

Nieuwe Kwetsbare Groepen in de Belgische Gezondheidszorg

Christophe Vanroelen en Tom Smeets (auteurs),
Onder het promotorschap van Prof. Dr. Fred. Louckx.
(Vakgroep Medische Sociologie, Faculteit van de Geneeskunde en Farmacie, Vrije
Universiteit Brussel).

De Vakgroep Medische Sociologie van de Vrije Universiteit Brussel voerde, in opdracht van de Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid, een onderzoek naar 'Nieuwe Kwetsbare Groepen in de Belgische Gezondheidszorg'. Centraal stond de vraag naar welke determinanten bij maatschappelijk kwetsbare categorieën een rol spelen in het ontstaan van financiële toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg. Het was hierbij van bij het begin de bedoeling meer te bieden dan een loutere inventaris van 'kwetsbare categorieën', we waren veeleer geïnteresseerd in de onderliggende oorzaken van financiële toegankelijkheidsproblemen die de verschillende 'kwetsbare categorieën' met elkaar gemeen hebben. Het resultaat is een exhaustief overzicht van concrete knelpunten die mensen kunnen ondervinden bij hun contact met de gezondheidszorg. Om aan de geïdentificeerde knelpunten te verhelpen werden, op basis van de verzamelde informatie uit de studie, ook onmiddellijk concrete beleidsvoorstellen geformuleerd. Dit geeft de studie een directe beleidsrelevantie. Om het onderzoek te laten uitgroeien tot een diepgaande sociologische analyse werd ook de bredere maatschappelijke context van de financiële toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg bekeken. Welke brede maatschappelijke evoluties speelden hierin een rol? Welke fundamentele veranderingen in de structuur van de welvaartsstaat en de sociale zekerheid (waaronder de ziekteverzekering) zijn het gevolg van deze maatschappelijke evoluties? Welke concrete beleidsmaatregelen in de gezondheidszorg hebben de financiële toegankelijkheid voor kwetsbare mensen verbeterd of bemoeilijkt? Deze vragen worden beantwoord in een macro-sociologische analyse.

De complexiteit van de problematiek komt tot uiting in de methodologische aanpak van deze studie. De resultaten van het onderzoek naar nieuwe kwetsbare groepen werden door middel van verschillende onderzoekstechnieken bekomen. De uiteindelijke conclusies zijn gebaseerd op analyses van de Belgische gezondheidsenquête van 1997, een uitgebreide studie van binnen- en buitenlandse literatuur, een doorlichting van recente beleidsmaatregelen met betrekking tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en – als meest belangrijke deel – een empirische studie bij een 45-tal experts in de sector van de gezondheidszorg (uit ziekenfondsen, belangenverenigingen, de academische wereld, ..., maar ook echte 'veldwerkers') en bij een vijftal 'ervaringsdeskundigen'.

De analyse op micro-niveau: een overzicht van concrete knelpunten.

In het totaal van de knelpunten, die door literatuurstudie en empirisch onderzoek aan de oppervlakte kwamen, werd een structuur gelegd door deze te verdelen in zes grote dimensies van 'knelpunten die de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor maatschappelijk kwetsbare groepen bemoeilijken'.

1. *Problemen met het statuut in de ziekteverzekering*
2. *Een achtergestelde materiële situatie*
3. *Problemen ten gevolge van de werking van de instellingen*
4. *Hoge medische zorgbehoeften*
5. *Het ontbreken van niet-professionele steun*
6. *Een gebrek aan kennis en weerbaarheid*

Het voorkomen van één van deze knelpunten kan genoeg zijn om financiële toegankelijkheidsproblemen te krijgen, (hoge) medische zorgbehoeften zijn zelfs een noodzakelijke voorwaarde. De meeste kwetsbare mensen combineren echter een aantal van deze knelpunten, wat hun situatie uniek maakt. Toch duiken dezelfde knelpunten bij verschillende probleemgroepen op, maar dan in andere combinaties. Juist dit gegeven maakt het zo moeilijk deze mensen in categorieën te verdelen. Een voorbeeld zal dit verduidelijken:

Het hebben van een chronische aandoening is niet voldoende om te spreken van financiële toegankelijkheidsproblemen. Sommige chronisch zieken komen hun ziekteperiode zonder al te veel financiële problemen door (bv. doordat ze een eigen vermogen hebben, hulp van familie krijgen, goede aanvullende verzekeringen hebben, ...). De chronisch zieke zal pas financieel kwetsbaar worden wanneer hij of zij ook zijn of haar inkomen ziet verminderen door arbeidsongeschiktheid, of wanneer hij of zij een behandeling nodig heeft die nog niet wordt terugbetaald binnen de ziekteverzekering.

