

De sociale zekerheid met betrekking tot de stijgende uitgaven in en de financierbaarheid van de gezondheidszorg

Rebecca HILDERSON

promotor :
Prof. dr. Georges HEEREN

Woord vooraf

In het kader van mijn studie ‘Toegepaste Economische Wetenschappen’ aan de Universiteit Hasselt schreef ik de eindverhandeling met als titel: ‘De sociale zekerheid met betrekking tot de stijgende uitgaven in en de financierbaarheid van de gezondheidszorg’.

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Allereerst Professor dr. G. Heeren, mijn promotor. Ik dank hem voor het opvolgen van mijn eindverhandeling waarbij hij steeds bereid was deskundige uitleg en suggesties aan mij te verlenen.

Ook dr. M. Tiri ben ik dankbaar voor zijn begeleiding bij het gedeelte verkennende statistiek in het kader van deze eindverhandeling. Vervolgens wil ik P.Billen, J. Vanlanduyt en K. Erauw bedanken voor hun hulp bij de meer technische aspecten van de verkennende statistische analyse. Ook dank ik het Rijksinstituut voor Ziekte – en Invaliditeitverzekering voor het verschaffen van gegevens. Verder dank ik de zeven bevroagde bevoorrechte getuigen voor hun betrokkenheid en medewerking aan de eindverhandeling. Ook wil ik de medewerkers van het Sociaal Secretariaat ‘Partena’ Hasselt bedanken voor het verschaffen van informatie.

Hartelijk dank ook aan alle collega-studenten voor de aanmoedigingen en de steun.

Uiteraard wil ik mijn ouders in dit dankwoord vermelden. Ik ben hen dankbaar dat ze me de kans gaven deze studie aan te vatten en dat ze me hierin aanmoedigden. Ook wil ik mijn zus en broer bedanken voor de interesse die ze in mijn werk en studies toonden.

Samenvatting

Het eerste hoofdstuk van deze eindverhandeling geeft de probleemstelling betreffende de financierbaarheid van onze sociale zekerheid weer. De relevantie van het gekozen onderwerp wordt beschreven en de onderzoeksopzet wordt uiteengezet.

In het tweede hoofdstuk wordt het ontstaan en de evolutie van onze sociale zekerheid toegelicht. Een historisch overzicht kan immers verheldering brengen in de huidige ideologieën die van toepassing zijn op dit systeem. Vervolgens wordt de structuur van de sociale zekerheid voor werknemers weergegeven. De verschillende takken en de financiering van het sociale zekerheidsstelsel worden besproken. Tot slot wordt er in dit hoofdstuk ook stilgestaan bij de problematiek van de sociale zekerheid. Er wordt ingegaan op elementen die de betaalbaarheid van de sociale zekerheid beïnvloeden zoals de demografische evolutie, de overheidsschuld en de migratie-effecten.

Vervolgens wordt er een analyse van de ziekteverzekering voor werknemers uitgevoerd in het derde hoofdstuk. Naast het bestuderen van relevante literatuur worden er in het kader van dit hoofdstuk ook bevoorrechte getuigen geïnterviewd. De gezondheidszorg, die direct geassocieerd wordt met de ziekteverzekering, is de grootste uitgavenpost van de sociale zekerheid. Er wordt op zoek gegaan naar factoren die de stijgende uitgaven van de gezondheidszorg kunnen verklaren. Daarnaast worden de domeinen binnen de gezondheidszorg waar men onrechtmatig gebruik maakt van het systeem van de ziekteverzekering bestudeerd. Men spreekt hier vaak van ‘overconsumptie’ met betrekking tot de ziekteverzekering. Ook de problematiek rond de consumptie van de geneesmiddelen wordt weergegeven. Het geneesmiddelenbudget neemt immers sinds het jaar 1995 een steeds groter aandeel in tegenover de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging. Het geneesmiddelenbeleid is een zeer actueel onderwerp waardoor er dan ook de nodige

aandacht wordt besteed aan recente evoluties inzake dit beleid. Het stimuleren van ‘goedkoop voorschrijven’ is één van de kostenbesparende maatregelen die centraal staat binnen deze problematiek. In een verkennende statistische analyse op basis van gegevens verkregen door het Rijksinstituut voor ziekte – en invaliditeitsverzekering (inventaris van voorgeschreven geneesmiddelen door de huisarts gevestigd in Limburg tijdens het jaar 2004), wordt er een eerste stap gezet naar een onderzoek dat tracht verbanden te vinden tussen het voorschrijfgedrag van de huisarts en enkele karakteristieken van de huisarts en van de patiënt.

In het vierde hoofdstuk wordt de ideologie rond de opkomst van de aanvullende ziekteverzekering weergegeven. De ziekteverzekering evolueert immers naar een ‘gelaagd’ systeem met een verplicht, gesolidariseerd basispakket en een vrij, verzekerd aanvullend pakket. Ook hier werd er gebruik gemaakt van informatie verstrekt door de bevoorrechte getuigen.

Tot slot worden de conclusies van dit onderzoek geformuleerd in het vijfde hoofdstuk. Men kan besluiten dat ons sociale zekerheidsstelsel continu in evolutie is waarbij beleidsverantwoordelijken een evenwicht trachten te vinden tussen solidariteit, billijkheid en betaalbaarheid. De sociale zekerheid voor werknemers is ingedeeld in zeven takken: het rust – en overlevingspensioen, de werkloosheidsuitkering, de arbeidsongevallenverzekering, de beroepsziekteverzekering, de gezinsbijslag, de ziekte – en invaliditeitsverzekering en de jaarlijkse vakantie. Aspecten van de demografische veranderingen zoals de vergrijzing van de bevolking, het bestaan van de Belgische overheidsschuld en het gegeven dat immigratie geen oplossing biedt voor de vergrijzing moeten in rekening gebracht worden wanneer men maatregelen neemt om de financierbaarheid van de sociale zekerheid te garanderen. De gezondheidszorg, die direct geassocieerd wordt met de ziekteverzekering, wordt geconfronteerd met stijgende uitgaven. Tal van oorzaken liggen aan de basis van deze kostenstijging: de demografische evolutie, de groeiende medisch technische mogelijkheden, de opkomst van de defensieve geneeskunde, het overaanbod van medische verstrekkingen, de groeiende

comfortvraag, de hoge administratiekosten, het Baumol-effect, de prijs - en volume-effecten en het feit dat er weinig incentives zijn voor goed beheer. Bovendien zijn bepaalde domeinen - zoals de klinische biologie, de medische beeldvorming, de spoedafdeling en de plastische chirurgie - binnen de gezondheidszorg vatbaarder voor 'overconsumptie' ten opzichte van andere domeinen. Naast deze 'overconsumptie' of onrechtmatig gebruik van het systeem van de ziekteverzekering zijn er nog andere knelpunten onder meer in ziekenhuizen die een probleem scheppen. Responsabilisering van alle actoren binnen de gezondheidszorg is een noodzaak wanneer men kostenbesparende maatregelen wil doorvoeren. Binnen de gezondheidszorg, kadert eveneens de problematiek rond het geneesmiddelenbeleid. Artsen schrijven momenteel nog te veel dure merkgeneesmiddelen voor wanneer er ook geopteerd kan worden voor de goedkopere geneesmiddelen. Uit een verkennende statistische analyse, uitgevoerd in het kader van deze eindverhandeling, kan men bepaalde bevindingen formuleren inzake het voorschrijfgedrag van de huisarts gevestigd in Limburg. Het verkennend onderzoek geeft onder meer aan dat slechts 5,6% van de variantie in het percentage goedkope geneesmiddelen kan verklaard worden door de opgenomen variabelen in het model. Het geslacht van de huisarts heeft geen significante invloed op het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen van de Limburgse arts. De leeftijd van de huisarts en de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen op jaarbasis zijn wel van significante invloed op het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen van de Limburgse huisarts. Deze bevindingen moeten echter met zeer grote voorzichtigheid worden aangenomen aangezien dit onderzoek slechts een eerste stap is in onderzoek naar het voorschrijfgedrag van de huisarts en er tal van beperkingen zijn aan dit onderzoek. Tot slot doet er zich momenteel een verschuiving voor van zorg van de eerste naar de tweede en derde pijler van de ziekteverzekering. De mate waarin deze verandering zich voordoet, is nog niet heel duidelijk.

Inhoudsopgave

| | |
|---|----------|
| Woord vooraf | I |
| Samenvatting | II |
| Hoofdstuk 1: Probleemstelling | 1 |
| 1.1 Onderzoeksonderwerp..... | 1 |
| 1.2 Onderzoeksopzet..... | 2 |
| 1.3 Doelstelling | 3 |
| Hoofdstuk 2: Het sociale zekerheidsstelsel | 4 |
| 2.1 Historisch overzicht van de sociale zekerheid | 4 |
| 2.2 Structuur van de sociale zekerheid voor werknemers..... | 9 |
| 2.2.1 Toepassingsgebied | 11 |
| 2.2.2 De verschillende takken van de sociale zekerheid..... | 13 |
| 2.2.2.1 Rust – en overlevingspensioenen van werknemers..... | 13 |
| 2.2.2.2 Werkloosheid | 16 |
| 2.2.2.3 Beroepsrisico's: arbeidsongevallenverzekering..... | 20 |
| 2.2.2.4 Beroepsrisico's: Beroepsziekteverzekering | 24 |
| 2.2.2.5 Gezinsbijslag | 26 |
| 2.2.2.6 Ziekte -en invaliditeitsuitkering | 28 |
| 2.2.2.7 Jaarlijkse vakantie | 35 |
| 2.2.2.8 De moederschapsverzekering..... | 36 |
| 2.2.3 Organisatie van de sociale zekerheid | 39 |
| 2.3 De financiering van de sociale zekerheid voor werknemers..... | 40 |
| 2.3.1 Bijdragen op de lonen | 40 |
| 2.3.2 De Rijkstoelagen | 40 |
| 2.3.3 De alternatieve financiering | 41 |
| 2.4 Problematiek van de sociale zekerheid | 42 |

| | |
|---|----|
| 2.4.1 Demografische aspecten | 43 |
| 2.4.2 Bestaande overheidsschuld | 47 |
| 2.4.3 Gevolgen van de vergrijzing voor de takken van de sociale zekerheid ... | 49 |

Hoofdstuk 3: Analyse van de ziekteverzekering voor werknemers 52

| | |
|--|-----|
| 3.1 Oorsprong en instellingen van de ziekteverzekering | 54 |
| 3.2 Oorzaken van de stijgende uitgaven in de gezondheidszorg | 56 |
| 3.3 Overconsumptie van de gezondheidszorg..... | 72 |
| 3.3.1 Klinische biologie | 73 |
| 3.3.2 Medische beeldvorming | 75 |
| 3.3.3 De spoedafdeling..... | 76 |
| 3.3.4 Echelonnering van de gezondheidszorg..... | 77 |
| 3.3.5 Plastische chirurgie | 78 |
| 3.3.6 Verschillende knelpunten in de gezondheidszorg..... | 79 |
| 3.3.7 Maatregelen om de gezondheidsuitgaven te drukken | 82 |
| 3.4 Problematiek rond de consumptie van geneesmiddelen | 85 |
| 3.5 Verkennende statistische analyse..... | 96 |
| 3.5.1 Doel van het onderzoek..... | 96 |
| 3.5.2 Onderzoeksopzet..... | 97 |
| 3.5.3 Dataverwerking van de verkregen gegevens van het RIZIV | 97 |
| 3.5.4 Bespreking van de verschillende variabelen..... | 99 |
| 3.5.5 Beschrijvende analyse van de gegevens met betrekking tot de producten | 103 |
| 3.5.6 Het artsenmodel | 105 |
| 3.5.7 Het patiëntenmodel | 111 |
| 3.5.8 Beperkingen en voorstellen voor volgend onderzoek..... | 114 |

| | |
|--|------------|
| Hoofdstuk 4: De ideologie rond de opkomst van de aanvullende ziekteverzekering..... | 117 |
| 4.1 Inleiding | 117 |
| 4.2 De verschillende pijlers van de ziekteverzekering..... | 118 |
| 4.3 Verschillende visies voor de opkomst van de aanvullende verzekeringen ... | 120 |
| Hoofdstuk 5: Conclusies | 123 |
| Lijst van de geraadpleegde werken | 126 |
| Lijst van tabellen | 135 |
| Lijst van figuren | 136 |
| BIJLAGEN | 138 |
| Bijlage 1: Bijkomende tabellen en figuren van hoofdstuk 2 | |
| Bijlage 2: Bijkomende tabellen en figuren van hoofdstuk 3 | |
| Bijlage 3: Overzicht bevraagde bevoorrechte getuigen | |
| Bijlage 4: Bijkomende tabellen en figuren van de verkennende statistische analyse | |

Hoofdstuk 1: Probleemstelling

1.1 Onderzoeksonderwerp

Deze uiteenzetting behandelt de problematiek rond 'De sociale zekerheid met betrekking tot de stijgende uitgaven in en de financierbaarheid van de gezondheidszorg'. In een snel veranderende samenleving is een bezinning over de sociale zekerheid niet alleen wenselijk maar ook noodzakelijk (G., Dooghe, & D., Simoens, 1990). De sociale zekerheid wordt in principe gefinancierd door de bijdragen van de werkende bevolking. Bijgevolg kunnen demografische verschuivingen, waaronder de vergrijzing van de bevolking, een grote impact hebben op het huidige systeem. Aangezien het aandeel van de begunstigden in het systeem stijgt en het aandeel van de bijdragebetalers daalt, ontstaat er een onevenredige aangroei in de uitgaven van de sociale zekerheid. Momenteel is in België maar 60 % van de beroepsbevolking actief. Dit is een zeer lage score in vergelijking met andere landen. Een actieve loopbaan duurt gemiddeld 36 jaar¹. Deze situatie creëert een chronische financiële wanverhouding. Uit de gegevens van het Nationaal Instituut voor Statistiek blijkt duidelijk dat in de toekomst de bevolking zal verouderen. In de jaren 2010, 2030 en 2050 zullen de 60-plussers respectievelijk, 23,8%, 30,7% en 32,5% van de totale bevolking vertegenwoordigen.

Naast het feit dat de bevolking verouderd, spelen er ook nog andere elementen mee in de problematiek van de financierbaarheid van onze sociale zekerheid. De uitgaven van de gezondheidszorg groeien jaarlijks met meer dan 6 %, ondanks een voorziene groeimarge van 4,5 % van het BBP, zo blijkt uit het Syntheserapport van de Christelijke Mutualiteit (2004). Dit zijn cijfers die stemmen tot nadenken. De reeds genoemde aspecten die een rol spelen bij de financierbaarheid van de sociale

¹ Christelijke Mutualiteit (2004). "Wie betaalt in de toekomst mijn gezondheid", syntheserapport, 20 bzl.

zekerheid, zijn slechts één van de vele elementen die vragen oproepen over de houdbaarheid van het sociale zekerheidssysteem. In deze eindverhandeling komen zeker ook andere elementen aan bod. In het tweede hoofdstuk wordt het sociale zekerheidsstelsels voor werknemers beschreven. Ook de problematiek rond de betaalbaarheid van het sociale zekerheidsstelsel voor werknemers wordt weergegeven.

Het derde hoofdstuk behandelt verschillende deelaspecten die kaderen binnen de problematiek van de financierbaarheid van de sociale zekerheid. De ziekteverzekering wordt geanalyseerd waarbij er gezocht wordt naar oorzaken van de stijgende gezondheidsuitgaven. Ook worden de domeinen in de gezondheidszorg waar de kans op overconsumptie bestaat, besproken. Vervolgens wordt er stilgestaan bij de complexiteit van het geneesmiddelenbeleid. Een verkennende statistische analyse tracht meer duidelijkheid te geven in de complexiteit rond het stimuleren van goedkopere geneesmiddelen.

De vrees dat het solidariteitsprincipe van onze sociale zekerheid in gevaar komt door de opkomst van de aanvullende ziekteverzekeringen, wordt besproken in het vierde hoofdstuk.

1.2 Onderzoeksopzet

Het tweede hoofdstuk van deze thesis zal bestaan uit een systematische literatuurstudie. Aan de hand van de geraadpleegde literatuur wordt een algemeen overzicht gegeven van het sociale zekerheidstelsel voor werknemers. Zowel primaire als secundaire bronnen worden geraadpleegd. Relevante informatie vereist een gestructureerde zoektocht doorheen: boeken, vaktijdschriften, wetenschappelijke publicaties, onderzoeksrapporten en het Internet.

In het derde en vierde hoofdstuk van dit werk zullen, naast bronnen uit de geschreven literatuur, ook gegevens verzameld worden aan de hand van diepte-interviews met bevoorrechte getuigen. Tijdens deze interviews worden er vooral open vragen gehanteerd omdat deze ruimte geven om in te gaan op interessante bijkomende elementen die vermeld worden tijdens het gesprek. Zoals reeds aangegeven wordt in hoofdstuk drie ook een statistisch onderzoek gevoerd. De gegevens waarop het onderzoek gebaseerd is, zijn verkregen van het Rijksinstituut voor Ziekte – en Invaliditeitsverzekering. De gegevens zijn strikt anoniem en het verkrijgen ervan draagt de goedkeuring van het evaluatiecomité van het RIZIV. De beschrijvende statistiek wordt uitgevoerd met behulp van het programma Excel. Het econometrisch gedeelte van het verkennend statistisch onderzoek wordt uitgevoerd met de statistische programma's SPSS en STATA.

1.3 Doelstelling

De problematiek van het sociale zekerheidstelsel in België komt uitgebreid aan bod in de media. Ook zijn verschillende instellingen volop bezig met onderzoeken die verheldering en mogelijke oplossingen moeten brengen inzake de problematiek. Het is van maatschappelijk belang dat er degelijke beleidsmaatregelen genomen worden zodat ons sociaal zekerheidssysteem optimaal kan blijven bestaan. Het is mijn doel om mij, als toekomstig Licentiate in de Toegepaste Economische Wetenschappen, optie beleidsmanagement, te verdiepen in de materie van de sociale zekerheid met zijn kansen en bedreigingen naar de toekomst toe. Bepaalde aspecten van de problematiek rond de sociale zekerheid zoals de stijgende gezondheidsuitgaven, de eventuele overconsumptie binnen de ziekteverzekering en de opkomst van de aanvullende ziekteverzekeringen worden aan een kritische reflectie onderworpen.

Hoofdstuk 2: Het sociale zekerheidsstelsel

2.1 Historisch overzicht van de sociale zekerheid

Een historisch overzicht over de evolutie van de sociale zekerheid kan verheldering brengen in de huidige ideologieën die van toepassing zijn op dit systeem. Volgens Vanthemsche (1994) helpt een historisch overzicht ideeën te verduidelijken en mythen te doorprikken. Deze stelling wordt als verantwoording gegeven voor het schrijven van onderstaande tekst.

Het menselijk handelen doorheen de geschiedenis wordt gekenmerkt door de steeds terugkerende zoektocht naar zekerheid. Het onzeker bestaan van de mens wordt veroorzaakt door gevaarlijke en schadelijke situaties, die hem continu bedreigen in zijn fysieke integriteit en in zijn middelen om te overleven. De mens is risico-avers en heeft dus steeds gezocht naar allerlei oplossingen om het hoofd te bieden aan situaties waarbij zijn arbeidskracht verminderde of geheel verloren ging door ziekte, ouderdom of ongeval. Enkele van deze oplossingen zijn: familiale zorg, sparen, de georganiseerde liefdadigheid, onderlinge bijstand of mutualiteit en vanaf de 19^{de} eeuw, sociale verzekeringen².

De term ‘sociale zekerheid’ werd voor het eerst officieel ingevoerd door de Besluitwet van 1944. De wet kwam mede tot stand door één van de belangrijkste politici van het naoorlogse België, namelijk Achiël Van Acker. Deze man wordt soms ook de ‘vader van de Belgische Sociale Zekerheid’ genoemd. Voorheen sprak men van ‘sociale verzekeringen’. Deze hebben een lange geschiedenis die terug gaat tot ver in de 19^{de} eeuw en zijn ontstaan door de bestaansonzekerheid die kenmerkend is voor het kapitalistisch systeem.

² Rijksdienst voor sociale zekerheid (2005). Historiek [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.onssrsz.lss.fgov.be/Onssrsz/NL/Corporate/history.htm>.

Vóór het ontstaan van de sociale verzekeringen, was er in België een uitgebreid netwerk van wetten en instellingen die de werknemers (zowel hand - als hoofdarbeiders) beschermden tegen de onzekerheden van het leven. Deze bescherming is langzamerhand ontstaan. Persoonlijke initiatieven tot onderlinge bijstand vormden het uitgangspunt van deze protectie³. In de 19^{de} eeuw werden er onder meer ‘Burgerlijke Godshuizen’ en ‘Burelen van Weldadigheid’ opgericht. De armen kregen er opvang, voeding en kledij. Door de enorme ontwikkeling van de arbeidsmarkt gedurende de industrialisering, werden steeds meer werknemers geconfronteerd met armoede en sociale uitsluiting. Het verarmingsproces zette zich door en van bestaanszekerheid was geen sprake. Ook de kans op arbeidsongevallen en beroepsziekten vormde een constante bedreiging voor het inkomen van de meeste arbeidersgezinnen.⁴ Dit heeft ertoe geleid dat de arbeiders zich verenigden in vakbonden die opkwamen voor de rechten van de werknemer. Eerst richtten de arbeiders ‘Maatschappijen voor Onderlinge Bijstand’ op⁵. Vanaf de jaren 1880 werd de socialistische vakbond stabiel en machtiger (Vanthemsche, 1994). Later ontstond ook de christelijke vakbond. Een bekende christelijke arbeiderspartij is de beweging geïnspireerd door priester Daens. Rond 1890 ontwikkelde zich in Gent een christen-democratische groep in Aalst. De pauselijke encycliek ‘Rerum Novarum’⁶ van 15 mei 1891 versterkte de opkomst van de georganiseerde christelijke arbeidersbeweging. Rerum Novarum is tevens de feestdag van de christelijke arbeidersbeweging. De verschillende reeds opgerichte plaatsen van onderlinge bijstand werden gecentraliseerd in mutualiteiten. Men kon zich aansluiten bij de ‘sociale verzekeringen’ op vrijwillige basis en van overheidsinterventie was nog geen sprake. Dit veranderde door de nationale stakingen van 1886, veroorzaakt door de toenmalige crisis. In 1891 besliste de regering de mutualiteiten te subsidiëren.

³Rijksdienst voor sociale zekerheid (2005). Organisatie [on line]. Beschikbaar via: Internet: http://www.onssrszls.fgov.be/Onssrsz/NL/Corporate/assignments.htm#_Toc464281955.

⁴Raus, H. (1987). Onze sociale zekerheid bedreigd?, K.W.B Nationaal Secretariaat, Infodok, Leuven, 254 blz.

⁵Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid [on line]. Beschikbaar via: Internet:

http://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/allyouwanttoknow_N.pdf.

⁶Rerum Novarum (Over nieuwe dingen) is een in 1891 door Paus Leo XIII geschreven encycliek. De encycliek houdt zich bezig met de situatie van de arbeidsklasse en formuleert in de vorm van een aantal uitgangspunten de sociale leer van de Katholieke Kerk. (Wikipedia, 2005)

Deze extra financiële middelen leidden tot een efficiënter beheer van de sociale verzekeringen en tot het ontstaan van de landsbonden. Nog steeds kon de arbeider zich verzekeren op vrijwillige basis.

Omstreeks 1903 sprak men voor het eerst over een verplichte verzekering tegen arbeidsongevallen. Deze verzekering was nog niet op nationaal niveau verplicht en gold dus enkel tussen bepaalde arbeidersverenigingen. In 1912 besloot de toenmalige regering een verplichte verzekering tegen ziekte, invaliditeit en ouderdom in te voeren. België was voor het eerst op weg naar een soort nationale 'sociale zekerheid', dertig jaar voor de datum waarop ze werd ingevoerd⁷. In 1914 brak de eerste wereldoorlog uit, met gevolg dat er niet meer over het voorstel inzake de verplichte verzekering kon gestemd worden. In tijden van oorlog was er minder tijd voor debatten omtrent een verbetering van de sociale zekerheid. Ook de tweede wereldoorlog zorgde voor een vertraging van de evolutie van de sociale zekerheid van België. Maar tussen deze twee grote oorlogen is het systeem van de verplichte verzekeringen wel uitgebreid. Alle werknemers waren verplicht zich te verzekeren voor beroepsziekten, betaald verlof, gezinsbijslag en voor rust - en overlevingspensioenen. Geleidelijk aan werd het systeem van de sociale zekerheid toch uitgebreid.⁸ Deze evolutie is gedeeltelijk te danken aan de vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers, die in het geheim een 'akkoord van sociale solidariteit' afsloten, waarbij de principes werden vastgelegd die nu nog steeds gelden in het huidige sociale zekerheidssysteem⁹.

Na de bevrijding werden deze principes opgenomen in de besluitwet van 28 december 1944. Dit sociaal pact, ondertekend door de drie partijen (werknemers, werkgevers en regering) nam de volgende belangrijke principes in acht: het bewaren van de sociale vrede tussen werknemers en werkgevers, het solidariteitsprincipe en

⁷Vanthemse, G. (1994). De beginjaren van de sociale zekerheid in België 1944-1963, Vubpress, Brussel, 206 blz.

⁸ Onze sociale zekerheid bedreigd? (1987), o.c., 254 blz.

⁹Rijksdienst voor sociale zekerheid (2005). Historiek [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.onssrsz.lss.fgov.be/Onssrsz/NL/Corporate/history.htm>.

het verzekeringsprincipe. De besluitwet zorgde voor een zekere coördinatie tussen allerlei ongestructureerde sociale verzekeringen. Sommige verzekeringen, zoals verzekering voor arbeidsongevallen en beroepsziekten, werden niet opgenomen in het sociaal pact. Deze werden nog geregeld via privé-verzekeringen. Ook is het belangrijk om te vernoemen dat dit pact enkel voor werknemers gold en niet voor de zelfstandigen. De evolutie van een sociaal zekerheidsstelsel voor zelfstandigen kwam trager op gang. In 1937 werd een eerste verplichte verzekering voor kinderbijslag ingevoerd voor de zelfstandigen. Het is pas dertig jaar later dat het ‘sociaal statuut van de zelfstandigen’ werd opgericht.

In jaren die volgen na de besluitwet van 1944 en na het ontstaan van het sociaal statuut voor de zelfstandigen, werd het stelsel van de sociale zekerheid steeds uitgebreider. Steeds meer mensen konden beroep doen op sociale bijstand voor allerlei soorten risico's. Deze evolutie deed zich voor tot het invoeren van het huidige systeem van de sociale zekerheid, zoals men het nu kent. De sociale zekerheid in België is steeds onderhevig aan veranderingen die zich voordoen in de maatschappij. Het debat rond het ‘Generatiepact van 2005’ kan het voorgaande enkel stellig bevestigen.

Tot slot wordt de ideologische achtergrond van de sociale zekerheid toegelicht. Er zijn twee belangrijke grondleggers inzake deze materie, namelijk Bismarck en Beveridge. Deze vertegenwoordigen respectievelijk het verzekeringsprincipe en het solidariteitsprincipe.¹⁰ De Duitse kanselier, Bismarck, heeft op het einde van de 19^{de} eeuw een sociale zekerheids-systeem uitgewerkt waarin hij de bevolking de kans wilde geven zich te verzekeren tegen bepaalde risico's, zoals ziekte, werkloosheid en ouderdom. De financiering werd gerealiseerd door bijdragen van werknemers en werknemers. De overheid leverde een staatsbijdrage voor de pensioenen. De verkregen uitkeringen waren aan het loon gekoppeld met als doel elke arbeider het behoud van zijn levensstandaard te verzekeren als bepaalde risico's zich

¹⁰ Onze sociale zekerheid bedreigd? (1987), o.c. 254 blz.

voordeden¹¹. Dit ‘Bismarckiaans model’ is historisch gezien het oudste model en domineert vooral de continentale gebieden (Van Langendonck)¹². In de eerste helft van de 20^{ste} eeuw ontstond een sociaal zekerheidsstelsel dat gebaseerd is op het solidariteitsprincipe. Lord Beveridge was van mening dat de totale bevolking recht had op bestaanszekerheid. Elke burger kreeg dezelfde forfaitaire uitkering bij onder meer werkloosheid, ziekte en pensionering. Dit systeem werd gefinancierd via belastingen waarin men geen rekening hield met het type van tewerkstelling¹³. Dit systeem is van recentere oorsprong, maar vond zijn wortels in de veel oudere armenzorg. Het wordt beschouwd als de grondlegging van de Anglo-Amerikaanse ‘Beveridgeaanse’ systemen.

België heeft een systeem van sociale zekerheid opgebouwd waarin elementen van beide modellen verweven zitten. De pensioenen worden bepaald aan de hand van de bijdragen die men betaald heeft tijdens de actieve loopbaan (Bismarck), maar het recht op terugbetaling van ziekenhuiskosten is voor elke burger van toepassing, op enkele uitzonderingen na (Beveridge).

¹¹Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

¹² Van Langendonck (2005). Een rechtmatige financiering van de sociale zekerheid. [on line].

Beschikbaar via: Internet:

<http://www.law.kuleuven.ac.be/isr/rechtmatige%20financiering%20socsec.pdf>.

¹³Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

2.2 Structuur van de sociale zekerheid voor werknemers¹⁴

Alvorens de verschillende takken van de sociale zekerheid voor werknemers toe te lichten, worden eerst de doelstellingen van sociale zekerheid omschreven. Ten eerste zorgt het systeem voor een vervangingsinkomen bij loonverlies. Dit kan gebeuren bij situaties van werkloosheid, pensioenering en arbeidsongeschiktheid. Ten tweede heeft de werknemer recht op een aanvulling van het inkomen wanneer je ‘sociale lasten’ (opvoeden van kinderen of ziektekosten) moet dragen. Tot slot verstrekt de sociale zekerheid bijstandsuitkeringen als men onvrijwillig niet over een beroepsinkomen beschikt¹⁵.

De sociale zekerheid van België bestaat uit drie stelsels die elk op hun beurt verdeeld zijn in verschillende takken. Het eerste stelsel is het werknemersstelsel. Een werknemer is iemand die met zijn werkgever is verbonden door een arbeidsovereenkomst. Het stelsel van de zelfstandigen geldt voor personen die een beroepsactiviteit uitoefenen zonder te zijn aangeworven met een arbeidsovereenkomst of statuut. De regeling van toepassing op het overheids personeel - en in het bijzonder op het personeel van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten – heeft betrekking op ambtenaren. Dit zijn personen die onderworpen zijn aan het statuut van de openbare dienst¹⁶. Een bijkomend stelsel betreft de overzeese sociale zekerheid maar deze is tegenwoordig minder relevant. In deze eindverhandeling wordt enkel het werknemersstelsel uitvoerig besproken. De meerderheid van de bevolking van België bevindt zich ook in dit stelsel. De structuur van de andere stelsels zijn grotendeels analoog met de structuur van het werknemersstelsel. Opmerkelijke verschillen tussen de drie stelsels worden opgenomen in dit werk.

¹⁴ Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2004). Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België, Brussel, 553 blz.

¹⁵ Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

¹⁶ Dienst Sociale Zekerheid. [on line]. Beschikbaar via: Internet:
https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/01_02/index.htm.

Zoals reeds eerder vermeld, bestaat het sociale zekerheidssysteem uit verschillende takken¹⁷:

1. Rust-en overlevingspensioenen
2. Werkloosheid
3. Beroepsrisico's: arbeidsongevallenverzekering
4. Beroepsrisico's: beroepsziekteverzekering
5. Gezinsbijslag
6. Ziekte – en invaliditeitsverzekering
7. Jaarlijkse vakantie

Volgens de klassieke indeling van de sociale zekerheid zijn er zeven takken. Maar ook aspecten als 'moederschapsuitkeringen' en 'vaderschapsverlof' worden in de literatuur apart behandeld. In het 'Beknopt overzicht van de sociale zekerheid' (2004) wordt het thema 'moederschapsuitkeringen' apart belicht onder de titel 'De prestaties van de moederschapsverzekering'. Ook wordt er in dit deel aandacht geschonken aan 'vaderschapsverlof'. Het 'Praktijkboek sociale zekerheid voor de onderneming en de sociale adviseur' (2005) neemt naast de zeven klassieke takken, ook het aspect 'Moederschap' op als bijkomende tak. Ook hier wordt 'vaderschapsverlof' besproken.

De sociale bijstand, die niet gebonden is aan een tak van de sociale zekerheid, betreft een uitbreiding van de sociale bescherming voor personen die niet in de zeven vernoemde takken terecht kunnen. In de literatuur wordt dit omschreven als de residuaire stelsels van de sociale zekerheid. Deze maatschappelijke bijstand omvat drie elementen, namelijk de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, het recht op maatschappelijke integratie en maatschappelijke dienstverlening. De sociale uitkeringen die via dit systeem kunnen verkregen worden zijn: het integratieloon (of het bestaansminimum), inkomensgarantie voor de ouderen, gewaarborgde gezinsbijslag en uitkering aan gehandicapte personen.

