

Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen

Sophie Cès — Studiedienst

Met dank aan Clara Noirhomme

Samenvatting

Het recht op toegang tot gezondheidszorg is een fundamenteel mensenrecht (Verenigde Naties, 1948). Op internationaal niveau wordt universele gezondheidszorg (“universal health coverage” – gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie) gepromoot om het beleid te sturen ten gunste van toegang tot gezondheidszorg voor iedereen. De voorwaarden voor de realisatie ervan zijn echter niet gedefinieerd. Het doel van dit artikel is om te verduidelijken wat toegang tot gezondheidszorg betekent met behulp van bestaande conceptuele modellen en empirische studies om de onderliggende mechanismen die het kunnen belemmeren beter te begrijpen. Toegang tot gezondheidszorg voor iedereen kan alleen worden bereikt als het aanbod voldoende is aangepast om de bevolking in al haar diversiteit te bereiken. De toegankelijkheid van zorg hangt dus zowel af van contextuele factoren die verband houden met het aanbod als van de kenmerken van de zorgvraag.

Deze factoren kunnen worden ingedeeld in vier hoofddimensies:

- *de gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg, d.i. is de capaciteit om het gezondheidsprobleem / -risico te identificeren;*
- *de beschikbaarheid, stemt overeen met het feit of de diensten bereikbaar zijn (fysiek of op afstand);*
- *de betaalbaarheid, d.w.z. of de persoonlijke bijdragen voldoende beperkt zijn om de toegang tot zorg niet te ontmoedigen en of het gebruik van gezondheidsdiensten patiënten niet blootstelt aan financiële problemen;*
- *de aanvaardbaarheid, d.i. de minimale drempel van waargenomen kwaliteit die patiënten nodig hebben om in te stemmen met de gezondheidszorg.*

De toegang komt in gevaar zodra zich problemen voordoen in één dimensie.

Dit artikel toont de veelheid aan problemen die zich in elk van de dimensies kunnen voordoen, zowel aan de kant van het zorgaanbod als aan de vraagzijde. Sommige subgroepen van de bevolking hebben meer kans op problemen in verschillende dimensies die elkaar versterken. Er worden denkpistes voorgesteld om de toegangsproblemen in de vier dimensies op te lossen. Deze vaststelling roept op tot een holistische benadering van de bestrijding van ongelijkheden op het gebied van toegang door de implementatie van transformatieprocessen waarbij alle actoren betrokken zijn, teneinde gezamenlijke en gedifferentieerde acties te bevorderen ten gunste van het publiek dat het grootste risico loopt op toegangsproblemen.

Sleutelwoorden: Betaalbaarheid, beschikbaarheid van de gezondheidszorg, de behoeften aan gezondheidszorg, vraag en aanbod in de gezondheidszorg, rechtvaardigheid

1. Inleiding

De gezondheidszorg is een essentieel goed in die zin dat het voor ieder van ons onmisbaar is om onszelf te beschermen tegen de gevaren van ziekte en om ons toe te laten onze levenskwaliteit levenslang in stand te houden. In moderne samenlevingen is de erkenning van het belang van de gezondheidszorg het uitgangspunt voor de historische constructie van de verplichte ziekteverzekering (ongeacht de gekozen benaderingen). Het Handvest van Tallinn dat in 2008 door alle lidstaten van de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie is ondertekend, vermeldt expliciet het fundamentele mensenrecht om “het hoogst mogelijke gezondheidsniveau” te bereiken. Het erkent dus de essentiële rol van gezondheidsstelsels die op individueel niveau niet alleen een “verbetering van de gezondheid” mogelijk maken, maar ook het “redden van levens”. Op maatschappelijk niveau draagt het gezondheidsstelsel niet alleen bij aan “maatschappelijk welzijn” maar ook aan “economische ontwikkeling”. (WHO Regional Office for Europe, 2008).

De toegang tot gezondheidszorg is a priori relatief eenvoudig te begrijpen omdat we het allemaal regelmatig ervaren, al dan niet positief. De problemen bij de toegang tot gezondheidszorg uit zich als onderbenutting¹ van de gezondheidszorg (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020) met niet te verwaarlozen gevolgen voor de gezondheid (Jespers, Christiaens, Kohn, & Savoye, 2021; Dourgnon, Jusot, & Fantin, 2012; Cès & Baeten, Inequalities in access to healthcare in Belgium, 2020). Dit probleem komt vaker voor bij mensen in precare situaties, maar de hele bevolking kan ermee te maken krijgen, vooral wanneer de behoeften aan gezondheidszorg groot zijn.

Het doel van deze studie is een conceptueel model van toegang tot de gezondheidszorg te definiëren dat niet alleen is gebaseerd op de diverse bestaande modellen, maar ook op empirische studies van toegang tot de gezondheidszorg. Het gaat er vervolgens om - op basis van het voorgestelde model - de belangrijkste uitdagingen toe te lichten die zich voordoen om de toegang tot de gezondheidszorg in België te verbeteren. Het eerste deel richt zich op formalisering om te begrijpen hoe de toegang tot de gezondheidszorg op supranationaal en nationaal niveau wordt geformaliseerd (deel 2). Vervolgens wordt een kader voorgesteld om enerzijds het concept van toegang tot gezondheidszorg te definiëren (deel 3) en anderzijds een aantal pistes tot verbetering voor te stellen die antwoord bieden op bepaalde belangrijke uitdagingen op dit gebied (deel 4).

2. Geschiedenis van het principe van toegang tot de gezondheidszorg

2.1. Het principe van toegang tot de gezondheidszorg dat op supranationaal en nationaal niveau wordt verdedigd

Op internationaal niveau komt de erkenning van de belangrijke maatschappelijke bijdrage van de gezondheidszorg op zowel individueel als collectief niveau tot uiting in de nadruk op gemeenschappelijke algemene beginselen om het gezondheidsbeleid te sturen naar een betere toegang tot gezondheidszorg. Meerdere officiële teksten, ondertekend op initiatief van diverse internationale instanties, verduidelijken in de loop van de tijd steeds meer de contouren van de toegang tot gezondheidszorg op een normatieve manier, zowel met betrekking tot de verdedigde onderliggende waarden als de beginselen van sociale rechtvaardigheid en tot wat de gezondheidszorg dekt en de verwachte kwaliteit ervan.

Overigens wordt de toegang tot gezondheidszorg sinds 1948 verdedigd als een fundamenteel mensenrecht. De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, aangenomen door de Verenigde Naties in 1948, stelt een reeks grondrechten vast, waaronder “het recht op een levensstandaard die toereikend is voor de gezondheid, het welzijn en dat van het gezin, met inbegrip van voedsel, kleding, huisvesting, medische zorg en de noodzakelijke sociale diensten” (Verenigde Naties, 1948, artikel 25).

In 2006 heeft de Raad van de Europese Unie (2006, eigen vertaling) op Europees niveau de waarden van de gezondheidsstelsels als volgt gedefinieerd: “Universaliteit betekent dat niemand de toegang tot gezondheidszorg kan worden ontzegd; solidariteit is nauw verbonden met het financiële stelsel van onze nationale gezondheidsstelsels en de noodzaak om de toegang tot zorg voor iedereen te garanderen; gelijkheid betekent gelijke toegang voor iedereen volgens de behoeften, ongeacht etnische afkomst, geslacht, leeftijd, sociale status of het vermogen om te betalen.” Het principe van sociale rechtvaardigheid wordt hier expliciet beschreven voor de toegang tot de gezondheidszorg, het is het principe van rechtvaardigheid: de gelijke toegang volgens de behoeften, waarvan de garantie alleen kan worden gegarandeerd op voorwaarde dat er geen invloed is van een andere factor dan de behoeften bepaald door de gezondheidstoestand. In 2008 werd in het Handvest van Tallinn ook het universaliteitsbeginsel opgenomen (WHO Regional Office for Europe, 2008) Deze tekst gaat verder door toe te voegen dat het gebruik van gezondheidszorg individuen niet mag verarmen, hetgeen een ander beginsel is van sociale rechtvaardigheid toegepast op de toegang tot gezondheidszorg. In 2017 vinden deze gemeenschappelijke waarden en beginselen

1. De onderbenutting van de gezondheidszorg wordt gedefinieerd als het niet of onvoldoende benutten van gezondheidsdiensten wanneer er vanuit klinisch oogpunt een objectieve behoefte bestaat (dit is afhankelijk van de stand van de medische kennis op een bepaald moment).

hun juridische vertaling in een beginsel van de Europese pijler van sociale rechten die expliciet betrekking heeft op het recht op toegang tot de gezondheidszorg via de artikels 16: "Iedereen heeft recht op tijdige toegang tot betaalbare preventieve en curatieve gezondheidszorg van goede kwaliteit." en 18: "Iedereen heeft recht op betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg, met name in de vorm van thuiszorg en gemeenschapsgerichte diensten." (Tajani, Ratas, & Juncker, 2017).

In 2019 definieert een tekst van een politieke verklaring van de Verenigde Naties (Verenigde Naties, 2019, p. 1) nauwkeurig het doel dat voor de gezondheidsstelsels moet worden bereikt door middel van de universele gezondheidsdekking, wat "inhoudt dat alle mensen zonder discriminatie toegang hebben tot een reeks essentiële en noodzakelijke gezondheidsdiensten, bepaald op nationaal niveau, preventief, curatief, revalidatie, palliatief, en tot essentiële medicatie en vaccins; veilig, betaalbaar, efficiënt en van hoge kwaliteit, waarbij ervoor wordt gezorgd dat het gebruik van deze diensten de gebruikers niet blootstelt aan financiële problemen, met bijzondere aandacht voor arme, kwetsbare en gemarginaliseerde segmenten van de bevolking." Deze definitie geeft een centrale plaats aan toegang tot gezondheidszorg, aangezien de garantie ervan voor iedereen de essentiële voorwaarde is voor het bereiken van de universele gezondheidsdekking.

2.2. Het principe van toegang tot de gezondheidszorg dat op nationaal niveau wordt verdedigd

In België, op de rand van de opbouw van de sociale zekerheid en de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, is het aangekondigde doel "om de angst voor armoede, werkende mannen en vrouwen, zo volledig mogelijk weg te nemen". (Van Acker, 1944, p. 1730). Om dit te doen, is het de bedoeling om de sociale zekerheid voor iedereen te garanderen en zo een oplossing te bieden voor "de angst voor een ongeval of ziekte die de arbeidsgeschiktheid opschort, vermindert of annuleert, zelfs als de arbeidsgeschiktheid niet wordt onderbroken en verpletterende lasten op een gezinsbudget legt dat al moeilijk te balanceren is zonder dit gevaar." (Van Acker, 1944, p. 1730). De invaliditeitsverzekering tot doel heeft om inkomensverlies te compenseren, is het uitgangspunt waarop de ziekteverzekering is opgebouwd het beschermen van de bevolking tegen het financiële risico dat het gebruik van de gezondheidszorg met zich meebrengt en om het vermogen om te werken in de nasleep van de Tweede Wereldoorlog te behouden.

Hoewel de garantie van toegang tot gezondheidszorg voor iedereen en de principes ervan goed vastgelegd zijn op supranationaal niveau, worden de voorwaarden voor de realisatie ervan niet vermeld. Dit is een algemene doelstelling die elke staat moet nastreven op basis van de context, de middelen waarover hij beschikt en de nog vast te stellen modaliteiten. (Nauleau, Destremau, & Lautier, 2013). Om een gezondheidsbeleid te voeren dat de toegang tot gezondheidszorg bevordert, moeten echter de factoren worden geïdentificeerd waarop het pertinent en mogelijk is om op te treden. Een aantal factoren zijn immers moeilijker op korte termijn te veranderen omdat ze het gevolg zijn van beleid in andere sectoren, waaronder een uitgebreider economisch beleid (bijvoorbeeld het inkomensniveau van gezinnen).

