



# WITBOEK

over de  
toegankelijkheid van  
de gezondheidszorg  
in België

# Voorwoord

België wordt beschouwd als een land met een goede sociale bescherming en een kwalitatief gezondheidssysteem. Nochtans stellen we vast dat toegang tot gezondheidszorg voor een reeks bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen helemaal niet vanzelfsprekend is, namelijk omdat bepaalde onder hen zich noodzaak zien om zorgen uit te stellen of er afstand van te doen. Ook andere groepen (bijvoorbeeld personen met een mentale handicap), die in dit Witboek niet aan bod komen, kennen problemen, bijvoorbeeld omdat een voldoende medische tenlasteneming in de onthaalstructuren ontbreekt.

Dit Witboek bevat een reeks operationele aanbevelingen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor die bevolkingsgroepen te verbeteren.

Het is het resultaat van een lang proces waaraan verschillende gezondheidsactoren hebben deelgenomen en van een uniek initiatief, in het kader van 50 jaar ziekteverzekering en RIZIV, tussen enerzijds de actoren van het Belgische gezondheidszorgsysteem, en anderzijds Dokters van de Wereld, één van de organisaties die medische bijstand aan de meest kwetsbare bevolkingsgroepen verlenen.

De aanzet tot dit proces werd gegeven met de samenstelling van een Groenboek, waarin een overzicht wordt gegeven van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België en waarin een dertigtal actoren van de hele sector aan het woord komen: gezondheidswerkers, veldwerkers, patiënten, ziekenfondsen, RIZIV, enz.

Met het oog op de verdere uitwerking van dit proces werden rondetafelgesprekken georganiseerd, waaraan meer dan 300 personen uit de sector hebben deelgenomen om oplossingen te zoeken voor de problemen die in het Groenboek aan het licht zijn gebracht. Na afloop van die rondetafelgesprekken hebben de deelnemers talrijke voorstellen geformuleerd. Die voorstellen kunnen worden gegroepeerd rond 5 pijlers van prioritaire aanbevelingen die het gezondheidszorgsysteem toegankelijker moeten maken:

1. kiezen voor een inclusief beleid
2. versterken van de bestaande middelen
3. meer investeren in preventie
4. aanbieden van zorg "op maat"
5. verbeteren van de informatieverstrekking aan de patiënt.

Naar aanleiding van de besprekingen met het Begeleidingscomité hebben we ervoor gekozen om per pijler alleen met de volgens ons meest prioritaire aanbeveling rekening te houden. Die aanbevelingen worden in dit Witboek vermeld.

We willen met dit Witboek de politieke wereld interpellieren en we hopen dat met die verschillende aanbevelingen rekening zal worden gehouden wanneer het gezondheidsbeleid voor de volgende 5 jaar wordt uitgestippeld en dat ons gezondheidszorgsysteem op die manier toegankelijker wordt.

We willen van deze gelegenheid gebruik maken om alle actoren (de leden van het Begeleidingscomité en al diegenen die een bijdrage aan het Groenboek hebben geleverd, de moderatoren van en de deelnemers aan de rondetafel-gesprekken en de personeelsleden van onze organisaties) te bedanken voor hun bijdrage die ze voor het welslagen van dit proces hebben geleverd.

Pierre Verbeeren

Algemeen Directeur van  
Dokters van de Wereld

Jo De Cock

Administrateur-generaal van  
het RIZIV

# I. Kiezen voor een inclusief beleid

## 1. Context/Problematiek

Voor de personen die buiten het kader van de ziekteverzekering vallen, zijn er verschillende “aanvullende” systemen ontwikkeld, zoals:

