

Stappenplan voor het opstellen van het actieplan

***“Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële
toegang tot gezondheidszorg”***

1. Waarom een actieplan?

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 zorg in België, opgesteld door het RIZIV en Dokters van de Wereld in 2014, identificeerde een reeks bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen met problemen in de toegang tot de gezondheidszorg ⁽¹⁾. Het gaat hierbij onder meer over migranten, asielzoekers, gedetineerden, sekswerkers, druggebruikers en thuislozen.

Uit internationale en nationale rapporten blijkt echter dat niet alleen voor deze specifieke groepen belangrijke drempels voor toegang tot gezondheidszorg 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):

- De Europese Commissie wees er in haar analyses in het kader van het Europees Semester meermaals op dat het verschil in onvervulde medische behoeften tussen het

¹. RIZIV (2014) Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Waterloo: Wolters Kluwer Belgium.

armste en het rijkste inkomenskintiel in België het grootste is van alle westelijke EU-landen en boven het EU-gemiddelde ligt ⁽²⁾. Ook het *Country Health Profile* voor België, gepubliceerd door de OESO benadrukt deze ongelijkheid ⁽³⁾ ⁽⁴⁾.

- Nog steeds volgens de OESO worden de eigen betalingen in België vooral bepaald door de verkoop van geneesmiddelen en intramurale zorg ⁽⁵⁾. De OESO en de Europese Commissie merken op dat in vergelijking met de andere EU-landen de dekking van ziekenhuiskosten door de verplichte ziekteverzekering in België zwak is (77% van alle ziekenhuiskosten). Onder de EU-landen is de verplichte dekking van ziekenhuiskosten alleen lager in Griekenland, Ierland en Cyprus ⁽⁶⁾. Van de totale eigen betalingen voor gezondheidszorg wordt 27% besteed aan intramurale zorg in België (2015). Van de landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is dit aandeel alleen hoger in Griekenland ⁽⁷⁾.
- Het Belgische rapport over de performantie van het gezondheidszorgsysteem, opgesteld door het KCE ism het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en Sciensano ⁽⁸⁾ bevestigt dat, in vergelijking met andere Europese landen, het aandeel personen dat medische onderzoeken uitstelt om financiële redenen voor het laagste inkomenskintiel bij de hoogste in Europa is ⁽⁹⁾ (6,7% in België vergeleken met een EU-gemiddelde van 3,0% voor medische zorgen in 2017). Daarenboven nam dit percentage in de loop der jaren toe. Het rapport stelt ook vast dat minder bevoordeelde groepen een lagere deelname aan kankerscreening, minder frequente tandartsbezoeken en een hoger gebruik van geneesmiddelen hebben. Volgens een

2. Het meest recente rapport: Europese Commissie, Landverslag België 2020, werkdocument van de diensten van de Commissie bij de mededeling van de Commissie Europees Semester 2020: beoordeling van vooruitgang bij structurele hervormingen, preventie en correctie van macro-economische onevenwichtigheden en resultaten van diepgaande evaluatie ingevolge Verordening (EU) nr. 1176/2011; COM(2020) 150 final, Brussel, 26.2.2020, SWD(2020) 500 final.

3. OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) België: Landenprofiel gezondheid 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussel.

4. Beide rapporten baseren zich op de gegevens van de EU-SILC enquête, de enquête van de Europese Unie over inkomen en levensomstandigheden.

5. Op basis van de Health accounts-methodologie (SHA) ontwikkeld door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en het Europees bureau voor statistiek (Eurostat), en dit in samenwerking met hun lidstaten. (<https://socialsecurity.belgium.be/nl/cijfers-van-sociale-bescherming/gezondheidsuitgaven-ten-laste-van-huishoudens-sha>).

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

7. OECD (2017) Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.

8. Devos C., *et al.* Performance of the Belgian Health System – Report 2019, Health Services Research, KCE Reports 313C. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

9. 20% van de bevolking met het laagste inkomen: De bevolking wordt ingedeeld in vijf inkomenscategorieën, van de laagste inkomenscategorie (20% van de bevolking) tot de hoogste inkomenscategorie (20% van de bevolking).

recente studie van het KCE, die het performantierapport aanvult, heeft tussen 2% en 5% van de huishoudens te maken met catastrofale eigen betalingen, wat betekent dat uitgaven voor gezondheidszorg meer dan 40% van het besteedbare gezinsbudget uitmaken, na aftrek van uitgaven voor basisbehoeften ⁽¹⁰⁾.

- De Belgische gezondheidsenquête (2018) wijst eveneens op belangrijke ongelijkheden in financiële toegang tot gezondheidszorg ⁽¹¹⁾: een kwart van de huishoudens (27,7%) behorend tot het laagste inkomenskwintiel geeft aan dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn. In deze groep stelt 18,4% van de huishoudens dat ze genoodzaakt is medische consumptie uit te stellen. Deze percentages dalen systematisch in het tweede, derde en vierde inkomenskwintiel. In het hoogste kwintiel geeft nog 6,3% van de huishoudens aan het moeilijk te hebben met uitgaven voor gezondheidszorgen en geeft 2,5% van de huishoudens aan dat ze genoodzaakt is medische consumptie uit te stellen ⁽¹²⁾. De noodzaak medische consumptie uit te moeten stellen treft bovendien vooral eenoudergezinnen (22,6% van alle eenoudergezinnen).

2. Naar een actieplan met concrete voorstellen

Tegen de achtergrond van deze vaststellingen, gaf het RIZIV het Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE) de opdracht om een actieplan voor het wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg in België voor te bereiden. Hiertoe maakte het OSE eerst een analyse van de ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg in België ⁽¹³⁾.

Voor het uitwerken van het actieplan werd een stuurgroep opgericht met patiëntenverenigingen, ziekenfondsen, bevoegde federale overheidsdiensten en zorgverleners aan mensen in precaire sociaal-economische situaties ⁽¹⁴⁾. De stuurgroep zal het proces voor

¹⁰. 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, Brussel, Health Services Research (HSR), Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

¹¹. S. Demarest, R. Charafeddine, S. Drieskens en F. Berete. Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Brussel, Sciensano; D/2020/14.440/15. www.gezondheidsenquête.be

¹². Een vergelijking tussen de resultaten van de EU-SILC enquête en de Belgische gezondheidsenquête is moeilijk vermits de gezondheidsenquête onvervulde zorgbehoeften op gezinsniveau meet en meer uitgavenposten bevat (bijvoorbeeld bril of contactlenzen).

¹³. Cès, S. en Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussel: European Social Observatory, July 2020, 183 p. Nederlandstalige en Franstalige synthese online beschikbaar <http://www.ose.be/EN/publications.htm>

¹⁴. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu; FOD Sociale Zekerheid; POD Maatschappelijke Integratie; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); Sciensano; Hulpkas

de opstelling van het actieplan begeleiden en ondersteunen en het actieplan goedkeuren voordat het aan de bevoegde minister(s) wordt overhandigd. De coördinatie van de voorbereiding en het uitschrijven van het actieplan gebeurt door het OSE.

Het actieplan zal een waaier aan concrete maatregelen voorstellen om de financiële toegang tot en betaalbaarheid van gezondheidszorg voor kwetsbare socio-economische groepen te verbeteren. Het zal gericht zijn op beleidsinitiatieven die door de federale overheid op relatief korte termijn kunnen genomen worden en wijst waar nodig op de mogelijke wisselwerking met initiatieven op andere beleidsniveaus (Europees, gefedereerde entiteiten, lokaal).

Tevens zal het actieplan voorstellen doen voor nieuwe instrumenten om het beleid voor de verbetering van toegang tot en betaalbaarheid van gezondheidszorg te schragen of om bestaande instrumenten te verbeteren. Dit omvat instrumenten om toegang tot en betaalbaarheid van gezondheidszorg te meten, te monitoren en te evalueren.

De reikwijdte van het actieplan zal worden beperkt tot thema's met betrekking tot **financiële toegang tot gezondheidszorg en de impact van gezondheidsuitgaven op het beschikbare gezinsbudget**. Aanbevelingen over andere dimensies zoals beschikbaarheid van diensten (bijvoorbeeld beschikbaarheid van geconventioneerde verstrekkers, afstand tot zorg), informatie over het gezondheidszorgsysteem, taal en digitale geletterdheid komen enkel aan bod in de mate dat ze een impact hebben op financiële toegang tot gezondheidszorg. Initiatieven in andere beleidsdomeinen dan gezondheidszorg, die een belangrijke impact kunnen hebben om de betaalbaarheid van gezondheidszorg te verbeteren, bijvoorbeeld op het vlak van inkomensbescherming en de hoogte van uitkeringen, worden niet verder uitgewerkt in de aanbevelingen.

De voorstellen zullen worden gekaderd binnen een globale lange-termijn visie over gezondheidsbeleid, met aandacht voor de complexe interactie tussen financiële barrières en andere obstakels voor toegang tot gezondheidszorg (socio-cultureel, gezondheidsgelletterdheid,...). De nodige aandacht zal worden besteed aan de systemische

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 (INAMI).

karakteristieken van het gezondheidszorgstelsel die een impact kunnen hebben op toegang tot gezondheidszorg en betaalbaarheid van zorgen, zoals het verzekeringskarakter, het conventioneringssysteem en de betaling per prestatie.

De voorstellen zullen zo concreet mogelijk worden uitgewerkt. In de mate dat hierover materiaal beschikbaar is, wordt geëvalueerd wat het te verwachten effect van de maatregelen is en voor welke sociale groepen de hervorming gevolgen zouden hebben. De aanbevelingen worden waar mogelijk onderbouwd met de beschikbare *evidence* en met ervaringen uit andere landen. Actiepunten die de grootste impact hebben op het verbeteren van de toegang tot gezondheidszorg worden prioritair naar voor geschoven.

3. Voorbereiding van het actieplan

Ter voorbereiding van het actieplan zal de bestaande kennis gebundeld worden over volgende aspecten:

- Betaalbaarheid van gezondheidszorgen: welke groepen hebben de belangrijkste problemen, voor welke types van zorgen, en welke systeemkenmerken hebben een impact op de betaalbaarheid?
- De doeltreffendheid van de bestaande beleidsinstrumenten om de betaalbaarheid van gezondheidszorg te verbeteren;
- De doeltreffendheid van de bestaande instrumenten om de betaalbaarheid van gezondheidszorg te meten en te evalueren;
- Ervaringen in andere landen;
- De beleidsvoorstellen geformuleerd door onderzoekers en stakeholders om de betaalbaarheid van gezondheidszorg te verbeteren en om de impact van het beleid te monitoren, meten en evalueren;
- Het draagvlak voor hervormingen bij de actoren in de gezondheidszorg.

Om deze kennis te bundelen, worden volgende initiatieven genomen:

- Een **analyse van bestaande studies, rapporten en beschikbare data**;
- **Bilaterale contacten** met overheidsdiensten, experts en onderzoeksinstituten en in het bijzonder input van de leden van de stuurgroep;
- Een **online bevraging** bij: 1) de actoren betrokken bij de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering; 2) patiëntenorganisaties; 3) koepelorganisaties actief op het

domein van sociale insluiting van kwetsbare sociaal-economische groepen; en 4) experts in het domein van de gezondheidszorg, sociaal beleid en armoede. Deze bevraging zal peilen naar de houding van de actoren ten aanzien van hervormingsvoorstellen en hun bereidheid om eraan mee te werken. De bevraging moet inzicht geven in de mogelijke ongewenste neveneffecten en praktische obstakels voor de implementering van hervormingen; de randvoorwaarden om een hervorming succesvol door te voeren en de wenselijkheid van flankerende maatregelen.

De prioritaire thema's voor het actieplan en de online bevraging worden in de stuurgroep bepaald, op basis van een inventaris van bestaande beleidsvoorstellen die het OSE opstelt. Prioriteiten worden bepaald in overeenstemming met het regeerakkoord en de beleidsverklaring van minister Frank Vandenbroucke. Dit betekent dat aandacht in het bijzonder zal gaan naar: toegankelijkheid; onvervulde medische noden; non take-up van rechten en ereloon- en kamersupplementen. Ook zal er aansluiting gezocht worden met de aanpak die België zal voorstellen in het kader van de EU aanbeveling over toegang tot sociale bescherming.

4. Timing voor de uitwerking van het actieplan

- **Januari/februari/maart 2021**
 - olijsten van mogelijke hervormingen
 - identificatie van de prioriteiten door de stuurgroep
 - opstellen van de vragenlijst voor de bevraging van experts en belanghebbenden

- **April/mei 2021**
 - online bevraging van experts en belanghebbenden
 - analyse van bestaande studies, rapporten en beschikbare data
 - verwerken van de resultaten van de bevraging
 - onderbouwing en concretisering van de beleidsvoorstellen
 - opstellen van het ontwerprapport met conclusies over de belangrijkste bevindingen en voorstellen voor prioritaire aanbevelingen

- **Juni 2021**
 - ontwerprapport voor feedback naar de leden van stuurgroep en de beleidscel

- feedback van leden van de stuurgroep

- ***Juli/augustus/september 2021***
 - herwerking van het rapport

- ***September 2021***
 - het eindrapport wordt overgemaakt aan de bevoegde minister(s)