

September 2021

# European Social Observatory deliverable

## Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg

Analyse van een bevraging van experts  
en belanghebbenden



*Syntheserapport*

Rita Baeten

[www.ose.be](http://www.ose.be)

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

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

***Syntheserapport***

**Rita Baeten**

Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE)

Dit rapport is een synthese van het rapport: 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

## Inhoud

1. Inleiding .....	4
2. Reikwijdte.....	5
3. Onderzoeksvragen.....	5
4. Methode .....	5
5. Inhoud en structuur van de vragenlijst.....	7
6. Profiel van de deelnemers .....	9
7. Resultaten .....	11
7.1 Antwoorden op de gesloten vragen .....	11
7.2 Antwoorden op de open vragen.....	14
8. Conclusie.....	17
Bijlage 1: Figuren .....	19
Bijlage 2: De beleidsvoorstellen die in de bevraging werden afgetoetst.....	25
Dankwoord .....	28

## 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 alleen 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.

## 2. Reikwijdte

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.

## 3. Onderzoeksvragen

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.

## 4. Methode

Een Stuurgroep met bevoegde federale overheidsdiensten, patiëntenverenigingen, ziekenfondsen, en zorgverleners aan mensen in preciaire sociaaleconomische 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 <sup>(1)</sup>.

---

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).

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 <sup>(2)</sup>. 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).
- De leden van de Taskforces en van het Wetenschappelijk Comité van het proces 'Begrotingstraject 2022-2024', gelanceerd door het RIZIV;
- 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. 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

---

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.

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).

## **5. Inhoud en structuur van de vragenlijst**

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.

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

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.

---

3. 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).



## **6. Profiel van de deelnemers**

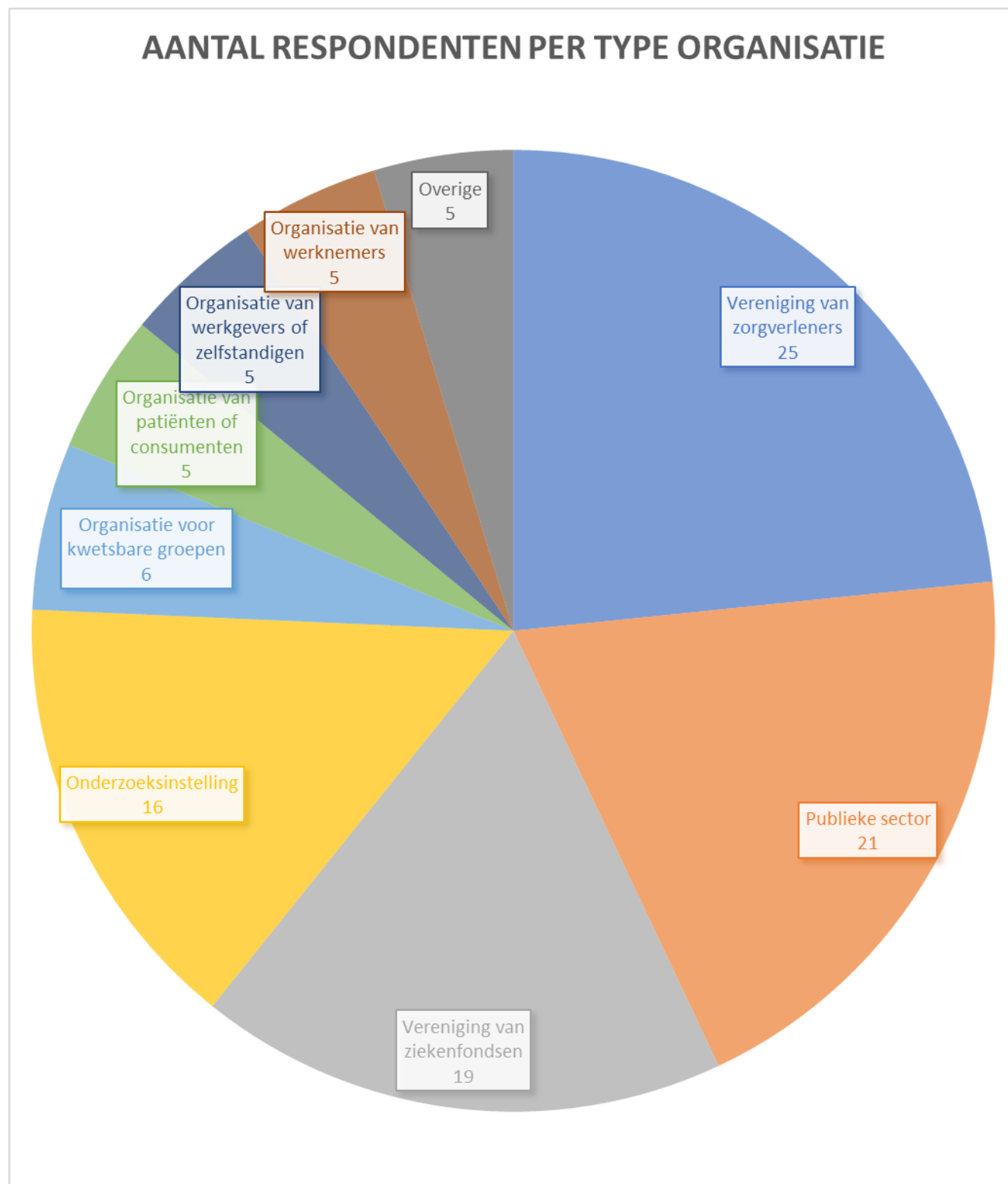
107 personen namen deel aan de bevraging. 72 respondenten vulden het formulier in het Nederlands in en 35 in het Frans.