- De tenlasteneming van de medische verzorging voor de **personen zonder wettig verblijf** wordt via de Dringende Medische Hulp (DMH) door de OCMW's geregeld en hangt af van de Programmatorische Overheidsdienst (POD) Maatschappelijke Integratie. De procedures verschillen echter van OCMW tot OCMW en in de voorwaarden worden eerder vage begrippen gebruikt, waaraan niet alle bevolkingsgroepen kunnen beantwoorden, zoals de “behoefte” of de “hoofdverblijfplaats”. De toegankelijkheid van de zorg wordt bemoeilijkt doordat de praktijken van de OCMW's niet op elkaar zijn afgestemd: er is een zekere willekeur, een ongelijke en discriminerende behandeling bij de toekenning van de DMH, er worden onaangepaste procedures gevolgd, enz.
- De gezondheidszorg voor **asielzoekers** wordt ten laste genomen door een federaal opvangcentrum of door een structuur van één van de partners. Elke partner organiseert echter autonoom zijn eigen systeem. Voor de personen die buiten de opvangcentra verblijven, de “**no shows**”, worden de kosten voor de medische verzorging betaald door de “Cel Medische Kosten” van Fedasil door een systeem van “aanvragen”, die voor elke nodige verzorging bij de zorgverlener moeten worden ingediend. Voor de asielzoekers die in een **Lokaal Opvang Initiatief** verblijven, wordt de medische verzorging door de OCMW's ten laste genomen.
- De gezondheidszorg voor de **gedetineerden en de geïnterneerden** valt momenteel onder de financiële verantwoordelijkheid van de Federale Overheidsdienst (FOD) Justitie. Wanneer de gedetineerden en geïnterneerden in de gevangenis of in een inrichting ter bescherming van de maatschappij terecht komen, kunnen ze de tegemoetkomingen van hun ziekteverzekering verliezen. De FOD Justitie neemt de medische kosten van de gedetineerden en van de geïnterneerden ten laste, met uitzondering van de gevallen die in de reglementering van de ziekteverzekering zijn vastgesteld. In die gevallen neemt het RIZIV de kosten in het kader van een gesloten budget ten laste. Wanneer dat budget volledig is uitgeput, worden die kosten opnieuw door de FOD Justitie ten laste genomen. Er kunnen zich eventueel nog andere situaties voordoen als de gedetineerde bijvoorbeeld om medische redenen in voorlopige vrijheid wordt gesteld, in voorlopige vrijheid wordt gesteld, in voorwaardelijke vrijheid wordt gesteld, penitentiair verlof krijgt of onder elektronisch toezicht wordt geplaatst, enz. In die situaties kan de gedetineerde toegang krijgen tot de ziekteverzekering als hij in orde is met de verzekeraar.

## I. Kiezen voor een inclusief beleid

Die verschillende reglementeringen en de logheid van de procedures die eraan zijn verbonden, creëren talrijke gaten in ons net van sociale zekerheid, maar vertragen vooral de efficiënte tenlasteneming van de patiënten en veroorzaken administratieve rompslomp voor de zorgverleners. Voor personen die onder die aanvullende systemen vallen, is de toegang tot verzorging nog moeilijker omdat ze vaak al met verhoogde gezondheidsrisico's en aanzienlijke problemen worden geconfronteerd, zoals de taal, de levensloop, de culturen en de veelvuldige kwetsbaarheden, enz.

Om de strijd tegen de institutionele uitsluiting aan te gaan, moeten de verschillende manieren waarop de medische hulp momenteel wordt geoperationaliseerd voor bevolkingsgroepen die buiten het kader van de ziekteverzekering vallen, zo veel mogelijk eenvormig worden gemaakt.

## 2. Aanbevelingen : gefaseerde integratie per doelgroep

Hoewel de samensmelting van de aanvullende systemen tot één uniek gestandaardiseerd en geïnformatiseerd systeem van medische hulp het discriminerende karakter van de bestaande systemen kan wegnemen en de terugbetalingsprocedures voor de actoren van het systeem (patiënten, zorgverleners en administraties) kan vereenvoudigen, pleiten we voor een gefaseerde en doelgroepgerichte aanpak.

- Zoals aangehaald tijdens de rondetafelgesprekken over de toegankelijkheid van de zorg, **pleiten we voor de integratie van de gedetineerden en de geïnterneerden in de ziekteverzekering**. Er is immers geen enkele principiële reden om een gedetineerde of een geïnterneerde van de ziekteverzekering uit te sluiten.

De integratie van de gedetineerden en de geïnterneerden in de ziekteverzekering is vanuit wettelijk en technisch oogpunt perfect mogelijk, maar eerst moet een studie met verschillende doelstellingen worden uitgevoerd:

- leveren van gegevens over de toekomstige organisatie van de geneeskundige verzorging in de gevangenissen en in de inrichtingen ter bescherming van de maatschappij
- verduidelijken welke punten van de wetgeving er op basis van de vastgestelde behoeften en problemen moeten worden aangepast
- ramen van de precieze financiële gevolgen worden gemaakt.
- Voor de personen die in het kader van de Dringende Medische Hulp door het OCMW worden betaald, is het project MediPrima, waarmee de medische hulp automatisch wordt beheerd, belangrijk voor het op elkaar afstemmen van de verschillende praktijken en levert het op administratief vlak aanzienlijke tijdswinst voor de OCMW's op.

MediPrima heeft ook een belangrijke meerwaarde voor de zorgverleners, omdat het hen de mogelijkheid biedt duidelijke informatie te krijgen over de ten laste genomen kosten en het vooral een garantie biedt op de betaling die door de Staat wordt verricht.