3. De factoren die van invloed zijn op de toegang tot gezondheidszorg

Alvorens de dimensies met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg te definiëren, moet het gebied van de toegang tot de gezondheidszorg duidelijk worden afgebakend.

3.1. Het onderscheid tussen de behoeften, de vraag en de toegang tot de gezondheidszorg

De toegang tot gezondheidszorg (preventief, curatief, revalidatie, palliatief en langdurig) is alleen gerechtvaardigd als de behoeften vanuit klinisch oogpunt objectief zijn². Dit impliceert dat aan twee voorwaarden moet worden voldaan. Enerzijds het bestaan van een somatisch of psychologisch probleem (of risico op een gezondheidsprobleem) en anderzijds het bestaan van een behandeling om de gezondheidstoestand te verbeteren, de levenskwaliteit te behouden of een verslechtering van de gezondheidstoestand te voorkomen³.

Afhankelijk van het standpunt van de patiënt of de zorgverlener, kan de beoordeling van deze twee voorwaarden verschillen. Deze situaties kunnen als volgt worden gecategoriseerd.

- De behoeften die door patiënten worden waargenomen, komen niet noodzakelijkerwijs overeen met objectieve behoeften, hetzij omdat de persoon vanuit klinisch oogpunt geen gezondheidsprobleem heeft (of geen risico loopt op

2. Er moet op worden gewezen dat de behoefte aan gezondheidszorg op basis van een klinisch oordeel eigenlijk moeilijk vast te stellen kan zijn, omdat het medische bewijs niet altijd ondubbelzinnig is, vooral voor complexe klinische gevallen met comorbiditeiten. Omdat de stand van de medische wetenschap voortdurend evolueert, zal het klinische oordeel waarschijnlijk ook in de loop van de tijd variëren, afhankelijk van de medische vooruitgang. Ten slotte zou de kwestie van de constructie van ziekte als een sociaal fenomeen interessant zijn om te ontwikkelen, maar het gaat verder dan het kader van theoretische reflectie over de toegang tot gezondheidszorg.
3. Het gaat hier niet om het bespreken van de relevantie van de behandeling die verwijst naar een andere dimensie van de prestaties van het gezondheidssysteem, de adequaatheid van de zorg: "de mate waarin de verleende gezondheidszorg aangepast is aan de klinische behoeften, gelet op het beste bewijs dat op dit moment beschikbaar is" (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006).

een gezondheidsprobleem) of omdat er geen behandeling is voor de geïdentificeerde behoefte (of preventieve zorg voor het risico op het geïdentificeerde gezondheidsprobleem).

- De behoeften aan gezondheidszorg die door zorgverleners worden geïdentificeerd (doelen) worden niet noodzakelijkerwijs door patiënten waargenomen.
- En ten slotte kunnen objectieve behoeften helemaal niet worden gedetecteerd door patiënten (bijvoorbeeld in geval van afwezigheid van symptomen) of gezondheidswerkers (het probleem van niet-screening).

Dit is de reden waarom de vraag naar gezondheidszorg die door patiënten wordt uitgedrukt⁴ of door zorgverleners wordt geïnduceerd, niet volledig overlapt met objectieve behoeften⁵.

3.2. De soorten problemen betreffende de toegang tot de gezondheidszorg

De diverse soorten problemen betreffende de toegang tot de gezondheidszorg kunnen worden uitgesplitst afhankelijk van twee stappen die nodig zijn om behandeling te krijgen (zie Figuur 1). Om volledig te begrijpen wat toegang tot gezondheidszorg dekt, is het noodzakelijk om een onderscheid te maken tussen “de primaire toegang”, wat overeenkomt met toegang tot het gezondheidszorgsysteem, het eerste contact met zorgverleners, en de “secundaire toegang” die overeenkomt met het initiëren van zorg na het eerste contact (Lombrail, 2010), de toegang tot behandeling (eventueel met aanvullende diagnostische stappen). Een aantal eenvoudige en niet-ernstige gezondheidsproblemen kunnen worden opgelost tijdens een consultatie bij een huisarts: de identificatie van behoeften en de behandeling verlopen bijna gelijktijdig. Maar wanneer de problemen ingewikkelder of complexer zijn (Gray, 2017) moet primaire toegang het mogelijk maken om zorg te initiëren waarbij verschillende zorgverleners uit verschillende disciplines betrokken zijn (die ook tussenliggende diagnostische stappen kunnen omvatten), al dan niet in een bepaald traject dat overeenkomt met de uitvoering van een behandeling.

Toegangsproblemen komen overeen met objectieve onvervulde behoeften aan gezondheidszorg. Ze kunnen worden geclassificeerd volgens twee scenario's:

1. Wanneer de objectieve behoefte aan gezondheidszorg **door de patiënt wordt waargenomen**, wordt niet (volledig) voldaan aan de behoefte:
 - als de patiënt afziet van primaire toegang (geen contact met het gezondheidssysteem);
 - als de diagnose niet door de zorgverlener wordt vastgesteld (primaire toegang is gerealiseerd, maar de behandeling wordt niet verkregen);
 - als de diagnose door de zorgverlener wordt gesteld, maar de patiënt afziet van de zorg of de zorg uitstelt (mogelijk gedeeltelijk)⁶ (primaire toegang wordt gerealiseerd maar er is geen toegang tot de behandeling).
2. Wanneer de behoefte aan objectieve gezondheidszorg **niet door patiënten** wordt ervaren, kan niet (volledig) aan de behoefte worden voldaan:

- Als de patiënt (gedeeltelijk) afziet van de voorgestelde zorg of deze uitstelt (bijvoorbeeld omdat hij er geen behoefte aan heeft in geval van asymptomatische problemen of om andere redenen, financieel of andere), ondanks de diagnose die de zorgverleners tijdens het contact met de patiënt stellen voor andere behoeften (bijvoorbeeld tijdens een screening op een gezondheidsprobleem waar men zich niet bewust van was).
- Als de behoefte ook niet wordt geïdentificeerd door professionals (bijvoorbeeld screening op functionele beperkingen bij oudere personen).

De toegang tot gezondheidszorg kan dus als volgt worden gedefinieerd: het is het verkrijgen van een behandeling (in brede zin) in geval van een objectieve behoefte aan zorg vanuit klinisch oogpunt⁷. Het invullen van de behoeften komt overeen met de laatste fase van de levering van de behandeling die de realisatie van verschillende voorbereidende stappen vereist, afhankelijk van verschillende voorwaarden, zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde (zie Figuur 1).

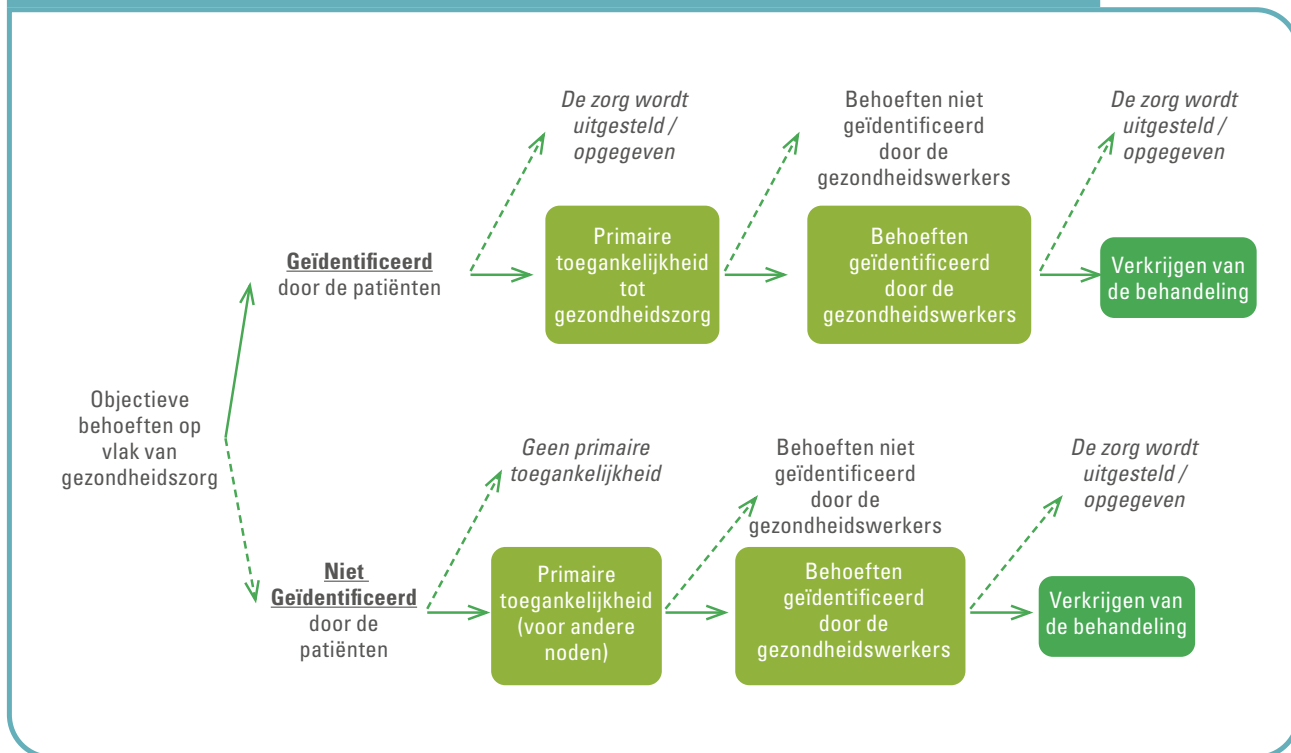
4. Ter vereenvoudiging wordt het verzoek van patiënten in de rest van de tekst het verzoek genoemd.

5. Merk op dat figuur 1 geen rekening houdt met de categorie van de behoeften aan gezondheidszorg die door niet-klinisch objectieve patiënten worden waargenomen. Het is inderdaad geen probleem van toegang tot gezondheidszorg vanuit een theoretisch oogpunt (zoals hierboven gedefinieerd).

6. Het verkrijgen van een behandeling kan gedeeltelijk zijn in de zin dat de patiënt gedeeltelijk afstand doet van bepaalde zorg. Daarnaast is het ook mogelijk dat de diagnostische stap door patiënten kan worden uitgesteld of opgeschort als het nodig is om diagnostische tests of aanvullende raadplegingen uit te voeren.

7. In werkelijkheid kan de objectieve behoefte moeilijk te identificeren zijn: wanneer het klinische voordeel van de behandeling moeilijk vast te stellen is of wanneer de baten-risicobalans niet gunstig is. Er moet ook op gewezen worden dat de kwestie van de autonomie van de patiënt bij de keuze van de behandeling (op basis van de beoordeling door de patiënt van de verhouding tussen risico's en voordelen of andere persoonlijke criteria) geen kwestie is die rechtstreeks verband houdt met het domein van de toegang tot gezondheidszorg. Hetzelfde geldt voor de bredere kwesties van respect voor levensdoelen en participatie van de patiënt in de zorg. Deze kwesties vallen buiten het bestek van dit artikel en zullen niet worden besproken.

Figuur 1: Problemen van verstoring tussen de objectieve behoefte, de vraag en de effectieve toegang tot de gezondheidszorg



3.3. De dimensies van de toegang tot de gezondheidszorg

De toegang tot gezondheidszorg is een complex dynamisch proces dat afhankelijk is van de kenmerken van het gezondheidssysteem en die van de bevolking die door deze diensten wordt bediend. De conceptuele kaders verschillen tussen de auteurs, met name in het aantal dimensies dat wordt gebruikt om de factoren te categoriseren die de toegang beïnvloeden. Volgens Penchansky kan de toegang tot de gezondheidszorg alleen worden bereikt als het aanbod voldoende is aangepast aan de bevolking: "De 'toegang' wordt hier gedefinieerd als een concept dat de mate van 'concordantie' tussen patiënten en het systeem vertegenwoordigt" (Penchansky & Thomas, 1981). Levesque definieert toegang als 'het vermogen om gezondheidsbehoeften te identificeren, gezondheidszorgdiensten te zoeken, gezondheidszorgbronnen te bereiken, gezondheidszorgdiensten te verkrijgen of te gebruiken en effectief diensten aangeboden krijgen die zijn afgestemd op de behoeften aan gezondheidszorg' (Levesque, Harris, & Russel, 2013, eigen vertaling).