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**



## 7. Resultaten

### 7.1 Antwoorden op de gesloten vragen

De gesloten vragen geven een aanduiding over 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. De percentages zijn berekend op het aantal respondenten dat de vragen over het betreffende thema invulde. Van de voorstellen waarvoor er meerdere varianten werden geformuleerd, berekenden we ook het percentage respondenten dat minstens één variant 'erg doeltreffend' vindt. Voor de score 'erg doeltreffend' voegden we de scores 4 en 5 op de 5-punt Likert schaal samen.

De 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 2 in bijlage 1).

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 3 in bijlage 1). Deze percentages zijn eveneens berekend op het aantal respondenten dat de vragen over het betreffende thema invulde.

Vijf voorstellen en twee samengevoegde voorstellen met verschillende varianten werden merkkelijk 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 de 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 bevroegden 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 worden *bij geconventioneerde zorgverstrekkers*, scoren merkkelijk lager (erg doeltreffend voor 50% en 40% van de respondenten en één van de meest doeltreffende maatregelen voor slechts 5% en 3% van bevroegden) <sup>(4)</sup>.
- 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 bevroegden erg doeltreffend gevonden, en door

---

4. 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.

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 *bepersen 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 conventiëren** (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.

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 **tussenkomst 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)

## 7.2 Antwoorden op de open vragen

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

1. Respondenten uiten 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 **waaier 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 **brede hervorming van de sector**, in het bijzonder bevelen ze aan om:
    - De beperking van de ereloonsupplementen (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 teveel 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 (patiëntselectie) 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 begunstigen 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 zorgverstreker, 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.

## 8. 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., Gerken 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.

