



Kopie:

- Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG)
- Union des Villes et Communes de Wallonie (UVCW)
- Vereniging van de Stad en de Gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (VSGB)

08.12.2021

ADVIES VAN HET OBSERVATORIUM VOOR DE CHRONISCHE ZIEKTEN BETREFFENDE DE TOEGANG TOT MEDICATIE EN MEDISCHE HULPMIDDELEN VOOR CHRONISCH ZIEKEN DIE HET FINANCIËEL MOEILIJK HEBBEN

Voor heel wat patiënten met een chronische aandoening is medicatie van levensbelang, hun gezondheid en levenskwaliteit hangen ervan af. Uit diverse studies en tal van getuigenissen blijkt echter dat mensen in een financieel wankel situatie beperkte toegang hebben tot medicatie en medische hulpmiddelen.

Ziekte en handicap hebben ingrijpende gevolgen voor de financiële situatie van die patiënten. Zij krijgen te maken met loonverlies door het stopzetten van hun werk, zijn niet langer in staat om een job uit te oefenen, dit is gerelateerd aan de kosten die de ziekte meebrengt (medicatie, medische hulpmiddelen, gezondheidszorg, diensten voor thuiszorg, transport...).

Het Observatorium voor de Chronische Ziekten (hierna 'Observatorium') verwijst naar diverse studies waarin die vaststellingen worden bevestigd¹:

- Personen die in armoede verkeren, lopen een groter risico op een chronische ziekte. Er bestaat een duidelijke link tussen de sociaal-economische status van de patiënt en diens gezondheid. Personen met een wankel sociaal-economische status blijken 33 % meer kans te hebben om in aanmerking te komen voor het statuut "chronische aandoening" dan zij die hoger op de sociaal-economische ladder staan.
- Zoals wordt beschreven in het rapport « *Ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg in België* »: "Geneesmiddelen zijn vaak moeilijk te betalen voor lage-inkomensgroepen. Patiënten kopen dan voorgeschreven geneesmiddelen niet of slechts gedeeltelijk aan, of stellen de aankoop van sommige geneesmiddelen uit, waarbij ze zelf inschatten hoe noodzakelijk een bepaald geneesmiddel is. Polymedicatie is een oorzaak van financiële moeilijkheden, net zoals de aankoop van bepaalde voorgeschreven geneesmiddelen die niet terugbetaalbaar zijn. De hoge kosten van medicatie voor psychiatrische aandoeningen werden ook benadrukt. Volgens verschillende respondenten zijn de kosten van geneesmiddelen in de loop van de tijd aanzienlijk gestegen."²

¹ Waaronder die van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (OGW), gepubliceerd op 5 december 2019, waarin aan de hand van kaarten de sociale ongelijkheden in gezondheid worden geïllustreerd: [Dossier 2019/2 - Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid | Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie \(ccc-ggc.brussels\)](#)

² Rapport "Ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg in België" - Rita Baeten en Sophie Cès - [2020_Ces_Baeten_NIHD_Inequalities_access_care_Synthese_NL.pdf \(ose.be\)](#)

Het Observatorium vraagt dat de maatregelen die zijn genomen voor personen die het financieel moeilijk hebben, worden bestendig, beter toegespitst op en/of op een meer efficiënte manier toegepast. Bovendien doet het Observatorium ook een aantal aanbevelingen.

Het Observatorium herinnert eraan dat « het genieten van een kwaliteitsvolle zorgprestatie » één van de rechten van de patiënt is: « *Elke patiënt krijgt de best mogelijke zorg overeenkomstig zijn of haar behoeften, gebaseerd op medische kennis en beschikbare technologie. De diensten worden verleend met eerbiediging van de menselijke waardigheid en de autonomie van de patiënt, zonder enige discriminatie (b.v. sociale klasse, seksuele geaardheid, filosofische overtuiging). De zorgverlening ter voorkoming, behandeling en verlichting van lichamelijke en psychische pijn is een integraal onderdeel van de behandeling van de patiënt.* ». [Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt](#)

Beschrijving van de problematiek en getuigenissen

Het Observatorium stelt vast dat de personen met een laag inkomen het moeilijk hebben om geneesmiddelen en/of medische hulpmiddelen te kopen, met alle gevolgen van dien voor de gezondheid en de levenskwaliteit van de betrokkenen.

Voorbeelden hiervan zijn:

- Een bejaarde dame verdroeg de bijwerkingen niet van een geneesmiddel tegen bot- en spierpijnen dat haar door een arts-specialist was voorgeschreven. Met haar kleine pensioen als nabestaande had zij het moeilijk om analgetica en ontstekingsremmers te kopen om de pijn te verzachten. In afwachting van een akkoord van haar ziekenfonds voor een eventuele terugbetaling, heeft zij een beroep gedaan op het OCMW. Zelfs in dat geval heeft zij echter de beslissing van het sociaal comité van het OCMW moeten afwachten.