¹⁷ Zelfstandigen kunnen ook nog beroep doen op een sociale verzekering in geval van faillissement.

Alvorens de verschillende takken te bespreken voor de werknemers volgt er eerst een uiteenzetting over welke personen tot het werknemersstelsel behoren en aan welke voorwaarden deze groep van mensen moeten voldoen.

2.2.1 Toepassingsgebied

Er bestaat heel wat wetgeving over het toepassingsgebied van de sociale zekerheid binnen het werknemersstelsel. De wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers en de bijhorende uitvoeringsbesluiten geven het wettelijke kader van het werknemersstelsel.

Tenzij een internationaal verdrag of een bilaterale overeenkomst het anders bepaalt, vallen de werknemers die in België worden tewerkgesteld met een arbeidsovereenkomst in dienst van een werkgever die in België is gevestigd of van een exploitatiezetel in België, onder het Belgische sociale zekerheidsstelsel voor werknemers¹⁸. Het is opmerkelijk dat vrijwel alle internationale overeenkomsten bepalingen bevatten over de detachering van werknemers. De nodige uitleg hieromtrent is dus vereist. De detachering van een werknemer houdt in dat de werkgever zijn ondergeschikte naar het buitenland kan zenden voor een bepaalde opdracht gedurende een korte periode. Tijdens de periode van detachering blijft de werknemer verder uitsluitend onderworpen aan het sociale zekerheidsstelsel waaraan hij voor de detachering onderworpen was.¹⁹

Voornaamste voorwaarde om onder dit stelsel te vallen, is het sluiten van een arbeidsovereenkomst tussen werknemer en werkgever. Dit wil niet zeggen dat de

¹⁸Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

¹⁹Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België (2004), o.c., 553 blz.

werkgever zijn gezag op een permanente wijze moet uitoefenen. Enkel het recht van de werkgever om de werknemer bevelen te geven over de organisatie en de uitvoering van het overeengekomen werk is voldoende. Een arbeidsovereenkomst bevat de volgende vier essentiële elementen: de overeenkomst, de arbeid, het loon en het gezag van de werkgever.

Er zijn een aantal uitsluitingen van het toepassingsgebied van de sociale zekerheid voor werknemers. Eerst en vooral dient men te vermelden dat de zeelieden ter koopvaardij niet onder dit stelsel vallen. Hiervoor is er een afzonderlijk stelsel opgericht. Wel is het mijnwerkerstel volledig onder het algemene stelsel opgenomen.

Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de soorten arbeid die uit het werknemersstelsel worden gesloten.

- de occasionele arbeid
- de werknemers met een PWA²⁰-overeenkomst
- de studentenarbeid
- de niet-inwonende dienstboden
- de 25 werkdagen per kalenderjaar
- de 25 werkdagen voor de sociaal-culturele en sportsector
- verpleeginstellingen uit de private en de openbare sector, de diensten voor school-en beroepsoriëntering, de psycho-medisch-sociale centra en de diensten voor medisch schooltoezicht, voor wat betreft de door hen tewerkgestelde geneesheren, indien voldaan aan bepaalde voorwaarden
- de vrijwillige brandweermannen
- de vrijwilligers

²⁰Plaatselijk Werkgelegenheidsagentschap

2.2.2 De verschillende takken van de sociale zekerheid

2.2.2.1 Rust – en overlevingspensioenen van werknemers

A. Algemeen

De basis van de pensioenwetgeving voor werknemers is te vinden in het Koninklijk Besluit nummer 50 van 24 oktober 1967. Het is van toepassing op de werknemers die in België werkzaam zijn geweest in uitvoering van om het even welke arbeidsovereenkomst voor handarbeiders, hoofdarbeiders, mijnwerkers en zeelieden.²¹ Vervolgens wordt het rustpensioen en het overlevingspensioen besproken.

B. Het rustpensioen

Om van het rustpensioen te kunnen genieten, moet men aan een aantal voorwaarden voldoen. Men moet een bepaalde leeftijd bereikt hebben en men mag geen beroepsactiviteit meer uitoefenen.

Sinds 1 januari 2003 gaat het pensioen normaal in, ten vroegste de eerste dag van de maand na de 63^{ste} verjaardag voor vrouwen en na de 65^{ste} verjaardag voor mannen. In de toekomst zullen deze leeftijdsgrenzen voor vrouwen opgetrokken worden tot 64 jaar vanaf 2006 en tot 65 jaar vanaf 2009. De gelijkschakeling van de pensioensleeftijd tussen mannen en vrouwen zal dus pas vanaf 2009 volledig gerealiseerd zijn.²² Zowel mannen als vrouwen kunnen vanaf de leeftijd van 60 jaar de begindatum van hun pensioen kiezen, voor zover hun loopbaan gelijk is ofwel aan 34 jaar indien het pensioen in 2004 ingaat ofwel aan 35 jaar indien het pensioen in 2005 (of daarna) ingaat. In het werknemersstelsel mag men na de 65^{ste} verjaardag zijn/haar beroepsactiviteit blijven uitoefenen, indien de werkgever akkoord gaat. De

²¹ Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België (2004), o.c., 553 blz.

²² Verbrugge, F. (2005). Gids voor sociale reglementering in ondernemingen. Sociaal Secretariaat voor ondernemingen: Partena, Kluwer, 713 blz.

werknemer moet dan wel dezelfde bedragen betalen als de andere actieven, en dus eveneens de bijdragen voor de pensioenen.

Over het algemeen mag men geen beroepsactiviteit meer uitoefenen wanneer men op pensioen is. Onder de term beroepsactiviteit verstaat men 'iedere activiteit die materiële voordelen voor het gezin van de betrokkene kan opleveren'.²³ Maar beroepsactiviteit en het pensioen zijn niet volledig onverenigbaar. Indien de inkomsten uit de beroepsactiviteit voorafgaandelijk wordt aangegeven bij de Rijksdienst voor Pensioenen en de vastgelegde financiële grens niet overschrijdt, dan kan men deze activiteiten uitoefenen ondanks het feit dat men op rustpensioen is²⁴. Een overzicht betreffende de financiële grenzen wordt weergegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1: Grensbedragen voor 2006 – 2007

| Jaar | | Voor de gerechtigden op uitsluitend een overlevingspensioen die minder dan 65 jaar oud zijn | Voor de gerechtigden op rustpensioen of rust-en overlevingspensioen | |
|------|--|---|---|------------------------------------|
| | | | Vóór de wettelijke pensioensleeftijd | Na de wettelijke pensioensleeftijd |
| 2006 | Zonder kind ten laste (op 01 januari van het jaar) | 14.843,13 EUR | 7.421,57 EUR | 15.590,18 EUR |
| | Met kind ten laste (op 01 januari van het jaar) | 18.553,93 EUR | 11.132,37 EUR | 19.300,98 EUR |
| 2007 | Zonder kind ten laste (op 01 januari van het jaar) | 14.843,13 EUR | 7.421,57 EUR | 17.149,20 EUR |
| | Met kind ten laste (op 01 januari van het jaar) | 18.553,93 EUR | 11.132,37 EUR | 20.860,00 EUR |

Bron: Rijksdienst voor Pensioenen (2006)

²³Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

²⁴Put, J. (2005). Praktijkboek sociale zekerheid voor de onderneming en de sociale adviseur, Mechelen, Kluwer, 1032 blz.

Bovenstaande grensbedragen zijn afhankelijk van het statuut, de gezinssituatie, de leeftijd en de aard van het toegekende pensioen. Wanneer deze grenzen worden overschreden volgen er sancties zoals schorsing van de uitbetaling van het pensioen. De werknemer is dan ook verplicht zijn beroepsactiviteit aan te geven aan zijn/haar gemeentebestuur en aan de Rijksdienst voor Pensioenen.

De berekening van het rustpensioen verschilt fundamenteel binnen de drie stelsels. De formule²⁵ die geldt binnen het werknemersstelsel ziet er als volgt uit:

$$\text{Pensioen} = (\text{geactualiseerde loon van het beschouwde jaar}) \times \text{aantal beroepsloopbaanjaren} \times \frac{60 \text{ of } 75 \%}{(43 \text{ of } 45)}$$

* loopbaan van de betrokkenen: 43 voor vrouwen; 45 voor mannen

* 60 % voor alleenstaande; 75 % voor gezinnen

Deze formule geeft duidelijk aan dat de pensioensuitkering voor iedere werknemers individueel berekend wordt en dat deze afhankelijk is van verschillende factoren.

C. Het overlevingspensioen

De wet van 15 mei 1984 heeft het overlevingspensioen ingevoerd voor de langstlevende echtgenoot. Sindsdien kunnen ook mannen die na 1983 weduwnaar geworden zijn onder dezelfde voorwaarden als voor een weduwe, een overlevingspensioen aanvragen. Dit soort pensioen wordt dus enkel toegekend aan weduwen of weduwnaars volgens het beroepsverleden van hun overleden echtgeno(o)t(e). Ook hier moet men aan een paar voorwaarden voldoen om van het overlevingspensioen te kunnen genieten.

In principe moet de langstlevende echtgenoot 45 jaar zijn om recht te hebben op een overlevingspensioen. Maar deze voorwaarde vervalt als men een kind ten laste heeft

²⁵ Praktijkboek voor Sociale Zekerheid (2005), o.c., 1032 blz.

of als men voor 66% arbeidsongeschikt is. Vervolgens moest men met de overlevende gehuwd zijn gedurende minimum één jaar of men moest samen een kind ten laste hebben. Hier gelden nog andere bijkomende voorwaarden, maar deze zijn minder relevant in de context van dit werk en worden niet verder besproken. Ten slotte is ook voor de overlevingspensioengerechtigden een financiële grens gesteld aan bijkomende beroepsactiviteiten die men zou uitoefenen tijdens het pensioen. Deze grenzen liggen iets hoger dan bij de grenzen die gesteld zijn met betrekking tot de rustpensioenen.²⁶

In het algemeen bedraagt het overlevingspensioen 80 % van een theoretisch rustpensioen berekend tegen gezinsbedrag. Wel wordt er nog rekening gehouden met bepaalde bijzonderheden, bijvoorbeeld de referentieperiode, maar hier wordt niet verder op ingegaan.²⁷ Verder kan men ook nog stellen dat de pensioenen geherwaardeerd worden binnen welbepaalde tijd afhankelijk van het indexcijfer der consumptieprijzen.

2.2.2.2 Werkloosheid

A. Algemeen

De werkloosheidsreglementering bezit geen eigen toepassingsgebied, maar ze valt onder het toepassingsgebied van de sociale zekerheid, reeds eerder uiteengezet in dit werk. Een werkloosheidsuitkering verschaft, zowel werkzoekenden als niet-werkzoekenden, een vervangingsinkomen bij volledige werkloosheid. De sector van werkloosheid is actief op verschillende domeinen: tijdelijke werkloosheid, deeltijdse werkhervatting aan personen in opleiding, werkhervatting bij risicogroepen, ontwikkeling van buurtdiensten, onthaalouders, gehele of volledige onderbreking van de arbeidstijd (loopbaanonderbreking, tijdskrediet, enz.).

²⁶ Beknopt overzicht van de Sociale Zekerheid (2004), o.c., 553 blz.

²⁷ Gids voor sociale reglementering in ondernemingen (2005), o.c., 713 blz.

Enkel werknemers hebben recht op een werkloosheidsuitkering. Zelfstandigen en ambtenaren kunnen er dus geen beroep op doen. Ze betalen immers ook geen bijdragen. In welbepaalde gevallen kunnen zelfstandigen en ambtenaren toch beroep doen op een werkloosheidsuitkering, maar dit vormt eerder uitzondering dan regelmaat.²⁸

Men dus stellen dat loontrekkende arbeid, onderworpen aan de bijdrageregeling werkloosheid, recht kan geven op werkloosheidsuitkering. Zo leidt occasionele arbeid, een studentencontract en in welbepaalde gevallen arbeid verricht door huispersoneel, niet tot het recht tot het genieten van een werkloosheidsuitkering.

Om te kunnen genieten van een werkloosheidsuitkering is het niet voldoende om als werknemer binnen het toepassingsgebied van de sociale zekerheid te vallen. Men moet als werknemer een aantal dagen gewerkt tijdens een bepaalde referentieperiode hebben om recht te hebben op een werkloosheidsuitkering. De referentieperiode is de periode die voorafgaat aan de aanvraag op een werkloosheidsuitkering. Tabel 2.2 geeft een overzicht van de verschillende referentieperiodes.

Tabel 2.2: Overzicht van de verschillende referentieperiodes voor voltijdse werknemers

| Leeftijd | arbeidsdagen | referentieperiode |
|-----------------|---------------------|--------------------------|
| < 36 | 312 dagen | 18 maanden |
| 36-49 | 468 dagen | 27 maanden |
| >=50 | 624 dagen | 36 maanden |

Bron: Praktijkboek Sociale Zekerheid (2005)²⁹

²⁸ Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

²⁹ Put (2005), o.c., 1032 blz.

Naast de voorwaarden omtrent de referentieperioden, zijn er ook nog bijkomende voorwaarden om te kunnen genieten van een werkloosheidsuitkering. De bijkomende voorwaarden zijn:

- a) Men mag een loon ontvangen;
- b) Men mag geen arbeid verrichten;
- c) Men moet werkloos zijn ingevolge omstandigheden die onafhankelijk zijn van zijn wil. Wanneer men zelf zijn werkloosheid heeft veroorzaakt, kan men in de meeste gevallen, slechts een uitkering bekomen na een periode van uitsluiting;
- d) Men moet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt;
- e) Men moet arbeidsgeschikt zijn;
- f) Men moet zich aan de controleplicht onderwerpen;
- g) Men moet in België wonen;
- h) Men mag nog niet de pensioensgerechtigde leeftijd bereikt hebben.

Op deze voorwaarden zijn weliswaar tal van uitzonderingen. Deze worden echter niet besproken in de eindverhandeling.

B. De werkloosheidsuitkeringen³⁰

Het bedrag van uitkering is afhankelijk van de gezinstoestand, de werkloosheidsduur en het gemiddelde dagloon dat men ontving. De uitkeringen worden slechts voor de werkdagen toegekend. Zondagen en dagen waarop niet gewerkt wordt omwille van de gewoonten van het beroep, de streek, de plaats of de onderneming, komen niet in aanmerking. Voor feestdagen is er een bijzondere regeling. Om van een werkloosheidsuitkering te kunnen genieten is het verplicht een aanvraag binnen te dienen bij een uitbetalingsinstelling naar keuze.

De basiswerkloosheidsuitkering wordt vastgesteld op 40% van het gemiddelde dagloon dat begrensd is tot een bepaald maximumbedrag. Bij dat basispercentage kan men naargelang de categorie en de werkloosheidsduur extra percentages

³⁰ Beknopt overzicht Sociale Zekerheid (2004), o.c., 553 blz.

ontvangen. Er zijn vier extra percentages, namelijk 15% aanpassingsvergoeding, 5% verlies van enig inkomen, 15% toeslag wegens gezinslast en de anciënniteitstoeslag. Onderstaand schema geeft een overzicht voor de verschillende categorieën.

Tabel 2.3: Overzicht werkloosheidsuitkeringen

| Categorieën | 1ste jaar werkloos | 2de periode | 3de periode |
|---------------------------|---------------------------|--------------------|-------------------------|
| Werknemers met gezinslast | 60% | 60% | 60% |
| Alleenwonenden | 60% | 50% | 50% |
| Samenwonenden | 55% | 40% | 397,02 Euro (per maand) |

Bron: Rijksdienst voor Arbeidsvoorzieningen (2006)

De tweede periode begint steeds na het eerste jaar werkloosheid. Deze periode kan nooit eindigen voor de eerste twee categorieën (werknemers met gezinslast en alleenwonenden). Ze kan enkel eindigen voor samenwonenden. De tweede periode voor de samenwonenden duurt drie maanden, aangevuld met drie maanden voor ieder jaar beroepsverleden als loontrekkende. Na deze periode komt de samenwonende werkloze terecht in de derde periode.

Voor jongeren bestaat er een ander systeem, namelijk de wachtuitkering. Dit geldt voor jongeren die toegelaten worden tot de werkloosheid op basis van hun studies of leertijd. De jongere mag echter niet werkloos zijn als gevolg van omstandigheden afhankelijk van zijn wil.³¹ Deze ontvangen een forfaitaire wachtuitkering waarvan de bedragen variëren met hun leeftijd en gezinstoestand.

De belangrijkste redenen waarom met kan uitgesloten worden van een werkloosheidsuitkering zijn: vrijwillige werkloosheid, onbeschikbaarheid voor de arbeidsmarkt, langdurige werkloosheid en het verzuimen van een verplichte verklaring.

³¹ Gids voor sociale reglementering in ondernemingen (2005), o.c., 713 blz.

C. Bruggepensioneerden en schoolverlaters

De categorie van bruggepensioneerden valt merkwaardig genoeg niet onder de tak van de pensioenen van de sociale zekerheid, maar wel onder de tak werkloosheidsuitkering. Deze regeling is voorbehouden aan oudere werknemers. De regeling van de brugpensioenen werd ingevoerd in volle crisis om de tewerkstelling van jongere werknemers te bevorderen. Doorheen de tijd evolueerde het tot een middel bij uitstek om het personeelsbestand te verminderen en de gevolgen van het ontslag voor de oudere werknemers te verzachten (Praktijkboek voor de Sociale Zekerheid, 2005).

De bruggepensioneerden ontvangen 60% van de werkloosheidsuitkering, ongeacht hun gezinstoestand. Dit bedrag wordt vermeerderd met een aanvullende vergoeding die ten laste is van hun vroegere werknemer. Deze regeling geldt tot zij de vereiste pensioensleeftijd hebben bereikt.

Schoolverlaters ontvangen een forfaitair bedrag, afhankelijk van de gezinssituatie en de leeftijd, nadat ze een wachttijd hebben doorlopen waarin ze nog steeds kinderbijslag ontvangen.

2.2.2.3 Beroepsrisico's: arbeidsongevallenverzekering

A. Algemeen

Alle werknemers zijn gedekt tegen arbeidsongevallen en ongevallen op de weg van en naar het werk. Zelfstandigen vallen buiten deze richtlijn, maar deze groep kan beroep doen op de ziekte - en invaliditeitsverzekering die binnen het stelsel der zelfstandigheden geldt. Ambtenaren hebben een specifieke regeling.³²

³² Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

Als gevolg van de doorgedreven industrialisatie en mechanisatie van de bedrijven op het eind van de 19^e eeuw nam het aantal arbeidsongevallen toe. Voor een schadeloosstelling moesten de werknemers zich beroepen op artikel 1382 en volgende van het burgerlijk wetboek. Ze moesten wel het bewijs leveren dat de geleden schade veroorzaakt was door de werkgever. Dit was zeer moeilijk te bewijzen, met als gevolg dat de schade dikwijls niet werd gedekt. Onder sociale druk ontstond de wet van 24 december 1903, die de moeilijkheden omtrent de bewijslevering uitschakelde. Na enkele bijkomende hervormingen in deze wet, ligt de huidige wetgeving vervat in de wet van 10 april 1971 en in de bijhorende uitvoeringsbesluiten.³³

De arbeidsongevallenverzekering wordt uitsluitend gefinancierd door de werkgever die verplicht is zich aan te sluiten bij een erkende verzekeringsmaatschappij of bij een erkend gemeenschappelijk verzekeringsfonds. Het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO) oefent de controle uit op de verzekeraars. Het FAO betaalt ook de bijkomende schadevergoedingen. Het slachtoffer betaalt geen bijdragen.³⁴

B. Ongevallen op de werkplaats

De wetgever definieert het arbeidsongeval als een ongeval dat een werknemer tijdens en door het feit van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst overkomt en dat een letsel veroorzaakt. Het begrip ‘ongeval’ wordt in de wet niet nader bepaald zodat de rechtsleer en rechtspraak zich zouden kunnen aanpassen aan de veranderende arbeidsomstandigheden.

C. Ongevallen op de weg naar en van het werk

Een ongeval dat zich voordoet op de weg naar en van het werk wordt ook als een arbeidsongeval aanzien. De ‘weg naar en van het werk’ is het normale traject dat de werknemer moet afleggen om zich vanaf de drempel van zijn verblijfplaats (of tweede verblijf) te begeven naar de plaats waar hij werkt, en omgekeerd. Dit is niet

³³ Gids voor sociale reglementering in ondernemingen (2005), o.c., 713 blz.

³⁴ Beknopt Overzicht van de Sociale Zekerheid (2004), o.c., 553 blz.

noodzakelijk de kortste weg. Onderbrekingen en omwegen zijn onder bepaalde voorwaarden mogelijk.

D. De vergoede schade

Een slachtoffer heeft recht op chirurgische, medische, tandheelkundige en farmaceutische verzorging, op verzorging in het ziekenhuis en op prothesen. Deze verzorging wordt volledig terugbetaald volgens de geldende tarieven van de ziekteverzekering en de verzekeraar moet de remgelden betalen. De verzekeringsonderneming staat in voor de kosten tot de herzieningstermijn vervalt. Na deze termijn komen de kosten ofwel ten laste van het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO) ofwel van de verzekeringsonderneming.³⁵ Het FAO, een instelling van de sociale zekerheid, omschrijft haar algemene opdracht dan ook als volgt: “als openbare instelling actief bijdragen tot de optimale werking van de arbeidsongevallensector binnen de sociale zekerheid”.³⁶ Naast het vergoeden van de medische kosten heeft het slachtoffer ook recht op uitkeringen tijdens de arbeidsongeschikte periode veroorzaakt door het ongeval. Men kan twee periodes onderscheiden: de tijdelijke arbeidsongeschiktheid en de blijvende arbeidsongeschiktheid.³⁷

Tijdens de periode van tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid ontvangt ieder slachtoffer 90% van zijn gemiddeld dagloon. Ook de tijdelijke gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid wordt vergoed. Hier ligt de nadruk echter meer op de hervatting van het werk en de reïntegratie van de werknemer in het werkmilieu. Het slachtoffer kan het werk gedeeltelijk hervatten op advies van de arbeidsgeneesheer. Men ontvangt dan een uitkering die gelijk is aan het verschil

³⁵ Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

³⁶ Fonds voor Arbeidsongevallen (2006). [on line]. Beschikbaar via: Internet: http://socialsecurity.fgov.be/faofat/adg_mission/nl/frm_mission.htm.

³⁷ Met tijdelijke arbeidsongeschiktheid wordt bedoeld dat het slachtoffer slechts voor een bepaalde periode een vermindering van zijn concurrentiele positie zal ondervinden. De arbeidsongeschiktheid is blijvend of volledig wanneer de getroffene totaal ongeschikt is om het beroep verder uit te oefenen (Praktijkboek voor de sociale zekerheid (2005), o.c., 1032 blz.)

tussen zijn loon voor het ongeval en het loon dat hij ontvangt door de wedertewerkstelling.

De periode van tijdelijke arbeidsongeschiktheid kan op twee manieren eindigen: ofwel wordt het slachtoffer genezen verklaard, ofwel wordt hij blijvend arbeidsongeschikt verklaard. De periode van blijvende arbeidsongeschiktheid neemt aanvang vanaf de 'consolidatie'.³⁸ De arbeidsongeschiktheid wordt uitgedrukt als een percentage dat weergeeft in welke mate het arbeidsvermogen van het slachtoffer ten gevolge van het ongeval is afgenomen. Wanneer men arbeidsongeschikt wordt verklaard, ontvangt men gedurende drie jaar een jaarlijkse toelage, berekend op het basisloon en de graad van arbeidsongeschiktheid op de arbeidsmarkt. De formule ziet er als volgt uit³⁹:

$$\text{Vergoeding} = \text{ongeschiktheidsgraad} * \text{basisloon}$$

Bij dodelijke arbeidsongevallen heeft men recht op een begrafenisuitkering, een vergoeding voor de kosten van transport van de overledene, een lijfrente en een tijdelijke rente voor de kinderen.

De uitkering die een slachtoffer van een arbeidsongeval ontvangt, is dus een forfaitaire uitkering die gebaseerd is op het loon. Het slachtoffer moet zich hierbij neerleggen en kan geen eis tot schadevergoeding indienen tegen de werkgever om ook nog niet vernoemde schade, te vergoeden (bv. schade aan goederen, morele schade), behalve wanneer de werkgever het arbeidsongeval opzettelijk veroorzaakte.

³⁸ De consolidatie is de vaststelling dat het letsel dat door het arbeidsongeval veroorzaakt werd een zekere stabiliteit vertoont. De consolidatie moet door zowel de verzekeraar als het slachtoffer worden aanvaard (en door het FAO bekrachtigd).

³⁹ Beknopt overzicht van de sociale zekerheid (2004), o.c., 553 blz.

2.2.2.4 Beroepsrisico's: Beroepsziekteverzekering

A. Algemeen

De gecoördineerde wetten van 3 juni 1970 betreffende de schadeloosstelling voor beroepsziekten organiseren een bijzondere regeling om vergoedingen wegens beroepsziekten uit te keren.⁴⁰ Deze tak vertoont grote gelijkenissen met de tak van 'arbeidsongevallen'. In de literatuur worden beide takken soms ook herleidt tot de tak 'beroepsrisico's'. Het is dan ook logisch dat de regeling voor beroepsziekten vaak gelijk loopt met die voor arbeidsongevallen. Toch bestaan er verschillen tussen de twee regelingen wat betreft de oorzaken, de aard van de schade en de wijze waarop de schade wordt toegekend. Bovendien wordt de verzekering tegen beroepsziekten uitgevoerd door de overheidsinstelling, namelijk het Fonds voor de beroepsziekten (FBZ).⁴¹

Een beroepsziekte is moeilijk te definiëren omdat de schade soms pas lang na de blootstelling aan het risico duidelijk wordt. De duur van de blootstelling die de schadelijke effecten teweegbrengt, kan kort of lang zijn, het verband tussen de ziekte en de blootstelling kan moeilijk aantoonbaar zijn en de oorsprong van de ziekte kan onzeker zijn. Om al die redenen heeft de wetgever gekozen voor een systeem met een lijst van vergoedbare beroepsziekte. Die lijst wordt opgesteld bij koninklijk besluit en is dwingend. Het grote voordeel van het lijststelsel is dat er een vermoeden van aansprakelijkheid bestaat, zodat wordt vermeden dat de werknemer de vaak moeilijke bewijzen moet leveren, maar anderzijds kan een beroepsziekte die niet op de lijst staat, ook niet worden vergoed. Om iets aan de gebreken van opsommende lijsten te doen hebben zowel de Internationale Arbeidsorganisatie als de Europese Unie het 'open systeem' aanbevolen. Dit systeem vult het lijststelsel aan met een systeem waarin voor om het even welke pathologie het causaal verband kan worden bewezen tussen de blootstelling aan het werk en de ziekte. De huidige wet stelt dat er ook een schadeloosstelling mogelijk is, onder de voorwaarden die de

⁴⁰ Gids voor sociale reglementering in ondernemingen (2005), o.c. 713 blz.

⁴¹ Praktijkboek voor de sociale zekerheid (2005), o.c., 1032 blz.

Koning bepaalt, voor ziekten die niet op de lijst staan maar toch rechtstreeks en grotendeels het gevolg zijn van de uitoefening van het beroep. In België wordt dus een gemengd systeem toegepast.⁴²

B. Vergoedbare risico's

Op dit vlak bestaat er een zeker parallellisme tussen beroepsziekten en arbeidsongevallen. De procedures die gelden voor de basisvergoedingen, de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid, de vergoedingen bij overlijden, de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de uitkeringen voor geneeskundige verzorging zijn gelijk aan de regelingen inzake arbeidsongevallen. Wel zijn er enkele verschillen die te wijten zijn aan de specifieke aard van beroepsziekten. Zo kan een beroepsziekte onmiddellijk van blijvende aard zijn bij de aanvang van de ziekte. Het recht op de jaarlijkse uitkering wordt dan ook erkend vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid. De vergoeding wordt echter niet vroeger dan 60 dagen voor de aanvraag toegekend.⁴³

Het Fonds voor Beroepsziekten vergoedt de kosten veroorzaakt door onder meer tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid, gezondheidszorgen, hulp van een derde persoon en overlijden. Ook vervult ze een preventieve taak door: ziekten te voorkomen of te stabiliseren, verwijdering uit het schadelijk milieu, vaccineren van bedreigde groepen, onderzoek van de beroepsrisico's en verstrekken van informatie over beroepsziekten.⁴⁴

In de praktijk moet men als volgt te werk gaan. Ieder slachtoffer of één van zijn gezinsleden kan aangifte doen van de beroepsziekte met een officieel formulier. Dat wordt gezonden naar het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ).⁴⁵ In tegenstelling tot het Fonds voor Arbeidsongevallen heeft het Fonds voor de Beroepsziekten geen

⁴² Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

⁴³ Gids voor sociale reglementering in ondernemingen (2005), o.c., 713 blz.

⁴⁴ Fonds voor Beroepsziekten (2006). [on line]. Beschikbaar via: Internet: http://www.fbz.fgov.be/nl/fmp_nl01.htm.

⁴⁵ Praktijkboek voor de sociale zekerheid (2005), o.c., 1032 blz.

louter controlerende, coördinerende en organiserende functie. Het FBZ is een openbare instelling van sociale zekerheid die instaat voor de verzekering tegen beroepsziekten en zorgt voor de schadeloosstelling van slachtoffers. Er zijn dus geen privé-verzekeraars zoals bij de arbeidsongevallen.

2.2.2.5 Gezinsbijslag

A. Algemeen

Werknemers, zelfstandigen en ambtenaren hebben recht op een vergoeding wanneer ze kinderen ten laste krijgen. Personen die niet tot één van deze stelsels behoren, kunnen beroep doen op de ‘gewaarborgde gezinsbijslag’ van het sociale bijstandstelsel.

De werknemers dragen niet bij in de sector van de gezinsbijslag – ook kinderbijslag genoemd. De onderworpenheid betreft enkel de werkgevers. Zij moeten zich aansluiten bij een kinderbijslagfonds. De fondsen hebben als hoofdplicht het uitbetalen van de betreffende bedragen.⁴⁶

B. De soorten bijslag⁴⁷

Er zijn verschillende soorten bijslag binnen de gezinsbijslag:

- Kraamgeld: bij een eerste geboorte ontvangt men 1043,93 EUR en bij een tweede geboorte en volgende 785,43 EUR;
- Adoptiepremie: wanneer men voldoet aan de vereiste voorwaarden ontvangt men 1043,93 EUR per geadopteerd kind;
- Gewone kinderbijslag: de maandelijkse basisbedragen zijn voor het eerste kind 77,05 EUR, voor het tweede kind 142,58 EUR en voor het derde kind en volgende 212,87 EUR;

⁴⁶ Gids voor sociale reglementering in ondernemingen (2005), o.c., 713 blz.

⁴⁷ Beknopt overzicht van de sociale zekerheid (2004), o.c., 553 blz.; bedragen aangepast voor jaar 2005 (Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers (2006). [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://rkw.fgov.be/NL/Allowance/gfaBelgiumBirth.php>.

- Wezenbijslagen: wanneer men voldoet aan de vereiste voorwaarden ontvangt men 296,01 EUR per weeskind;
- Forfaitaire kinderbijslag voor kinderen geplaatst bij een particulier bedraagt 45,91 EUR;
- Bijkomende bijslagen zoals leeftijdsbijslagen, sociale bijslagen, bijslag voor gehandicapte kinderen.

C. De rechthebbenden

Binnen het systeem van de kinderbijslag voor werknemers is er een verschil tussen 'de kinderbijslag aanvragen' en 'de kinderslag krijgen'.

De procedure om de kinderbijslag aan te vragen verloopt als volgt. De vader, die meestal de 'rechthebbende'⁴⁸ is, vraagt de kinderbijslag aan. Indien hij geen werknemer is, dient de moeder de aanvraag in. De zelfstandigen beschikken over een eigen regeling inzake kinderbijslag. Als de vader en de moeder geen werknemer of zelfstandige zijn, kan een gezinslid de kinderbijslag aanvragen. Dat kan de partner van de vader of de moeder zijn, of een inwonende grootouder, oom of tante van het kind. Een (half-) broer of (half-) zus van het kind moet zelfs niet tot het gezin behoren.

De moeder, die meestal de 'bijslagtrekkende'⁴⁹ is, van het gezin krijgt de kinderbijslag. Indien ze niet meer in het gezin aanwezig is, dan ontvangt de persoon die het kind opvoedt de gezinsbijslag.⁵⁰

In de praktijk verloopt het als volgt. Er wordt een brief naar de vader gestuurd omdat de uitkering wordt gebaseerd op de prestaties van de vader. Het is de kas waarbij de

⁴⁸ De 'rechthebbende' is elke persoon die het recht op kinderbijslag opent op basis van zijn arbeidsprestaties.

⁴⁹ De 'bijslagtrekkende' is elke persoon aan wie de kinderbijslag effectief uitbetaald wordt.