Hoewel dat MediPrima-project met het oog op een vereenvoudiging van de procedures een belangrijke stap voorwaarts is, worden de personen die in het kader van de Dringende Medische Hulp een tegemoetkoming van het OCMW wensen te genieten, niet gespaard van de administratieve rompslomp die de toegang tot de verzorging aanzienlijk kan vertragen (sociaal onderzoek, enz.). Bovendien zijn ook de kosten, en dan vooral de personeelskosten die de toepassing van de procedures van dat systeem met zich meebrengen, niet te verwaarlozen.

We stellen bijgevolg voor om onze acties op verschillende doelgroepen te richten:

- In eerste instantie stellen we voor dat **de personen die de tenlasteneming van hun gezondheidszorg bij een OCMW** in het kader van de eerste fase van het MediPrima-project aanvragen (de personen die illegaal in België verblijven, de personen voor wie de asielprocedure lopende is en die ten laste zijn van een OCMW (lokaal opvanginitiatief of financiële hulp) en de personen die over een ontvankelijke aanvraag tot machtiging tot verblijf om medische redenen beschikken (9ter genaamd)) **ambtshalve** bij de HZIV **ingeschreven worden**. Die inschrijving zou **tijdelijk** zijn (bijvoorbeeld 3 maanden) om de voorwaarden voor een tegemoetkoming van het OCMW te kunnen controleren. Als na die periode van 3 maanden wordt bevestigd dat de patiënt voldoet aan de voorwaarden voor een tegemoetkoming van het OCMW, blijft hij voor de verdere geldigheidsduur van zijn inschrijving bij de HZIV (of bij een andere verzekeringsinstelling met volledige kennis van de impact van die keuze) ingeschreven. Als dat niet geval is, dan is de inschrijving niet langer van kracht.
- Voor de **personen zonder vaste verblijfplaats** stellen we voor dat als het bevoegde OCMW moeilijk kan worden geïdentificeerd, de POD Maatschappelijke Integratie **ambtshalve het bevoegde OCMW aanduidt** om de persoon zonder vaste verblijfplaats niet te benadelen.
- Voor de asielzoekers **inclusief de “no shows” en de personen in een lokaal opvang initiatief** stellen we ten slotte voor om dezelfde redenering toe te passen als deze hierboven beschreven voor de rechthebbenden op de tijdelijke inschrijving.

## II. Versterken van de bestaande middelen om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren

### 1. Context/Problematiek

De universele bescherming tegen ziekterisico's, die volgens ieders draagkracht wordt gefinancierd, is één van de fundamentele principes van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Er bereiken ons echter verontrustende signalen over ongelijkheden wat betreft gezondheidsaspecten en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. We stellen bijvoorbeeld vast dat 27 % van de meest kwetsbare sociale groep om financiële redenen afziet van verzorging!

Sommige omstandigheden leiden tot een verhoogd risico voor problemen met de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg:

- jonge gezinnen
- eenoudergezinnen
- laag opleidingsniveau
- laag beschikbaar inkomen.

Ook gezinnen met hogere uitgaven voor gezondheidszorg en gezinnen met veel gezondheidsproblemen hebben een grotere kans dat ze hun zorg wegens financiële redenen moeten uitstellen.

Tot op de dag van vandaag werden hervormingen doorgevoerd om de financiële toegankelijkheid te verbeteren voor wie op financiële drempels botst:

- het verbod op ereloon supplementen in 2- of meerpersoonskamers
- de uitbreiding van de maximumfactuur (MAF) voor de rechthebbenden op het statuut "chronische aandoeningen"
- op 1 januari 2014 is de voorkeurregeling hervormd tot één globaal systeem gebaseerd op het gezinsinkomen en vanaf 2015 zullen de ziekenfondsen gezinnen met een laag inkomen actief kunnen opsporen om daarmee een grote stap vooruit te zetten in de richting van een automatische toekenning van de voorkeurregeling.

## II. Versterken van de bestaande middelen om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren

Zonder dergelijke maatregelen voor de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg zouden heel wat gezinnen omwille van hun gezondheid schulden opbouwen of zichzelf of zelfs hun kinderen zorg moeten ontzeggen. Het percentage uitgestelde zorg toont echter ook aan dat er verdere stappen moeten worden ondernomen om een universele toegang tot de gezondheidszorg te kunnen garanderen.

