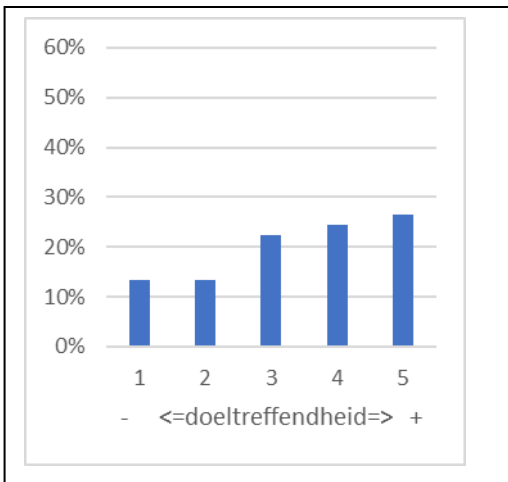


* De dagtarieven voor verblijfskosten in het ziekenhuis verlagen

* De dagtarieven vanaf de derde week ziekenhuisverblijf afschaffen

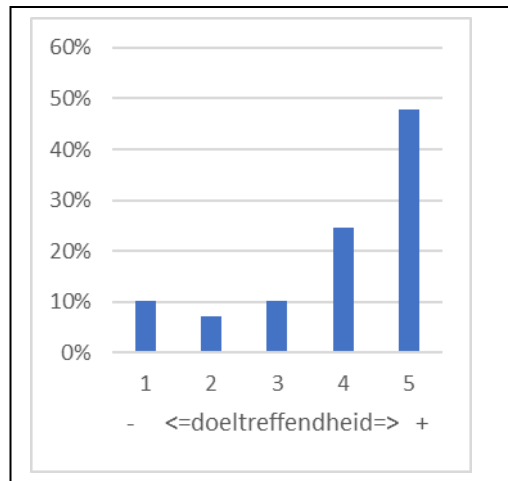
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 66: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 33*, percentages



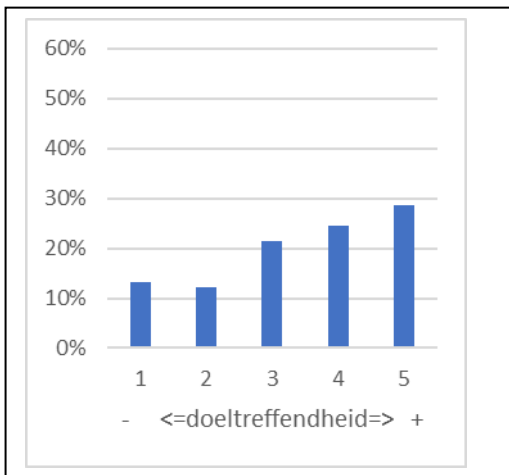
* Geen voorschotten aan de patiënt aanrekenen vanaf de derde week ziekenhuisverblijf

Figuur 67: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 34*, percentages



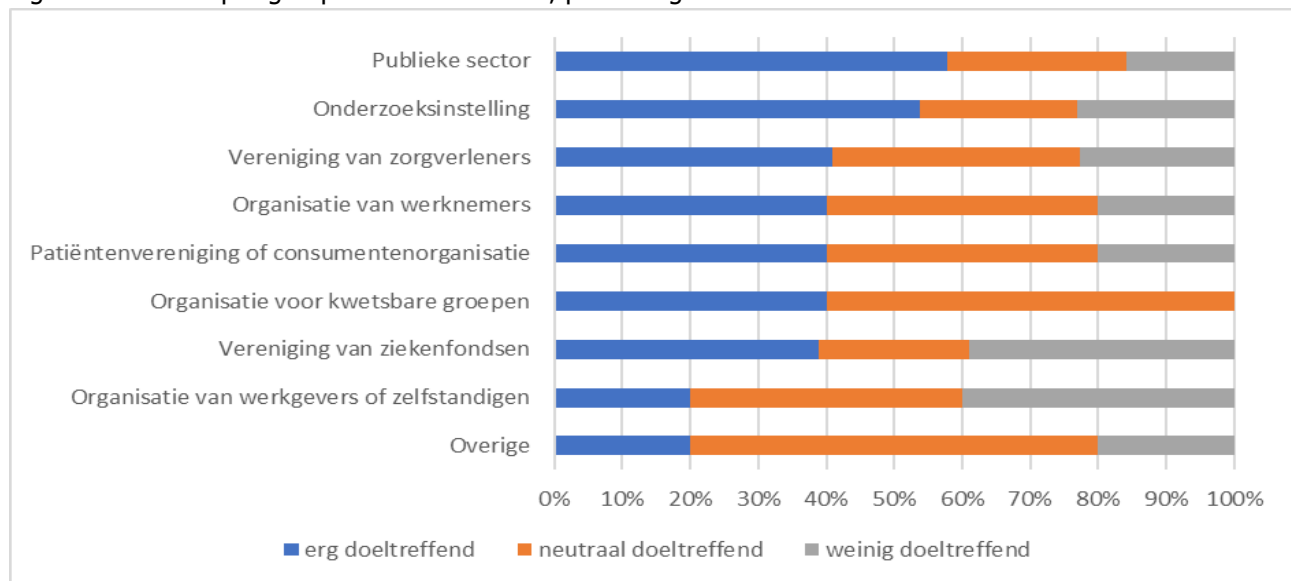
* De kosten die ziekenhuizen kunnen aanrekenen voor niet-vergoedbare geneesmiddelen en verzorgingsproducten wettelijk beperken

Figuur 68: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 35*, percentages



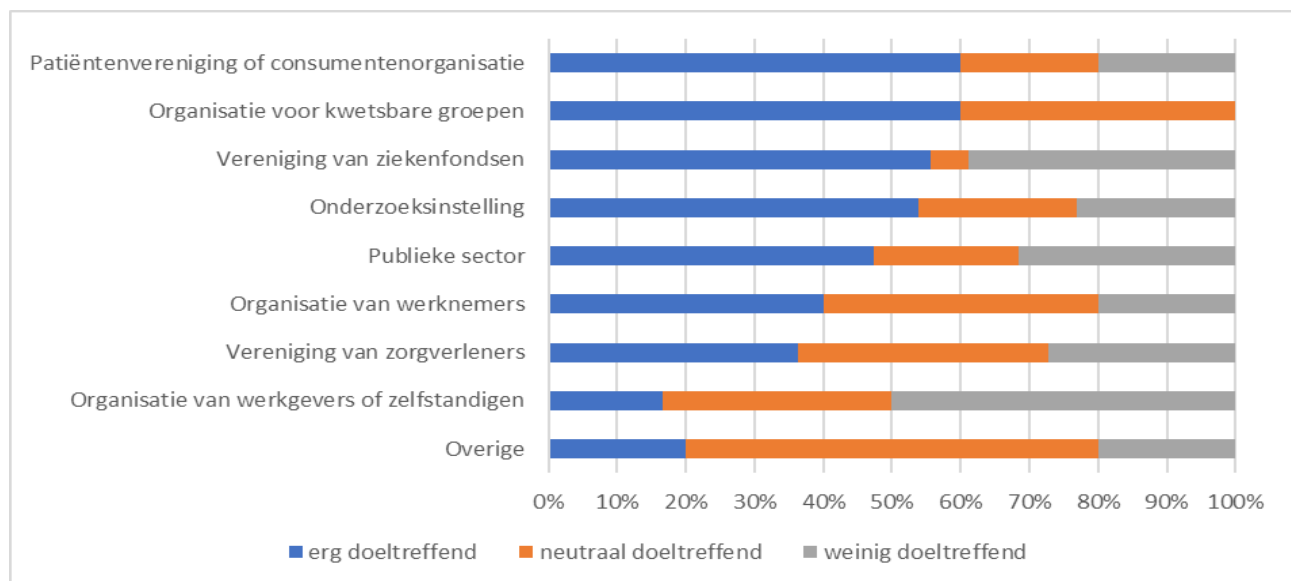
* Een garantiefonds oprichten dat de achterstallige betalingen vergoedt van ziekenhuisopnames van insolvente patiënten

Figuur 69: scores per groep voor voorstel 31*, percentages



* De dagtarieven voor verblijfskosten in het ziekenhuis verlagen

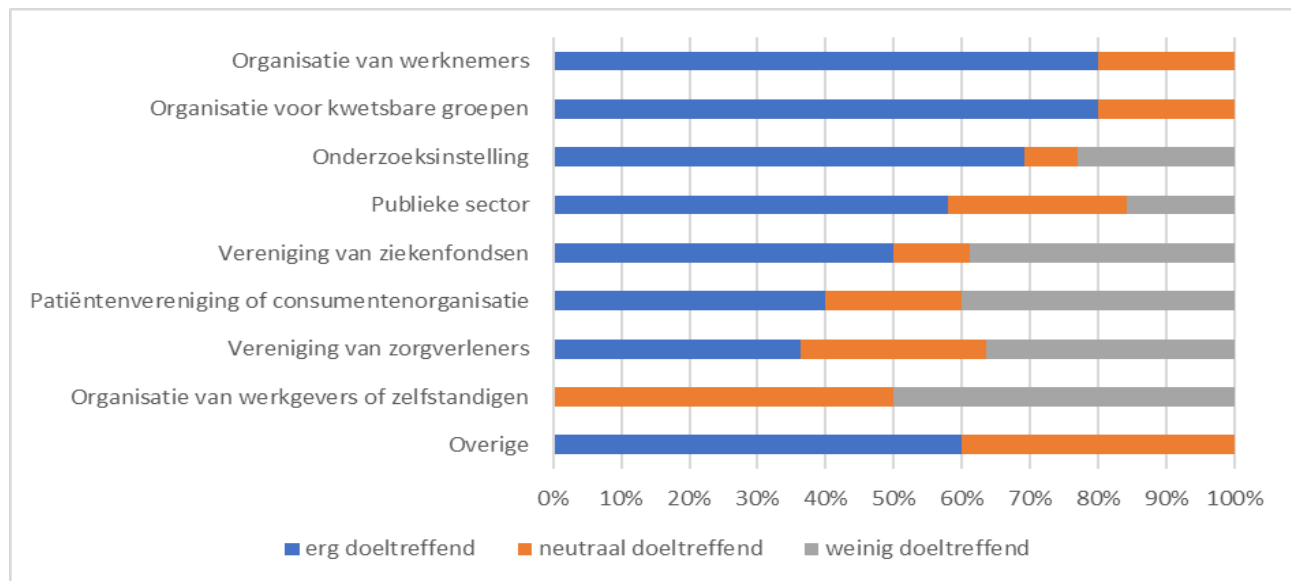
Figuur 70: scores per groep voor voorstel 32*, percentages



* De dagtarieven vanaf de derde week ziekenhuisverblijf afschaffen

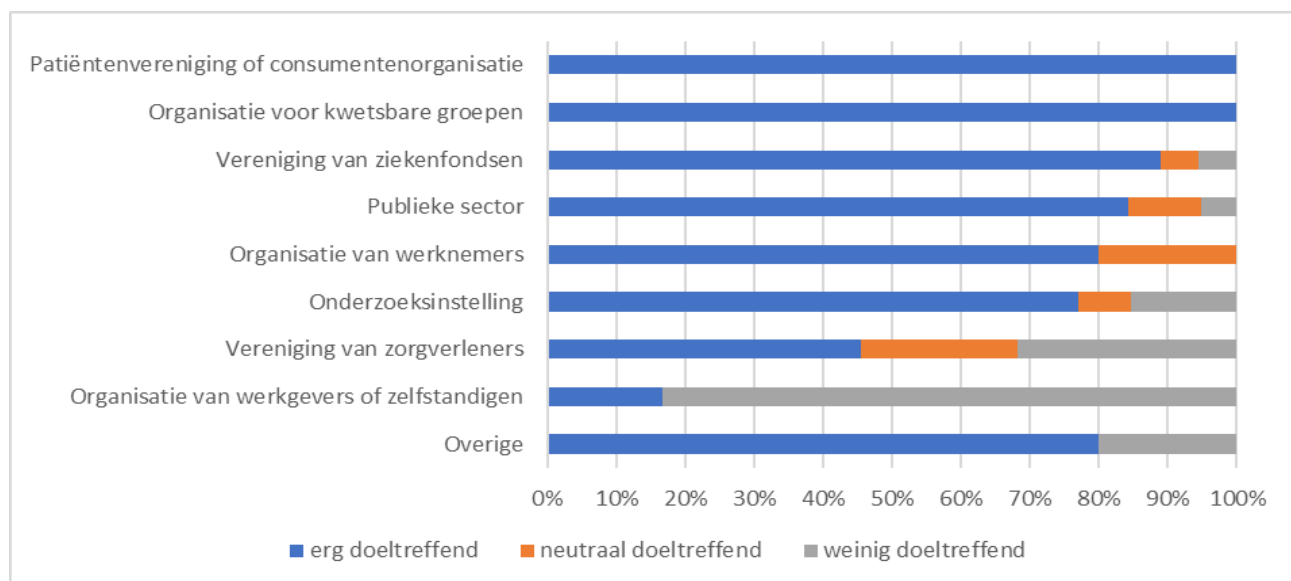
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 71: scores per groep voor voorstel 33*, percentages



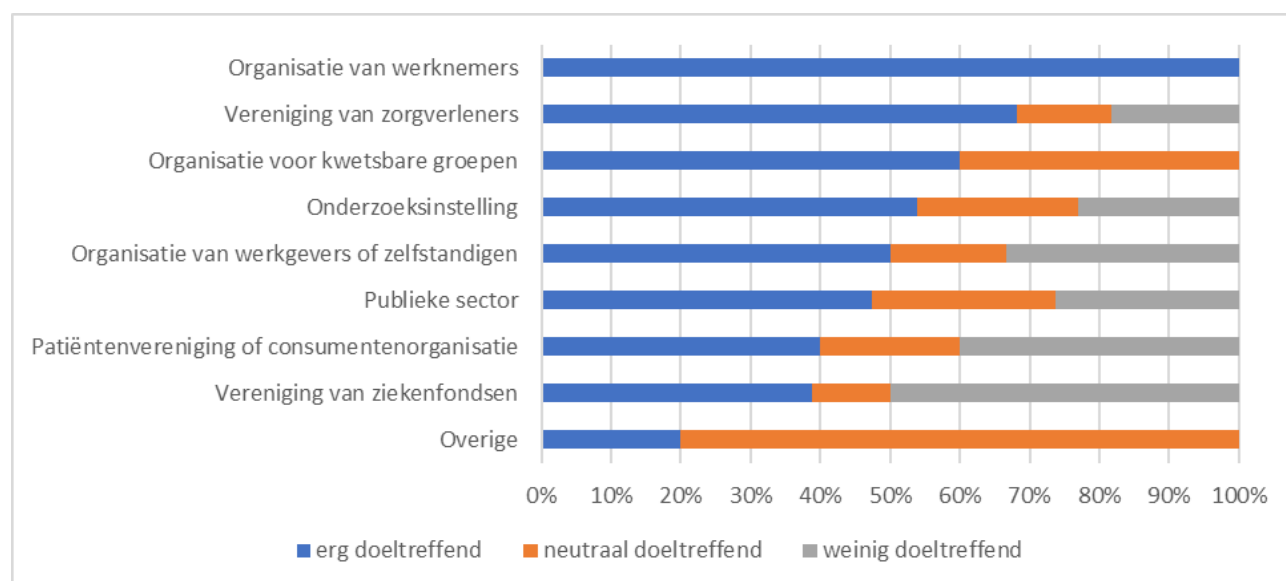
* Geen voorschotten aan de patiënt aanrekenen vanaf de derde week ziekenhuisverblijf

Figuur 72: scores per groep voor voorstel 34*, percentages



* De kosten die ziekenhuizen kunnen aanrekenen voor niet-vergoedbare geneesmiddelen en verzorgingsproducten wettelijk beperken

Figuur 73: scores per groep voor voorstel 35*, percentages



* Een garantiefonds oprichten dat de achterstallige betalingen vergoedt van ziekenhuisopnames van insolvente patiënten

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen om de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg te verminderen

Respondenten melden volgende ongewenste neveneffecten:

Van voorstel 31 tot 35:

- Sommige ongewenste neveneffecten die voor de andere themablokken worden vermeld, worden ook hier gesignaleerd:
 - Kans op misbruik als de zorgen gratis worden, risico op overconsumptie en meer overbodige prestaties;
 - Meer administratie;
 - De kostprijs van de voorstellen, indien de overheid de minderinkomsten van de ziekenhuizen compenseert.

Van voorstel 32:

- Indien de kosten van de verlaging van de patiëntenfactuur door het afschaffen van de dagtarieven vanaf de derde week ziekenhuisverblijf, niet gecompenseerd zouden worden via het ziekenhuisbudget:

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

- Worden ziekenhuizen gepenaliseerd. Dit kan in het bijzonder gevolgen hebben voor ziekenhuizen met sociaal meer kwetsbaar patiënten, die langer in het ziekenhuis verblijven;
- Vergroot de druk op de ziekenhuizen om de verblijfsduur te minimaliseren. Hierdoor kan de zorgkwaliteit in het gedrang kan komen;
- Verschuiven de kosten voor de patiënt wegens intensievere noden voor thuiszorg.

Van voorstel 33:

- De patiënt heeft geen idee meer van de kostprijs als hij geen voorschotten meer moet betalen. De **betalingproblemen komen dan achteraf**.

Van voorstel 34:

- Een forfaitair bedrag voor niet-vergoedbare geneesmiddelen en verzorgingsproducten kan voor de patiënt een **hogere kostprijs** zijn.
- De **zorgkwaliteit** kan in het gedrang komen bv. als nodige, maar niet-vergoedbare geneesmiddelen niet meer verstrekt worden aan de patiënt.

Van voorstel 35:

- De oprichting van een garantiefonds verandert niets aan de financiële toegankelijkheid op zich.
- Administratieve rompslomp.
- Noodoplossing die het probleem niet bij de bron aanpakt: onvoldoende dekking van de gezondheidszorg en de nood aan een grote hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen om de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg te verminderen

Respondenten stellen volgende begeleidende maatregelen voor:

Bij voorstel 31 tot 35:

- De **ziekenhuizen compenseren** voor de minderinkomsten via de ziekteverzekering.
- Extra budget voorzien om de voorstellen te bekostigen.

Bij voorstel 32:

- De ontslagbeslissingen evalueren, om te verzekeren dat patiënten niet vroeger worden ontslaan dan nodig voor hun gezondheid.
- Meer intensieve thuiszorg aanbieden.

Bij voorstel 34:

- De niet-vergoedbare geneesmiddelen forfaitariseren in een vast dagbedrag.

Bijkomende voorstellen om de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg te verminderen

Respondenten deden volgende andere aanbevelingen:

- Een **correctere financiering van de ziekenhuizen**, die kan leiden tot een correctere facturatie aan de patiënt. Respondenten suggereren bijvoorbeeld om een voldoende all-in financiering te voorzien of ziekenhuisbedden te sluiten.
- De **kosten** die aan de patiënt worden aangerekend **in een gemeenschappelijke kamer beter reguleren**, beperken of plafonneren, bijvoorbeeld:
 - De verblijfssupplementen en alle niet-vergoedbare verstrekkingen (ook erelonen) beter reguleren;
 - Het bedrag ten laste van de patiënt forfaitariseren (all-in patiëntentarief, exclusief comfortkosten) op een redelijk niveau, ongeacht comorbiditeit en complicaties;
 - Een wettelijke omschrijving maken van de (inhoud) van de verblijfskost en het kamercomfort om de eindeloze reeks extra's die aangerekend kunnen worden af te schaffen;
 - Excessen in de onkosten die de ziekenhuizen aan patiënten aanrekenen vermijden door bemiddeling en dialoog, samen met de patiëntenorganisaties;
 - Ziekenhuizen belonen voor transparante en correcte facturatie aan de patiënten;
 - Een analyse maken van de variatie in de bedragen die aan de patiënt worden aangerekend tussen ziekenhuizen;
 - Een dagtarief voor de patiënt bepalen in overeenstemming met de eigen uitgaven die men in het leven buiten het ziekenhuis heeft;
 - Alles wat in het kader van een hospitalisatie voorgeschreven wordt vergoeden.
- De **patiënten beter informeren over de kosten:**
 - over wat wel en niet vergoed wordt;

- Voorafgaandelijk aan de aflevering van een niet-vergoedbaar product, de patiënt op de hoogte stellen van de kosten en de mogelijke bijwerkingen, zodanig dat de patiënt kan beslissen of die het product al dan niet wenst te kopen.
- **Ziekenhuiszorg gratis** maken, mits het **post-hoc evalueren van de indicatie voor de opname** en de voortzetting van het verblijf, door een college van specialisten, huisartsen en ziekenfondsen, buiten het ziekenhuis.
- De **sociale diensten van de ziekenhuizen versterken** door ze een duidelijk statuut en financiering te geven. De sociale dienst moet in overleg met de patiënt en zijn omgeving een duurzame oplossing proberen te vinden voor de financiële problemen.
- **Beperken van de kosten voor de patiënt** voor:
 - De eerste dag hospitalisatie;
 - Het off-label gebruik van geneesmiddelen, dat niet vergoedbaar is (bv. bij longtransplantatie), vermits deze kosten voor de patiënt zeer hoog kunnen zijn.
- De **ziekenhuiskosten verminderen** (of gratis maken) **voor**:
 - Patiënten die een langdurige ziekenhuisondersteuning nodig hebben, bijvoorbeeld bij heropname of lang verblijf.
 - Mensen met een laag inkomen
- **Voorschotten** voor ziekenhuisopnames **verbieden**.
- Meer inzetten op **(na)zorg buiten het ziekenhuis**:
 - Meer en betere nazorg organiseren en financieren na ontslag uit het ziekenhuis;
 - Bij de organisatie van nazorg rekening houden met de situatie van kwetsbare sociale groepen;
 - De tussenkomst voor herstel in een voorziening niet verbonden aan een ziekenhuis verbeteren, om herstel buiten een ziekenhuissetting aan te moedigen.
- De **toegang tot spoeddiensten hervormen door**:
 - Wachtposten naast de spoeddienst systematisch beschikbaar te maken in stedelijk gebied.
 - De eigen betaling voor een opname in de spoeddienst voor patiënten die niet doorverwezen zijn door de huisarts evalueren.
- De medisch verantwoorde **niet-vergoedbare verstrekkingen** opnemen **in de MAF** teller.

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

- De **budgettaire massa van de private verzekeringen** (die leiden tot deconventionering en verblijfssupplementen) **investeren** in de financiering van de gezondheidszorg.
- De **hospitalisatieverzekering** standaard **in de verplicht aanvullende verzekering** opnemen i.p.v. in de vrije aanvullende verzekering.