Problemen met het statuut in de ziekteverzekering

Met deze dimensie worden de problemen verbonden met het gebrek van of een precair statuut in de ziekteverzekering bedoeld. Het gaat, met andere woorden, om mensen die gewoonweg niet of slechts deels verzekerd zijn binnen de verplichte ziekteverzekering. 'Mensen zonder papieren' bevinden zich ongetwijfeld in de meest precaire situatie. Zij kunnen slechts in zeer uitzonderlijke gevallen beroep doen op terugbetaling van medische kosten binnen de verplichte ziekteverzekering. Meestal zijn ze aangewezen op een uitzonderlijke regeling: de terugbetaling van hun kosten in het kader van het 'Koninklijk Besluit voor dringende medische hulpverlening aan mensen zonder wettig verblijfsstatuut'. De werking van dit KB verloopt echter verre van optimaal. Hierdoor is er sprake van een totaal gebrek aan rechtszekerheid over de kans op terugbetaling van medische zorgen voor mensen zonder wettige verblijfsstatus, met tot resultaat dat het uit- en afstelgedrag en de financiële problemen door medische kosten erg groot zijn.

Naast mensen die in ieder geval geen rechten hebben binnen de verplichte sociale zekerheid, zijn er mensen die, omwille van uiteenlopende omstandigheden, buiten de ziekteverzekering vallen – ondanks het feit dat ze in principe wel recht hebben op een verzekering tegen ziekte. Het gaat dan in de eerste plaats om mensen die door verwaarlozing of een gebrek aan middelen hun bijdragen niet betaald hebben of hun administratieve verplichtingen niet nagekomen zijn. Voorbeelden hiervan zijn thuislozen, verslaafden of woonwagengewoners.

Tenslotte worden er mensen geïdentificeerd die niet voor het hele pakket van de verstrekkingen binnen de ziekteverzekering 'gedekt' zijn. Een schoolvoorbeeld zijn zelfstandigen die geen facultatieve verzekering voor de kleine risico's hebben afgesloten. Om hieraan te verhelpen stellen heel wat waarnemers voor het ziekteverzekeringsstelsel voor zelfstandigen te integreren met het algemeen stelsel.

Meer en meer wordt ook het ontbreken van een hospitalisatieverzekering als een knelpunt aangeduid. Het toenemende aantal kosten waarin de verplichte ziekteverzekering niet tussenkomt bij hospitalisatie maakt dat mensen zonder hospitalisatieverzekering soms met erg hoge eigen betalingen worden opgescheept.

Een achtergestelde materiële situatie

Het gaat om de knelpunten die het gevolg zijn van een gebrek aan financiële middelen of een onzekere materiële toestand. Mensen die moeten leven van een vervangingsinkomen treden hier op de voorgrond. Heel wat mensen die (zwaar) ziek worden, worden niet alleen geconfronteerd met hogere medische kosten, ze krijgen op hetzelfde moment vaak te maken met een inkomensverlies doordat ze arbeidsongeschikt worden. In verscheidene studies wordt aangegeven dat de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid en invaliditeit maar net voldoende zijn om in de basisbehoeften te voorzien. Ze zijn zonder twijfel onvoldoende om naast deze basisbehoeften nog belangrijke medische kosten te dragen. Hetzelfde geldt voor de andere inkomensvervangende uitkeringen, zoals werkloosheidsuitkeringen, pensioenen of een

leefloon. Er wordt dan ook gepleit om de inkomensvervangende uitkeringen een inhaalbeweging te laten maken tegenover de lonen en, in de toekomst, hun welvaartsvastheid te bewaken.

Om de eigen uitgaven van mensen met hoge medische kosten te beperken werden een aantal specifieke tegemoetkomingen in het leven geroepen (de tegemoetkoming voor hulp van derden, het zorgforfait, het incontinentiefornait, tegemoetkomingen in het kader van de zorgverzekering). De respondenten uit de studie geven echter aan dat deze tegemoetkomingen vaak een druppel op een hete plaat zijn en dat ze – omwille van het lage niveau van de vervangingsinkomens – vaak noodgedwongen oneigenlijk gebruikt worden als inkomenssupplement om te voorzien in de basisbehoeften.