### 2. Aanbeveling: veralgemening van de derdebetalersregeling

We raden aan:

- zoals bepaald in de wet van 27 december 2012, om de **derdebetalersregeling vanaf 1 januari 2015 verplicht toe te passen** op een zo groot mogelijk aantal verstrekkingen (prioritair op verstrekkingen van de huisartsgeneeskunde en de tandheelkunde en op termijn op verstrekkingen van alle andere ambulante sectoren) voor elke patiënt met het statuut “**chronische aandoeningen**” en voor elke patiënt die recht heeft op de **verhoogde tegemoetkoming**.
- op langere termijn ook een veralgemening **van de derdebetalersregeling voor alle ambulante behandelingen**, naar het voorbeeld van Frankrijk dat onlangs heeft aangekondigd om de derdebetalersregeling vóór 2017 te veralgemenen voor alle patiënten die een beroep doen op de eerstelijnszorg.

Naast een betere toegankelijkheid van de zorg voor alle patiënten zal die veralgemening van de derdebetalersregeling ook leiden tot een belangrijke administratieve vereenvoudiging voor de zorgverleners.

Alvorens deze stap te zetten, moeten een aantal voorwaarden zijn vervuld:

- mogelijkheid om de verzekeraarbaarheid van de patiënt in de loop van het contact te controleren
- elektronische facturatie
- zeer korte terugbetalingstermijn door de verzekeringsinstellingen
- vereenvoudigde administratieve formaliteiten.

Aan sommige voorwaarden werd reeds voldaan of zal binnenkort worden voldaan. Aangezien het om een historische hervorming gaat, lijkt een termijn van 4 jaar om tot die doelstelling te komen noodzakelijk, maar realistisch.



## III. Investeren in preventie en gezondheidspromotie

### 1. Context/Problematiek

In alle studies over gezondheidsongelijkheden is men het erover eens en komt men tot dezelfde vaststelling: bij een zwakkere sociaaleconomische status blijkt de gezondheid achteruit te gaan en de levensverwachting te verminderen. Om de gezondheidsongelijkheden drastisch te verminderen, moet absoluut in **preventie** worden geïnvesteerd en bij voorkeur al **vanaf de zwangerschap en de vroegste kinderjaren**, waarin vaak de eerste aanzet tot sociale gezondheidsongelijkheden wordt gegeven.

In een studie<sup>1</sup> van het ONE werd immers een duidelijk verband aangetoond tussen enerzijds het opleidingsniveau van de moeder en anderzijds de duur van de borstvoedingsperiode, overgewicht, tandbederf en de taalontwikkeling bij het kind. Vrouwen met een lager opleidingsniveau zullen de materniteit vaak sneller verlaten en over het algemeen minder gebruik maken van de preconceptionele consultatie (17 %) in vergelijking met vrouwen met een hoger opleidingsniveau (38 %)<sup>2</sup>. Voor de armste bevolkingsgroepen spelen de prenatale consultaties nochtans een fundamentele rol bij de medisch-sociale bescherming van de zwangerschap.

De huidige versnippering van de seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten (SRG's) vormt een belangrijke drempel voor de zorg, vooral voor de kwetsbare vrouwen die niet met het gezondheidssysteem vertrouwd zijn of die de taal niet machtig zijn. Voor elk aspect van de seksuele en reproductieve gezondheid bestaat er immers een andere dienst of zelfs meerdere diensten. Een zwangere kwetsbare vrouw kan zich bijvoorbeeld tot een prenataal steunpunt wenden. In geval van complicaties en voor echografieën moet ze echter toegang hebben tot een gynaecoloog en de bevalling gebeurt dan weer in het ziekenhuis. Bovendien zijn veel diensten overbelast en zijn de meeste SRG-diensten betalend en duur.

Voor de kwetsbare vrouwen wordt de zwangerschap vaak pas in een laat stadium opgevolgd, wat het risico op complicaties en/of sterfte van de moeder en/of het kind verhoogt. Het blijft dus een probleem om deze vrouwen vroeg genoeg te bereiken om hun zwangerschap tijdig op te volgen en de nodige medische onderzoeken te kunnen verrichten. Een integraal en laagdrempelig aanbod aan SRG-diensten voor de meest kwetsbare vrouwen ontbreekt dus voorlopig in het Belgische landschap.

1. ONE-rapport van de medisch-sociale databank van het ONE 2006-2007, « Les inégalités sociales de santé chez les jeunes enfants de 9 à 30 mois », MC Mouroy, M Sommer, M Liegois, S Ndame Ebonge, 2009, p. 143-157.

2. Enquête over het traject van kinderen van een jaar in de actievelden gezondheid, ouderschapsondersteuning en opvang, studie uitgevoerd voor het ONE door Dedicated Research, november 2012.

