

Financiële drempels overwinnen: een kwestie van innovatief sociaal beleid en politieke moed.

Ri De Ridder

Betaalbaarheid van de gezondheidszorg

Themaavond medische ethiek UZ Gent 24/4/19

Uitsluiting

Uit de WHO-constitution (1946)

Understanding health as a human right creates a legal obligation on states to ensure access to timely, acceptable, and affordable health care of appropriate quality as well as to providing for the underlying determinants of health, such as safe and potable water, sanitation, food, housing, health-related information and education, and gender equality.

DvdW

- Onafhankelijke medische ngo
- Universeel recht op gezondheidszorg. Speerpunt: kwetsbare groepen uit de reguliere zorgboot gevallen
- Verzorgen, getuigen, veranderen



DvdW Antwerpen

CIJFERS 2018:

- 1.260 patiënten in 6.000 consultaties
- 35% Maghreb, 20% Subsaharaans Afrika, 20% Europa
- 65% thuisloos, 25% eigen woonplaats, 10% dakloos
- 87% geen toegang tot zorg, 6% ZIV, 4% OCMW en 3% Fedasil
- 84% is zonder wettig verblijf



Wat zegt de literatuur?

- Onwettig verblijf gecorreleerd met hogere morbiditeits- en mortaliteitsgraad en geestelijke gezondheidsproblemen, omwille van o.a. de levensomstandigheden en langdurige stress
- Ook evenementen voor en tijdens de migratie impacteren de gezondheid negatief (detentie, verkrachting, foltering, enz)
- Antimigrantenretoriek, discriminatie en angst voor deportatie handhaven en vergroten de gezondheidsproblemen
- Er is ernstig ondergebruik van gezondheidszorg bij mensen zonder verblijf. Wanneer zorg wordt gevonden, is het vaak onvoldoende en/of onaangepast
- Zorguitstel verhoogt het gezondheidsrisico voor de patiënt en de kosten voor het gezondheidsbudget



Toegang tot zorg in de feiten

Probleemstelling

- Toegang tot zorg voor mensen zonder verzekering en/of verblijf per jaar
 - Terugbetaald: 1.600 met DMH
 - Niet-terugbetaald:
 - DvdW: 1.000
 - Huisartsen: 1.000 (?)
 - Spoed: 2 à 3.000 (?)
 - Andere: 1.000 (?)
 - TOTAAL: 5 à 10.000 (?)
- Maximum 1/3 van de groep niet verzekerden & zonder verblijf zou contact hebben met gezondheidsdiensten op jaarbasis
 - Bij ZIV-populatie is dat 9/10
- In hoge mate via spoed (zou stijgend zijn)



Dringende medische hulpverlening

Volgens artikel 57§2 van de organieke OCMW-wet van 8 juli 1976, hebben mensen zonder wettig verblijf recht op medische zorgen via de procedure 'Dringende Medische Hulp' indien ze beantwoorden aan een aantal voorwaarden:

- Ze zijn zonder wettig verblijf in het land
- Ze verblijven op het grondgebied van het OCMW
- Ze hebben geen eigen financiële middelen om de medische zorgen te betalen
- Een arts attesteert dat ze nood hebben aan medische zorgen via het aanbrengen van de bewoording 'dringende medische hulp' op een attest.

Koninklijk besluit 12/12/1996

Artikel [1](#). De dringende medische hulp, bedoeld in artikel 57, § 2, lid 1, van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, betreft hulp die een uitsluitend medisch karakter vertoont en waarvan de dringendheid met een medisch getuigschrift wordt aangetoond. Deze hulp kan geen financiële steunverlening, huisvesting of andere maatschappelijke dienstverlening in natura zijn.

Dringende medische hulp kan zowel ambulantly worden verstrekt als in een verplegingsinstelling, zoals bedoeld in artikel 1, 3°, van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Dringende medische hulp kan zorgverstrekking omvatten van zowel preventieve als curatieve aard.

Wei **Tabel 2.** Aantal weigeringen voor DMH in Antwerpen op eerste of nieuwe aanvragen, van 2012 tot 2016.

Unieke voorstellen DMH	2012	2013	2014	2015	2016
Medische waarborg weigeren	1.333	1.468	1.147	903	661
Percentage weigeren	54	46	39	42	44

Tabel 3. Reden van weigeringen voor DMH op eerste of nieuwe aanvragen in 2016

Aantal klanten	2016	%
Weigert mee te werken aan sociaal onderzoek	184	25,7
Negatief met specifieke redenen	160	22,4
Niet naleven voorwaarden sociaal onderzoek	125	17,5
Put rechten niet uit	80	11,2
Onbevoegdheid van het OCMW	61	8,5
Inkomen is hoger dan leefloon/OCMW-norm	59	8,3
Voldoende inkomsten voor medische bijstand	21	2,9
Ziet af van hulpverlening	15	2,1
Afschaf vanwege verandering statuut	8	1,1
Geen werkelijk verblijf in België	2	0,3
Totaal	715	



DMH in Antwerpen

OCMW Antwerpen strenger dan wettelijke bepalingen:

- Verplicht ID-document met foto
 - Verplicht huisbezoek
 - Kostenraming om behoeftigheid aan te tonen
- + hoogdrempelig onthaal en registratieprocedure



- **Informatiedocument Medische bewijsstukken POD-MI:**

Het voorleggen van officiële identiteitsdocumenten is echter **geen wettelijke vereiste** als deze personen geen wettig verblijf hebben. Het bewijs van de identiteit kan gebeuren door alle middelen (dus zowel officiële documenten als niet-officiële documenten). Als deze er zijn genieten officiële documenten de voorkeur, maar het bewijs van identiteit kan ook gebeuren door niet-officiële documenten (zoals de naam op facturen of huurcontract – het betreft hier geen limitatieve lijst).