Het onderstaande theoretische model is geïnspireerd op het model van Levesque. Het belang hiervan is om te erkennen dat toegang zowel wordt bepaald door de kenmerken van vraag als aanbod (Raynaud, 2015; Cu, Meister, Levebvre, & Ridde, 2021). De hier voorgestelde classificatie van de determinanten

van toegang geeft een normatieve definitie van elk van de gekozen dimensies. In elk van de dimensies worden de factoren die de toegang bepalen aan zowel de vraag- als de aanbodzijde verder ontwikkeld. Het model verschilt met name van het Levesque-model in het erkennen van de rol van zorgverleners bij het identificeren van behoeften aan gezondheidszorg en het activeren van toegang in het geval van patiënten die geen behoeften aan gezondheidszorg waarnemen (zie deel 3.2). De laatste dimensie die Levesque voorstelde met betrekking tot de geschiktheid van zorg, werd niet behouden omdat het een reeks kwesties omvat die te talrijk zijn en niet direct verband houden met die van de toegang tot de gezondheidszorg. De oefening werd ook uitgevoerd op basis van toegangsproblemen die in België of andere landen werden vastgesteld.

Elke dimensie verschilt in termen van zorgaanbod en vraag van de patiënten naar gezondheidszorg.

3.3.1. De gevoeligheid voor behoeften aan gezondheidszorg

Gevoeligheid is de eerste dimensie van toegang tot de gezondheidszorg die overeenkomt met het vermogen om objectieve behoeften vanuit een klinisch oogpunt te identificeren.

Aan de aanbodzijde is het essentieel om te erkennen dat het initiatief voor de toegang tot de gezondheidszorg niet volledig

op de patiënten rust wegens de niet-perceptie van bepaalde objectieve behoeften (in afwezigheid van symptomen of in geval van verwaarlozing of ontkenning). De zorgverleners hebben de verantwoordelijkheid om deze behoeften te detecteren en secundaire toegang te initiëren: het is de geïnduceerde vraag naar gezondheidszorg. Deze verantwoordelijkheid omvat niet alleen de fase van identificatie van het gezondheidsprobleem of -risico (bijvoorbeeld door vroegtijdige screening), maar ook de secundaire toegang tot de gezondheidszorg, d.w.z. het initiëren van het opnemen van de zorg. Deze stap is vooral belangrijk wanneer er verschillende zorgverleners, diensten of organisaties bij betrokken zijn. De organisatie van de communicatie tussen de verschillende diensten en organisaties moet ervoor zorgen dat de follow-up goed wordt geïnitieerd in geval van screening van een ziekte.

Aan de vraagzijde zal de identificatie van de behoeften aan gezondheidszorg afhangen van het vermogen van mensen om hun behoeften waar te nemen. Dit wordt niet alleen beïnvloed door het niveau van de gezondheidsvaardigheden, persoonlijke overtuigingen, maar ook door het sociale netwerk bij de persoon. Alleenstaande oudere personen hebben bijvoorbeeld meer kans om een gezondheidsprobleem te missen dan degenen die deel uitmaken van een koppel of een sociaal netwerk hebben. De identificatie van behoeften hangt ook af van het oordeelvermogen op basis van persoonlijke omstandigheden, dat wil zeggen, het niveau van onoplettendheid van mensen van hun gezondheid. De soms talrijke problemen waarmee mensen op andere domeinen te maken hebben - professioneel, familiaal, financieel of andere - zijn een oorzaak van onachtzaamheid verwaarlozing van de behoeften aan gezondheidszorg. Sociaal-economische kwetsbaarheid is ongetwijfeld de situatie die het grootste risico op onachtzaamheid met zich meebrengt, omdat de behoeften aan gezondheidszorg worden gemaskeerd door andere, meer dringende behoeften waaraan dagelijks moet worden voldaan, zoals huisvesting of voedsel. In deze gevallen kan bagatellisering of ontkenning van gezondheidsproblemen worden waargenomen (Cès & Baeten, 2020).

3.3.2. De beschikbaarheid

De beschikbaarheid van diensten komt overeen met het feit dat de diensten op redelijke afstand, binnen een redelijke termijn, met een voldoende breed tijdslot en met gemakkelijke contactname, door de hele bevolking kunnen worden bereikt, zonder discriminatie, en onder omstandigheden die zijn aangepast aan de behoeften van patiënten, bijvoorbeeld door communicatie in de taal van de patiënt te garanderen of door het bestaan van faciliteiten voor mensen met beperkte mobiliteit. Het omvat ook de beschikbaarheid van het aanbod voor mensen die fysiek of wettelijk niet in staat zijn om zich te verplaatsen: dringende en niet-dringende zorg aan huis of in een collectief verblijf (woonzorgcentra, gevangnissen, psychiatrische ziekenhuizen). Deze dimensie betreft enerzijds de kwantitatieve kwestie van de regulering van het aanbod

van zorgverleners volgens de behoeften van de bevolking en anderzijds de organisatorische en praktische aspecten van de uitvoering van gezondheidsdiensten (de gemakkelijkheid).

Aan de aanbodzijde veronderstelt de beschikbaarheid twee belangrijke voorwaarden: enerzijds het bestaan van een toereikend en fysiek toegankelijk aanbod en anderzijds het ontbreken van enige vorm van discriminatie die de toegang tot diensten verhindert of afremt (bijvoorbeeld: patiënten met een betalingsachterstand voor hun ziekenhuisfactuur worden soms geweigerd in het ziekenhuis of zorg wordt geweigerd om diverse andere redenen zoals het feit van seropositief te zijn (Pezeril, 2012)). Beschikbaarheid wordt beïnvloed door een combinatie van factoren: de geografische spreiding op het grondgebied, de ontwikkeling van een mobiel dienstenaanbod, de openingstijden, de manier waarop het maken van een afspraak is georganiseerd, de manier waarop diensten met patiënten communiceren via kanalen die toegankelijk en bruikbaar zijn voor de hele bevolking, inclusief communicatie om de diensten bekend te maken.

Aan de vraagzijde, zelfs als diensten voldoende beschikbaar worden gesteld, vereist de toegang tot deze diensten dat mensen deze kunnen bereiken. Toegang vereist in de eerste plaats dat men zich beschikbaar kan stellen voor behandeling, dat wil zeggen dat men tijd kan besteden (inclusief transporttijd, tijd doorgebracht in de wachtkamer en voor afspraken) die soms ten koste gaat van tijd die moet worden besteed aan dwingende activiteiten, zoals werktijd, kinderopvang of mantelzorg, enz. Familiale verantwoordelijkheden laten niet altijd tijd toe om tijd vrij te maken om naar consultaties te gaan of om in het ziekenhuis te worden opgenomen (bijvoorbeeld voor sommige éénoudergezinnen die geen sociaal netwerk hebben) (Cès & Baeten, 2020). De materiële levensomstandigheden zijn ook van invloed op het vermogen om diensten te bereiken, met name de beschikbare vervoer- en communicatiemiddelen. De algemene gezondheid van mensen heeft ook invloed op de mogelijkheden om diensten te bereiken. Een slechtere gezondheidstoestand impliceert een verminderd vermogen om zich te verplaatsen (om een medisch onderzoek te doen of om naar een specialist te gaan). Oudere personen, kwetsbare personen en/of chronisch zieken hebben meer risico om moeilijkheden in deze dimensie te ondervinden vanwege een lager vermogen om diensten te bereiken die praktische problemen verergeren (mobiliteitsproblemen, fysieke vermoeidheid, toegang tot informatie, enz.). Sommige geestelijke gezondheidsproblemen kunnen ook het vermogen belemmeren om diensten te bereiken, het gezondheidssysteem te begrijpen, toegang te krijgen tot informatie, contact op te nemen, zorg te regelen, enz. (Jespers, Christiaens, Kohn, & Savoye, 2021). In deze dimensie is het krijgen van een éénmalige of regelmatige ondersteuning van familieleden soms essentieel om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg. (Cès, et al., 2017).

3.3.3. De betaalbaarheid

De betaalbaarheid komt overeen met het feit dat de persoonlijke bijdragen van de patiënten voldoende beperkt zijn om, langs de ene kant, het gebruik van zorg niet te ontmoedigen wanneer men deze nodig heeft en, langs de andere kant, te beschermen tegen financiële problemen wanneer patiënten beroep doen op de gezondheidszorg.

Aan de aanbodzijde hangt de betaalbaarheid in de eerste plaats af van het recht op dekking van de verplichte ziekteverzekering. Personen die niet voldoen aan de criteria om in aanmerking te komen, dragen de volledige kosten van de gezondheidszorg (bij afwezigheid van een privé verzekering). Voor personen die onder de verplichte ziekteverzekering vallen, hangt de financiële toegang af van de financiële voorwaarden die zijn gesteld om gebruik te maken van gezondheidszorg. Er bestaan verschillende soorten bijdragen:

- de rechtstreekse betalingen: de betalingen voor gezondheidszorg of -diensten die niet onder de verplichte ziekteverzekering vallen (eventueel (deels) gedekt door een aanvullende verzekering);
- het persoonlijk remgeld: een deel van de kosten voor gezondheidszorg die onder de verplichte ziekteverzekering vallen, blijft ten laste van de patiënt (eventueel (deels) gedekt door een aanvullende verzekering);
- de supplementen op de honoraria: dit zijn kosten die kunnen worden aangerekend bovenop de remgelden die zijn gedefinieerd in de regelgeving voor gezondheidszorg die wordt verleend door zorgverleners die niet (of niet volledig) geconventioneerd zijn (mogelijk (deels) gedekt door een aanvullende verzekering);
- Het feit dat de terugbetaalbare gezondheidskosten moeten worden voorgeschoten, heeft ook invloed op de toegang tot gezondheidszorg.

De financiële bijdrage van patiënten voor zorg die door de ziekteverzekering wordt gedekt, is gerechtvaardigd in de hypothese van moreel risico *ex post*. Afgezien van het gewenste verzekeringseffect, dat wil zeggen de solvabiliteit van de vraag naar essentiële en dure zorg door het poolen/samenbrengen van het financiële risico, is een bepaald deel van de zorgvraag vanuit klinisch oogpunt niet gerechtvaardigd en komt het overeen met een verspilling van gezondheidszorg, dat wil zeggen, die geen gezondheidsvoordeel oplevert. Het remgeld is dus een financiële prikkel om de sociaal verzeker-

den te responsabiliseren. Deze deelname zou het dubbele voordeel hebben dat de consumptie van gezondheidszorg wordt gematigd en tegelijkertijd een financieringsbron wordt voor gezondheidszorg die door de ziekteverzekering wordt gedekt. Er moet echter worden opgemerkt dat het risico van overmatig gebruik op initiatief van de patiënt beperkt blijft tot bepaalde gezondheidszorg die rechtstreeks toegankelijk is voor patiënten (Bardey, Couffinal, & Grignon, 2002) zoals consultaties en huisbezoeken of de spoedgevallendienst. Bovendien hangt het gewenste beperkende effect van het remgeld af van de hoogte van het inkomen van de personen: mensen met een laag inkomen riskeren dat ze geen beroep zullen doen op de gezondheidszorg, ook niet in gerechtvaardigde gevallen, terwijl mensen met betere financiële middelen weinig prikkels zullen hebben om hun gebruik van de gezondheidszorg te veranderen. Sommige indicatoren bevestigen het toegenomen gebruik van bepaalde gezondheidszorg door begoede personen: het aantal bezoeken aan specialisten is gemiddeld beduidend hoger bij mensen met een hoog inkomen, ongeacht de gezondheidstoestand (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Het remgeld wordt ook gebruikt om het gebruik van bepaalde gezondheidszorg aan te moedigen of te ontmoedigen. De effectiviteit van de financiële prikkel als instrument om gedrag te beïnvloeden is echter niet duidelijk vastgesteld. Het voorbeeld van de trajecten voor mondzorg illustreert het falen van de financiële prikkel om het gebruik van preventieve tandheelkundige zorg onder sociaal-economisch kwetsbare mensen te vergroten. (Vandeleene & Lambert, 2019; Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Hoewel bijkomende facultatieve privéverzekeringen de gezondheidskosten ten laste van patiënten kunnen verminderen, voldoen deze niet aan de behoefte aan financiële bescherming voor kwetsbare sociaaleconomische groepen en voor personen met een hoog gezondheidsrisico. Enerzijds varieert de hoogte van de premies volgens de aard van het contract (bijvoorbeeld collectief, onderhandeld door de werkgever dan wel individueel). Anderzijds kan het bedrag afhankelijk zijn van het niveau van gezondheidsrisico: de premies stijgen met het gezondheidsrisico en vooral met de leeftijd. Wanneer dat niet het geval is, is ook het forfait van de premie minder toegankelijk voor mensen met beperkte financiële middelen. Deze methoden voor de berekening van de premie zijn in strijd met het beginsel van de billijkheid dat heerst in de gezondheidsstelsels op Europees niveau: de garantie van gelijke toegang voor iedereen volgens de behoeften, ongeacht de financiële draagkracht⁸ (zie deel 1). De ontwikkeling van de privé verzekeringsmarkt om de essentiële gezondheidszorg te dekken, dreigt zo de ongelijkheden in de toegang tot zorg tussen de