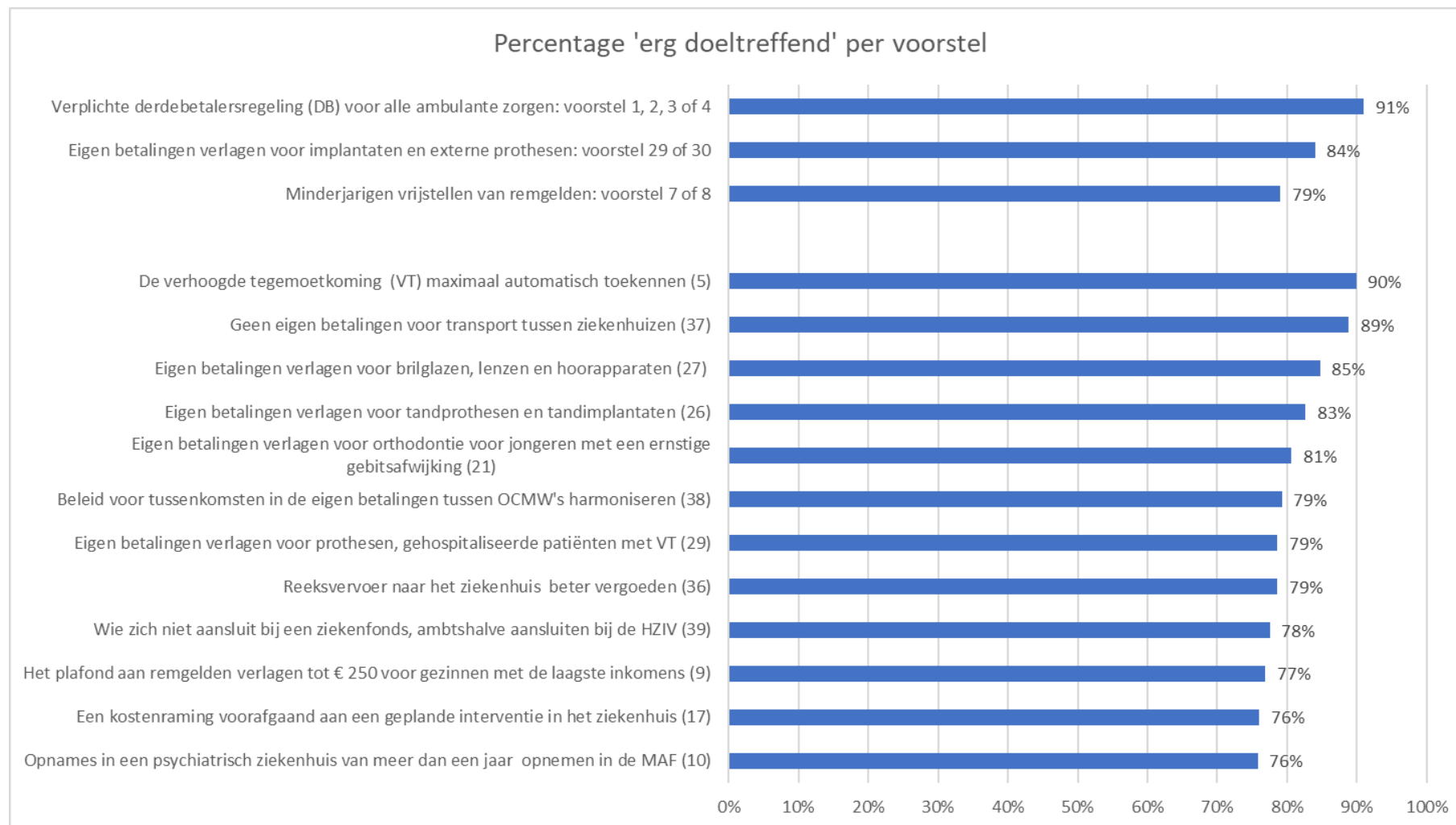
OESO en Europese Unie (2018) Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.

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.