5.7.5 Vervoerskosten

We vroegen de stakeholders en experts om zich uit te spreken over twee voorstellen:

Voorstel 36: Reeksvervoer voor chronisch zieke patiënten die regelmatig naar het ziekenhuis moeten beter vergoeden

Voorstel 37: Geen eigen betalingen aanrekenen voor transport van gehospitaliseerde patiënten om medische redenen tussen ziekenhuizen

A. Antwoorden op de gesloten vragen

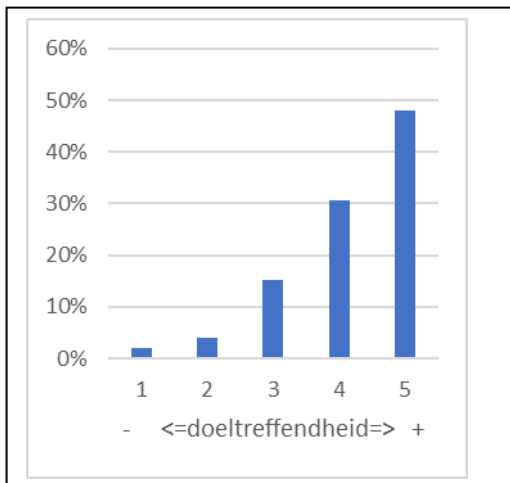
Een groot gedeelte van de 98 respondenten die de vragen over dit thema invulden, vindt deze voorstellen uitermate doeltreffend (score 5) om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren: 48% en 64% voor respectievelijk voorstel 36 en 37 (zie figuur 74 en 75). 79% en 89% van de respondenten geven een score 'erg doeltreffend' (score 4 en 5 samen) respectievelijk voor voorstel 36 en 37 (zie figuur 90). Hiermee is voorstel 37 een van de hoogst scorende voorstellen uit de bevraging.

De voorstellen hebben ook een brede steun bij alle groepen stakeholders en experts. Respondenten van organisaties die opkomen voor de belangen van kwetsbare groepen scoren relatief iets minder vaak 'erg doeltreffend' voor voorstel 36. Voor voorstel 37 scoren respondenten van organisaties van werkgevers of zelfstandigen en verenigingen van zorgverleners relatief minder vaak 'erg doeltreffend', maar ook bij deze groepen blijven de percentages hoog (zie figuur 76 en 77).

Ondanks het feit dat respondenten de doeltreffendheid van elk van deze twee voorstellen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren hoog inschatten, kiest 'slechts' telkens 9% van de bevrageerden deze voorstellen als één van de vijf meest doeltreffende voorstellen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren (zie figuur 91)

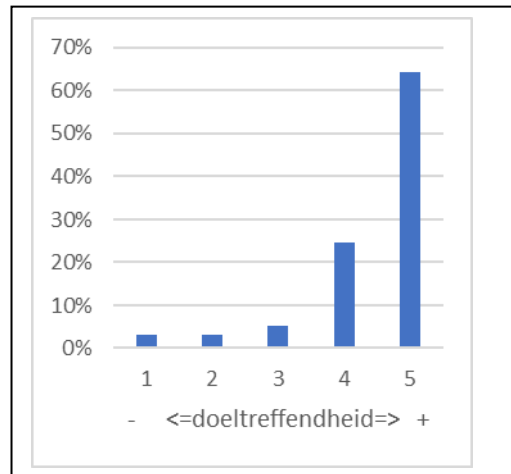
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 74: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 36*, percentages



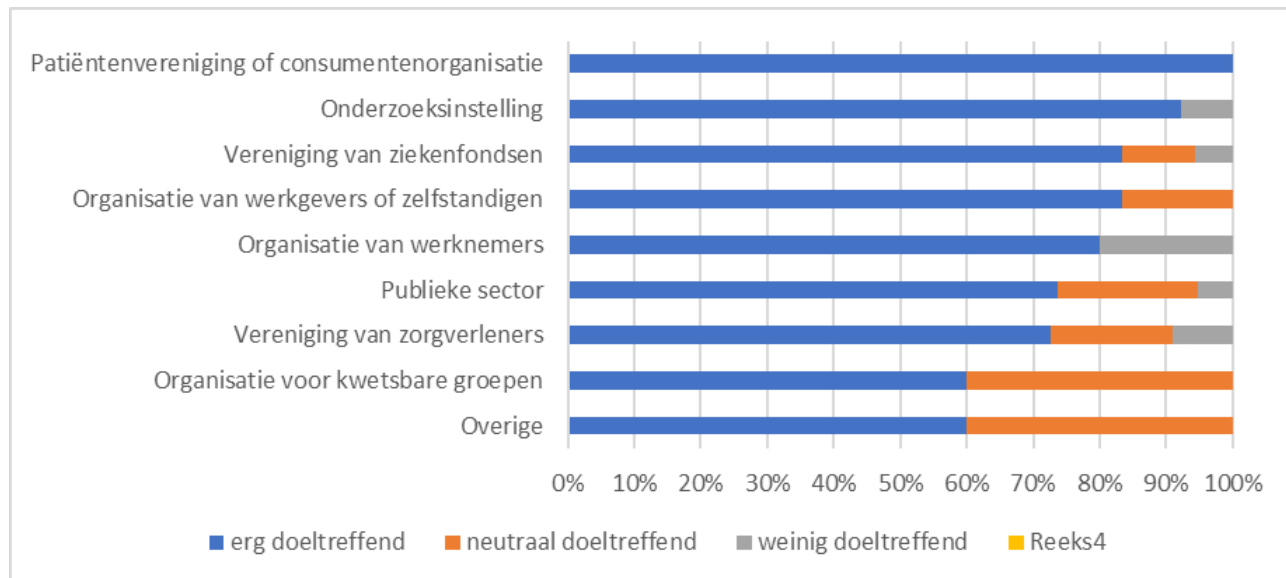
* Reeksvervoer voor chronisch zieke patiënten beter vergoeden

Figuur 75: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 37*, percentages



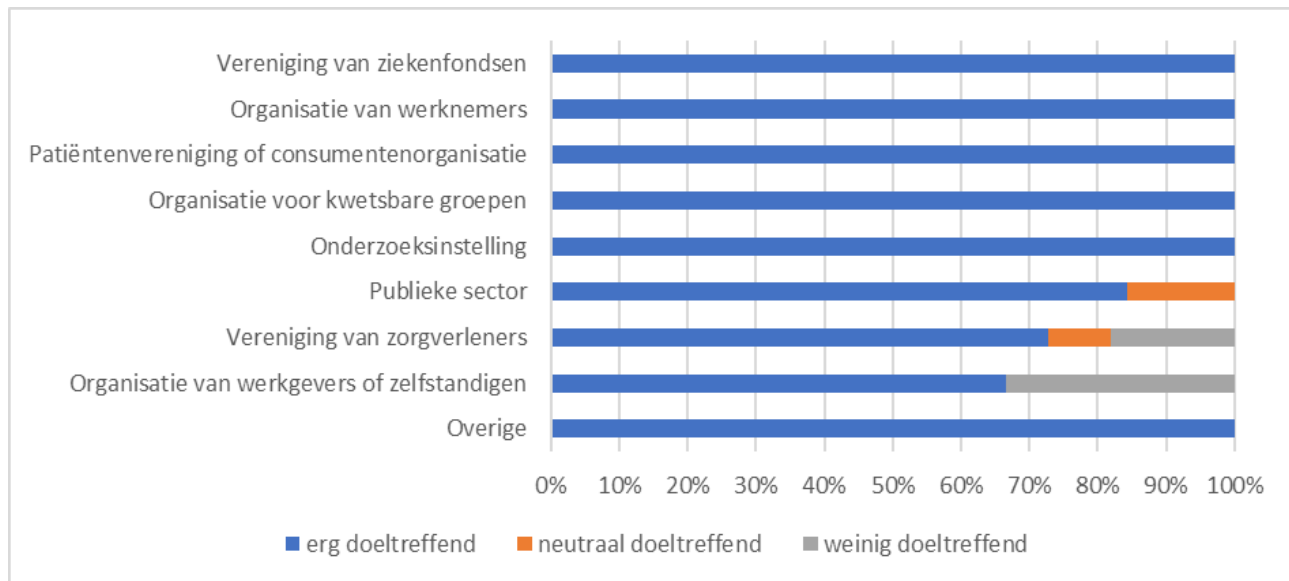
* Geen eigen betalingen aanrekenen voor transport van gehospitaliseerde patiënten om medische redenen tussen ziekenhuizen

Figuur 76: scores per groep voor voorstel 36*, percentages



* Reeksvervoer voor chronisch zieke patiënten beter vergoeden

Figuur 77: scores per groep voor voorstel 37*, percentages



* Geen eigen betalingen aanrekenen voor transport van gehospitaliseerde patiënten om medische redenen tussen ziekenhuizen

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen om de kostprijs voor de patiënt van vervoer te verminderen

Respondenten melden volgende mogelijke ongewenste neveneffecten van deze voorstellen:

- De kostprijs voor de ziekteverzekering.
- **Non take-up** van de maatregel: patiënten blijken onvoldoende op de hoogte te zijn van de huidige regeling voor reeksvervoer en maken er daarom vaak geen gebruik van.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen om de kostprijs voor de patiënt van vervoer te verminderen

Respondenten deden volgende aanbevelingen voor begeleidende maatregelen:

Bij voorstel 36:

- **Regulering van de sector** van het niet-dringend ziekenvervoer, i.h.b. van **de tarieven** die kunnen aangerekend worden. Deelnemers aan de bevraging vragen om de tarieven wettelijk te beperken en te controleren.
- Betere en voorafgaande **informatie aan de patiënt** over:

- Transparante tarieven;
- De vergoedingen voor reeksvervoer.
- Bij de **berekening van de vergoeding** van het reeksvervoer **herbekijken**, rekening houdend met:
 - De effectief gemaakte kosten ipv het aantal kilometers;
 - De frequentie, de duur en de afstand tot de zorgverlener en het al dan niet moeten beroep doen op een externe vervoersdienst;
 - De bestaande tegemoetkomingen welvaartsvast en marktconform maken en gelijkschakelen met de terugbetalingen voor professionele verplaatsingen;
 - Een gradatie in de tussenkomst voorzien naar gelang het type vervoer (liggend, zittend, begeleid, ...);
 - Een beperkte bijdrage van de patiënt vragen.
- Een hogere (of volledige) vergoeding voor:
 - Mensen met een laag inkomen of het statuut van VT;
 - Kinderen.
- Een terugbetaling van reeksvervoer voor mensen met kanker voorzien, **ongeacht de aard van de behandeling** (nu enkel chemotherapie, bestraling of raadplegingen).
- Gratis parking op de ziekenhuisparking aanbieden.
- De procedures en formulieren harmoniseren, om de **administratieve opvolging** te **vereenvoudigen** en te digitaliseren.

Bij voorstel 37:

- Respondenten doen verschillende voorstellen om het **inter-hospitaaltransport** te **financieren**:
 - Een enveloppe per ziekenhuisnetwerk voorzien voor ziekenvervoer binnen het netwerk. De patiënt zou dan geen kosten betalen, ongeacht of die dezelfde dag terugkeert naar het ziekenhuis van opname of niet.
 - Ziekenvervoer tussen verschillende ziekenhuisnetwerken opnemen in de ligdagprijs van het ontvangende ziekenhuis voor een opname van meer dan 24u.
 - Vervoer tussen een algemeen ziekenhuis/netwerk en een referentieziekenhuis financieren via de globale enveloppe van dat referentieziekenhuis.
- Correcte **informatie** verstrekken voor de patiënt.

- Een eenduidige **forfaitaire patiëntenbijdrage** voor ziekenvervoer tussen ziekenhuizen of een maximumtarief, bijvoorbeeld € 60.

Bijkomende voorstellen om de kostprijs van vervoer voor de patiënt te verminderen

Deelnemers aan de bevraging doen volgende bijkomende voorstellen om de kostprijs van vervoer te verminderen voor de patiënt:

- **Alternatieve mogelijkheden** om het transport te organiseren:
 - Transport met de hulp van vrijwilligers of mantelzorgers;
 - Vzw's financieren die transport met vrijwilligers aanbieden;
 - Lichte medische voertuigen in plaats van ambulances inzetten;
 - Een openbare dienst voor ziekenvervoer aanbieden.
- De vergoeding voor reeksvervoer automatisch aan de patiënt betalen, of de **derdebetalersregeling** maximaal toepassen (bijvoorbeeld via integratie van de vergoeding in de verstrekking).
- Kosten voor ziekenvervoer, i.h.b. voor reeksvervoer van patiënten met het statuut van persoon met chronische aandoening, **opnemen in de MAF** of een specifieke MAF voor vervoersonkosten creëren.
- Coördinatie en organisatie tussen ziekenhuizen, huisartsenkringen en geïntegreerde diensten voor thuiszorg enerzijds en lokale en regionale overheden anderzijds om een **coherent territoriaal beleid** te ontwikkelen en de **toegankelijkheid** van zorginstellingen via openbaar vervoer, medisch vervoer of alternatief vervoer te **garanderen**.
- Een tussenkomst verstrekken in de vervoerskosten van **mensen met een beperking** naar de zorgverstrekkers.
- **Herdefiniëren van de notie 'dringend ziekenvervoer'**, zodanig dat dringend transport tussen ziekenhuizen hier ook onder valt als het ziekenhuis waar de patiënt naar wordt gebracht (veelal het dichtstbijzijnde) niet de gepaste dringende zorgen kan verstrekken.
- Een uniforme **standaardcode voor de facturatie** van ziekenvervoer, om zicht te krijgen op de exacte kosten voor de patiënt en een beeld van hetq profiel van de patiënten die gebruik moeten maken van dit soort ziekenvervoer.
- Zorgen dat alle ziekenhuizen ten dienste staan van het publiek en dat de concurrentie tussen ziekenhuizen en 'filosofische' ziekenhuisnetwerken verdwijnt.

5.8 De tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten hervormen

We vroegen de deelnemers aan de bevraging om de doeltreffendheid van volgend voorstel te evalueren:

Voorstel 38: OCMW's financieel aanmoedigen om hun beleid voor tussenkomsten in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten onderling te harmoniseren

77 van de 107 respondenten beantwoordden de vragen over dit thema, wat het laagste aantal is van alle thema's.

A. Antwoorden op de gesloten vragen

De respondenten die zich over dit punt uitspreken, beoordelen de doeltreffendheid ervan over het algemeen hoog. 58% van hen vindt dit voorstel uitermate doeltreffend (score 5) (zie figuur 78) en 79% van hen geeft een score 'erg doeltreffend' (score 4 en 5 samen) (zie figuur 90). Het aandeel respondenten dat een score 5 aan dit voorstel geeft is hiermee het derde hoogste van alle voorstellen.

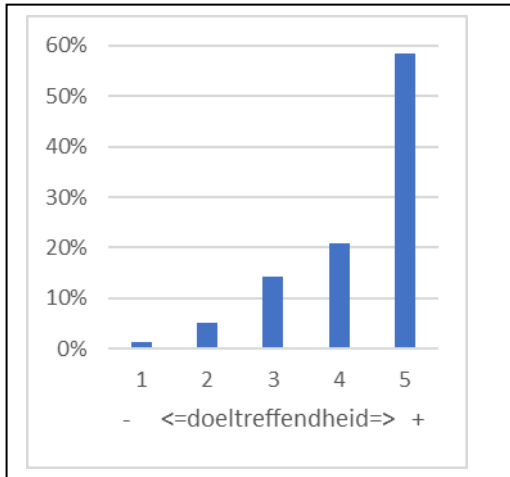
De doeltreffendheid van het voorstel wordt ook door alle stakeholder- en expertgroepen als erg doeltreffend beoordeeld. Respondenten van organisaties die de belangen van socio-economisch kwetsbare groepen verdedigen geven in verhouding minder vaak de score 'erg doeltreffend' en vaker neutraal doeltreffend, wat suggereert dat deze respondenten dit voorstel enkel onder voorwaarden steunen (zie figuur 79) ⁽⁸⁾.

14% van de respondenten schuiven deze maatregel naar voor als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren (zie figuur 91).

8. Het aantal respondenten dat de vragen voor dit thema invulden is voor sommige stakeholdergroepen erg klein, waardoor een score van één of twee deelnemers een belangrijke impact kan hebben op de percentages.

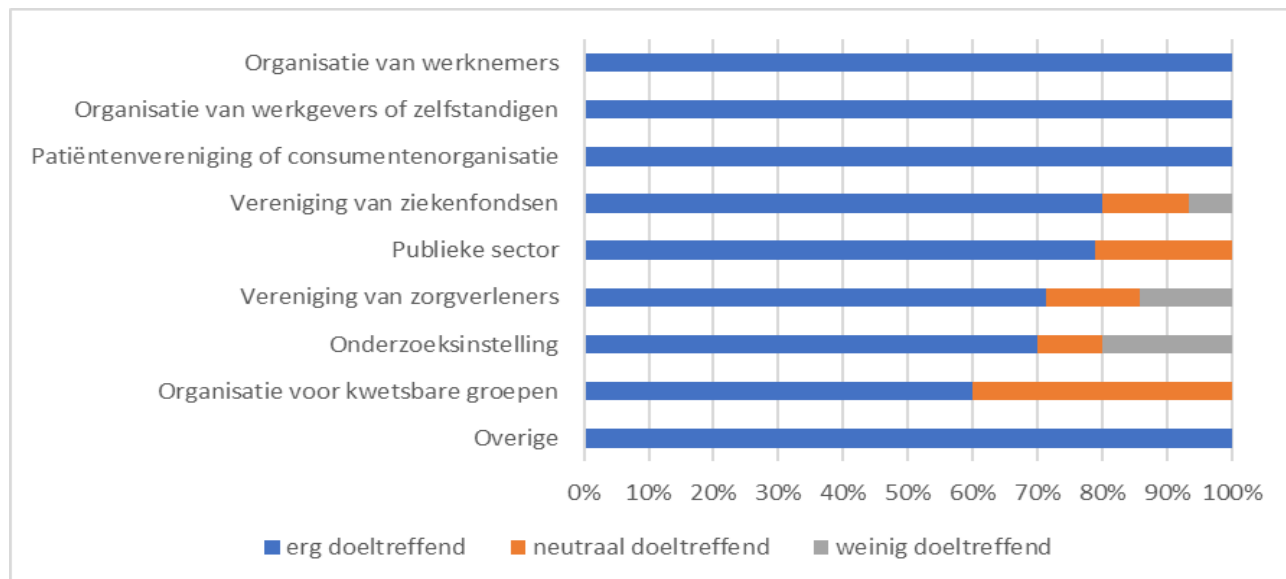
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 78: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 38*, percentages



* OCMW's financieel aanmoedigen om hun beleid voor tussenkomsten in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten onderling te harmoniseren

Figuur 79: scores per groep voor voorstel 38*, percentages



* OCMW's financieel aanmoedigen om hun beleid voor tussenkomsten in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten onderling te harmoniseren

B. Antwoorden op de open vragen (voorstel 38)

Mogelijke ongewenste neveneffecten van het voorstel om de tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten te hervormen

Respondenten waarschuwen voor:

- Het risico op een **harmonisering naar beneden**, met een globale verstrenging van de regels voor tussenkomsten in medische kosten.
- Overconsumptie.
- Dubbele financiering: via het OCMW en via het mechanisme van de MAF.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij het voorstel om de tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten te hervormen

Respondenten doen volgende voorstellen voor begeleidende maatregelen:

- De praktijken van de OCMW's **harmoniseren naar de meest gunstige/efficiënte praktijk** voor mensen in een kwetsbare situatie en naar de praktijk die het best aangepast is aan de behoeften van de betrokkenen.
- **De harmonisering op een hoger overheidsniveau bepalen en financieren** (federale of gefedereerde entiteiten). In dit verband doen respondenten volgende suggesties:
 - Een overkoepelend orgaan brengt bindende adviezen uit;
 - De Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie (POD MI) stuurt de harmonisering en/of neemt de kosten ten laste;
 - Een minimale regelgeving uitvaardigen waaraan alle OCMW's moeten voldoen.
- Aanbevelingen over de **inhoud van de tussenkomsten**:
 - Niet alleen de bedragen maar ook de soorten interventies harmoniseren;
 - Ook preventieve zorgen dekken;
 - Een tussenkomst van het OCMW voor voorgeschreven geneesmiddelen die niet gedekt zijn door de ziekteverzekering enkel voorzien indien de middelen medisch verantwoord zijn.
- Aanbevelingen over het **proces naar harmonisering**:

- Veldwerkers van de eerste lijn, de 0.5e lijn (9), en de betrokkenen zelf actief laten deelnemen aan de reflecties over de hervormingen.
- Naar uniformiteit streven via verdere informatisering (van de toekenning van rechten en controle op de facturatie en betalingen).
- De praktijken harmoniseren aan de hand van standaardsituaties.
- De praktijken van de OCMW's **monitoren** en **controleren**.
- De **verschillen** in benadering wegwerken **binnen een OCMW**, tussen de maatschappelijk werkers.

Bijkomende voorstellen om de tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerd patiënten te hervormen

Respondenten doen volgende bijkomende aanbevelingen:

- Het probleem aanpakken aan de bron door de eigen betalingen voor de patiënt te verminderen of af te schaffen, in het bijzonder voor kwetsbare groepen. De **noden** van patiënten die beroep doen op het OCMW **identificeren** om de financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg voor hen te verbeteren.
- Garanderen dat elk OCMW over **voldoende ruime financiële middelen** beschikt om in te spelen op de medische noden van de populatie die het bedient.
- De cliënt ondersteunen om een **globaal medisch dossier** bij de huisarts of eerstelijnsgezondheidscentrum aan te gaan.
- Het OCMW **verplichten** om een **sociaal onderzoek** uit te voeren als er **betalingproblemen** worden vastgesteld in het ziekenhuis.
- De **procedures** voor gezondheidswerkers voor zorgverlening aan het publiek met OCMW-steun **vereenvoudigen**:
 - Andere beroepsgroepen dan de artsen (verpleegkundigen, kinesisten, vroedvrouwen) toelaten om een aanvraag voor tussenkomst in te dienen bij het OCMW;
 - De aanvraag vereenvoudigen: per email;
 - De terugbetalingsperiodes versnellen en de facturatieprocedures vergemakkelijken via informatisering (Mediprima fase 3);

-
9. Een geheel van multidisciplinaire diensten en structuren die primaire gezondheidszorg aanbieden, bestemd zijn voor kwetsbare populaties (daklozen, nieuwkomers, sekswerkers, druggebruikers).