8. In Europa wordt de noodzaak van de progressiviteit van de verschillende financieringsbronnen van de gezondheidszorg (bijdragen stijgen met het inkomensniveau) algemeen aanvaard: "De belangrijkste rechtvaardiging voor de berekening van deze progressiviteitsmaatregelen door economen is de quasi-consensus (ten minste in Europa) over het feit dat de financiering van de gezondheidszorg niet gebaseerd moet zijn op het principe van winst, maar op dat van de draagkracht" (Shokkaert & Van de Voorde, 2014, eigen vertaling).

begunstigde groepen en de kwetsbare groepen te vergroten en de sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied verder te vergroten.

Daarom is het van essentieel belang om, in het kader van de verplichte ziekteverzekering, een voldoende ruime dekking van de gezondheidszorg te garanderen voor de ganse bevolking, niet alleen op vlak van de keuze van de essentiële zorg die vergoed wordt, maar ook op vlak van de hoogte van het remgeld. De verplichte ziekteverzekering maakt het immers mogelijk om een billijke financiële toegang te garanderen door middel van een dubbel solidariteitsmechanisme (Jusot, Legal, Louvel, Polak, & Shmueli, 2016): Mensen met een laag gezondheidsrisico dragen door het verplichte karakter bij aan de financiering van de gezondheidszorg en daarmee aan de verdeling van risico's tussen zieken en personen in goede gezondheid (solidariteit ex post tussen risicoklassen). Het feit dat bepaalde verplichte heffingen voor financiering van de ziekteverzekering progressief zijn, maakt het mogelijk om ex-ante een herverdeling tussen inkomensniveaus te realiseren (berekend voor 2015, is dit de solidariteit tussen inkomensniveaus ex-ante) (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Budgettaire keuzes in het kader van de verplichte ziekteverzekering hebben niet alleen directe gevolgen voor de hoogte van de eigen bijdragen van patiënten, maar ook voor de ontwikkeling van de markt van private ziektekostenverzekering. Dit leidt tot impliciete maatschappelijke keuzes op het gebied van sociale rechtvaardigheid. Door een jaarlijkse reële groeinorm vast te stellen voor van de gezondheidszorgbegroting die lager ligt dan de "natuurlijke" stijging van de gezondheidszorguitgaven (voornamelijk ten gevolge van de vergrijzing, de evolutie van de prevalentie van chronische ziekten en de medische vooruitgang) (Lambert, 2020), bestaat met name het risico dat de toegang tot gezondheidszorg en de billijkheid van het gezondheidszorgsysteem op een duurzame en significante manier achteruit gaan.

Aan de vraagzijde omvat het vermogen om te betalen het vermogen om de kosten te dragen van de gezondheidszorg, de vervoerskosten en de kosten die verband houden met eventueel inkomstenverlies (voor tijd doorgebracht voor de gezondheidszorg). Het inkomensniveau en de dekking van gezondheidszorg zijn bepalende factoren, maar niet de enige, want ook het sociale en familiale netwerk spelen een rol, in het bijzonder in het geval van een ernstig gezondheidsprobleem. Binnen families kan financiële solidariteit tussen de leden op regelmatige of punctuele basis tussenkomen in de betaling van de gezondheidskosten (Cès & Baeten, 2020). Dit is de reden waarom alleenstaande mensen die geen sociaal netwerk hebben, meer risico lopen op financiële problemen om toegang te krijgen tot gezondheidszorg. Ze hebben minder directe financiële draagkracht (slechts één beschikbaar inkomen) en ze genieten niet van familiale solidariteit in geval van grote nood aan gezondheidszorg. Er moet echter op worden gewezen dat sociaaleconomische ongelijkheden blijven be-

staan als het gaat om familiale solidariteit: het economisch en financieel kapitaal op gezinsniveau is ongelijk verdeeld tussen de begoede en de kwetsbare groepen. De mogelijkheden voor financiële steun in de kansarme groepen dreigen beperkter te zijn dan in de meer financieel welgestelde categorieën.

3.3.4. De aanvaardbaarheid

De aanvaardbaarheid verwijst naar het vermogen om gezondheidszorg te bieden die voldoet aan de minimale waargenomen behoefte aan kwaliteit voor individuen om een beroep te doen op de gezondheidszorg.

Wat betreft de vraagzijde, wordt deze adequaatheid bereikt wanneer de voorwaarden voor de verlening van gezondheidszorg voldoen aan bepaalde maatschappelijke behoeften:

- de noodzaak om bepaalde sociale normen te respecteren, bijvoorbeeld de beleefdheidsregels of bepaalde culturele en spirituele verwachtingen kunnen in bepaalde levensfasen, zoals tijdens de bevalling of aan het einde van het leven, belangrijker zijn;
- de noodzaak om bepaalde keuzes met betrekking tot de praktische organisatie van de zorg of de zorgverlening zelf (bv. voor thuiszorg) te respecteren;
- de noodzaak om voldoende communicatie te ontvangen die is aangepast aan de individuele situatie, d.w.z. zowel begrijpelijk als volledig (met betrekking tot de gezondheidsrisico's, gezondheidsvaardigheden, de noodzaak van aanvullende onderzoeken, diagnose, mogelijkheden van preventieve en curatieve behandelingen, baten/risicoverhouding, kosten van behandeling en andere kosten, enz.) om de therapietrouw te bevorderen en mogelijkheden voor aanpassing te identificeren. Deze behoefte omvat niet alleen de noodzaak om toegang te krijgen tot relevante informatie, maar ook om voldoende te worden gehoord om een kwaliteitsinteractie tussen zorgverleners en patiënten te waarborgen, aangezien niet alle patiënten hetzelfde vermogen hebben om over hun gezondheidsproblemen of op andere gebieden te communiceren. Meer inspanningen leveren in de communicatie is des te belangrijker naarmate de moeilijkheden in de andere dimensies aanzienlijk zijn (bijvoorbeeld in het geval van een dure behandeling voor de patiënt of voor een gezondheidsprobleem dat niet door de patiënt wordt gevoeld).

Andere elementen betreffende de kwaliteit van de gezondheidszorg kunnen ook worden overwogen, zoals de noodzaak om vertrouwen te hebben in de deskundigheid van zorgverleners, de kwaliteit van apparatuur, of de noodzaak om een minimum aan comfort te hebben (subjectief waargenomen), enz.

Aan de aanbodzijde wordt de aanvaardbaarheid beïnvloed door een diverse reeks factoren, zoals de kwaliteit van in-

frastructuur en apparatuur, opleiding van zorgverleners, met name betreffende de wijze van communicatie met de patiënten en het bewustzijn van de strijd tegen discriminerend gedrag, mogelijkheden om verschillend te handelen afhankelijk van het profiel van de patiënten, in het bijzonder, de mogelijkheid om meer tijd te besteden aan bepaalde patiënten tijdens de contacten. Dit is een bijzonder belangrijke dimensie voor mensen met chronische gezondheidsproblemen of verlies van zelfredzaamheid (bijvoorbeeld verpleegkundige verzorging thuis met het probleem van de uurregeling van de zorgverlening die soms moeilijk te combineren is met het levensritme van afhankelijke oudere personen) (Cès, et al., 2017).

Deze dimensie verwijst naar de noodzaak om vooral een vertrouwensrelatie tussen zorgverleners en patiënten te waarborgen, zodat de rol van elkeen op zijn best kan worden uitgeoefend om de toegang tot zorg te verbeteren. Afgezien van de kwestie van de strategische gezondheidskeuzes die mensen moeten kunnen maken (deze kwestie overstijgt het kader van dit artikel), is het vermogen van zorgprocessen om zich aan te passen aan bepaalde specifieke behoeften een grote uitdaging voor het gezondheidssysteem, omdat het gaat om het implementeren van een kader dat flexibel genoeg is om de behandeling op basis van de patiënten te kunnen onderscheiden, en soms zelfs het aanpassen van de middelen die worden besteed aan het profiel van de mensen. Dit komt neer op het erkennen van het feit dat patiënten met gelijke zorgbehoeften niet gelijk worden behandeld volgens overwegingen die verder gaan dan de medische sfeer. Deze mogelijkheid moet niet alleen uitdrukkelijk worden erkend, maar ook worden beoordeeld, met name de belemmeringen voor het minimale aanpassingsvermogen dat vereist is om voldoende aanvaardbare zorg te verlenen aan alle soorten publiek. Er moet echter worden opgemerkt dat aanvaardbaarheid verschilt van tevredenheid in de zin dat het overeenkomt met de minimale tevredenheidsdrempel waaronder geen gezondheidszorg zal worden gevraagd.

4. Manieren om de toegang in elke dimensie te verbeteren

4.1. De verschillende niveaus om de factoren te bepalen die de toegang beïnvloeden

Het gezondheidssysteem is op een complexe manier georganiseerd met veel beslissingsorganen die elkaar wederzijds beïnvloeden. Niettemin is het mogelijk om drie hoofdniveaus te identificeren waar de factoren die van invloed zijn op de toegang tot de gezondheidszorg zullen worden bepaald (belemmeringen of facilitators van toegang): het macro-, meso- en microniveau (andere vormen van overheidsbeleid kunnen de toegang tot de gezondheidszorg indirect ook aanzienlijk beïnvloeden, maar dit vormt niet het onderwerp van dit artikel).

Het macroniveau betreft beslissingen met betrekking tot het gezondheidssysteem, het mesoniveau betreft de organisatie van de gezondheidszorg op lokaal niveau waarbij vooral zorgorganisaties en -verleners betrokken zijn en het microniveau betreft het niveau van interactie tussen patiënten en zorgverleners (Wereldgezondheidsorganisatie, 2003).

Op macroniveau zijn verschillende factoren van invloed op de vraag en het aanbod van gezondheidszorg. Aan de aanbodzijde zullen verschillende beslissingen een directe invloed hebben op de toegang tot gezondheidszorg, in de eerste plaats op het niveau van de begrotingsmiddelen die aan de sector van gezondheidszorg worden toegewezen of op de regelgeving die is genomen om de toegang tot zorgverleners te reguleren. Deze vragen hebben betrekking op collectieve keuzes die afhankelijk zijn van het soort sociale beschermingssysteem dat historisch is aangenomen. Deze keuzes zijn voortdurend onderhevig aan aanpassingen door enerzijds druk op de noodzaak om medische vooruitgang toegankelijk te maken, het aanbod aan te passen aan de veranderende gezondheidsbehoeften van de bevolking en voldoende financiële dekking van de gezondheidszorg en anderzijds van deze gezondheidsuitgaven te financieren.