Betrokkene moet uiteraard wel zijn medewerking verlenen bij het (laten) vaststellen van zijn identiteit.



DMH in Gent

Bevraging diensthoofd OCMW Gent over mogelijke oorzaken in verschil in kostprijs pb:

- *Outreaching werking van OCMW Gent versoepelt de toegang tot DMH voor de doelgroep waardoor men sneller een zorg laat uitvoeren*
- *OCMW Gent promoot preventieve zorg ook in kader van DMH*
- *Het overleg met de zorgverstrekkers en andere sociale actoren ondersteunt de toegang en het preventief beleid*
- *OCMW Gent promoot generische geneesmiddelen actief (vb. tussenkomst in medicatie voor patiënten in regel wordt berekend op het generisch alternatief en patiënt wordt hierin gestuurd dit ook aan hun arts/apotheek te vragen), zorgverstrekkers nemen dit over en passen dit ook toe bij dringende medische hulp*
- *Er is een sterke samenwerking (ook voor DMH) met de Wijkgezondheidscentra*
- *Groot deel van de Gentse doelgroep is EU onderdaan en slaagt er af en toe in terug toegang te krijgen tot de ziekteverzekering (op moment van arbeid en verwerven E-kaart)*

Percentage weigeringen in Gent:

- 2016: 323 weigeringen voor 6845 aanvragen DMH = 4,7%
- 2017: 319 NTLN voor 6470 aanvragen DMH = 4,9%



— + 60%

WITBOEK

over de
toegankelijkheid van
de gezondheidszorg
in België



Regering Michel

Positief: Uitrol mediprima

Bedreigend: Invoeren van een medische controle (wet gestemd 15/3/18 maar niet afgekondigd)

Kunnen we out of the box denken?

Wellicht 100.000 à 150.000 mensen zonder papieren

+ permanent ongeveer 100.000 mensen niet in orde met ZIV en daardoor zonder terugbetaling

Honderden maatschappelijk werkers houden zich bezig met het administreren van het bewijs van behoeftigheid

Dat kunnen we doelmatiger aanpakken!

Een universele dekking voor gezondheidszorg

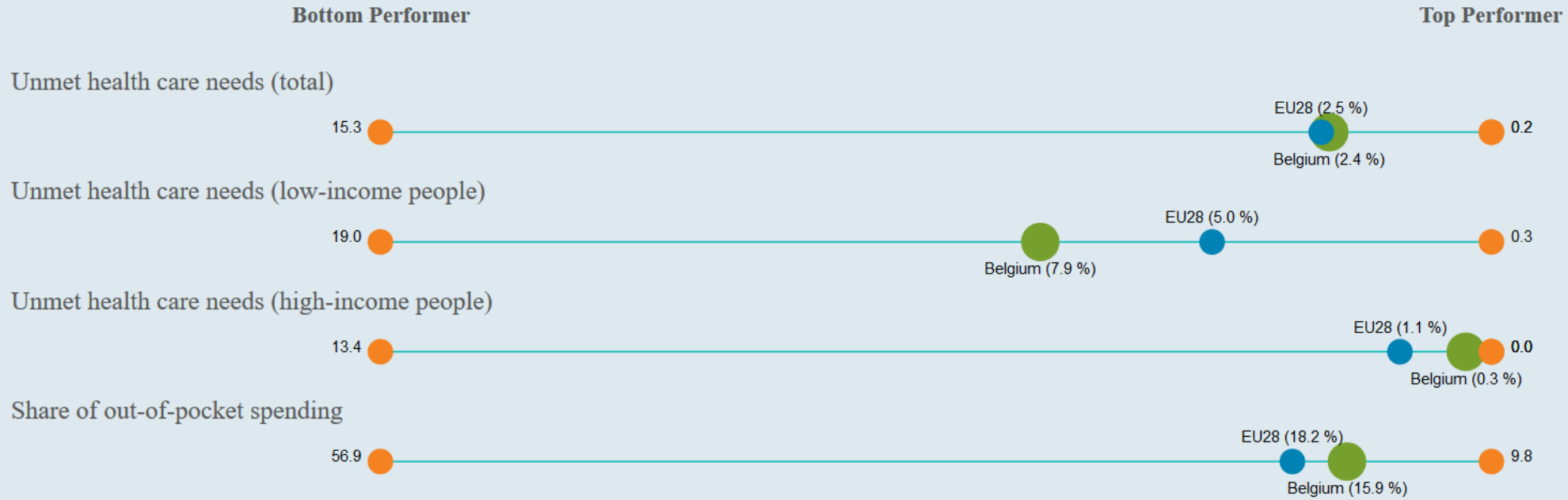
Niet in orde zijn met verzekering niet sanctioneren met niet-terugbetaling, wel gebruik maken van alle inningsinstrumenten

Ongelijke toegang

All data refer to 2016 or nearest year.

Highlight a country:

Access to care



Visit the ["Health at a Glance: Europe" website](#) for access to the full report, detailed country notes and more information.

Share



Figuur 4 | Percentage van de bevolking (van 2 jaar en ouder) dat een tandarts raadpleegde in de afgelopen 12 maanden, België, 2013