⁵⁰ Gids voor sociale reglementering in ondernemingen (2005), o.c., 713 blz.

vader is aangesloten die de uitkering betaalt. Vervolgens wordt het geld gestort op rekening van de moeder.⁵¹

2.2.2.6 Ziekte -en invaliditeitsuitkering

Deze tak bevat verschillende elementen: de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, ook de gezondheidszorg genoemd in het praktijkboek sociale zekerheid (2005) en de ziekte-uitkering.

A. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Deze tak wordt in dit hoofdstuk zeer algemeen besproken. In het derde en het vierde hoofdstuk zal hier verder op ingegaan worden.

De algemene principes van de administratieve organisatie van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden bepaald door de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en door het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.⁵²

Eén van de voornaamste instellingen met betrekking tot de administratie van deze tak is het Rijksinstituut voor ziekte-en invaliditeitsuitkering (RIZIV). Dit instituut is een openbare instelling voor sociale zekerheid, belast met het administratief en financieel beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het RIZIV wordt gecontroleerd door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid onder leiding van de minister van Sociale Zaken. Er zijn drie vertegenwoordigers van de regering zijn aanwezig bij de vergaderingen van het Algemeen Beheerscomité. Dit comité neemt het administratief en algemeen beheer van het Instituut waar.

⁵¹ Informatie verstrekt uit interview met het hoofd van de personeelsdienst van Medisch Centrum Sint-Jozef te Munsterbilzen.

⁵² Beknopt overzicht van de sociale zekerheid (2004), o.c., 553 blz.

In de praktijk heeft de volledige Belgische bevolking - behoudens enkele uitzonderingen - een verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Die komt tussen in een brede waaier van geneeskundige verzorging, opgenomen in een nomenclatuur die geregeld wordt aangepast, rekening houdend met de ontwikkeling van de medische wetenschap.

Men moet aan enkele voorwaarden voldoen om te kunnen genieten van de prestaties inzake ziekteverzekering. Elke gerechtigde moet zich aansluiten of inschrijven bij een verzekeringsinstelling (ziekenfonds of gewestelijke dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of de Kas der Geneeskundige verzorging van de NMBS). De keuze van de verzekeringsinstelling is vrij, behalve voor het statutair personeel van de Belgische Spoorwegen. Ook moet men bijdragen betalen en een minimumwaarde bereiken. In principe moet men ook een wachttijd van zes maanden vervullen, maar in de praktijk wordt er vaak geen rekening gehouden met deze voorwaarde.⁵³

B. Geneeskundige verstrekkingen

De geneeskundige zorgen hebben zowel een preventief als een curatief doel. In de wet van de verplichte ziekteverzekering zijn 23 categorieën verstrekkingen die onder de regeling der terugbetaling vallen. De meest voorkomende verstrekkingen zijn:

- gewone geneeskundige hulp: bezoeken aan de huisarts, specialisten, kinesitherapeutenhulp;
- tandheelkundige verzorging;
- verlossingen;
- verstrekkingen van farmaceutische producten;
- ziekenhuisverpleging;
- verzorging voor revalidatie.

⁵³ Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

Er is een lijst of ‘nomenclatuur’ opgemaakt door de Koning en enkel de geneeskundige verstrekkingen die op de lijst staan, vallen onder de regeling van terugbetaling.

De overheid heeft ook een oplossing voorgeschreven ter financiering van bepaalde dure verstrekkingen, die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen of niet vergoedbaar zijn en indien ze instaan voor de behandeling van een zeldzame aandoening die de vitale functies van de patiënt aanpassen. Er werd een bijzonder solidariteitsfonds opgericht om de niet-gereguleerde verstrekkingen terug te betalen.⁵⁴

Zelfstandigen zijn enkel verzekerd voor de ‘grote risico’s’, zoals opname in een ziekenhuis. Voor de ‘kleine risico’s’ – bijvoorbeeld een bezoek aan een geneesheer of specialist – moeten zelfstandigen zich aansluiten bij een ‘vrije verzekering’, waarvoor men specifieke bijdrage moet betalen.

C. Terugbetalingstarieven⁵⁵

Er zijn twee systemen om geneeskundige verzorging terug te betalen, namelijk ‘terugbetaling achteraf’ en ‘het derde betaler systeem’. Bij het eerste systeem betaalt de zorgbehoevende de zorgverstrekker en ontvangt hierbij een attest. Dit document wordt bezorgd aan de desbetreffende verzekeringsinstelling en deze betaalt een gedeelte van kosten terug aan de patiënt. Hoeveel er juist wordt terugbetaald is afhankelijk van het type patiënt en van de verstrekte zorg. De zorgbehoevende betaalt dus steeds een deel van de kosten, dit noemt men ook het ‘remgeld’. Het systeem van de derde betaler werkt op een andere manier. Dit systeem is verplicht in ziekenhuizen en een gelijkaardig systeem is van toepassing op de geneesmiddelen. Het ziekenhuis bezorgt de patiënt een factuur die alle kosten van de verstrekte zorgen opneemt. De zorgbehoevende betaalt een deel van deze kosten. Het andere deel wordt betaald door de desbetreffende verzekeringsinstelling na het ontvangen van de factuur. Het systeem dat van toepassing is op de geneesmiddelen werkt als volgt. De

⁵⁴ Praktijkboek sociale zekerheid (2005), o.c., 1032 blz.

⁵⁵ Beknopt overzicht van de sociale zekerheid (2004), o.c., 553 blz.

patiënt betaalt het vereiste remgeld bij het afgeven van een doktersvoorschrift aan de apotheker. De rest van de kosten wordt betaald door de desbetreffende verzekeringsinstelling.

Het remgeld dat de patiënt moet betalen hangt af, zoals reeds eerder vermeld, van twee factoren: het type patiënt en het type zorg. Een persoon kan onder het systeem van de WIGW (weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen) vallen. Deze mensen hebben recht op een verhoogde terugbetaling, met als gevolg dat deze groep minder remgeld moet betalen voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen. Voor een gewone geneeskundige verzorging betaalt deze groep slechts 10% remgeld. Tabel 2.4 in bijlage 1 geeft een overzicht van de vijf terugbetalingscategorieën inzake farmaceutische verstrekkingen. Ook wordt in deze bijlage 1 tabel 2.5 inzake het aandeel dat de verzekerde moet betalen voor een verblijf in het ziekenhuis, weergegeven.

D. De maximumfactuur (MAF)

Dit gegeven is in het leven geroepen om iedereen de kans te geven te kunnen blijven genieten van geneeskundige verzorging. Het principe is als volgt: vanaf het ogenblik dat de som de betaalde remgelden van een gezin op jaarbasis een bepaald grensbedrag bereikt, wordt het remgeld voor de overige geneeskundige verstrekkingen terugbetaald⁵⁶.

Er zijn verschillende soorten maximumfacturen: de sociale MAF, de MAF bescheiden inkomen, de fiscale MAF en de MAF op grond van individuele titel. Om recht te hebben op de sociale MAF moet het gezin reeds 450 EUR aan remgelden hebben betaald. De grensbedragen voor de fiscale MAF zijn afhankelijk van het inkomen. Maar de regelgeving van de maximumfactuur is op dit moment in volle ontwikkeling. Het opnemen van de grensbedragen die gelden voor de andere soorten maximumfacturen zouden foutief kunnen zijn.

⁵⁶ Thewys, T. (2005). Welzijns- en gezondheidsbeleid: deel gezondheidseconomie, Interuniversitaire cursus, Universiteit Hasselt, 54 blz.

De voorstellen van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Rudy Demotte, tot vereenvoudiging van de terugbetalingswijzen van de maximumfactuur, kwamen in de maanden oktober en november 2005 veelvuldig aan bod in de media. In de huidige regelgeving is er een onderscheid wat betreft de periode van terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen, die de grensbedragen overschrijden, tussen verschillende soorten gezinnen. Voor de gezinnen, waarvan minstens één lid tot een van de volgende groepen behoort, worden de kosten maandelijks terugbetaald. Zij vallen onder het systeem van de sociale maximumfactuur. De groepen die onder de regeling van de maandelijks terugbetaling vallen, zijn: mensen met het recht op een bestaansminimum of gewaarborgd inkomen voor bejaarden, mensen die vallen onder het WIGW-statuu⁵⁷ en dus recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, werklozen die ouder zijn dan 50 jaar, met recht op verhoogde tegemoetkoming en tevens al langer dan één jaar werkloos zijn en tot slot, alle gezinnen met een laag of bescheiden inkomen. Voor de andere gezinnen, die vallen onder het systeem van de fiscale MAF, worden de gemaakte kosten met twee jaar vertraging verrekend via de belastingen. Het is juist dit onderscheid dat de Minister wil vereenvoudigen. Er is een voorstel tot wijziging zodat alle gezinnen recht hebben op onmiddellijke terugbetaling van de gemaakte kosten. In het tijdschrift Trends⁵⁸ wordt aangekondigd dat er veranderingen op komst zijn vanaf 1 januari 2006 wat betreft de regelgeving van de maximumfactuur. De ongelijkheid tussen de sociale en fiscale maximumfactuur inzake de termijnen van terugbetaling wordt afgeschaft door de minister Demotte. Maar deze correctie lost de andere nadelen, die worden opgesomd in het tijdschrift Trends, van de maximumfactuur niet op. De MAF zou de responsabilisering ondermijnen. Deze stelling wordt bevestigd door Sonja Teughels, specialist gezondheidszorg van de werkgeversorganisatie Voka. De rem op de consumptie valt weg voor zowel de patiënt als de zorgverstreker van zodra de remgelddrempel is overschreden. De MAF zou daardoor overconsumptie in de hand kunnen werken. Maar met deze stelling is Fred Louckx, gezondheidssocioloog (Vrije Universiteit Brussel) niet akkoord. Volgens hem wijst alle onderzoek uit dat er in de lage

⁵⁷ Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen

⁵⁸ Byl, R. (2005). De nadelen van de maximumfactuur: De tijdbom onder de ziekteverzekering, *Trends 20 oktober*, blz. 60-65.

inkomensgroepen eerder sprake is van onderconsumptie en uitstel van behandeling. De oorzaak hiervoor is dat de patiënt nog steeds het remgeld moet voorschieten en de kosten pas later worden terugbetaald. Vervolgens zou de MAF zorgen voor hoge administratieve kosten. Jos Kesenne, nationaal secretaris bij de Christelijke Mutualiteiten zegt hierover: “Omdat de leden daarin niet noodzakelijk tot hetzelfde ziekenfonds behoren, is het beheer een ingewikkelde en intensieve opdracht”. Ten derde leidt de MAF tot dubbelbetalingen volgens het artikel in Trends. Patiënten krijgen remgeld terug via de maximumfactuur, maar ook via andere kanalen zoals de aanvullende ziekteverzekeringen en het OCMW. Een studie van de Christelijke Mutualiteit (2004) berekende de dubbelbetalingen op ongeveer 12,5 miljoen euro, zo blijkt uit het artikel. Maar volgens Ivan Van der Meeren van de studiedienst van de Socialistische Mutualiteit zijn er plannen om dit probleem aan te pakken. Tot slot geeft men in de publicatie aan dat de MAF de solidaire ziekteverzekering ondergraaft. Vooral de patiënt uit de middenklasse draait voor de kosten op. De maximumfactuur zou de jongste jaren een alibi geweest zijn om een beleid te voeren waarbij het aandeel van de patiënt gestaag toeneemt. Bijna elke verhoging van het remgeld wordt goedgepraat door het bestaan van de MAF waarbij men zegt dat de sociaal zwakken toch niet getroffen zullen worden. Hierdoor wordt de kloof tussen degenen die alleen maar bijdragen en degenen die het systeem gebruiken alleen maar groter. Wie bijdraagt zou steeds meer geneigd zijn om zich privé te verzekeren. Het systeem van de maximumfactuur zou op lange termijn botsen met de grondprincipes van de ziekteverzekering.

Naast de maximumfactuur zijn er talloze maatregelen genomen om de toegang tot de gezondheidszorg te garanderen voor elke burger en om de gezondheidsuitgaven te beheersten. Vervolgens worden twee elementen bondig toegelicht: de accreditering en het globaal medisch dossier.

Het systeem van accreditering selecteert geneesheren die aan bepaalde kwaliteitsgaranties voldoen. Deze groep artsen mag een hoger ereloon vragen en de

patiënten die een ‘geaccrediteerd’ geneesheer consulteren, moet hiervoor geen verhoogd remgeld betalen.⁵⁹

Het globaal medisch dossier (G.D.M.) is in het leven geroepen om de echelonnering te stimuleren. De verzekerden die het G.D.M. laten beheren, krijgen een vermindering van hun persoonlijk aandeel (remgeld) van 30% in een reeks consultaties bij hun G.D.M.-houdende huisarts. Het dossier bevat socio-administratieve gegevens van de patiënt en bijkomende informatie met betrekking tot de patiënt om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren. De arts die een globaal medische dossier beheert mag jaarlijks een bijkomend honorarium van 17 EUR aanrekenen aan de patiënt.

E. De ziekte-uitkeringen⁶⁰

Wanneer men ziek is heeft men naast een terugbetaling van geneeskundige verzorging ook recht op een uitkering om de gevolgen van het loonverlies te verzachten. Het recht op een ziekte-uitkering geldt enkel binnen de privé-sfeer. Financiële tegemoetkomingen in verband met een arbeidsongeval of beroepsziekte vindt zijn regels onder de andere takken van de Sociale Zekerheid.⁶¹

Om te kunnen genieten van een ziekte-uitkering moet de werknemer aan een aantal voorwaarden voldoen. Men moet 120 arbeidsdagen of ermee gelijkgestelde dagen gepresteerd hebben en men moet voldoende bijdragen voor de sector uitkeringen betaald hebben.

Men heeft recht op een ziekte-uitkering als men arbeidsongeschikt is of invalide. Deze twee begrippen worden toegelicht. Vanaf het ogenblik dat men arbeidsongeschikt is, start de periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Deze periode duurt maximaal 1 jaar. Wanneer de gezondheidstoestand het niet toelaat om het werk te hervatten, vangt vervolgens de periode van invaliditeit aan. De

⁵⁹ Praktijkboek sociale zekerheid (2005), o.c., 1032 blz.

⁶⁰ Federale overheid voor sociale zekerheid (2005). Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid.

⁶¹ Gids voor sociale reglementering in ondernemingen (2005), o.c., 713 blz.

invaliditeit wordt vastgesteld door de Geneeskundig Raad van het RIZIV op basis van een verslag van een deskundige.

Tabel 2.6 in bijlage 1 geeft een overzicht van de ziekte-uitkeringen waar men als werknemer recht op heeft gedurende bepaalde periodes.

2.2.2.7 Jaarlijkse vakantie⁶²

Om het recht op een aantal jaarlijks betaalde vakantiedagen te bekommen, hebben de vakbonden in het verleden hard moeten strijden. Uiteindelijk komt de RSZ (Rijksdienst voor Sociale Zekerheid) enkel nog tussen voor de jaarlijkse vakantie van arbeiders. Het vakantiegeld voor bedienden en ambtenaren wordt rechtstreeks door de werkgever betaald. Zelfstandigen die niet voor de tak jaarlijkse vakantie verzekerd zijn, krijgen vanzelfsprekend geen vakantiegeld.

De werkgever moet aangesloten zijn bij een vakantiefonds. Dit gebeurt automatisch wanneer de RSZ de eerste aangifte van loon-en arbeidstijdgegevens van werknemers overmaakt aan de Rijksdienst voor Jaarlijkse Vakantie (RJV). De sociale-zekerheidsbijdragen voor de jaarlijkse vakantie worden gedurende het hele jaar berekend op het brutoloon aan 108%. De reden hiervoor is dat de werkgever en werknemer ook tijdens de vakantie sociale-zekerheidsbijdragen moeten betalen en deze betaling mag niet ten laste van het vakantiefonds vallen. De vakantieduur bij een voltijdse tewerkstelling bedraagt 20 dagen in het vijfdagenweekstelsel. Het aantal vakantiedagen wordt steeds bepaald in verhouding tot het aantal effectief gepresteerde en gelijkgestelde dagen van het vakantiedienstjaar. Ook zijn er regels die recht geven op dubbel vakantiegeld⁶³. Deze toelage heeft onder meer als doel de extra kosten die een vakantie met zich meebrengt te dekken.

⁶² Beknopt overzicht Sociale Zekerheid (2004), o.c., 553 blz.

⁶³ Het bedrag van dubbel vakantiegeld bedraagt vanaf het vakantiejaar 2001 92% van het brutoloon van de maand waarin de hoofdzakelijke vakantie wordt opgenomen, eventueel in verhouding tot het aantal maanden van het vakantiedienstjaar die recht geven op jaarlijkse vakantie.

Het vakantiegeld voor bedienden wordt door de werkgever zelf betaald. Er is dus geen enkele tussenkomst van een sociale-zekerheidsinstelling en het vakantiegeld ligt niet binnen de domeinen van de sociale zekerheidssector. Bedienden hebben afhankelijk van het aantal dagen dat ze werken in de week, maximaal 20 tot 24 vakantiedagen per jaar. Ook bedienden kunnen recht hebben op dubbel vakantiegeld.

2.2.2.8 De moederschapsverzekering⁶⁴

A. Algemeen

De termen moederschapsrust, moederschapsverlof, bevallingsverlof en zwangerschapsrust kunnen samengebracht worden onder te noemer moederschapsbescherming. Zwangere vrouwen hebben recht op rust en een vergoeding gedurende een bepaalde periode. De moederschapsverzekering, die op 1 januari 1991 in werking is getreden, berust op drie basisprincipes: het solidariseren van de lasten, een gelijke behandeling van de werknemers die behoren tot de groep van de actieve vrouwen, het invoeren van een specifieke prestatie waarbij de moederschapsverzekering evenwel in de bestaande institutionele structuren wordt geïntegreerd. De periodes van moederschapsbescherming mogen niet worden beschouwd als periodes van arbeidsongeschiktheid. Wel valt de moederschapsverzekering onder de functionele bevoegdheid van de administratieve structuur die belast is met arbeidsongeschiktheid.

Moederschapsbescherming omvat de periode van ‘werkverwijdering’ omwille van schadelijke of gevaarlijke arbeid, de pré- en postnatale moederschapsrust en de periode van ‘werkverwijding’ voor wie pas bevallen is of borstvoeding geeft. De eigenlijke moederschapsrust of het ‘bevallingsverlof’ is onderverdeeld in twee periodes. De prenatale rustperiode kan minimaal één en maximaal zes weken de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaan. De postnatale rustperiode duurt tot

⁶⁴ Praktijkboek Sociale Zekerheid (2005), o.c., 1032 blz. & Christelijke Mutualiteit (2005): Brochure: Zwangerschap en geboorte .[on line]. Beschikbaar via: Internet: http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/Zwangerschap%20lr_tcm24-7636.pdf.

negen weken na de bevalling. Deze termijnen kunnen onder bepaalde voorwaarden wijzigen, bijvoorbeeld bij het verwachten van een meerling.

Het bedrag van de moederschapsuitkering is vastgelegd op een percentage van het begrensde loon (2684,25 EUR per maand). Deze regeling geldt niet voor de uitkering van de eerste dertig dagen van de periode van moederschapsrust van de actieve werkneemster. Tijdens de eerste dertig dagen van de rustperiode wordt de uitkering vastgesteld op een percentage van het niet – begrensde loon. Een overzicht van de uitkeringen wordt gegeven in onderstaande tabel 2.7.

Tabel 2.7: Overzicht uitkeringen van de moederschapsverzekering

| | Eerste 30 dagen | Vanaf de 31 ste dag tot de 15/19 weken en/of na 15/19 weken |
|--|--|---|
| Werkneemster verbonden door contract | 82 % van het onbegrensd loon | 75 % van het begrensd loon |
| Werkneemster niet meer onder contract | 79,5% van het begrensd loon | 75% van het begrensd loon |
| Volledig werkloze | 60% van het begrensd gedeerd brutoloon + aanvulling van 19,5% van dit loon | 60% van het begrensd gedeerd brutoloon + aanvulling van 15 % van dit loon |
| Deeltijds werkende en werkloosheid | Berekening op basis van loon-en werkloosheidsgegevens | Berekening op basis van loon-en werkloosheidsgegevens |

Bron: Christelijke Mutualiteit (2005): Brochure Zwangerschap en geboorte.

Naast deze uitkering zijn er ook nog mogelijkheden om borstvoedingsverlof aan te vragen. Naargelang de situatie waarin de moeder zich bevindt heeft men recht op een vervangingsinkomen van het ziekenfonds waarbij men is aangesloten. Een bijkomend borstvoedingsverlof van maximaal vijf maanden kan ook aangevraagd worden. Het recht op een vervangingsinkomen vervalt in deze situatie. Toetreden tot een voortgezette verzekering kan een oplossing bieden om het recht op een ziekte-uitkering en gezondheidszorg te behouden.

Vanaf 1 juli 2002 hebben alle werknemers in de privé-sector ook recht op borstvoedingspauzes. Het ziekenfonds staat in voor een uitkering voor de onderbrekingen die 82% van het onbegrensd bruto uurloon bedraagt.

B. Het vaderschapsverlof

Vanaf 1 juli 2002 heeft elke werknemer bij de geboorte van zijn kind het recht om gedurende 10 dagen afwezig te zijn op het werk. Deze dienen opgenomen te worden binnen de dertig dagen vanaf de dag van de geboorte. Deze tien dagen kunnen in één of in verschillende periodes worden opgenomen. De werknemer ontvangt zijn normaal loon tijdens de eerste drie dagen van zijn afwezigheid. De volgende zeven dagen heeft hij recht op een vaderschapsuitkering. Het bedrag van de uitkering is vastgelegd op 82% van het gederfde loon. Dit loon is evenwel begrensd tot een maximumbedrag.⁶⁵

C. Het Ouderschapsverlof

Vervolgens bestaat er naast de moederschapsbescherming en het vaderschapsverlof, de mogelijkheid tot het opnemen van ouderschapsverlof. Werknemers hebben recht op een periode van drie maanden ouderschapsverlof bij de geboorte van een kind. Deze regeling geldt voor zowel de moeder als voor de vader van het kind. Men kan, in overleg met de werkgever, de drie maanden ook opnemen in gedeelten of met een vermindering van de arbeidsprestaties (bijvoorbeeld, 50% werken gedurende zes maanden). De ouders hebben recht op het verlof voordat hun kind vier jaar is geworden.

⁶⁵ Beknopt overzicht van de Sociale Zekerheid (2004), o.c., 553 blz.

2.2.3 Organisatie van de sociale zekerheid

De verschillende takken van de sociale zekerheid zijn reeds besproken. De betaling van de uitkeringen die deze takken opeisen gebeurt door verschillende betalingsinstellingen of parastatale instellingen. Een overzicht van deze instellingen volgt:

- Rijksdienst voor Kinderbijslag voor werknemers (RKW);
- Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA);
- Rijksdienst voor Pensioenen (RVP);
- Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (RIZIV);
- Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO);
- Fonds voor Beroepsziekten (FBZ);
- Rijksdienst voor Jaarlijkse Vakantie (RVJ).

2.3 De financiering van de sociale zekerheid voor werknemers⁶⁶

Er zijn drie bronnen die instaan voor de financiering van de sociale zekerheid: de bijdragen op lonen, de Rijkstoelagen en de alternatieve financiering. Daarnaast zijn er nog 'andere geglobaliseerde ontvangsten, zoals de bijzondere bijdrage, bijdrage op bedrijfswagens en diverse bijdragen. Deze bijkomende ontvangsten zijn bijkomend en in dit werk worden enkel de drie grote, reeds eerder vermelde, bronnen toegelicht.

2.3.1 Bijdragen op de lonen

Zowel de werknemer als de werkgever moet bijdragen betalen aan de sociale zekerheid. Deze bijdragen worden berekend aan de hand van een percentage op het niet-geplafonneerd brutoloon voordat de bedrijfsvoorheffing in rekening is gebracht. Tabel 2.8 in bijlage 1 geeft een overzicht van de verschillende bijdragen voor werknemers en werkgevers. Uit deze tabel blijkt dat nog een onderscheid is in de bijdragen voor arbeiders en bedienden. In het huidige politieke klimaat zijn er voorstanders en tegenstanders om het onderscheid tussen arbeiders en bedienden weg te werken. De toekomst zal meer duidelijkheid brengen hieromtrent.

2.3.2 De Rijkstoelagen

De staat betaalt jaarlijks een vast bedrag ter financiering van de sociale zekerheid. Vanaf 2002 mag dit bedrag niet meer dan 28,6 miljoen EUR bedragen.

⁶⁶ Federale overheidsdienst voor sociale zekerheid (2004). Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België, Brussel, 553 blz.

2.3.3 De alternatieve financiering

Het doel van deze financiering is tweeledig. Ten eerste wil men de staatstoelagen of Rijkstoelagen beperken en ten tweede wil men een daling van de werkgeversbijdrage bewerkstelligen. Met deze financiering wil men dus de lasten op arbeid verlagen om het concurrentievermogen van de ondernemingen niet te ondermijnen. De financiering bestaat uit een bepaald percentage van de BTW-ontvangsten, jaarlijks vastgelegd door de Koning. Dit percentage was in 2001 en 2002 vastgesteld op 23,514%, rekening houdend met een geïndexeerde minimumgrens.

2.4 Problematiek van de sociale zekerheid

De vraag die de laatste decennia wordt gesteld klinkt als volgt: “Hoe kan men de financierbaarheid van het sociale zekerheidsstelsel garanderen rekening houdend met de vergrijzing van de bevolking en de bestaande overheidsschuld?” Berichten in de geschreven pers⁶⁷ geven een indicatie dat er problemen heersen inzake de betaalbaarheid van onze sociale zekerheid. Niet alleen de betaalbaarheid roept vragen op bij de verschillende actoren in de sector. Het persbericht uit ‘De Standaard’⁶⁸ geeft de visie weer van 82 Leuvense professoren over de werking van de sociale zekerheid. Volgens deze deskundigen is een grondige hervorming van het systeem noodzakelijk. De sociale zekerheid moet begrijpelijker worden, billijker zijn en het werken meer aanmoedigen. Ook professor Van Langendonck legt de pijnpunten van het Belgisch systeem bloot⁶⁹. Van Langendonck gelooft niet dat de sociale zekerheid te veel kost. Zijn redering is als volgt: “ De sociale zekerheid moet 2,5 miljoen gehandicapten en gepensioneerden en 600.000 werklozen een vervangingsinkomen geven. Dat is een derde van de bevolking. Daarnaast moet de sociale zekerheid een goede gezondheidszorg betalen voor iedereen en hebben alle gezinnen recht op kinderbijslag. Dan moet je niet schrikken dat daar een prijskaartje aan hangt van 25% van het bruto nationaal product, een kwart van de jaarlijkse rijkdom dus. Iedereen zegt wel dat dat niet betaalbaar is, maar zodra de regering de sociale lasten verlaagt, geven bedrijven meer uit aan hospitalisatieverzekeringen en groepsverzekeringen voor hun personeel.” Maar hij beklemtoont wel dat er besparingen kunnen doorgevoerd worden in de hoge administratiekosten van het systeem.

Men kan dus besluiten dat het systeem van de sociale zekerheid onderhevig is aan uiteenlopende visies van verschillende deskundigen. In het kader van de eindverhandeling wordt er in dit hoofdstuk ingegaan op de elementen die de

⁶⁷ De Tijd (10 oktober 2005). *Farmasector moet Sociale Zekerheidstekort helpen delgen*, blz.2.

⁶⁸ De Standaard (7/8 januari 2006). *Sociale Zekerheid moet billijker en werkgericht*, blz. 12.

⁶⁹ Het Laatste Nieuws (26/27 november 2005). “*Onze sociale zekerheid is niet de beste, niet te duur*”, blz. 20.

betaalbaarheid van de sociale zekerheid beïnvloeden zoals de demografische evolutie, de overheidsschuld en de migratie-effecten.

2.4.1 Demografische aspecten

Het systeem van onze sociale zekerheid wordt gedeeltelijk financieel ondersteund door bijdragen van de actieve beroepsbevolking. Naarmate de bevolking ouder wordt, zullen meer mensen tot de groep ‘gepensioneerden’ horen met als gevolg dat de groep actieven kleiner wordt. Zo ontstaat een situatie waar een kleine groep actieven, een grote groep inactieve moet onderhouden om de sociale zekerheid van elke burger te verzekeren. Dit gegeven spoort tal van onderzoeksgroepen aan de financiële impact van de vergrijzing op de sociale zekerheid te analyseren. Vaak gebeurt dit in opdracht van de overheid zodat deze gepaste beleidsmaatregelen kan nemen en het hoogstaande systeem van sociale zekerheid kan waarborgen.

Uit tal van statistieken blijkt dat de bevolking veroudert. Op zich is dit een hoopgevend gegeven want elke individu streeft ernaar zo lang mogelijk te leven en het is tevens een indicatie van een hoge welvaart in België.

Tabel 2.9: Evolutie van de levensstructuur van de Belgische bevolking

| In percent | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 0-19 jaar | 23,50% | 22,26% | 21,21% | 20,86% | 20,46% | 20,35% |
| 20-59 jaar | 54,62% | 53,96% | 51,49% | 48,46% | 47,62% | 47,17% |
| 60-64 jaar | 5,05% | 6,16% | 6,74% | 6,39% | 5,82% | 6,01% |
| 65-69 jaar | 4,96% | 4,57% | 5,97% | 6,59% | 5,74% | 5,67% |
| 70-79 jaar | 8,21% | 7,93% | 8,92% | 10,84% | 11,41% | 10,44% |
| 80-89 jaar | 3,09% | 4,45% | 4,59% | 5,62% | 7,18% | 7,90% |
| 90-99 jaar | 0,57% | 0,65% | 1,06% | 1,20% | 1,73% | 2,39% |
| 100 jaar en ouder | 0,01% | 0,02% | 0,02% | 0,04% | 0,05% | 0,08% |
| totaal - | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Bron: NIS (2006), demografische statistieken

Uit deze tabel, alsook uit de grafische weergave in figuur 2.1 (bijlage 1) blijkt dat het aandeel van de jongsten (de leeftijdsgroep van 0 tot 19 jaar) zal dalen: van 2000 tot 2050 treedt er een daling van 23,5% naar 20,35%. Dit effect, namelijk een veroudering aan de basis van de bevolkingspiramide, noemt men de ontgroening.

Een weergave van de bevolkingspiramide van België wordt weergegeven in bijlage 1, figuur 2.2. Het gewicht van de actieve leeftijdsgroep '20-59 jaar' zou volgens de prognoses dalen van 54,6% naar 47,2%. De leeftijdsgroep van 60 tot 69 jaar wijzigt niet sterk in relatief gewicht. Er zou zich een toename doen van 1%. Maar het aandeel van de oudste leeftijdsgroepen stijgt wel sterk. De groep van '70-79 jaar' stijgt van 8,2% naar 10,4%, die van '80-89 jaar' evolueert van 3,1% naar 7,9% en de leeftijdsgroep van 90 tot 99 jaar neemt toe van 0,6% tot 2,4%. De veroudering aan de top van de piramide noemt men de veroudering van de bevolking.

Tabel 2.10: Gemiddelde leeftijd van de Belgische bevolking

| <i>jaar</i> | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Gemiddelde leeftijd van de Belgische bevolking | 39,29 | 40,89 | 42,28 | 43,54 | 44,54 | 44,94 |
| Mannen | 37,8 | 39,49 | 40,97 | 42,28 | 43,23 | 43,64 |
| Vrouwen | 40,72 | 42,24 | 43,54 | 44,77 | 45,82 | 46,21 |

Bron: NIS (2006), demografische statistieken

Deze cijfers geven aan dat de gemiddelde Belg ouder wordt. Bij de mannen in België evolueert de gemiddelde leeftijd van 37,8 jaar tot 43,64 jaar gedurende de periode 2000-2050. De vrouwelijke bevolking wordt ouder in vergelijking met de mannelijke bevolking. De gemiddelde leeftijd van een Belgische vrouw stijgt van 40,72 jaar naar 46,21 jaar gedurende de periode 2000-2050.

Tabel 2.11 in bijlage 1 geeft een overzicht van de bevolkingsvooruitzichten, uitgevoerd door het Federaal Planbureau⁷⁰. Ook in deze tabel merkt men duidelijk

⁷⁰ Federaal Planbureau (2002). Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2000-2050. [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.plan.be/nl/pub/pp/PP091/PP091nl.pdf>.

dat de bevolking veroudert. Het percentage van de leeftijdsgroep van 0 tot 19 jaar ten opzichte van de totale bevolking zal gedurende de komende 50 jaar evolueren van 24% naar 20%. Het aandeel van de bevolking tussen 20 en 59 jaar zal dalen van 54% tot 47% ten opzichte van de totale bevolking. De ouderen van 60 jaar en meer zullen van 22% naar 33% stijgen wat betreft hun aandeel in de totale bevolking. Daarenboven treedt er ook nog een ‘veroudering binnen de veroudering’ op. Het aandeel van de ‘80-jarigen en meer’ ten opzichte van de ‘60-jarigen en meer’ stijgt van 16% naar 32% gedurende de periode 2000-2050.