Op mesoniveau kunnen zorgverleners en zorgorganisaties de toegang tot gezondheidszorg ook aanzienlijk belemmeren, bijvoorbeeld door expliciete discriminatiemaatregelen in te voeren om bepaalde patiënten met een bepaald profiel uit te sluiten (bijvoorbeeld bij achterstallige ziekenhuisfacturen of bij het ontbreken van een aanvullende verzekering) (Cès & Baeten, 2020)), met een laag sociaaleconomisch niveau of met sociale moeilijkheden of met psychische problemen, enz. Omdat deze kenmerken elkaar niet uitsluiten, heeft een bijzonder kwetsbaar publiek een verhoogd risico op minder toegang tot de gezondheidszorg.

Het microniveau is het niveau van directe interactie tussen patiënten en zorgverleners. Op dit niveau wordt de toegang tot gezondheidszorg beïnvloed door individuele factoren die verband houden met patiënten en zorgverleners.

De verbeterpistes voor de toegang in de vier dimensies die hierna worden voorgesteld, zijn niet exhaustief. Ze gaan uit van de belangrijke problemen van toegang tot gezondheidszorg die in het gezondheidssysteem door middel van studies zijn geïdentificeerd. Deze kunnen worden gekenmerkt op basis van de niveaus waarop ze worden bepaald.

4.2. Verbeteren van de gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg

De gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg is een voorwaarde voor de toegang tot de gezondheidszorg die expliciet moet worden erkend, bestudeerd en geïntegreerd in het gezondheidsbeleid. De inzet van de gevoeligheid is het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen en risico's

om de toegang tot behandeling of preventieve zorg te activeren op basis van individuele gezondheidsrisico's.

Aan de aanbodzijde verwijst het in de eerste plaats naar de strijd tegen vooroordelen en discriminerend gedrag ten opzichte van bepaalde sociale groepen of individuen. Een recent rapport benadrukte het feit dat mensen in psychiatrische instellingen het slachtoffer zijn van vooroordelen en stigmatisering (Jespers, Christiaens, Kohn, & Savoye, 2021). Het risico op niet-detectie van somatische gezondheidsproblemen bij deze patiënten is hoog, vooral omdat zorgverleners moeite hebben met het herkennen van somatische gezondheidsproblemen bij deze patiënten. Lichamelijke klachten kunnen worden toegeschreven aan psychische stoornissen. Buiten de psychiatrische context leidt de stigmatisering van psychiatrische patiënten tot uitstel van zorg: deze patiënten zijn niet prioritair of ze kunnen het slachtoffer zijn van bepaalde veronderstellingen bij specialisten met betrekking tot hun vermogen om zich aan behandelingen te houden. Omdat deze lager zouden zijn dan bij andere patiënten, worden behandelingen niet voorgesteld. Dit probleem is al vastgesteld in verschillende contexten en voor verschillende doelgroepen: vrouwen van Aziatische afkomst in Londen hadden minder frequente screening op baarmoederhalskanker. De geïnterviewde artsen hadden, ten onrechte, verwacht dat deze vrouwen zich niet zouden laten screenen. (Lang, 2009). Homoseksuelen ondervinden ook moeilijkheden bij de toegang tot zorg. Met name op preventief gebied wordt bij homoseksuele vrouwen minder screening waargenomen op baarmoederhalskanker en borstkanker in vergelijking met heteroseksuele vrouwen (Albuquerque, et al., 2016).

Een andere oorzaak van het niet detecteren van gezondheidsproblemen is het gebrek aan aandacht voor de patiënt, hetzij omdat artsen niet voldoende onderzoeken voorbij de hoofdreden van de raadpleging, zoals het risico van het niet screenen van de behoefte aan hulp bij ouderen door huisartsen (bijvoorbeeld voor dagelijkse verzorging) (Cès, et al., 2017; Cès, et al., 2020), of omdat artsen niet over voldoende kennis of vaardigheden beschikken om de gevoelens van patiënten te ontcijferen. De ervaring van patiënten met een zeldzame ziekte illustreert dit probleem van gevoeligheid bijzonder goed. Voor dit type ziekte kan de tijd tussen het verschijnen van de eerste symptomen en de diagnose erg lang zijn (soms meerdere jaren) vanwege het gebrek aan gevoeligheid van zorgverleners voor de symptomen (vanwege ontkenning, onwetendheid van de ziekte, minimalisering van symptomen) met rampzalige gevolgen voor patiënten (psychisch leed, vertraging in de behandeling, pijnbestrijding, enz.) (Loridan & Noirhomme, 2020).

Een andere mogelijke piste voor het verbeteren van de gevoeligheid is meer rekening houden met sociale (psychosociale/

sociaaleconomische) risicofactoren voor de ziekte. Het biomedische paradigma, vooral gericht op medische en biologische variabelen, waarop zorgprotocollen gericht zijn, sluit de sociale component van de ziekte uit. Sommige sociale kenmerken echter zijn minstens zo belangrijk in termen van risico als biomedische factoren. Er is op die manier sprake van een systematische structurele onderschatting van risico's in sociaaleconomisch kwetsbare groepen door zorgverleners. Late opsporing of gebrek aan preventieve zorg bij een bewezen risico draagt bij aan de toename van sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg. Zo worden kwetsbare personen onvoldoende gescreend op basis van hun verhoogde risico op hart- en vaatziekten. (Lombrail, 2010). In België raadplegen rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming⁹ (VT) de huisarts op dezelfde manier als gemiddeld binnen de bevolking, maar zij hebben minder toegang tot bepaalde preventieve zorg (zoals borstkankerscreening). (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Mann spreekt over de socioparesie van de volksgezondheid (Mann, 1998) om te verwijzen naar het onvermogen om de sociale determinanten van gezondheid te integreren om sociale ongelijkheden in de gezondheid aan te pakken. De erkenning van de sociale constructie van ongelijkheid in de gezondheidszorg biedt niettemin een kader voor reflectie om de praktijken van zorgverleners te verbeteren. Een betere integratie van de verschillende soorten kennis uit disciplines die a priori minder doordrigend zijn, de biomedische, epidemiologische en sociale wetenschappen is een piste die moet worden bekeken om de zorgprotocollen en de medische praktijk te verbeteren. Deze vaststelling vraagt ook om een reflectie betreffende de normatieve criteria die worden gebruikt om de performantie van het gezondheidsstelsel te beoordelen. Het gelijk gebruik van bepaalde gezondheidszorg bij een vergelijkbare gezondheidstoestand, met name op het gebied van screening, mag niet worden geïnterpreteerd als een wenselijk resultaat, omdat het de verschillen in gezondheidsrisico's volgens sociale gradiënt zou verdoezelen.

Aan de vraagzijde moeten patiënten in staat zijn om hun behoeften aan gezondheidszorg te identificeren. Dit vermogen wordt niet alleen beïnvloed door de context van het leven van mensen (zie hieronder, het sociale netwerk of de problemen en zorgen die zich op andere gebieden voordoen), maar meer in het algemeen door het niveau van de gezondheidsvaardigheden. "Het vermogen van een persoon om informatie over zijn gezondheid te vinden, te begrijpen, te evalueren en te gebruiken, zodat hij vervolgens keuzes en beslissingen kan nemen in zijn dagelijks leven om zijn gezondheid en kwaliteit van leven te behouden of te verbeteren" (Rondia, Adriaenssens, Van Den Broucke, & Kohn, 2019). Daarom moet het vermogen om iemands gezondheidsbehoeften waar te nemen expliciet worden geïntegreerd als een afzonderlijk onderdeel van de gezondheidsvaardigheden. De gevoeligheid voor de percep-

9. Sommige categorieën verzekerden met een laag inkomen betalen minder remgeld, op basis van een status die "verhoogde tegemoetkoming" wordt genoemd.

tie van de behoeften aan gezondheidszorg kan in de eerste plaats op microniveau worden verbeterd als onderdeel van interacties met zorgverleners. Meer in het algemeen spelen ook andere actoren een belangrijke rol in de gezondheidsvoorlichting (bv. school, werk, diensten voor de promotie van de gezondheid en patiëntenvoorlichting, de sociaal-culturele sector, jeugdbewegingen, hulp aan het jonge kinderen (ONE/Kind&gezin), de media, enz.). In 2019 tonen de resultaten van de Nationale Gezondheidsenquête aan dat het niveau van gezondheidsvaardigheden onvoldoende of problematisch is voor 33% van de bevolking (representatieve steekproef van de Belgische bevolking). Het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden onder de bevolking is een collectieve, maatschappelijke en politieke verantwoordelijkheid (Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013). Het moet op nationaal niveau worden gecoördineerd, waarbij de veelheid aan betrokken actoren wordt geïntegreerd. (Rondia, Adriaenssens, Van Den Broucke, & Kohn, 2019).

4.3. Verbetering van de beschikbaarheid van gezondheidszorg

De beschikbaarheid van hulp aan huis is een gekend probleem (Cès & Baeten, 2020). Het aanbod van thuiszorg kan in sommige geografische gebieden beperkter zijn. Aanbieders die instemmen met huisbezoeken kunnen om verschillende redenen schaars worden in bepaalde landelijke of economisch kwetsbare gebieden: onvoldoende vergoeding om de vervoerskosten te compenseren, met inbegrip van de kosten van de tijd die aan het vervoer wordt besteed en mogelijke negatieve gevolgen zoals vermoeidheid. De ontwikkeling van een lokaal zorgaanbod dicht bij huis en ambulantly blijft de komende jaren een grote uitdaging. Enerzijds leidt de vergrijzing tot een snelle toename van de vraag naar zorg en ondersteunende diensten (door de snelle toename van het aantal afhankelijke oudere personen en de wens om zo lang mogelijk thuis te blijven) (Cès, et al., 2017). Aan de andere kant, met de verkorting van de duur van het verblijf in het ziekenhuis, moet een reeks gezondheidsdiensten (ambulant en thuis), thuishulpdiensten en sociale diensten beter kunnen worden gemobiliseerd om de continuïteit van de zorg na een ziekenhuisopname te waarborgen. Dit impliceert zowel een toename van het volume van de zorgcapaciteit voor dit type diensten als een snellere reactiviteit (de terugkeer naar huis moet sneller worden georganiseerd).

Met de ontwikkeling van digitale technologieën zijn de modaliteiten voor de levering van het aanbod van zorg op afstand gediversifieerd¹⁰. Deze diensten die op afstand van de patiënt worden geleverd, zijn een innovatief alternatief om een be-

tere beschikbaarheid van gezondheidszorg mogelijk te maken, zowel aan de aanbodzijde van de zorg als aan de vraag door bepaalde beperkingen weg te nemen: het elimineren van verplaatsingen naar de plaats van de zorgverlening, voor zorgverleners en patiënten (met name voor mensen in een collectieve verblijfsvorm of die mobiliteitsproblemen hebben), het verkorten van de tijd die nodig is voor andere activiteiten (bijvoorbeeld voor mantelzorg of alleenstaande ouders), het gemak van snel contact tussen de zorgverlener en de patiënt. Uit feedback van patiënten tijdens de lockdown op teleconsultatie blijkt dat deze vorm van contact nuttig kan zijn voor bepaalde vragen zoals het voorschrijven van medicatie, administratieve vragen en de opvolging van chronische ziekten. Het kan echter in veel gevallen geen direct contact vervangen (Avalosse, et al., 2020). De digitalisering van administratieve diensten is ook een kans voor aanzienlijke verbetering, vanwege de snelheid, het gemak van de stromen en de besparingen op de middelen. Het normaliseren van uitwisselingen op digitale wijze, beperkt echter de mogelijkheid van administratieve behandeling van complexe of atypische individuele situaties.

