

Kunnen mensen zich gezondheidszorg veroorloven?

Samenvatting van het Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) rapport

Sigrid Vancorenland – Studiedienst

Samenvatting

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) publiceerden een rapport over de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg in België voor de periode 2012-2022. Dit rapport maakt deel uit van een aantal landenrapporten om de financiële bescherming in Europa te monitoren. Deze rapporten bieden de verschillende landen bewijsmateriaal van de sterktes en zwaktes van de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg in hun land. Hiermee kunnen ze aan de slag om te komen tot een universele ziekteverzekering waar iedereen recht heeft op kwaliteitsvolle gezondheidszorg zonder een risico te lopen op financiële problemen.

Het rapport toont aan dat 5,2% van de Belgische gezinnen zogenaamde 'catastrofale' gezondheidsuitgaven heeft. 1,1% van de gezinnen heeft eigen betalingen die verarmend of verder verarmend zijn. De gezondheidszorg die het vaakst voor financiële problemen zorgt, zijn medische hulpmiddelen (zoals gehoorapparaat, brillen, enz.), diagnostische testen en paramedici (zoals kinesist, revalidatie, enz.), tandzorg en klassieke hospitalisatie. Gezinnen met de laagste inkomens komen vooral in de financiële problemen door uitgaven voor ambulante geneesmiddelen, diagnostische testen en paramedici en ambulante zorg.

Het rapport brengt ook de belangrijkste belemmeringen voor toegankelijke zorg in kaart. Zo is 1% van de Belgische bevolking niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Daarenboven is de dekking in de verplichte ziekteverzekering van tandzorg, medische hulpmiddelen en vrij verkrijgbare geneesmiddelen beperkt. De meeste ambulante zorg moet door de patiënt eerst voorgeschieden worden en wordt pas achteraf terugbetaald. Eigen bijdragen zijn van toepassing op nagenoeg alle gezondheidszorg en er is geen vrijstelling van remgelden voor lage-inkomensgroepen. De bestaande mechanismen om mensen te beschermen tegen remgelden bieden onvoldoende bescherming voor de lage inkomens. Om de hiaten in de verplichte ziekteverzekering te verhelpen zijn er de verplichte aanvullende verzekeringen en vrije verzekeringen, maar rijkere gezinnen zijn hierdoor beter beschermd dan arme gezinnen.

Het rapport formuleert tot slot enkele aanbevelingen om de financiële toegankelijkheid tot zorg te verbeteren.

Sleutelwoorden: Financiële moeilijkheden, gezondheidszorg, toegankelijkheid, Wereldgezondheidsorganisatie, KCE, 'catastrofale' gezondheidsuitgaven, verplichte ziekteverzekering, voor u gelezen

Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) publiceerden een rapport over de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg in België. Deze studie maakt deel uit van een serie van landenrapporten met als doelstelling de financiële bescherming - betaalbare toegang tot gezondheidszorg - in Europa te monitoren. Financiële bescherming is essentieel in een universele ziekteverzekering en is een kerndimensie van de performantie van een gezondheidssysteem. De universele ziekteverzekering heeft tot doel dat iedereen een beroep moet kunnen doen op gezondheidszorg van hoge kwaliteit, zonder een risico te lopen op financiële problemen. De WHO wil met deze monitoring via landenrapporten beleidsmakers voorzien van voldoende bewijsmateriaal (factoren die de financiële bescherming versterken en ondermijnen) dat ze kunnen gebruiken om te komen tot universele gezondheidsdekking. Het gepubliceerde rapport evalueert in welke mate Belgen financiële moeilijkheden ervaren wanneer ze een beroep doen op gezondheidszorg en of financiële drempels leiden tot onvervulde zorgbehoeften. De onderzoeksperiode liep van 2012 tot 2022 en de evaluatie gebeurde op basis van microdata van het huishoudbudgetonderzoek van Statbel.

voor gezondheidszorg zijn verarmend als ze samen met de uitgaven voor basisbehoeften hoger zijn dan de financiële middelen van het gezin. Eigen betalingen zijn verder verarmend als de financiële middelen van het gezin niet volstaan om te voorzien in de basisbehoeften. Het gezin wordt dan als arm beschouwd en eigen betalingen voor gezondheidszorg zijn dan verder verarmend.