Naast het optreden van de veroudering van de bevolking, doet er zich nog een ander fenomeen voor. Volgens de statistieken van het NIS worden hoe langer hoe minder kinderen geboren. Dit kan verklaard worden door verschillende factoren. Er zijn minder grote gezinnen en meer nieuw samengestelde gezinnen en éénoudergezinnen. Ook is er ook een toename van het aantal alleenstaanden⁷¹. Het aantal geboorten in België is van 124.794 tot 115.618 gedaald gedurende de periode 1980-2004⁷². Het laatste jaar is het aantal geboorten wel gestegen, maar wanneer men de hele periode in rekening brengt, merkt men wel een daling in het aantal geboorten. Volgens de voorspellingen van het Nationaal Instituut voor Statistiek, zal de verwachte vruchtbaarheid het vervangingsniveau van 2,1 kinderen per vrouw, niet bereiken. Dit blijkt uit tabel 2.12.

Tabel 2.12: Verwachte vruchtbaarheid (gemiddeld aantal kinderen per vrouw)

| België | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|---|------|------|------|------|------|
| Conjuncturele indicator van de vruchtbaarheid | 1,66 | 1,68 | 1,7 | 1,72 | 1,74 |

Bron: NIS (2006), demografische statistieken

⁷¹Christelijke Mutualiteit (2005). Departement Onderzoek & Ontwikkeling. De vergrijzing, een collectieve uitdaging, *themadossier nr.5-mei*, Van Muysenwinkel, Enschede, 155 blz. [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.cm.be/images/100/Vergrijzing2.pdf>.

⁷²NIS, FOD Economie (2006) - Algemene Directie Statistiek, Bevolkingsstatistieken [on line]). Beschikbaar via: Internet: http://statbel.fgov.be/figures/d22_nl.asp#2.

Een mogelijke oplossing om de vergrijzing van de bevolking tegen te gaan, zou een toename van de immigratie kunnen zijn. Er doet zich gedurende de periode 1997 en 2002 ook een positieve evolutie voor wat betreft het migratiesaldo. Nadien neemt het migratiesaldo lichtjes af. Zo blijkt uit tabel 2.13.

Tabel 2.13: Migratiesaldo van België

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Totaal | +6.041 | +6.740 | +12.252 | +12.137 | +24.887 | +31.092 | +27.790 | +27.036 |
| Mannen | +1.519 | +1.991 | +4.482 | +4.506 | +11.685 | +14.826 | +11.625 | +10.909 |
| Vrouwen | +4.522 | +4.749 | +7.770 | +7.631 | +13.202 | +16.266 | +16.165 | +16.127 |

Bron: FOD Economie (2006) Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie

Maar is dit voldoende om de vergrijzing tegen te gaan? Volgens een studie van ING België NV blijkt dat er enorm veel migratiestromen nodig zijn om de vergrijzing te kunnen afwenden. Deze publicatie baseert zich op een studie van de 'United Development Programme'⁷³ van de Verenigde Staten die heel wat stof deed opwaaien. ING hanteerde verschillende scenario's voor België. Om een constante vergrijzingsgraad te realiseren door het aandeel 65-plussers gelijk te houden in de totale bevolking is er een instroom van 6,6 miljoen immigranten nodig, en dit cumulatief tot het jaar 2050. Wanneer men de afhankelijkheidscoëfficiënt⁷⁴ zou willen afremmen, dan is er voor Vlaanderen, Wallonië en Brussel respectievelijk een cumulatieve instroom van immigranten vereist van 2,1 miljoen, 1,1 miljoen en 130.000. Voor België realiseert zich dit in een cumulatieve instroom tegen 2050 van 3,3 miljoen immigranten. Deze simulatie is enkel gebaseerd op een selectieve instroom van immigranten tot 39 jaar. Wanneer men rekening houdt met een meer realistische leeftijdsstructuur van deze instromen, dan lopen de vereiste instromen op

⁷³ UNDP (2000). Replacement Migration: A Solution to Declining and Ageing Populations.

⁷⁴ De afhankelijkheidscoëfficiënt is de verhouding van het aantal economisch niet-actieve personen in een bevolking en het aantal economisch actieve personen in een bevolking. De bevolking van 0 tot en met 19 jaar en de bevolking van 65 jaar en ouder wordt als de groep niet-actieven beschouwd. De actieven zijn de personen van 20 tot en met 64 jaar.

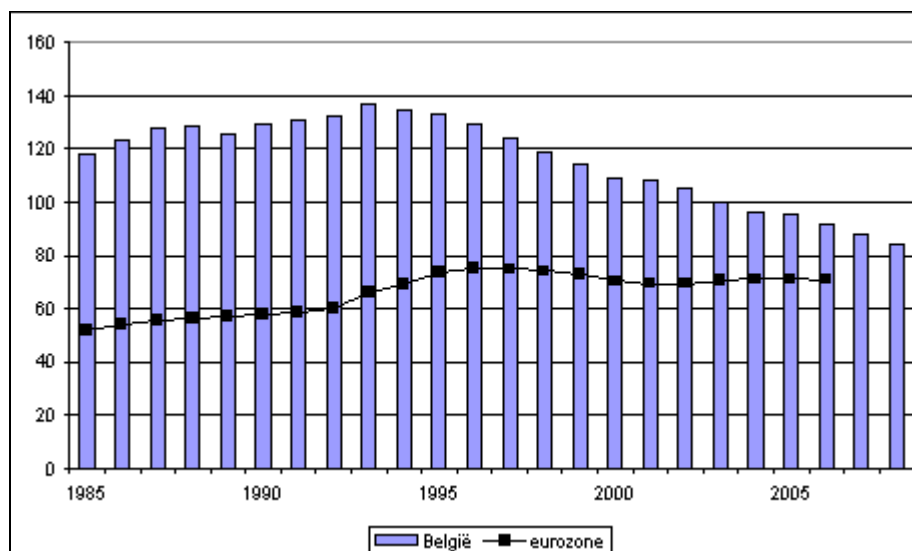
tot 6,1 miljoen immigranten tegen 2050 om de afhankelijkheidscoëfficiënt van België te stabiliseren.

Men kan dus besluiten dat het argument 'immigratie lost de vergrijzing wel op' helemaal niet opgaat. Zoals reeds aangegeven werd zijn er onrealistische grote instromen nodig om de vergrijzingsproblematiek op te lossen. Een bijkomend probleem is dat de immigranten zich zullen aanpassen aan de gewoonten van het land naar waar ze immigreren. Indien dit land een laag geboortecijfer heeft, dan zullen de immigranten na verloop van tijd ook geen grote gezinnen meer stichten.

2.4.2 Bestaande overheidsschuld

Onderstaande figuur geeft een overzicht van de evolutie van de overheidsschuld gedurende de periode 1985-2005. Het bestaan van deze overheidsschuld creëert een ongunstig kader voor de financiering van de sociale zekerheid.

Figuur: 2.3: Evolutie van de overheidsschuld



Bron: Federale overheidssdienst (2005), administratie van de thesaurie

Deze grafiek geeft weer hoe de schuldgraad gedurende de laatste tien jaar werd teruggedrongen van 137,9% van het BBP in 1993 tot 96,6% in 2004. Vanaf het jaar 1993 zien we dus een dalende trend in de grote van de overheidsschuld ten opzicht van het BBP. In 2005 zal de daling iets minder uitgesproken zijn omdat de overheid onder meer besliste de schulden van NMBS van 7,4 miljard EUR of 2,5% van het BBP, op te nemen in de overheidsschuld. Volgens het jaarlijks verslag van 2003 van de Nationale rekeningen steeg het vorderingsoverschot van de overheid van 181 tot 834 miljoen euro, gaande van 0,1% van het BBP in 2002 naar 0,3% van het BBP in 2003. Het Federaal Plan Bureau voorspelt dat in 2005 er een begrotingsoverschot van 0,7% van het BBP zal gerealiseerd worden.

De Belgische begroting is sinds 2000 jaar na jaar in evenwicht. De overheid tracht de schuldgraad tegen een voldoende tempo af te bouwen omdat ze weet dat budgettaire gevolgen van de vergrijzing niet te onderschatten zijn. Ook in 2005 streeft de overheid naar een begroting in evenwicht om het vertrouwen van de bevolking niet te schenden. Ze tracht ook te voldoen aan de eisen van het regeerakkoord waarin ze het financieel evenwicht van de sociale zekerheid garandeert. Er wordt uitgegaan van een beperkt overschot van 0,1% BBP wat betreft de sociale zekerheid, dit zou samen met de overschotten van de regionale en lokale overheden het tekort van de federale overheid moeten compenseren. Schuldreductie blijft dus de centrale doelstelling van het Belgische begrotingsbeleid ⁷⁵.

België moet ook elk jaar de convergentiecriteria van Maastricht⁷⁶, opgesteld in 1991, nakomen. De convergentie van Maastricht zit ook vervat in het Groei-en Stabiliteitspact ter bevordering van de Europese Economie. Deze criteria houden onder meer in dat het overheidstekort niet hoger mag zijn dan 3% van het bruto

⁷⁵ Federale Overheidsdienst (2005). Administratie van de thesaurie. [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://treasury.fgov.be/interstabl/Tab3.htm>.

⁷⁶ Tijdens de tweede fase van de Economische en Monetaire Unie (1 januari 1994 - 31 december 1998) trachtten de lidstaten hun economieën naar elkaar te doen toegroeien. In december 1991 werden vier meetbare criteria vastgelegd in het Verdrag van Maastricht.

binnenlands product en de overheidsschuld mag niet meer bedragen dan 60% van het BBP. Maar het criterium is soepeler dan deze normen en biedt ook meer ruimte voor interpretatie. Wanneer de schuld in voldoende mate afneemt en de referentiewaarde in een bevredigend tempo benadert, dan wordt dit ook aanvaard door de lidstaten⁷⁷.

Als gevolg van de daling van de overheidsschuld, zullen de rentelasten afnemen. Volgens de projecties van het Federaal Planbureau komen er meer budgettaire middelen vrij door de verlaging van de intrestlasten. Deze evolutie zou het risico verkleinen op een strakker begrotingsbeleid om de overheidsfinanciën in evenwicht te houden op het ogenblik dat de vergrijzing toeslaat. Gedurende de periode 2000-2020 zou deze positieve evolutie zich ontwikkelen en hierdoor kan de kost van de vergrijzing wellicht worden opgevangen. Maar na het jaar 2020 zullen de middelen die vrijkomen door de daling van de rentelasten niet meer voldoende zijn om de kost van de vergrijzing op te vangen. Het is noodzakelijk in acht te nemen dat bovenstaande beschreven evoluties gebaseerd zijn op voorspellingen en geen garantie bieden voor de toekomst. De overheid moet er elk jaar op toezien dat de begroting in evenwicht blijft en de dalende trend van de overheidsschuld gegarandeerd blijft.

2.4.3 Gevolgen van de vergrijzing voor de takken van de sociale zekerheid

Vervolgens wordt aangegeven, met behulp van tabel 2.14, wat de gevolgen zijn van de vergrijzing en de bestaande overheidsschuld op de takken van de sociale zekerheid. Uit tabel 2.14 blijkt dat de tak 'Pensioenen' en de tak 'Gezondheidszorgen' het meest stijgen door de gevolgen van de vergrijzing.

⁷⁷ Nationale Bank van België (2005). [online]. Beschikbaar via: Internet: www.bnp.be.

Tabel 2.14: Budgettaire kost van de vergrijzing van de sociale zekerheid (in % van BBP) tussen 2004 en 2030⁷⁸

| | Scenario van de SCvV van mei 2005 | | | | Scenario zonder welvaartsaanpassing van mei 2005 | | | |
|--|-----------------------------------|------|------|-----------|--|------|------|-----------|
| | 2004 | 2010 | 2030 | 2004-2030 | 2004 | 2010 | 2030 | 2004-2030 |
| Pensioenen ^a | 9.3 | 9.0 | 12.3 | 3.1 | 9.3 | 9.0 | 11.9 | 2.7 |
| - werknemersregeling | 5.2 | 5.2 | 7.6 | 2.4 | 5.2 | 5.1 | 7.2 | 2.0 |
| - zelfstandigenregeling | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.0 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | -0.0 |
| - overheid | 3.3 | 3.1 | 4.0 | 0.7 | 3.3 | 3.1 | 4.0 | 0.7 |
| Gezondheidszorg ^b | 7.2 | 7.9 | 9.5 | 2.3 | 7.2 | 7.9 | 9.5 | 2.3 |
| - "acute" gezondheidszorg ^c | 6.3 | 6.8 | 8.0 | 1.7 | 6.3 | 6.8 | 8.0 | 1.7 |
| - "langdurige" gezondheidszorg | 0.9 | 1.1 | 1.5 | 0.6 | 0.9 | 1.1 | 1.5 | 0.6 |
| Arbeidsongeschiktheid | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 0.0 | 1.3 | 1.3 | 1.3 | -0.0 |
| Werkloosheid | 2.3 | 1.9 | 1.2 | -1.2 | 2.3 | 1.9 | 1.1 | -1.2 |
| Brugpensioen | 0.4 | 0.4 | 0.4 | -0.1 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | -0.1 |
| Kinderbijslag | 1.7 | 1.5 | 1.3 | -0.4 | 1.7 | 1.5 | 1.1 | -0.6 |
| Andere sociale uitgaven ^d | 1.5 | 1.5 | 1.5 | -0.0 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | -0.0 |
| Totaal | 23.7 | 23.5 | 27.3 | 3.6 | 23.7 | 23.4 | 26.7 | 3.0 |
| p.m. personeelsuitgaven onderwijs | 4.4 | 4.0 | 3.8 | -0.5 | 4.4 | 4.0 | 3.8 | -0.5 |

Bron: Studiecommissie voor de vergrijzing (SCvV), Hoge raad van Financiën jaarlijks verslag mei 2005.

In bovenstaande tabel geeft de budgettaire kost van de vergrijzing het verschil weer in de uitgaven van de sociale prestaties tussen twee periodes in procent van het BBP. Er worden twee scenario's weergegeven: het scenario met een welvaartsaanpassing en het scenario zonder welvaartsaanpassing. De 'Studiecommissie voor Vergrijzing' acht het voorzichtiger een scenario naar voor te schuiven dat met een zekere welvaartsaanpassing rekening houdt.

Tabel 2.14 geeft aan dat men op korte termijn een lichte daling van de budgettaire kost van de vergrijzing kan vaststellen. Deze daling wordt onder meer verklaard door de evolutie in de pensioenen, de werkloosheid en de kinderbijslag. Op middellange

⁷⁸
a. Inclusief pensioenen van de overheidsbedrijven die verbonden zijn aan de openbare uitgaven en inkomensgarantie voor ouderen.
b. Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg.
c. De "langdurige" gezondheidszorg omvat de thuisverpleging, het verblijf in rustoorden voor bejaarden (ROB), in rust-en verzorgingstehuizen (RVT), in psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) alsook het beschut wonen. De "acute" gezondheidszorg omvat de andere gezondheidszorgen.
d. Voornamelijk arbeidsongevallen, beroepsziekten, bestaanszekerheid, Vlaamse Zorgverzekering.

termijn doet er zich echter een sterke stijging voor in de uitgaven voor de gezondheidszorg.

Op lange termijn zou de budgettaire kost van de vergrijzing 3,6% van het BBP bedragen tussen 2004 en 2030 volgens het scenario van de SCvV en 3,0% volgens het scenario zonder welvaartsaanpassing. Zoals reeds eerder vermeld, wordt de voorkeur gegeven aan het eerste scenario.

De tak 'Pensioenen' stijgt van 9,3% tot 12,3% gedurende de periode 2004-2030. De demografische evolutie naar een steeds oudere bevolking verklaart onder meer deze stijging. De tak 'Gezondheidszorg' stijgt met 2,3% gedurende deze periode. De tak 'Kinderbijslag' daalt met 0,4% gedurende de periode 2004-2030 als gevolg van de demografische evolutie en de gedeeltelijke welvaartsaanpassing. Bij de tak 'Werkloosheid' doet er zich een daling voor van 1,2% tijdens de periode 2004-2030. De takken 'Arbeidsongeschiktheid', 'Bruggepensioneerden' en 'Andere sociale uitgaven' worden weinig tot niet beïnvloed door de vergrijzing van de bevolking.

Ondanks het feit dat een aantal uitgaven van de sociale zekerheid niet wijzigen of soms zelfs dalen door de veroudering van de bevolking, zullen de totale uitgaven van de sociale zekerheid stijgen met 3,6% ten opzichte van het BBP.

Men kan besluiten dat het huidig pensioenstelsel en het systeem van onze gezondheidszorg de komende jaren onder grote druk zullen staan. Gepaste beleidsmaatregelen van de overheid worden een elementaire noodzaak als we de kwaliteit van ons sociale zekerheidssysteem willen blijven garanderen. In de twee volgende hoofdstukken komt de tak 'Gezondheidszorg' uitgebreid aan bod en wordt er dieper ingegaan op de oorzaken van de stijging van de uitgaven. Men kan nu al opmerken dat de stijging inzake de gezondheidszorg niet enkel te wijten is aan de vergrijzing van de bevolking. Tal van andere oorzaken beïnvloeden deze uitgaven. In het derde hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van mogelijke oorzaken.

Hoofdstuk 3: Analyse van de ziekteverzekering voor werknemers

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de tak 'Ziekte - en invaliditeitsverzekering'. De aandacht wordt hoofdzakelijk gevestigd op de ziekteverzekering. De gezondheidszorg, waarbinnen de ziekteverzekering kadert, staat de laatste jaren onder een enorme budgettaire druk. Uit een studie van OECD (2005)⁷⁹ blijkt dat de publieke uitgaven voor gezondheidszorg recent zijn gestegen in België. Gedurende de periode 1999-2003 is de gemiddelde reële groeinorm van 3,5% - die constant bleef gedurende lange periode - gestegen tot gemiddeld 4,3%. Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg geeft in een recente studie (2005) aan dat de uitgaven aan gezondheidszorg over de voorbije decennia, zowel absoluut als in procentueel aandeel van het BBP, stijgen. Deze trend doet zich voor in nagenoeg alle geïndustrialiseerde landen. De Nationale Bank van België (NBB- publiceerde in het Economic Review III 2005) recent volgende gegevens. Figuur 3.1 in bijlage 2 geeft een overzicht van evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg.

Volgens de berekeningen⁸⁰ van de NBB is de uitgavenpost 'Gezondheidszorg' – met een gemiddelde groei van 3,7% tussen 1980 en 2004 – de grootste uitgavenpost van de sociale zekerheid. De reële groei van de gezondheidsuitgaven is echter zeer volatiel. Het gecentreerd voortschrijdend gemiddelde kan de jaarlijkse veranderingen wat afvlakken⁸¹. Uit de figuur 3.1 blijkt dat de laatste jaren de toename van de uitgaven voor gezondheidszorg duidelijk boven het trendmatige groeipeil ligt. In het jaren 2003 en 2004 was de stijging zelfs enorm, met respectievelijk 7,5% en 6,7% in reële termen. De vastgelegde groeinorm van 4,5%, zoals in het regeerakkoord van

79 OECD Economic Surveys: Belgium (2005). Constraining public health expenditure growth, blz. 66-83, 18.

⁸⁰ Waarbij bij de vaste prijzen de uitgaven gedefleerd zijn aan de hand van de nationale consumptieindex en voor de berekening van het voortschrijdend gemiddelde van 2003 en 2004 werd uitgegaan van een reële groei van 4,5 pct. in 2005 en 2006.

⁸¹ Het afvlakken van de jaarlijkse veranderingen gebeurt door de verschuivingen van het ene jaar naar het andere, veroorzaakt door boekhoudkundige vertragingen, en de maatregelen op korte termijn te elimineren.

juli 2003 bepaald is, was dus niet voldoende om de uitgaven binnen het voorziene budget te houden.

Vele beleidsverantwoordelijken beschouwen de situatie als zorgwekkend omdat de budgettaire druk van de gezondheidszorg onhoudbaar zal worden indien de trend van stijgende uitgaven zich verder zet. De betaalbaarheid van goede medische zorgen voor alle lagen van de bevolking zou eventueel in het gedrang kunnen komen (Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2005). Er zijn dus genoeg argumenten om een gedetailleerde analyse van de ziekteverzekering uit te voeren. De complexiteit van de gezondheidszorg vereist een uitvoerige analyse om een objectief beeld te kunnen vormen van de problematiek hieromtrent. De gezondheidssector is daarenboven onderhevig aan een continue evolutie van veranderingen die veroorzaakt wordt door zowel maatschappelijke als politieke aspecten.

Na het geven van een korte toelichting over de oorsprong van de ziekteverzekering, volgt een overzicht van de verschillende instellingen die verband houden met werking van de ziekteverzekering. Vervolgens wordt nagegaan wat verklarende factoren zijn voor de stijgende gezondheidsuitgaven. Ook wordt onderzocht of het gezondheidsbudget efficiënt besteed wordt en waar er zich 'overconsumptie' binnen de ziekteverzekering voordoet. De problematiek rond de overconsumptie van de ziekteverzekering doet zich voor binnen drie grote domeinen: de geneesmiddelen, de geneesheren en de ziekenhuizen. Naast een bespreking van de overconsumptie binnen de ziekenhuizen, worden vooral de domeinen 'geneesmiddelen' en 'geneesheren' onder de loep genomen. Deze twee gebieden zijn zeer sterk verwant met elkaar, zeker als men de generische en de goedkope geneesmiddelen in rekening brengt. Met behulp van beschrijvende statistiek en een regressieanalyse wordt nagegaan welke verbanden er zouden kunnen zijn tussen het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen en de karakteristieken van zowel de voorschrijvende geneesheer als de patiënt. Dit empirisch onderzoek wordt eveneens uitvoerig besproken in dit hoofdstuk.

3.1 Oorsprong en instellingen van de ziekteverzekering

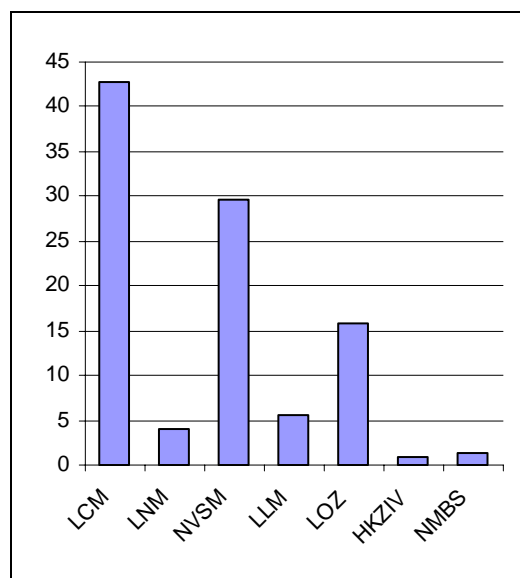
In het tweede hoofdstuk is het historisch aspect van de sociale zekerheid, waaronder ook de ziekteverzekering, reeds uitvoerig aanbod gekomen. Ons sociale-zekerheidssysteem vindt zijn oorsprong in de periode van de industriële revolutie en het ontstaan van het kapitalisme.⁸² De ziekteverzekering ontstaat geleidelijk aan van privé-initiatieven, zoals burgerlijke godshuizen en burelen van weldadigheid, tot de huidige verplichte ziekteverzekering.

Om de werking van de ziekteverzekering te garanderen zijn er tal van instellingen opgericht. Ten eerste zijn er de verzekeringsinstellingen: de landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor Ziekte-en Invaliditeits-verzekering (HKZIV) en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.⁸³ Ons land telt vijf nationale landsbonden: de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM), de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen (LNM), het Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten (NVSM), de Landsbond van Liberale Mutualiteiten van België (LLM) en de Landsbond van de Beroeps-en Onafhankelijke Ziekenfondsen (LOZ). Uit onderstaande figuur blijkt dat de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten het grootst aantal leden telt.

⁸² Alles wat je al wilde weten over de sociale zekerheid (2005). [on line]. Beschikbaar via: Internet: http://www.socialsecurity.fgov.be/NL/nieuws_publicaties/publicaties/alles_osec/alwa2005_nl.pdf.

⁸³ Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België (2004), o.c., 553 blz.

Figuur 3.2: Verdeling van de leden per verzekeringsinstelling in 2004 (in %)



Bron: Jaarverslag (2004), Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

Vervolgens wordt het instituut dat belast is met het administratief en financieel beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen besproken. Deze openbare instelling wordt het RIZIV genoemd. De afkorting staat voor ‘Rijksinstituut voor ziekte-en invaliditeitsverzekering’.⁸⁴ Het Algemeen Beheerscomité neemt beslissingen inzake het algemeen en administratief beheer van het Instituut. De administrateur-generaal staat in voor het dagelijks bestuur van het RIZIV. Het instituut is verdeeld in verschillende diensten om een efficiënte werking van het orgaan te garanderen. Naast de Algemene diensten worden de ‘Dienst voor geneeskundige verzorging’, de ‘Dienst voor uitkeringen’, de ‘Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle’ en de ‘Dienst voor Administratieve controle’ onderscheiden. De ziekenfondsen kunnen hun bevoegdheden niet uitoefenen zonder dat hun organisatie enige controle ondergaat. Deze controle gebeurt door de ‘Controledienst van de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen’. De controlerende taken worden uitgevoerd door inspecteurs van de Controledienst en bedrijfsrevisoren die aangesteld worden door de landsbonden.

⁸⁴ Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België (2004), o.c., 553 blz.

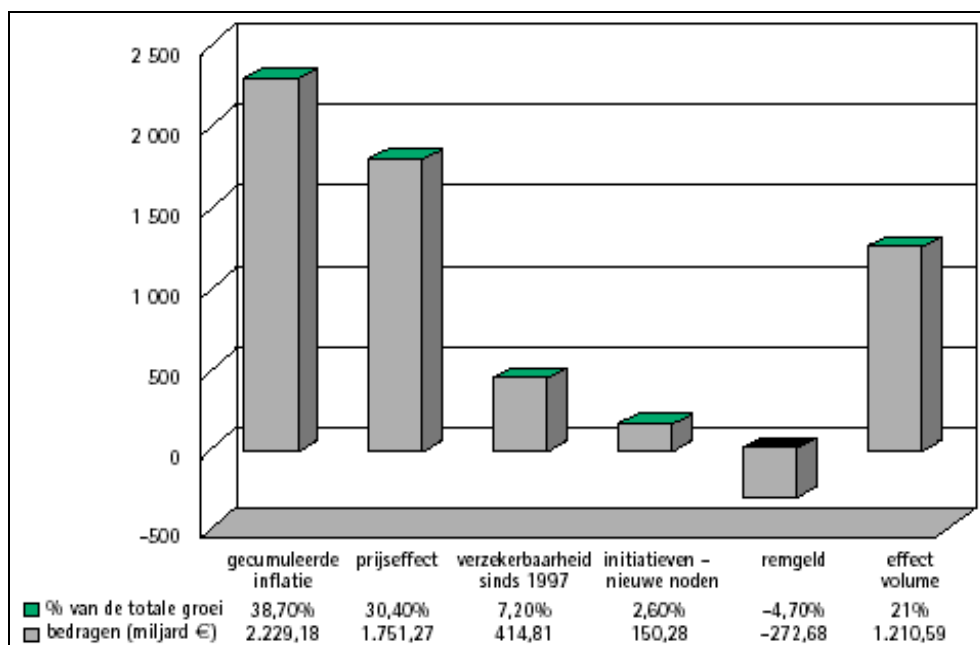
3.2 Oorzaken van de stijgende uitgaven in de gezondheidszorg

Volgens de recente studie⁸⁵ van de Christelijke Mutualiteit is de totale stijging van de gezondheidsuitgaven vooral het resultaat van een prijseffect. In deze studie wordt er gewerkt met gegevens over de periode 1999-2000 waarbij telkens een onderscheid werd gemaakt tussen prijs- en volume-effecten.

Figuur 3.3 geeft aan dat de gecumuleerde inflatie het meest weegt op de uitgaven en bijna 39% van de groei vertegenwoordigt. De koppeling van de lonen aan het indexcijfer van consumptieprijzen, die ook een invloed heeft op alle medische producten, verklaart het hoge percentage. De ‘zuivere’ prijseffecten, exclusief de inflatie, veroorzaken ongeveer 30% van de stijgende gezondheidsuitgaven. Men spreekt hier van de werkelijke waardeinstijgingen van de gezondheidsverstrekkingen. Maar ook de invloed van de technologische evolutie is hier merkbaar: het medisch materiaal, de technieken en de geneesmiddelen evolueren voortdurend, wat zich vertaalt in prijsstijgingen.

⁸⁵ Christelijke Mutualiteit: Departement Onderzoek & Ontwikkeling (2005). De vergrijzing, een collectieve uitdaging, *themadossier nr. 5*, Van Muysenwinkel, Enschede, 155 blz.

Figuur 3.3: Componenten van de aangroei van de gezondheidszorguitgaven (ten laste van het RIZIV) tussen 1999-2000



Bron: Christelijke Mutualiteit (2005), *themadossier nr.5*

De rubrieken ‘verzekerbaarheid sinds 1997’ en ‘initiatieven-nieuwe noden’ nemen samen ongeveer 10% voor hun rekening van de stijgende overheidsuitgaven voor gezondheidszorg. Het betreft hier respectievelijk bepaalde hervormingen van de verzekerbaarheid en initiatieven die de overheid heeft genomen om de sociale dekking van bepaalde risicocategorieën te verbeteren. Vervolgens merkt men een afremmingseffect bij de terugbetalingen in de gezondheidszorg door de verhogingen van het remgeld in de jaren 1993, 1994 en 1997. Het mechanisch effect heeft de uitgaven in nominale termen met 4,7% doen dalen. Er zou ook een volume-effect – dat meestal de vorm aanneemt van een uitstel van verzorging - kunnen meespelen, maar volgens de studie van de Christelijke Mutualiteit is dit effect klein en tijdelijk van aard.

Naast de verschillende aangehaalde prijseffecten, zijn er ook volume-effecten die bijna 21% van de totale groei van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg vertegenwoordigen gedurende de periode 1999-2000. Volume-effecten nemen de vorm aan van: de stijging van het aantal verstrekkingen per patiënt, de stijging van het aantal patiënten of de stijging van de consumptie van medische goederen. Ook de vergrijzing kan hier een rol spelen.

Na deze algemene verklaring voor de stijgende uitgaven van de gezondheidszorg wordt er vervolgens op zoek gegaan naar andere oorzaken ter verklaring van de stijgende uitgaven. Onderstaande tekst is enerzijds gebaseerd op een literatuurstudie en anderzijds op informatie verstrekt door bevoorrechte getuigen en deskundigen op het gebied van de gezondheidszorg tijdens interviews. In bijlage 3 wordt een overzicht en bijkomende informatie gegeven van de verschillende bevraagde getuigen.

Kesenne (2004), Nationaal Secretaris van de Christelijke Mutualiteit, geeft verschillende specifieke oorzaken aan voor de sterke groei van de gezondheidsuitgaven.⁸⁶ Demografische veranderingen doen de uitgaven sterk oplopen. De vergrijzing zorgt ervoor dat de bevolking ouder wordt met als gevolg dat het aantal zorgbehoevende bejaarden zal stijgen. De daling in de nataliteit (geboortecijfer) en de mortaliteit (sterftcijfer) van de bevolking ligt aan de basis van deze demografische evolutie. Dit leidt tot een versmalling van het draagvlak voor de financiering en de toename van de behoeften.

⁸⁶ Kesenne, J. (2004). Uitdaging voor de Gezondheidszorg: keuzen in de zorg.