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

- Weigering van zorg vermijden.
- Het **REMI systeem** (een onlinetool voor OCMW's waarmee op maat van iedere cliënt een referentiebudget voor een menswaardig inkomen kan worden berekend) voor aanvullende steun **toepassen** om de tussenkomsten objectiever te maken.

5.9 De hele bevolking effectief dekken voor gezondheidszorg

We vroegen naar de mening van de stakeholders en experts over volgende voorstellen:

Voorstel 39: Iedereen die zich niet uit eigen beweging aansluit bij een ziekenfonds, ambtshalve aansluiten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)

Voorstel 40: De wachttijd van zes maanden voor dekking voor geneeskundige verzorging afschaffen

Voorstel 41: Iedereen die wettig in België verblijft effectief dekken voor gezondheidszorg door het recht op prestaties van geneeskundige verzorging los te koppelen van de inning van verzekeringsbijdragen en verplichte inkomensgerelateerde bijdragen periodiek te innen

89 respondenten beantwoordden de vragen over dit thema.

A. Antwoorden op de gesloten vragen

58% van de deelnemers gaf een score 5 (uitermate doeltreffend) voor voorstel 39 (zie figuur 80), wat het derde hoogste percentage score 5 is van alle voorstellen. Voor voorstellen 40 en 41 is dit percentage respectievelijk 43% en 35%. Voor voorstel 41 geeft een hoog percentage van de respondenten (21%) score 1 (zeer weinig doeltreffend) ⁽¹⁰⁾ (zie figuur 81 en 82). Als we score 4 en 5 samentellen scoren 78%, 65% en 58% van de respondenten 'erg doeltreffend' op respectievelijk voorstel 39, 40 en 41 (zie figuur 90).

Er is een relatief grote spreiding in de mate waarin elk van deze drie voorstellen erg doeltreffend wordt gevonden tussen de verschillende stakeholdergroepen. Relatief weinig respondenten uit verenigingen van ziekenfondsen vinden deze drie voorstellen erg doeltreffend. Respondenten van verenigingen van zorgverleners en onderzoeksinstellingen vinden voorstel 39 en 40 dan weer bovengemiddeld erg doeltreffend. Voor voorstel 41 scoren relatief minder respondenten van onderzoeksinstellingen 'erg doeltreffend'. Respondenten uit de publieke sector scoren bovengemiddeld 'erg doeltreffend' op voorstel 39 en 41 (zie figuur 83, 84 en 85)⁽¹¹⁾.

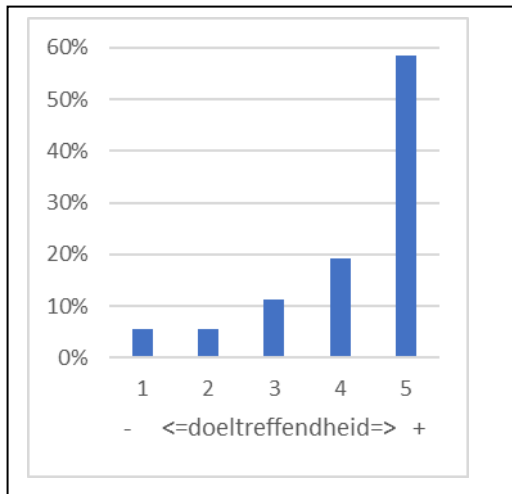
Voor 18% van de respondenten is voorstel 39 één van de vijf meest doeltreffende acties om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Voor voorstel 40 en 41 is dit respectievelijk 9% en 8% (zie figuur 91).

10. Twee respondenten meldden dat ze voorstel 41 niet begrepen

11. Het aantal deelnemers aan de survey uit sommige stakeholdergroepen is zeer laag voor dit themablok, waardoor de cijfers per groep respondenten voorzichtig moeten geïnterpreteerd worden.

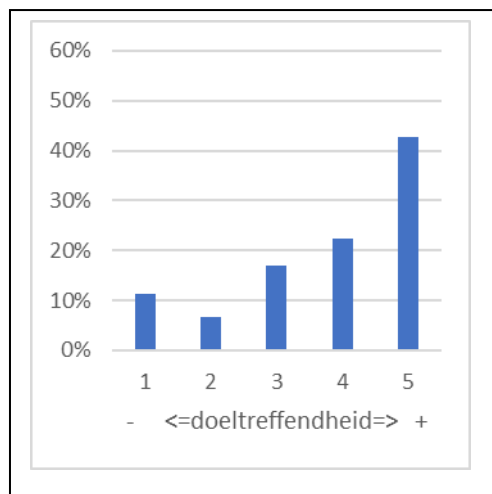
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 80: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 39*, percentages



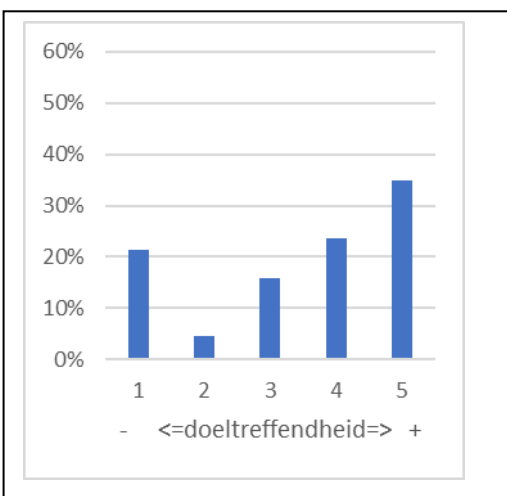
* Iedereen die zich niet uit eigen beweging aansluit bij een ziekenfonds, ambtshalve aansluiten bij de HZIV

Figuur 81: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 40*, percentages



* De wachttijd van zes maanden voor dekking voor geneeskundige verzorging afschaffen

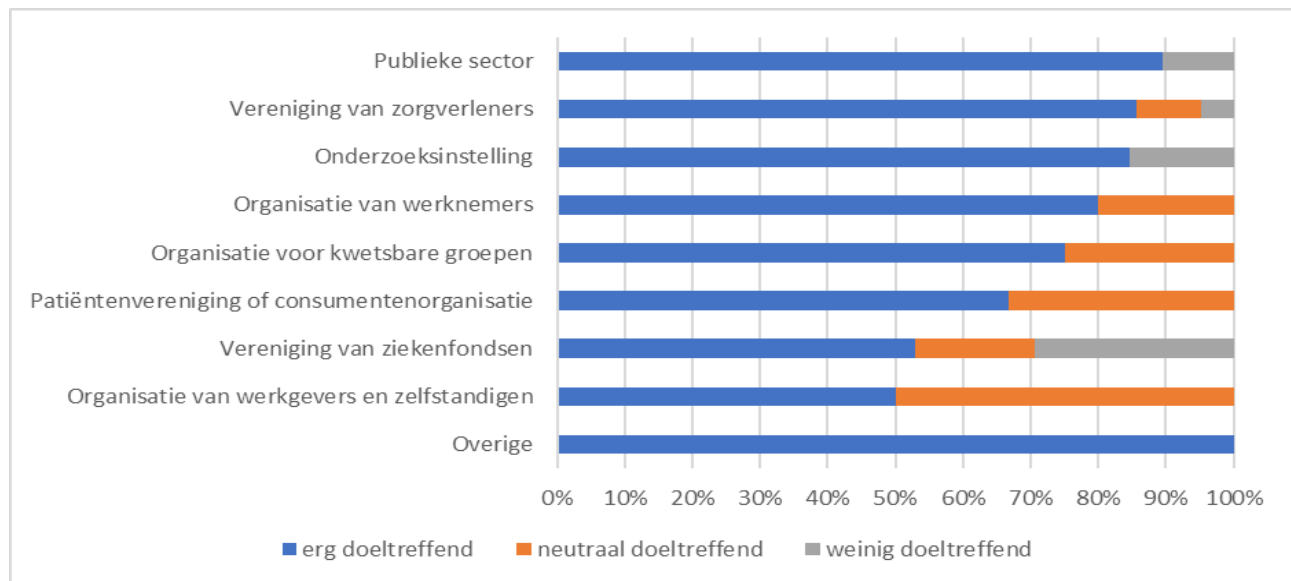
Figuur 82: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 41*, percentages



* Iedereen die wettig in België verblijft effectief dekken voor gezondheidszorg door het recht op prestaties van geneeskundige verzorging los te koppelen van de inning van verzekeringsbijdragen en verplichte inkomensgerelateerde bijdragen periodiek te innen

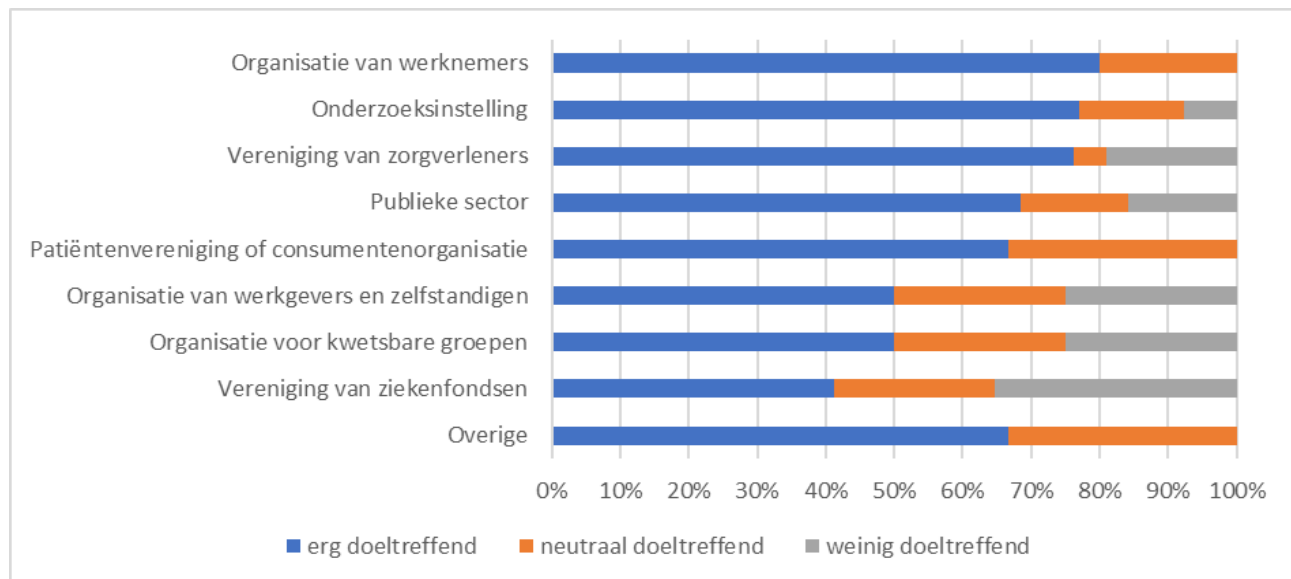
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 83: scores per groep voor voorstel 39*, percentages



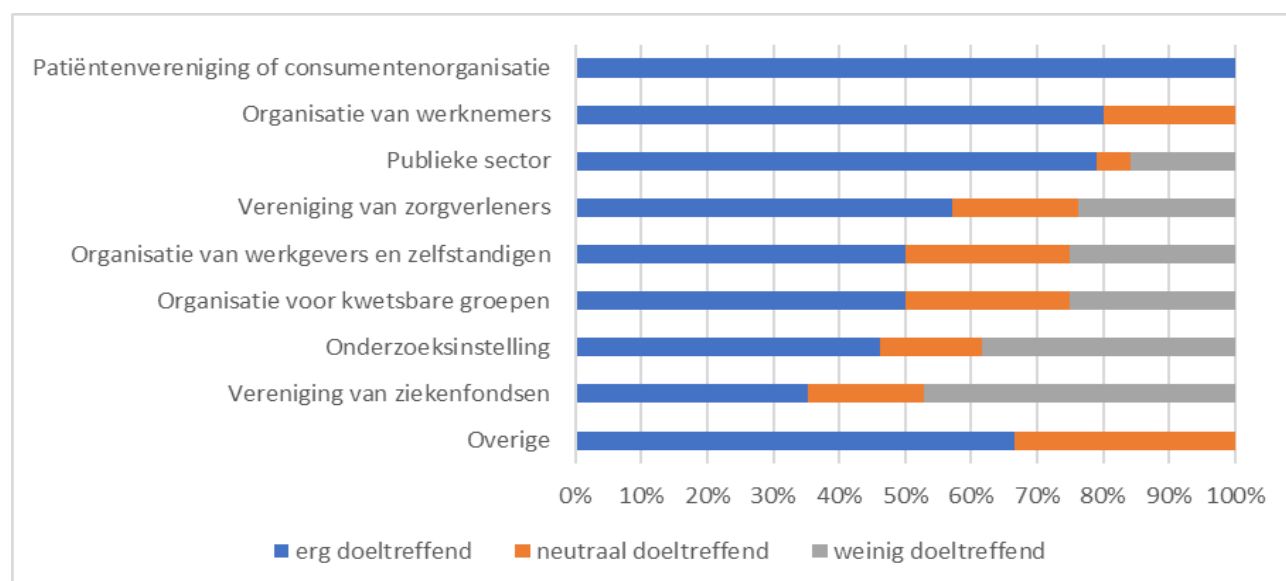
* Iedereen die zich niet uit eigen beweging aansluit bij een ziekenfonds, ambtshalve aansluiten bij de HZIV

Figuur 84: scores per groep voor voorstel 40*, percentages



* De wachttijd van zes maanden voor dekking voor geneeskundige verzorging afschaffen

Figuur 85: scores per groep voor voorstel 41*, percentages



* Iedereen die wettig in België verblijft effectief dekken voor gezondheidszorg door het recht op prestaties van geneeskundige verzorging los te koppelen van de inning van verzekeringsbijdragen en verplichte inkomensgerelateerde bijdragen periodiek te innen

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen in verband het effectief dekken van de hele bevolking voor gezondheidszorg

Deelnemers aan de bevraging waarschuwen voor volgende ongewenste neveneffecten van de voorstellen:

Van voorstel 39 tot 41:

- Risico op misbruik en sociale fraude, omdat men ongeacht het al dan niet betalen van de premie sowieso van de gezondheidszorg kan genieten.

Van voorstel 41:

- **Sommige inkomens** zullen **ontsnappen aan de inhouding** van inkomensgerelateerde bijdragen via de belastingen.
- **Sommige individuen zijn** nu reeds **verzekerd** buiten de verplichte ziekteverzekering om.
- Het voorstel betekent een fundamentele wijziging van de financiering van de ziekteverzekering. Het zou betekenen dat het verzekeringsmodel verlaten wordt waarbij de

bijdrageplicht gekoppeld is aan de voordelen die erdoor ontstaan. Dit kan tot **perverse effecten leiden die moeilijk in te schatten zijn** op dit ogenblik.

- De ontkoppeling van rechten en bijdragen kan het **draagvlak** voor de verplichte ziekteverzekering uithollen. Indien iedereen zonder beperking kan genieten van de verplichte verzekering kan dit de solidariteit in het stelsel kan ondermijnen.
- Als het professioneel inkomen laag is kan de verplichte **bijdrage tot armoede leiden**.
- Het kan tot **onzekerheid** leiden over de **overheidsinkomsten**, die nodig zijn voor de instandhouding van het gezondheidszorgsysteem.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen in verband het effectief dekken van de hele bevolking voor gezondheidszorg

Respondenten doen volgende aanbevelingen voor begeleidende maatregelen:

- Gezinnen met een **laag inkomen vrijstellen** van de betaling van bijdragen.
- Proactief begrijpbare en doelgerichte **informatie** verstrekken over de beschikbare diensten en de rechten van de burgers.
- Er voor zorgen dat het systeem **transparant** is.
- Garanderen dat de **bijdragen duurzaam en zeker** zijn.
- Er voor zorgen dat de **bijdragen effectief geïnd** worden, desnoods via de fiscus, om de solidariteit te versterken.
- Indien periodieke inkomensgerelateerde bijdragen worden geïnd dienen de huidige bijdragen op lonen verlaagd te worden, of werknemers dienen uitgesloten te worden van de betaling van deze bijdragen.
- Alle inkomens correct in kaart brengen en betere **fraudebeheersing**: bv. domiciliefraude, zwartwerk....

Bijkomende voorstellen in verband het effectief dekken van de hele bevolking voor gezondheidszorg

De bevrageden doen volgende andere aanbevelingen:

- Gezondheidszorg **dekken via de algemene fiscale middelen**, in plaats van via sociale zekerheidsbijdragen op arbeid. Universele dekking wordt dan gegarandeerd op basis van territorialiteit, losgekoppeld van het statuut van de persoon. Dit zou betekenen dat iedereen, ook de vermogenden, bijdragen.

- **De rol van sociale diensten versterken** om mensen toe te leiden naar de ziekteverzekering:
 - Meer inzetten op gecibleerde en outreachende zorg naar het voorbeeld van de 0,5de lijn ⁽¹²⁾;
 - De toegang verzekeren via de OCMW's;
 - De samenwerking tussen sociale diensten in de gezondheidssector (ziekenhuizen, eerstelijnsgezondheidscentra, enz.), OCMW's en ziekenfondsen bevorderen en versterken.
- De mensen beter **informer**
- De vrije keuze van ziekenfonds garanderen.
- Alle thuislozen de kans bieden om een **referentieadres** te bekommen via het OCMW en hulpvragen van thuislozen soepel behandelen tussen OCMW's.
- De rechten automatisch toekennen.

12. Een geheel van multidisciplinaire diensten en structuren die primaire gezondheidszorg aanbieden, bestemd zijn voor kwetsbare populaties (daklozen, nieuwkomers, sekswerkers, druggebruikers).

5.10 Recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf verbeteren

We vroegen de respondenten om zich uit te spreken over volgende voorstellen:

Voorstel 42: Asielaanvragers integreren in de verplichte ziekteverzekering, via lidmaatschap bij een ziekenfonds naar keuze

Voorstel 43: Het recht op medische verzorging voor mensen zonder wettig verblijf openen voor het hele gezin, onafhankelijk van een specifieke ziekte-episode of zorgbehoefte

80 deelnemers beantwoordden de vragen over dit thema.

A. Antwoorden op de gesloten vragen

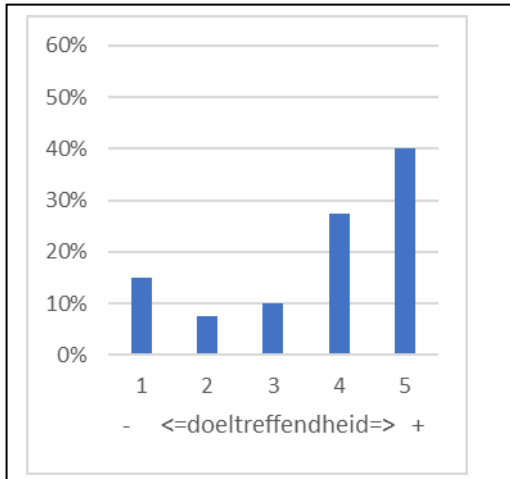
40% van deze 80 respondenten vindt voorstel 42 uitermate doeltreffend (score 5) (zie figuur 86) om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en 50% geeft deze score voor voorstel 43 (zie figuur 87). Voor elk van deze voorstellen geeft ook een niet onbelangrijke groep van ongeveer 15% van de bevroegden een score 1 (zeer weinig doeltreffend). Als we score 4 en 5 samentellen, geeft 68% van de respondenten een score 'erg doeltreffend' voor voorstel 42 en 69% voor voorstel 43 (zie figuur 90).

Respondenten van onderzoeksinstituten scoren op beide voorstellen bovengemiddeld 'erg doeltreffend'. Respondenten van ziekenfondsen, verenigingen van zorgverleners en uit de publieke sector scoren voor elk van de twee voorstellen rond het gemiddelde. Over de andere groepen is het moeilijker om uitspraken te doen, wegens de lage aantallen deelnemers (zie figuur 88 en 89). Respondenten met kennis of ervaring over armoede, sociale uitsluiting of specifieke kwetsbare groepen vinden voorstel 43 merkbaar vaker erg doeltreffend dan het gemiddelde van alle bevroegden (84% versus 69%, zie figuur 92).

6% van de respondenten kiest voorstel 42 als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en 14% kiest voorstel 43 als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen (zie figuur 91).