Een andere kwetsbare doelgroep die bijzondere aandacht op het vlak van gezondheidspromotie vraagt, is die van de **sekswerkers (risicoberoep) en druggebruikers (risicogedrag)**. Hun gebruiken en levenswijzen maken hen immers kwetsbaarder, waardoor ze meer risico lopen om bepaalde infectieuze ziekten te ontwikkelen (hiv, hepatitis B en C, SOA's, enz.). De prevalentie van hepatitis C is het hoogst bij druggebruikers; 80 % van alle nieuwe hepatitis C infecties kunnen in deze groep teruggevonden worden<sup>3</sup>. De vroegtijdige opsporing van die infectieuze ziektes is nochtans essentieel voor de volksgezondheid: dergelijke epidemieën kunnen niet onder controle worden gehouden, zolang die personen van het gezondheidssysteem of preventiecampagnes worden uitgesloten.

Inzetten op preventie en gezondheidspromotie is dus noodzakelijk om de gezondheidsongelijkheden te verminderen, maar dan moet men zich vooral op de meest kwetsbare bevolkingsgroepen richten en een intersectorale en multidisciplinaire aanpak volgen.

## 2. Belangrijkste aanbevelingen: globale aanpak van de gezondheid van moeder en kind en een adequate preventieve zorg voor populaties met een risicogedrag

Idealiter zou elke vrouw zich gratis moeten kunnen wenden tot de SRG-diensten om een antwoord te krijgen op gelijk welke vraag over haar seksuele en reproductieve gezondheid, ongeacht of het gaat om seksuele voorlichting, SOA-screening en -preventie, ongewenste zwangerschap of follow-up van de zwangerschap, contraconceptie of morning-afterpil, seksueel en/of partnergeweld, angst voor kanker, enz. Elke vrouw zou op haar vraag onmiddellijk een antwoord moeten kunnen krijgen van een professionele medische, sociale, juridische of psychologische hulpverlener, of moeten kunnen worden doorverwezen naar of begeleid door een andere adequate hulpverleningsdienst.

Het aanmoedigen van effectieve partnerschappen tussen de verschillende actoren van de SRG-diensten, namelijk ONE, Kind en Gezin, centra voor gezinsplanning, kraamklinieken, huisartsen en wijkgezondheidscentra, maar ook verenigingen, zoals Aquarelle of Dokters van de Wereld, die meer in het bijzonder met kwetsbare vrouwen werken, zou ervoor moeten zorgen dat elke vrouw een passende SRG-dienstverlening kan genieten.

3. Gerkens S., Martin N., Thiry N. en Hulstraet F., Hepatitis C: Opsporing en Preventie. Health Technology Assessment (HTA), Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2012, KCE Reports 173 B. D/2012/10.273/05.

### III. Investeren in preventie en gezondheidspromotie

De centra voor gezinsplanning komen bijvoorbeeld heel weinig in contact met zeer kwetsbare personen, zoals daklozen, illegalen, enz. Bovendien zijn die personen niet noodzakelijk op de hoogte van het bestaande zorgaanbod. Er zou een betere samenwerking moeten worden tot stand gebracht met de veldwerkers, zowel op het gebied van consultaties als voor relationele, affectieve en seksuele voorlichting.

**Wij raden dus aan de samenwerking tussen de verschillende actoren die zich bezighouden met de gezondheid van moeder en kind te versterken, opdat een pakket van medische zorg in het kader van een globale niet-versnipperde benadering van de gezondheid van de vrouw kan worden aangeboden.** Daarom is een akkoord in de Interministeriële Conferentie tussen de Gemeenschappen/Gewesten en het RIZIV noodzakelijk om **geïntegreerde gezondheidsprogramma's** uit te werken voor vrouwen en gezinnen die een risico lopen. Die gezondheidsprogramma's zouden op zijn minst een periode dekken die loopt vanaf de preconceptie totdat het kind naar de lagere school gaat.

Het is van essentieel belang dat aan **populaties met risicogedrag** (sekswerkers, drugsgebruikers, enz.) **geschikte preventieve zorg** kan worden verleend:

- vroegtijdige opsporing van seksueel overdraagbare aandoeningen en virale hepatitis
- vaccinatie tegen hepatitis B (HBV) en humaan papillomavirus (HPV)
- verdeling van geschikt preventiemateriaal: spuiten, glijmiddelen, condooms, steriele injectiesets, sniff kits, enz.
- verbetering van de toegankelijkheid van de substitutiebehandelingen met opioïden (sensibilisering van de zorgverleners) en van Naloxon (tegemoetkoming)
- opstellen van “guidelines” om de opsporing en de tenlasteneming van infectieziekten (tuberculose, HIV, hepatitis C) die bij de meest kwetsbare populaties voorkomen, te vergemakkelijken, maar ook met betrekking tot de verslavingen (alcohol, tabak, psychotrope stoffen, illegale drugs) en de geestelijke gezondheid.