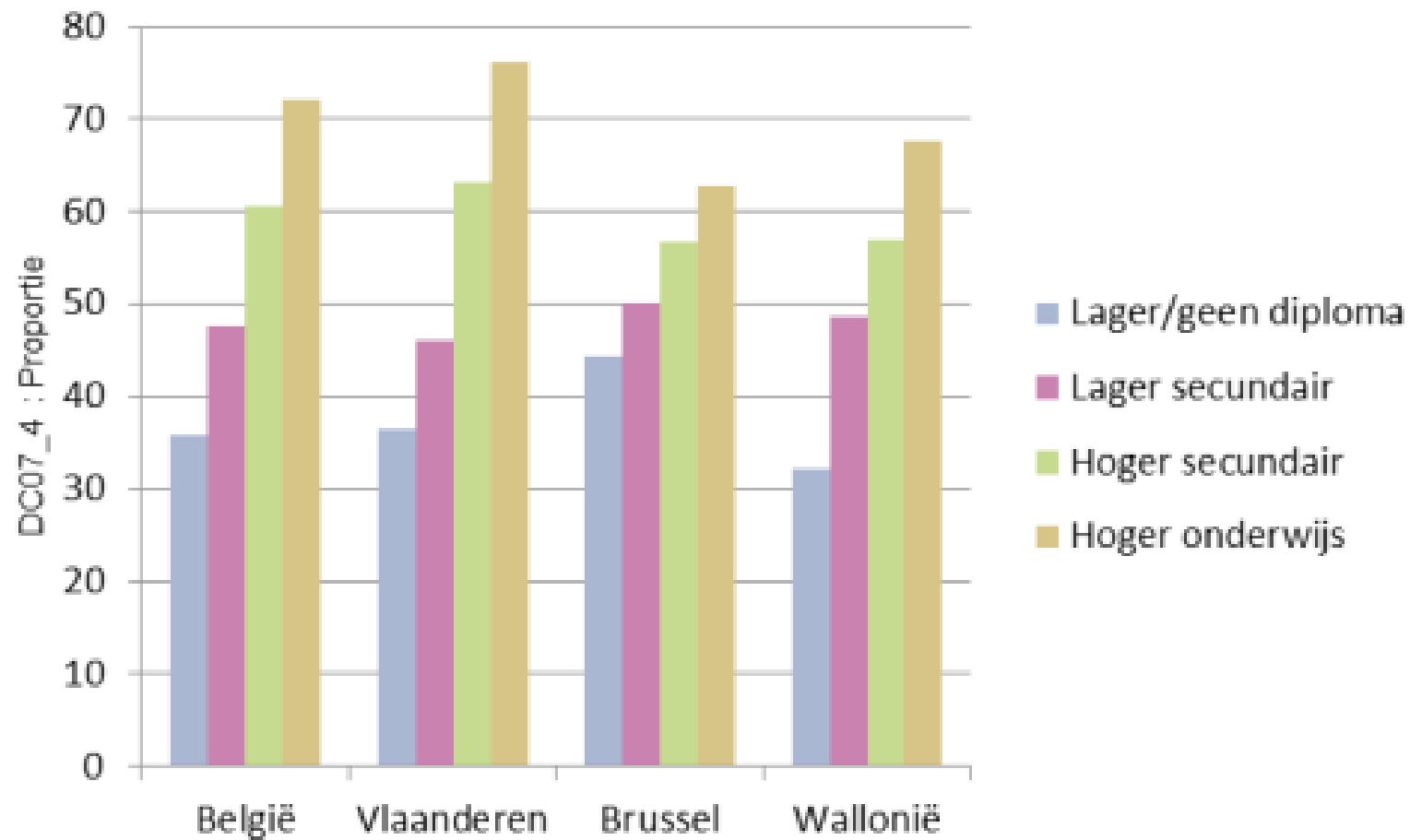
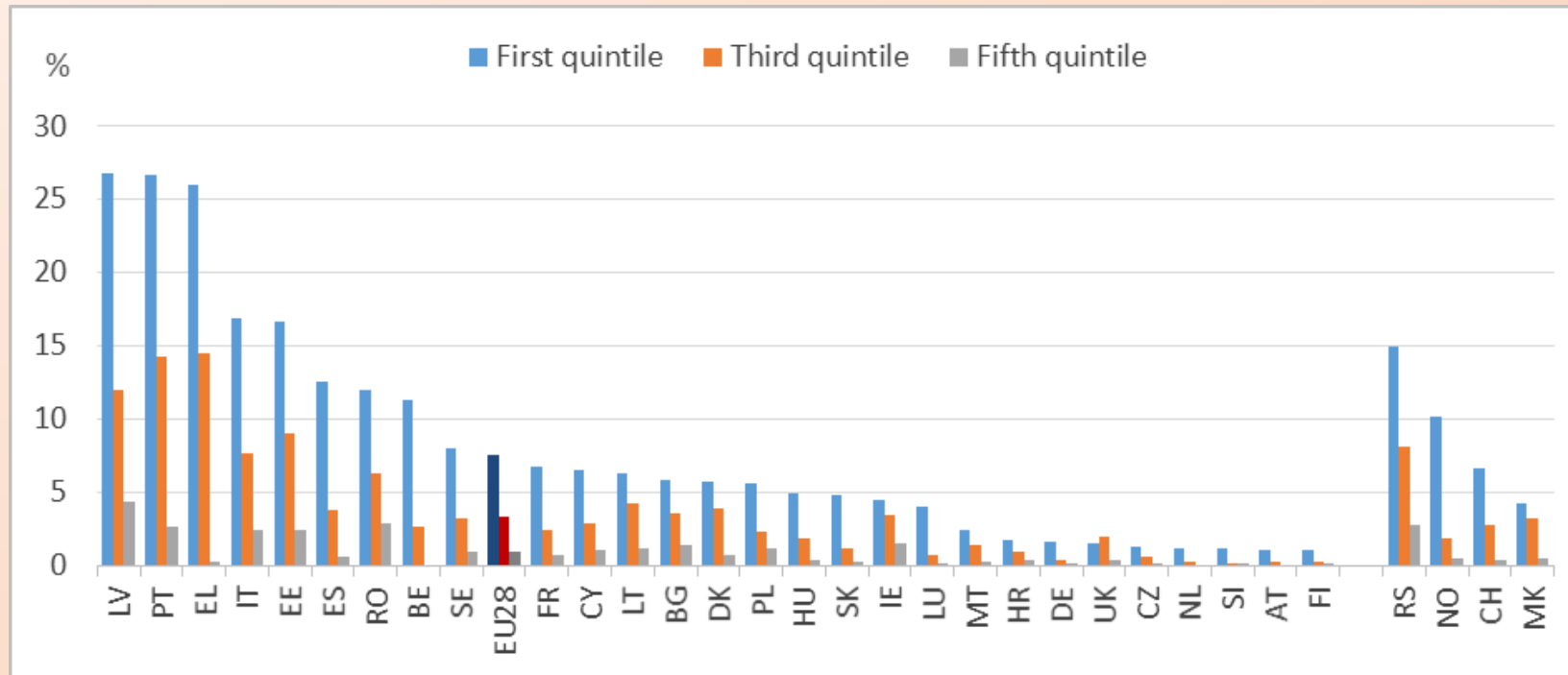