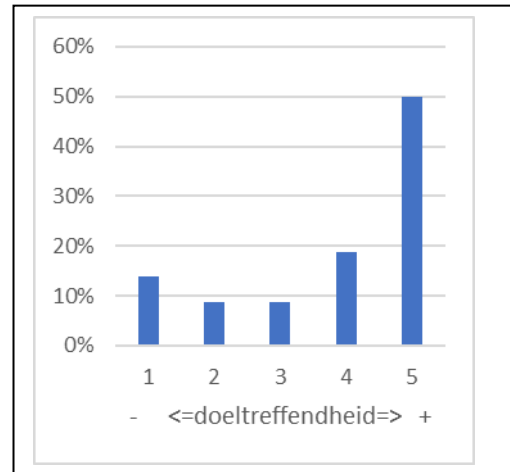
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Figuur 86: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 42*, percentages



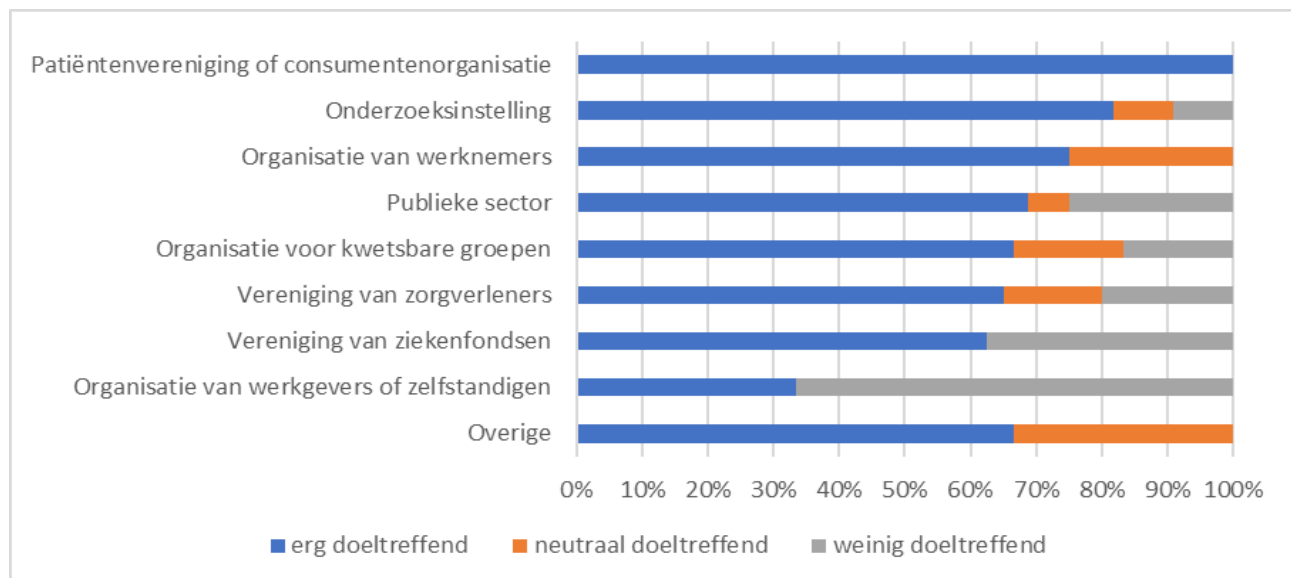
* Asielzoekers integreren in de verplichte ziekteverzekering, via lidmaatschap bij een ziekenfonds naar keuze

Figuur 87: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 43*, percentages



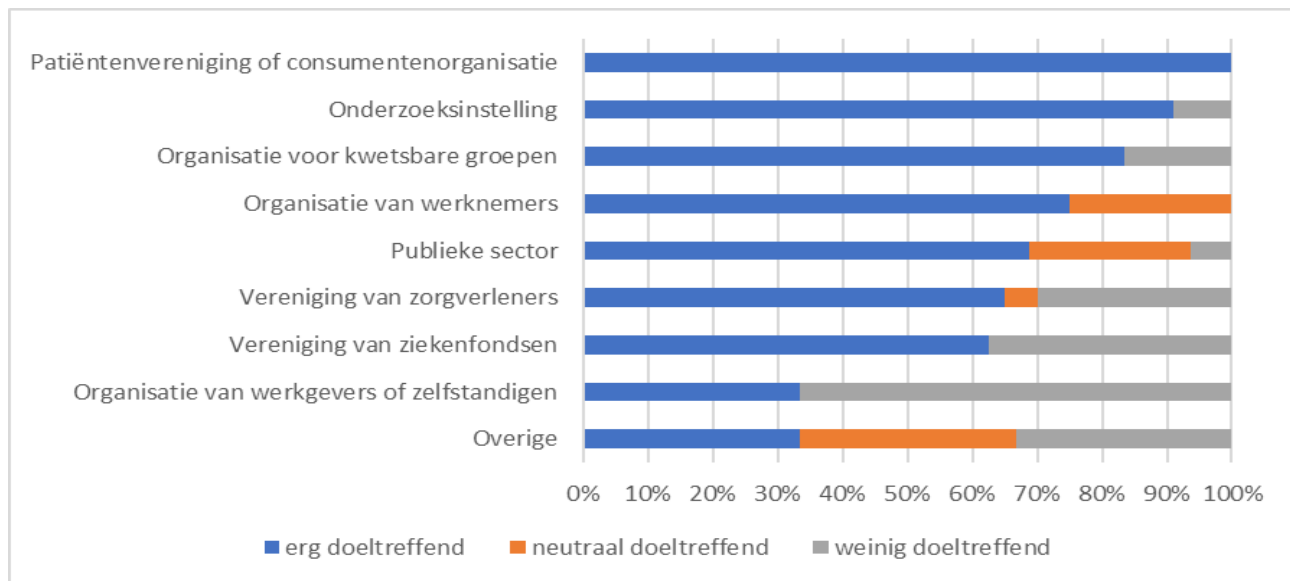
* Het recht op medische verzorging voor mensen zonder wettig verblijf openen voor het hele gezin, onafhankelijk van een specifieke ziekte-episode of zorgbehoefte

Figuur 88: scores per groep voor voorstel 42*, percentages



* Asielzoekers integreren in de verplichte ziekteverzekering, via lidmaatschap bij een ziekenfonds naar keuze

Figuur 89: scores per groep voor voorstel 43*, percentages



* Het recht op medische verzorging voor mensen zonder wettig verblijf openen voor het hele gezin, onafhankelijk van een specifieke ziekte-episode of zorgbehoefte

B. Antwoorden op de open vragen

Mogelijke ongewenste neveneffecten van de voorstellen om het recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf te verbeteren

Respondenten signaleerden volgende mogelijke risico's:

Van voorstel 42 en 43:

- Het is een politiek gevoelige kwestie, en **mogelijks ontbreekt een draagvlak** bij een gedeelte van de bevolking.
- De maatregelen kunnen een **aanzuigeffect** hebben voor asielaanvragers en mensen in onwettig verblijf als het statuut beter is dan in de ons omringende landen.
- De kostprijs.

Van voorstel 42:

- Het voorstel kan een **achteruitgang** betekenen **van de toegang tot gezondheidszorg** voor asielaanvragers ten opzichte van de huidige situatie:
 - Het is ingewikkelder: asielaanvragers kennen de Belgische ziekenfondswereld en het Belgisch systeem niet. Het betekent een administratieve belasting voor hen;

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

- De dekking in de huidige regeling is vollediger, bijvoorbeeld op het vlak van geestelijke gezondheidszorg;
- Ze kunnen het remgeld niet betalen, vermits ze meestal geen inkomen hebben.

Van voorstel 43:

- Het verzekerd pakket voor mensen zonder wettig verblijf kan verschillen van het verzekerd pakket voor verplicht verzekerden.
- De overheid en de OCMW's zullen controles willen blijven uitvoeren naar de aanwezigheid van de persoon op het grondgebied.
- Misbruik, omdat bestaande controlemechanismen niet toepasbaar zijn.

Voorstellen voor begeleidende maatregelen bij de voorstellen om het recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf te verbeteren

Deelnemers aan de bevraging suggereerden volgende begeleidende maatregelen:

Bij voorstel 42 en 43:

- De hervormingen laten samengaan met echelonnering, waarbij de huisarts doorverwijst naar de andere echelons van de gezondheidszorg.
- Een gelijke garantie van **rechten op medische bijstand** voor asielaanvragers en mensen zonder wettig verblijf in alle EU lidstaten **regelen op Europees niveau**.

Bij voorstel 42:

- Asielaanvragers verplicht **aansluiten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)**, in plaats van bij een ziekenfonds van hun keuze.
- Een goede procedure uitwerken om de combinatie ziekteverzekering met de voorzieningen van Fedasil mogelijk te maken.

Bij voorstel 43:

- Het recht op medische verzorging voor mensen zonder wettig verblijf openen **zonder criterium van duur van aanwezigheid op het grondgebied** en voor een aanzienlijke periode (minstens een jaar), om de toegang en continuïteit van zorg te vergemakkelijken en preventieve zorg te bevorderen.

- Eenvoudige **toegang tot eerstelijnszorg** verlenen:
 - Het recht op eerstelijnszorg openen zonder of met minimale voorwaarden en het recht gemakkelijk verlenen.
 - Huisartsen zekerheid bieden over de vergoeding voor de zorgen en voor het bijhouden van het globaal medisch dossier.
- Een **laagdrempelige procedure voorzien om toegang tot gezondheidszorg** te bekomen, vermits mensen zonder wettig verblijf zich niet kenbaar durven te maken, bijvoorbeeld via
 - De sociale diensten van de ziekenhuizen tijdens een ziekenhuisopname;
 - Vluchtelingenorganisaties en vrijwilligerswerkingen die mensen zonder papieren bereiken.
- **Informatiecampagnes** voor de betrokkenen.

Bijkomende voorstellen om het recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf te verbeteren

Respondenten doen volgende bijkomende voorstellen:

- Mensen zonder wettig verblijf integreren **in de verplichte ziekteverzekering**.
- De **praktijken van de OCMW's harmoniseren** op een hoog niveau en hun appreciatieruimte sterk inperken. Afspraken maken tussen OCMW's over een gelijkvormige tenlasteneming van medicatie.
- Zorgen dat de medewerkers van het OCMW betere **kennis** hebben **over het doelpubliek**.
- **Artsen beter informeren** over de bestaande procedures voor dringende medische hulp aan asielaanvragers en mensen zonder wettig verblijf.
- Gedegen en gerichte informatiecampagnes die de **betrokkenen informeren** over hun bestaande rechten op medische bijstand.
- De **criteria voor 'dringende medische hulp' hervormen**; het begrip 'dringende medische hulp' uitbreiden en standaardiseren.
- De **ten laste neming beperken** tot algemene basiszorg, dringende zorgen, medicatie en preventie en de toegang te beperken voor bepaalde specifieke (extreem dure) zorgen voor mensen zonder papieren en asielaanvragers.
- Een aparte regeling uitwerken voor chronisch zieken.

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

- Andere verstrekkers dan artsen toelaten om een aanvraag voor dringende medische hulp te doen voor de patiënt (vroedvrouw, verpleegkundige, ...).
- Alle niet-forfaitair verstrekte **zorgen laten verifiëren** door de controlearts van POD MI.
- Mensen in opvangcentra meer **vrije keuze van zorgverstrekker** verlenen
- De zorg in opvangcentra organiseren met **vaste artsen per instelling**.
- Meer gezondheidsvoorlichting verstrekken.

5.11 Andere voorstellen en om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en opmerkingen over het domein van de bevraging

Respondenten formuleerden tenslotte nog andere voorstellen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, die niet behoren tot één van de tien thema's van de bevraging:

- Evolueren van een systeem van betaling per prestatie naar **systemen van forfaitaire betaling**. De geforfaitariseerde bedragen (bv. voor laagvariabele zorg) dienen correct berekenend te worden, om te vermijden dat verstrekkers bepaalde prestaties gaan schrappen om het forfaitaire bedrag niet te overschrijden.
- Zorgverleners **vergoeden op basis van outcome**, waardoor naar verwachting meer inspanningen worden geleverd om bij elke patiënt dezelfde outcome te realiseren.
- Meer inzetten op **gezondheidsgeletterdheid, gezondheidsopvoeding en preventie**, vooral voor kwetsbare groepen, bijvoorbeeld:
 - Eerstelijnszorgverleners (financieel) aanmoedigen om tijdens de consultatie meer aandacht te hebben voor preventie en gezondheidsgeletterdheid;
 - De kwaliteit van de preventie en gezondheidseducatie (voor tandzorg, mentale gezondheid en algemene gezondheid) via het onderwijs verbeteren, en het vervolgtraject voor behandeling goed opvolgen;
 - Gratis follow-ups promoten als onderdeel van preventie: jaarlijkse gynaecologische follow-up, tandheelkundige follow-up, uroloog voor mannen vanaf een bepaalde leeftijd, jaarlijkse oogheelkunde, enz.
- De **eerstelijnszorg versterken** en de huisarts een centrale rol geven in de gezondheidszorg:
 - Evolueren naar een getrapte gezondheidszorg (echelonnering), met een sterke eerste lijn; goede afspraken tussen de eerste en tweede lijn en de doorverwijzing naar de specialist via de huisarts aanmoedigen of verplichten;
 - De forfaitair gefinancierde multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidscentra versterken;
 - De gezondheidszorg sterk territoriaal uitbouwen;
 - Het aanbod aan huisartsen en verpleegkundigen vergroten, zodanig dat zij een rol van 'gemeenschapspraktijk' kunnen spelen voor de bewoners van gezondheidsgebieden;
 - Een betere coördinatie tussen federale en gewestelijke gezondheidsbevoegdheden op het vlak van eerstelijnszorg;

- Remgelden afschaffen voor de eerstelijnszorg voor de volledige bevolking;
- De vergoeding van de huisartsen aanpassen om een geïndividualiseerde begeleiding van de patiënt, vanuit een holistische visie mogelijk te maken;
- Maatschappelijk werk en psychologische hulp in de huisartsenpraktijk integreren, (onder één dak) om de toegang laagdrempeliger te maken.
- Drempels inbouwen voor toegang tot spoedgevallen- en wachtdiensten.
- Inzetten op **taalondersteuning**, zowel in de ziekenhuizen (interculturele bemiddeling) als in de eerstelijnszorg, om te vermijden dat de taalbarrière een drempel is om zorg aan te vragen of om naar een zorgverlener te stappen en om duidelijke communicatie tussen patiënt en zorgverlener mogelijk te maken. Digitale tolken voorzien waar ziekenhuizen en zorgverleners beroep kunnen op doen.
- De **rol van de sociale diensten** van de ziekenhuizen, de OCMWs, de ziekenfondsen en andere instellingen versterken:
 - Zorgverleners aanmoedigen om patiënten met betalingsproblemen systematisch door te verwijzen en in contact te brengen met diensten die dit kunnen opvolgen;
 - De sociale diensten van ziekenhuizen een duidelijke status en financiering geven;
 - De OCMWs er toe aanzetten om bij elk sociaal probleem dat gemeld wordt een volledig sociaal onderzoek uit te voeren en om in overleg met de patiënt en zijn netwerk een duurzame oplossing te zoeken voor de financiële problemen;
 - Betere samenwerking aanmoedigen tussen de sociale diensten van de verschillende voorzieningen en instellingen.
- **Zorgverleners sensibiliseren** voor de zorg aan kwetsbare groepen en een cultuur bevorderen bij zorgverleners dat ze een opdracht van algemeen belang vervullen, bijvoorbeeld via de basisopleiding.
- **Multidisciplinaire samenwerking** en netwerken bevorderen; meer investeren in het organiseren van zorgtrajecten voor gecoördineerde zorg.
- De **eigen betalingen** voor de patiënt **verlagen**:
 - Alle remgelden afschaffen en alle (gerechtvaardigde) zorg gratis maken;
 - Een beperkt, symbolisch vast bedrag aan remgeld behouden en de bedragen van de remgelden sterk vereenvoudigen, om het systeem transparanter te maken en er voor te zorgen dat patiënten supplementen van remgelden kunnen onderscheiden.
 - Zorgen beter vergoeden voor iedereen, eerder dan tegemoetkomingen te voorzien in de hoge eigen betalingen voor kwetsbare groepen.

- Uitbreiden en betaalbaar maken van basisgezondheidszorg, zodanig dat er minder nood is aan complexe extra systemen;
- De transparantie over en regulering van prijzen verbeteren; inzetten op beheersing van de prijzen alvorens de tussenkomsten van de ziekteverzekering te verhogen;
- Toegang verzekeren tot innovatieve technologieën, na erkenning van de doelmatigheid ervan.
- **De gevolgen van de maatregelen** voor vermindering van de eigen bijdragen **opvangen**:
 - Het budget voor gezondheidszorg;
 - De weerslag op het (inkomen van) de zorgverstrekkers;
 - De weerslag op de kwaliteit van de zorg;
 - Het draagvlak bij de bevolking en de legitimiteit van het systeem (zij die de factuur moeten opvangen, moeten het gevoel blijven behouden dat ze er niet bij verliezen).
- Het aandeel van gezondheidszorg in het globale budget van de overheid verhogen.
- **Administratieve procedures vereenvoudigen** en het toekennen van rechten zo veel mogelijk automatiseren.
- De **patiënten** beter **informer**en:
 - Over hun rechten en de mogelijkheden in het zorgsysteem;
 - Over de verschillen in hospitalisatieverzekeringen en wat ze wel en niet dekken;
 - Over het beschikbaar aanbod;
 - Procedures transparanter maken;
 - De informatie beschikbaar maken in verschillende talen;
 - De digitale kloof overbruggen.
- **De zorgverlening beter monitoren**, en misbruik **sanctioneren**:
 - Monitoren om de kwaliteit van de zorgen te waarborgen en misbruik te voorkomen, in het bijzonder voor zorg die gratis zou worden;
 - Kwaliteitsevaluaties uitvoeren van de indicaties voor interventies (medicatie, onderzoeken, chirurgie, etc.);
 - Controle achteraf organiseren;
 - Veelvuldige misbruikers sanctioneren en 'onethisch' handelen zoals fraude hard aanpakken

- **Een duaal systeem organiseren:** een systeem met een beperkte dekking voor personen in een preciaire situatie, dat veel meer geforfaitariseerd en allesomvattend is en meer keuze voor personen boven een bepaalde inkomensgrens om ofwel in dat forfaitaire systeem in te treden dan wel in een meer prestatie-gefinancierd systeem dat meer vrije keuze toelaat voor alle partijen.
- Zorgen voor een **voldoende aanbod** van zorgverleners dicht bij de patiënt. In de aanbodplanning van zorgverstrekkers rekening houden met het aantal geconventioneerde verstrekkers en het volume van hun activiteit, eerder dan het totaal aantal verstrekkers.
- **Meer inzicht verwerven in de drempels** voor financiële toegang tot gezondheidszorg:
 - Een observatorium oprichten om de eigen betalingen in de zorg in kaart te brengen, op te volgen en de impact van maatregelen te evalueren;
 - Meer kennis verwerven over de prijszetting van gezondheidsproducten.
- De **vergoeding door het bijzonder solidariteitsfonds (BSF)** toegankelijker maken door een aanpassing van de voorwaarden.
- De bevolking aansporen om een hospitalisatieverzekering te nemen door het belang van een hospitalisatieverzekering te duiden.
- **Pasgeborenen** een **RSZ-nummer** geven vanaf de geboorte en een nomenclatuur voorzien onafhankelijk van hun moeder, om voortgezette zorg mogelijk te maken, bijvoorbeeld indien de moeder opgenomen is in een psychiatrisch ziekenhuis, in intensive care, of overleden is.

Tot slot vroegen we de deelnemers aan de bevraging of ze nog bedenkingen hadden in verband met het domein van de survey. Ze maakten de volgende opmerkingen:

- De drempels voor de toegang situeren zich niet uitsluitend binnen het gezondheidszorgsysteem, maar hangen ook samen met het bredere sociaal en inclusiebeleid, m.i.v. inkomenssituatie (via werk of uitkeringen), gezondheidsgeletterdheid enz..
- Sommige aspecten van de bevraging vergen meer nuance en debat dan mogelijk is in de context van de bevraging. Conclusies moeten daarom met enig voorbehoud en grote voorzichtigheid getrokken worden.
- Over thema 9 (de hele bevolking effectief dekken voor gezondheidszorg) is meer reflectie nodig is.
- Door efficiëntiewinsten kan er hier en daar nog geld gevonden worden. Dat zal broodnodig zijn om alle voorstellen te financieren.

6. Discussie en conclusie

6.1 Beperkingen voor de interpretatie van de resultaten

Bij de interpretatie van de resultaten moeten we de nodige voorzichtigheid aan de dag leggen, om de volgende redenen:

- De mogelijkheid om de scores tussen de respondenten van verschillende groepen belanghebbenden en experts te vergelijken is beperkt omdat van sommige stakeholdergroepen slechts 5 of 6 respondenten aan de bevraging deelnamen. Voor sommige thema's hebben nog minder deelnemers de vragen beantwoord.
- Sommige respondenten hebben aangegeven dat zij over specifieke voorstellen onvoldoende kennis hadden, of dat ze een voorstel niet begrepen. De tool verplichtte de respondenten echter om binnen één thema alle gesloten vragen te beantwoorden. Sommige respondenten meldden dat ze score 3 (neutraal doeltreffend) invulden indien ze onvoldoende kennis hadden over een bepaalde maatregel of als hun organisatie hierover geen standpunt had ingenomen.

6.2 Antwoorden op de gesloten vragen

De gesloten vragen geven een aanduiding van de mate waarin er voor de voorgestelde hervormingen een draagvlak is bij de belanghebbenden en experts en welke maatregelen het meest doeltreffend worden geacht om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

Om te evalueren hoe groot het draagvlak voor de voorgestelde hervormingen is, berekenden we per voorstel het percentage respondenten dat dit 'erg doeltreffend' vindt. Hiervoor voegden we de scores 4 en 5 op de 5-punt Likert schaal samen.

Voorstellen worden erg doeltreffend gevonden om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren door tussen 40% en 90% van de respondenten. Voor de samengevoegde varianten van een voorstel variëren de scores tussen 79% en 91%. De meeste voorstellen worden door een meerderheid van de respondenten erg doeltreffend gevonden. Slechts vijf voorstellen worden door minder dan de helft van de respondenten erg doeltreffend gevonden (zie figuur 90).

Respondenten kozen uit alle voorstellen die ze erg doeltreffend vonden vijf voorstellen die volgens hen het meest doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. We berekenden voor elk voorstel en voor elk van de drie samengevoegde voorstellen met verschillende varianten het percentage respondenten dat het voorstel kiest als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen (zie figuur 91).

Vijf voorstellen en twee samengevoegde voorstellen met verschillende varianten werden merkelijk vaker gekozen als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren (met een percentage variërend van 57% tot 25% van de respondenten). De scores voor de andere voorstellen volgen op enige afstand: ze variëren van 21% tot 0%, en dalen telkens met één of twee procent. Respondenten geven dus een relatief sterke voorkeur aan de voorstellen met een score boven 25%.

Het valt op dat de rangschikking van de voorstellen op basis van de mate waarin ze erg doeltreffend worden gevonden niet altijd overeenkomt met de rangschikking van de maatregelen op basis van de mate waarin ze als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen worden gekozen. Voorstellen die vaker als één van de meest doeltreffende maatregelen worden gekozen, hebben over het algemeen een bredere reikwijdte (inzake doelgroep, waaier aan zorgen) dan de andere voorstellen.

Bij de voorstellen die het vaakst worden gekozen als één van de meest doeltreffende maatregelen kunnen we een onderscheid maken tussen vier (al dan niet samengevoegde) voorstellen die een ruim draagvlak hebben (vaak erg doeltreffend) en twee voorstellen die een minder ruim draagvlak hebben.

Volgende voorstellen worden vaak als erg doeltreffend (ruim draagvlak) én als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen aangeduid:

- **De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen**, in één van de vier varianten (voorstel 1, 2, 3 of 4). 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 er voor dit voorstel het grootste draagvlak van alle voorstellen, én is dit het voorstel dat door de grootste groep respondenten als één van de meest doeltreffende maatregelen wordt gekozen. Als we kijken welk van vier voorgestelde varianten het meeste bijval krijgt, vindt 71% van de respondenten het erg doeltreffend om dit voordeel *toe te kennen aan verzekerden met recht op verhoogde tegemoetkoming* terwijl 'slechts' 55% van de respondenten het erg doeltreffend vindt om deze regeling *toe te passen op alle verzekerden*. Toch kiest 30% van de bevroagden het toepassen van de verplichte derdebetalersregeling op alle verzekerden als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen, terwijl 20% kiest voor een beperking van het voordeel tot verzekerden met recht op verhoogde tegemoetkoming. De andere twee varianten, waarbij de regeling enkel zou toegepast zou worden *bij geconventioneerde artsen*, scoren

merkelijk lager (erg doeltreffend voor 50% en 40% van de respondenten en één van de meest doeltreffende maatregelen voor slechts 5% en 3% van bevrageden) ⁽¹³⁾.