Die populaties moeten ook beter worden **geïnformeerd** over de risico's en de gevaren van die praktijken: overdracht van SOA's, hepatitis, enz., meer bepaald door de informatie op een begrijpelijke manier over te brengen aan het doelpubliek. (bv.: vertaalde folders met pictogrammen).

Tot slot moeten de preventieacties **proactief** zijn, met andere woorden, men moet naar de doelpopulaties toegaan, naar de plaats waar zij wonen en leven, via straathoekwerk of mobiele voorzieningen.

Die programma's voor risicovermindering zouden integraal deel moeten uitmaken van het zorgaanbod dat aan de populatie wordt aangeboden, en moeten worden gecoördineerd via de bestaande openbare zorgvoorzieningen (raadplegingen, spoeddiensten, enz.).

## IV. Aanbieden van zorg “op maat” voor sommige groepen

### 1. Context/Problematiek

In het kader van de gezondheidszorg en meer bepaald van de toegang tot en de toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten, is bijzondere waakzaamheid geboden voor de zogenaamde **kwetsbare personen**. Die groepen (daklozen, nieuwkomers, sekswerkers, drugsgebruikers, enz.) leven in een preciaire toestand (materieel, sociaal en psychologisch) en zijn vaak de eerste slachtoffers van de grote ongelijkheden op het vlak van gezondheid. Die mensen zijn echter uitgesloten voor verzorging:

- 66% van de patiënten die worden verzorgd door Dokters van de Wereld, had geen sociale zekerheid en dus ook geen toegang tot het klassieke gezondheidszorgsysteem
- 70% van die patiënten heeft geen behandelend geneesheer.
- 36% van de personen gaf toe dat ze hun rechten en het systeem in zijn geheel slecht kennen<sup>4</sup>.

Er zijn verschillende verklaringen waarom die populaties niet op een normale manier toegang hebben tot de verzorging: verlies van sociale dekking, het systeem niet begrijpen, verlies van vertrouwen in de gezondheidswerker, niet aangepast dienstenaanbod, gebrek aan middelen, enz.

Er zijn veel verschillende hinderpalen (hieronder vermelden wij er 3) die vaak tegelijkertijd optreden:

- **Medische hinderpalen**

Die verschillende groepen ondervinden gewone gezondheidsproblemen die nog worden versterkt door hun leefomstandigheden, maar ook specifieke gezondheidsproblemen, die tegelijk oorzaak en gevolg zijn van hun huidige preciaire toestand en/of gedrag. Bovendien kennen die populaties vaak een opeenstapeling van mentale en fysieke problemen. Het zorgaanbod is dus niet altijd aangepast aan dat publiek. Een zekere “expertise” moet dus kunnen bestaan.

4. Jaarverslag Dokters van de Wereld, 2012.

## IV. Aanbieden van zorg “op maat” voor sommige groepen

- **Administratieve hinderpalen**

Het Belgische gezondheidszorgsysteem is op administratief vlak een uiterst ingewikkeld systeem. “In zijn eentje” proberen toegang te krijgen tot het gezondheidszorgsysteem, met zijn lange en bindende procedures, is geen sinecure.

- **Endogene hinderpalen, die eigen zijn aan de persoon (cultuur, taal, enz.)**

Personen die in een zeer precare toestand leven, sluiten vaak ook zichzelf uit. Een slechte ervaring met een gezondheidswerker kan de band die zij met het systeem hadden, verbreken. Zij zullen dus niet meer spontaan om verzorging vragen en moeten proactief worden benaderd. Bovendien kunnen de taal en/of andere culturele factoren gevolgen hebben voor de toegang tot de verzorging en vooral voor de tenlasteneming van migranten.

Wat die ontwrichte populaties gemeen hebben, is een zekere vorm van uitsluiting van verzorging, alsook een zwakke link met de klassieke eerstelijnsverzorging. Bovendien zijn ze sociaal, medisch en psychologisch kwetsbaar.

**Er moeten dus ad-hoc maatregelen worden genomen, die zorg op maat aanbieden.** Die ad-hoc structuren moeten op termijn een re-integratie in het klassieke gezondheidszorgsysteem tot doel hebben.