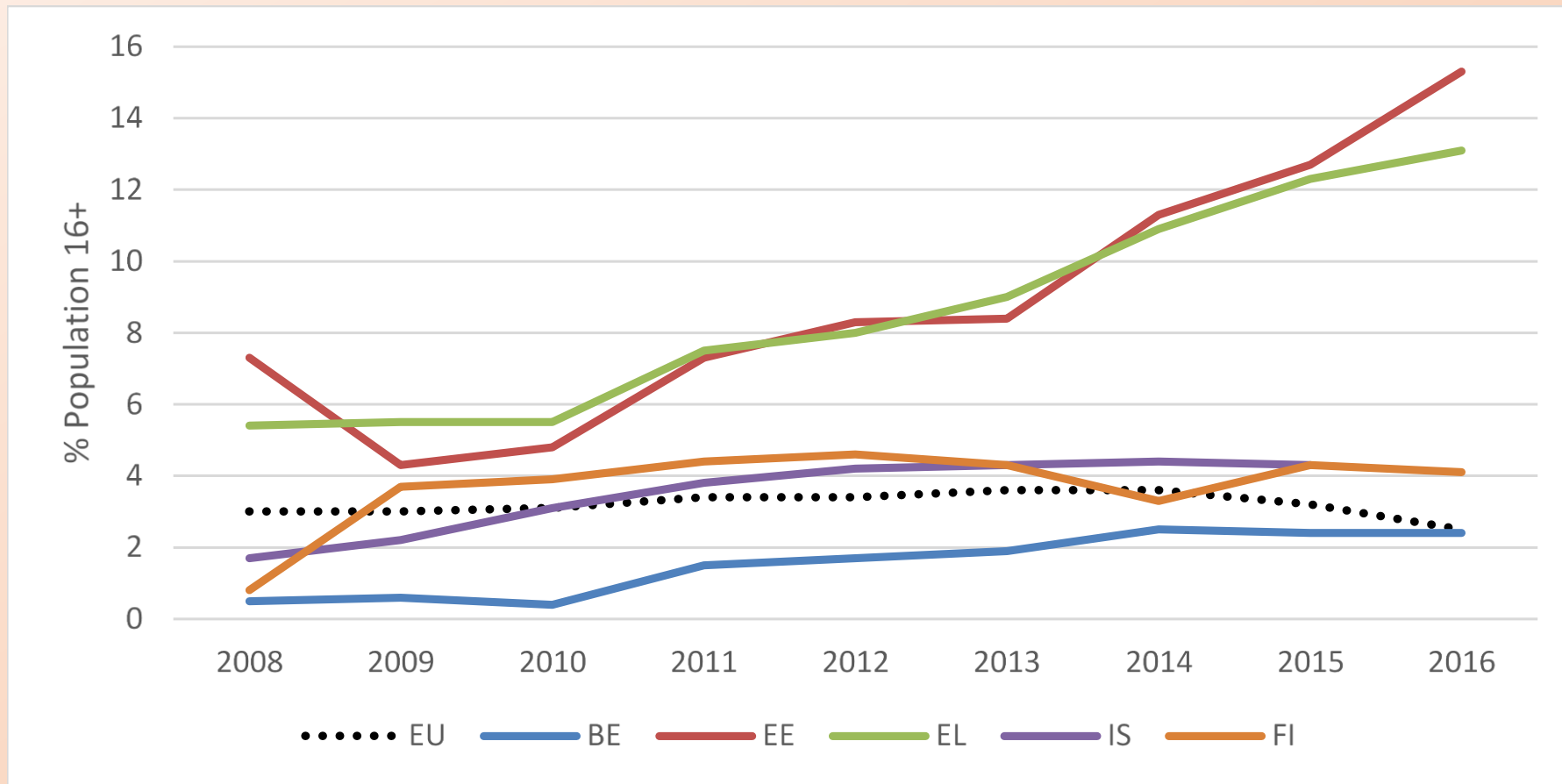