Deze innovaties leveren toegangsproblemen van een andere aard op. Het gebruik van digitale interfaces tussen gebruikers en diensten genereert nieuwe vormen van uitsluiting van doelgroepen die minder goed uitgerust zijn met digitale apparatuur (29% van de huishoudens met een laag inkomen heeft geen internetverbinding) of in termen van kennis die nodig is voor gebruik (40% van de Belgen heeft weinig of geen digitale kennis) (Brotcorne & Mariën, 2020). Daarom blijft de mogelijkheid van directe en snelle interactie via communicatiekanalen die door iedereen kunnen worden gebruikt, een essentiële voorwaarde die moet worden gegarandeerd en gecontroleerd. De huidige trend naar digitalisering van openbare diensten, versneld door de COVID-19-pandemie, vormt echter een groot risico voor de toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare groepen. Volgens het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-hoofdstad wordt de impact van deze digitalisering voor iedereen onderschat, met name in verband met het risico dat geen beroep wordt gedaan op de sociale rechten (Noël, 2021; Desprez, Noël, & Solis Ramirez, 2020).

Een andere reflectiepiste betreft de beschikbaarheid van het ambulantly aanbod. De recente projecties van de medische demografie laten de komende jaren een daling van het aantal huisartsen zien (-3% tussen 2021 en 2026) terwijl de prognoses een toename van de vraag naar het aantal contacten voorzien (+7,1% tussen 2020 en 2025) (Lefèvre & Gerkens, 2021). Het tekort aan geconventioneerde zorgverleners impliceert een aanzienlijke wachttijd om een afspraak te krijgen bij een zorgverlener die werkt aan conventietarief, vooral in derma-

10. De digitale zorg neemt verschillende vormen aan: Teleconsultatie (het overleg op afstand tussen de zorgverlener en de patiënt per telefoon, video, chat of e-mail), telemonitoring ("een zorgverlener controleert en bewaakt op afstand de gezondheidsparameters van een patiënt"), tele-bijstand ("de arts stuurt (of voert) op afstand een medische interventie uit, zoals een beeldvormend onderzoek of operatie) en tele-expertise ("zorgverleners raadplegen op afstand over een specifieke patiënt, zonder dat het aanwezig is") (Mistiaen, Devriese, Pouppez, Roberfroid, & Savoye, 2020).

tologie (niveau van conventionering van 25%), oogheelkunde (33%), tandheelkunde (29%), gynaecologie (44%) (De Wolf, et al., 2020).

4.4. Verbetering van de betaalbaarheid

De kosten ten laste van patiënten brengen twee problemen met zich mee: het uitstel of niet gebruik maken van gezondheidszorg en catastrofale uitgaven, die ook de toegang op een later tijdstip kunnen belemmeren (Thomson, Cylus, & Evetovits, 2019). Doordat deze gezondheidsuitgaven de budgetten van de huishoudens aanzienlijk belasten, zullen deze waarschijnlijk van invloed zijn op het vermogen van huishoudens om te voldoen aan andere even essentiële behoeften voor gezondheid (bv. voedsel, huisvesting, verwarming, enz.) en de gezondheidstoestand beïnvloeden (met name vanwege psychologische stress) (Cès & Baeten, 2020).

Anderzijds tonen de resultaten van de OSE-studie duidelijk het directe oorzakelijk verband tussen het uitstellen van zorg om financiële redenen en de aanzienlijke verslechtering van de gezondheidstoestand bij sommige patiënten op de spoed-gevallendienst. Deze gevallen van levensbedreigende nood-situaties zijn slechts het zichtbare deel van een grotere groep patiënten die - als gevolg van uitstel of afzien van zorg - lijden aan een minder gemakkelijk waarneembare, maar niettemin significante verslechtering van hun gezondheidstoestand (bijvoorbeeld verlies van overlevingskans in het geval van late diagnose of vermijdbare gezondheidsproblemen die in de loop van de tijd aanhouden). Deze financiële toegankelijkheidsproblemen dragen aanzienlijk bij tot de verergering van de sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied.

In België is de zorg moeilijker toegankelijk voor sociaaleconomisch kwetsbare mensen: 6,4% van de mensen met een laag inkomen geeft aan om financiële redenen onvervulde behoeften te hebben aan medische zorg¹¹ (vergeleken met 0% voor de hoogste inkomenscategorie in 2018) (zie Eurostat-site). Daarmee behoort België tot de landen in Europa met de grootste ongelijkheid in financiële toegang tot zorg.

Er zijn meerdere belangrijke financiële hindernissen geïdentificeerd (Cès & Baeten, 2020).

- Het gebrek aan gezondheidsdekking onder de bevolking, die 1% vertegenwoordigt van de mensen die officieel in België wonen in 2017 (OECD, 2017), is een belangrijke barrière voor de toegang voor een aanzienlijk aantal mensen.

Daarnaast zijn er een aantal individuele situaties die van deze schatting zijn uitgesloten, met name mensen die hun recht op de verplichte ziekteverzekering langer dan twee jaar hebben verloren, zwartwerkers, gedetacheerde buitenlandse werknemers die niet gedekt zijn in hun land van herkomst en mensen die niet officieel in België wonen (bv. personen zonder papieren, personen die ten onrechte uit het bevolkingsregister zijn geschrapt).

- het voorschieten van terugbetaalbare gezondheidskosten vormt een belangrijke belemmering voor bepaalde groepen met een geringe financiële draagkracht.
- een geheel aan gezondheidszorg met een aanzienlijke therapeutische meerwaarde die niet of weinig wordt vergoed (bv. verzorgingsmateriaal voor wonden, bepaalde medicatie, brillen, gehoorapparaten, tandprothesen).
- het remgeld: Hoewel ze niet de enige bron van financiële moeilijkheden zijn, toont de OSE-studie aan dat ze een financieel obstakel vormen voor een sociaaleconomisch kwetsbare bevolking. Er bestaan twee financiële beschermingsmaatregelen om het remgeld te beperken: het statuut van de verhoogde tegemoetkoming en de Maximumfactuur¹² (MAF). De effectiviteit van deze twee maatregelen bij het beschermen van mensen tegen buitensporige kosten kan echter worden verbeterd, te beginnen met de automatisering van het VT statuut om het probleem van non take-up op te lossen (Baeten, 2021).
- De ziekenhuiskosten ten laste van patiënten zijn ook problematisch voor sommige patiënten met aanzienlijke gezondheidsproblemen en/of beperkte financiële middelen (41% van de ziekenhuisopnames in algemene ziekenhuizen met minstens één overnachting op een twee- of meerpersoonskamer kost patiënten meer dan 200 euro) volgens het AIM-IMA-rapport. (De Wolf, Di Zinno, Dolphens, Landtmeters, & Lona, 2021).
- De problemen van de kosten voor vervoer tussen ziekenhuizen en regelmatige ambulante vervoerskosten zijn ook oorzaken van buitensporige uitgaven ten opzichte van de financiële draagkracht van patiënten.

Maatregelen om de financiële toegankelijkheid te verbeteren kunnen snel worden uitgevoerd (een lijst wordt voorgesteld na een enquête onder een aantal actoren in het gezondheidsstelsel (Baeten, 2021)): de uitbreiding van de derde betaler, of de verlaging van het plafond van de maximumfactuur voor

11. De referentiepopulatie omvat ook mensen die geen behoefte hadden aan medische zorg en sluit bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen uit. Dit percentage zou daarom theoretisch hoger zijn als het alleen zou worden berekend op basis van de populatie die in de afgelopen 12 maanden ten minste één medische behoefte heeft gehad.

12. Boven een bepaald plafond is het remgeld dat op jaarbasis is gecumuleerd niet langer sociaal aanvaardbaar omdat ze een financiële last worden die te hoog wordt. Bij overschrijding van het plafond (afhankelijk van het netto belastbaar gezinsinkomen) wordt het remgeld terugbetaald.

de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, het schrappen van remgeld voor minderjarigen, een betere dekking voor bepaalde materialen of apparatuur. Het verbeteren van de financiële toegankelijkheid moet worden ondersteund door een reeks evenwichtige maatregelen om zowel de financiële toegang te verbeteren voor mensen met het statuut verhoogde tegemoetkoming, maar ook om financiële toegankelijkheidsproblemen voor de rest van de bevolking te voorkomen. De financiële toegankelijkheidsproblemen zullen waarschijnlijk een breed scala van de bevolking treffen (vooral mensen die niet werken of met chronische gezondheidsproblemen). De noodzaak om de financiële toegang te verbeteren is des te sterker omdat de economische context bijzonder ongunstig is.

4.5. De verbetering van de aanvaardbaarheid

De eerste prioriteit in deze dimensie is de strijd tegen discriminerend gedrag of bepaalde verkeerde voorstellingen ten opzichte van bepaalde sociale minderheidsgroepen die andere kenmerken vertonen dan de rest van de bevolking, hetzij vanuit het oogpunt van gezondheid (bijv. mensen met een psychische stoornis, kwetsbare oudere personen, mensen met een handicap) of vanuit sociaal oogpunt (kwetsbare personen, met verschillende seksuele geaardheid, van buitenlandse afkomst, prostituees, enz.). Er moet op worden gewezen dat de factoren van discriminatie elkaar niet uitsluiten. Het is immers mogelijk om verschillende kenmerken te combineren die tot discriminatie kunnen leiden (dit is de intersectionaliteit (Crenshaw, 1989)); deze kunnen cumulatief zijn of van nog andere aard zijn dan degene die betrekking hebben op één enkele discriminatiefactor. Sommige jongeren in preciaire situaties melden dat ze te maken kregen met racistische of agressieve opmerkingen door gezondheidswerkers (Maes, 2021).

In de eerste plaats gaat het om het bestrijden van negatieve houdingen van zorgverleners die zich daar niet altijd van bewust zijn. Als het bijvoorbeeld gaat om het uitstellen van zorg, zijn preciaire mensen bang om negatief beoordeeld te worden door gezondheidswerkers vanwege hun vermeende onvermogen om de economische en sociale problemen waarmee ze worden geconfronteerd te begrijpen (Maes, 2021). Dit kan gaan via de opleiding van professionals, maar ook om het implementeren van participatieve kwaliteitsverbeteringsprocessen waarbij patiënten betrokken zijn. Naast discriminerend gedrag is het aanpassen van het gedrag van zorgverleners op basis van het patiëntenprofiel min of meer eenvoudig, afhankelijk van de sociale afstand tot de patiënt.

Anderzijds is het noodzakelijk om te erkennen dat het vermogen om het zorgaanbod aan te passen structureel wordt beperkt door diverse vereisten, of het nu gaat om financiële, organisatorische, ethische, praktische, enz. Patiënten met een meer atypisch profiel lopen meer risico op problemen in deze dimensie (zoals de niet-gefinancierde tijd om beter te

communiceren met bepaalde patiënten) of vanwege de starheid van de organisatie van de zorgproces (zoals bijvoorbeeld de uurregeling). Er zijn veel mogelijkheden voor onderzoek die leiden tot innovatieve oplossingen en transformaties van het zorgproces om de aanvaardbaarheid te verbeteren (bijvoorbeeld door te vertrouwen op participatieve benaderingen zoals de Service Design methode). (Stickdorn, Lawrence, Horne, & Schneider, 2019)).

Het gaat er ten slotte om te erkennen dat het probleem van de aanvaardbaarheid een gebied op zich is. In het bijzonder moet dit worden overwogen in het kader van beleid ten voordele van patiëntgerichte zorg vanuit de drie potentiële actieniveaus (macro, meso, micro), met als risico dat deze problematiek herleid wordt tot het microniveau. Zodoende wordt het alleen nog mogelijk om een informele aanpassing van de interactie te concretiseren tussen de zorgverlener en de patiënten. Om de aanvaardbaarheid te verbeteren, moet het beginsel van gestandaardiseerde behandeling in vraag worden gesteld, met name door extra middelen toe te wijzen om bepaalde kwetsbare groepen beter te bereiken.