Tabel 3.1: De demografische afhankelijkheidsgraden (1953-2050)

| | 1953 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| De ouderenafhankelijkheidsgraad (65+ / 20-64 jaar) | 19 | 20 | 24 | 25 | 25 | 28 | 29 | 35 | 44 | 49 | 50 |
| De totale afhankelijkheidsgraad (0-19 & 65+ / 20-64 jaar) | 65 | 71 | 80 | 74 | 66 | 68 | 66 | 71 | 82 | 87 | 88 |

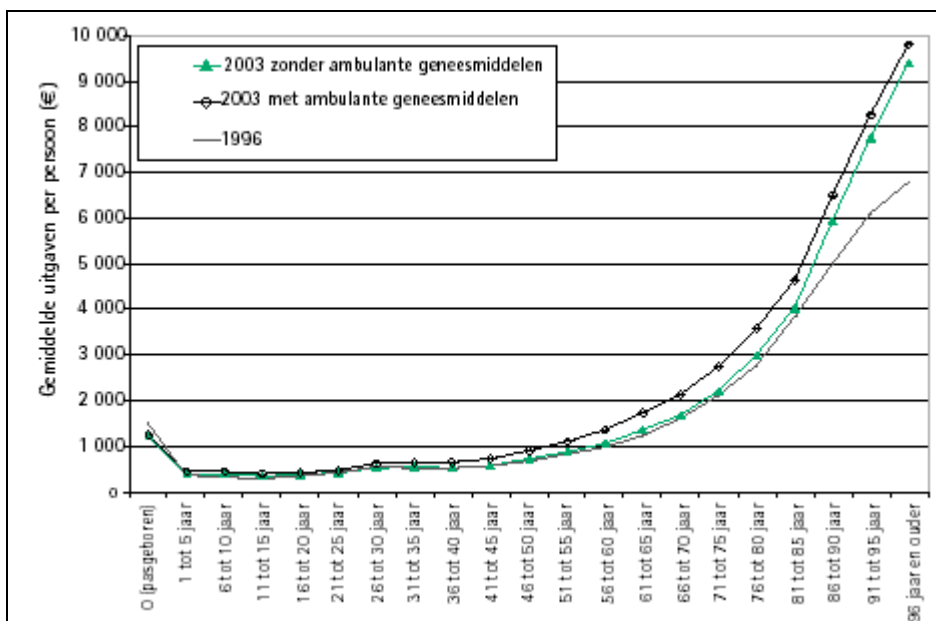
Bron: NIS-Federaal Planbureau Bevolkingsvooruitzichten 2000-2050.

Uit deze tabel blijkt duidelijk dat een steeds kleinere groep actieven (20-65 jaar) de steeds grotere groep inactieven (65 + jaar) financieel zal moeten ondersteunen. Maar leidt een oudere bevolking noodzakelijk tot meer medische uitgaven? Uit de reeds vernoemde studie⁸⁷ blijkt dat het verband tussen de gezondheidszorguitgaven en de leeftijd veel complexer is dan men denkt. Enkele verbanden worden in deze studie toegelicht. De meest verontrustende vaststelling is dat de gemiddelde uitgaven toenemen met de leeftijd. Remans, arts en reumatoloog, voegt hieraan toe dat oudere patiënten ook vatbaarder zijn voor allerlei complicaties wanneer ze ziek worden. Het is dus niet enkel de vergrijzing op zich die de kosten hoog doet oplopen, maar ook het stijgend risico op complicaties naarmate de patiënt ouder wordt. Preventieve geneeskunde is dan ook noodzakelijk.⁸⁸ De stijging van deze gemiddelde kost is niet voor alle leeftijden identiek van de ene periode tot de andere. Figuur 3.4 geeft een overzicht.

⁸⁷ Christelijke Mutualiteit (2005), o.c. blz. 7-60.

⁸⁸ Informatie verstrekt tijdens interview op 29 maart 2006, te Genk.

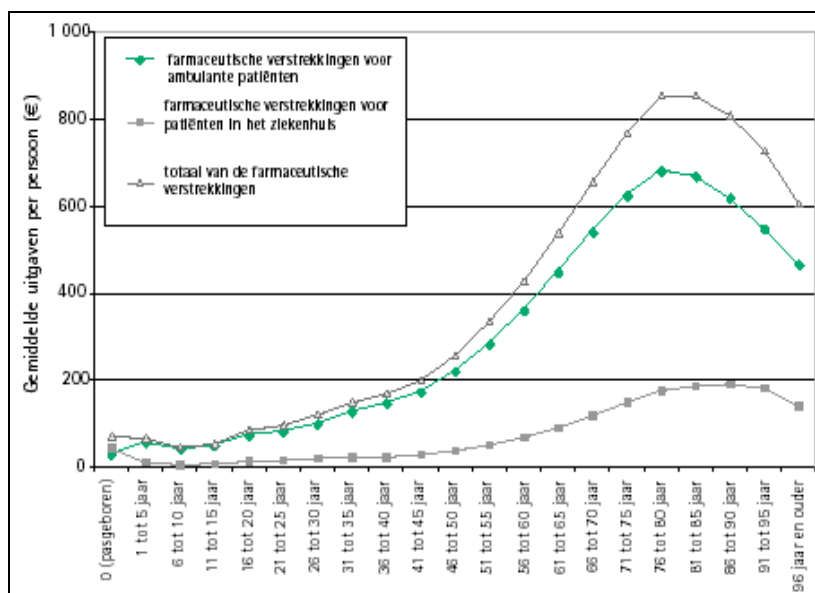
Figuur 3.4: Gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg verstrekt in 1996 en 2003 (ten laste van het RIZIV) per CM-lid, volgens leeftijd



Bron: Christelijke Mutualiteit (2005), *thema dossier nr. 5*

Vervolgens geeft de studie aan dat de toename van de gemiddelde uitgaven volgens leeftijd niet kan veralgemeend worden naar de hele zorgsector. Uit figuur 3.5 blijkt dat de farmaceutische verstrekkingen niet continu stijgen met de leeftijd. De farmaceutische verstrekkingen vertegenwoordigen tegenwoordig wel een toenemend aandeel in de overheidsuitgaven.

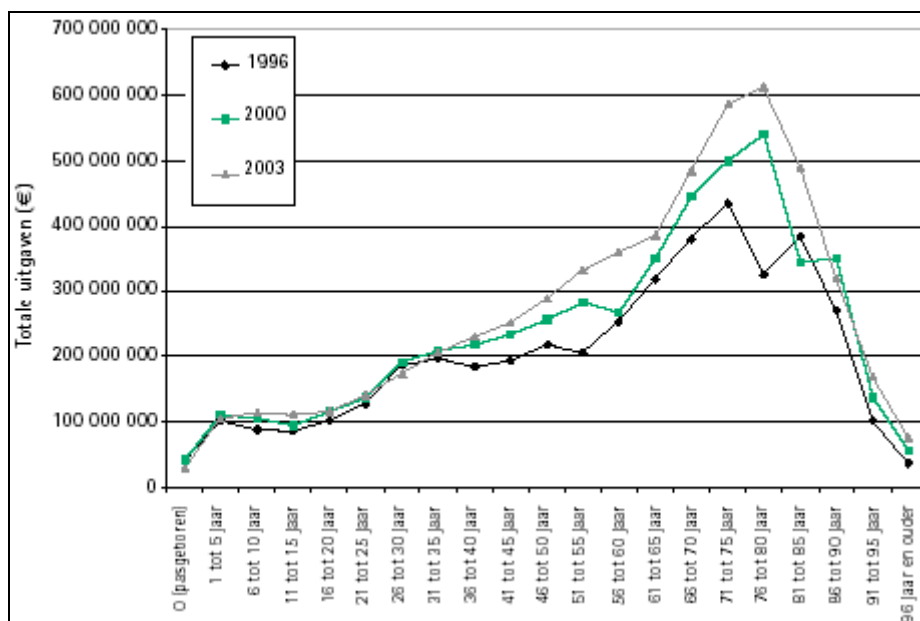
Figuur 3.5: Gemiddelde uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen (C2), verstrekt in 2003 (ten laste van het RIZIV) per CM-lid, volgens leeftijd en type prestatie



Bron: Christelijke Mutualiteit (2005), *themadossier nr. 5*

Tot slot geeft de studie van de Christelijke Mutualiteit aan dat de aangroei van de totale uitgaven in de tijd niet het meest uitgesproken is bij de oudste mensen. Figuur 3.6 vertoont wel een piek bij de leeftijdsgroep 65 tot 80 jaar. Daar lopen de kosten dus het hoogst op. Ook blijkt dat dit hoogtepunt zich door de jaren heen naar rechts verschuift. Dit kan leiden tot een verplaatsing van de gezondheidszorgkosten naar de oudste mensen.

Figuur 3.6: Totale gezondheidsuitgaven (ten laste van het RIZIV) van de CM-leden, verstrekt in 1996, 2000 en 2003



Bron: Christelijke Mutualiteit (2005), *themasossier nr. 5*

Een tweede oorzaak van de stijgende gezondheidsuitgaven zijn de groeiende medisch-technische mogelijkheden, aldus Kesenne⁸⁹. De studie ‘Beheersbare gezondheidszorg’ van ING België (2003)⁹⁰, geeft aan dat er een verregaande medicalisering van de samenleving is ontstaan waarbij elke patiënt verwacht dat hij het beste en het duurste krijgt. Verder zegt deze studie dat technologie door efficiëntere behandelingsmethoden en door een vergroting van de arbeidsproductiviteit, enkele kostenbesparende effecten kan opleveren. Maar ondanks deze positieve effecten blijkt dat er toch een kostenverhogende invloed van uitgaat. Ook het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg toont in een onderzoek⁹¹ aan dat de technologische vooruitgang een belangrijke drijvende kracht is achter de uitgavengroei. Maar er is meer onderzoek nodig naar de mechanismen die de

⁸⁹ Kesenne, J. (2004). Uitdaging voor de Gezondheidszorg: keuzen in de zorg.

⁹⁰ Van de Cloot (2003). Een beheersbare gezondheidszorg, ING, Financiële Berichten, 76, nr. 2390, blz. 1-10.

⁹¹ Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), IMA, CES – KUL, FPB (2005). *Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg*. Report. Brussel: Federaal.

omvang en de richting van deze technologische vooruitgang bepalen. Deze studie beklemt ook echter dat het uiterst moeilijk is deze technologische vooruitgang te operationaliseren en empirisch in kaart te brengen.

Een veelbesproken knelpunt in deze context heeft betrekking tot de medische beeldvorming. Er worden verschillende soorten scanners gebruikt in de medische wereld. De MRI-scanner (Magnetic Resonance Imaging) of magnetische resonantie-beeldvorming is een medisch apparaat om beelden van het binnenste van het lichaam te maken, zonder dat er een heelkundige ingreep nodig is (Wikipedia, 2006). Vroeger werd deze scanner de NMR-scanner (Nuclear Magnetic Resonance) of kernspinresonantie genoemd. Deze term echter riep bij leken een negatief beeld op van kernreacties en schadelijke stralingen, zodat men besliste deze NMR benaming niet meer te gebruiken. Dit toestel maakt geen gebruik van Röntgenstralen⁹². De MRI-scanner kan omschreven worden als een krachtige magneet waarin de patiënt gaat liggen. Er worden radiogolven gestuurd in dit magneetveld, dat inwerkt op waterstofatomen in het menselijk lichaam.

Een tweede toestel dat gebruikt wordt in de afdeling medische beeldvorming is de CT-scan (Computer Tomografisch scan). Met dit röntgentoestel worden beelden van dwarse doorsneden doorheen de patiënt gemaakt. In de CT-scan bevindt zich een röntgenbuis die zich 360° rond de patiënt draait en op die manier de mogelijke beelddoorsneden doorheen alle delen van het menselijk lichaam vastlegt. Het grote voordeel van deze scanner is dat men een uitstekend beeld krijgt van allerlei afwijkingen, niet alleen van bot maar ook in allerlei weefsels (Departement Radiologie AZ Brugge, 2006). Ook wordt SPECT – scan (Single Photon Emission Computed Tomography) en de PET-scan of Positronemissietomografie gebruikt in de medische beeldvorming (Wikipedia, 2006). Coemans, Financieel Directeur van het Medisch Centrum Sint-Jozef, geeft aan dat de overheid beslist heeft dat er dertien PET-scanners aanwezig mogen zijn. De overheid financiert deze scanners volledig,

⁹² Departement Radiologie AZ St Jan AV Brugge (2006). [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.rxbrugge.be/content/static.aspx?ID=39>.

rekening houdend dat de aankoopprijs van elke PET-scan ongeveer 250.000 euro bedraagt. Volgens het Kenniscentrum is dit onverantwoord veel, maar enigszins nog te verantwoorden indien men de scanners ook voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt en men belang hecht aan een goede spreiding van de toestel over het land. Maar uit onderzoek van het Kenniscentrum blijkt dat aan beide voorwaarden niet voldoende voldaan is. Daarenboven blijkt ook uit het onderzoek dat het voor een land met een bevolking van ongeveer 10 miljoen inwoners, volstaat om drie PET-scanners te plaatsen. Men kan zich dus vragen stellen over de toegevoegde waarde van het aantal PET-scanners die in België aanwezig zijn, aldus Coemans.⁹³

Tegenover deze sterke medische vooruitgang staat uiteraard een grote kostprijs. Het aantal prestaties en de terugbetalingstermijnen bepalen de kostprijs van de onderzoeken medische beeldvorming. Maar hier wordt in dit hoofdstuk grondiger op ingegaan in paragraaf 3.4 waar aspecten van de overconsumptie van de ziekteverzekering worden weergegeven.

Kesenne geeft vervolgens een derde oorzaak aan van de stijgende gezondheidsuitgaven. De huidige maatschappij wordt gekenmerkt door een groeiende comfortvraag.⁹⁴ De patiënt eist verzorging voor een kleine aandoening. Tal van oorzaken liggen aan de basis van dit gedrag. De toename in het reële inkomen is verantwoordelijk voor een deel van de uitgavengroei⁹⁵. Gezondheidszorg is een 'luke' product. Hieruit blijkt dat de gezondheidsuitgaven sneller groeien dan het BBP. Maar volgens Kesteloot & Marchand kan de economische groei niet als fundamentele oorzaak worden opgegeven om de toenemende gezondheidsuitgaven te verklaren. De vraag waarom burgers een groter deel van hun beschikbaar inkomen uitgeven aan gezondheidszorg naarmate ze rijker worden, blijft in dit artikel onbeantwoord. Remans, reumatoloog, voegt hieraan toe dat de patiënt ook recht

⁹³ Informatie verstrekt tijdens interview op 2 december 2005, te Munsterbilzen.

⁹⁴ Kesenne, J. (2004). Uitdaging voor de Gezondheidszorg: keuzen in de zorg.

⁹⁵ K., Kesteloot & M., Marchand (1995).

heeft op een goede verzorging. Wanneer iemand veel werkt en ervoor kiest om meer uit te geven aan zijn gezondheid, dan is dat ook zijn recht.⁹⁶

Vervolgens geven Kesteloot & Marchand een tweede mogelijke oorzaak die de groeiende comfortvraag ondersteunen. Twee elementen spelen op elkaar in: het 'moral hazard' probleem en een gedeeltelijke uitbreiding van de ziekteverzekering. Het 'moral hazard' probleem is zeer gekend in de verzekeringswereld. In de context van de ziekteverzekering doet het zich voor wanneer de verzekerden meer zorgverlening consumeren dan indien ze de volledige prijs zelf zouden moeten betalen. Naarmate de verzekeringsdekking uitbreidt en dus meer ziektes erkent en financiert, stelt het 'moral hazard' probleem zich scherper. Asymmetrische informatie tussen patiënten en zorgverleners versterkt deze onevenwichtige situatie. Het probleem van 'moral hazard' kan zich op verschillende manieren voordoen. Een verzekerde kan zich onvoorzichtiger gedragen wanneer hij weet dat hij/zij verzekerd is⁹⁷. De volgende situatie kan zich ook voordoen door het verschijnsel 'moral hazard': wanneer de verzekerde beroep doet op de dekking van de verzekering in geval van schade, dan zou men meer kunnen claimen dan feitelijk nodig is. Coemans, Financieel Directeur van het Medisch Centrum Sint-Jozef, voegt hieraan toe dat 'moral hazard' gedeeltelijk veroorzaakt wordt door het reguleren van de markt door de overheid.⁹⁸

Een vierde mogelijke oorzaak van de stijgende gezondheidsuitgaven wordt volgens Kesteloot & Marchand veroorzaakt door de defensieve geneeskunde. Wanneer zorgverleners verstrekkingen uitvoeren met een beperkte medische effectiviteit omdat ze klachten en mogelijke vervolging vrezen van ontevreden patiënten, dan doen ze aan defensieve geneeskunde. Wanneer we de situatie hieromtrent vergelijken met de Verenigde Staten van Amerika dan is dit fenomeen in België nog niet zo belangrijk. Toch blijkt echter dat het aantal rechtszaken op vlak van medische aansprakelijkheid stilaan toeneemt. Ook Remans, arts en reumatoloog en

⁹⁶ Informatie verstrekt tijdens interview op 29 maart 2006, te Genk.

⁹⁷ Van Velthoven, B.C.J. & Van Wijck, P.W. (2001).

⁹⁸ Informatie verstrekt tijdens interview op 2 december 2005, te Munsterbilzen.

Lambrechts, huisarts, bevestigen de opkomst van de defensieve geneeskunde. Vooral bij de nieuwe generatie artsen wordt dit een groot probleem aangezien zij nog geen vertrouwensband hebben kunnen opbouwen met hun patiënten.⁹⁹ Ook Fagnart & Vansweevelt (2005) erkennen het probleem van de defensieve geneeskunde. Volgens hen vloeit het probleem uit de regeling van de burgerlijke aansprakelijkheid, waarbij een patiënt pas een schadevergoeding kan krijgen wanneer hij bewijst dat de schade veroorzaakt is door een fout. Deze juridische eis doet afbreuk aan de kwaliteit van de relatie tussen zorgverstreker en patiënt. Wanneer iemand het slachtoffer is van een vergissing of een complicatie waarbij er geen sprake is van een fout, dan eist de patiënt vaak dat de schade vergoed wordt. Deze houding leidt tot een kostelijke juridische lijdensweg waardoor verzekeraars hun premie's verhogen om de stijgende procedurekosten te kunnen dekken. Op die manier komen we volgens Fagnart & Vansweevelt in een vicieuze cirkel terecht waarbij het aansprakelijkheidsbeginsel voortdurend uitgebreid wordt, terwijl dit uiteindelijk tot een defensieve geneeskunde leidt. Een andere vorm van defensieve geneeskunde wordt door Kesteloot & Marchand omschreven als 'het zekere voor het onzekere nemen'. De verstreker voert alle interventies uit waarvan mogelijks enig (hoe klein ook) positief nut voor de patiënt verwacht wordt.

Een volgende oorzaak die Kesenne aanhaalt om de stijgende gezondheidsuitgaven te verklaren is het overaanbod van medische verstrekkingen.¹⁰⁰ Het aantal medische zorgverstrekkers is gedurende de periode 2000-2004 gestegen, zo blijkt uit onderstaande tabel.

⁹⁹ Informatie verstrekt tijdens interviews op 21 november 2005 te Munsterbilzen en 29 maart 2006, te Genk.

¹⁰⁰ Kesenne, J. (2004). Uitdaging voor de Gezondheidszorg: keuzen in de zorg.

Tabel 3.2: Evolutie van het aantal zorgverleners per 31 december

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Geneesheren | | | | | |
| Algemeen geneeskundigen | 21 415 | 21 614 | 21 698 | 22 000 | 21 898 |
| Geneesheren-specialisten | 18 104 | 18 553 | 19 065 | 19 447 | 19 836 |
| Apothekers | 10 724 | 10 939 | 11 191 | 11 394 | 11 618 |
| Tandheelkundigen | 8 465 | 8 512 | 8 553 | 8 597 | 8 660 |
| Vroedvrouwen | 4 508 | 4 613 | 4 734 | 4 912 | 5 084 |
| Verpleegkundigen | 55 406 | 56 996 | 58 306 | 60 142 | 62 211 |
| Kinesitherapeuten | 27 053 | 27 362 | 27 475 | 28 192 | 28 252 |
| Logopedisten | 2 983 | 3 287 | 3 633 | 3 575 | 3 922 |
| Orthoptisten | 82 | 82 | 80 | 83 | 86 |
| Orthopedisten | 551 | 562 | 559 | 556 | 560 |
| Bandagisten | 8 083 | 8 267 | 8 357 | 8 489 | 8 653 |
| Bandagisten (implantaten) | 757 | 786 | 804 | 818 | 836 |
| Opticiens | 3 280 | 3 325 | 3 333 | 3 364 | 3 306 |
| Audiciens | 869 | 911 | 952 | 1 008 | 1 039 |
| Apothekers-biologen | 568 | 578 | 584 | 587 | 583 |
| Diëtisten * | - | - | - | 793 | 928 |
| Podologen * | - | - | - | 124 | 172 |

* Het Koninklijk besluit van 10 maart 2003 voert vanaf 1 maart 2003 de terugbetaling van verstrekkingen verricht door erkende diëtisten en podologen in het kader van de diabetespas in

Bron : Dienst voor geneeskundige verzorging - Bestand van zorgverleners RIZIV

Bron: Jaarverslag RIZIV (2004)

Uit tabel 3.2 blijkt dat het aantal ‘algemeen geneeskundigen’ met 2,26 % is gestegen gedurende de periode 2000-2004. Het aantal ‘geneesheren-specialisten is met 9,57% gestegen gedurende deze periode. Ook bij de andere zorgverleners doet er zich een stijging voor.

Naast de duidelijke stijging in het aantal zorgverleners kan het probleem van ‘overaanbod’ ook vanuit een ander invalshoek waargenomen worden. De term ‘aanbodgeïnduceerde vraag’ staat centraal in deze tweede context. Zorgverstrekkers zullen hun patiënten meer gezondheidszorg laten verbruiken dan deze zelf zouden consumeren, indien ze over dezelfde informatie als de verstrekkers zouden beschikken (Mooney, 1993). Asymmetrische informatie tussen patiënt en

zorgverstreker verklaart gedeeltelijk dit fenomeen. Ook het feit dat de aanbieders verschillende belangen nastreven kan het verschijnsel ‘aanbodgeïnduceerde vraag’ verklaren. Enerzijds is de arts een belangenbehartiger van de patiënt, anderzijds heeft de arts ook eigen economische belangen die hij tracht na te streven (Thewys, 2005). Men kan dus stellen dat er overaanbod is van de gezondheidszorg zowel wat betreft het aantal zorgverstrekkers als de aangeboden medische verstrekkingen. Remans stelt uit het ‘rapport Jadot’ ook vast dat het aantal opnames stijgt in een bepaalde regio, naarmate er meer ziekenhuizen aanwezig zijn in de desbetreffende regio. Ten tweede stelt hij ook “nergens zijn er zoveel mensen gek als in Limburg, maar nergens zijn er zoveel psychiatrische instellingen als in Limburg”.¹⁰¹ Bovenstaande treffende voorbeelden bevestigen dat het aanbod de mate van consumptie bepaalt. Wat indirect ook leidt tot hogere gezondheidsuitgaven.

Als vijfde oorzaak vermeldt Kesenne het ziekte-en invaliditeitsstelsel zelf om de stijgende gezondheidsuitgaven te verklaren. Volgens de nationaal-secretaris van de Christelijke Mutualiteit zijn er te weinig incentives voor een goed beheer.¹⁰² Ook Kesteloot & Marchand overwegen dit element als verklarende factor voor de stijgende gezondheidsuitgaven. Zij plaatsen deze oorzaak onder de naam, financiering en organisatie van de gezondheidszorg. Systemen waar verstrekkers worden vergoed op basis van retrospectieve systemen – gebaseerd op de door hen gerapporteerde kosten en/of aantallen verrichtingen – bevatten weinig prikkels om de schaarse middelen efficiënt aan te wenden. Ook de organisatie van de gezondheidszorg kan een rol spelen in de stijgende uitgaven. Enkele belangrijke aspecten hieromtrent zijn: graad van echelonnering, graad van decentralisatie, capaciteit aan zorgverlening, aanwezigheid van private naast publieke verzekeraars en/verstrekkers,....

Ook de hoge administratiekosten kunnen de stijgende gezondheidsuitgaven verklaren. De administratiekosten van het RIZIV en de verschillende

¹⁰¹ Informatie verstrekt tijdens interview op 29 maart 2006, te Genk.

¹⁰² Kesenne, J. (2004). Uitdaging voor de Gezondheidszorg: keuzen in de zorg.

verzekeringsinstellingen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden geraamd op ongeveer 5% van de totale uitgaven (Kesteloot & Marchand).

Een belangrijke oorzaak die zeker een grote invloed heeft op de gezondheidsuitgaven is het Baumol-effect.¹⁰³ Aangezien de lonen in de sectoren van persoonlijke dienstverlening (bijvoorbeeld: cultuur, onderwijs, gezondheidszorg, ...) op lange termijn de algemene loonevolutie volgen, zal de prijs van deze diensten relatief sneller stijgen dan de prijs van diensten en goederen met een grotere arbeidsproductiviteitsgroei (Baumol, 1993 & Cutler, 1994). Maatschappelijke onvrede zoals de 'Witte Woede' zorgt voor een inhaalbeweging op het vlak van de vergoeding van het verpleegkundig personeel. Hierdoor zal, ook al blijft het volume zorgverlening constant, het aandeel van de gezondheidszorg in de totale bestedingen toenemen (Kesteloot & Marchand). In de studie 'Een beheersbare gezondheidszorg' van ING België NV (2003)¹⁰⁴ vermeldt men het volgende in deze context. De kostprijs per eenheid product neemt in de dienstverlenende sectoren sterker toe dan in de industrie. De mogelijkheden voor arbeidsbesparende technologieën en een vergroting van de arbeidsproductiviteit zijn geringer in de dienstverlenende sectoren terwijl de lonen doorgaans wel gelijke tred houden met de lonen in de industrie. De loonstijgingen in de zorgverlening wegen dus sterker door aangezien de dienstensector wordt gekenmerkt door een arbeidsintensief karakter. Ook Guillaume, stafmedewerker van de studiedienst van de Socialistische Mutualiteit geeft aan dat men de impact van de sociale akkoorden zeker niet mag overschatten.¹⁰⁵ Gedurende de laatste twee, drie jaar zijn er nieuwe akkoorden afgesloten inzake loonherwaarderingen van de verpleegkundigen. Maar de budgetten die deze loonshervormingen moeten ramen, worden onderschat. De overschrijding van de budgetten komt vervolgens integraal ten laste van de ziekteverzekering. Dit is dan zogezegd een nieuwe overschrijding van de ziekteverzekering, maar in feite worden

¹⁰³ Kesenne, J. (2004). Uitdaging voor de Gezondheidszorg: keuzen in de zorg.

¹⁰⁴ Van de Cloot (2003). Een beheersbare gezondheidszorg, ING, Financiële Berichten, 76, nr. 2390, blz. 1-10.

¹⁰⁵ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart 2006, te Brussel.

de bijkomende kosten veroorzaakt door een foutieve budgettaire schatting die dergelijke loonhervormingen met zich meebrengen.¹⁰⁶

Remans (2003) groepeert de meest voor de hand liggende groeifactoren als volgt. Langs de aanbodzijde plaatst hij de technologische vooruitgang, de hoge administratiekosten, de defensieve geneeskunde (en het eigen belang van de zorgverstrekkers) en de overconsumptie. Dit laatste element wordt verder in dit hoofdstuk uitgebreid behandeld. Langs de vraagzijde worden de aspecten van de vergrijzing en de grotere structurele vraag, de nieuwe aandoeningen, de nieuwe terugbetalingen voor meer prestaties en de aanbodgeïnduceerde vraag geplaatst. De groeifactoren inzake de organisatorische en economische aspecten zijn de algemene evolutie van de arbeidsproductiviteit en de organisatie van de gezondheidszorg.

Men kan dus besluiten dat de markt van de gezondheidszorg zeer sterk verschilt van een doorsnee-markt. Dit wordt ook vermeld in de studie¹⁰⁷ uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. De ‘medische markt’ waar medische zorgen gevraagd en aangeboden worden door respectievelijk de ‘consumenten’ (de patiënten) en de ‘producenten’ (de zorgverstrekkers), verschilt aanzienlijk van de conventionele markten door verschillende elementen. Enkele verschillen worden kort toegelicht. Bij traditionele vraaganalyses besteedt men over het algemeen weinig aandacht aan de evolutie van de subjectieve voorkeuren om de uitgaven te verklaren. In het geval van medische uitgaven zijn die voorkeuren vaak beter objectiveerbaar omdat ze samenhangen met morbiditeit. Ook het feit dat het grootste deel van de medische kost wordt gedragen door de ziekteverzekering en eventueel door een aanvullende ziekteverzekering creëert een voedingsbodem voor de problematiek rond ‘moral hazard’. De relatie tussen consumptie en de traditionele economische budgetfactoren (inkomen en prijs) wordt daardoor minder evident dan bij de traditionele consumptieanalyse. Een derde verschil dat de studie aangeeft, heeft betrekking op de vorming van de marktprijzen. Deze komen in de ‘medische

¹⁰⁶ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart 2006, te Brussel.

¹⁰⁷ Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), IMA, CES - KUL, FBP (2005). Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. Report. Brussel: Federaal.

markt' gewoonlijk niet tot stand door de interactie tussen vraag en aanbod, maar wel door overleg tussen verschillende belangengroepen: vertegenwoordigers van de aanbieders (de artsen), de kopers (de mutualiteiten als vertegenwoordigers van de patiënten) en de overheid. De aanwezigheid van asymmetrische informatie die vaak leidt tot een aanbodgeïnduceerde vraag doet de 'medische markt' ook verschillen van een doorsnee-markt. Tot slot speelt ook de snelle technologische vooruitgang in de gezondheidssector een rol. Vaak is het moeilijk de effecten van deze technische ontwikkelingen in te schatten omwille van de interactie met de reeds aangehaalde factoren.

3.3 Overconsumptie van de gezondheidszorg

Naast de hierboven beschreven groeifactoren doet er zich een bijkomend probleem voor inzake de gezondheidszorg. Er zijn gevallen waar men onrechtmatig gebruik maakt van het systeem van de ziekteverzekering. ‘Moral hazard’ en ‘asymmetrische informatie’ liggen aan de basis van dit gedrag.

Ook in deze paragraaf is de informatie enerzijds gebaseerd op een literatuurstudie, maar anderzijds vooral op de informatie die is verstrekt tijdens verschillende interviews met deskundigen en bevoorrechte getuigen. Zoals reeds eerder vermeld, geeft bijlage 3 een overzicht van de bevraagde bevoorrechte getuigen.

Wat wordt er eigenlijk verstaan onder overconsumptie? Kramers (2002) omschrijft dit begrip als volgt: “te groot verbruik van goederen, waardoor minder geld over blijft voor investeringen”. Overconsumptie treedt dus op wanneer men onnodig gebruik maakt van bepaalde goederen. Callens en Peers (2003) geven aan dat overconsumptie een nadelig gevolg is van de vrije keuze waarover de patiënt beschikt met betrekking tot hun verzekeringsinstelling en hun zorgverleners. Ook de artsen hebben vrije keuze van therapie omdat dit de beste garanties zou bieden op een meer geschikte therapiekeuze voor de patiënt. Deze ideologie is tot op heden grotendeels bewaard, maar er is wel duidelijk gesteld dat artsen rekening dienen te houden met de beperkte middelen en dat overconsumptie ontoelaatbaar is. De principiële keuzevrijheid zorgt ervoor dat de terugbetaalbare geneeskundige verzorging zeer toegankelijk is. Het nadeel is dat door het ruime en zeer toegankelijke medische aanbod, overconsumptie niet uitgesloten is.

Overconsumptie blijft echter een vaag begrip. Dit wordt onder andere aangegeven in het artikel ‘Nieuwe wendingen in de opsporing van overconsumptie en misbruiken: de rol van statistische indicatoren’.¹⁰⁸ Het is vaak moeilijk te achterhalen of een

¹⁰⁸ Mertens, R. & Diels, J. (april 2005). Nieuwe wendingen in de opsporing van overconsumptie en misbruiken: de rol van statistische indicatoren. *CM-informatie*, blz. 3-6.

uitgevoerd onderzoek werkelijk gebaseerd is op een klacht of klinisch vermoeden of dat het onderzoek is uitgevoerd omdat de verstrekker er zelf baat bij heeft. De patiënt zelf kan echter ook aanleiding geven tot overconsumptie door veelvuldig onderzoek te laten uitvoeren en verschillende zorgverstrekkers te raadplegen bij eenzelfde aandoening. Remans verklaart dat men een onderscheid moet maken tussen fraude, overconsumptie en overreglementering. Fraude houdt in dat men prestaties aanrekent die niet verricht zijn. Overconsumptie ontstaat als men prestaties verricht die niet nodig zijn. Overreglementering van diensten wordt verklaard aan de hand van een voorbeeld: de spoedafdeling, waarbij een continue bemanning op de dienst vereist is, zorgt voor grote uitgaven. Volgens Remans bedraagt de kost van fraude 1% à 2% ten opzichte van de totale uitgaven, overconsumptie ongeveer 10% en overreglementering van de diensten veroorzaakt het grootste deel van deze drie kostendrijvers.¹⁰⁹ Guillaume, stafmedewerker op de studiedienst van de Socialistische Mutualiteit vermoedt dat de kost van overconsumptie of hyperconsumptie maximaal 2% à 3% van de totale uitgaven verklaart. Dit is louter een persoonlijke visie. Maar vervolgens verklaart hij wel dat het juist die percentages zijn die op het einde van de begrotingsbesprekingen de tekorten moeten opvullen.¹¹⁰ Men kan dus stellen dat de mate waarin overconsumptie de kosten van de gezondheidsuitgaven laat stijgen niet eenduidig is. Wel zijn er bepaalde gebieden waar het verschijnsel 'overconsumptie' meer naar voren treedt dan elders.