- Een jongeman met ulcera, die niet de middelen had om producten te kopen om te ontsmetten en te spoelen, had het zwaar en kwam niet aan eten toe. Hij vroeg hulp aan het OCMW. Ook hij moest het akkoord van het sociaal comité van het OCMW afwachten.

- Sommige ziektes vereisen een bijzondere voeding (voedingssupplementen, energetische / calorierijke producten, sondevoeding....). Als een zieke thuis niet langer andere voedingsmiddelen tot zich kan nemen, dan bedraagt de factuur al gauw 600 tot 1.000 euro / maand. De toestellen die nodig zijn om die voedingsmiddelen toe te dienen (pomp, maagsondes....) zouden eveneens ten laste kunnen worden genomen.

- Een persoon met diabetes, die een invaliditeitsuitkering geniet en twee tieners ten laste heeft, is niet in staat om maandelijks 100 euro te betalen voor haar geneesmiddelen. Een bloedafname brengt tekorten aan het licht. De arts schrijft supplementen voor: "Ik koop ze niet omdat ze niet worden terugbetaald".

1. De toegang tot de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen en medische hulpmiddelen:

Bepaalde niet- of gedeeltelijk terugbetaalbare geneesmiddelen, producten gerelateerd aan de aandoening en medische hulpmiddelen zijn in sommige gevallen essentieel voor de behandeling van een chronische ziekte.

De pijnstillers, laxeermiddelen, vitamines, mineralen (calcium), voedingssupplementen, ontstekingsremmers, ontsmettingsproducten, verbanden, crèmes, oliën (niet-limitatieve lijst) worden beschouwd als comfortproducten, terwijl zij noodzakelijk zijn om de levenskwaliteit van de betrokken patiënten te verbeteren.

Het advies van het Observatorium van 3 maart 2020 betreffende de registratie van niet-terugbetaalde geneesmiddelen³ is uiterst relevant in dat kader. Daarin wordt de aandacht gevestigd op het ontbreken van een registratie van geneesmiddelen die door artsen worden voorgeschreven, maar die niet worden terugbetaald. Bijgevolg is het onmogelijk om na te gaan wat er wordt voorgeschreven, met welke frequentie en/of wat financieel door de patiënt ten laste wordt genomen. Doordat niet wordt geregistreerd, kan men ook geen zicht hebben op wat de patiënt niet kan kopen. Dat heeft als nefast gevolg dat het uiterst moeilijk, tot zelfs onmogelijk, is om zich een beeld te vormen van de omvang van het probleem, in het bijzonder voor de financieel meest kwetsbare personen met een chronische ziekte.

Het Observatorium is ervan overtuigd dat dit een belangrijk probleem is voor die groep en verheugt zich over het initiatief van het RIZIV, dat erin bestaat [de aflevering van bepaalde groepen van niet-terugbetaalbare geneesmiddelen te registreren](#):

"We vragen aan de apothekers van openbare apotheken om de aflevering te registreren van bepaalde niet-vergoedbare geneesmiddelengroepen. Het gaat om geneesmiddelen die vaak voorgeschreven

³ https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/adviezen_observatorium_chronische_ziekten_2020_01.pdf

worden aan patiënten met chronische ziekten. We gebruiken die gegevens om de kosten te ramen die de patiënten hebben betaald.. Zo zullen we het noodzakelijke budget kunnen vrijmaken als deze kosten zouden meetellen voor de berekening van de maximumfactuur (MAF)."

Het Observatorium verwijst naar zijn [advies van 3 maart 2020](#) en roept op om een concrete oplossing te zoeken, voornamelijk voor die kwetsbare groep en bij uitbreiding voor alle patiënten met een chronische ziekte.

2. De toegang tot de farmaceutische specialiteiten in het kader van hoofdstuk IV:

Sommige geneesmiddelen worden enkel terugbetaald als de adviserend arts van de verzekeringsinstelling daartoe toestemming heeft verleend. Voor de financieel kwetsbare patiënten vormt dat een dubbel obstakel: (1) zij kunnen het zich niet verlopen om de volledige kostprijs van het geneesmiddel vooraf te betalen in afwachting van de toestemming en (2) doordat aanvragen herhaaldelijk moeten worden ingediend, is telkens minstens één raadpleging met de arts vereist, eventueel met bijkomende onderzoeken enz., wat allerhande gevolgen met zich meebrengt op financieel en administratief vlak.