Toch kunnen niet alleen mensen met een vervangingsinkomen zich in een kwetsbare positie in de gezondheidszorg bevinden. Ook mensen met een inkomen – uit arbeid – dat net voldoende is om in de dagelijkse behoeften te voorzien zijn kwetsbaar. Zij leven in ‘een budgettaire randsituatie’: ze hebben geen spaarpotje of een andere vorm van eigen vermogen, komen net rond met hun inkomen of hebben veel afbetalingen. Plotse hoge medische kosten kunnen er dan niet meer bij of brengen deze mensen in de bestaansonzekerheid.

Tenslotte wijst men er nog op dat de financiële kwetsbaarheid ook veroorzaakt wordt door een gebrek aan aangepaste tewerkstellingsmogelijkheden voor kwetsbare categorieën. Op dit vlak dienen dringend bijkomende initiatieven te worden genomen, niet alleen voor zieken en mindervaliden, maar ook voor andere kwetsbare categorieën (bv. laaggeschoolden, sommige categorieën van allochtonen).

Problemen ten gevolge van de werking van de instellingen.

Deze dimensie valt uiteen in knelpunten die te maken hebben met de werking van de ziekteverzekering, de zorgverstrekkers en de OCMW's.

Binnen de ziekteverzekering blijkt een belangrijke factor de complexiteit van procedures en de administratie te zijn. De voorzieningen voor kwetsbare categorieën mogen dan wel aanwezig zijn, alleen de meest weerbaren weten waar ze recht op hebben in termen van uitkeringen, tegemoetkomingen, bijzondere statuten, ... Een zeer pragmatisch beleidsvoorstel op dit vlak is de oprichting van een centraal gemeentelijk gezondheidsloket. Een dergelijk laagdrempelig loket moet de voorzieningen van alle beleidsniveaus groeperen en mensen begeleiden in hun contacten met de zorgverlening en de ziekteverzekering.

Een laagdrempelige zorg wordt ook verhinderd doordat de onderlinge samenwerking tussen verstrekkers vaak stroef verloopt. Medische informatie wordt niet altijd doorgegeven tussen verschillende instellingen, of zelfs tussen de diensten van een instelling. Bovendien is het taalgebruik van medische hulpverleners niet altijd even begrijpbaar voor maatschappelijk kwetsbare mensen.

Luid klinkt ook de kritiek op de werking van de OCMW's als aanvullende factor in de gezondheidszorg (de OCMW's kunnen financiële steun verlenen voor het betalen van medische kosten of bijdragen). Zo is er sprake van een te grote complexiteit en een gebrek aan uniformiteit in de regelgeving van de OCMW's om financiële bijstand te ontvangen voor medische zorgen. Bovendien levert de samenwerking tussen OCMW's problemen op. Volgens sommige respondenten uit de studie is ook de zorgverlening voor patiënten waarvoor het OCMW bijspringt van mindere kwaliteit. Verder blijkt voor heel wat OCMW's de combinatie van het hebben van een eigen vermogen en financiële hulpverlening niet mogelijk. Mensen (bv. bejaarden die een eigen huis bezitten) hebben hierdoor angst om een beroep te doen op hulp van het OCMW. Tenslotte is er nog de 'spreidingspolitiek': asielzoekers die in hun erkenningsprocedure zitten worden vaak toegewezen aan een ander OCMW dan dat van

de gemeente waarin ze wonen. Hierdoor hebben ze de facto geen toegang tot de gezondheidszorg.

Hoge medische zorgbehoefte.