3.3.1 Klinische biologie

Kesenne, Nationaal Secretaris van de Christelijke Mutualiteit, verklaart dat er veel overconsumptie aanwezig is in het domein klinische biologie, zowel in de ambulante als in de niet-ambulante sector.¹¹¹ De huisdokter laat tegenwoordig als snel een bloedtest afnemen om zeker te zijn van de gestelde diagnose onder invloed van de defensieve geneeskunde. Het labo voert verschillende testen uit op de bloedstaal. De

¹⁰⁹ Informatie verstrekt tijdens een interview op 29 maart 2006, te Genk.

¹¹⁰ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart 2006, te Brussel.

¹¹¹ Informatie verstrekt tijdens interview op 19 oktober 2005, te Brussel.

kosten hiervoor worden gefactureerd aan de ziekteverzekering per uitgevoerde prestatie. Het RIZIV heeft in het verleden alle artsen aangeschreven en hen geconfronteerd met hun voorschrijfgedrag betreffende klinische biologie. Dat heeft een enorm effect gehad maar nadien zijn veel artsen in hun oude gewoonten hervallen. Ook Janssen, Financieel Directeur van Ziekenhuis Oost-Limburg, stelt dat artsen en specialisten voor de zekerheid een hele serie onderzoeken, waaronder ook bloedtesten, willen afnemen, terwijl dat vaak niet nodig is. Volgens deze deskundige ligt hier de basis van overconsumptie in de klinische biologie.¹¹² De klinische biologen valt echter niets te verwijten. Zij voeren enkel de testen uit die de geneesheren en specialisten hen opdragen. Zij zijn eigenlijk een wieletje in het systeem en dus niet de initiator van de eventuele overconsumptie.

In de niet-ambulante sector, bijvoorbeeld in de ziekenhuizen, doet er zich een andere rariteit voor wat betreft de klinische biologie, aldus Janssen. Enerzijds is er in de klinische biologie een vergoedingssysteem per prestatie, anderzijds is er een vergoedingssysteem met een zeker forfait per ligdag. Per dag dat een patiënt in het ziekenhuis opgenomen is, krijgt de klinische biologie een vast bedrag, ongeveer achttien euro, toegewezen ongeacht het feit of er een analyse op het gebied van klinische biologie wordt uitgevoerd. Op het moment dat er een klinisch onderzoek uitgevoerd wordt, komt er naast het forfaitaire bedrag, een vergoeding per prestatie bovenop. Dat is eigenlijk niet correct volgens de Financieel Directeur van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Men moet een permanent evenwicht zoeken tussen de beide financieringssystemen om overconsumptie te vermijden want hoe meer prestaties men uitvoert, hoe meer inkomsten men kan genereren. Een vergoeding per prestatie drijft immers de productie op. Bovendien verklaart Kesenne dat de klinische biologie uitermate geautomatiseerd is gedurende de laatste jaren. Het massaal verwerken van de testen zorgt ervoor dat de productiekost per eenheid drastisch daalt. De combinatie van de dalende productiekost en een financieringssysteem per prestatie kan leiden tot zeer hoge producties, waarbij alle prestaties boven het 'break-even punt' zeer winstgevend zijn.

¹¹² Informatie verstrekt tijdens interview op 28 oktober 2005, te Genk.

Een andere oorzaak die de uitgaven inzake klinische biologie sterk doet stijgen kan gezocht worden in het feit dat de nomenclatuur niet is aangepast. Guillaume verklaart het volgende.¹¹³ Bij het vastleggen van het bedrag dat terugbetaald wordt door de ziekteverzekering per onderzoek, baseert men zich nog steeds op een kostprijs van de technologie die tien jaar geleden werd vastgesteld. Door de technologische evolutie worden de installaties kwalitatief beter en goedkoper ten opzichte van vroeger. Het probleem is dat deze wijzigingen onvoldoende of niet aangepast worden in de huidige nomenclatuur¹¹⁴. Een permanente herschaling van deze bedragen zou beter zijn, maar dat gebeurt nu niet. Ook Remans verklaart dat er een scheeftrekking ontstaat van situaties doordat de nomenclatuur niet wordt aangepast aan de huidige situatie. Sinds 1998 heeft men beloofd dit aan te passen, maar ondertussen zijn er onvoldoende wijzigingen aangebracht.¹¹⁵

3.3.2 Medische beeldvorming

Ook in dit domein doet er zich een trend voor die overconsumptie in de hand werkt. Remans bevestigt dat artsen, onder invloed van de defensieve geneeskunde, niet lang twifelen om een radiologisch onderzoek te laten uitvoeren. Vaak vraagt de patiënt zelf om een scan te laten uitvoeren omdat hij mondiger en beter geïnformeerd is ten opzichte van vroeger. Artsen die reeds lange tijd een praktijk beoefenen en een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met de patiënten kunnen de patiënt eventueel nog geruststellen in geval dat een radiologisch onderzoek overbodig zou zijn. Maar de nieuwe generatie artsen kunnen vaak niet anders dan voldoen aan de eis van de patiënt.¹¹⁶ Een bijkomend probleem is dat de onderzoeken, zowel inzake medische beeldvorming als klinische biologie, opgedragen worden op een niveau waar men het niet volledig kan interpreteren. Huisartsen mogen bloedtesten en scantesten voorschrijven, maar de diagnose ervan moet op het juiste niveau gebeuren. Als men

¹¹³ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart, te Brussel.

¹¹⁴ In de nomenclatuur worden onder meer de tarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgelegd.

¹¹⁵ Informatie verstrekt tijdens interview op 29 maart, te Genk.

¹¹⁶ Informatie verstrekt tijdens interview op 29 maart 2006, te Genk.

zich hier niet aan houdt, zijn overbodige onderzoeken niet uitgesloten. Remans benadrukt wel dat hij voor de huisartsengeneeskunde is, maar de reglementering hieromtrent zou aangepast moeten worden.

De problematiek van het niet aanpassen van de nomenclatuur, niettegenstaande de apparatuur in verhouding goedkoper wordt en efficiënter werk, geldt ook binnen het domein van de medische beeldvorming (of radiologie) van de gezondheidszorg.

3.3.3 De spoedafdeling

Janssen verklaart dat er onrechtmatig gebruik wordt gemaakt van de spoedafdeling in het ziekenhuis. De spoedafdeling wordt heel vaak gebruikt als een gemakkelijke oplossing voor lichamelijke ongemakken die zich in de avond plots voordoen. De patiënt doet dikwijls geen inspanning om eerst naar de huisarts van wacht te gaan, maar doet onmiddellijk beroep op de spoedafdeling. Natuurlijk heeft de spoedafdeling zijn toegevoegde waarde binnen de gezondheidszorg, maar het gaat vooral over kleine ongemakken die ook op het eerste-lijnsniveau¹¹⁷ kunnen verzorgd worden. Persoonlijk vindt Janssen de nieuwe maatregel betreffende het invoeren van een toeslag om van de spoedafdeling gebruik te kunnen maken, een zeer goede maatregel. Hij vreest echter wel dat het niet voldoende is om het onrechtmatig gebruik van de spoedafdeling volledig tegen te houden. Ook Van der Meeren bevestigt dat er onnodig gebruik wordt gemaakt van de spoedafdeling.¹¹⁸ Een aantal onderzoeken die zeer goed in de eerstelijnszorg kunnen uitgevoerd worden, worden onterecht in de spoedafdeling behandeld. Geneesheer-specialist Remans is hier ook mee akkoord, maar maakt toch de volgende bedenking. Wanneer men de patiënt zou verplichten om eerst naar de huisarts te gaan alvorens beroep te kunnen doen op de spoedafdeling, dan zullen er zich drie problemen voordoen. Ten eerste zullen de kosten voor de ziekteverzekering verhogen, de huisartsen zullen onnodig veel werk

¹¹⁷ Geneeskundige verzorging verstrekt door de huisartsen

¹¹⁸ Informatie vertrekt tijdens interview op 20 maart 2006, te Brussel.

hebben en ze worden belast met veel administratief werk. Deze bedenking kan ook in de context van de echelonnering van de gezondheidszorg geplaatst worden.

3.3.4 Echelonnering van de gezondheidszorg

De echelonnering of trapsgewijze uitbouw van de gezondheidszorg houdt in dat men de geneeskundige zorg via drie echelons of 'lagen' wil laten verlopen: huisartsen, specialisten en universitaire ziekenhuizen. De patiënten die na verwijzing door de huisarts een specialist raadplegen hebben recht op remgeldverlaging. De 'commissie artsen-ziekenfondsen' moet zich nog over het voorstel uitspreken. De voorzitter van de Christelijke Mutualiteit, Marc Justaert, verklaart het volgende: "Men wil de patiënt aanmoedigen eerst de huisarts te raadplegen vooraleer naar de specialist te gaan. Het is aan de huisarts om te beoordelen of hij de zorg zelf opneemt of daarvoor een specialist is aangewezen. Echelonnering vermijdt dat patiënten zich onnodig tot de tweede lijn wenden als ook de eerste lijn de zorg aankan. Vermits de verwijzing door de huisarts wordt gekoppeld aan remgeldverlaging bij de raadpleging van een specialist, ondervindt de patiënt geen financieel nadeel." ¹¹⁹

Remans maakt hierbij toch een kritische bedenking, zoals in voorgaande paragraaf reeds is ingeleid. Wanneer een patiënt verplicht wordt om bij ernstige rugklachten eerst de huisarts te contacteren alvorens de specialist te kunnen betrekken in de behandeling, dan is de kans dat men de huisarts overbodig heeft geconsulteerd vrij groot. Deze regeling zal de kosten verhogen, de huisartsen overbelasten en veel administratief werk vereisen. Ook in andere landen, bijvoorbeeld Nederland, is bewezen dat de kosten hierdoor verhogen. Het is beter dat de patiënt zelf kan kiezen tot welke zorgverstrekker hij zich wendt dan hem te verplichten, aldus Remans. De eerstelijns geneeskunde mag niet bij de huisartsen gemonopoliseerd worden. Zelf is Remans meer voor netwerken en zorgprogramma's die de verschillende niveau's van

¹¹⁹ Meulenaere, G. (2006). Echelonnering: goed object mag niet tot overlast leiden. Standpunt Christelijke Mutualiteit [online]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.cm.be/nl/100/infoenactualiteit/standpunt/gezondheidszorg/echelonnering.jsp>.

zorgverlening met elkaar koppelen om nog betere en efficiëntere zorg te kunnen verlenen.¹²⁰

3.3.5 Plastische chirurgie

Het probleem binnen het domein van plastische chirurgie kadert niet zo zeer binnen het verschijnsel ‘overconsumptie’ maar eerder binnen het bestaan van een ‘grijze zone’ tussen functionele en esthetische ingrepen. Van der Meeren stelt hier bij het volgende.¹²¹ Wanneer men bijvoorbeeld beslist een maagverkleining uit te voeren bij een patiënt, dan kan men dat doen om verschillende redenen, namelijk medisch noodzakelijke redenen of gewoonweg als hulpmiddel om te vermageren. Als de chirurg de ingreep onder een nomenclatuurnummer kan brengen, dat de ingreep medisch en functioneel verantwoordt, dan worden de kosten van het verblijf en de ingreep door de ziekteverzekering terugbetaald. Het zuivere deel plastische chirurgie zou dan misschien nog ten laste van de patiënt gebracht kunnen worden. In theorie zou de patiënt al de medische kosten moeten betalen als de ingreep omwille van esthetische redenen gebeurt. Maar de grens tussen esthetische en medische noodzaak is zeer vaag en voor interpretatie vatbaar. In sommige gevallen zou men hier dus wel kunnen spreken over overconsumptie van de ziekteverzekering als men de kosten onterecht doorschuift naar de ziekteverzekering. Ook Janssen¹²² bevestigt dat zorgverstrekkers occasioneel trachten esthetische ingrepen onder te brengen in een officieel nomenclatuurnummer zodat de ingreep toch terugbetaald kan worden aan de patiënt. Van der Meeren beklemtoont wel dat merendeel van de plastische geneeskunde zeer verantwoord is wanneer het bijvoorbeeld gaat om reconstructie van de huid na het oplopen van brandwonden.¹²³

¹²⁰ Informatie verstrekt tijdens interview op 29 maart 2006, te Genk.

¹²¹ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart 2006, te Brussel.

¹²² Informatie verstrekt tijdens interview op 28 oktober 2005, te Genk.

¹²³ Informatie verstrekt tijdens een interview op 20 maart 2006, te Brussel.

3.3.6 Verschillende knelpunten in de gezondheidszorg

Naast het verschijnsel ‘overconsumptie’ van de ziekteverzekering zijn er nog gebieden in de gezondheidszorg waar men kan stellen dat de middelen niet efficiënt beheerd worden. Vervolgens worden enkele voorbeelden gegeven waaruit blijkt dat de budgetten niet optimaal benut worden.

Janssen geeft aan dat er zich een aantal rariteiten voordoen binnen de afdeling radiologie, namelijk het gebruik van contraststoffen. Wanneer men in het ziekenhuis contraststoffen toedient bij een kind dat een radiologisch onderzoek moet ondergaan, dan heeft men maar een beperkte hoeveelheid nodig. De rest van de hoeveelheid aanwezig in de flacon, gebruikt men bij de volgende patiënt. Maar bij een controle van het RIZIV bleek dat deze manier van werken niet kon en het ziekenhuis moest een behoorlijke boete betalen. De verklaring hiervoor vindt men in de regelgeving van de nomenclatuur. In de nomenclatuur staat dat men geen contraststoffen mag aanrekenen per patiënt, maar per flacon. Als het ziekenhuis bijvoorbeeld 900 flacons heeft verbruikt en een tussenkomst vraagt voor duizend patiënten, dan verdenkt men het ziekenhuis van oplichting. Men zou dus na het behandelen van een patiënt de rest van inhoud van de flacon moeten weggooien. Dit is compleet absurd, aldus Janssen. Men kan dus stellen dat er een grote discrepantie is tussen de technische aanrekening en het effectief gebruik van bepaalde geneesmiddelen.¹²⁴ Dergelijke controles zullen ook uitgevoerd worden bij andere producten zoals de aanmaak van baxters voor chemotherapie en bij producten die men gebruikt voor anesthesie.

Een volgend probleem is de variatie in de kostprijzen voor dezelfde behandelingen in de verschillende ziekenhuizen. Uit een onderzoek¹²⁵ uitgevoerd door Test-Aankoop blijkt dat er grote prijsverschillen tussen ziekenhuizen zijn. Het bedrag dat door de patiënt moet worden betaald kan met een factor vijf verschillen naargelang van het

¹²⁴ Informatie verstrekt tijdens een interview op 28 oktober 2005, te Genk.

¹²⁵ Test Gezondheid (2005). Ziekenhuistarieven en transparantie: geen geslaagde operatie? Test-Aankoop nr. 67 juni-juli 2005, p.1.

ziekenhuis, het soort kamer, de ereloonsupplementen of andere supplementen. Volgens deze studie is het niet te rechtvaardigen dat bepaalde ziekenhuizen erelonen aanrekenen aan de patiënt waardoor deze tot vijf keer meer moet betalen voor eenzelfde operatie, enkel en alleen onder het voorwendsel dat hij een eenpersoonskamer heeft gekozen. Die supplementen stemmen niet overeen met een bijkomende dienstverlening of met meer medische expertise.

Het gestelde probleem is driedelig volgens Janssen.¹²⁶ Ten eerste zijn er verschillen in de extra-kosten die geneesheren mogen aanrekenen. Het ziekenhuis en de artsen maken hierover afspraken die verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. Ten tweede is er ook een verschil in de politiek die de ziekenhuizen voeren inzake het aanrekenen van supplementen. Het derde verschil heeft betrekking op de houding van de mutualiteiten per regio of provincie. Het is zeer frustrerend als men merkt dat bepaalde moderne hulpmiddelen voor geneeskundige verzorging door ene mutualiteit wel worden terugbetaald en door een andere mutualiteit (uit een andere regio) niet. De rol van de ziekenfondsen is dus niet eenduidig inzake terugbetaling, aldus Janssen. Remans stelt ook dat er geen zuivere erelonen gevraagd worden in de verschillende regio's. Ook dit uit zich in de kostprijs van een behandeling.¹²⁷

Van der Meeren geeft nog een ander voorbeeld van verschillen tussen ziekenhuizen aan. Uit een recente studie, uitgevoerd door het Inter-mutualistisch Agentschap en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, blijkt dat er een grote variabiliteit is tussen ziekenhuizen in het uitvoeren van het aantal preoperatieve onderzoeken. De studie geeft onder meer aan dat er een zevental preoperatieve testen zijn die nu onterecht routinematig worden uitgevoerd bij gezonde jonge patiënten tussen 16 en 59 jaar. Van der Meeren geeft de volgende mogelijke verklaringen: de rol van de defensieve geneeskunde, gedeeltelijke optimalisatie van de inkomsten, onwetendheid van sommige artsen of vastgeroeste gewoonte.¹²⁸ De coördinator van de studiedienst beklemtoont dat de regionale verschillen niet enkel veroorzaakt worden door een

¹²⁶ Informatie verstrekt tijdens een interview op 28 oktober 2005, te Genk.

¹²⁷ Informatie verstrekt tijdens een interview op 23 maart 2006, te Genk.

¹²⁸ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart, te Brussel.

noord-zuid situatie. Soms zijn er ook grote verschillen tussen het oosten en het westen wat betreft de kostprijzen van behandelingen in de verschillende ziekenhuizen. Een aantal jaren geleden is in een studie immers aangetoond dat een sociaal armere populatie meer zorgen vereist. De verschillen zijn ook te wijten aan de infrastructuur van de zorg in de regio's. In Vlaanderen is de thuiszorg meer georganiseerd dan in Wallonië, waar men meer residentiële ouderzorg toepast. Al deze verschillen uiteten zich in de kostenuitgaven per regio. Zo is er ook een vermoeden dat er in Wallonië meer preoperatieve onderzoeken uitgevoerd worden ten opzichte van Vlaanderen. Maar omgekeerd zijn er dan ook vermoedens dat de ziekenhuizen in Vlaanderen meer supplementen vragen aan de patiënt. Van der Meeren stelt tot slot dan men sector per sector moet vergelijken als men meer duidelijkheid wil in de verschillende kostprijzen voor eenzelfde behandeling in de regio's.

De Christelijke Mutualiteit heeft binnen het kader van bovengestelde problematiek recent een studie uitgevoerd. In een regionale analyse van de uitgaven gezondheidszorg in 2003 blijkt het volgende. Wallonië en Brussel scoren opvallend hoog in de uitgavencategorieën: technische akten (klinische biologie, beeldvorming, speciale verstrekkingen) en inwendige geneeskunde. Ook scoort Wallonië hoog inzake ambulante geneesmiddelen. Brussel heeft hoge uitgaven voor intramurale zorg en Vlaanderen kent hoge uitgaven voor verpleegdagprijzen psychiatrische ziekenhuizen en thuisverpleging. De studie geeft wel aan dat niet alleen grote interregionale verschillen worden vastgesteld, maar dat evenzeer grote intraregionale verschillen, met name tussen provincies en/of arrondissementen, bestaan. Maar dit laatste werd niet onderzocht in deze studie.¹²⁹

Guillaume geeft nog een interessant gegeven dat kadert binnen de vergrijzing en de technologische vooruitgang. Wanneer de arts beslist een prothese te plaatsen bij een patiënt tussen 80 en 85 jaar, dan heeft hij de keuze tussen een dure prothese met een

¹²⁹ Cornelis, K. (2003). Regionale analyse van de uitgaven gezondheidszorg in 2003: een nuancering van de bruto consumptieverschillen, Cm-Informatie, blz. 3-10.

levensduur van 30 tot 35 jaar en een goedkopere, maar kwalitatief, gelijkwaardige prothese met een levensduur van 10 tot 15 jaar. Wanneer de arts beslist de dure prothese te plaatsen dan kan men zich toch vragen stellen bij de opportuniteit van het plaatsen van dergelijke type dure hypothesen bij relatief oude mensen. Gezien de toenemende vergrijzing en de technologische evolutie zou deze keuzevrijheid zeer sterke uitgaven kunnen veroorzaken in de toekomst.¹³⁰

Tot slot blijkt uit een persbericht¹³¹ dat Belgische ziekenhuizen jaarlijks tientallen miljoenen euro zouden kunnen besparen door meer medisch materiaal te steriliseren na een operatie, in plaats van het weg te gooien. Naar schatting 16% van alle medische materiaal in een ziekenhuis dat officieel na eenmalig gebruik weggegooid moet worden komt in aanmerking voor hergebruik. De Europese Commissie bereidt momenteel een richtlijn voor die de bepalingen op hergebruik versoepelen. CD&V-voorzitter Jo Vandeuren dient ook een wetsvoorstel in om de regels op hergebruik aan te passen.

3.3.7 Maatregelen om de gezondheidsuitgaven te drukken

Het grote probleem in de gezondheidszorg is dat er te weinig incentives zijn om 'goedkope geneeskunde' te hanteren. Dit wordt bevestigd door alle bevroagde bevoorrechte getuigen. Beloningssystemen die bijvoorbeeld artsen die veel goedkopere geneesmiddelen voorschrijven zou een positief effect kunnen hebben op de gezondheidsuitgaven.

Ook stellen alle bevroagde deskundigen dat er een responsabilisering van alle actoren op het gebied van de gezondheidszorg noodzakelijk is. "Men moet evolueren naar een algemene mentaliteitswijziging", aldus Van der Meeren.¹³²

¹³⁰ Informatie vertrekt tijdens een interview op 20 maart 2006, te Brussel.

¹³¹ Het Volk (6 februari 2006). Ziekenhuis moet minder weggooien, blz.16.

¹³² Informatie verstrekt tijdens een interview op 20 maart 2006, te Brussel.

Coemans, Financieel Directeur van het Medisch Centrum Sint-Jozef, geeft een aantal mogelijke maatregelen aan die de gezondheidsuitgaven zouden kunnen drukken. Ten eerste zou men een beperkte groeinorm kunnen instellen voor de overheidsuitgaven van de gezondheidsuitgaven. Dit gebeurt nu ook, maar men zou hier misschien nog verder in kunnen gaan. Uitbreiding van preventieve geneeskunde zou ook een effect kunnen hebben. Ook zorgen toedienen met behulp van de 'Evidence Based Medicine – methode' zou de zorg efficiënter kunnen laten verlopen. Dergelijke methode gaat statistisch na wat de meest effectieve behandeling is voor een bepaalde pathologie.¹³³

Remans zetelde vier jaar in de Senaat gedurende de periode 1999-2003. In het boek 'De hemel op aarde' (2003) formuleert hij een aantal oplossingen een betere en betaalbare gezondheidszorg. Het zijn hooguit denkpistes die een politieke vernieuwing inzake gezondheidszorg kunnen aanbrengen. Enkele van deze geformuleerde maatregelen worden vervolgens weergegeven. Ten eerste stelt hij dat men de financiën van de ziektekosten van arbeid zou kunnen overhevelen naar de belasting op inkomsten. Dit zou tevens de loonkosten kunnen verminderen. Een overheveling van het gezondheidszorgbeleid naar de Gemeenschappen zouden de gezondheidsuitgaven ook kunnen reduceren. De opsplitsing van preventie en care (verzorging) onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen enerzijds en de curatieve (behandeling) zorg grotendeels onder de bevoegdheid van de federale overheid is anderzijds niet vol te houden. Een derde maatregel die men zou kunnen invoeren is dat men de gescheiden budgetten samenvoegt tot een geïntegreerd budget en een geïntegreerde praktijk zodat men onder meer kan werken met zorgprogramma's. Ook de aanwezigheid van patiëntenverenigingen is hierbij van groot belang. Het is zeer belangrijk dat deze patiëntverenigingen professioneel gestructureerd worden per ziektegroep zodanig dat de patiënten mee kunnen bepalen wat de prioriteiten zijn in de gezondheidszorg. Met behulp van subsidies van de overheid zouden de patiëntenverenigingen bijstand kunnen inroepen van experts. Ook een grotere arbeidsparticipatie op het werk door een betere gezondheid op het werk kan zijn effect hebben. Uit statistieken blijkt dat sinds 1977 de werknemers in

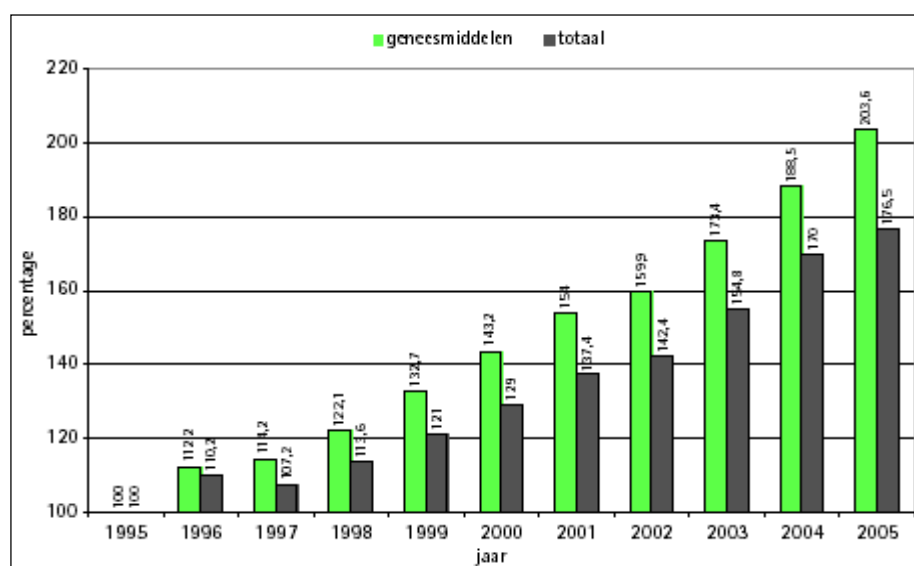
¹³³ Informatie verstrekt tijdens een interview op 2 december 2005, te Munsterbilzen.

Belgische privé-bedrijven steeds frequenter ziek zijn. Ten vierde zou men moeten evolueren naar een patiëntgestuurde gezondheidszorg, in tegenstelling tot de huidige situatie, namelijk de aanbodgestuurde gezondheidszorg. Ook hier zou de invloed van patiëntenorganisaties van groot belang kunnen zijn. Opgesomde maatregelen zijn slechts enkele van de vele uitgewerkte denkplaatjes van de ex-senator, Remans.

3.4 Problematiek rond de consumptie van geneesmiddelen

In dit deel van de eindverhandeling wordt de aandacht gevestigd op de problematiek rond het geneesmiddelenbeleid. De consumptie van geneesmiddelen is een zeer actueel item binnen de ziekteverzekering. Dagelijks verschijnt er een berichtgeving in de media omtrent het geneesmiddelenbeleid. Het geneesmiddelenbudget neemt sinds het jaar 1995 een steeds groter aandeel in tegenover de totale uitgaven geneeskundige verzorging. Figuur 3.7 geeft deze stijgende evolutie duidelijk weer.

Figuur 3.7: Evolutie in percentages van de uitgaven voor geneesmiddelen tegenover de totale uitgaven geneeskundige verzorging sinds 1995 tot 2005



Bron: Christelijke Mutualiteit (2006)¹³⁴

Men kan dus besluiten dat de kost van de geneesmiddelen een grote uitgavenpost is binnen de ziekteverzekering. Er zijn een aantal groepen van geneesmiddelen die zeer veel geconsumeerd worden. Van der Meeren, coördinator van de studiedienst van Socialistische Mutualiteit, somt enkele groepen geneesmiddelen op.¹³⁵ Er is een

¹³⁴ Christelijke Mutualiteit (2006). Welke alternatieven voor goedkopere geneesmiddelen? *CM-Informatie*, blz.18.

¹³⁵ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart 2006, te Brussel.

vermoeden dat in het verleden overmatig antibiotica werd voorgeschreven. Door middel van acties is het antibioticaverbruik gedurende de laatste twee à drie jaren zeer sterk gedaald. Dit geeft dus onrechtstreeks aan dat in het verleden er te veel antibiotica is verbruikt. In het algemeen kan men stellen dat het gebruik van de antidepressiva stijgt. Bovendien heeft men enkel zicht op de terugbetaalbare geneesmiddelen via de databanken van Farmanet. Wat betreft cholesterolverlagende middelen is er een vermoeden dat men redelijk vlug beroep doet op deze geneesmiddelen en vooral op de duurder. Een andere groep geneesmiddelen met een zeer hoog verbruik zijn de maagzuurremmers. Tot slot geeft Van der Meeren aan dat de groep 'zeldzaam voorgeschreven geneesmiddelen' niet zo in het zicht komt, maar toch zeer hoge uitgaven met zich meebrengt. Hij vermoedt dat, gezien de technische evolutie, er in de toekomst meer en meer van deze dure soort geneesmiddelen op de markt zullen komen.

Een belangrijke opmerking die hierbij gemaakt dient te worden is dat niet enkel het geneesmiddelenbudget stijgt. Zo stijgt bijvoorbeeld het budget van rusthuizen en van de rust-en verzorgingstehuizen met 39% gedurende de periode 2000-2005. In bijlage 2 wordt in figuur 3.8 een overzicht gegeven van de andere grote uitgavenposten van de ziekteverzekering. Er moet dus beklemtoond worden dat men de stijgende kosten van de gezondheidsuitgaven niet enkel mag verklaren door het stijgende kosten van de geneesmiddelen. Voor de andere uitgavenposten zoals de medische honoraria en de ziekenhuisverpleging bedraagt de respectievelijke groei 9,4% en 7,4% na tien maanden geboekte uitgaven in 2004. In deze eindverhandeling wordt vervolgens enkel de problematiek van het geneesmiddelenbudget onderzocht.¹³⁶

De overheid heeft in het verleden dan ook al heel wat maatregelen genomen om het geneesmiddelenbudget onder controle te krijgen.¹³⁷ Enkele van deze maatregelen zijn: programma-akkoorden met farmaceutische bedrijven, procedure Technische

¹³⁶ Adnet, B. (2005). Geneesmiddelensector niet het zorgkind van de ziekteverzekering. [online]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.vbo-feb.be/index.html?file=57>.

¹³⁷ Christelijke Mutualiteit (2006). Welke alternatieven voor goedkopere geneesmiddelen? *CM-formatie*, blz. 30,

Raad voor Farmaceutische Specialiteiten – vandaag Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (start 2002), generische geneesmiddelen (einde jaren '80), verhoogd remgeld voor grote verpakkingen, invoering referentievergoedingssysteem (juni 2001), voorschrijfprofielen artsen, initiatieven tot 'objectieve informatie', onafhankelijke artsenbezoekers, prijsblokkeringen voor farmaceutische specialiteiten sedert 1996 tot 2003 (niet in 2004, wel in 2005), prijsdalingen, verschuivingen en declasseringen in de terugbetalingscategoriën, invoering van de maximumfactuur, bijdrage van de farma-industrie (voorbeeld percentage van de omzet).

Door het systeem van de referentierugbetaling en de promotie van generische geneesmiddelen tracht men artsen en patiënten te stimuleren om de goedkopere alternatieven te gebruiken. Met behulp van het referentierugbetalingssysteem wil de overheid een kwalitatieve, effectieve en veilige farmaceutische zorg bieden aan een substantieel lagere prijs, zowel voor de patiënt als voor de gemeenschap. De besparingen kunnen vervolgens gebruikt worden voor de snellere en betere terugbetaling van geneesmiddelen die nieuwe therapeutische mogelijkheden bieden wat onrechtstreeks het onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen ten goede komt. Uit een voorstelling voor de 'campagne goedkope geneesmiddelen'¹³⁸ blijkt dat indien men alle geneesmiddelen zou vervangen door de goedkoopste geneesmiddelen er voor de patiënt een besparing van 24,6 miljoen euro zou ontstaan en voor de ziekte – en invaliditeitsverzekering een besparing van 38,9 miljoen euro.¹³⁹ Men kan dus stellen dat er grote besparingen kunnen door gevoerd worden als de artsen aangespoord worden om rationeel voor te schrijven. Men moet hierbij wel stellen dat reeds uitgevoerde maatregelen hun effect niet hebben gemist. Uit een onderzoek 'Naar een prijsbewust(er) geneesmiddelenvoorschrift' (2004) van de Christelijke Mutualiteit blijkt dat door de invoering van de referentievergoeding, de artsen de kostenverhoging voor hun patiënten willen vermijden en hierdoor gaan ze

¹³⁸ Documentatie verstrekt door Kessene Jos, nationaal secretaris van de Christelijke Mutualiteit: Slides AV-LCM-Budget AVR 2006.

¹³⁹ De berekeningen zijn gebaseerd op de gegevens van 2004 van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

goedkopere geneesmiddelen voorschrijven.¹⁴⁰ Men boekt dus vooruitgang wat betreft het responsabiliseren van de artsen om goedkopere geneesmiddelen voor te schrijven. Maar bijkomende maatregelen in de toekomst zijn zeker nodig om de gewenste resultaten te bereiken.