4.6. Synthese van de vier dimensies

Het resultaat van deze analyse bevestigt in de eerste plaats het feit dat de toegangsproblemen niet gelijkmatig over de bevolking zijn verdeeld. De moeilijkheden stapelen zich op en versterken zich in de verschillende dimensies voor bepaalde kwetsbare subgroepen (zie Tabel 1). Dit laat toe om ook de aandacht te vestigen op de complexiteit van de mechanismen die leiden tot het uitstellen van gezondheidszorg en het risico van een vicieuze cirkel onder kwetsbare mensen: een minder goede gezondheid kan een negatief effect te hebben op de sociaaleconomische status, wat een verslechtering van de situatie op verschillende gebieden van het leven impliceert (materiële omstandigheden, gezinsleven, werk, enz.), wat dan weer gevolgen zal hebben voor de toegang tot gezondheidszorg en de gezondheidstoestand van mensen op termijn verder kan verslechteren. Deze vaststellingen maken het mogelijk om de hardnekkigheid van ongelijkheid in de toegang tot zorg beter te begrijpen, een andere dimensie van de omgekeerde zorgwet: "De beschikbaarheid van hoogwaardige medische zorg is omgekeerd evenredig met de zorgbehoeften van de bediende bevolkingsgroep." (Hart, 1971; The Lancet, Editorial, 2021).

Het is interessant om op te merken dat moeilijkheden binnen eenzelfde dimensie soms ook worden versterkt tussen vraag en aanbod, bijvoorbeeld het risico van onderscreening van gezondheidsproblemen, als gevolg van discriminatie of onderschatting van risicofactoren aan de aanbodzijde is des te groter wanneer patiënten hun gezondheidsbehoeften aan gezondheidszorg niet waarnemen (in geval van ontkenning, afwezigheid van symptomen of verwaarlozing van de behoefte aan gezondheidszorg).

Tabel 1: Voorbeelden van problemen met de toegang tot gezondheidszorg in elk van de dimensies

Dimensie	Aanbod	Vraag
Gevoeligheid	<p>Gebrek aan identificatie van behoeften aan gezondheidszorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderdiagnose als gevolg van discriminatie of vooroordelen of nalatigheid (al dan niet met opzet) • Onderdiagnose door geen rekening te houden met symptomen • Onderschatting van risicofactoren 	<p>Onvermogen om behoeften aan gezondheidszorg waar te nemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontkenning of bagatellisering van gezondheidsproblemen • Meer acute problemen op andere gebieden (financieel, familiaal, professioneel, enz.) • Niet-perceptie bij afwezigheid van symptomen (voorbeelden, hypertensie, diabetes, kanker, enz.)
	Beschikbaarheid	<p>Onvermogen om patiënten te bereiken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wachtlijst voor geconventioneerde zorgverleners • Beperkt aanbod van aanbieders voor huisbezoeken • Onthaal niet aangepast voor personen met beperkte mobiliteit • Uitsluiting van sociaaleconomisch kwetsbare patiënten of andere profielen (bv. mensen zonder aanvullende verzekering of met betalingsachterstanden in het ziekenhuis)
Betaalbaarheid		<p>Hoge persoonlijke bijdragen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedrag van remgelden te hoog • Voorschieten van kosten kan problematisch zijn (geen derdebetaler) • Facturering van honorariumsupplementen • Gebrek aan transparante factuur (bijvoorbeeld voor ambulante laboratoriumanalyses of ziekenhuisfactuur) • Buitensporige facturatie van niet-terugbetaalbare kosten
	Aanvaardbaarheid	<p>Ontoereikende kwaliteit van diensten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discriminerend gedrag op basis van geslacht, seksuele geaardheid, afkomst, socio-economische situatie, leeftijd, enz. • Communicatie niet aangepast aan het profiel van de patiënt • Niet-wijzigbaar proces of zorgvoorwaarden

Figuur 2 illustreert de onderlinge afhankelijkheid van de vier dimensies voor het bereiken van toegang en ook tussen het aanbod van zorg en de bevolking:

- Gevoeligheid voor de behoeften: identificatie van behoeften aan de aanbodzijde en waarneming van behoeften aan de bevolkingzijde
- De beschikbaarheid: het vermogen om patiënten van de aanbodzijde te bereiken en de mogelijkheid om de diensten te bereiken aan de bevolkingzijde
- De betaalbaarheid: de financiële dekking van zorg en de financiële draagkracht van de bevolking
- De aanvaardbaarheid: de minimale kwaliteit van zorg en de bereidheid van de bevolking om gebruik te maken van diensten.

Figuur 2 toont een probleem van overeenstemming in de vier dimensies (niet verbonden cirkels) met enerzijds moeilijkheden voor de bevolking in elk van de dimensies en anderzijds het aanbod dat niet voldoende is aangepast aan de moeilijkheden waarmee de bevolking wordt geconfronteerd.



5. Beleid ter verbetering van de gezondheidszorg

De diverse problemen die in de vier dimensies worden genoemd, onderstrepen dat de toegang tot gezondheidszorg in de eerste plaats een collectieve verantwoordelijkheid is door het invoeren van een beleid dat bevorderlijk is voor de toegang tot de gezondheidszorg.

5.1. Het juridisch kader

Deze uitvoering moet in de eerste plaats gebeuren door middel van wettelijke bepalingen, fundamentele mensenrechten, sociale rechten, patiëntenrechten en, meer operationeel, door middel van normen en reglementering (bijvoorbeeld met betrekking tot regels voor de ziekenhuisfacturen). In de eerste plaats moet ervoor worden gezorgd dat de nieuw vastgestelde wettelijke normen de toegang tot gezondheidszorg niet kunnen verslechteren, met name door niet in strijd te zijn met het rechtskader waarbinnen zij zijn gebaseerd of met de fundamentele beginselen en waarden van het gezondheidsstelsel (bv. gelijk tarief van gezondheidszorg op het grondgebied). En anderzijds is het essentieel om ervoor te zorgen dat dit hele regelgevend kader echt wordt toegepast door de zorgverleners, maar ook door het openbaar bestuur. Met name met betrekking tot de toepassing van sociale rechten moet worden erkend dat de automatische toekenning van die rechten volledig de verantwoordelijkheid is van de openbare diensten.

De strijd tegen discriminatie moet uitdrukkelijk worden erkend in het kader van beleid inzake toegang tot gezondheidszorg, voornamelijk in drie dimensies (gevoeligheid, beschikbaarheid en aanvaardbaarheid). De diversiteit van actoren en onderliggende mechanismen vereist benaderingen op verschillende niveaus. In de opleiding en bewustmaking van zorgverleners moet deze kwestie expliciet worden opgenomen om discriminerend gedrag te voorkomen waarvan men zich niet noodzakelijkerwijs bewust is, met name tegenover kwetsbare mensen. Forichon spreekt van "latente discriminaties van professionals en instellingen" (Forichon, 2005) die wijd verspreid zouden zijn in organisaties, waarbij sociale hiërarchieën worden gereproduceerd binnen de ziekenhuisorganisatie, wat sociale verschillen in de zorg zou veroorzaken. Stroomafwaarts spelen ook initiatieven, ontplooid in het kader van kwaliteitszorg een rol bij het waarborgen van kwaliteit een rol bij het voorkomen van discriminerend gedrag. Het eerbiedigen van grondrechten om gelijke behandeling te garanderen en discriminatie te voorkomen, is een van de principes die het vaakst naar voren worden gebracht in acties om de kwaliteit te waarborgen in de langdurige zorg in Europa (Cès & Coster, 2019). De betere controle van bepaalde praktijken in de beschikbaarheidsdimensie (bijvoorbeeld om de selectie van patiënten te voorkomen) zou nuttig zijn om de uitsluiting van bepaalde patiënten met een minder wenselijk profiel vanuit sociaal of financieel oogpunt te bestrijden. Een klachtenregistratiesysteem of discussieforum

zou bijvoorbeeld nauwkeurige gegevens over dit gedrag verstrekken om gerichte acties te ondernemen. Het Interfederaal Gelijkekansencentrum beveelt “een gecoördineerde aanpak en de ontwikkeling van gegevens over gelijkheid en discriminatie” aan (inclusief op vlak van toegang tot gezondheidszorg (zie unia.be).

5.2. Identificatie van groepen die risico lopen op toegangsproblemen

Een tweede reflectiepiste richt zich op de erkenning van subgroepen van de bevolking met aanzienlijke behoeften aan gezondheidszorg dewelke meer risico lopen op toegangsproblemen in de vier dimensies. Enerzijds moet dit verlopen via de identificatie van de diverse doelgroepen, de moeilijkheden bij de toegang en de onderliggende oorzaken ervan en anderzijds via de opbouw van een theoretische en praktische kennis van deze specifieke doelgroepen die wordt gedeeld door zorgverleners. De organisatie van de eerstelijnszorg in de vorm van wijkgezondheidscentra is onder meer een mogelijk antwoord. Het maakt het mogelijk om knowhow en interpersoonlijke kennis op te bouwen om aan de specifieke behoeften van deze subgroepen van de bevolking te voldoen (Cès & Baeten, 2020). Meer in het algemeen zou bevolkingssegmentatie meer diepgaande reflecties mogelijk maken over hoe de doelgroepen kunnen worden bereikt die meer risico lopen op toegangsproblemen.

Het beginsel van proportioneel universalisme is een interessante piste die verder moet worden ontwikkeld om de toegang tot gezondheidszorg te bevorderen en rekening te houden met de verschillen in de risico's van toegangsproblemen. De te nemen maatregelen moeten beter worden afgestemd op de behoeften van elk individu. Binnen screeningsprogramma's zouden acties van verschillende intensiteit bijvoorbeeld het probleem van de gevoeligheid (het probleem van het detecteren van behoeften aan gezondheidszorg) voor de kwetsbare bevolking aanpakken.

5.3. Ontwikkeling van een aanbod aangepast aan de behoeften van de bevolking

Een derde reflectiepiste is de vraag naar investeringen en maatregelen die moeten worden genomen om een zorgaanbod te ontwikkelen dat is aangepast aan de behoeften van de bevolking. De ontwikkeling van een aanbod dat zowel beschikbaar als financieel toegankelijk is, blijft een grote uitdaging (Cès & Baeten, 2020; De Wolf, et al., 2020; Lefèvre & Gerken, 2021). In sommige disciplines dreigt de schaarste aan zorgverleners, in combinatie met een lagere conventioneersgraad de ongelijkheden in toegang verder te vergroten, met enerzijds een geconventioneerd aanbod, maar niet binnen een redelijke termijn toegankelijk en anderzijds gedeconventioneerde geneeskunde, temporeel snel toegankelijk maar financieel ontoegankelijk voor een groot deel van de bevolking.

Een vierde reflectiepiste vloeit voort uit de vaststelling dat de cumulatie van moeilijkheden op individueel niveau de noodzaak creëert om te worden geholpen bij de stappen die ondernomen moeten worden voor de toegang tot de gezondheidszorg. Vanwege de complexiteit van het gezondheidssysteem en individuele situaties zijn sommige mensen niet in staat om hun gezondheidszorg te organiseren (Cès & Baeten, 2020; Cès, et al., 2017). Dit probleem is des te acuter voor mensen met aanzienlijke behoeften aan gezondheidszorg (chronisch zieken, met psychische problemen, afhankelijke oudere personen), of tijdelijk, op bepaalde specifieke momenten wanneer mensen niet over het fysieke en / of mentale vermogen beschikken om hun gezondheidszorg te organiseren (bijvoorbeeld: tijdens de follow-up na hun ziekenhuisopname). Deze belangrijke rol bij het organiseren van de gezondheidszorg wordt vaak informeel overgenomen door mantelzorgers wanneer ze aanwezig zijn. (Cès, et al., 2017). Voor sommige groepen met aanzienlijke behoeften aan gezondheidszorg (bijvoorbeeld voor afhankelijke oudere personen) wordt dit type ondersteuning al geïmplementeerd (sous forme de projets pilotes) door thuiszorgcoördinatie of casemanagement (merk op dat deze diensten bredere taken hebben dan toegang tot zorg) (Van Durme, Schmitz, Cès, & Macq, 2015; Cornelis, Desmedt, Chevalier, Camaly, & Christiaens, 2021). Het zou echter nodig zijn om dit soort ondersteuning uit te breiden naar iedereen die niet in staat is, tijdelijk of chronisch, om zijn gezondheidszorg te organiseren (bijvoorbeeld in het geval van een depressieve episode). Daarnaast vereist deze aandacht ook voor kwetsbare mensen een betere systematische en proactieve betrokkenheid van sociale diensten, min of meer intensief afhankelijk van individuele situaties (bijvoorbeeld pilootprojecten CommunityHealth Workers voor kwetsbare groepen).