In 2020 wordt 5,2% van de gezinnen geconfronteerd met 'catastrofale' eigen betalingen. 1,1% van de gezinnen heeft eigen betalingen die verarmend of verder verarmend zijn. De incidentie van de zogenaamde 'catastrofale' eigen betalingen in België is één van de hoogste in West-Europa. Dit aandeel steeg van 3,8% in 2018 naar 5,2% in 2020. Mensen in het armste kwintiel (12,2%), werklozen (8,5%), inactieven (10,5%) en mensen met een lager opleidingsniveau (8,2%) lopen het hoogste risico op 'catastrofale' gezondheidsuitgaven.

Onvervulde zorgnoden worden gemeten aan de hand van de EU-SILC¹ en de *European Health Interview Survey* (EHIS)². Onvervulde zorgnoden betekent geen gebruik kunnen maken van noodzakelijke zorg om financiële redenen. Hoewel de onvervulde medische zorgbehoeften en tandzorgbehoeften in België vergelijkbaar zijn met het gemiddelde van de Europese Unie (EU), is de kloof tussen de rijkste en armste gezinnen in België aanzienlijk groter dan in andere EU-landen.

1. Hoeveel Belgen ervaren financiële moeilijkheden om hun gezondheidszorg te betalen?

Financiële moeilijkheden wordt gemeten door twee indicatoren: verarmende (of verder verarmende) uitgaven en 'catastrofale' uitgaven. Bij deze indicatoren wordt ervan uitgegaan dat gezinnen een deel van hun financiële middelen moeten voorbehouden voor basisbehoeften (huisvesting, voedsel, nutsvoorzieningen). Het deel van de financiële middelen dat hierna overblijft, is de draagkracht van het gezin. Eigen betalingen voor gezondheidszorg worden beschouwd als 'catastrofaal' als ze hoger zijn dan 40% van deze draagkracht van het gezin. Eigen betalingen

2. Welke gezondheidszorg veroorzaakt het vaakst financiële problemen?

De gezondheidszorg die gemiddeld genomen het sterkst bijdraagt tot 'catastrofale' gezondheidsuitgaven zijn medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld gehoorapparaten, brillen, kunstgebitten en prothesen), diagnostische testen en paramedici (bijvoorbeeld kinesist, revalidatie, osteopathie, chiropractor, psycholoog), tandzorg en klassieke hospitalisatie. Welke gezondheidszorg bijdraagt aan de 'catastrofale' uitgaven verschilt echter wel volgens het in-

1 De EU-SILC is een jaarlijkse enquête naar de inkomens en levensomstandigheden (sociale uitsluiting, woonomstandigheden, arbeid, opleiding en gezondheid) die wordt afgenomen in verschillende landen van de Europese Unie. Op deze manier bestaan er vergelijkbare statistieken tussen deze landen.

2 De European Health Interview Survey (EHIS) is eveneens een enquête die in verschillende Europese landen wordt uitgevoerd en dit eens om de zes jaar. Ze geeft een algemeen beeld op de evolutie van de belangrijkste gezondheidsproblemen bij de bevolking, hun levensstijl en het gebruik van gezondheidszorg(diensten).

komenskwintiel. In de armste gezinnen worden financiële problemen in belangrijke mate veroorzaakt door uitgaven voor ambulante geneesmiddelen, diagnostische testen en paramedici en ambulante zorg. In de rijkste gezinnen is dit eerder door medische hulpmiddelen en tandzorg. Gezinsuitgaven voor medische hulpmiddelen zijn een erg belangrijke factor voor ‘catastrofale’ gezondheidsuitgaven in België – meer dan in andere landen.

3. Wat zijn de belangrijkste belemmeringen tot toegankelijke zorg?

Ten minste 1% van de bevolking in België wordt niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Dit aandeel loopt op tot ten minste 2% in het Brussels Gewest, bij jongere volwassenen (25-40 jaar) en bij zelfstandigen.