## 2. Belangrijkste aanbeveling: in elke grote stad een intermediaire eerstelijnszorg invoeren

Rekening houdende met de elementen die hier worden toegelicht, **stellen wij voor om in elke grote stad een intermediaire eerstelijnszorg in te voeren, genoemd een “lijn 0,5”.** Die “lijn 0,5” is een **geheel van structuren en/of diensten met een multidisciplinaire, flexibele en proactieve benadering**, waar personen die uitgesloten zijn van verzorging, primaire geneeskundige verzorging (inclusief seksuele en voortplantingsgezondheid in haar geheel) kunnen genieten, met niet-discriminerende toegangsvoorwaarden en gebaseerd op respect, maar wel met de doelstelling de patiënt op termijn in de traditionele eerstelijnszorg te integreren.

- Multidisciplinair: de dienstverlening moet multidisciplinair zijn, opdat alle problemen van de patiënt kunnen worden aangepakt.
- Flexibel: de structuur moet aangepast kunnen worden aan de behoeften van de patiënt en moet “laagdrempelig” zijn. Dat betekent dat de structuur een psychische, medische en sociale ondersteuning moet bieden, financieel toegankelijk moet zijn, vertrouwen moet schenken en onbevooroordeeld moet zijn ten aanzien van personen die zich in een precare toestand bevinden.

#### IV. Aanbieden van zorg “op maat” voor sommige groepen

- Proactief: de dienst moet mobiel kunnen zijn en naar de patiënt toe gaan. Steeds meer personen in een zeer precare toestand, hebben geen vertrouwen meer in de klassieke zorgstructuren. De mobiele benadering bestaat erin meer verzorging te bieden buiten het institutionele kader (meer bepaald door de aanwezigheid van gezondheidswerkers, psychologen en maatschappelijk werkers op de plaatsen waar die populaties wonen en leven, om de banden weer aan te halen en die personen vervolgens door te verwijzen).
- Referentie: “Lijn 0,5” moet een referentiestructuur zijn, met andere woorden, zij moet niet de plaats van het klassieke zorgaanbod innemen. Zij vervult dus een specifieke taak voor een bepaalde periode (die lang kan duren), waarna de patiënt wordt doorverwezen naar de klassieke zorgstructuur. Zo bestaan er bijvoorbeeld medische structuren voor drugsverslaafden om die patiënten ten laste te nemen en te stabiliseren. Als zij eenmaal gestabiliseerd zijn, moeten die patiënten worden doorverwezen naar de klassieke zorgverlening.

Die voorziening die gespecialiseerd is in de medische integratie, zou een sociale dienst, een systeem van tolken en/of culturele bemiddelaars en een oriënteringsmechanisme moeten omvatten.

Om ervoor te zorgen dat de personen niet afhaken en hun medische verzorging voortzetten, moeten die personen bij hun verzorging worden begeleid. Het is belangrijk na te denken over “nieuwe zorgberoepen”, zoals psychosociale begeleiders, buddy’s (tussenpersonen die de preventieboodschappen overbrengen en mensen helpen bij het zoeken naar een oplossing) en netwerkactivators (om banden te creëren en te activeren tussen de verschillende instellingen die deze personen ten laste nemen).

Het bestaan van een psychologische dienst en van een belangrijk preventieelk is ook noodzakelijk om de tenlasteneming van die populaties en hun kennis van het systeem (zie volgend punt “gezondheidswijsheid/health literacy”) te verbeteren.

De preventie en de bevordering van de gezondheid moeten worden aangepast aan de doelgroepen, meer bepaald door de risico’s te beperken voor personen die risicogedrag vertonen. Voor drugsverslaafden gaat het bijvoorbeeld om een substitutiebehandeling met opioïden, programma’s voor het verdelen en ruilen van spuiten, toegang tot Naloxon of safe consumption rooms. Voor sekswerkers gaat het bijvoorbeeld om het verdelen van voorbehoedsmiddelen, screening van SOA’s of vaccinaties tegen hepatitis B en het papillomavirus.

**Tot slot moet worden voorzien in een ruimere monitoring van die verschillende ad-hocstructuren, opdat ze in een bepaald verzorgingsgebied in netwerkverband en op een coherente manier kunnen werken.** Hun coherente integratie in die zorglijn zou een voorwaarde kunnen zijn voor de financiering van die structuren door het RIZIV.

## V. Verbeteren en ondersteunen van de informatieverstrekking aan de patiënt

De omvang van de voorziening 0,5 hangt uiteraard af van de toegankelijkheid van het klassieke eerstelijnsaanbod voor dat doelpubliek, alsook van de gegeven geografische situatie.

