

III. Armoede

Ongelijkheden in gezondheid in België – Financiële toegang tot de gezondheidszorg – Kosten die de patiënt zelf moet dragen – Beschermingsmaatregelen binnen ons gezondheidssysteem – Actieplan voor het verbeteren van de financiële toegang tot gezondheidszorg

Vraag nr. 137, gesteld op 12 november 2020, aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw THÉMONT, volksvertegenwoordigster¹

In België leven er ongeveer 600.000 mensen in armoede. Door die situatie zien talloze burgers zich genoodzaakt om bij gebrek aan middelen zorg uit te stellen. De kinderen worden door deze wantoestand het zwaarst getroffen, vermits 44 % van de kinderen onder de 16 jaar die in kwetsbare gezinnen opgroeien geen toegang gehad heeft tot voor hen noodzakelijke zorg.

Deze moeilijkheden hebben een grote impact op de levensverwachting van onze burgers. ..., de voorzitter van Dokters van de Wereld België, stelt dat “een Belgische hoogopgeleide vrouw van 25 jaar gemiddeld tot haar 74^e in goede gezondheid leeft, terwijl de gezonde levensjaren zich bij een laagopgeleide vrouw tot haar 60^e verjaardag beperken en ze gemiddeld gezien al voor haar pensioen geconfronteerd wordt met gezondheidsproblemen.”

In 2008 kon slechts 1,4 % van de burgers met de laagste inkomens niet in de basisuitgaven voorzien. Volgens de Europese Commissie bedroeg dat cijfer in 2016 al 7,9 %.

Welke factoren zouden kunnen verklaren dat het aantal personen dat in België genoodzaakt is om zorg uit te stellen stijgt, terwijl men in andere Europese landen de omgekeerde trend kan vaststellen?

Antwoord

Ongelijkheden in gezondheid kunnen niet volledig vermeden worden. Wel kan een effectieve en kwaliteitsvolle gezondheidszorg bijdragen om ongelijkheden in gezondheid te verminderen.

De toegang tot en het gebruik van gezondheidszorg zijn echter evenmin gelijk verdeeld. Ongelijkheden in zorggebruik door een verschil in medische behoeften worden doorgaans aanvaard en als rechtvaardig beschouwd. Andere ongelijkheden, veroorzaakt door een verschil in inkomen, opleidingsniveau, situatie op de arbeidsmarkt, omgeving, afkomst, gezondheidsgeletterdheid, enz., worden echter als onrechtvaardig, of anders gezegd “onbillijk”, beschouwd.

1. Bulletin nr. 032, Kamer, gewone zitting 2020-2021, blz. 365.

De financiële toegang tot de gezondheidszorg is sterk afhankelijk van de kosten die de patiënt zelf moet dragen. Hoe groot deze kosten zijn, wordt bepaald door beslissingen inzake: 1) de voorwaarden om gedekt te zijn door de verplichte ziekteverzekering, 2) de hoogte van de remgelden, 3) het aandeel van de honorariumsupplementen en 4) de niet-terugbetaalde gezondheidszorg. Ook andere factoren kunnen een rol spelen, zoals de beschikbaarheid van zorgverleners in het gezondheidssysteem, de kosten die de patiënten moeten voorschieten en die later worden terugbetaald, de kosten die niet rechtstreeks verband houden met de gezondheidszorg (zoals de vervoerkosten) of nog de opportuniteitskosten voor toegang tot de gezondheidsdiensten (zoals de tijd die iemand moet vrijmaken van zijn werk).

Nochtans bestaan verschillende beschermingsmaatregelen binnen ons gezondheidssysteem die tot doel hebben om de onbillijkheid in de toegang tot en gebruik van zorg te verminderen. Denken we maar aan de maximumfactuur, derdebetalersregeling, de rol van wijkgezondheidscentra enz.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft het Onderzoekscentrum sociaal Europa (OSE) opdracht gegeven een actieplan voor het verbeteren van de financiële toegang tot gezondheidszorg in België voor te bereiden. Om de reikwijdte van het actieplan af te bakenen en de prioriteiten te definiëren, wordt een stuurgroep opgericht. De FOD Volksgezondheid maakt ook deel uit van deze stuurgroep.