De dekking in de verplichte ziekteverzekering van tandzorg, medische hulpmiddelen en vrij verkrijgbare geneesmiddelen is beperkt. Sommige van deze gezondheidszorg is wel geheel of gedeeltelijk gedekt door de verplichte aanvullende verzekering van de ziekenfondsen. Het aanbod verschilt echter per ziekenfonds en de bijdrage hiervoor is een forfaitair bedrag. Dit zorgt ervoor dat gezinnen met de laagste inkomens hier proportioneel gezien meer voor bijdragen dan gezinnen met de hoogste inkomens.

De meeste ambulante zorg valt niet onder de verplichte derdebetalersregeling, waardoor de patiënt de kosten eerst moet voorschieten en pas achteraf een (gedeeltelijke) terugbetaling krijgt. Al komt hier wat beweging in, sinds 2015 is er de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling bij huisartsen voor personen met het statuut verhoogde tegemoetkoming (VT). En sinds 2022 hebben alle zorgverleners de mogelijkheid om bij alle patiënten af te rekenen via het derdebetalerssysteem, maar dit is geen verplichting.

Eigen bijdragen zijn van toepassing op nagenoeg alle gezondheidszorg, ze zijn complex en er is geen vrijstelling van remgelden specifiek gericht op lage-inkomensgezinnen. Dit laatste is hoogst ongebruikelijk bij gezondheidsystemen in hoge inkomenslanden. Hoewel er meerdere mechanismen bestaan om mensen te beschermen tegen

remgelden, bieden ze onvoldoende bescherming voor mensen met lage inkomens. Zo komt bijvoorbeeld de verhoogde tegemoetkoming (VT) niet terecht bij iedereen die hier recht op heeft. Het rapport haalt aan dat dit komt omdat dit statuut enkel automatisch wordt toegekend aan personen die al van een ander sociaal voordeel genieten. De andere potentieel rechthebbenden moeten dit statuut aanvragen en een hele procedure doorlopen.

Hiaten in de dekking van gezondheidszorg en eigen betalingen worden gedeeltelijk opgevangen door een combinatie van verplichte aanvullende verzekering en vrijwillige ziekteverzekering (bijvoorbeeld facultatieve hospitalisatieverzekering), maar rijkere gezinnen zijn vaker beter beschermd via een vrijwillige ziekteverzekering dan armere gezinnen.

4. Hoe kan België de financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg verbeteren?

Het rapport benadrukt dat de Belgische overheid reeds stappen heeft gezet om de toegankelijkheid tot zorg en de financiële bescherming te versterken. Er kan echter meer ingezet worden op het vereenvoudigen van de ongebruikelijke complexiteit in het design van de Belgische ziekteverzekering en hierin die elementen aan te pakken die mensen met risico op armoede of sociale uitsluiting systematisch benadelen.

Het rapport doet onder andere de volgende aanbevelingen:

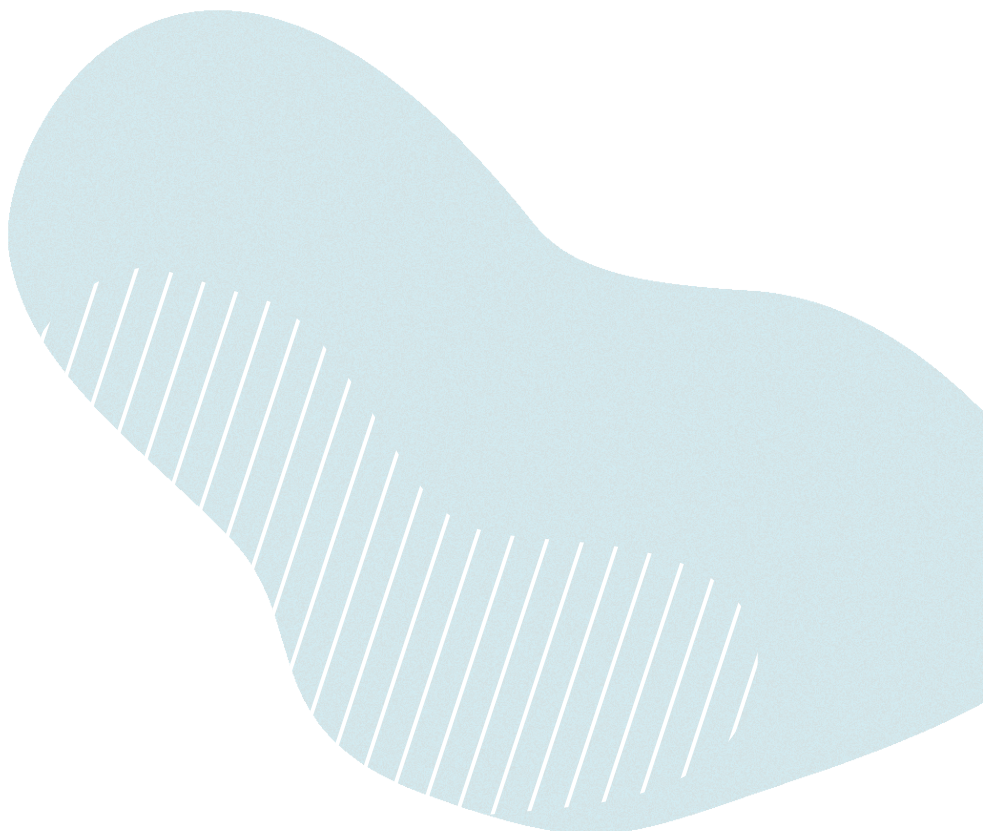
- Ervoor zorgen dat de verplichte ziekteverzekering de volledige bevolking dekt, zodat iedereen verzekerd is.
- Afschaffen van het systeem met voorschieten en achteraf terugbetaling voor alle gezondheidszorg in het verzekerd pakket. Concreet betekent dit de derdebetalersregeling invoeren voor alle gezondheidszorg in het verzekerd pakket.
- Automatisch toekennen van het recht op de verhoogde tegemoetkoming (verminderde remgelden) aan alle rechthebbenden, om administratieve barrières weg te nemen.

- Opnemen van remgelden voor voorgeschreven maar niet-vergoedbare geneesmiddelen en langdurige psychiatrische zorg in het plafond van de maximumfactuur (MAF). Bewustwording en transparantie bevorderen over het toepasselijk remgeldplafond van een gezin door het hierover te informeren aan het begin van elk jaar en niet te wachten tot het plafond wordt overschreden.
- Vrijstelling van remgelden voor lage-inkomensgezinnen.
- Beperken van supplementen in ambulante zorg en ziekenhuiszorg door een verdere regulering, een hervorming van de ziekenhuisfinanciering, het optrekken van het aandeel geconventioneerde zorgverleners die de afgesproken tarieven toepassen, en het afschaffen van de mogelijkheid tot gedeeltelijke conventionering (gedeeltelijke toepassing van de officiële tarieven).
- Verder versterken van de prijsregulering van medische hulpmiddelen buiten het verzekerde pakket zoals brillen, contactlenzen en hoortoestellen.

Het rapport besluit dat deze maatregelen niet alleen de onvervulde zorgbehoeften en financiële moeilijkheden voor gezinnen met een laag inkomen zouden terugdringen, maar ook het gezondheidssysteem eerlijker, minder complex en transparanter kunnen maken.

Tot slot haalt het rapport nog aan dat het aandeel van gezondheidszorg in de totale overheidsuitgaven laag is in België (14,3%) in verhouding tot het gemiddelde van de EU15-landen (15,4%). Het rapport stelt voor dat de overheid deze maatregelen kan ondersteunen (en daarmee de doelstellingen inzake billijkheid en efficiëntie verwezenlijken) door bij de toewijzing van overheidsuitgaven meer prioriteit te geven aan gezondheidszorg en een groter deel van het budget van de verplichte ziekteverzekering toe te wijzen aan de bescherming van lage-inkomensgezinnen.

Het rapport illustreert duidelijk dat het voor een deel van de Belgische bevolking niet evident is om zich gezondheidszorg te kunnen veroorloven. Er is nog veel werk aan de winkel.



Bibliografie

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.