De stimulans tot goedkoop voorschrijven is wettelijk geregeld in het Koninklijk Besluit van 17 september 2005¹⁴¹. In dit besluit worden ‘minimumpercentages goedkope geneesmiddelen’ vastgelegd waaraan de zorgverlener zich moet houden. Deze minimumpercentages moeten gerealiseerd worden vanaf 1 april 2006.

Alvorens de complexiteit van het geneesmiddelenbudget verder weer te geven, worden een aantal definities¹⁴² van specifieke begrippen gegeven.

De referentierugbetaling

Dit is een systeem ontstaan op 1 juni 2001 waarmee de overheid het voorschrijven van goedkopere geneesmiddelen wil stimuleren. De vergoedingsbasis van een originele specialiteit waarvoor een goedkopere specialiteit beschikbaar is (dikwijls een generisch of een kopie) wordt verminderd. Vanaf 1 januari 2005 bedraagt deze vermindering 30%. De patiënt zal in een aantal gevallen een hoger remgeld betalen wanneer het duurder geneesmiddel wordt voorgeschreven en afgeleverd.

Een generisch geneesmiddel of generiek

Dit soort geneesmiddel dient minstens 30% goedkoper te zijn dan het originele geneesmiddel op het ogenblik van de aanvaarding tot terugbetaling. Een generiek kan enkel op de markt gebracht worden als het octrooi van een origineel geneesmiddel vervallen is. Andere producenten kunnen het werkzame bestanddeel in de handel brengen onder een andere benaming. De lagere prijs kan verklaard worden

¹⁴⁰ Christelijke Mutualiteit (2004). Naar een prijsbewust(er) geneesmiddelenvoorschrift?: geneesmiddelen in een ruimer kader.

¹⁴¹ Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 73, §2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

¹⁴² Definities gepubliceerd in de Informatiebrochure over referentierugbetaling (2005) uitgegeven door het RIZIV.

door het wegvallen van de kosten van onderzoek en ontwikkeling. Er zijn drie voorwaarden waaraan een generisch geneesmiddel moet voldoen, namelijk: hetzelfde werkzame bestanddeel (of bestanddelen) bevatten als het originele geneesmiddel, dezelfde sterkte per eenheid, dezelfde farmaceutische vorm en dezelfde toedieningswijze hebben als het originele geneesmiddel; aanleiding geven tot dezelfde concentraties in het organisme als het origineel geneesmiddel, met andere woorden, de biologische beschikbaarheid moet dezelfde zijn.

Een kopie

Een geneesmiddel kan op basis van een bibliografisch dossier als kopie geregistreerd worden indien het geneesmiddel minstens tien jaar systematisch gebruikt en gedocumenteerd is in de Europese Unie. De aanvrager moet een gedetailleerde verwijzing doen naar teksten uit de literatuur waaruit blijkt dat het geneesmiddel reeds lang in de medische praktijk gebruikt wordt.

De in prijs verlaagde originele geneesmiddelen

Dit zijn originele specialiteiten die opgenomen zijn in het referentierugbetalingssysteem waarvoor de producent de prijs heeft verlaagd tot het niveau van de vergoedingsbasis. De patiënt moet voor dit geneesmiddel een supplement betalen.

De term ‘goedkope geneesmiddelen’ omvat dus de generieken, de kopieën en de in prijs verlaagde originele geneesmiddelen. Vanaf 1 april 2006 worden de voorgeschreven geneesmiddelen op stofnaam ook in de groep ‘goedkope geneesmiddelen’ opgenomen.

Na het geven van bovenstaande definities wordt de problematiek rond het geneesmiddelenbeleid voorgezet. Uit een persbericht¹⁴³ blijkt dat er nog bijsturing nodig is om de artsen te stimuleren rationeel voor te schrijven. Momenteel hebben artsen de keuze uit talloze gelijkwaardige geneesmiddelen, die enkel fors in prijs

¹⁴³ De Morgen (12 januari 2006). Artsen kiezen nog altijd voor te dure geneesmiddelen.

verschillen. Uit de studie van het RIZIV kan men besluiten dat artsen toch nog massaal naar dure merkgeneesmiddelen grijpen, ook wanneer er veel goedkopere generische alternatieven of in prijs gezakte merkgeneesmiddelen beschikbaar zijn. De afwezigheid van een economische reflex leidt jaarlijks tot grote kosten. Wanneer de voorschrijver zich vanaf 1 april 2006 niet aan het voorgestelde percentage houdt, zal men zich moeten verantwoorden in een brief aan het RIZIV. Als verklaringsgrond voor een afwijkend voorschrijfgedrag kan de arts bijvoorbeeld een bijzonder patiëntenbestand hebben. Maar wanneer deze verklaring ontoereikend is, wordt er een diepgaand onderzoek ingesteld waarbij de arts gedurende een half jaar wordt gemonitord.

Tabel 3.3 geeft een overzicht van de huidige situatie wat betreft voorgeschreven goedkope geneesmiddelen. Enkel de radiotherapeuten en de tandartsen bevinden zich boven het vooropgestelde minimumpercentage goedkope geneesmiddelen. De andere geneeskundigen, waaronder ook de huisarts, opgenomen in de tabel voldoen nog niet aan de voorwaarden.

Tabel 3.3: Overzicht percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen en verplicht percentage goedkope geneesmiddelen

| | percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen (2de helft 2004) | verplicht minimumpercentage goedkope geneesmiddelen (vanaf 1 april 2006) | verschil |
|---------------------------------------|--|--|----------|
| Psychiaters | 10,3% | 21,0% | -10,7% |
| Cardiologen | 21,0% | 29,0% | -8,0% |
| Internisten | 17,2% | 24,0% | -6,8% |
| Huisartsen | 20,5% | 27,0% | -6,5% |
| Neurologen | 9,6% | 15,0% | -5,4% |
| Maag-en darmspecialisten | 24,7% | 30,0% | -5,3% |
| Chirurgen | 17,3% | 22,0% | -4,7% |
| Urologen | 14,8% | 19,0% | -4,2% |
| Kinderartsen | 10,1% | 14,0% | -3,9% |
| Longartsen | 8,1% | 12,0% | -3,9% |
| Plastisch Chirurgen | 15,4% | 19,0% | -3,6% |
| Reumatologen | 10,4% | 14,0% | -3,6% |
| Anesthesisten | 14,6% | 18,0% | -3,4% |
| Neurochirurgen | 12,0% | 15,0% | -3,0% |
| Oogartsen | 12,2% | 15,0% | -2,8% |
| Neuls-keel en oorartsen | 12,4% | 15,0% | -2,6% |
| Dermatologen | 18,8% | 21,0% | -2,2% |
| Gynaecologen | 7,4% | 9,0% | -1,6% |
| Radiotherapeuten (kankerspecialisten) | 37,0% | 30,0% | 7,0% |
| Tandartsen | 40,2% | 30,0% | 10,2% |

Bron: De Morgen/RIZIV (12 januari 2006)

Zowel de realisatie van het Koninklijk Besluit van 17 september 2005 als het publiceren van deze cijfers in de media lokte heel wat reactie uit bij de artsen en de grootste artsenverbond BVAS. Volgens de voorzitter Marc Moens werden de minimumpercentages zonder wetenschappelijke grond opgesteld.¹⁴⁴ Men kan ook moeilijk de artsen onderling vergelijkingen wat betreft goedkoop voorschrijven aangezien elke arts over een eigen patiëntenpopulatie beschikt. Ook Remans geeft

¹⁴⁴ De Morgen (12 januari 2006). Artsen kiezen nog altijd voor te dure geneesmiddelen.

aan dat de voorgestelde minimum-percentages op geen enkele wetenschappelijke basis zijn ondersteund.¹⁴⁵

Uit de interviews met de bevoorrechte getuigen blijkt dat er nog andere knelpunten zijn inzake de generische geneesmiddelen. Janssen geeft aan dat er op dit ogenblik geen incentives zijn om generische of goedkopere geneesmiddelen voor te schrijven in het ziekenhuis. Wel is er sprake van een voorstel tot een forfaitarisering van het geneesmiddelenbudget in de ziekenhuizen. Elk ziekenhuis zal een budget toegewezen krijgen waarmee men de geneesmiddelenuitgaven moet kunnen betalen. Het valt nog af te wachten of men in het ziekenhuis meer beroep zal doen op de goedkopere alternatieven om binnen het opgestelde budget te blijven.¹⁴⁶ Bovendien stelt Remans dat er op dit moment ook geen enkele stimulans is om goedkope geneesmiddelen voor te schrijven voor zowel huisartsen als specialisten. De voorschrijver zou beloond moeten worden als hij voldoende goedkope geneesmiddelen voorschrijft. Daarenboven zijn de generische geneesmiddelen in België nog veel te duur in verhouding met andere landen, aldus Remans. Ook Lambrechts, huisarts en voorzitter van de huisartsenkring Alden Biesen, vindt dat de arts beloond moet worden wanneer hij goedkopere geneesmiddelen voorschrijft. In principe moet een arts de beste zorg voor de patiënt garanderen, waarbij de kostprijs van het geneesmiddel van ondergeschikt belang is. Ook hij vindt dat er te weinig incentives zijn om de goedkopere alternatieven voor te schrijven.¹⁴⁷ Van der Meeren geeft aan dat de huisartsen weerstand bieden tegen het verplicht voorschrijven van een bepaald percentage goedkope geneesmiddelen omdat dat zou indruisen tegen één van de grote principes van de liberale geneeskunde 'de vrijheid van voorschrijven'. Maar als ziekenfonds heeft de Socialistische Mutualiteit een andere visie. Zij vinden dat de arts zich wel moet bekommeren om de economische aspecten van het voorschrijfgedrag. De arts heeft ook de mogelijkheid om voor te schrijven op stofnaam, zodat de vrijheid van voorschrijven niet verhinderd wordt. Maar het voorschrijven op stofnaam geeft de apotheker wel de uiteindelijke

¹⁴⁵ Informatie verstrekt tijdens een interview op 29 maart 2006, te Genk.

¹⁴⁶ Informatie verstrekt tijdens een interview op 28 oktober 2005, te Genk.

¹⁴⁷ Informatie verstrekt tijdens een interview op 21 november 2005, te Munsterbilzen.

beslissingsbevoegdheid van welk soort geneesmiddel de patiënt inneemt en met deze evolutie zijn de artsen ook niet tevreden.¹⁴⁸ Ook Kesenne vindt dat de artsen moeten nadenken over de economische gevolgen van hun voorschrijfgedrag.¹⁴⁹

Naast het stimuleren om goedkoop voor te schrijven is er in de geneesmiddelensector ook heel wat commotie rond het Kiwi-model. Dirk Vanduppen, huisarts bij Geneeskunde voor het Volk en auteur van 'De cholesteroorlog', is een grote voorstander van het Kiwi-model en tracht de voordelen ervan over te brengen bij zowel de artsen, de ziekenfondsen en de overheid. De essentie van het Kiwi-model, afkomstig uit Nieuw-Zeeland, houdt in dat de overheid prijsonderhandelingen voert met de verschillende farmaceutische bedrijven om de beste prijs te bekomen voor de beste geneesmiddelen. Het is een systeem via openbare aanbesteding. Op basis van objectief-wetenschappelijke studies en een wetenschappelijke behoeftenanalyse, kiest een team van onafhankelijke deskundigen de beste geneesmiddelen op de markt uit. Het bedrijf dat geselecteerd wordt om het desbetreffende geneesmiddel te produceren, krijgt dit gedurende drie jaar voor 100% gesubsidieerd. Naast een eerste keuze, wordt een tweede en eventueel een derde bedrijf geselecteerd dat het product mag produceren. Wanneer de patiënt het geneesmiddel van bedrijf X niet zou kunnen verdragen dan zou hij zich kunnen wenden tot het geneesmiddel dat bedrijf Y produceert. Het Kiwi-model is vanaf 1997 ingevoerd in Nieuw-Zeeland en wordt nu met succes toegepast.¹⁵⁰ Maar verschillende geïnterviewde bevoorrechte getuigen zijn van mening dat dit Kiwi-model geen oplossing is voor het geneesmiddelenbeleid in België. Zeker niet wanneer men het Kiwi-model zoals het in Nieuw-Zeeland is ingevoerd, overneemt in België. Zo verklaart Remans dat hij niet absoluut tegen het Kiwi-model is, maar het kan zeker niet van de ene dag op de andere dag ingevoerd worden. Lambrechts, huisarts, voegt hieraan toe dat een Kiwi-model onmogelijk is in België omdat we moeten voldoen aan de Europese regelgeving. Van der Meeren geeft ook aan dat de Europese regelgeving de invoering van het Kiwi-model in

¹⁴⁸ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart 2006, te Brussel.

¹⁴⁹ Informatie verstrekt tijdens interview op 19 oktober 2006, te Brussel.

¹⁵⁰ Van Duppen D., Hutsebout, L. & Coeckelbergh D., (2005). Het kiwi-model voor geneesmiddelen. *Gids op Maatschappelijk Gebied*.

België niet zal goedkeuren. De Europese Unie zal nooit toelaten dat men één bedrijf, dat een bepaald geneesmiddel produceert, bevoordeelt. De Belgische overheid heeft nu een voorstel van een zachtere vorm van het Kiwi-model opgesteld. Kesenne denkt dat het Kiwi-model misschien zelfs te eenvoudig is gezien de complexe Europese context. Coemans stelt zich vragen bij het feit welke parameters men zal hanteren om de kwaliteit van een geneesmiddel te beoordelen. Elke parameter zou op zich een bron van discussie kunnen zijn.¹⁵¹

De complexiteit van de discussie rond het Kiwi-model wordt ook weergegeven in een artikel uit Trends.¹⁵² Minister Demotte beklemtoont dat de Belgische context verschilt van die in Nieuw-Zeeland. In België zijn er ongeveer 25.000 werknemers tewerkgesteld in de geneesmiddelenindustrie. In Nieuw-Zeeland werken er ongeveer 600 mensen in deze industrie. Dit is nog maar één van de vele verschillen in de situatie van België ten opzichte van Nieuw-Zeeland. Maar hij stelt wel dat men werkt aan een Belgische variant van het Kiwi-model. Uit een persbericht¹⁵³ blijkt dat de farmaceutische sector reeds beïnvloed wordt door de komst van de Belgische variant van het Kiwi-model. Vanaf 1 juli 2006 daalt de prijs van een aantal geneesmiddelen spectaculair. Bijna 50 merkgeneesmiddelen dalen in prijs met meer dan 50 procent. Volgens dit persbericht is deze prijzenslag een gevolg van een maatregel van minister van Sociale Zaken Rudy Demotte, die een prijsdaling oplegt. Maar er zou zich nu al een herpositionering naar aanleiding van de geplande invoering van het Kiwi-model voordoen. De problematiek van het Kiwi-model reikt veel verder dan tot nu hierboven is beschreven. Maar hier wordt verder niet op ingegaan binnen het kader van deze eindverhandeling.

Maar waarom zijn artsen dikwijls geneigd eerder een duurder origineel geneesmiddel voor te schrijven in plaats van een goedkoop alternatief? Volgens dokter Lambrechts, tevens voorzitter van de huisartsenkring Alden Biesen (Zutendaal, Bilzen, Hoeselt),

¹⁵¹ Informatie verstrekt tijdens interview op 2 december 2005, te Munsterbilzen.

¹⁵² Byl, R. (2006). Kiwimodel: ideale weg naar goedkopere geneesmiddelen of doodgraver van jobs en onderzoek? *Trends 22 december*, blz. 16-17.

¹⁵³ De Morgen (27 maart 2006). Spectaculaire prijzenslag in de farmaceutische sector, blz. 5.

zijn hiervoor verschillende oorzaken. Er is nog steeds een zekere vrees aanwezig ten opzichte van de kwaliteit van de generische geneesmiddelen bij sommige huisartsen. Ook de eis van de patiënt speelt een rol. Wanneer de patiënt enkel het originele en dure geneesmiddel wilt innemen, dan wordt het voor de huisarts zeer moeilijk om een goedkoper alternatief voor te schrijven. De mentale toestand van de patiënt heeft ook een belangrijke invloed. Bij oudere en eventueel dementerende ouderen is er een zekere herkenbaarheid van het geneesmiddel dat zij innemen nodig. Voor deze patiënten is het zeer moeilijk of zelfs onmogelijk om over te schakelen naar de goedkopere alternatieven. Daarenboven vindt merendeel van de huisartsen dat ze het innovatief onderzoek van de farmaceutische bedrijven moeten steunen. De bedrijven die generische geneesmiddelen produceren voeren, zoals reeds aangegeven, zelf geen onderzoek en ontwikkeling meer.

3.5 Verkennende statistische analyse

3.5.1 Doel van het onderzoek

De uitgaven van de gezondheidszorg groeien jaarlijks met meer dan 6%, ondanks een voorziene groeimarge van 4,5% van het BBP¹⁵⁴. De beschikbare middelen moeten efficiënt aangewend worden om de kosten beheersbaar te houden. Maatregelen die als doel besparingen teweegbrengen binnen de gezondheidsuitgaven, zijn een noodzaak. Eén van de vele maatregelen die de overheid tracht door te voeren betreft het stimuleren van het voorschrijven van generische en goedkope geneesmiddelen. Omtrent het voorschrijven en het gebruik van generische en goedkope geneesmiddelen bestaan nog heel wat onduidelijkheden.

Voorgesteld onderzoek betreft een analyse van het voorschrijfgedrag van de Limburgse huisarts. Zo bleek tijdens het bevragen van de bevoorrechte getuigen dat het nog steeds onduidelijk is waarom niet alle artsen meer goedkope geneesmiddelen voorschrijven. Vervolgens ontstond het idee enkele mogelijke relevante verbanden te achterhalen tussen het voorschrijfgedrag van de huisarts en enkele karakteristieken van zowel de huisarts als de patiënt. Het statistisch onderzoek betreft dus meer de ontwikkeling van een idee dat meer en meer vorm krijgt tijdens het uitvoeren van enkele beperkte statistische testen. De technische en statistische achtergrond van de uitgevoerde testen wordt dus bewust beperkt daar het eerder gaat om de eerste verkennende toetsing van een bepaalde redenering rond de problematiek van de goedkope geneesmiddelen.

Het doel van deze voorliggende analyse is dus eerste stap te zetten in onderzoek dat nagaat welke verklarende factoren het voorschrijfgedrag, inzake goedkope geneesmiddelen van de ambulante algemeen geneeskundige, zouden kunnen beïnvloeden.

¹⁵⁴ Christelijke Mutualiteit (2004). Syntheserapport: “Wie betaalt in de toekomst mijn gezondheid?”.

3.5.2 Onderzoeksopzet

In voorliggende analyse worden 2 modellen opgesteld en geanalyseerd. Het eerste model – het artsenmodel – gaat na of er een verband bestaat tussen het voorschrijfgedrag van de huisarts en enkele karakteristieken van de huisarts. Elke record in de dataset geeft een percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen weer per arts waarbij onder meer de variabelen ‘leeftijd’, ‘geslacht’, ‘ervaring’, ‘hoeveelheid voorschriften’ en ‘indicatie of de arts in opleiding is of niet’ zijn opgenomen. Het tweede model – het patiëntenmodel - gaat na of er een verband bestaat tussen het voorschrijfgedrag van de huisarts en enkele karakteristieken van de patiënt. Elke record geeft een percentage door een huisarts voorgeschreven goedkope geneesmiddelen weer per patiënt, waarbij onder meer de variabelen ‘leeftijd’, ‘regio van de patiënt’, ‘geslacht’ en ‘indicatie of de patiënt behoort tot de voorkeurregeling of niet’ zijn opgenomen.

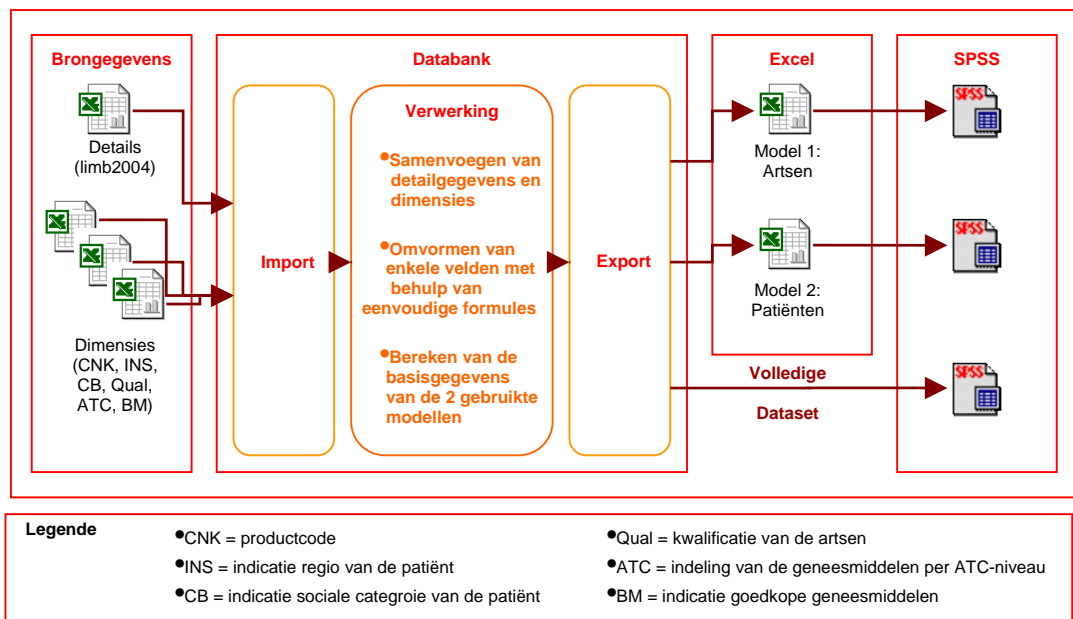
Het onderzoek gebeurt in verschillende fasen: de dataverwerking van de verkregen gegevens van het RIZIV (de concrete omschrijving van deze gegevens wordt in paragraaf 3.6.3 weergegeven), het omschrijven van de populatie, het opstellen van de verklarende factoren, het formuleren van de verschillende modellen, het formuleren van de hypothesen, het technisch verwerken van de gegevens, het interpreteren en terugkoppelen van de resultaten, het formuleren van de beperkingen van het onderzoek en het opstellen van voorstellen voor volgend onderzoek.

3.5.3 Dataverwerking van de verkregen gegevens van het RIZIV

Het onderzoek wordt uitgevoerd op gegevens die verkregen zijn van het Rijksinstituut voor ziekte – en invaliditeitsverzekering. Er werden gegevens opgevraagd die betrekking hebben op het voorschrijven van geneesmiddelen door de artsen en gegevens die betrekking hebben op bepaalde karakteristieken van de patiënten die de geneesmiddelen verkrijgen door een huisarts. Niet alle opgevraagde

gegevens zijn verkregen door het RIZIV aangezien men rekening moest houden met regels betreffende anonimiteit van de informatie. Gegevens die de regio of de lokgroep van de huisarts aangeven zijn niet verkregen. Verder hebben de verkregen gegevens enkel betrekking op artsen gevestigd in Limburg, zonder aanduiding van een specifieke regio. De populatie van het eerste model betreft dus alle algemeen geneeskundigen in de provincie Limburg werkzaam in het jaar 2004. Een onderzoek op basis van alle artsen in Vlaanderen zou een te grote dataset creëren die in het kader van deze eindverhandeling niet haalbaar is. In het tweede model betreft de populatie: alle patiënten die een voorschrift hebben ontvangen in 2004 van een algemeen geneeskundige gevestigd in Limburg. De voorwaarden om de gegevens te verwerken in dit onderzoek zijn vastgelegd in een geschreven overeenkomst tussen het RIZIV en de onderzoeker. Onderstaande figuur geeft weer hoe de verkregen gegevens omgevormd zijn tot een werkbare dataset.

Figuur 4.1: Overzicht verwerking van de gegevens tot de huidige dataset



Vervolgens dienen enkele opmerkingen gemaakt te worden die bijkomende informatie bieden bij het realiseren van de huidige dataset. De dataset is gereduceerd van ongeveer 7.000.000 records tot 5.450.000 records na het selecteren van de

relevante gegevens. Zo worden onder meer enkel de gegevens met betrekking tot de algemeen geneeskundigen behouden. Er wordt dus geen onderzoek uitgevoerd naar het voorschrijfgedrag van de specialisten. De indicatie of een geneesmiddel als generisch geneesmiddel kan beschouwd worden, wordt vastgelegd op ATC-niveau 5.¹⁵⁵ De indicatie of een origineel geneesmiddel dat in prijs verlaagd is als ‘goedkoop’ wordt aangegeven wordt gebaseerd op basis van de situatie op het einde van het jaar. Dit gegeven dient vermeld te worden omdat de prijzen van geneesmiddelen maandelijks kunnen veranderen

3.5.4 Bespreking van de verschillende variabelen

De verantwoording van de verklarende factoren gebeurt aan de hand van reeds gepubliceerde wetenschappelijke artikels die binnen deze context handelen en logische veronderstellingen. Vervolgens worden de mogelijke verklarende factoren beschreven.

A. Afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele wordt als volgt gedefinieerd: het percentage goedkoop voorgeschreven geneesmiddelen. Dit percentage wordt vervolgens berekend: het aantal voorgeschreven generieken, kopieën en originele geneesmiddelen waarvan deze laatste de producent de prijs heeft verlaagd tot het niveau van de vergoedingsbasis – ook goedkope originele geneesmiddelen genoemd – ten opzichte van het totaal aantal voorgeschreven geneesmiddelen. In symbolen wordt dit als volgt weergegeven:

¹⁵⁵ Aan elk werkzaam bestanddeel wordt door het “WHO-Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology” een ATC-nummer toegekend en krijgt het daarmee een unieke plaats in de rangschikking. Hierdoor wordt het product ondubbelzinnig in één van de veertien anatomische hoofdklassen geplaatst. Tussen het niveau van de grote therapeutische hoofdklasse (bijvoorbeeld skeletspierstelsel) en het niveau van het werkzame bestanddeel (bv. allopurinol) bestaan er nog drie tussenniveaus. Er zijn dus in het totaal vijf niveaus in de ATC-rangschikking.

$$[(G + C + R) / (G + C + O)] * 100$$

waarbij:

G = generiek of generisch geneesmiddel

C = kopie van een geneesmiddel

O = origineel geneesmiddel

R = goedkope originele geneesmiddelen (originele geneesmiddelen waarvan de producent de prijs heeft verlaagd tot het niveau van de vergoedingsbasis)

In het artsenmodel wordt dit percentage berekend per arts.

In het patiëntenmodel wordt dit percentage berekend per patiënt.

B. Onafhankelijke variabelen

Model 1 – het artsenmodel - bestaat uit vijf onafhankelijke variabelen: ‘geslacht van de voorschrijver’, ‘leeftijd van de voorschrijver’, ‘aantal jaren ervaring’, ‘huisarts in beroepsopleiding’ en ‘de hoeveelheid van voorgeschreven geneesmiddelen’.

1. Het geslacht van de voorschrijver

Deze onafhankelijke variabele neemt de waarde man (M) of vrouw (F) aan. Het betreft huisartsen uit de provincie Limburg, werkzaam in het jaar 2004. De keuze van deze onafhankelijke variabele is gebaseerd op een wetenschappelijk artikel¹⁵⁶. In dit onderzoek bleek de variabele ‘geslacht van de voorschrijver’ geen significante

¹⁵⁶ Paraponaris, A., Verger, P. e.a. (2004). Delivering generics without regulatory incentives? Empirical evidence from French general practitioners about willingness to prescribe international non-proprietary names. *Health Policy* 70, blz.23-32.

variabele te zijn. Toch zou het interessant zijn de significantie van deze variabele na te gaan in Limburgse context.

2. De leeftijd van de voorschrijver

Naast het feit dat deze variabele ook is opgenomen in het reeds eerder vermelde wetenschappelijk artikel is er ook een vermoeden dat de leeftijd van de voorschrijver relevant is inzake het voorschrijfgedrag. Dit wordt afgeleid uit een gesprek met algemeen geneeskundige, dokter Lambrechts.

3. Het aantal jaren ervaring

De keuze om deze variabele is als volgt te verantwoorden. Zou er een verschil zijn tussen het voorschrijfgedrag van algemeen geneeskundigen die pas het diploma behaald hebben en algemeen geneeskundigen die reeds lange tijd een dokterspraktijk uitoefenen? Dit zou interessante informatie kunnen opleveren, zo blijkt uit een gesprek met algemeen geneeskundige, dokter Lambrechts.

4. Een arts in beroepsopleiding (HIBO)

Deze onafhankelijke variabele kan twee waarden aannemen: '0' of '1'. Het cijfer '0' impliceert dat de arts niet meer in beroepsopleiding is, het cijfer '1' geeft aan dat de arts in beroepsopleiding is. Een arts in beroepsopleiding is een afgestudeerde arts die zijn tweejarige stage aan het lopen is. Na deze stage kan de arts officieel erkend worden als algemeen geneesheer. De relevantie van deze variabele omvat de volgende bedenking. Zouden artsen in de loop van de stage er een ander voorschrijfgedrag op na houden? Aan de hand van de geformuleerde variabele zou men hierover al wat meer kunnen weten.

5. De hoeveelheid van voorgeschreven geneesmiddelen

Deze onafhankelijke variabele betreft het aantal voorschriften dat de arts heeft voorgeschreven in het jaar 2004. Zou een arts die veel geneesmiddelen voorschrijft op jaarbasis, daarom meer generieken of goedkope geneesmiddelen voorschrijven?

Deze vraag zou beantwoord kunnen worden door het opnemen van de variabele in het model. Ook wordt deze variabele opgenomen het onderzoek dat beschreven is in het reeds aangehaalde wetenschappelijk artikel.

Model 2 – het patiëntenmodel - bevat vier onafhankelijke variabelen: ‘leeftijd van de patiënt’, ‘geslacht van de patiënt’, ‘de mate van stedelijkheid van de gemeente waar de patiënt gevestigd is’ en ‘sociale status van de patiënt’.

1. De leeftijd van de patiënt

Door deze variabele op te nemen in het model kan men te weten komen of de leeftijd invloed heeft op het al dan niet verkrijgen van generieken of goedkope geneesmiddelen.

2. Het geslacht van de patiënt

Deze onafhankelijke variabele kan twee waarden aannemen: man (M) of vrouw (F). Het betreft patiënten die in tijdens het jaar 2004 een voorschrift hebben gekregen van een huisarts die gevestigd is in de provincie Limburg.

3. De mate van stedelijkheid van de gemeente waar de patiënt gevestigd is

Door opname van deze variabele zou men kunnen nagaan of de mate van stedelijkheid van een gemeente waar de patiënt gevestigd is, een invloed heeft op het ontvangen van generieken of goedkope geneesmiddelen van de huisarts, gevestigd in Limburg. Deze variabele werd ook opgenomen in een wetenschappelijke studie.¹⁵⁷

4. De sociale status van de patiënt

Deze onafhankelijke variabele kan twee waarden aannemen: ‘1’ of ‘0’. Het cijfer ‘0’ geeft aan de patiënt geen recht heeft op een voorkeurregeling. Het cijfer ‘1’ impliceert dat de patiënt recht op een voorkeurregeling. De voorkeurregeling of WIGW-statuut betreft het stelsel van verhoogde terugbetaling voor de patiënt. Er

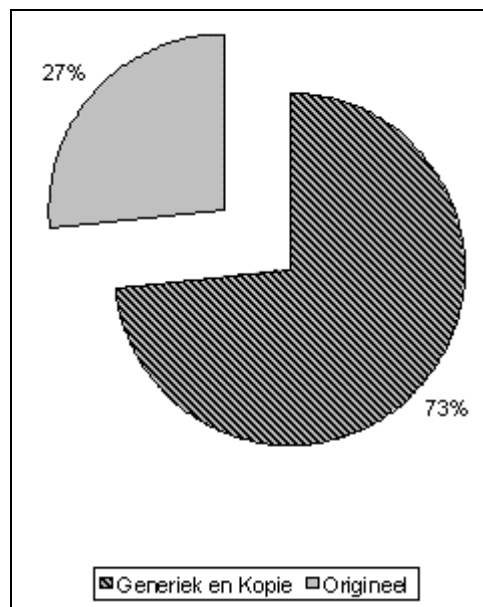
¹⁵⁷ Studie Nivel (2003). Het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen in de huisartspraktijk: voorschrijfvolume en off-label voorschrijven, 5 blz.

dient vermeld te worden dat dit de enige operationele variabele is waarover men beschikt om een indicatie van de sociale status van de patiënt weer te geven.

3.5.5 Beschrijvende analyse van de gegevens met betrekking tot de producten

In dit gedeelte van het onderzoek wordt enkel beschrijvende statistiek toegepast.

Figuur 4.2: Verdeling van goedkope voorgeschreven geneesmiddelen in generische geneesmiddelen, kopieën en goedkope originelen



Bron: RIZIV (2004), herwerkte tabel

Figuur 4.2 geeft specifieke informatie over de voorgeschreven goedkope geneesmiddelen in 2004 door de Limburgse huisartsen. De groep generische geneesmiddelen en kopieën zijn voor 73% vertegenwoordigd binnen de groep voorgeschreven goedkope geneesmiddelen. De originelen die in prijs verlaagd zijn bedragen 21% van het aantal voorgeschreven goedkope geneesmiddelen.