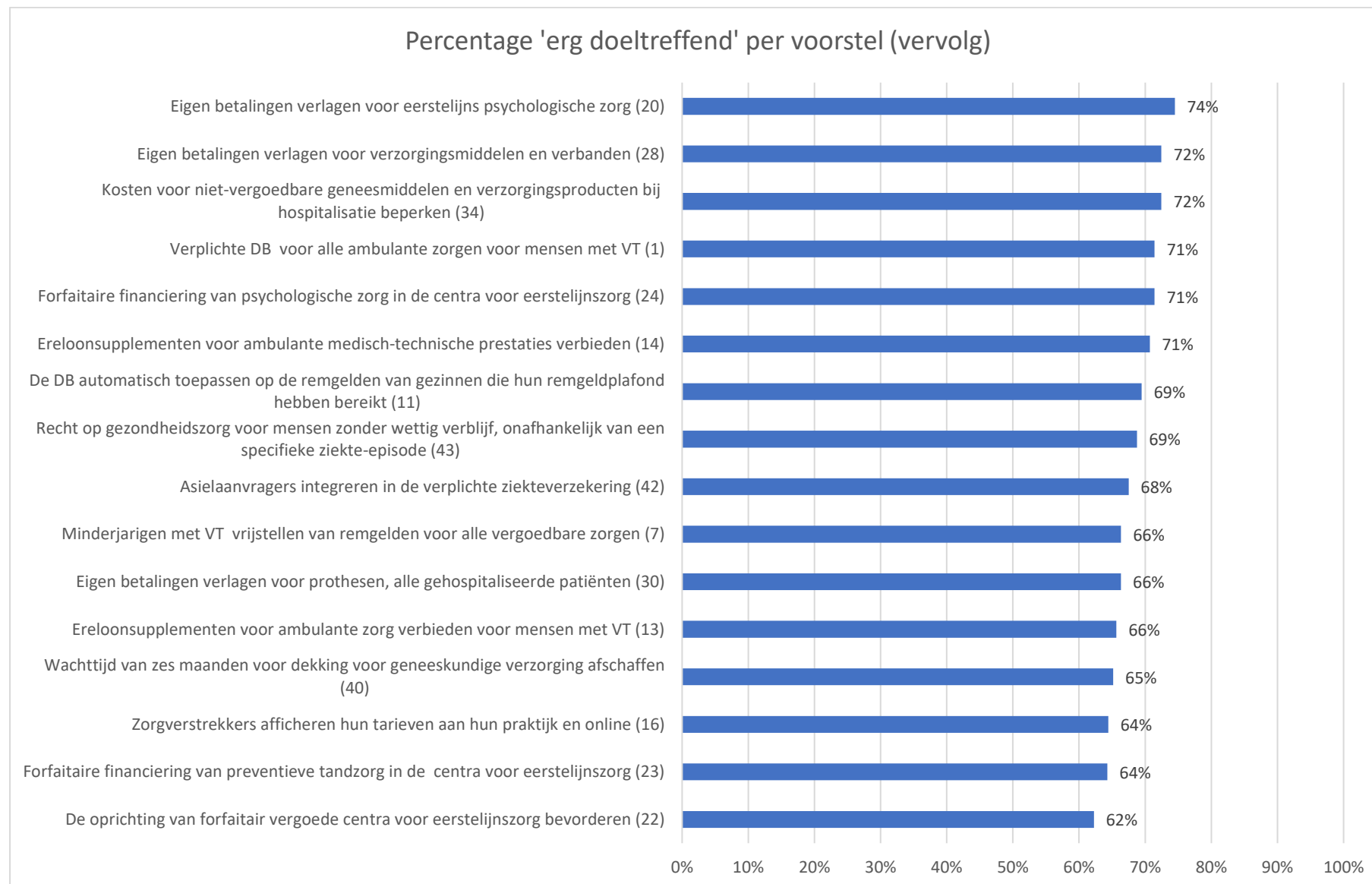
RIZIV (2014) Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Waterloo: Wolters Kluwer België.