- Het voorstel om de **verhoogde tegemoetkoming maximaal automatisch toe te kennen** (voorstel 5) scoort het tweede hoogst, zowel voor het aandeel respondenten dat dit voorstel erg doeltreffend vindt (90% van de respondenten), als het percentage respondenten dat dit voorstel kiest als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen (53% van de respondenten).
- **Het plafond aan remgelden verlagen tot € 250 voor gezinnen met de laagste inkomens** (voorstel 9) wordt door 77% van de bevrageden erg doeltreffend gevonden, en door een ruime 39% van de respondenten gekozen als één van de meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.
- **Minderjarigen volledig vrijstellen van remgelden**, in één van de twee varianten (voorstellen 7 en 8) wordt door 79% van de respondenten erg doeltreffend gevonden, en door 25% van de respondenten gekozen als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen. Terwijl 66% van de respondenten het erg doeltreffend vindt om deze maatregel te *beperken tot verzekerden met recht op VT*, vindt 54% het erg doeltreffend om deze maatregel toe te passen op *alle minderjarigen*. Omgekeerd, 15% van de respondenten kiest de toepassing van deze maatregel op alle minderjarigen als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en 10% kiest voor het toepassen op minderjarigen met VT.

Voor twee voorstellen die vaak als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren worden gekozen (door meer dan 25% van de respondenten), is het draagvlak relatief minder groot (minder vaak erg doeltreffend gevonden):

- **De oprichting van forfaitair vergoede multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg bevorderen** (voorstel 22) is erg doeltreffend volgens een eerder matige 62% van de respondenten, maar gekozen als één van de meest doeltreffende maatregelen door een relatief hoge 29% van de respondenten.
- **Het voor zorgverstrekkers financieel aantrekkelijker maken om zich te conventioneren** (voorstel 12) is eveneens volgens een eerder matige 61% van de respondenten erg doeltreffend, terwijl het door een relatief hoge 26% van de respondenten als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen wordt gekozen.

13. Respondenten konden een score 'erg doeltreffend' geven aan meerdere varianten. In theorie konden ze ook meerdere varianten kiezen als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Maar in de praktijk (en logischerwijs) hebben ze bij die selectie van vijf voorstellen slechts één variant aangeduid.

Respondenten die deze twee voorstellen erg doeltreffend vinden, kiezen ze dus erg vaak als één van de meest doeltreffende maatregelen.

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

- De voorstellen om de **eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verminderen** (voorstellen 21, 26, 27 en 29 of 30).
- De voorstellen om de **eigen betalingen voor transportkosten** te beperken (voorstellen 36 en 37).
- Het voorstel om de **tussenkost van de OCMW's** in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten te harmoniseren (voorstel 38).
- Het voorstel om iedereen die zich niet uit eigen beweging aansluit bij een ziekenfonds, **ambtshalve aan te sluiten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)** (voorstel 39)

6.3 Antwoorden op de open vragen

Volgende thema-overschrijdende reflecties en aanbevelingen komen naar voor uit de antwoorden op de open vragen:

1. Respondenten uitte bij veel voorstellen de vrees dat goedkope of gratis zorg zal leiden tot **overgebruik, aanbodgestuurde vraag, misbruik en fraude**. Er wordt gewaarschuwd dat deze voorstellen de uitgaven voor gezondheidszorg zullen doen stijgen en budgetverhogingen vereisen of compensaties elders in de sector.

Deelnemers aan de bevraging doen een **waaijer aan voorstellen voor begeleidende maatregelen** om deze ongewenste effecten te temperen. Die hebben betrekking op:

- Het inbouwen van controlemechanismen, zoals de fysieke aanwezigheid van de patiënt (elektronisch) bewijzen en elektronische facturatie.
- De incentives in het vergoedingssysteem van de verstrekkers wegwerken, in het bijzonder door te evolueren van een betaling per prestatie naar meer gemengde of forfaitaire financieringsmechanismen.
- Het behouden van een klein vast en identiek bedrag aan remgeld per verstrekking (bv. € 1 of € 2).

- Het versterken van de rol van de huisarts als poortwachter die doorverwijst naar de andere echelons.
 - *A posteriori* controle, en indien nodig sancties.
2. Sommige voorstellen gaan volgens respondenten best gepaard met een **breder hervorming van de sector**, in het bijzonder bevelen ze aan om:
- De beperking van de ereloon-supplementen (voorstellen 12 tot 15) te koppelen aan een **hervorming van de ziekenhuisfinanciering** en aan een **herziening van de nomenclatuur**. Via de hervorming van de ziekenhuisfinanciering kunnen de ziekenhuizen minder afhankelijk worden van de afdrachten van de artsen. Voor de hervorming van de nomenclatuur stellen respondenten voor om de honoraria te beperken tot de vergoeding van de intellectuele prestatie, en om te evolueren naar **meer globale betalingssystemen** die de zorg rond de patiënt vergoeden, zowel in het ziekenhuis als voor ambulante zorgen.
 - De maatregelen te koppelen aan een **versterking van de eerstelijnszorg**, met een centrale rol voor de huisarts in de gezondheidszorg en meer multidisciplinaire samenwerking. Aanbevelingen werden gedaan om bepaalde voordelen enkel toe te kennen aan begunstigden met een globaal medisch dossier bij de huisarts of na verwijzing door de huisarts.
3. Respondenten waarschuwen voor een '**gezondheidszorg met twee snelheden**' indien bepaalde voordelen (bijvoorbeeld verhoogde tegemoetkoming, derdebetalersregeling) enkel bij geconventioneerde verstrekkers worden toegekend en de maatregelen als gevolg zouden hebben dat meer verstrekkers uit het conventiesysteem zouden stappen. Sommige respondenten vrezen dat dit tot langere wachttijden bij geconventioneerde verstrekkers kan leiden en een lagere kwaliteit van zorg. Er is ook twijfel of de incentives om te conventioneren wel kunnen opwegen tegen de voordelen van de tariefvrijheid bij niet-conventionering.

Er zijn heel wat voorstellen geformuleerd om het **conventioneringsstatuut aantrekkelijker te maken**, maar ook om bepaalde **voordelen te beperken tot geconventioneerden**. Hiervoor is een brede waaier aan suggesties gedaan: van het bijhouden van het globaal medisch dossier enkel vergoeden bij geconventioneerde verstrekkers over een lagere vergoeding voor niet-geconventioneerde verstrekkers tot het niet vergoeden van niet-geconventioneerde verstrekkers via de verplichte ziekteverzekering.

4. Er is zeer veel steun om de take-up van het statuut van verhoogde tegemoetkoming (VT) te maximaliseren. Respondenten maken ook duidelijk dat deze maatregel prioritair is ten opzichte van om het even welke maatregel die meer voordelen toekent aan mensen met VT. Tegelijkertijd is er bezorgdheid om te veel voordelen enkel toe te kennen aan mensen met VT. Het zou kunnen leiden tot een **dualisering tussen mensen met en zonder VT**: zorgverstrekkers kunnen deze patiënten gaan weren (patiëntenselectie) en rechthebbenden met een inkomen net boven de drempel verliezen veel voordelen, terwijl hun inkomen niet altijd veel hoger ligt. Ook zou de publieke steun voor de solidariteit in het gezondheidszorgstelsel kunnen afbrokkelen bij degenen die niet van dit statuut kunnen genieten. Om deze tweedeling te voorkomen pleiten respondenten voor **meer maatregelen die op alle verzekerden van toepassing zijn**.
5. Er is een **interactie tussen sommige voorstellen**, waarmee bij de tenuitvoerlegging rekening moet worden gehouden. Een verlaging van de remgelden of het gratis maken van zorgen heeft bijvoorbeeld een impact op de snelheid waarmee het plafond van de MAF bereikt wordt.
6. Sommige voorstellen vereisen volgens respondenten een **meer diepgaande analyse en reflectie**. Dit is met name het geval voor voorstel 41 (het loskoppelen van het recht op dekking van de inning van de verzekeringsbijdragen). Ook over de samenstelling van de korf van de MAF wordt een brede denkoefening gesuggereerd.
7. Suggesties van respondenten over sommige voorstellen wijzen de weg voor het **aanpassen van de modaliteiten van het voorstel**. Dit is bijvoorbeeld het geval voor het voorstel om asielaanvragers te integreren in de verplichte ziekteverzekering. Alhoewel 68% van de deelnemers aan de bevraging dit voorstel erg doeltreffend vindt om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, bevelen respondenten aan om deze mensen aan te sluiten bij de HZIV in plaats van een ziekenfonds naar keuze. Ook opperen sommigen dat het verbeteren en op elkaar afstemmen van de bestaande regelingen voor asielaanvragers misschien eenvoudiger is voor de begunstigden dan hen in de verplichte ziekteverzekering te integreren.
8. Respondenten benadrukken de nood aan **informatie voor de patiënt** over systeemkenmerken en de nood aan persoonlijke **begeleiding** van de patiënt doorheen het systeem. Er wordt gesuggereerd dat de **huisarts** het best geplaatst is om de patiënt bij een doorverwijzing te begeleiden in de keuze van zorgverstrekker, in functie van zijn

conventiestatus. De rol van **effectief toegankelijke sociale diensten** wordt benadrukt voor informatie over voordelen, statuten, kostenramingen en het proactief opsporen van mensen met mogelijke betalingsproblemen. Ook wijzen respondenten op het belang van transparante en begrijpelijke facturen. Daarnaast bevelen ze doelgerichte communicatie aan.

9. Respondenten wijzen op het **belang van een snellere administratieve opvolging** bij de implementatie van zowel de bestaande als nieuwe maatregelen. Ze bevelen onder meer aan dat geactualiseerde gegevens over de inkomens- en gezinssituatie sneller beschikbaar zijn, verstrekkers sneller betaald worden bij toepassing van de derdebetalersregeling en dat de MAF onmiddellijk in werking treedt zodra het plafond bereikt is.
10. Deelnemers aan de bevraging bevelen een **betere regulering van prijzen en een beperking van de winstmarges aan**: voor niet-vergoedbare geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, verblijfskosten en extra verstrekkingen in het ziekenhuis, vervoersdiensten en erelonen.
11. Respondenten dringen er op aan om enkel medische hulpmiddelen en geneesmiddelen te vergoeden die **medisch noodzakelijk zijn**, waarvan de **werkzaamheid** is vastgesteld, en waarvan het gebruik **evidence-based is**.
12. Er wordt gewezen op het belang om een **voldoende aanbod aan verstrekkers**, en in het bijzonder geconventioneerde verstrekkers te waarborgen. Sommige respondenten stellen daarom de numerus clausus in vraag.
13. Tenslotte vestigen respondenten de aandacht op de noodzaak om **bijkomend budget** vrij te maken om de hervormingen voor een betere financiële toegankelijkheid te financieren.

6.4 Conclusie

De resultaten van deze bevraging werpen licht op het draagvlak bij belanghebbenden en experts voor maatregelen om de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg weg te werken.

Terwijl meer dan de helft van de respondenten de meeste voorstellen erg doeltreffend vinden om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, waarschuwen ze voor mogelijke

ongewenste neveneffecten en geven ook aan welke begeleidende maatregelen volgens hen wenselijk zijn om de maatregelen te doen slagen. Over sommige begeleidende maatregelen is er grote overeenstemming tussen de respondenten, over andere zijn er soms tegenovergestelde meningen. 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 bestaat er nog weinig onderzoek. De meeste maatregelen, maar niet allemaal, zullen bijkomende budgettaire middelen vergen.

De volgende stap is wellicht om te evalueren welke regelgevende initiatieven en budgettaire middelen nodig zijn om de voorstellen waarvoor een relatief groot draagvlak bestaat te implementeren en een inschatting te maken van een realistisch tijdsplan voor hun verwezenlijking. Hierbij zal het nodig zijn om een goed evenwicht te vinden tussen selectieve en universele maatregelen, om de publieke steun voor de solidariteit in het gezondheidszorgsysteem te vrijwaren.

Referenties

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: European Social Observatory.

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 (2018) Health at a Glance: Europe 2018: 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.

Lijst van figuren

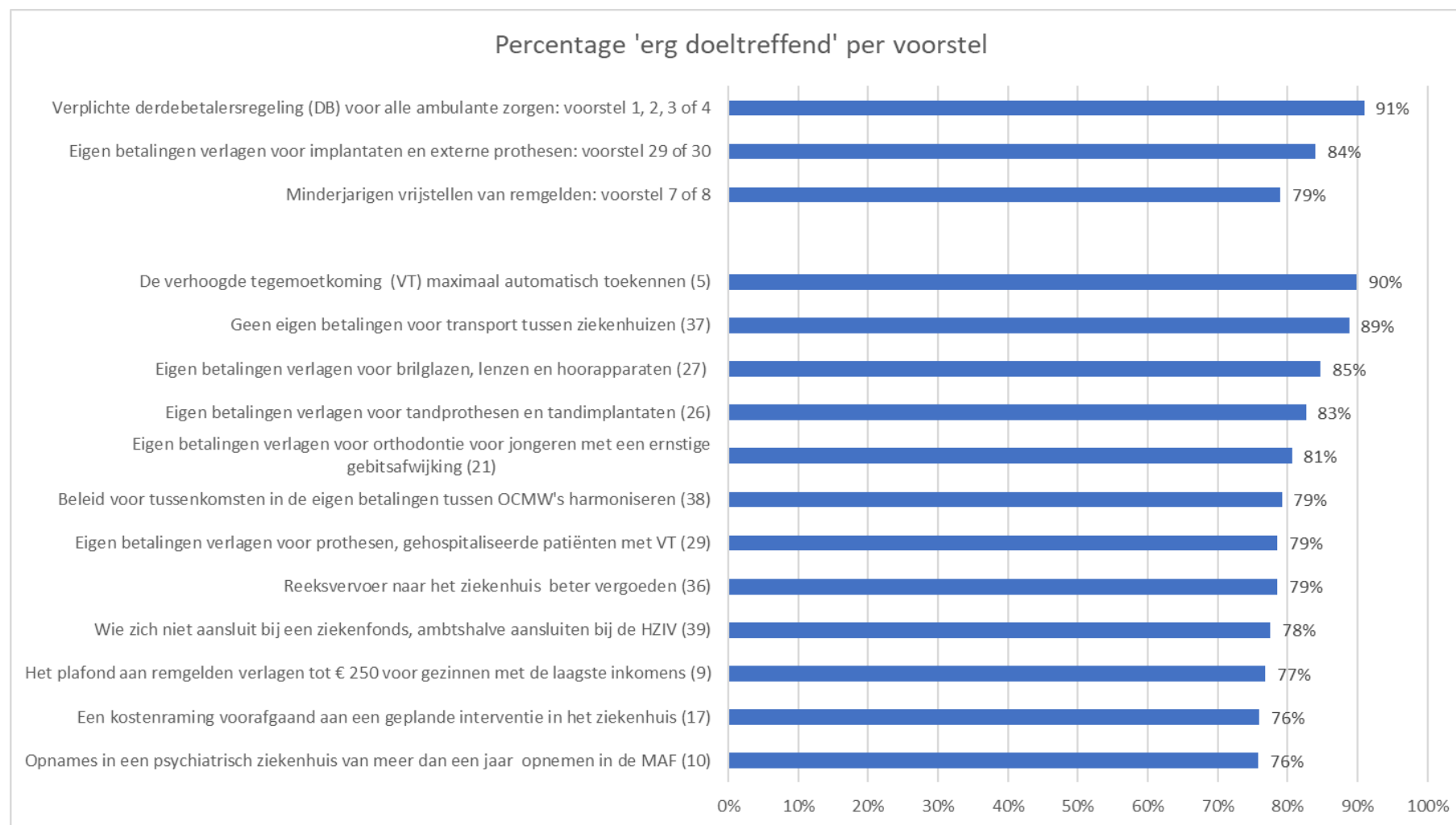
Figuur 1: aantal respondenten per type organisatie	12
Figuur 2: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 1, percentages	16
Figuur 3: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 2, percentages	16
Figuur 4: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 3, percentages	16
Figuur 5: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 4, percentages	16
Figuur 6: scores per groep voor voorstel 1, percentages	17
Figuur 7: scores per groep voor voorstel 2, percentages	17
Figuur 8: scores per groep voor voorstel 3, percentages	18
Figuur 9: scores per groep voor voorstel 4, percentages	18
Figuur 10: scores per groep voor voorstel 1, 2, 3 en 4 samen, absolute aantallen	19
Figuur 11: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 5, percentages	25
Figuur 12: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 6, percentages	25
Figuur 13: scores per groep voor voorstel 5, percentages	25
Figuur 14: scores per groep voor voorstel 6, percentages	26
Figuur 15: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 7, percentages	32
Figuur 16: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 8, percentages	32
Figuur 17: scores per groep voor voorstel 7 en 8 samen, absolute aantallen	32
Figuur 18: scores per groep voor voorstel 7, percentages	33
Figuur 19: scores per groep voor voorstel 8, percentages	33
Figuur 20: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 9, percentages	38
Figuur 21: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 10, percentages	38
Figuur 22: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 11, percentages	39
Figuur 23: scores per groep voor voorstel 9, percentages	39
Figuur 24: scores per groep voor voorstel 10, percentages	40
Figuur 26: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 12, percentages	47
Figuur 27: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 13, percentages	47
Figuur 28: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 14, percentages	47
Figuur 29: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 15, percentages	47
Figuur 30: scores per groep voor voorstel 12, percentages	48
Figuur 31: scores per groep voor voorstel 13, percentages	48
Figuur 32: scores per groep voor voorstel 14, percentages	49
Figuur 33: scores per groep voor voorstel 15, percentages	49
Figuur 34: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 16, percentages	57
Figuur 35: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 17, percentages	57
Figuur 36: scores per groep voor voorstel 16, percentages	58
Figuur 37: scores per groep voor voorstel 17, percentages	58

Figuur 38: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 18, percentages	67
Figuur 39: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 19, percentages	67
Figuur 40: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 20, percentages	67
Figuur 41: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 21, percentages	67
Figuur 42: scores per groep voor voorstel 18, percentages	68
Figuur 43: scores per groep voor voorstel 19, percentages	68
Figuur 44: scores per groep voor voorstel 20, percentages	69
Figuur 45: scores per groep voor voorstel 21, percentages	69
Figuur 46: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 22, percentages	71
Figuur 47: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 23, percentages	71
Figuur 48: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 24, percentages	71
Figuur 49: scores per groep voor voorstel 22, percentages	72
Figuur 50: scores per groep voor voorstel 23, percentages	72
Figuur 51: scores per groep voor voorstel 24, percentages	73
Figuur 52: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 25, percentages	77
Figuur 53: scores per groep voor voorstel 25, percentages	77
Figuur 54: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 26, percentages	82
Figuur 55: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 27, percentages	82
Figuur 56: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 28, percentages	82
Figuur 57: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 29, percentages	82
Figuur 58: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 30, percentages	83
Figuur 59: scores per groep voor voorstel 26, percentages	83
Figuur 60: scores per groep voor voorstel 27, percentages	84
Figuur 61: scores per groep voor voorstel 28, percentages	84
Figuur 62: scores per groep voor voorstel 29, percentages	85
Figuur 63: scores per groep voor voorstel 30, percentages	85
Figuur 64 : mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 31, percentages	89
Figuur 65: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 32, percentages	89
Figuur 66: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 33, percentages	90
Figuur 67: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 34, percentages	90
Figuur 68: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 35, percentages	90
Figuur 69: scores per groep voor voorstel 31, percentages	91
Figuur 70: scores per groep voor voorstel 32, percentages	91
Figuur 71: scores per groep voor voorstel 33, percentages	92
Figuur 72: scores per groep voor voorstel 34, percentages	92
Figuur 73: scores per groep voor voorstel 35, percentages	93
Figuur 74: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 36, percentages	98
Figuur 75: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 37, percentages	98

Figuur 76: scores per groep voor voorstel 36, percentages	98
Figuur 77: scores per groep voor voorstel 37, percentages	99
Figuur 78: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 38, percentages	103
Figuur 79: scores per groep voor voorstel 38, percentages	103
Figuur 80: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 39, percentages	108
Figuur 81: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 40, percentages	108
Figuur 82: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 41, percentages	108
Figuur 83: scores per groep voor voorstel 39, percentages	109
Figuur 84: scores per groep voor voorstel 40, percentages	109
Figuur 85: scores per groep voor voorstel 41, percentages	110
Figuur 86: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 42, percentages	114
Figuur 87: mate van doeltreffendheid gescoord voor voorstel 43, percentages	114
Figuur 88: scores per groep voor voorstel 42, percentages	114
Figuur 89: scores per groep voor voorstel 43, percentages	115
Figuur 90 : percentage respondenten dat een score 'erg doeltreffend' geeft per voorstel	135
Figuur 91: percentage respondenten dat het voorstel selecteerde als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen	138
Figuur 92: percentage 'erg doeltreffend' per voorstel, alle respondenten en respondenten met kennis over armoede en sociale uitsluiting	141