Figure 10: Self-reported unmet needs for dental examination due to cost, per income quintile (2016)



Source: Eurostat [hlth_silc_09]; * ESPN countries not included in the dataset: LI; ** ESPN countries with no data for 2016: IS, TR.

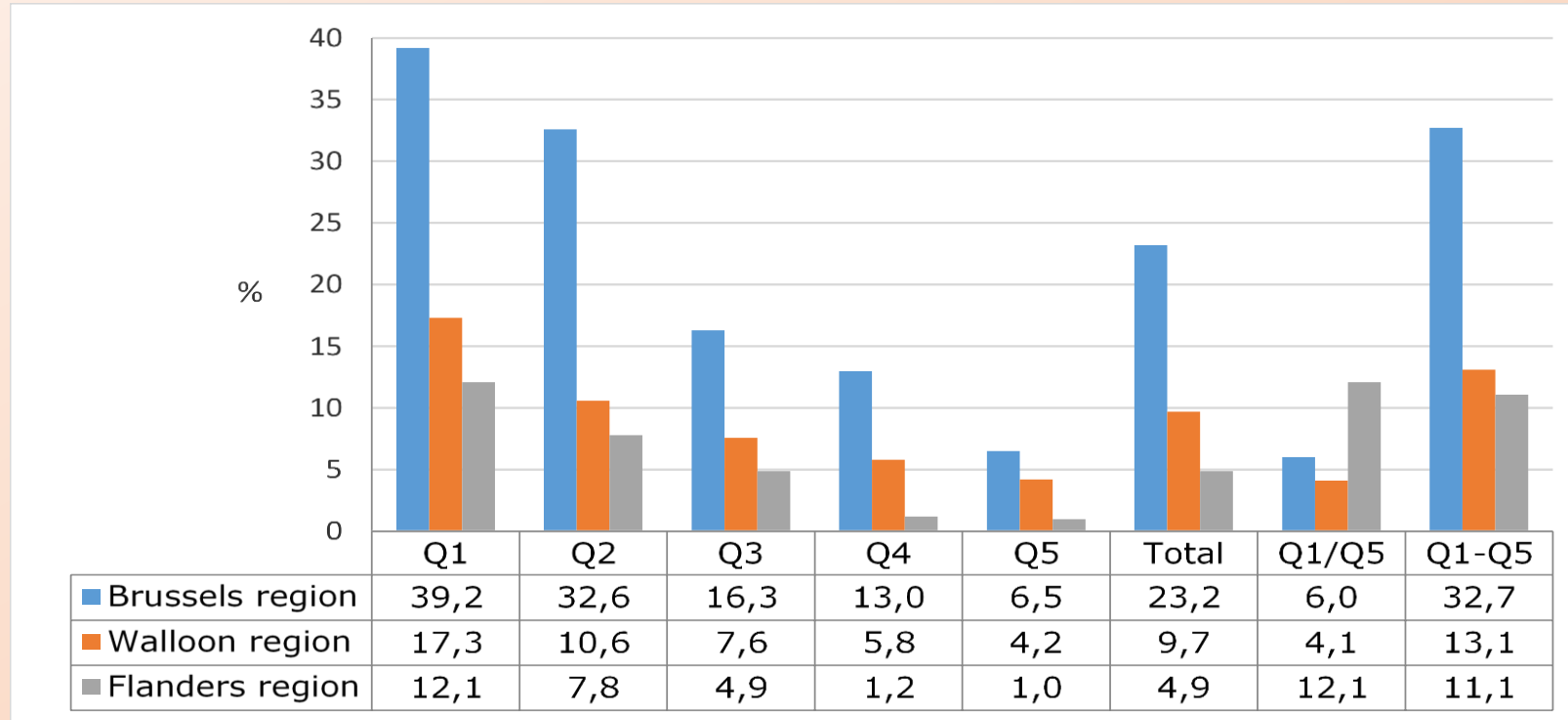
Figure A1: Self-reported unmet needs for medical examination: trends in selected countries with increasing trends (2008-2016)



Source: Eurostat [hlth_silc_08].

Uit: Buffel en Nicaise (forthcoming)

Figure A1: Regional distribution of postponement of medical care due to financial reasons by income quintiles, absolute and relative income inequality, percentages, 2013, Belgium



Note: Q1= lowest income quintile; Q5= highest income quintile; Q1/Q5 = Relative inequality; Q1-Q5 = Absolute inequality. For more information about absolute and relative inequalities please see: Dudal, P., Bracke, P. "Absolute and relative educational inequalities in depression in Europe" International journal of public health. Vol. 61, No 7, 2016, pp. 787-795.

Health Interview Survey (HIS), Interactive online module (<https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>), Sample size Belgium, 2013: 10.600; Unmet need measured by "Was there any time (during the past 12 months) when someone in the family needed the following kinds of care, but could not afford it?"

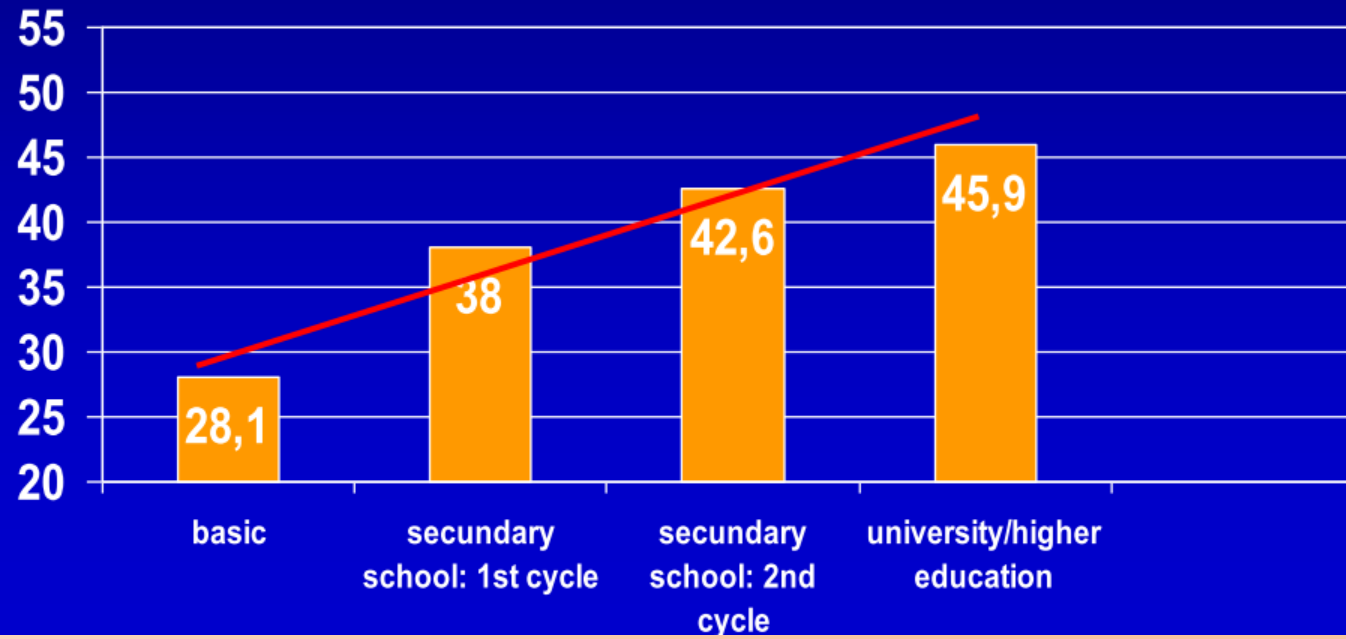
Source: HIS, 2013 (Drieskens, et al., 2013)