Een eerste belangrijke vaststelling is het feit dat de medische kosten zich niet alleen beperken tot diegene die onder het verzekerde pakket van de verplichte ziekteverzekering vallen. Heel wat zieken en gehandicapten hebben ook zware kosten voor niet-terugbetaalbare verstrekkingen. Op dit vlak kan een onderscheid worden gemaakt tussen puur medische en niet-medische verstrekkingen. In de categorie van de niet-terugbetaalbare medische verstrekkingen worden als belangrijkste problemen de uitgaven voor geneesmiddelen uit de categorie D, de supplementaire kosten bij hospitalisatie en de kosten voor behandeling van zeldzame aandoeningen die niet in de ziekteverzekering zijn opgenomen beschouwd. In de categorie van (niet-terugbetaalbare) niet-medische kosten worden vooral afhankelijkheidskosten (bv. kosten voor aangepast vervoer, voor hulp in het huishouden, voor hulp bij de persoonlijke verzorging, ...), voor verzorgingsmateriaal (bv. verbanden, incontinentiemateriaal, sondevoeding, ...) en paramedische materialen (bv. brillen, prothesen, orthopedische apparaten, ...) als knelpunten beschouwd. De tegemoetkomingen – waarvan hoger sprake – zijn hier ruimschoots onvoldoende om de reële uitgaven voor deze kosten te compenseren.

Wanneer ook de terugbetaalde medische zorg in rekening wordt gebracht kan worden vastgesteld dat twee kwetsbare situaties tot een verhoogde kans op financiële toegankelijkheidsproblemen leiden. Ten eerste het plots opduiken van hoge medische kosten – bijvoorbeeld na een verkeersongeval of het vaststellen van kanker – en ten tweede, de langdurige opeenstapeling van medische kosten. Ook gezinnen met meerdere intensieve zorggebruikers en hoogbejaarden bevinden zich in een bijzonder kwetsbare positie.

De introductie van de maximale gezondheidsfactuur (MAF) wordt door veel waarnemers als een positieve stap voor de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg beschouwd. Toch is het moeilijk om te spreken van een systeem dat een universele toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen – ook voor mensen in een kwetsbare situatie – garandeert. Het zorgt namelijk pas nadat de kosten gemaakt werden voor een tegemoetkoming, deze tegemoetkoming laat in veel gevallen een jaar en voor mensen met een hoger inkomen zelfs twee jaar op zich wachten. Heel wat respondenten uit de studie drukken er echter op dat toegankelijkheidsverhogende maatregelen moeten tussenkomen op het moment dat de kosten zich stellen, niet nadien. Een systeem waarin de prijs van medische zorg gedifferentieerd wordt naargelang de draagkracht van de patiënt lijkt dan ook een betere garantie op een toegankelijke gezondheidszorg. Op die manier wordt wel ingegrepen op het moment dat de kosten zich stellen. In dit verband zijn waardevolle voorstellen geformuleerd om het systeem van de voorkeurregeling uit te breiden tot een getrappt systeem waarin de prijs van medische zorg wordt gedifferentieerd naargelang het inkomen en een aantal bijkomende sociale en ziekte-gebonden determinanten.

Het ontbreken van niet-professionele steun.

De mate waarin familie, vrienden, burens, ... steun verlenen aan personen in een kwetsbare positie is erg belangrijk. Het kan hierbij gaan om steun in de vorm van hulp bij mensen met afhankelijkheidsproblemen (mantelzorg). Door de hulp van familie en kennissen kan dure professionele hulpverlening worden vermeden. Zorgafhankelijke zieken, gehandicapten of

bejaarden die dergelijke steun ontberen worden door de respondenten uit de studie expliciet vernoemd als een categorie met een verhoogde kans op financiële toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg.

Anderzijds werd aangetoond dat de financiële compensatie voor een ziekte of handicap, onder de vorm van een vervangingsinkomen en/ of een tegemoetkoming, dikwijls onvoldoende is om de verhoogde uitgaven te dragen. Heel wat gezinnen van zieken of gehandicapten moeten daarom – naast beroep te doen op hun eigen reserves – zich wenden tot de ‘familiale solidariteit’. Wanneer deze mogelijkheid ontbreekt wordt de kans op financiële toegankelijkheidsproblemen ook vergroot. Het spreekt voor zich dat alleenstaanden en mensen zonder familie op dit vlak in een zeer kwetsbare positie verkeren. Vrouwen en bejaarden komen dan onmiddellijk op het voorplan.

Een gebrek aan kennis en weerbaarheid

Dit knelpunt staat in verband met de hogervernoemde complexiteit van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Naarmate deze complexer zijn, zullen mensen met een beperkte intellectuele bagage of weerbaarheid problemen hebben om te ontvangen waar ze recht op hebben of om een gepaste behandeling tegen een gepaste prijs te krijgen. De complexiteit van de gezondheidszorg en ziekteverzekering en de ‘kennis’ en ‘weerbaarheid’ van de patiënt staan met elkaar in verband. Bovendien zal de factor ‘kennis’ ook een invloed hebben op de uitgavenprioriteiten van een individu of een huishouden. Wie onvoldoende op de hoogte is zal mindere prioriteit geven aan het afsluiten van facultatieve verzekeringen, aan preventieve zorg, of aan een vlugge interventie in geval van medische problemen. Op langere termijn kunnen deze ‘keuzes’ dan weer leiden tot hogere financiële toegangsdrempels wanneer medische zorg onafwendbaar wordt.

De analyse op macro-niveau: de maatschappelijke context.

De evoluties in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg kunnen niet worden losgezien van grotere structurele veranderingen in de Westerse samenleving. Deze grote sociaal-economische veranderingen hebben het Belgische sociaal beleid en het beleid in de gezondheidszorg beïnvloed. Om kort te gaan: de aandacht van Westerse overheden heeft zich steeds meer gericht op het beheersen van de overheidsbudgetten en het vrijwaren van de internationale competitiviteit. In het sociaal beleid heeft dit tot besparingsmaatregelen geleid. Ook in de ziekteverzekering is door deze maatregelen (bv. de lineaire verhoging van de remgelden in 1994, de verhoging van de kosten voor hospitalisatie of de responsabilisering van de patiënt) de algemene financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg ongetwijfeld afgenomen. Anderzijds werden zeer specifieke – categorische – maatregelen genomen om de meest kwetsbare groepen te ontzien van de gevolgen. Deze ontwikkelingen hebben echter tot gevolg dat het universele verzekeringskarakter van de Belgische gezondheidszorg is geëvolueerd in de richting van een minder volledige verzekering, met ‘middelengetoetste’ correctiemaatregelen voor maatschappelijk kwetsbare categorieën. Met andere woorden, het terugbetaalde deel van de kostprijs van medische kosten is minder en minder voor iedereen gelijk, het begint steeds meer af te hangen van ‘een categorie’ waartoe men al dan niet behoort op basis van een aantal welomlijnde criteria. Men glijdt af naar een meer ‘categorisch systeem’, dit zorgt per definitie voor oneerlijkheden. Niet iedereen die nood heeft aan een grotere bescherming valt namelijk binnen de door het beleid vooropgestelde categorieën: een aantal kwetsbare mensen valt uit de boot. Deze evolutie is een grote bekommernis voor de respondenten uit onze studie.

De vermarkting van de gezondheidssector.

Een andere belangrijke bekommernis van de deelnemers aan de studie is de toenemende invloed van de markt en het commerciële initiatief in de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Toch zou het oneerlijk zijn te ontkennen dat het privaat initiatief van oudsher aanwezig is in de gezondheidszorg (de ziekenfondsen, vrije beroepen, private verzorgingsinstellingen), toch ziet men tegenwoordig nieuwe evoluties. Deze verderschrijdende vermarkting kan niet worden losgezien van de belangrijke sociaal-economische veranderingen die hoger werden besproken. Men vreest dat deze evoluties op termijn de teloorgang van een gezondheidszorg die gebaseerd is op solidariteit zullen in de hand werken.

Er is, enerzijds, de vermarkting van de medische zorg. Mede onder invloed van de industrie heerst in de hedendaagse gezondheidszorg een drang naar toenemende technische complexiteit en onstuitbare vernieuwing. Dit brengt belangrijke prijsstijgingen met zich mee. Vooral de farmaceutische en de medico-technische industrie stappen mee in de spiraal van prijsstijgingen. De invloed van de medico-technische industrie laat zich het meest voelen in de ziekenhuissector. Talrijke technische vernieuwingen worden geïntroduceerd, bijvoorbeeld in de heekunde. De verplichte ziekteverzekering heeft het moeilijk om de vernieuwingen vlug in het verzekerd pakket op te nemen. Hierdoor moet de prijs voor een aantal van deze technische nieuwigheden volledig door de patiënt worden gedragen. Een ander knelpunt is de sector van de geneesmiddelen. De prijzen voor geneesmiddelen zijn in de voorbije periode erg toegenomen. De verkoopprijs ligt vaak stukken hoger dan de reële kostprijs van een geneesmiddel.

De toenemende prijzen zetten het budget van de verplichte ziekteverzekering onder druk. Er vallen 'gaten' in het verzekerde pakket. Deze gaten vormen 'marktniches' waarin commerciële verzekeringsmaatschappijen zich kunnen profileren: ze bieden aanvullende en facultatieve verzekeringen aan (de tweede en derde pijler). Maar, op de commerciële verzekeringsmarkt gelden andere regels. Om de activiteiten winstgevend te houden wordt aan risicoselectie gedaan. Categorieën die een hoger risico lopen moeten hogere premies betalen of komen niet in aanmerking voor verzekering, terwijl ze – omwille van hun kwetsbaarheid – deze verzekering juist het meest nodig hebben. De hospitalisatiesector is op dit vlak exemplarisch: de eigen betalingen voor hospitalisatie kunnen hoog oplopen (een aantal bijkomende kosten – zoals supplementen – vallen niet onder de verplichte ziekteverzekering). Voor deze kosten worden aanvullende en facultatieve verzekeringen aangeboden. Doch, de belangrijkste risicogroep voor hoge hospitalisatiekosten, chronisch zieken, vallen uit de boot, omdat ze dikwijls geen hospitalisatieverzekering kunnen afsluiten.

Knelpunten in de werking van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Naast de gevolgen van fundamentele evoluties in de gezondheidssector komen nog andere oorzaken voor de knelpunten met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg naar voor. Sommige van deze oorzaken staan in verband met de hoger beschreven tendensen.

Op het vlak van de werking van de gezondheidszorg beklagen heel wat respondenten uit de studie zich over de complexiteit in de organisatie van de gezondheidszorg. Mede ten gevolge van de staatsvormingen en de verzuiling is het beleid in de gezondheidszorg te veel versnipperd over verschillende bevoegdheidsniveaus. Een ander probleem is het gebrek aan inspraak voor patiënten: ze worden te veel als een passieve partij beschouwd en participeren te weinig in de beleidsvorming. Verder worden de achtergestelde plaats van de eerste lijn en

de preventieve zorg en de rol van de prestatiegeneeskunde in de gezondheidszorg als bedreigingen voor een universeel toegankelijke gezondheidszorg beschouwd. Tenslotte ligt ook het geneesmiddelenbeleid onder vuur. Recente maatregelen om de uitgaven van de ziekteverzekering voor de terugbetaling van geneesmiddelen binnen de beperken te houden, zouden de verantwoordelijkheid te veel bij de patiënt leggen. Hierdoor dreigt de patiënt de rekening toegeschoven te krijgen.

Heel wat respondenten vinden dat de ziekteverzekering over onvoldoende middelen beschikt om een toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen te waarborgen. Bovendien worden er verkeerde keuzes gemaakt in de organisatie van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Op dit vlak bracht het onderzoek heel wat waardevolle beleidsvoorstellen voort – waarover verder meer. Tenslotte wijzen de respondenten op de ‘gender-ongelijkheid’ binnen de gezondheidssector. Verstrekkingen zijn zich soms onvoldoende bewust over verschillen tussen mannen en vrouwen. Dit heeft gevolgen voor de diagnose, behandeling en begeleiding van vrouwelijke patiënten. Zeker voor vrouwelijke allochtonen blijken belangrijke knelpunten te bestaan. Bovendien bestaan er binnen de sociale zekerheid manifeste discriminaties tussen mannen en vrouwen, die kunnen worden toegeschreven aan de ‘gender-blindheid’ van de sociale zekerheid.

Enkele interessante beleidsalternatieven.

Het is moeilijk een beknopt overzicht van alle beleidsvoorstellen te geven die in deze studie werden geformuleerd. We beperken ons tot enkele boeiende ideeën.

Het meest gehoorde pleidooi is dat voor meer financiële middelen voor de gezondheidszorg. Het is volgens veel deelnemers aan deze studie een fictie te denken dat de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg zonder bijkomende financiële inspanningen kan verbeterd worden. De volgende vraag is dan natuurlijk van waar deze middelen moeten komen. Het herschikken van prioriteiten in het overheidsbudget zorgt ongetwijfeld voor een aantal mogelijkheden, maar men moet op dit vlak realistisch blijven. Ook het verder gaan op het reeds bewandelde pad – een ziekteverzekering die grotendeels gefinancierd wordt op basis van bijdragen uit ‘arbeid’ – biedt geen fundamentele oplossingen. Desondanks geven sommige respondenten aan dat ‘loonlastenverlagingen’ per definitie de financiële speelruimte van de sociale zekerheid beperken, ze vinden dan ook dat hiermee omzichtig moet worden omgesprongen. Andere respondenten geven aan dat de solidariteit moet uitgediept worden, met andere woorden, dat er bijkomende inspanningen moeten gevraagd worden aan de hoogste inkomens. Toch lijkt er aan de financieringskant vooral eensgezindheid te bestaan voor een grotere inbreng van alternatieve financiële bronnen. Namelijk de inbreng uit algemene fiscale middelen, waarbij een grotere belasting op andere inkomsten dan deze uit arbeid (kapitaal, speculatie, winsten, ‘groene fiscaliteit’) voor bijkomende investeringsruimte in, onder meer, de gezondheidszorg kan zorgen.

Het eenzijdig verhogen van de financiële middelen voor de gezondheidszorg zou echter erg kortzichtig zijn. Bijkomende financiële inspanningen moeten gekoppeld worden aan een fundamenteel debat over het soort gezondheidszorg dat men in de toekomst wil. Indien men een universeel toegankelijke gezondheidszorg – gebaseerd op solidariteit – wil behouden en verder uitbouwen, dan zijn fundamentele hervormingen nodig. Men zal in de eerste plaats moeten werken aan het prijsniveau van de zorg en aan een heroriëntering in de richting van meer aandacht voor preventie en eerstelijnszorg. Met betrekking tot het prijsniveau van de zorg is het van belang dat eens ernstig wordt nagedacht over het huidige systeem van prestatiegeneeskunde. Heel wat respondenten zien hierin de oorzaak van de hoge prijs van de zorg. Verder geeft de betaling ‘per prestatie’ aanleiding tot het niet-efficiënt gebruik van gezondheidszorg. Daarenboven verhindert de prestatiegeneeskunde noodzakelijke

beleidsmaatregelen, zoals ontradingscampagnes, accentverschuivingen in de richting van de eerste lijn, een meer preventieve gezondheidszorg, enz. Dergelijke beleidsmaatregelen hebben namelijk steeds een onmiddellijke invloed op het inkomen van de verstrekkers.

Een grotere aandacht voor de eerste lijn en belangrijke hervormingen in die eerste lijn kunnen de gezondheidszorg een heel ander uitzicht geven: ze zouden gelijktijdig voor kwetsbare categorieën de financiële toegangsdrempel tot de gezondheidszorg kunnen verkleinen en de uitgaven van de ziekteverzekering beperken. Hiertoe zijn wel een aantal ingrepen nodig. De eerste lijn moet de spil worden van de gezondheidszorg, dit door de toegang naar andere echelons van de gezondheidszorg – specialistische zorgen (2e lijn) en intramurale zorgen (3e lijn) – enkel nog via de eerste lijn mogelijk te maken (echelonnering). In een dergelijk concept is de huisarts – iemand die de situatie van de patiënt volledig kent – ongetwijfeld een centrale figuur, maar hij mag niet alleen staan in een geïntegreerde eerstelijnszorg. Ook paramedische (verpleging, voedingsadvies, kiné, ...), preventieve, ... hulpverlening moeten een plaats krijgen in een geïntegreerde eerstelijnszorg. Bovendien is het – zeker voor kwetsbare categorieën – van belang dat deze eerstelijnszorg zich niet beperkt tot de medische sfeer, er moet ook plaats zijn voor een actieve sociale begeleiding van mensen met (ernstige) gezondheidsproblemen. Om dit mogelijk te maken is het van belang dat het idee van de huisartspraktijk wordt verlaten en dat meer wordt geëvolueerd naar ‘centra voor eerstelijnszorg’, waar de hierboven vernoemde soorten hulpverlening op een geïntegreerde manier wordt aangeboden. Het systeem van de forfaitaire geneeskunde en de wijkgezondheidscentra biedt hier ongetwijfeld perspectieven. In een dergelijk systeem is echter geen plaats meer voor prestatiegeneskunde – verstrekkers zullen minstens een deel van hun inkomen uit een loon moeten halen. In welke mate verstrekkers hiertoe bereid zijn is natuurlijk de vraag. De discussie zal zich echter vroeg of laat opdringen.