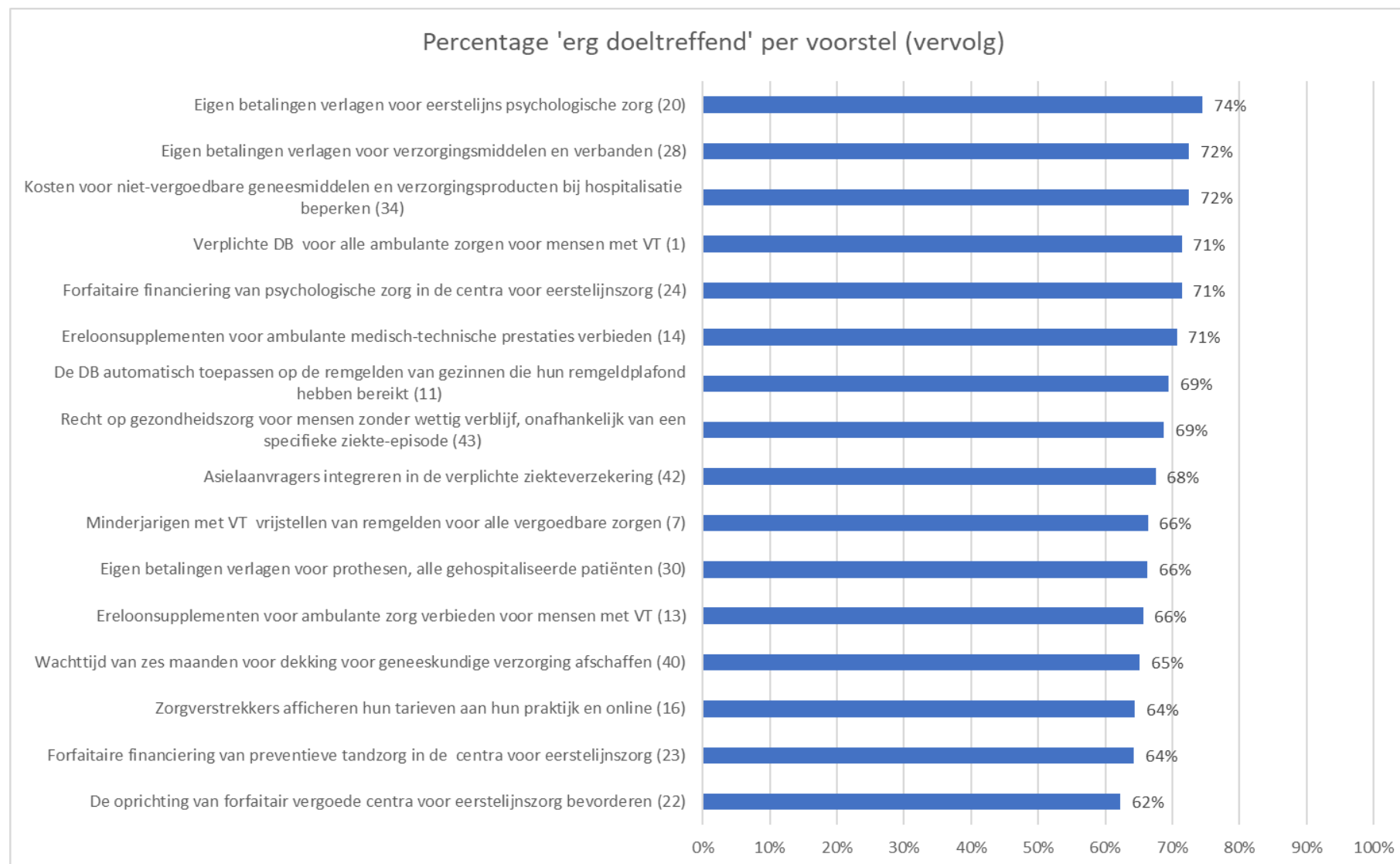
Bijlage 1: bijkomende figuren

Figuur 90: percentage respondenten dat een score 'erg doeltreffend' geeft per voorstel*

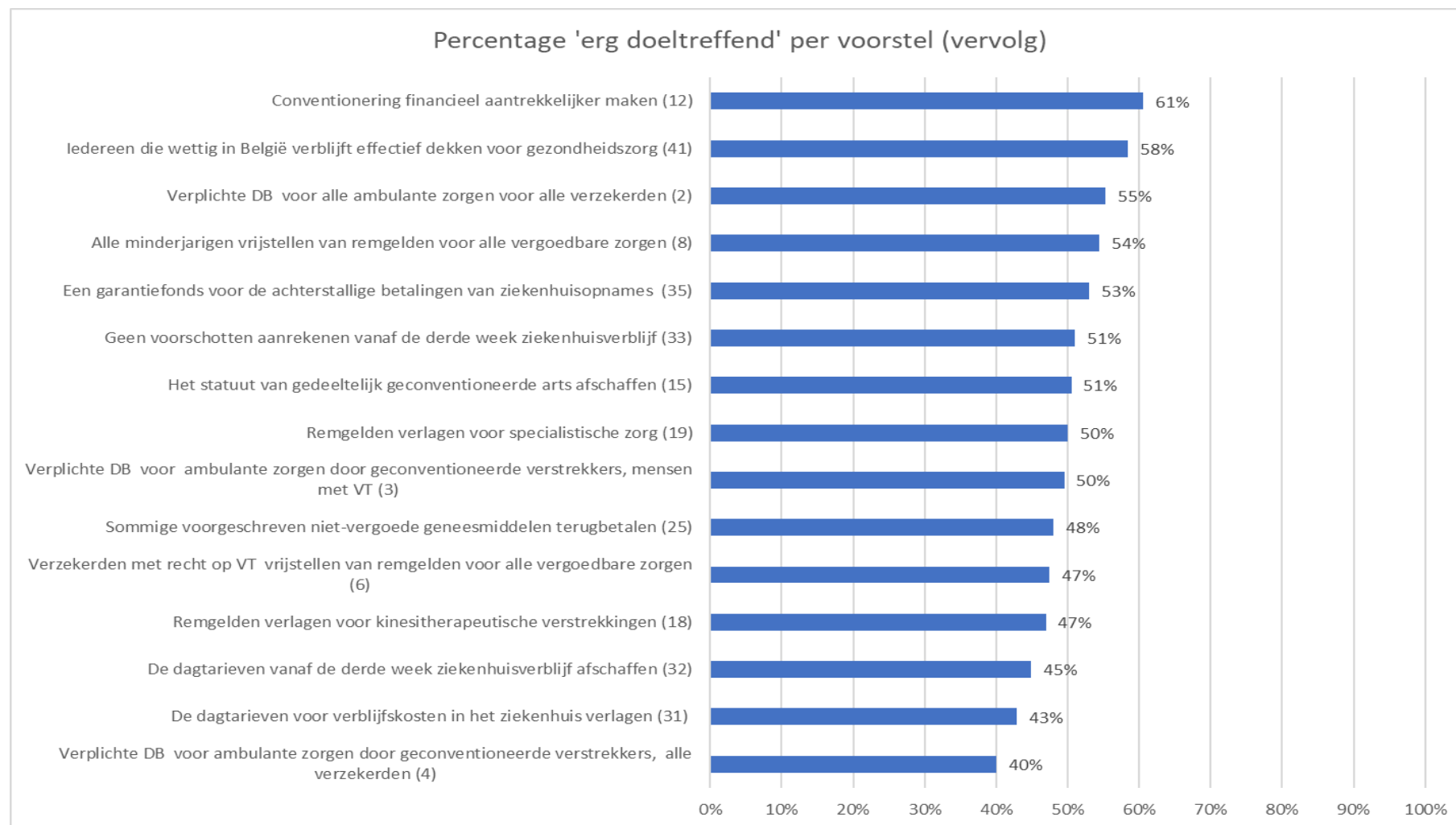


* De cijfers tussen haakjes verwijzen naar het nummer van het voorstel, zie bijlage 2

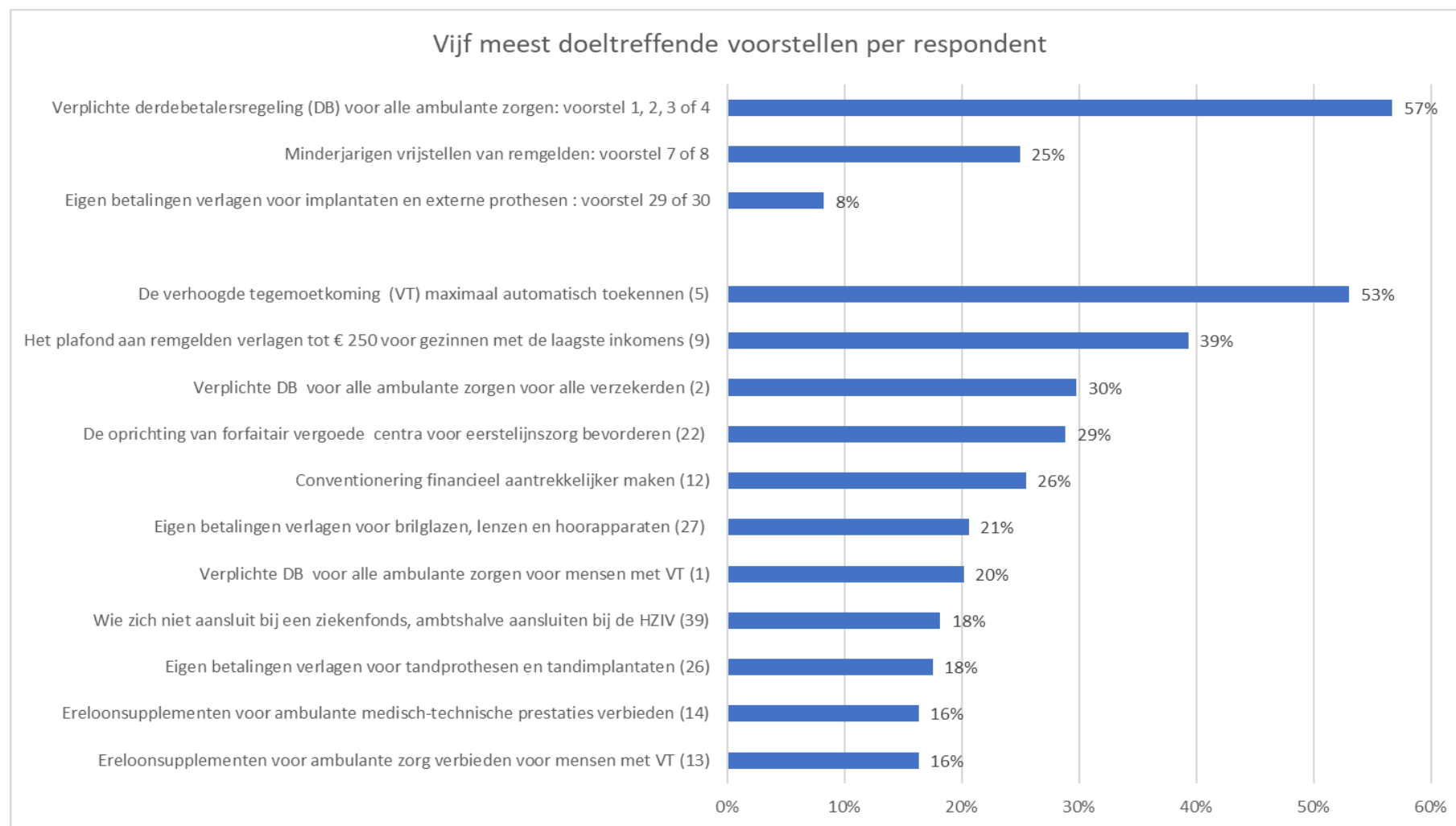
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg



Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

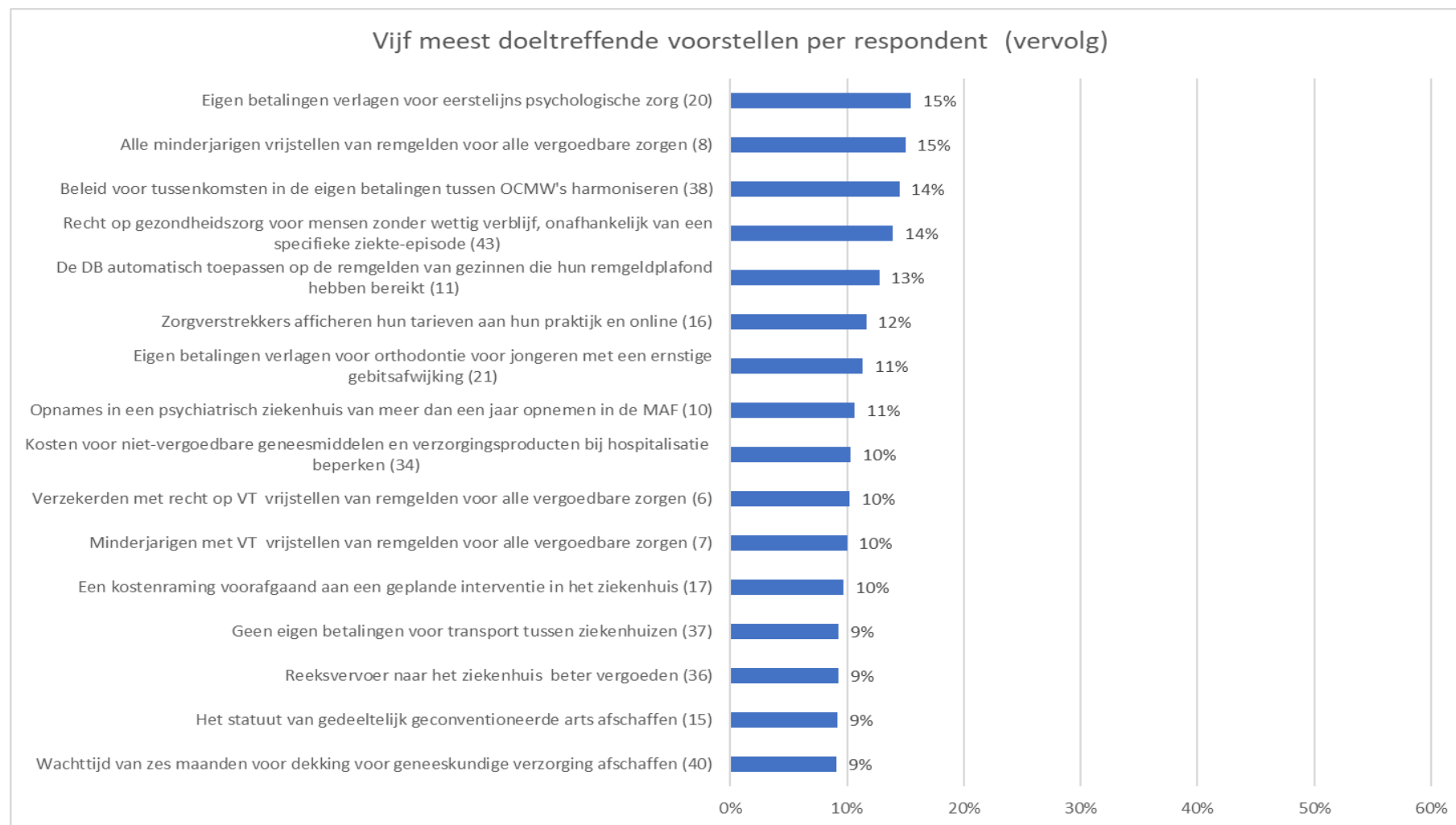


Figuur 91: percentage respondenten dat het voorstel selecteerde als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen *

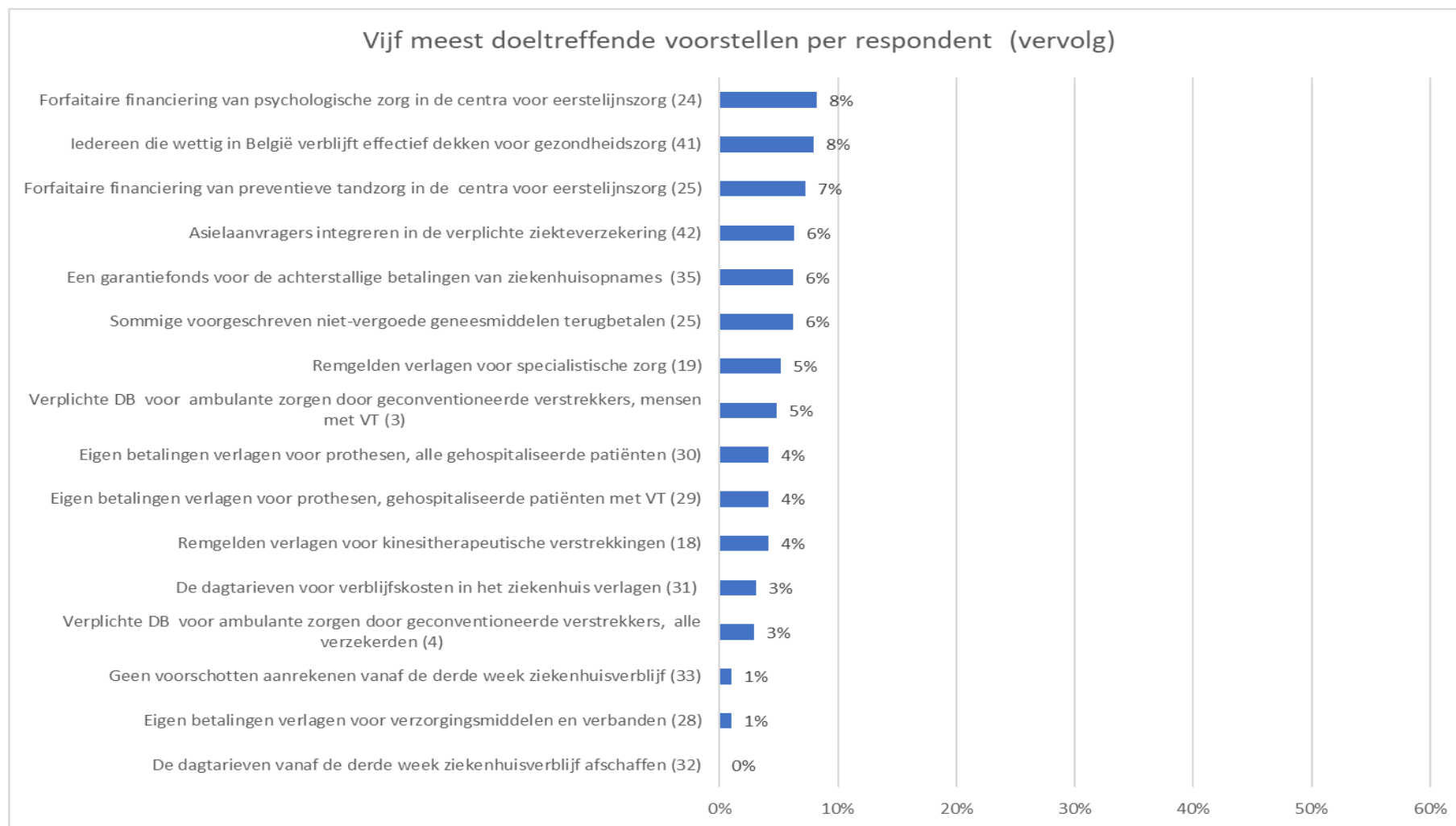


* De cijfers tussen haakjes verwijzen naar het nummer van het voorstel, zie bijlage 2

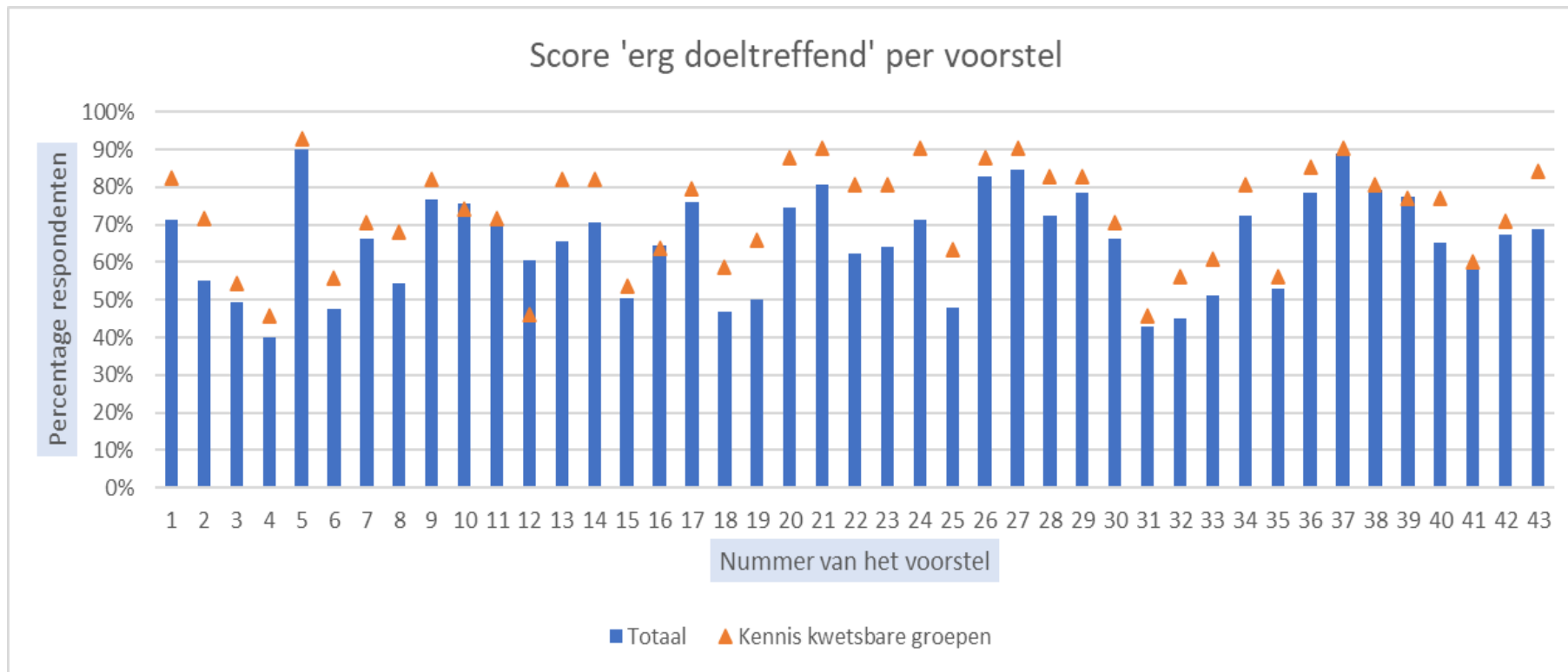
Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg



Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg



Figuur 92: percentage 'erg doeltreffend' per voorstel, alle respondenten en respondenten met kennis over armoede en sociale uitsluiting*



* Voor de genummerde voorstellen: zie bijlage 2

Bijlage 2: vragenlijst in het Nederlands

We leggen u **beleidsvoorstellen** voor de verbetering van de financiële toegang tot gezondheidszorg voor over **10 thema's**:

1. De verplichte derdebetalersregeling hervormen
2. Het stelsel van verhoogde tegemoetkoming hervormen
3. Gezinnen beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor kinderen
4. De maximumfactuur (MAF) hervormen
5. De ereloonsupplementen beperken
6. Meer transparantie creëren voor patiënten over de eigen betalingen
7. Eigen betalingen voor specifieke zorgen verminderen
8. De tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten hervormen
9. De hele bevolking effectief dekken voor gezondheidszorg
10. Het recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf verbeteren

Voor elk beleidsvoorstel vragen we naar uw mening over de doeltreffendheid van de maatregel om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Een doeltreffende maatregel is een maatregel die de financiële toegang tot medisch noodzakelijke gezondheidszorg daadwerkelijk verbetert.