# V. Verbeteren en ondersteunen van de informatieverstrekking aan de patiënt

## 1. Context/Problematiek

Gezondheidswijsheid ("Health literacy" in het Engels) wordt omschreven als *"het vermogen van een individu om de informatie over basisgezondheid, de mogelijke behandelingen te vinden, te begrijpen en te gebruiken en om weloverwogen beslissingen te nemen in verband met de eigen gezondheid"*. Een zwak niveau van gezondheidswijsheid heeft niet alleen negatieve gevolgen voor de gezondheidsresultaten, maar ook voor de kwaliteit en de kosten van de geneeskundige verzorging. Het is eigenlijk een risicofactor voor een slechte gezondheid, vaak wegens medische fouten, een slecht begrip van de ziekte en de behandelingen.<sup>5</sup> Er bestaat trouwens een duidelijk verband tussen het zwakke niveau van gezondheidswijsheid en het toegenomen sterftecijfer.<sup>6</sup>

Personen met een zwak niveau van gezondheidswijsheid zijn vaak laaggeschoolden, mensen met een laag inkomen en ouderen, maar ook migranten en etnische minderheden (vanwege hun taal en hun cultuur).

Die kwetsbare groepen zijn door dat zwakke niveau van gezondheidswijsheid vaak niet in staat om hun gezondheid efficiënt op zich te nemen, zich toegang te verschaffen tot de gezondheidsdiensten, de beschikbare informatie te begrijpen en doordachte beslissingen te nemen op gezondheidsvlak.

5. Wolf, MS, Gazmararian, J.A., Baker, D.W (2005). Health literacy and functional health status among older adults. Arch Intern Med, 165, 1946-52.

6. Baker, D., Wolf, M. Feinglass, J, Thompson, J., Gazmararian, J en Huang J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med, 167 (14), 1503-1509.

## 2. Belangrijkste aanbevelingen: het creëren van nieuwe beroepen (interculturele bemiddelaars en ervaringsdeskundigen) in de ambulante sector

Teneinde het niveau van *health literacy* te verbeteren, is het volgens ons noodzakelijk om **in de ambulante sector nieuwe beroepen** te creëren:

- In het bijzonder **door de ervaring van de interculturele bemiddelaars in de eerste lijn uit te breiden**. Al meer dan 15 jaar worden interculturele bemiddelaars met succes gefinancierd binnen de ziekenhuizen. De taken van die bemiddelaars zijn talrijk: tolken, patiënten begeleiden, luisteren en ondersteunen, conflictbemiddeling, de rechten en belangen van de patiënt verdedigen of de patiënt gewoon informeren. Wij raden dus aan om ook voor de gezondheidswerkers van de eerste lijn in die mogelijkheid te voorzien. Het zou een soepel systeem moeten zijn (zonder afspraak) en gemakkelijk toegankelijk voor de gezondheidswerker (bijvoorbeeld via internet).
- Naar het voorbeeld van wat de POD Maatschappelijke Integratie realiseert op het niveau van de openbare diensten, namelijk een beroep doen op mensen met een persoonlijke ervaring in de armoede, raden wij aan om het project van de “**ervaringsdeskundigen**” uit te breiden tot de sector van de geneeskundige verzorging.

Voor de ontwikkeling van die nieuwe beroepen zullen gepaste opleidingen moeten worden op touw te zetten. Een akkoord binnen de Interministeriële Conferentie met de gefedereerde entiteiten moet gegeven worden over de inhoud van die opleidingen



## Lijst van de afkortingen

DMH	Dringende Medische Hulp
FEDASIL	Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
FOD	Federaal overheidsdienst
HBV	Hepatitis B virus (hepatitis-B virus)
HIV	Human immunodeficiency virus (humaan immunodeficiëntievirus)
HPV	Human papillomavirus (humaan papillomavirus)
HZIV	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
MAF	Maximumfactuur
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
POD	Programmatorische Overheidsdienst
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
SRG	Seksuele en reproductieve gezondheid

## Bijkomende informatie



Het Groenboek en het Witboek zijn beschikbaar:

- op de website van het RIZIV, [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Wilt u meer weten ? > Studies en onderzoek > Toegang tot de gezondheidszorg: onze aanbevelingen voor een inclusiever gezondheidssysteem
- op de website van Dokters van de Wereld, [www.doktersvandewereld.be](http://www.doktersvandewereld.be), rubriek Publicaties > Dossiers.

Indien u nog andere vragen hebt over het Witboek, stuur een e-mail naar [rdq@riziv.fgov.be](mailto:rdq@riziv.fgov.be).

---

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie: RIZIV en Dokters van de Wereld

Grafisch ontwerp: Communicatiecel van het RIZIV

Wettelijk depot: D/2014/0401/40