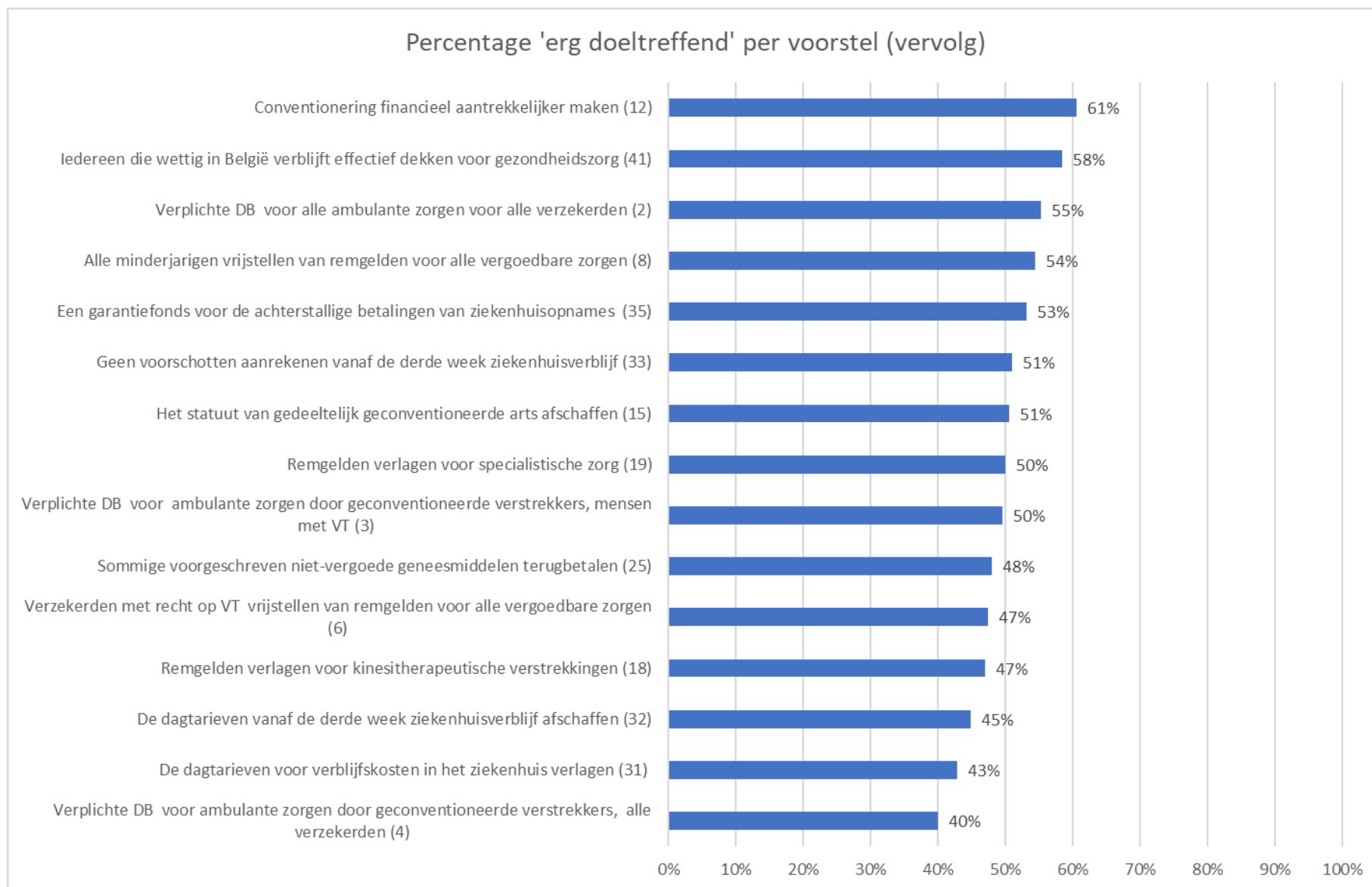
## Bijlage 1: Figuren

**Figuur 2: Percentage respondenten dat een score 'erg doeltreffend' geeft per