Healthy life expectancy in Belgium

(Bossuyt, et al. Public Health 2004)

Socio-economic inequalities in health

Healthy life expectancy in Belgium, 25 years, men



Ongelijkheid in ziektelast: multimorbiditeit

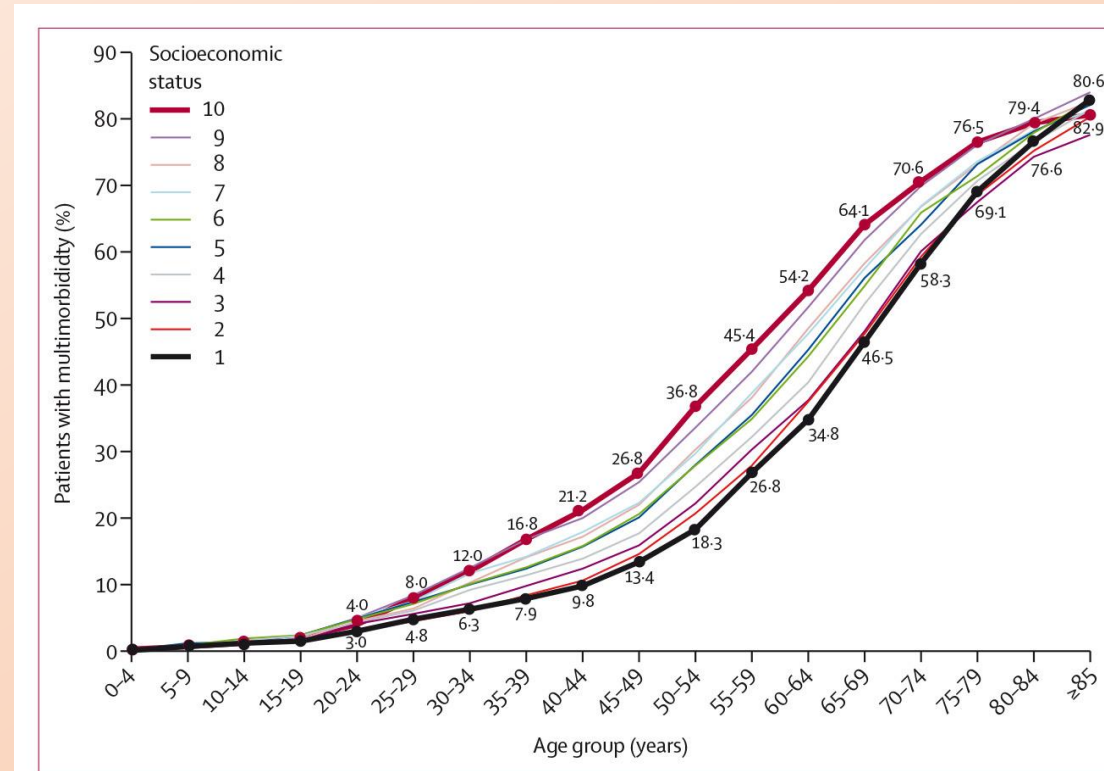
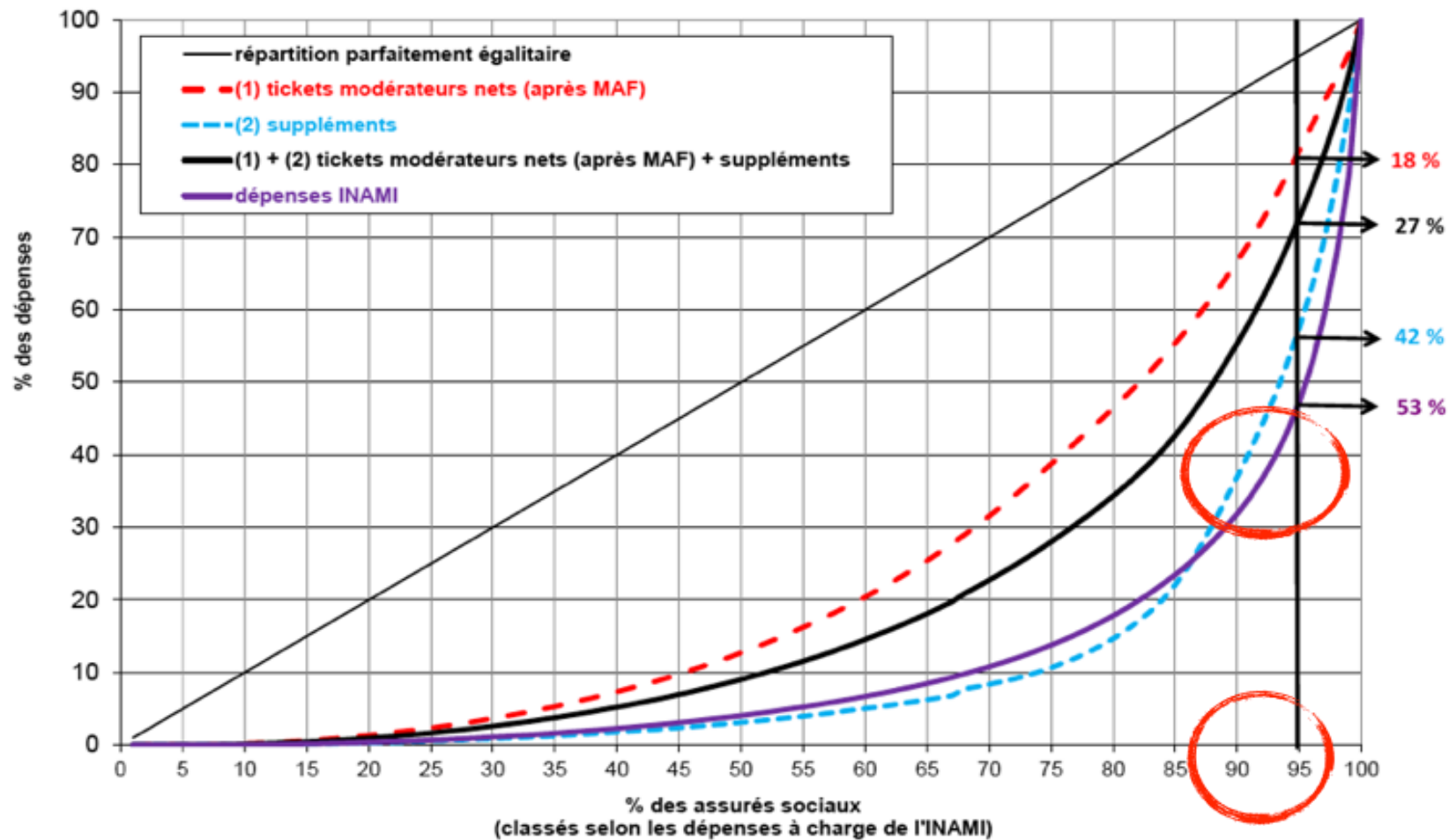


Figure 2: Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status
On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

ENSEMBLE DES DEPENSES DE SANTE
(tickets modérateurs, suppléments, dépenses INAMI - niveau individuel)
source : Agence Intermutualiste, 2012



Les 5% d'assurés avec les dépenses AMI les plus élevées concentrent donc 53% des dépenses AMI, 18% des tickets modérateurs nets, 42% des suppléments (enregistrés) et 27% de la masse totale de tickets modérateurs nets et de suppléments.

Het belgische systeem is geen waarborg voor universele toegang

Zorguitstel

Zorguitsluiting

Tariefzekerheid wordt een fictie

18% van de gezondheidsuitgaven worden rechtstreeks gefinancierd vanuit gezinsbudget (out of pocket)

Beschermingsmaatregelen (voorkeurregeling, derde betaler, maximumfactuur) werken binnen hun grenzen

Heel veel middelen gaan verloren door inefficiëntie

Toenemende druk op zorgpersoneel

	vlaams gewest	
	aantal	percentage
totaal aantal tandartsen 2004	4857	100,00%
volledig geconventioneerd	2364	48,67%
partieel geconventioneerd	1501	30,90%
niet geconventioneerd	992	20,42%
totaal aantal tandartsen 2017	5546	100,00%
volledig geconventioneerd	1821	32,83%
partieel geconventioneerd	1214	21,89%
niet geconventioneerd	2511	45,28%
<i>(op ogenblik telling toetredingen)</i>		<i>(40,49%)</i>

COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT

Country Report Belgium 2019

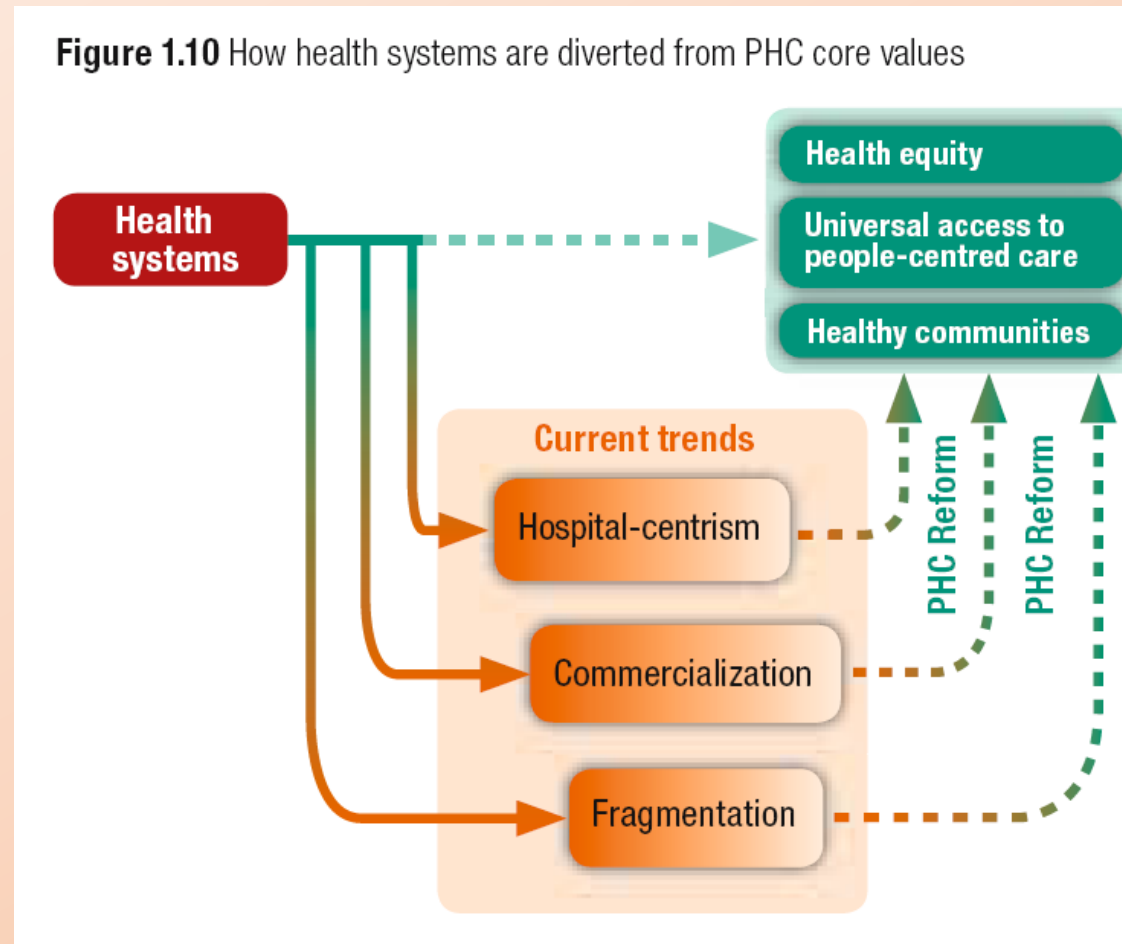
2019 European Semester: Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews under Regulation (EU) No 1176/2011

p.41: Effectively reaching out to disadvantaged groups remains a challenge. General practitioners and multidisciplinary neighbourhood health centres can play an important role in tackling health differences due to socio-economic status. The suspension of new community health centres has been lifted and the sector can continue to grow.

Uit Health at a glance 2018 (OECD)

Evidence from various countries suggests that up to **one-fifth** of health spending is wasteful and could be reallocated to better use”

OMS, 2008



Een voorbeeld van good practice: eerstelijnszorg in wijkgezondheidscentra

	Forfait	Par prestation – par pair standardisé
Dépense de première ligne	413	210
Dépenses hors première ligne	1.661	1.870
Total des dépenses	2.074	2.080

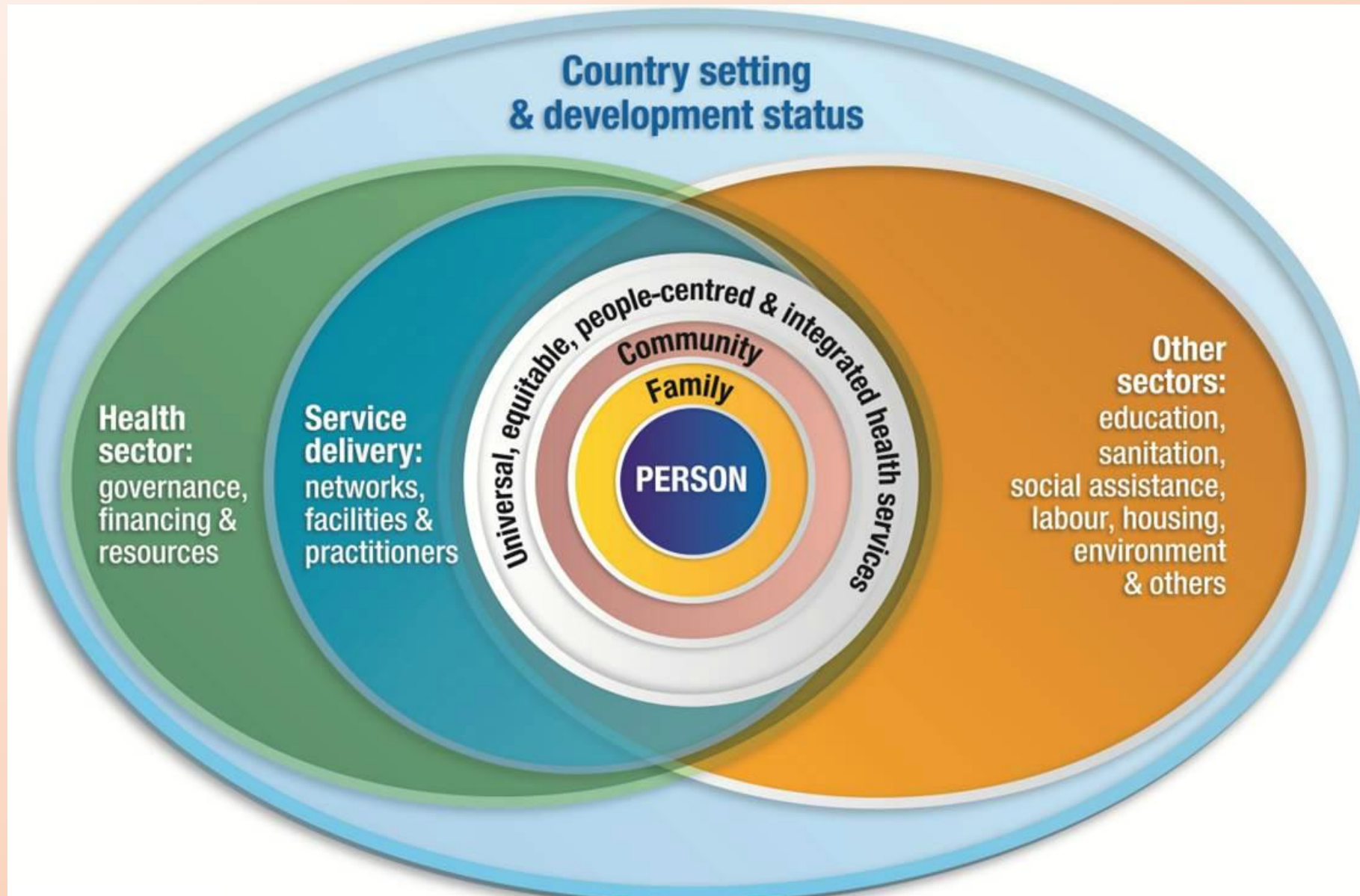
Meer van hetzelfde is geen optie meer

Hoog tijd voor een waardegedreven nieuw zorgmodel

Populatiegerichte geïntegreerde zorg

Triple/Quadruple aim

The international framework (WHO)





Doelstellingen Plan Geïntegreerde zorg