We vragen u om u enkel uit te spreken over thema's waarover u voldoende kennis en/of ervaring heeft. Voor elk thema zal u kunnen aanvinken dat u er onvoldoende kennis en/of ervaring over heeft. Dan zal u naar het volgende thema worden geleid.

Het invullen van de gesloten vragen over alle thema's duurt ongeveer 40 min.

Het is mogelijk om het invullen van de vragenlijst te stoppen en later te hervatten. Als u op de knop 'hervat later' klikt kan u een naam en wachtwoord ingeven, waarmee u de bevraging later van op dezelfde of een andere computer verder kan invullen.

1. Uw relevante professionele achtergrond of ervaring

Tot welke categorie behoort de organisatie waarin u (professioneel) actief bent?

Slechts één antwoord mogelijk

- Patiëntenvereniging of consumentenorganisatie
- Organisatie die opkomt voor de belangen van sociaal-economische kwetsbare groepen
- Vereniging van zorgverleners
- Vereniging van ziekenfondsen
- Representatieve organisatie van werknemers
- Representatieve organisatie van zelfstandigen
- Representatieve organisatie van werkgevers
- Overheidsdienst
- Onderzoeksinstituut
- Andere: gelieve te verduidelijken

Wat is uw functie binnen deze organisatie?

Slechts één antwoord mogelijk

- Beheerder/directielid
- Beleidsmedewerker/stafmedewerker
- Administratief/financieel verantwoordelijke
- Woordvoerder
- Onderzoeker/expert
- Andere: gelieve te verduidelijken

In welk domein hebt u relevante kennis en/of ervaring ?

Meerdere antwoorden mogelijk

- Gezondheidszorg en ziekteverzekering
- Sociaal beleid
- Armoede en sociale uitsluiting
- Specifieke maatschappelijk kwetsbare groepen
- Andere: gelieve te verduidelijken

2. Hervorming van de verplichte derdebetalersregeling

➤ *Huidige situatie:*

Wanneer de derdebetalersregeling toegepast wordt, betaalt het ziekenfonds de zorgverstrekker rechtstreeks en betaalt de patiënt alleen het remgeld.

Deze regeling geldt voor gehospitaliseerde patiënten en voor de aankoop van de meeste geneesmiddelen. Voor personen met recht op een verhoogde tegemoetkoming (= met een laag gezinsinkomen) wordt de derdebetalersregeling automatisch toegepast voor raadpleging bij een huisarts. In sommige specifieke andere gevallen kan de zorgverstrekker de derdebetalersregeling toepassen, maar is die hiertoe niet verplicht.

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar het volgende thema.

Zijn de volgende voorstellen om de verplichte derdebetalersregeling te hervormen volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
1) De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor verzekerden met een verhoogde tegemoetkoming					
2) De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor alle verzekerden					
3) De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor verzekerden met verhoogde tegemoetkoming					
4) De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor alle verzekerden					

Hebt u nog andere voorstellen voor hervorming van de verplichte derde betalersregeling, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze hervormingen van de verplichte derdebetalersregeling volgens u hebben ?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze hervormingen van de verplichte derdebetalersregeling te verwezenlijken?

3. Hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

➤ *Huidige situatie:*

Personen met een laag gezinsinkomen hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming en betalen dus lagere remgelden. Personen met specifieke sociale uitkeringen krijgen dit statuut automatisch, terwijl anderen hiervoor zelf de nodige stappen moeten zetten via hun ziekenfonds.

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar het volgende thema.

Zijn volgende voorstellen voor hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
5) De verhoogde tegemoetkoming maximaal automatisch toekennen					
6) Verzekerden met recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen					

Hebt u nog andere voorstellen voor hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen om het stelsel van verhoogde tegemoetkoming te hervormen volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen voor hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming te verwezenlijken?

4. Gezinnen beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor kinderen

➤ *Huidige situatie:*

Over het algemeen wordt er voor de vergoeding van gezondheidszorg geen onderscheid gemaakt op basis van de leeftijd van de verzekerde. Uitzonderingen hierop zijn bijvoorbeeld de vergoedingen voor basistandzorg en voor verblijfkosten in het ziekenhuis, die voor kinderen hoger zijn.

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar het volgende thema.

Zijn volgende voorstellen om gezinnen te beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor kinderen volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
7) Minderjarigen met recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen					
8) Alle minderjarigen volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen					

Hebt u nog andere voorstellen om gezinnen te beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor kinderen, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen om gezinnen te beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor kinderen volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen om gezinnen te beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor kinderen te verwezenlijken?

5. Hervorming van de maximumfactuur

➤ *Huidige situatie:*

De maximumfactuur (MAF) plafonneert het totale jaarlijkse bedrag aan remgelden per huishouden. Remgelden die dit plafond overschrijden worden voor dat jaar volledig vergoed.

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar het volgende thema.

Zijn volgende voorstellen voor hervorming van de MAF volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
9) Het plafond aan remgelden verlagen tot € 250 voor gezinnen met de laagste inkomens (dit plafond bedraagt nu € 487,08 per jaar)					
10) Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis van meer dan een jaar bijkomend opnemen in de MAF					
11) De derdebetalersregeling automatisch toepassen op de remgelden van gezinnen die hun remgeldplafond hebben bereikt					

Hebt u nog andere voorstellen voor hervorming van de MAF, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen voor hervorming van de MAF volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen voor hervorming van de MAF te verwezenlijken?

6. Beperking van ereloonsupplementen

➤ *Huidige situatie:*

Ereloonsupplementen zijn kosten die niet-geconventioneerde zorgverstrekkers aan de patiënt kunnen aanrekenen, bovenop het officiële conventietarief. Artsen kunnen ook gedeeltelijk geconventioneerd zijn. In dit geval kunnen ze enkel op specifieke plaatsen en tijdstippen afwijken van de conventietarieven.

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Tijdens een ziekenhuisverblijf en bij daghospitalisatie zijn ereloonsupplementen verboden in een gemeenschappelijke kamer en tweepersoonskamer. Als een patiënt kiest voor een éénpersoonskamer mogen zowel geconventioneerde als niet-geconventioneerde zorgverstrekkers supplementen aanrekenen.

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar het volgende thema.

Zijn volgende voorstellen om ereloonsupplementen te beperken volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
12) Het voor zorgverstrekkers financieel aantrekkelijker maken om zich te conventioneren					
13) Ereloonsupplementen voor ambulante zorg verbieden voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming					
14) Ereloonsupplementen voor ambulante medisch-technische prestaties verbieden					
15) Het statuut van gedeeltelijk geconventioneerde arts afschaffen					

Hebt u nog andere voorstellen om de ereloonsupplementen te beperken, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen voor een beperking van ereloonsupplementen volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen voor een beperking van ereloonsupplementen te verwezenlijken?

7. Meer transparantie voor patiënten over de eigen betalingen

➤ *Huidige situatie:*

Ambulante zorgverleners moeten in hun wachtkamer duidelijk en zichtbaar informatie over hun conventiestatus afficheren.

Bij de opname in het ziekenhuis moeten patiënten een verklaring ondertekenen dat ze op de hoogte zijn gebracht van de financiële gevolgen van hun kamerkeuze (één-, twee- of meerpersoonskamer).

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar het volgende thema.

Zijn volgende voorstellen voor meer transparantie voor patiënten over de eigen betalingen volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
16) Alle ambulante zorgverstrekkers afficheren hun conventiestatus en alle gehanteerde tarieven duidelijk zichtbaar aan de buitenkant van hun praktijk en online					
17) Voorafgaand aan een geplande interventie in het ziekenhuis ontvangen alle patiënten een kostenraming, rekening houdend met hun terugbetalingsstatuut en het gekozen kamertype					

Hebt u nog andere voorstellen om de transparantie voor patiënten over de eigen betalingen te verbeteren, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen voor meer transparantie voor patiënten over de eigen betalingen volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen voor meer transparantie voor patiënten over de eigen betalingen te verwezenlijken?

8. Eigen betalingen voor specifieke zorgen verminderen

In deze sectie leggen we u achtereenvolgens voorstellen voor om de eigen betalingen te verminderen voor:

- Ambulante zorg
- Ambulant verstrekte geneesmiddelen
- Medische hulpmiddelen
- Ziekenhuisopname
- Vervoersonkosten

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar het volgende thema.

8.1 Ambulante zorg

➤ *Huidige situatie:*

Volgende remgelden zijn toepasselijk:

- *Standaard kinesitheriesessie: € 6,25 voor gewone verzekerden (GV) en € 2,5 voor personen met een verhoogde tegemoetkoming (VT).*
- *Eerstelijns psychologische zorg: € 11 per sessie (GV) en € 4 (VT).*
- *Basistandheelkundige zorg: van € 3,5 voor een jaarlijks preventief mondonderzoek tot € 14,5 voor een vulling (GV); € 0 (VT) en € 0 voor minderjarigen.*
- *Raadpleging bij de meeste medische specialismen: € 12 (GV) en € 4 (VT).*
- *Forfaitair vergoede multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg bieden minimaal huisartsenzorg en verpleging of kinesitherie aan. De patiënt betaalt geen remgeld voor de verstrekkingen die door het forfait worden gedekt.*

Zijn volgende voorstellen om de eigen betalingen voor ambulante zorg te verminderen volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
18) Remgelden verlagen voor kinesitherapeutische verstrekkingen					
19) Remgelden verlagen voor specialistische zorg					
20) De eigen betalingen (remgelden en niet-vergoede verstrekkingen) verlagen voor eerstelijns psychologische zorg					
21) De eigen betalingen (remgelden en de kosten van het apparaat) verlagen voor orthodontie voor kinderen en jongeren met een ernstige gebitsafwijking					
22) De oprichting van forfaitair vergoede multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg bevorderen					
23) Preventieve tandzorg opnemen in de forfaitaire financiering van multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg					
24) Eerstelijns psychologische zorg opnemen in de forfaitaire financiering van multidisciplinaire centra voor eerstelijnszorg					

Hebt u nog andere voorstellen om de eigen betalingen voor ambulante zorg te verminderen, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen om de eigen betalingen voor ambulante zorg te verminderen volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen om de eigen betalingen voor ambulante zorg te verminderen te verwezenlijken?

8.2 Geneesmiddelen in ambulante zorg

➤ *Huidige situatie:*

De hoogte van de vergoeding voor voorgeschreven geneesmiddelen in de ambulante zorg hangt af van de medisch-therapeutische waarde van het product en de prijs.

Farmaceutische producten die niet worden vergoed, zijn onder meer: basispijnstillers, sommige kalmeer- en slaapmiddelen, anticonceptie voor volwassenen, en de meeste vitamines. Voor bepaalde pijnstillers komen chronische pijnpatiënten in aanmerking voor een beperkte vergoeding.

Zijn volgende voorstellen om de eigen betalingen voor geneesmiddelen in ambulante zorg te verminderen volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
25) Sommige voorgeschreven geneesmiddelen die vandaag niet vergoed worden, waaronder pijnstillers en sommige zalven, terugbetalen					

Hebt u nog andere voorstellen om de eigen betalingen voor geneesmiddelen in ambulante zorg te verminderen, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kan dit voorstel om de eigen betalingen voor geneesmiddelen in ambulante zorg te verminderen volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om dit voorstel om de eigen betalingen voor geneesmiddelen in ambulante zorg te verminderen te verwezenlijken?

8.3 Medische hulpmiddelen

➤ *Huidige situatie:*

De vergoeding van medische hulpmiddelen varieert sterk naargelang het hulpmiddel en de medische en sociale status van de patiënt. Over het algemeen komt de verplichte ziekteverzekering periodiek tussen voor een forfaitair bedrag.

Voor de vergoeding van implantaten wordt geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met het statuut verhoogde tegemoetkoming en andere.

Zijn volgende voorstellen om de eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verminderen volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
26) De eigen betalingen verlagen voor tandprothesen en tandimplantaten					
27) De eigen betalingen verlagen voor brilglazen, lenzen en hoorapparaten					
28) De eigen betalingen verlagen voor verzorgingsmiddelen en verbanden					
29) De eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor gehospitaliseerde patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming					
30) De eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor alle gehospitaliseerde patiënten					

Hebt u nog andere voorstellen om de eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verlagen, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen om de eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verlagen volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen om de eigen betalingen voor medische hulpmiddelen te verlagen te verwezenlijken?

8.4 Ziekenhuisopname

➤ *Huidige situatie:*

De dagtarieven voor verblijfskosten variëren naargelang het type hospitalisatie en de duur van de hospitalisatie. Vanaf de tweede dag in een algemeen ziekenhuis bedragen

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

ze € 16,57 voor gewone verzekerden en € 5,89 voor verzekerden met recht op verhoogde tegemoetkoming, voor langdurig werklozen en voor kinderen ten laste.

Niet-terugbetaalbare farmaceutische producten en medische hulpmiddelen worden volledig doorgerekend aan de patiënt.

Het ziekenhuis kan een voorschot op de eigen betalingen vragen van maximaal € 150 per week ziekenhuisverblijf aan gewone verzekerden en € 50 aan patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming.

Zijn volgende voorstellen om de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg te verminderen volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
31) De dagtarieven voor verblijfskosten in het ziekenhuis verlagen					
32) De dagtarieven vanaf de derde week ziekenhuisverblijf afschaffen					
33) Geen voorschotten aan de patiënt aanrekenen vanaf de derde week ziekenhuisverblijf					
34) De kosten die ziekenhuizen kunnen aanrekenen voor niet-vergoedbare geneesmiddelen en verzorgingsproducten wettelijk beperken					
35) Een garantiefonds oprichten dat de achterstallige betalingen vergoedt van ziekenhuisopnames van insolvente patiënten					

Hebt u nog andere voorstellen om de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg te verminderen, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen om de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg te verminderen volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen om de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg te verminderen te verwezenlijken?

8.5 Vervoerskosten

➤ *Huidige situatie:*

Reeksvervoer voor ambulante patiënten die regelmatig naar het ziekenhuis moeten voor chemotherapie, bestralingen of nierdialyse wordt vergoed tot € 0,25 per km.

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Het vervoer van de patiënt tussen twee ziekenhuizen die niet tot dezelfde groep behoren, voor een aanvullend onderzoek of behandeling, wordt volledig aan de patiënt aangerekend, indien de terugreis niet op dezelfde dag gebeurt.

Zijn volgende voorstellen om de kostprijs voor de patiënt van vervoer te verminderen volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
36) Reeksvervoer voor chronisch zieke patiënten die regelmatig naar het ziekenhuis moeten beter vergoeden					
37) Geen eigen betalingen aanrekenen voor transport van gehospitaliseerde patiënten om medische redenen tussen ziekenhuizen					

Hebt u nog andere voorstellen om de kostprijs voor de patiënt van vervoer te verminderen, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen om de kostprijs voor de patiënt van vervoer te verminderen volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen om de kostprijs voor de patiënt van vervoer te verwezenlijken?

9. De tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten hervormen

➤ *Huidige situatie:*

OCMW's kunnen tussenkomen in de remgelden en kosten voor niet-vergoedbare gezondheidszorgen van sociaal verzekerde patiënten. Elke gemeente kan zelf bepalen op basis van welke criteria, op welke wijze en hoeveel ze tussenkomt.

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar het volgende thema.

Is volgend voorstel voor hervorming van de tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor *zeer weinig* doeltreffend en 5 voor *uitermate* doeltreffend.

	1	2	3	4	5
38) OCMW's financieel aanmoedigen om hun beleid voor tussenkomsten in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten onderling te harmoniseren					

Hebt u nog andere voorstellen voor hervorming van de tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kan dit voorstel voor hervorming van de tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om dit voorstel voor hervorming van de tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten te verwezenlijken?

10. De hele bevolking effectief dekken voor gezondheidszorg

➤ *Huidige situatie:*

Werknemers en mensen met een vervangingsinkomen betalen automatisch sociale bijdragen op hun inkomen. Zelfstandigen moeten inkomensafhankelijke sociale premies betalen, die niet automatisch geïnd worden. Personen die geen sociale bijdragen betalen in het kader van een beroepsinkomen en die niet de hoedanigheid van persoon ten laste hebben, kunnen vrijwillig dekking voor gezondheidszorg bekomen op voorwaarde dat ze inkomensafhankelijke persoonlijke bijdragen betalen.

Iedereen moet aansluiten bij een ziekenfonds of de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) om aanspraak te maken op vergoeding van kosten voor gezondheidszorg.

Personen die hun recht op ziekteverzekering langer dan twee jaar hebben verloren, moeten in principe een wachttijd van 6 maanden doormaken vooraleer ze opnieuw gedekt zijn.

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar het volgende thema.

Zijn volgende voorstellen om de hele bevolking effectief te dekken voor gezondheidszorg volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
39) Iedereen die zich niet uit eigen beweging aansluit bij een ziekenfonds, ambtshalve aansluiten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)					
40) De wachttijd van zes maanden voor dekking voor geneeskundige verzorging afschaffen					
41) Iedereen die wettig in België verblijft effectief dekken voor gezondheidszorg door het recht op prestaties van geneeskundige verzorging los te koppelen van de inning van verzekeringsbijdragen en verplichte inkomensgerelateerde bijdragen periodiek te innen					

Hebt u nog andere voorstellen om de hele bevolking effectief te dekken voor gezondheidszorg, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen om de hele bevolking effectief te dekken voor gezondheidszorg volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen om de hele bevolking effectief te dekken voor gezondheidszorg te verwezenlijken?

11. Recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf verbeteren

➤ *Huidige situatie:*

Gezondheidszorg voor asielaanvragers wordt, afhankelijk van de verblijfplaats van de asielaanvrager, ten laste genomen door Fedasil of door het OCMW.

De medische kosten voor personen zonder wettig verblijf in België worden ten laste genomen door het OCMW. Ze hebben recht op medische verzorging die geattesteerd werd door een arts. In principe is een attest vereist voor elke ziekte-episode of zorgbehoefte.

Voor beide groepen betaalt de Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie (POD MI) de medische kosten die de OCMW's ten laste nemen grotendeels terug.

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

- Ik heb over dit thema onvoldoende kennis en/of ervaring. Ik wens daarom verder te gaan naar de afsluitende vragen

Zijn volgende voorstellen om het recht op medische verzorging voor asielzoekers en personen zonder wettig verblijf te verbeteren volgens u doeltreffend om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Duid aan op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor zeer weinig doeltreffend en 5 voor uitermate doeltreffend.

	1	2	3	4	5
42) Asielzoekers integreren in de verplichte ziekteverzekering, via lidmaatschap bij een ziekenfonds naar keuze					
43) Het recht op medische verzorging voor mensen zonder wettig verblijf openen voor het hele gezin, onafhankelijk van een specifieke ziekte-episode of zorgbehoefte					

Hebt u nog andere voorstellen om het recht op medische verzorging voor asielzoekers en personen zonder wettig verblijf te verbeteren, die volgens u doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

Welke ongewenste (neven)effecten kunnen (sommige van) deze voorstellen om het recht op medische verzorging voor asielzoekers en personen zonder wettig verblijf te verbeteren volgens u hebben?

Welke begeleidende maatregelen zijn volgens u nodig om (sommige van) deze voorstellen om het recht op medische verzorging voor asielzoekers en personen zonder wettig verblijf te verbeteren te verwezenlijken?

11. Afsluitende vragen

Hebt u nog andere voorstellen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?

We presenteren u hier de lijst van voorstellen die volgens u zeer (score 4) of uitermate (score 5) doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Gelieve hieruit de 5 voorstellen te selecteren die volgens u het meest doeltreffend zijn om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

...

Hebt u nog andere reflecties in verband met het thema van deze bevraging?

Bijlage 3: vragenlijst in het Frans/questionnaire en français

Nous vous présentons des **propositions politiques** pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé au travers **de 10 thèmes** :

11. Réformer le régime du tiers payant obligatoire
12. Réformer le régime de l'intervention majorée
13. Protéger les ménages des frais liés aux soins de santé des enfants
14. Réformer le maximum à facturer (MàF)
15. Limiter les suppléments d'honoraires
16. Créer plus de transparence pour les patients concernant les contributions personnelles
17. Réduire les contributions personnelles relatives aux soins spécifiques
18. Réformer l'intervention des CPAS dans les contributions personnelles incombant aux patients assurés sociaux
19. Couvrir effectivement la totalité de la population en matière de soins de santé
20. Renforcer le droit aux soins médicaux pour les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier

Pour chaque proposition politique, nous vous demandons votre avis sur **l'efficacité** de la mesure afin d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé. Une mesure efficace est une mesure qui améliore de façon effective l'accessibilité financière aux soins de santé médicalement nécessaires.

Nous vous demandons de ne vous exprimer que sur les thèmes pour lesquels vous disposez de connaissances et/ou d'expérience suffisantes. Pour chaque thème, vous pourrez cocher la case indiquant que vous ne disposez pas des connaissances et/ou d'une expérience suffisantes en la matière. Vous serez alors dirigé vers le thème suivant.

Répondre aux questions fermées sur tous les thèmes nécessite environ 40 minutes.

Il est possible d'arrêter de remplir le questionnaire et de le reprendre plus tard. Si vous cliquez sur le bouton «finir plus tard », vous pouvez entrer un nom et un mot de passe, avec lesquels vous pourrez compléter l'enquête plus tard à partir du même ou d'un autre ordinateur.

1. Votre parcours ou expérience professionnel(le) pertinent(e)

- J'accepte que mes réponses puissent faire l'objet de citations anonymes dans le rapport de cette enquête.

À quelle catégorie appartient l'organisation dans laquelle vous êtes (professionnellement) actif/ve ?

Une seule réponse possible

- Association de patients ou organisation de consommateurs
- Organisation représentant les intérêts de groupes socio-économiques vulnérables
- Association représentative de prestataires de soins
- Association de mutualités
- Organisation représentative de travailleurs salariés
- Organisation représentative de travailleurs indépendants
- Organisation représentative d'employeurs
- Service public
- Organisme de recherche
- Autre : merci de préciser

Quelle est votre fonction au sein de cette organisation ?

Une seule réponse possible

- Responsable/membre de la direction
- Chargé de mission/collaborateur
- Responsable administratif/financier
- Porte-parole
- Chercheur/expert
- Autre : merci de préciser

Dans quel(s) domaine(s) avez-vous des connaissances et/ou une expérience pertinentes ?