voorstel\***

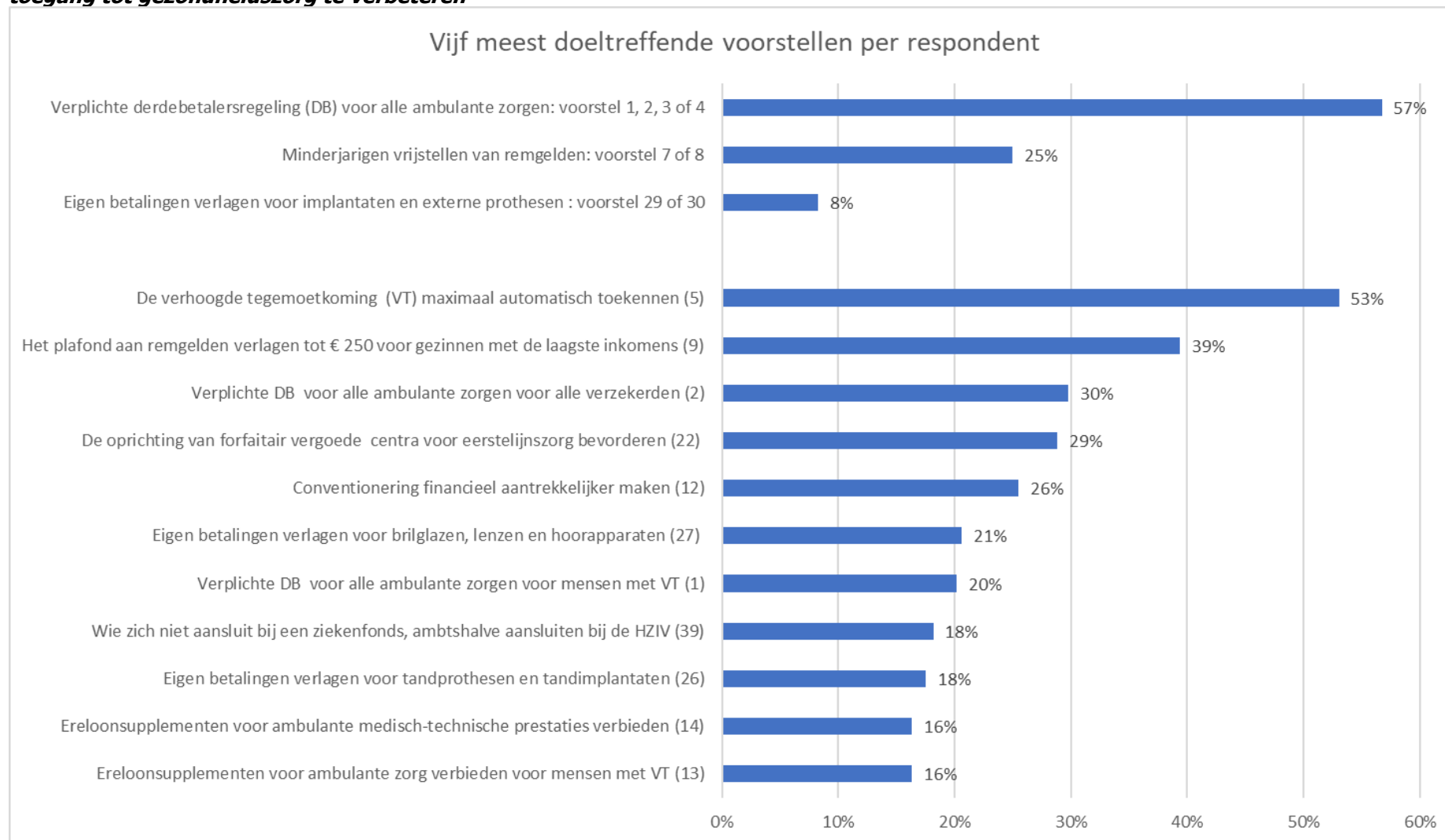


\* De cijfers tussen haakjes verwijzen naar het nummer van het voorstel, zie Bijlage 2