Het Observatorium roept op om de digitalisering te versnellen om de lange wachttijden te beperken. Er wordt ook gevraagd om een oplossing te zoeken voor de geneesmiddelen die levenslang moeten worden ingenomen. Zo kan worden vermeden dat de behandelend arts herhaaldelijk aanvragen moet indienen voor die patiënten. Die maatregelen zijn niet alleen relevant voor de patiënten die zich in een kwetsbare financiële situatie bevinden maar ook voor alle patiënten met een chronische ziekte.

3. Beschermingsmaatregelen:

De bestaande mechanismen, zoals de MAF, de toepassing van de derdebetalersregeling, het recht op de verhoogde tegemoetkoming, de bijstand van de OCMW's, het Solidariteitsfonds, bieden die groep in sommige gevallen onvoldoende bescherming en zouden moeten worden aangepast om een beter antwoord te bieden op de hoge kosten voor de geneesmiddelen en gezondheidszorg.

Om in aanmerking te komen voor de MAF of voor het statuut "chronische aandoening" moeten uitgaven worden aangegaan. De personen die het financieel moeilijk hebben, zien echter af van bepaalde zorg en geneesmiddelen, waardoor het mogelijk is dat zij nooit het MAF-plafond bereiken of het statuut van persoon met een chronische aandoening genieten.

En zelfs als de uitgaven voor gezondheidszorg toegang geven tot de MAF, moeten de patiënten lang wachten op de terugbetaling, waardoor zij in een moeilijke financiële situatie worden geplaatst.

De derdebetalersregeling in het kader van het statuut "chronische aandoening" wordt nog te weinig op het terrein toegepast, omdat dit niet verplicht is.

De aanbeveling van het Observatorium bestaat erin de bestaande maatregelen uit te breiden en te verfijnen. Als de patiënten hoge bedragen betalen voor geneesmiddelen en/of medische hulpmiddelen, dan zou de MAF sneller moeten worden geactiveerd dan dit momenteel het geval is. Het feit dat verschillende stakeholders (kruispuntbank, fiscale overheden, verzekeringsinstellingen) moeten waken over de naleving van de voorgeschreven procedures, zorgt voor vertragingen, waardoor de patiënten kosten moeten voorschieten. Daardoor komen vooral personen die het financieel moeilijk hebben in de problemen.

Het Observatorium is verheugd om vast te stellen dat de Belgische regering de toegankelijkheid van de gezondheidszorg wenst te verbeteren, of zoals dat in het regeerakkoord wordt geformuleerd: *"De ambitie moet zijn om op het vlak van kwaliteit en toegankelijkheid ons gezondheidszorgsysteem continu te blijven verbeteren en af te stemmen op de nieuwe noden van de patiënt. ... De bedoeling is om tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met het hoogste en het laagste aantal te verwachten gezonde levensjaren met minstens 25% te verkleinen, het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15% terug te dringen en opnieuw een plaats te veroveren in de groep van de tien Europese landen waar het aantal te verwachten gezonde levensjaren het hoogst is, en een hoge toegankelijkheid en een goede dekking te blijven garanderen."*

4. Bijstand van het OCMW:

Ook al kan bij financiële moeilijkheden een beroep worden gedaan op het OCMW om toegang te hebben tot gezondheidszorg, toch zorgt de autonomie van de OCMW's ervoor dat de medische bijstand aan de behoeftige personen in de praktijk op zeer uiteenlopende manieren wordt georganiseerd. Er moet worden opgemerkt dat de autonomie voor bepaalde aspecten van toepassing is (met name de niet door het RIZIV terugbetaalde geneesmiddelen), terwijl andere aspecten gemeenschappelijk zijn voor alle OCMW's.

In het rapport « *Ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg in België* » wordt het als volgt beschreven:

"In sommige OCMW's wordt de dekking van de door de patiënten gedragen kosten voor een bepaalde periode verzekerd, hetzij voor een ruime waaier aan gezondheidsdiensten en -producten die niet a priori zijn bepaald, hetzij voor specifieke en terugkerende uitgaven die door een medisch voorschrift vooraf moeten worden gerechtvaardigd. Ook de criteria om in aanmerking te komen voor financiële steun van de OCMW's verschillen sterk van gemeente tot gemeente. In sommige gemeenten wordt alleen rekening gehouden met het gezinsinkomen, in andere worden ook de uitgaven voor essentiële goederen en diensten, zoals huisvesting, in aanmerking genomen. In sommige OCMW's worden uitkeringen alleen toegekend aan gezinnen met een gezinsbudget onder een bepaalde drempelwaarde, terwijl in andere gevallen sprake is van een zekere progressiviteit in de berekening van de financiële tussenkomst. Een ander belangrijk verschil dat werd aangehaald, betreft de financiële steun om de kosten voor de patiënt van een ziekenhuisopname te dekken: in sommige gemeenten is er geen financiële steun voor deze kosten en patiënten met betalingsachterstand krijgen dan een afbetalingsplan aangeboden. Deze verschillen in beleid tussen OCMW's leiden tot geografische ongelijke behandeling van personen.