De beleidsbeslissingen ten gunste van de toegang tot de gezondheidszorg moeten beter worden afgestemd met de actoren (vertegenwoordigers van zorgverleners, mutualiteiten en patiëntenverenigingen). De complexiteit van de mechanismen die de toegang bepalen, vereist inderdaad een voorkeur voor benaderingen die meer gebaseerd zijn op participatie en ervaring (bijvoorbeeld via methoden zoals Service Design of participierend leiderschap). Deze stellen een reeks principes voor die ervoor zorgen dat nieuwe voorstellen voor veranderingen en transformaties om de toegang tot zorg te bevorderen en dat deze uitgetest kunnen worden (World Health Organisation, 2021; Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

Tot slot is het van essentieel belang om de toegang tot de gezondheidszorg voortdurend te monitoren om de maatregelen die moeten worden genomen vroegtijdig aan te passen en zo een verslechtering van de toegang tot gezondheidszorg te voorkomen die schadelijk is voor de algemene gezondheidstoestand van de bevolking. Daartoe worden administratieve gegevens over het gebruik van de gezondheidszorg al diepgaand gebruikt en worden de resultaten van de analyses openbaar gemaakt via verschillende regelmatig gepubliceerde rapporten. Het zou echter nuttig zijn om een bredere reflectie uit

te voeren om deze beoordeling te voltooien. Enerzijds zouden, om bepaalde dimensies van toegang nauwkeuriger te kunnen beoordelen, meer specifieke indicatoren (bv. berekening van de financiële lasten) kunnen worden berekend en regelmatig worden bijgewerkt op basis van reeds verzamelde gegevens. En anderzijds zou het ook nodig zijn om andere gegevens te verzamelen om een volledige beoordeling te krijgen van alle problemen rond de toegang tot gezondheidszorg, meer bepaald om een evaluatie te maken van het uitstel van zorg.

6. Besluit

Toegang tot de gezondheidszorg is een bezorgdheid die historisch geworteld is in de opbouw van sociale bescherming en de verzorgingsstaat. Doordat het gezondheidssysteem niet in staat was om de noodtoestand op zich te nemen, heeft de COVID-19-pandemie de kwestie van de toegang tot gezondheidszorg weer centraal gesteld in het publieke debat. Deze crisis heeft het belang benadrukt van wat de samenleving bereid is op te offeren om de toegang tot gezondheidszorg voor de hardst getroffen te waarborgen. Na deze crisis moet het recht van toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen worden verdedigd als een fundamentele waarde van het gezondheidsstelsel en zich profileren als een constitutieve voorwaarde voor elk gezondheidsbeleid. Het is in deze filosofie dat CM zich inzet voor de verdediging van de eerbiediging van dit fundamentele mensenrecht in het kader van haar diverse mandaten als ziekenfonds en voor de uitvoering van de onder-

steunende diensten voor de leden die nodig zijn om de effectieve verwezenlijking ervan te waarborgen.

Door middel van de vier dimensies benadrukt het conceptuele model mogelijke acties in de breedte om de toegang te verbeteren door alle determinanten ervan zo uitgebreid mogelijk op te nemen. In het bijzonder worden twee minder bekende, maar niet minder essentiële dimensies benadrukt voor het bereiken van toegang: gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg en aanvaardbaarheid van de zorg. Het toont ook de onderlinge afhankelijkheid van elk van de actoren bij het bereiken van toegang als een dynamisch proces, zowel aan de vraag- als de aanbodzijde van de zorg.

Hoewel er veel determinanten zijn van sociale gezondheidsongelijkheden, dragen de aanhoudende moeilijkheden bij de toegang tot gezondheidszorg voor de kwetsbare bevolking aanzienlijk bij tot de verslechtering van de ongelijkheden op gezondheidsgebied in België (Cès & Baeten, 2020). Het biedt dus een completer kader voor reflectie om alle factoren die ongelijkheden in toegang verklaren beter te begrijpen. Gezien de diversiteit aan mechanismen die de toegang tot gezondheidszorg beïnvloeden en de complexiteit van de onderlinge afhankelijkheden tussen alle componenten van toegang, moet het beleid voor universele gezondheidsdekking holistisch en participatief worden beschouwd. (World Health Organisation, 2021; World Health Organisation, Open mindsets Participatory Leadership for Health, 2016) in de vorm van een uitgebreid plan, zodat de gezondheidszorg meer van de mensen kan bereiken die dit het meest nodig hebben en de sociale ongelijkheid in gezondheid aanzienlijk kan verminderen.

Bibliografie

- Albuquerque, G. A., De Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Juscinaiide Henrique Alves, M., Moreira Belém, J., Winter dos Santos Figueiredo, F., . . . Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(2).
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.
- Avalosse, H., Henry, H., Hens, E., Willaert, D., Bruyneel, L., & Kestens, W. (2020). Raadplegingen op afstand: wat vinden de Belgen hiervan? Een intermutualistische enquête. *CM-Informatie*, 282, 46-59.
- Baeten, R. (2021). *Analyse van de bevraging van experts en belanghebbenden. Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Syntheserapport*. Brussel: Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE).
- Bardey, D., Couffinhal, A., & Grignon, M. (2002). *Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé*. Bulletin d'information en économie de la santé. Paris: Centre de Recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 53.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE Reports 334 D/2020/10.273/30.
- Brotcorne, P., & Mariën, I. (2020). *Barometer digitale inclusie*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Carlier, M. (1980). La genèse de l'assurance maladie-invalidité obligatoire en Belgique. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 7-8(872-873), 1-48.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussel: Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE).

- Cès, S., & Coster, S. (2019). *Mapping long-term care quality assurance practices in the EU Summary Report*. European Social Policy Network (ESPN). Brussel: Europese Commissie.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2017). *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Cès, S., Lambert, A.-S., Mello, J., Declercq, A., Speybroek, N., Annemans, L., & Macq, J. (2020). The direct cost of disability of community-dwelling older persons in Belgium. *Ageing and Society*, 41(10), 2214-2241.
- Cornelis, J., Desmedt, M., Chevalier, E., Camaly, O., & Christiaens, W. (2021). Zorintegratie bij kwetsbare ouderen in België : een evaluatie van de derde fase van Protocole 3. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE reports 346As.
- Council of the European Union. (2006). *Council Conclusions on Common Values and principles in European Union Health System*. Official Journal of the European Union, C 146.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist, Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Cu, A., Meister, S., Levebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework – a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20(116).
- De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., Landtmeters, B., & Lona, M. (2021). *État des lieux des coûts hospitaliers à charge, Données 2019*. Brussel: IMA-AIM.
- De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement*. Brussel: IMA-AIM.
- Desprez, A., Noël, L., & Solis Ramirez, F. (2020). «Analyse des impacts de la première vague de la crise de la Covid-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie. Fédération Wallonie-Bruxelles IWEPS Observatoire de la Santé et du Social/Observatorium voor gezondheid en welzijn brussels.
- Dourgnon, P., Jusot, F., & Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique/Public economics*, 28-29(1-2).
- Forichon, E. (2005). Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique ? *Empan*, 4(60), 86-90.
- Gray, B. (2017). The Cynefin framework: applying and understanding of complexity to medicine. *Journal of primary health care*, 9(4), 258-261.
- Hart, T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.
- Jaspers, V., Christiaens, W., Kohn, L., & Savoye, I. (2021). *Somatic health care in a psychiatric setting*. Health Services Research (HSR): Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE Reports 338 D/2021/10.273/4.
- Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C., & Shmueli, A. (2016). A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue française d'économie*, XXXI(4), 15-62.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy The solid facts*. World Health Organisation.
- Lambert, L. (2020). De begroting van de gezondheidszorg in historisch perspectief. Gaan we naar een afbrokkeling van ons sociaal model? *CM-informatie*, 281, 4-22.
- Lang, T. (2009). Populations vulnérables et accès aux soins de santé Principes et réalités. In I. Poirot-Mazères (dir.) *L'accès aux soins. Principes et réalités* (pp. 221-227). Toulouse: Presse de l'Université Toulouse 1 Capitole.
- Lefèvre, M., & Gerkens, S. (2021). *Evaluatie van de duurzaamheid van het Belgische gezondheidssysteem op basis van projecties – Aanvulling bij "De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019"*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 341A D/2021/10.273/12.
- Levesque, J.-F., Harris, M., & Russel, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.
- Lombrail, P. (2010). Le système de soins et les inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique (adsp)*, 24(73).
- Lombrail, P., & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 8(3), 31-39.
- Loridan, J., & Noirhomme, C. (2020). *Analyse de terrain des trajets existants des patients atteints de maladie rares dans l'EMR*. Euregio Meuse-Rhin: Projet EMRaDi.
- Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation. *La Revue nouvelle*, 6, 2-5.
- Mann, J. (1998). Santé publique : éthique et droits de la personne. *Santé publique*, 10(3), 239-250.
- Mistiaen, P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Video consultations in the care for patients with a chronic somatic disease*. Health Services Research (HSR). Brussels: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 328 D/2020/10.273/03.
- Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde*, 3(215), 129-148.
- Noël, L. (2021). Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise/Niet-gebruik van rechten en bestaanszekerheid in het Brussels Gewest. (B. studies, Éd.) *La revue scientifique pour les recherches sur Bruxelles/ Het wetenschappelijk tijdschrift voor onderzoek over Brussel*.
- OECD. (2017). Couverture des soins de santé. *Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE*. Parijs: OECD Publishing.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical care*, 9(2), 127-140.
- Pezeril, C. (2012). *Premiers résultats de l'enquête «Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone (Wallonie et Bruxelles)»*. Plateforme Prévention Sida (PPS), Observatoire du sida et des sexualités (OSS).
- Raynaud, J. (2015). *Inégalités d'accès aux soins Acteurs de san-*

té et territoires. Paris: Economica Anthropos.

- Rondia, K., Adriaenssens, J., Van Den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). *Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries?* Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE Reports 322 D/2019/10.273/63.
- Shokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2014). Equité du système de santé belge. *Revue française d'économie*, XXIX(4), 129-172.
- Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., & Schneider, J. (2019). *This is Service Design doing Applying Service Design thinking in the real world*. Sebastopol: O'Reilly Media.
- Tajani, A., Ratas, J., & Juncker, J. (2017). *Les 20 principes clés du socle européen des droits sociaux*. Gothenburg: Sommet Social pour des emplois et une croissance équitables.
- The Lancet, Editorial. (2021). 50 years of the inverse care law. *The Lancet*, 397.
- Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T. (2019). *Can people afford to pay for healthcare? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Verenigde Naties. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Verenigde Naties. (1948). *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens*.
- Van Acker, A. (1944). Rapport au Régent précédant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. *M.B. du 30 décembre 1944*, p.1730.
- Van Durme, T., Schmitz, O., Cès, S., & Macq, J. (2015). Maintien à domicile : initiatives soutenues par l'INAMI. *Santé conjugée*, 72.
- Vandeleene, G., & Lambert, L. (2019). Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld. *MC-informatie*, 276, 4-17.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2003). *Résumé d'orientation Des soins novateurs pour les maladies chroniques*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- WHO Regional Office for Europe. (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation. (2016). *Open mindsets Participatory Leadership for Health*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2021). *Voice, agency, empowerment Handbook on social participation for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organisation.