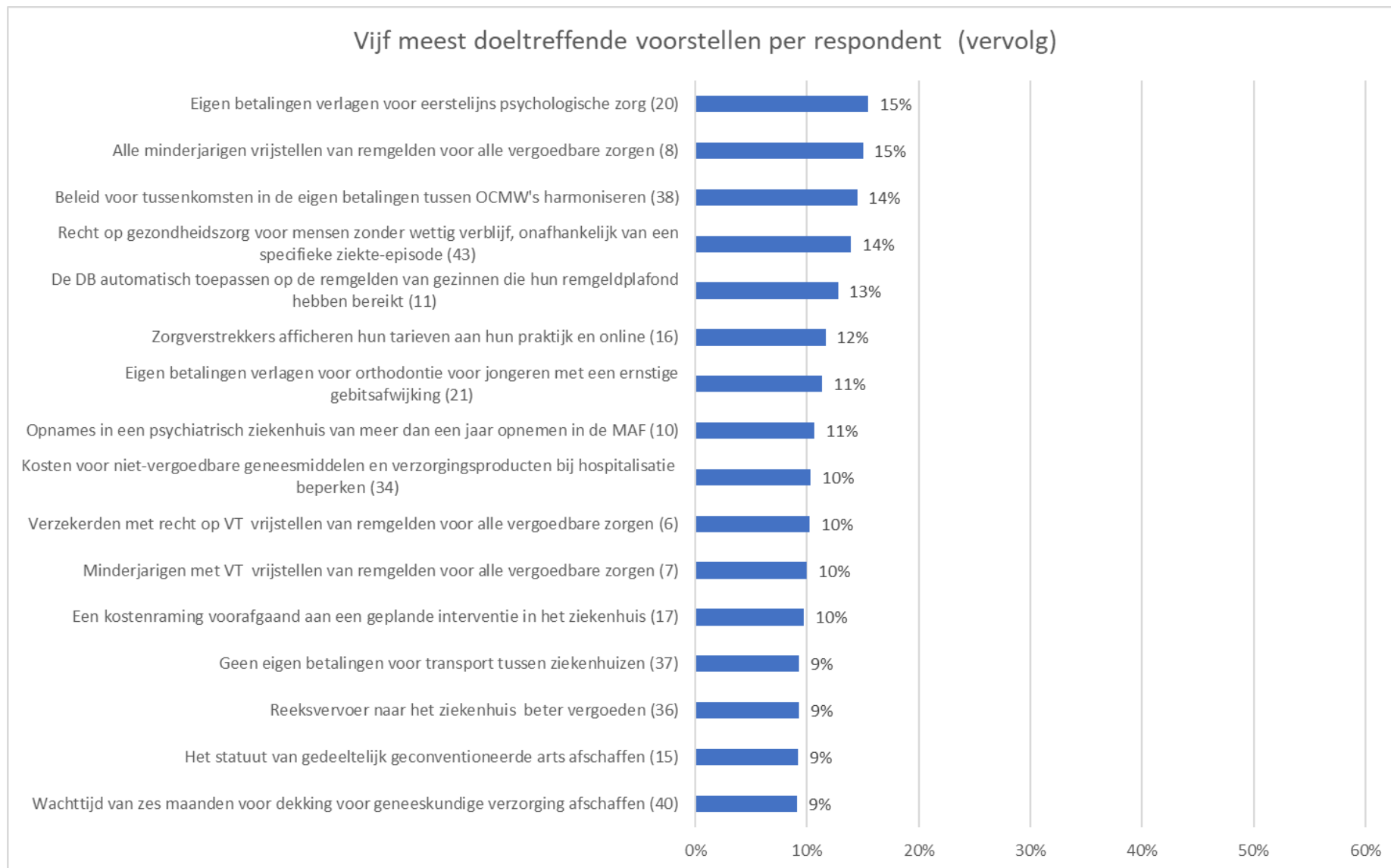


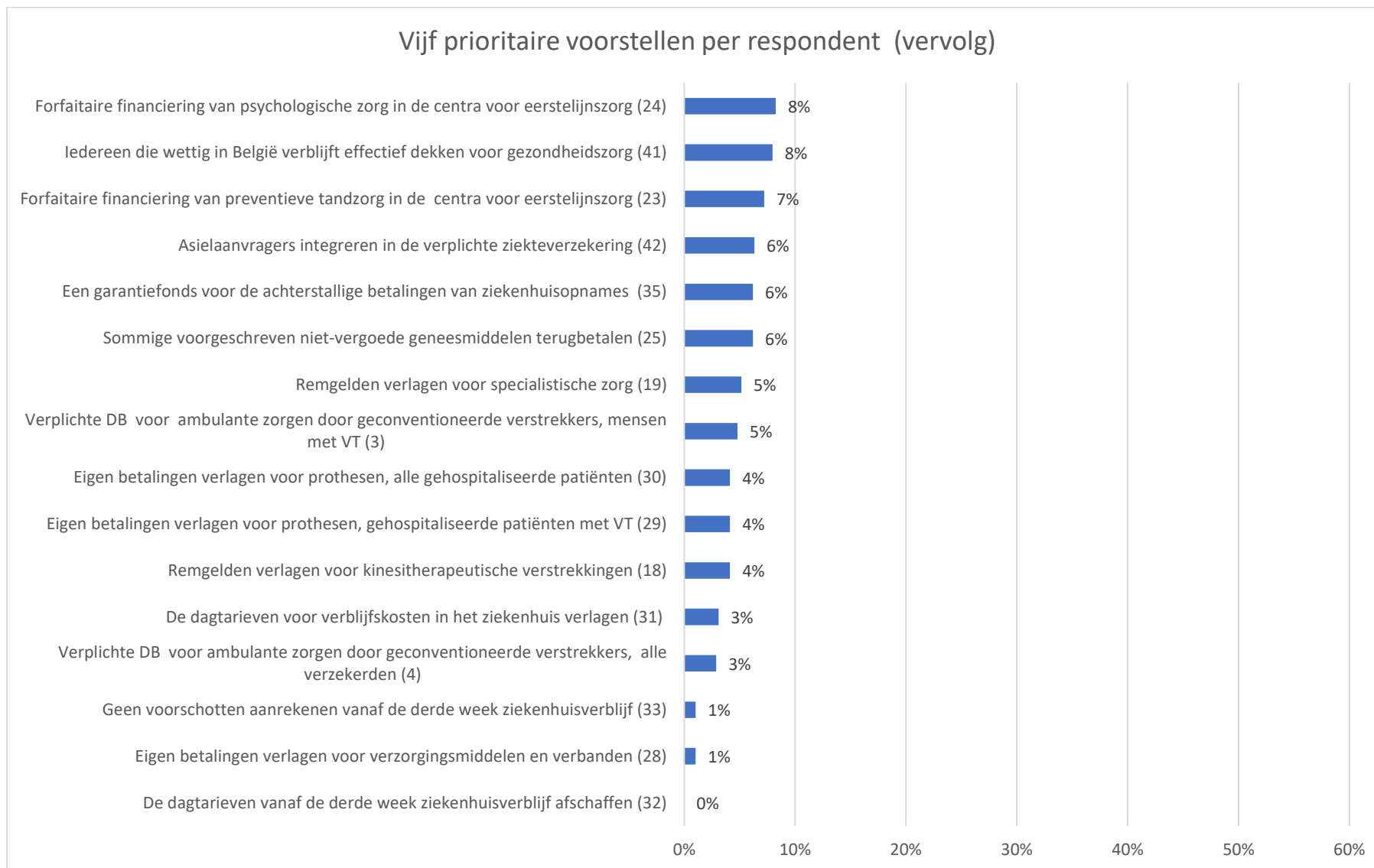


**Figuur 3: Percentage respondenten dat het voorstel selecteerde als één van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren\***



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







## **Bijlage 2: De beleidsvoorstellen die in de bevraging werden afgetoetst**

### **1. Hervorming van de verplichte derdebetalersregeling**

1. De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor verzekerden met een verhoogde tegemoetkoming (*variant a*).
2. De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen voor alle verzekerden (*variant b*).
3. De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor verzekerden met verhoogde tegemoetkoming (*variant c*).
4. De verplichte derdebetalersregeling toepassen op alle ambulante zorgen verstrekt door geconventioneerde verstrekkers, voor alle verzekerden (*variant d*).

### **2. Hervorming van het stelsel van verhoogde tegemoetkoming**

5. De verhoogde tegemoetkoming maximaal automatisch toekennen.
6. Verzekerden met recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen.

### **3. Gezinnen beschermen tegen kosten voor gezondheidszorg voor kinderen**

7. Minderjarigen met recht op verhoogde tegemoetkoming volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen (*variant a*).
8. Alle minderjarigen volledig vrijstellen van remgelden voor alle vergoedbare zorgen (*variant b*).

### **4. Hervorming van de maximumfactuur**

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.

### **5. Beperking van ereloonsupplementen**

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.

## **6. Meer transparantie voor patiënten over de eigen betalingen**

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.

## **7. Eigen betalingen voor specifieke zorgen verminderen**

### **(a) Ambulante zorg**

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.

### **(b) Geneesmiddelen in ambulante zorg**

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

### **(c) Medische hulpmiddelen**

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 (*variant a*).
30. De eigen betalingen verlagen voor implantaten en externe prothesen, voor alle gehospitaliseerde patiënten (*variant b*).

### **(d) Ziekenhuisopname**

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.

#### **(e) Vervoerskosten**

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.

### ***8. De tussenkomst van de OCMW's in de eigen betalingen van sociaal verzekerde patiënten hervormen***

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

### ***9. De hele bevolking effectief dekken voor gezondheidszorg***

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.

### ***10. Recht op medische verzorging voor asielaanvragers en personen zonder wettig verblijf verbeteren***

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.

## 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 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.