[....]

Uit onze studie blijkt eveneens hoe belangrijk de rol is van het residuaire stelsel dat door de gemeenten (OCMW's) wordt georganiseerd om mensen met een laag inkomen financieel te ondersteunen zodat zij toegang hebben tot gezondheidszorg, op basis van een inkomstenverificatie. Aangezien de criteria om in aanmerking te komen voor financiële bijstand en de voorwaarden voor de toekenning ervan op lokaal niveau worden bepaald, zorgt dat systeem voor geografische ongelijkheden inzake de toegang tot gezondheidszorg."

5. Toegang tot de informatie en administratieve complexiteit

Erkend worden, bijstand genieten, een recht openen, het kunnen heel wat, bovendien complexe, stappen zijn, vooral omdat ze op een zeer moeilijk moment moeten worden gezet, wanneer de persoon verzwakt en kwetsbaar is. Die obstakels worden nog vergroot door de digitale kloof en de toegang tot de informatie. Het is van essentieel belang de mensen te informeren over de bestaande compensatiemechanismen en steunmaatregelen.

Aanbevelingen:

Om de continuïteit van de zorg voor personen die het financieel moeilijk hebben te waarborgen, moeten zij gemakkelijker toegang krijgen tot medicatie en tot medische hulpmiddelen. Dat geldt in het bijzonder voor personen met een chronische aandoening.

Voorstellen van het Observatorium:

- I. Een interministerieel overleg op gang brengen met de voornaamste belanghebbenden om oplossingen te vinden voor de toegang tot medicatie en medische hulpmiddelen, zoals de oplossingen die in andere sectoren (bijv. de energiesector) werden gevonden ten voordele van datzelfde publiek.
- II. Inspiratie halen uit de medische expertise van de Federatie van Brusselse Huisartsen Verenigingen, die is gebruikt voor het opstellen van de lijst van niet- of gedeeltelijk betaalbare geneesmiddelen⁴, die vaak voorgeschreven worden omdat zij nuttig en noodzakelijk zijn voor bepaalde behandelingen.
- III. Inspiratie halen uit de goede praktijkvoorbeelden die van toepassing zijn in bepaalde OCMW's, zoals bijvoorbeeld de OCMW's uit het Brusselse gewest die in sommige gevallen een tegemoetkoming uitkeren voor de kosten voor de niet- of gedeeltelijk terugbetaalbare geneesmiddelen op basis van een lijst opgesteld door de federatie van medische huizen.
- IV. De residuele financiële bijstand die door het OCMW wordt verstrekt inzake dekking van de remgelden en directe betalingen moet worden geharmoniseerd. Op die manier zouden geografische ongelijkheden op het vlak van de financiële toegang tot gezondheidszorg kunnen worden vermeden.
- V. De verplichting om de derdebetalersregeling toe te passen voor personen met het statuut "chronische aandoening" moet worden uitgebreid. Op die manier kunnen personen met een laag inkomen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, tevens van hun stigma worden bevrijd.
- VI. Financieel tussenkomen in de terugbetaling van de voorgeschreven, maar niet- of gedeeltelijk terugbetaalbare geneesmiddelen waarvan de doeltreffendheid en de veiligheid is bewezen, en van medische hulpmiddelen die essentieel zijn voor de behandeling van de ziekte.
- VII. De opname van de voorgeschreven medicatie waarvan de doeltreffendheid en de veiligheid is bewezen in de MAF.
- VIII. De toegang tot de informatie voor de patiënten en het verzorgend personeel moet worden verbeterd, er zijn rechten die zij mislopen omdat zij die niet kennen. Informatiehulpmiddelen ontwikkelen zoals: brochures, campagnes van de FOD Gezondheid, flyers, verspreiding van informatie via belangrijke sites,...
- IX. De administratieve formaliteiten moeten worden vereenvoudigd en de digitalisering moet worden versneld zodat de toegang tot de zorg en de terugbetalingen wordt vergemakkelijkt.
- X. Er moet rekening worden gehouden met het advies van het Observatorium van 3 maart 2020, waarin de registratie van de geneesmiddelen uit de categorie D wordt aangeprezen om de toegang tot de voorgeschreven D-geneesmiddelen voor de patiënten te verbeteren.

⁴ <https://famgb.be/nl/home/>

Met de meeste hoogachting,

Ulrike Pypops

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pypops', written over a horizontal line.

Voorzitster van de Raadgevende afdeling van
het Observatorium voor Chronische Ziekten

Karen Mullié

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mullié', written over a horizontal line.

Vice-voorzitster van de Raadgevende afdeling van
het Observatorium voor Chronische Ziekten