Plusieurs réponses sont possibles

- Soins de santé et assurance maladie
- Politique sociale
- Pauvreté et exclusion sociale
- Groupes spécifiques socialement vulnérables
- Autre : merci de préciser

2. Réforme du régime du tiers payant obligatoire

➤ *Situation actuelle :*

Lorsque le régime du tiers payant est appliqué, la mutualité paie directement le prestataire de soins et le patient ne paie que le ticket modérateur.

Ce régime s'applique aux patients hospitalisés et lors de l'achat de la plupart des médicaments. Pour les personnes ayant droit à une intervention majorée (= dont les revenus du ménage sont faibles), le régime du tiers payant est automatiquement appliqué pour la consultation d'un médecin généraliste. Dans certains autres cas spécifiques, le prestataire de soins peut appliquer le régime du tiers payant, mais n'est pas tenu de le faire.

- Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

Selon vous, les propositions suivantes de réformes du régime du tiers payant obligatoire sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
1) Appliquer le régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires des assurés ayant droit à une intervention majorée					
2) Appliquer le régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires pour l'ensemble des assurés					
3) Appliquer le régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires dispensés par des prestataires conventionnés, pour les assurés ayant droit à l'intervention majorée					
4) Appliquer le régime du tiers payant obligatoire à tous les soins ambulatoires dispensés par des prestataires conventionnés, pour l'ensemble des assurés					

Avez-vous d'autres propositions de réformes du régime du tiers payant obligatoire qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces réformes du régime du tiers payant obligatoire pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces réformes du régime du tiers payant obligatoire ?

3. Réforme du régime de l'intervention majorée

➤ *Situation actuelle :*

Les personnes dont les revenus du ménage sont faibles peuvent prétendre à une intervention majorée et paient donc des tickets modérateurs moins élevés. Les personnes bénéficiant d'indemnités sociales spécifiques obtiennent automatiquement ce statut, tandis que les autres doivent entreprendre elles-mêmes les démarches nécessaires via leur mutualité.

- Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

Selon vous, les propositions suivantes de réformes du régime de l'intervention majorée sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
5) Maximiser l'octroi automatique de l'intervention majorée					
6) Exonérer totalement les assurés ayant droit à une intervention majorée des tickets modérateurs pour tous les soins remboursables					

Avez-vous d'autres propositions de réformes du régime de l'intervention majorée qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces réformes du régime de l'intervention majorée pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces réformes du régime de l'intervention majorée ?

4. Protéger les ménages des frais liés aux soins de santé des enfants

➤ *Situation actuelle :*

En général, aucune distinction n'est faite en fonction de l'âge de l'assuré en ce qui concerne le remboursement des soins de santé. Il existe des exceptions à cette règle, par exemple, les remboursements pour les soins dentaires de base et pour les frais de séjour à l'hôpital, qui sont plus élevés pour les enfants.

- Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

Selon vous, les propositions suivantes de réformes visant à protéger les ménages des frais liés aux soins de santé des enfants sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
7) Exonérer totalement les mineurs ayant droit à une intervention majorée des tickets modérateurs pour tous les soins remboursables					
8) Exonérer totalement tous les mineurs des tickets modérateurs pour tous les soins remboursables					

Avez-vous d'autres propositions visant à protéger les ménages des frais liés aux soins de santé des enfants qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces réformes visant à protéger les ménages contre les frais liés aux soins de santé des enfants pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces réformes visant à protéger les ménages contre les frais liés aux soins de santé des enfants ?

5. Réforme du maximum à facturer

➤ *Situation actuelle :*

Le maximum à facturer (MàF) plafonne le montant annuel total des tickets modérateurs par ménage. Les tickets modérateurs qui dépassent ce plafond sont intégralement remboursés pour l'année en question

- Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

Selon vous, les propositions suivantes de réformes du MàF sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
9) Réduire le plafond des tickets modérateur à 250 € pour les ménages aux revenus les plus faibles (ce plafond s'élève actuellement à 487,08 € par an)					
10) Inclure additionnellement les admissions dans un hôpital psychiatrique de plus d'un an dans le MàF					
11) Appliquer de manière automatique le régime du tiers payant aux tickets modérateurs des ménages qui ont atteint leur plafond					

Avez-vous d'autres propositions de réforme du MàF qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces réformes du MàF pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces réformes du MàF ?

6. Limitation des suppléments d'honoraires

➤ *Situation actuelle :*

Les suppléments d'honoraires sont les frais que les prestataires de soins non conventionnés peuvent facturer au patient en supplément du tarif « convention » officiel. Les médecins peuvent également être conventionnés partiellement. Dans ce cas, ils ne peuvent uniquement déroger aux tarifs de la convention que dans des lieux et à des moments spécifiques.

Lors d'une hospitalisation et dans le cadre d'une hospitalisation de jour, les suppléments d'honoraires sont interdits en chambre commune et en chambre à deux lits. Si un patient opte pour une chambre individuelle, les prestataires de soins tant conventionnés que non conventionnés peuvent facturer des suppléments.

- Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

Selon vous, les propositions suivantes de limitation des suppléments d'honoraires sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
12) Rendre le conventionnement financièrement plus attractif pour les prestataires de soins					
13) Interdire les suppléments d'honoraires pour les soins ambulatoires aux patients ayant droit à l'intervention majorée					
14) Interdire les suppléments d'honoraires pour les prestations médico-techniques ambulatoires					
15) Supprimer le statut de médecin partiellement conventionné					

Avez-vous d'autres propositions de limitation des suppléments d'honoraires qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces propositions de limitation des suppléments d'honoraires pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces propositions de limitation des suppléments d'honoraires ?

7. Plus de transparence pour les patients concernant les contributions personnelles

➤ *Situation actuelle :*

Les prestataires de soins ambulatoires doivent clairement et visiblement afficher dans leur salle d'attente les informations concernant leur statut de conventionnement.

Lors de leur admission à l'hôpital, les patients doivent signer une déclaration selon laquelle ils ont été informés au sujet des conséquences financières du choix de leur chambre (chambre individuelle, chambre à deux lits, chambre commune).

- Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

Selon vous, les propositions suivantes visant davantage de transparence pour les patients concernant leurs contributions personnelles sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
16) Les prestataires de soins ambulatoires affichent clairement leur statut de conventionnement et tous les tarifs appliqués de manière visible à l'extérieur de leur cabinet et en ligne					
17) Avant toute intervention planifiée à l'hôpital, les patients reçoivent une estimation du coût, compte tenu de leur statut de remboursement et du type de chambre choisi					

Avez-vous d'autres propositions visant à améliorer la transparence pour les patients concernant leurs contributions personnelles qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces propositions visant davantage de transparence pour les patients concernant leurs contributions personnelles pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces propositions visant davantage de transparence pour les patients concernant leurs contributions personnelles ?

8. Réduire les contributions personnelles relatives aux soins spécifiques

Dans cette section, nous vous soumettons successivement des propositions visant à réduire les contributions personnelles pour:

- Les soins ambulatoires
- Les médicaments délivrés en soins ambulatoires
- Les dispositifs médicaux
- Les hospitalisations
- Les frais de transport

Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

8.1 Soins ambulatoires

➤ Situation actuelle :

Les tickets modérateurs suivant sont applicables aux :

- Séances standards de kinésithérapie : 6,25 € pour les assurés ordinaires (AO) et 2,5 € pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée (IM).
- Soins psychologiques de première ligne : 11 € par séance (AO) et 4 € (IM).
- Soins dentaires de base : de 3,5€ pour un examen bucco-dentaire préventif annuel à 14,5€ pour une obturation (AO) ; 0 € (IM) et 0 € pour les mineurs.
- Consultations dans la plupart des spécialités médicales : 12 € (AO) et 4 € (IM).

Les centres multidisciplinaires de soins de première ligne financés au forfait proposent au minimum des soins de médecine générale et des soins infirmiers ou de kinésithérapie. Le patient ne paie pas de ticket modérateur pour les prestations couvertes par le forfait.

Selon vous, les propositions suivantes visant à diminuer les contributions personnelles sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant *très peu efficace* et 5 *extrêmement efficace*.

	1	2	3	4	5
18) Réduire les tickets modérateurs pour les prestations de kinésithérapie					
19) Réduire les tickets modérateurs pour les soins spécialisés					
20) Réduire les contributions personnelles (tickets modérateurs et prestations non remboursables) pour les soins psychologiques de première ligne					
21) Réduire les contributions personnelles (tickets modérateurs et le coût de l'appareil dentaire) pour l'orthodontie chez les enfants et les adolescents présentant de sévères troubles bucco-dentaires					
22) Promouvoir la création de centres multidisciplinaires de soins de première ligne financés au forfait					
23) Inclure les soins dentaires préventifs dans le financement forfaitaire des centres multidisciplinaires de soins de première ligne					
24) Inclure les soins psychologiques de première ligne dans le financement forfaitaire des centres multidisciplinaires de soins de première ligne					

Avez-vous d'autres propositions visant à réduire les contributions personnelles pour les soins ambulatoires qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces propositions visant à réduire les contributions personnelles pour les soins ambulatoires pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces propositions visant à réduire les contributions personnelles pour les soins ambulatoires?

8.2 Médicaments délivrés en soins ambulatoires

➤ *Situation actuelle :*

Le montant du remboursement de médicaments prescrits en soins ambulatoires est tributaire de la valeur médico-thérapeutique du produit et de son prix.

Les produits pharmaceutiques non remboursables sont entre autres : les analgésiques de base, certains calmants et somnifères, les contraceptifs pour adultes et la plupart des vitamines. Les patients souffrant de douleurs chroniques bénéficient d'un remboursement limité de certains analgésiques.

Selon vous, les propositions suivantes visant à réduire les contributions personnelles pour les médicaments délivrés en soins ambulatoires sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez cette proposition sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
25) Rembourser certains médicaments prescrits qui ne sont pas actuellement remboursables, dont les analgésiques et certaines pommades					

Avez-vous d'autres propositions visant à réduire les contributions personnelles pour médicaments délivrés en soins ambulatoires qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, cette proposition visant à réduire les contributions personnelles pour les médicaments délivrés en soins ambulatoires pourrait-elle avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser cette proposition visant à réduire les contributions personnelles pour les médicaments délivrés en soins ambulatoires ?

8.3 Dispositifs médicaux

Le remboursement des dispositifs médicaux varie fortement selon le dispositif ainsi que le statut médical et social du patient. De manière générale, l'assurance maladie obligatoire intervient périodiquement à raison d'un montant forfaitaire.

Pour le remboursement des implants, aucune distinction n'est faite entre patients avec un statut intervention majorée et les autres patients.

Selon vous, les propositions suivantes visant à réduire les contributions personnelles pour les dispositifs médicaux sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
26) Réduire les contributions personnelles pour les prothèses dentaires et les implants dentaires					
27) Réduire les contributions personnelles pour les verres de lunettes, les lentilles et les appareils auditifs					
28) Réduire les contributions personnelles pour le matériel de soins et les bandages					
29) Réduire les contributions personnelles pour les implants et les prothèses externes, pour les patients hospitalisés ayant droit à l'intervention majorée					
30) Réduire les contributions personnelles pour les implants et les prothèses externes, pour tous les patients hospitalisés					

Avez-vous d'autres propositions visant à réduire les contributions personnelles pour les dispositifs médicaux qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces propositions visant à réduire les contributions personnelles pour les dispositifs médicaux pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces propositions visant à réduire les contributions personnelles pour les dispositifs médicaux ?

8.4 Hospitalisation

➤ *Situation actuelle :*

Les tarifs journaliers pour les frais de séjour varient selon le type d'hospitalisation et la durée de l'hospitalisation. À partir du deuxième jour dans un hôpital général, les tarifs s'élèvent à 16,57 € pour les assurés ordinaires et à 5,89 € pour les

assurés ayant droit à l'intervention majorée, pour les chômeurs de longue durée et pour les enfants à charge.

Les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux non remboursables sont intégralement facturés au patient.

L'hôpital peut demander une avance sur les contributions personnelles à raison de maximum 150 € par semaine d'hospitalisation aux assurés ordinaires et à raison de maximum 50 € aux patients ayant droit à l'intervention majorée.

Selon vous, les propositions suivantes visant à réduire les contributions personnelles pour les soins hospitaliers sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
31) Réduire les tarifs journaliers des frais de séjour à l'hôpital					
32) Supprimer les tarifs journaliers à partir de la troisième semaine d'hospitalisation					
33) Ne pas facturer d'avance au patient à partir de la troisième semaine d'hospitalisation					
34) Limiter légalement les coûts que les hôpitaux peuvent facturer pour des médicaments et les produits de soins non remboursables					
35) Créer un fonds de garantie qui indemnise les arriérés d'hospitalisations de patients insolubles					

Avez-vous d'autres propositions visant à réduire les contributions personnelles pour les soins hospitaliers qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces propositions visant à réduire les contributions personnelles pour les soins hospitaliers pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces propositions visant à réduire les contributions personnelles pour les soins hospitaliers?

8.5 Frais de transport

➤ Situation actuelle :

Le transport régulier de patients ambulatoires qui doivent se rendre fréquemment à l'hôpital pour y subir une chimiothérapie, des radiothérapies ou une dialyse rénale est indemnisé jusqu'à 0,25€ par km.

Le transport du patient entre deux hôpitaux qui ne font pas partie du même groupe, en vue d'un examen ou d'un traitement complémentaire, est intégralement facturé au patient si le trajet du retour n'a pas lieu le même jour.

Selon vous, les propositions suivantes visant à réduire le coût du transport pour le patient sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
36) Mieux indemniser le transport régulier de patients malades chroniques qui doivent se rendre fréquemment à l'hôpital					
37) Proscrire les contributions personnelles pour le transport de patients hospitalisés entre hôpitaux pour des raisons médicales					

Avez-vous d'autres propositions visant à réduire le coût du transport pour le patient qui, selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces propositions visant à réduire le coût du transport pour le patient pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces propositions visant à réduire le coût du transport pour le patient ?

9. Réformer l'intervention des CPAS dans les contributions personnelles des patients assurés sociaux

➤ Situation actuelle :

Les CPAS ont la possibilité d'intervenir dans les tickets modérateurs et les frais de soins de santé non remboursables des patients assurés sociaux. Chaque commune peut déterminer elle-même sur la base de quels critères, de quelle manière et à hauteur de quel montant elle intervient.

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

- Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

Selon vous, la proposition suivante de réforme de l'intervention des CPAS dans les contributions personnelles incombant aux patients assurés sociaux est-elle efficace pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez cette proposition sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
38) Encourager financièrement les CPAS à harmoniser leur politique d'intervention dans les contributions personnelles incombant aux patients assurés sociaux					

Avez-vous d'autres propositions de réforme de l'intervention des CPAS dans les contributions personnelles incombant aux patients assurés sociaux, qui selon vous, seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, cette proposition de réforme de l'intervention des CPAS dans les contributions personnelles incombant aux patients assurés sociaux pourrait-elle avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser cette réforme de l'intervention des CPAS dans les contributions personnelles incombant aux patients assurés sociaux ?

10.Couvrir effectivement la totalité de la population en matière de soins de santé

➤ *Situation actuelle :*

Les travailleurs salariés et les bénéficiaires d'un revenu de remplacement paient automatiquement des cotisations sociales sur leurs revenus. Les travailleurs indépendants doivent payer des cotisations sociales en fonction de leurs revenus, qui ne sont pas perçues automatiquement. Les personnes qui ne paient pas de cotisations sociales dans le cadre d'un revenu professionnel et qui n'ont pas la qualité de personne à charge, peuvent obtenir une couverture volontaire des soins de santé à condition de payer des cotisations personnelles en fonction de leurs revenus.

Toute personne doit s'affilier à une mutualité ou à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) pour pouvoir obtenir un remboursement de ses frais de soins de santé.

Les personnes qui ont perdu leur droit à l'assurance maladie depuis plus de deux ans doivent en principe accomplir un stage de 6 mois avant d'être à nouveau couvertes.

- Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

Selon vous, les propositions suivantes visant à couvrir effectivement la totalité de la population en matière de soins de santé sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
39) Affilier d'office à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) toute personne n'ayant pas fait la démarche d'adhésion à une mutualité					
40) Supprimer le stage de six mois pour la couverture des soins de santé					
41) Une couverture d'assurance maladie effective pour toute personne résidant légalement en Belgique en dissociant le droit aux prestations de soins de santé de la perception des cotisations d'assurance maladie et en percevant périodiquement des cotisations obligatoires liées au revenu					

Avez-vous d'autres propositions visant à couvrir effectivement la totalité de la population en matière de soins de santé, qui selon vous seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces propositions visant à couvrir effectivement la totalité de la population en matière de soins de santé pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces propositions visant à couvrir effectivement la totalité de la population en matière de soins de santé ?

11. Meilleur accès aux soins de santé pour demandeurs d'asile et personnes en séjour irrégulier

➤ Situation actuelle :

Les soins de santé pour les demandeurs d'asile sont pris en charge, en fonction de leur lieu de séjour, par Fedasil ou par le CPAS.

Les soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier en Belgique sont pris en charge par le CPAS. Ils ont droit à des soins médicaux qui ont été attestés par un médecin. En principe, une attestation est requise pour chaque épisode de maladie ou chaque besoin de soins.

Le Service public fédéral de programmation (SPP) Intégration Sociale rembourse en grande partie les frais médicaux pris en charge par les CPAS.

- Je ne dispose pas de connaissances et/ou d'une expérience suffisantes sur ce thème. C'est pourquoi je souhaite passer au thème suivant.

Selon vous, les propositions suivantes visant à renforcer le droit aux soins médicaux pour les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier sont-elles efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Notez ces propositions sur une échelle de 1 à 5, 1 signifiant très peu efficace et 5 extrêmement efficace.

	1	2	3	4	5
42) Intégrer les demandeurs d'asile dans l'assurance obligatoire soins de santé, via l'affiliation à une mutualité de leur choix					
43) Ouvrir le droit aux soins médicaux pour les personnes en séjour irrégulier à toute la famille, indépendamment d'un épisode de maladie ou d'un besoin de soins spécifique					

Avez-vous d'autres propositions pour renforcer le droit aux soins médicaux pour les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier, qui selon vous seraient efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Selon vous, (certaines de) ces propositions visant à renforcer le droit aux soins médicaux pour les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier pourraient-elles avoir des effets (indirects) indésirables ?

Selon vous, quelles seraient les mesures d'accompagnement nécessaires pour réaliser (certaines de) ces propositions visant à améliorer le droit aux soins médicaux pour les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier ?

12. Questions finales

Avez-vous d'autres propositions pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé ?

Nous vous présentons ci-dessous la liste des propositions qui, selon vous, sont très (score 4) ou extrêmement (score 5) efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé. Veuillez sélectionner parmi celles-ci les 5 propositions qui, selon vous, sont les plus efficaces pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé.

...

Avez-vous d'autres réflexions en rapport avec le thème de cette enquête ?

Dankwoord

We danken de leden van de Stuurgroep voor het Actieplan 'Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg' voor hun constructieve inbreng bij het prioriseren van de voorstellen, het opstellen van de vragenlijst en de presentatie van de resultaten. Bijzondere dank gaat naar Carine Vandevoorde en Stefaan Demarest voor hun permanente beschikbaarheid en advies. Ook dank aan Chris De Laet en Hannah De Laet voor hun hulp bij de statistische verwerking van de resultaten, Bart Vanhercke voor zijn inbreng in en feedback op elke fase van dit proces, Boris Fronteddu voor zijn voorbereidend werk, de medewerkers van het RIZIV voor hun kritische lezing van de voorstellen, Stephan Devriese om ons te behoeden voor een niet-GDPR conforme bevraging, Carl Devos en Renaud Smoes voor het online zetten en beheren van de bevraging, Elodie Kibendo voor hulp bij het uitnodigen van de deelnemers en Françoise Verri en Benoît Malice voor de opmaak van het rapport. Last but not least, gaat onze dank naar onze opdrachtgever en naar Jo De Cock in het bijzonder.

Onze oprechte dank gaat ook uit naar de 107 respondenten: 46 van hen hebben hun akkoord gegeven om hun naam en organisatie te vermelden in het rapport (colofon):

Jean-Luc Belche, ULIège; Nicolas Bouckaert, Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); Lien Bruggeman, Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers (Fedasil); Piet Calcoen, DKV Belgium N.V.; Annabel Cardoen, Welzijnszorg vzw; Sophie Ces, Mutualité Chrétienne; Pierre Cools, Solidaris; Laurence Dauginet, Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI/HZIV); Paul De Munck, Groupement Belge des Omnipraticiens, GBO; Tom De Spiegelaere, Pharma.be; Diane De Winter, Belgische Beroepsvereniging voor Orthopedische Technologieën (BBOT); Annick Delpine, SPP Intégration Sociale; Bart Demyttenaere, Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten (NVSM); Harrie Dewitte, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG) – KU Leuven/Geneeskunde voor het Volk (GVHV); Lucas Dieleman, AXXON Physical Therapy in Belgium; Kristien Dierckx, Vlaams Patiëntenplatform; Pierre Drielsma, (GBO); Marijke Eyssen, KCE; Jean-Marc Feron, Centre Académique de Médecine Générale – UCLouvain; Muriel Gerkens, Cabinet du Vice Premier Ministre Ecolo Georges Gilkinet; Nelson Guerreiro, Association des travailleurs sociaux en milieu hospitalier (Hospisoc); Jean Hermesse, Ancien responsable d'une mutualité; Jacques Huchon, SCOM BURTAR HUCHON; Reinier Hueting, Kartel ASGB/GBO/MoDeS; Marc Justaert, Algemene Raad RIZIV/Welzijnszorg; Sophie Lanoy, Ligue des usagers des services de santé (La LUSS asbl); Freek Louckx, Universiteit Antwerpen/Vrije Universiteit Brussel; Frieda Matthys, Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie; Els Meerbergen, Kom op tegen Kanker; Marit Mellaerts, Vlaams Patiëntenplatform; Christine Miclotte, CAAMI/HZIV; Sarah Missinne, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn – Brussel; Karen Mullie, Raadgevende afdeling van

Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

het observatorium voor chronische ziekten – RIZIV/INAMI; Anne Panneels, Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB/ABVV); Roy Remmen, Centrum voor Huisartsgeneeskunde – Universiteit Antwerpen; Erik Schokkaert, KU Leuven; Pierre Seeuws, Ergotherapie Vlaanderen vzw; Yves Smeets, Santhea; Veerle Stroobants, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting; Rudi Van Dam, FOD Sociale Zekerheid; Carine Van de Voorde, KCE; Herman Van Eeckhout, Pharma.be; Martine Van Hecke, Test Aankoop; Anne Van Lancker, Decenniumdoelen; Sabine Vasseur, Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen.