

15 dec 2020 -01:00

Kan iedereen met dezelfde zorgbehoeften evenveel en even vlot gebruik maken van gezondheidszorg?

Spijtig genoeg heeft niet iedereen een goede gezondheid, en dezelfde behoefte aan zorg. In onze Belgische gezondheidszorg, die gebaseerd is op solidariteit, wil men deze ongelijkheid zoveel mogelijk opvangen. Maar krijgen mensen met dezelfde behoefte aan gezondheidszorg er in ons land wel in dezelfde mate toegang toe? Of anders gezegd, is de toegang tot onze zorg billijk? Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ging dit met een nieuwe methode na. Financiële problemen blijken een billijke toegang tot zorg te belemmeren, vooral dan tot de specialist en de tandarts, zelfs in die mate dat er Belgen zijn die deze zorg uitstellen of helemaal niet gebruiken. Een belangrijke reden hiervoor zijn de kosten die de patiënt uit eigen zak moet betalen, of moet voorschieten. In 4% van de gezinnen vormen de uitgaven voor zorg zelfs meer dan 40% van de totale uitgaven. Dankzij een aantal beschermingsmaatregelen, zoals de verhoogde tegemoetkoming, wordt deze onbillijkheid wel afgezwakt, maar er is nog ruimte voor verbetering in de bescherming tegen remgeld en de steeds stijgende supplementen.

Het is algemeen geweten dat mensen uit kwetsbare groepen gemiddeld meer gezondheidsproblemen hebben, en dus ook meer nood hebben aan gezondheidszorg. In de Belgische verplichte ziekteverzekering is solidariteit een belangrijk principe, waarbij men deze ongelijkheden in gezondheid zoveel mogelijk wil opvangen: gezonde burgers betalen mee voor de gezondheidszorg van de minder gezonden. Maar is de toegang tot ons systeem ook billijk? Of anders gezegd, is onze gezondheidszorg even toegankelijk voor mensen met dezelfde zorgbehoeften? Of veroorzaakt de socio-economische status daar verschillen, en zijn deze doorheen de jaren geëvolueerd?

Om dit na te gaan werkte het KCE een methode uit om zorggebruik te corrigeren voor zorgnood. Deze methode, en de daaruit voortkomende resultaten, vormen het belangrijkste verschil met eerder onderzoek naar billijkheid in de zorg in België. De gebruikte gegevens dateren van vóór de COVID-crisis.

Meer onbillijkheid door financiële problemen

Na rekening te houden met verschillen in zorgnood, stelde het KCE vast dat mensen in een financieel kwetsbare situatie (o.a. werklozen, alleenstaanden, mensen met risico op armoede) minder vaak naar een specialist gaan, en dat ze ook aanzienlijk minder gebruik maken van tandzorg dan gemiddeld. Hogere inkomens maken er dan weer meer dan gemiddeld gebruik van. Zelfs huisartsen worden minder bezocht door financieel kwetsbare groepen, behalve wanneer ze gebruik maken van de verhoogde tegemoetkoming. Anderzijds gaan deze groepen meer naar de spoed, want voor die zorg moeten ze niet onmiddellijk ter plaatse betalen. Het gebruik van zorg in het (dag)ziekenhuis en van medicatie ligt in lijn met de zorgnood van de mensen, en blijkt dus vrij billijk te zijn.

Toenemend aantal mensen stelt zorg uit

Een directe aanwijzing van billijke toegang tot zorg is het aandeel mensen dat zorg uitstelt of niet gebruikt om financiële redenen. Dit aandeel nam sterk toe doorheen de tijd: voor medische zorg (vooral specialistische) van 0,5% (2008) van de volwassen bevolking naar 2,3% in 2016; voor tandzorg van 1,6% (2008) naar 3,7% (2016). Deze resultaten zijn slechter dan in onze buurlanden. Opmerkelijk is dat ook de

gezinnen met hogere inkomens tandzorg uitstellen.

Een grote meerderheid van mensen die zorg uitstellen heeft geen buffer om onverwachte uitgaven op te vangen, terwijl ze net veel nood aan zorg hebben. Zij moeten soms een keuze maken tussen basisbehoeften (voedsel, nutsvoorzieningen, huisvesting en hygiëne) en gezondheidszorg. In 2016 kon 36% tot 54% van deze mensen zich niet om de andere dag een warme maaltijd veroorloven. Bijna de helft van hen valt terug op een leefloon of een invaliditeitsuitkering.

Belgische patiënt betaalt groot aandeel uit eigen zak

Een belangrijke reden waarom mensen zorg uitstellen of helemaal niet gebruiken is dat ze een gedeelte zelf moeten betalen (remgelden en supplementen), en/of de kosten eerst moeten voorschieten, en dan wachten op terugbetaling. Voor gezinnen met beperkte financiële middelen kan dit een zware financiële last betekenen.

In België vertegenwoordigen deze eigen betalingen ongeveer 19% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Hierdoor bevindt België zich ruim boven het niveau van onze buurlanden.

We stelden vast dat in 2018 ongeveer 4% van de gezinnen te maken hadden met 'catastrofale' eigen betalingen. Dat wil zeggen dat uitgaven voor zorg meer dan 40% uitmaken van de totale gezinsuitgaven (na aftrek van uitgaven voor basisbehoeften). Gezinnen met lage inkomens hebben meer kans om catastrofale eigen betalingen te hebben. Bij hen gaan de meeste eigen betalingen naar geneesmiddelen, ambulante zorg en paramedische diensten.

Bescherming tegen remgelden uitbreiden en automatisch toekennen

Mensen die zorg uitstellen om financiële redenen zijn vaak al gedekt door één of meerdere beschermingsmaatregelen, zoals de verhoogde tegemoetkoming, de maximumfactuur of het statuut van persoon met een chronische aandoening. Toch blijken deze maatregelen de financiële toegankelijkheid van zorg onvoldoende te garanderen

Mensen die genieten van een verhoogde tegemoetkoming betalen minder remgeld, en de huisarts is verplicht om de derdebetalersregeling toe te passen. De huisarts wordt in dat geval rechtstreeks vergoed door de ziekteverzekering, zo moet de patiënt niet het hele honorarium voorschieten maar alleen het remgeld betalen. Het KCE stelde vast dat de toegang tot huisartsenzorg voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming hierdoor verbeterd is. Dit geldt echter niet voor toegang tot de specialist en de tandarts, waar de verplichte derdebetalersregeling niet geldt. Deze regeling wordt dan ook best uitgebreid naar tandartsen en specialisten.

Ook is het zorgwekkend dat een belangrijk deel van de mensen in armoede niet van deze verhoogde tegemoetkoming geniet, omdat ze deze zelf moeten aanvragen. Dit recht zou daarom zoveel mogelijk automatisch moeten toegekend worden.

Daarnaast beschermt ook de maximumfactuur financieel kwetsbare gezinnen tegen hoge remgelden: als de remgelden (niet de supplementen) een bepaald plafond overschrijden, betaalt de ziekteverzekering de bijkomende remgelden volledig terug. Het KCE pleit ervoor om een bijkomend lager plafond te voorzien voor de armste inkomensgroepen.

Betere bescherming tegen steeds stijgende supplementen

De stijging van de eigen betalingen voor zorg doorheen de tijd wordt voornamelijk veroorzaakt door de toename van supplementen en slechts in beperkte mate door een toename van remgelden. De huidige beschermingsmaatregelen zijn echter vooral gericht op het beperken van remgelden en bieden weinig bescherming tegen supplementen. Dit zou dan ook verbeterd moeten worden.

Bredere aanpak nodig, met een armoedetoets

Verder is een meer billijke toegang tot gezondheidszorg niet enkel realiseerbaar via het gezondheidszorgbeleid. Inkomens(zekerheid), leef- en arbeidsomstandigheden zijn essentieel en vragen een bredere intersectorale aanpak waarbij werk-, onderwijs-, woon-, armoede- en sociaal beleid elkaar moeten versterken. Een armoedetoets, die de impact van nieuwe beleidsvoorstellen evalueert, kan beleidsmakers helpen om geïnformeerde beslissingen te nemen.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be