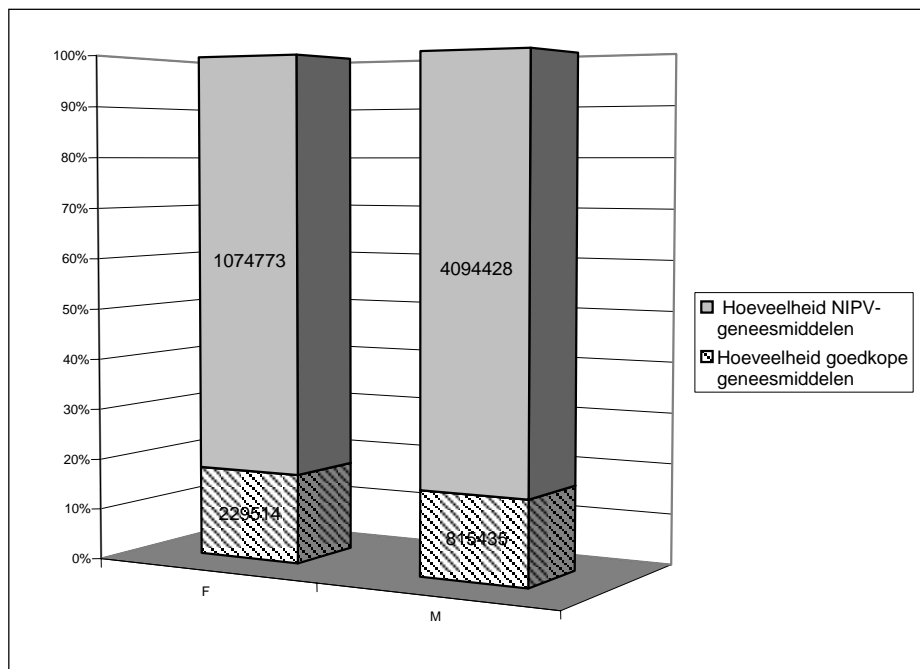
Uit figuur 4.3 opgenomen in bijlage 4 blijkt dat er binnen een aantal groepen geneesmiddelen duidelijk meer goedkope geneesmiddelen worden voorgeschreven ten opzichte van andere groepen. Er zijn twee groepen waarbinnen de huisartsen in Limburg veel goedkope geneesmiddelen hebben voorgeschreven. Het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen van de groep 'maagdarmkanaal en stofwisseling' bedraagt 41,31%. Voor de groep 'antimicrobiele middelen voor systemisch gebruik' bedraagt dit percentage 33,77%. Voor de groepen 'antiparasitaire middelen, insecticiden en insectenwerende middelen' en 'systematische hormoonpreparaten, geslachts-hormonen uitgezonderd' bedraagt het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen 0%.

3.5.6 Het artsenmodel

De bespreking van het model verloopt als volgt. De gegevens worden eerst weergegeven met behulp van beschrijvende statistiek. Vervolgens wordt er een meervoudige regressieanalyse op de gegevens uitgevoerd die ook besproken wordt.

A. Beschrijvende analyse

Figuur 4.4: Verdeling tussen goedkope en NIPV- voorgeschreven geneesmiddelen per geslacht



Bron: RIZIV (2004), herwerkte tabel

Waarbij:

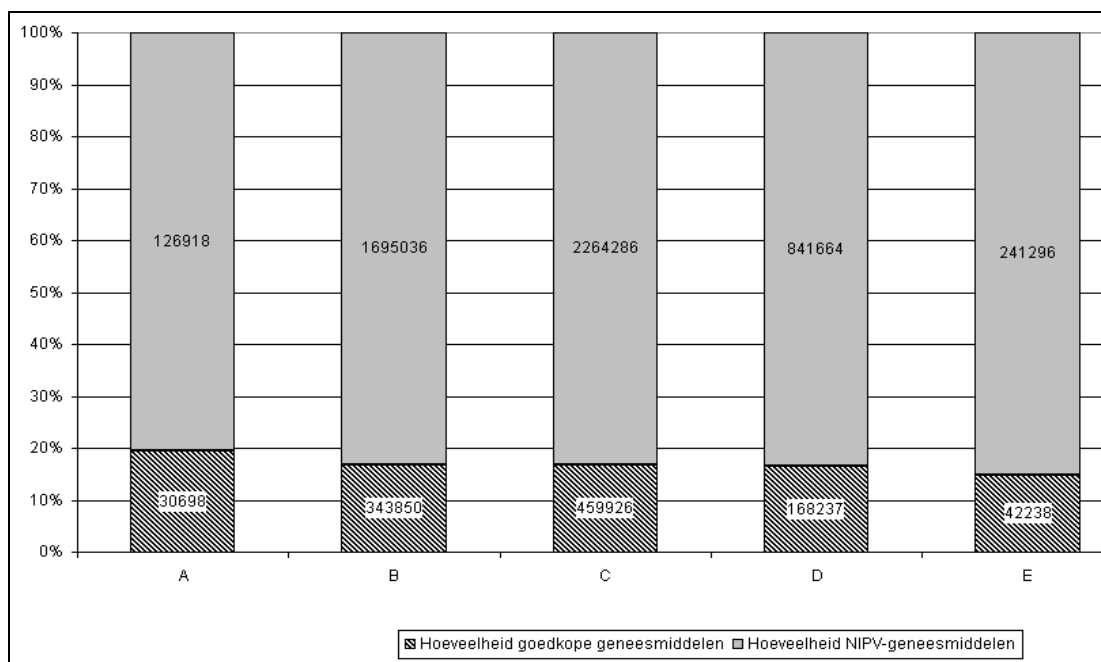
NIPV-geneesmiddelen: niet in prijs verlaagde geneesmiddelen

Goedkope geneesmiddelen omvatten de generische geneesmiddelen, de kopieën en enkel de originele geneesmiddelen die sterk in prijs gezakt zijn. De NIPV-

geneesmiddelen omvatten enkel de originele geneesmiddelen die niet in prijs verlaagd zijn.

Uit figuur 4.4 kan men afleiden dat vrouwelijke huisartsen (F) en mannelijke huisartsen (M) van Limburg respectievelijk 17,6% en 16,61% goedkope geneesmiddelen voorschrijven ten opzichte van haar of zijn totaal aantal voorgeschreven geneesmiddelen in het jaar 2004. Deze percentages zijn ongeveer 10% lager dan het verplichte minimumpercentage goedkope geneesmiddelen (27%) dat geldt vanaf 1 april 2006.

Figuur 4.5: Verdeling tussen goedkope en NIPV- voorgeschreven geneesmiddelen per leeftijdsklasse van de arts



Bron: RIZIV (2004), herwerkte tabel

Waarbij:

NIPV-geneesmiddelen: niet in prijs verlaagde geneesmiddelen

- A: huisarts jonger dan 30 jaar
- B: huisarts tussen 30 en 40 jaar
- C: huisarts tussen 40 en 50 jaar
- D: huisarts tussen 50 en 60 jaar
- E: huisarts ouder dan 60 jaar

Figuur 4.5 geeft aan dat de huisartsen jonger dan 30 jaar uit Limburg 19,47% goedkope geneesmiddelen hebben voorgeschreven ten opzichte van zijn of haar totaal aantal voorgeschreven geneesmiddelen in 2004. Het percentage dat geldt voor de huisartsen ouder dan 60 jaar bedraagt 14,9%. Dit ligt beduidend lager dan bij de jonge artsen. De andere leeftijdsklassen schrijven ongeveer 16% goedkope geneesmiddelen voor ten opzichte van zijn of haar totaal aantal voorgeschreven geneesmiddelen in 2004.

Tabel 4.1: Percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen naargelang de huisarts in beroepsopleiding is of niet in beroepsopleiding is.

| | % voorgeschreven goedkope geneesmiddelen |
|-----------------------------------|--|
| huisarts niet in beroepsopleiding | 16,80% |
| huisarts in beroepsopleiding | 21,21% |

Bron: RIZIV (2004), herwerkte tabel

Tabel 4.1 geeft aan dat een huisarts in beroepsopleiding gevestigd in Limburg 21,21% goedkope geneesmiddelen voorschrijft ten opzichte van zijn of haar totaal aantal voorgeschreven geneesmiddelen in het 2004. De huisarts in Limburg die zijn beroepsopleiding reeds heeft voltooid schrijft 16,8% goedkope geneesmiddelen voor ten opzichte van zijn of haar totaal aantal voorgeschreven geneesmiddelen in 2004. Het verschil tussen deze twee groepen bedraagt 4,4%.

B. Econometrische analyse

Alvorens over te gaan tot de regressieanalyse wordt er een test op de normaliteit uitgevoerd. De normaliteit wordt getest omdat in veel statistische modellen dit vaak een voorwaarde is om het model te mogen toepassen. Met behulp van de Kolmogorov-Smirnov-test worden de data die in het model gehanteerd worden, gecontroleerd op hun normaalverdeling. De variabelen 'geslacht' en 'arts in opleiding' kunnen slechts twee waarden aannemen, 0 of 1 waardoor het onmogelijk wordt deze te testen op normale verdeling. Tabel 4.2 en 4.3 in bijlage 4 geven een weergave van de resultaten van de test.

De normale verdeling van de gegevens wordt aanvaard bij een significantieniveau van 0,05 voor de variabelen 'artsleeftijd' en 'artservaring'. De data zijn echter niet normaal verdeeld voor de variabele 'hoeveelheid'. Maar dit zou kunnen verklaard worden door het feit dat de variabele hoeveelheid zeer extreme waarden bevat. In de dataset zijn ook de huisartsen opgenomen die zeer weinig voorschriften hebben voorgeschreven in het jaar 2004. Dit beïnvloedt echter de normale verdeling van de gegevens. Tabel 4.2 in bijlage 4 geeft de output van de Kolmogorov-Smirnov-test waar alle gegevens in de dataset zijn behouden. In Tabel 4.3 in bijlage 4 geeft de output van de Kolmogorov-Smirnov-test waarbij er een selectie is uitgevoerd op de data. Enkel de records waarin de variabelen die een hoeveelheid groter dan 500 voorschriften in het jaar 2004 hebben, worden behouden. De test waar een selectie op de data is uitgevoerd levert duidelijk betere waarden op, waardoor kan gesteld worden dat de variabelen 'artsleeftijd' en 'artservaring' normaal verdeeld zijn. Men zou nog allerhande manipulaties kunnen uitvoeren op de data om een optimale normaalverdeling te bekomen van de gegevens, maar deze testen worden in dit onderzoek niet meer uitgevoerd. Bovendien geven verregaande manipulaties van de gegevens moeilijkheden bij het interpreteren van de gegevens waar men zich niet aan waagt binnen het beperkte kader van deze eindverhandeling. Binnen het kader van deze eindverhandeling worden de volgende testen uitgevoerd in de veronderstelling

dat de gegevens normaal verdeeld zijn of alsof de gegevens normaal zouden verdeeld zijn.

Vervolgens wordt de volgende hypothese voor het artsenmodel met behulp van een lineaire meervoudige regressieanalyse onderzocht.

Er is een verband tussen de mate van goedkoop voorschrijven van de arts en de karakteristieken (geslacht, leeftijd, aantal jaren ervaring, in beroepsopleiding of niet, hoeveelheid van voorgeschreven geneesmiddelen) van de voorschrijvende arts.

Dit model kan men in symbolen als volgt uitdrukken:

$$Y = \beta + (\text{geslachtvoorschr}) \beta_1 + (\text{leeftijdvoorschr}) \beta_2 + (\text{aantal jaren ervaring}) \beta_3 + (\text{HIBO}) \beta_4 + (\text{voorschrijfvolume}) \beta_5 + u$$

Bij het toetsen van bovenstaande hypothese wordt de totale variantie van de afhankelijke variabele, percentage goedkoop voorschrijven, verdeeld over de verschillende componenten, namelijk de beschreven onafhankelijke variabelen.

Met het model van meervoudige regressie-analyse veronderstelt men een causaal verband tussen de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabelen. De onafhankelijke variabelen (ook regressors genoemd) vormen dus de oorzaak voor de mate van de verklaarde of afhankelijke variabele. De relevante terminologie wordt vervolgens uiteengezet.

De meervoudige correlatiecoëfficiënt wordt aangeduid als 'R'. Deze coëfficiënt kan geïnterpreteerd worden als de enkelvoudige correlatiecoëfficiënt tussen de waargenomen waarden van het percentage goedkope geneesmiddelen en de, met behulp van de regressievergelijking, geschatte waarden van het percentage goedkope geneesmiddelen.

De determinatiecoëfficiënt wordt aangeduid als 'R²'. Het kwadraat van de meervoudige correlatiecoëfficiënt is de R² en geeft weer welk deel van de variantie

van de afhankelijke variabele wordt verklaard door de onafhankelijke variabelen. Een R^2 die gelijk is aan nul, betekent niet automatisch dat er geen verband is tussen de variabelen. Het betekent slechts dat er geen lineair verband bestaat.

Alvorens de resultaten van de regressieanalyse worden besproken, worden de verschillende fases tot het bekomen van een gepast model kort toegelicht.

In de eerste fase van het onderzoek werden alle variabelen opgenomen in het model. Het uitvoeren van de regressieanalyse leverde echter geen significant model op, slechts één van de opgenomen variabele was significant binnen dit model en de determinatiecoëfficiënt (R^2) had een lage waarde (0,8%). In bijlage 4 wordt een overzicht gegeven van de resultaten van deze test.

Vervolgens worden bepaalde problemen van dit model verklaard. Ten eerste is er een probleem van correlatie tussen bepaalde variabelen aanwezig in het model. Dit blijkt uit de Pearson-test opgenomen in tabel 4.4 in bijlage 4. De variabelen 'Artsleeftijd', 'Artservaring' en 'ArtsInOpleiding' zijn gecorreleerd aan elkaar, waardoor het model beïnvloed wordt. In de tweede regressieanalyse wordt er van deze drie variabelen enkel de variabele 'Artleeftijd' opgenomen.

Ook werden tal van varianten op dit model geanalyseerd waarbij er variabelen werden opgenomen en verwijderd. Zo werden er onder meer bij de variabele 'Hoeveelheid' enkel de hoeveelheden met een waarde tussen 1.000 en 26.000 behouden. De reden voor het uitvoeren van deze selectie ligt in het feit dat extreme lage of hoge waarden van deze variabele het model negatief beïnvloeden. De resultaten werden telkens geanalyseerd en vergeleken.

Tot slot komen we tot het finaal gereduceerd model waarop ook de resultaten van dit verkennend onderzoek zullen gebaseerd worden. Er zijn drie verklarende variabelen opgenomen in het model: 'geslacht', 'leeftijd' en 'hoeveelheid'. In dit model bedraagt de determinatiecoëfficiënt (R^2) 5,6%. Dit betekent dat slechts 5,6% van de

variantie in het percentage goedkope geneesmiddelen kan verklaard worden door de opgenomen variabelen in het model. De variabele ‘geslacht’ is niet significant in het model. De variabelen ‘leeftijd’ en ‘hoeveelheid’ zijn wel significant in het model.

Men kan dus met grote voorzichtigheid het volgende besluiten uit de uitgevoerde regressieanalyses in dit econometrisch deel van de verkennende analyse.

Het geslacht en het feit of de arts in opleiding is of niet speelt geen significante rol in het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen van de Limburgse arts. De leeftijd van de huisarts en de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen op jaarbasis zijn wel van significante invloed op het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen van de Limburgse huisarts. Een uitspraak over de variabelen ‘ervaring’ en ‘arts in opleiding’ scheidt moeilijkheden omdat men kan vermoeden dat deze variabelen sterk gecorreleerd zijn aan de variabele ‘leeftijd van de arts’.

3.5.7 Het patiëntenmodel

A. Beschrijvende analyse

Ook bij de gegevens met betrekking tot de patiënten werd nagegaan of het geslacht een rol speelt of de patiënt een goedkoop of een NIPV-geneesmiddel voorgeschreven krijgt. Uit de berekeningen blijkt dat vrouwen en mannen respectievelijk 16,66% en 17,02% goedkope geneesmiddelen hebben geconsumeerd ten opzichte van het totaal aantal geneesmiddelen dat zij hebben geconsumeerd in het jaar 2004.

Tabel 4.5: Overzicht van het percentage goedkope geneesmiddelen per leeftijdsklasse van de patiënt

| | |
|---|--------|
| A | 24,09% |
| B | 18,56% |
| C | 19,58% |
| D | 18,13% |
| E | 17,46% |
| F | 15,42% |
| G | 13,95% |

A: patiënt jonger dan 18 jaar

B: patiënt tussen 18 en 30 jaar

C: patiënt tussen 30 en 45 jaar

D: patiënt tussen 45 en 55 jaar

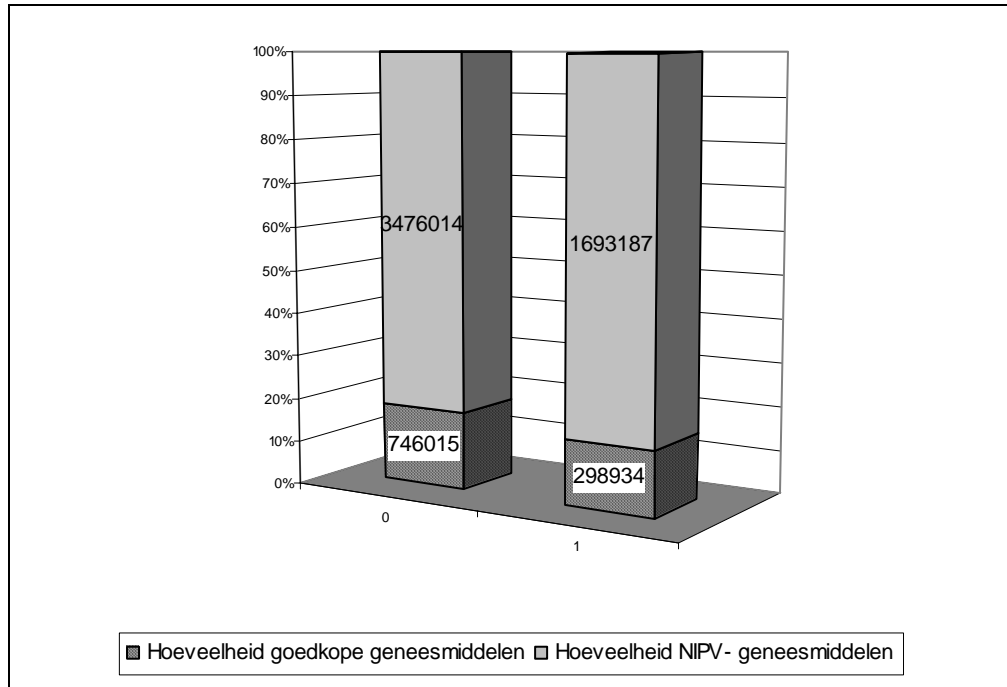
E: patiënt tussen 55 en 65 jaar

F: patiënt tussen 65 en 75 jaar

G: patiënt ouder dan 75 jaar

Tabel 4.5 geeft aan dat hoe jonger de patiënt is, hoe groter het percentage verkregen goedkope geneesmiddelen ten opzichte van het totaal aantal verkregen geneesmiddelen in 2004 door een huisarts uit Limburg, wordt.

Figuur 4.6: Verdeling tussen goedkope en NIPV-voorgeschreven geneesmiddelen naargelang de patiënt recht heeft op de voorkeurregeling of niet



Bron: RIZIV (2004), herwerkte tabel

Waarbij:

NIPV-geneesmiddelen: niet in prijs verlaagde geneesmiddelen

0: geen voorkeurregeling

1: wel voorkeurregeling

Figuur 4.6 geeft aan dat de patiënten die behoren tot de voorkeurregeling¹⁵⁸ 15% goedkope geneesmiddelen ten opzichte van het totaal aantal verkregen geneesmiddelen in het jaar 2004 hebben verkregen van een huisarts in Limburg. Voor de patiënten die niet van de voorkeurregeling genieten bedraagt dit percentage 17,67%.

¹⁵⁸ Regeling van de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering (vroeger WIGW-statuu) genoemd (Beknopt overzicht van de Sociale Zekerheid (2004), o.c., 553 blz.)

B. Econometrische analyse

Vervolgens wordt er overgegaan tot de bespreking van de uitgevoerde regressieanalyse.

Dit deel van het onderzoek is minder sterk uitgewerkt omdat er veel elementen waren die de verwerking van de gegevens zeer moeilijk maakte. De determinatiecoëfficiënt van het model bedroeg slechts 0,9%. Het gebrek aan beschikbare middelen, het laat verwerven van RIZIV – gegevens en het bestaan van de tijdslimiet waarbinnen deze eindverhandeling moet afgeleverd zijn, zijn de oorzaken voor het niet verder analyseren van dit model. Daarenboven moet ook in acht genomen worden dat de opzet van dit onderzoek bewust beperkt is gehouden.

3.5.8 Beperkingen en voorstellen voor volgend onderzoek

Bovenstaande conclusies moeten echter met zeer grote voorzichtigheid aangenomen worden. Er zijn tal van beperkingen die zeker invloed hebben op het onderzoek.

Als eerste beperking kan gesteld worden dat er zijn weinig relevante verklarende variabelen beschikbaar zijn die het percentage goedkope geneesmiddelen kunnen verklaren. De gegevens van het RIZIV bieden onvoldoende informatie om een goed regressiemodel op te kunnen bouwen. Bovendien kunnen enkel de terugbetaalde geneesmiddelen geregistreerd worden in de databank van het RIZIV.

Andere interessante verklarende variabelen zijn onder meer:

- Het aantal bezoeken van een farmaceutische vertegenwoordiger;
- De gemeente waar de huisarts gevestigd is of een indicatie van de lok-groep waartoe de huisarts behoort;
- Het feit of de arts aanvullende opleidingen of bijscholingen bijwoont;
- Het feit of de arts geabonneerd is op wetenschappelijke tijdschriften;

- Het aantal uren dat de arts per week werkt;
- Het feit of de arts alleen werkt of samen met andere artsen een praktijk organiseert;
- Het feit of de arts een computer heeft, al dan niet met internetverbinding, in zijn werkruimte;
- Indicaties die de persoonlijkheid en de idealen van de huisarts kunnen weergeven.

De meerderheid van bovenstaande variabelen werd gebruikt in een studie¹⁵⁹ (2004), uitgevoerd in Frankrijk, die peilt naar de bereidheid van de arts tot het voorschrijven van niet-merk geneesmiddelen. De gegevens voor het onderzoek werden verkregen door het opsturen van enquêtes.

Ook de opgenomen variabelen in het patiëntenmodel leidde niet tot goede resultaten. Een bijkomende variabele wordt vervolgens voorgesteld. Men zou ook een variabele die de 'invloed van de patiënt' weergeeft, kunnen opnemen. Het is belangrijk in acht te nemen dat de patiënt zelf een bepaald soort geneesmiddel kan eisen. Maar de gegevens van het RIZIV geven hier geen inzicht in. Dit soort gegeven zou men enkel kunnen verzamelen door het enquêteren van de patiënten.

Ook zou het interessant zijn het artsenmodel en het patiëntenmodel met elkaar te linken. De uitvoering van dit idee ligt echter buiten het bestek van deze eindverhandeling.

Een volgende beperking die een rol speelt in de waarde van het onderzoek benadert de volgende problematiek. Niet alle geneesmiddelen-groepen hebben evenveel goedkope alternatieven. Uit de beschrijvende statistiek blijkt dit ook duidelijk in figuur 4.3. Deze bevinding beïnvloedt de percentages voorgeschreven goedkope

¹⁵⁹ Paraponaris, A., Verger, P., Desquins, B., e.a. (2004). Delivering generics without regulatory incentives ? Empirical evidence from French general practitioners about willingness to prescribe international non-proprietary names, *Health Policy*, 23-32.

geneesmiddelen per arts. Het effect van dit gegeven zou in volgend onderzoek verder onderzocht kunnen worden.

Men kan dus besluiten dat er tal van andere variabelen kunnen meespelen die de variantie van het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen kunnen verklaren. Het onderzoek dat uitgevoerd is in het kader van deze eindverhandeling is slechts een eerste stap in een onderzoek dat meer verklaring in het al dan niet voorschrijven van goedkope geneesmiddelen zou kunnen brengen. Door de aanwezigheid van de vele beperkingen van dit onderzoek moet er stellig benadrukt worden de resultaten uiteraard niet sluitend en onbetwistbaar zijn. In deze eindverhandeling is slechts een eerste beperkte poging ondernomen om de gestelde problematiek rond de consumptie van goedkope geneesmiddelen nader te bekijken.

Hoofdstuk 4: De ideologie rond de opkomst van de aanvullende ziekteverzekering

4.1 Inleiding

“Het huidige systeem van solidaire ziekteverzekering zal blijven bestaan. De realiteit zal ons echter dwingen om keuzes te maken die deze solidariteit kunnen vrijwaren.”
(Dr. Van Thillo, Consulent Gezondheidszorg)

Uit verschillende geschreven bronnen kan men afleiden dat we evolueren naar een ‘gelaagd’ systeem van ziekteverzekering met een verplicht, gesolidariseerd basispakket en een vrij, verzekerd aanvullend pakket. In dit laatste blijft regulering door de overheid weliswaar een grote rol spelen. Zij kan private verzekeraars bijvoorbeeld verbieden om aan risicoselectie te doen.¹⁶⁰ Volgens Justaert, voorzitter van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, moet de aanvullende verzekering nauw aansluiten bij de verplichte ziekteverzekering. De bijdrage heeft geen solidair karakter, maar zolang het gewicht van de aanvullende verzekering beperkt blijft, is de situatie houdbaar, aldus Justaert.¹⁶¹

De aanvullende diensten die de ziekenfondsen organiseren, zijn soms nodig om een antwoord te kunnen bieden op de behoeften die niet of onvoldoende door de nationale solidariteit door middel van de verplichte ziekte – en invaliditeitsverzekering zijn gedekt. Enkel de leden die de vooropgestelde bijdragen betalen

¹⁶⁰ Van Thillo, J. (2002). Meer en meer vrije marktwerking. *CM-Informatie, februari-maart*, blz. 17-18.

¹⁶¹ Justaert, M. (2002). Ziekenfondsen moeten in de eerste plaats non-profitorganisaties blijven. *CM-Informatie, februari-maart*, blz. 19-21.

kunnen genieten van een aanvullende ziekteverzekering. Een voorbeeld van deze aanvullende verzekeringen is de hospitalisatieverzekering.¹⁶²

4.2 De verschillende pijlers van de ziekteverzekering¹⁶³

Er zijn drie pijlers aanwezig binnen de ziekteverzekering. De eerste pijler omvat de verzekeringen die door de overheid of een overheidsinstelling worden georganiseerd en (gedeeltelijk) gefinancierd. Voor alle rechthebbenden die tot het toepassingsgebied is deze verzekering verplicht. De producten die zich onder deze pijler bevinden zijn: de verplichte ziekteverzekering voor werknemers, overheidspersoneel en zelfstandigen en de Vlaamse zorgverzekering. Tot de tweede pijler van de ziekteverzekering worden de producten gerekend die buiten het wettelijk stelsel vallen, maar (mede) gefinancierd worden door een gesolidariseerde premie, eventueel financieel ondersteund door de overheid. Voorbeeld van producten uit de tweede pijler zijn de aanvullende diensten en activiteiten van de ziekenfondsen en de arbeidsgebonden ziekteverzekering. De derde pijler van de ziekteverzekering groepeerde de verzekeringen die buiten het wettelijk stelsel worden georganiseerd en op individuele basis kunnen worden afgesloten. De toetreding is volledig afhankelijk van het individu gegeven de aangeboden voorwaarden. De steun van de overheid is niet uitgesloten. De verzekeringen die tot deze derde pijler behoren zijn de facultatieve hospitalisatieverzekeringen en hun waarborguitbreidingen, de facultatieve afhankelijkheidsverzekeringen, de verzekering kleine risico's voor zelfstandigen en de verzekering geneeskundige verzorging van de Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid.

¹⁶² Callens, S. & Peers, J. (2003). *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 467 blz.

¹⁶³ Berghman, J. & Meerbergen, E. (2005). *Aanvullende sociale voorzieningen in de tweede en derde pijler*. Centrum voor Sociologisch Onderzoek K.U. Leuven, blz. 1-4.

Vervolgens wordt er nagegaan in welke mate de consument gebruik maakt van de verzekeringen uit de tweede en derde pijler. Uit de studie van het Centrum voor Sociologisch Onderzoek K.U. Leuven (2005) blijkt dat de aanvullende voorzieningen van de ziekenfondsen voor praktisch alle leden verplicht zijn. Er zijn momenteel 9.403.703 personen aangesloten bij deze aanvullende voorzieningen. Bij de arbeidsgebonden verzekeringen die ook tot de tweede pijler behoren, is het aantal deelnemers de laatste tien jaar gestegen met 43%. Dit betekent dat meer en meer bedrijven aan hun werknemers extralegale voordelen aanbieden onder de vorm van een aanvullende hospitalisatieverzekering. Tot slot is er in de derde pijler eveneens een sterke stijging van het aantal verzekerden met een facultatieve hospitalisatieverzekering merkbaar, zowel bij de ziekenfondsen als bij de verzekeringsondernemingen. De facultatieve hospitalisatieverzekeringen aangeboden door de verzekeringsondernemingen bereiken een ledental van meer dan één miljoen leden terwijl de ziekenfondsen boven de twee miljoen leden hebben voor de derde pijler.

4.3 Verschillende visies voor de opkomst van de aanvullende verzekeringen

Bovenstaande cijfers geven aan dat de aanvullende verzekeringen steeds van groter belang zullen zijn in de toekomst. Volgende bedenkingen kunnen hierbij gemaakt worden: ‘In welke mate wordt hierdoor de solidariteit van onze sociale zekerheid beïnvloed?’, ‘Blijft het basispakket gezondheidszorgen dat aanwezig is in de verplichte ziekteverzekering gewaarborgd of doet er zich een verschuiving voor van terugbetaalde zorgen naar de tweede en derde pijler van de ziekteverzekering?’. De verschillende visies van de bevoorrechte getuigen trachten meer duidelijkheid te geven in deze complexe situatie.

Kesenne, Nationaal Secretaris van de Christelijke Mutualiteit, geeft aan dat de verschuiving van zorgen van de eerste naar de tweede en derde pijler van de ziekteverzekering een feit is. Hij vreest dat de kosten van de verplichte ziekteverzekering niet zo sterk zullen kunnen blijven stijgen, waardoor er automatisch een deel van de markt vrij komt voor de aanvullende ziekteverzekeringen. De Christelijke Mutualiteit pleit ervoor dat de tweede en derde pijler zo sociaal mogelijk georganiseerd worden. Ook doet men op Europees niveau allerlei pogingen om regelingen te treffen om een sociale aanpak van de aanvullende ziekteverzekeringen te kunnen blijven garanderen. De discussie over welke zorgen in het basispakket verplichte ziekteverzekering worden opgenomen en welke zorgen ervan uitgesloten worden, ligt zeer gevoelig in België. Dus voorstellen tot bijvoorbeeld ‘het beperken van het basispakket’ zijn voorlopig nog niet aan de orde in België, aldus Kesenne. Wel kan men zich afvragen of bepaalde geneeskundige verstrekkingen zoals kunstmatige bevruchting gedekt moet worden door de verplichte ziekteverzekering.¹⁶⁴

¹⁶⁴ Informatie verstrekt tijdens interview op 19 oktober 2005, te Brussel.

Vervolgens stelt Van der Meeren, hoofd van de studiedienst van de Socialistische Mutualiteit, dat een verschuiving van zorgen van de eerste naar de tweede en derde pijler van de ziekteverzekering wel zou kunnen ontstaan als men niet genoeg maatregelen neemt in de verplichte ziekteverzekering om de kosten te kunnen beheersen. Ook Van der Meeren geeft aan dat het zeer moeilijk is om een basispakket verplichte zorgen te formuleren. Hij verwijst naar de situatie in Nederland, waar men met behulp van de 'trechter van Dunning'¹⁶⁵, er niet in slaagt een basispakket te formuleren. In België waagt men zich er niet aan te zeggen welke zorgen in het basispakket moeten gegarandeerd worden en welke zorgen aanvullend verzekerd zouden moeten worden. De bevoegde instanties zijn wel in continu overleg om te bepalen welke geneeskundige vertrekkingen noodzakelijk lijken om in de verplichte verzekering op te nemen en welke zorgen minder noodzakelijk zijn. Binnen de mogelijkheden van het budget kan men als dusdanig kleine wijzigingen invoeren omtrent de aard van de zorgen die tot de verplichte ziekteverzekering behoren en welke zorgen er niet toe behoren. Volgens de Socialistische Mutualiteit is deze manier van werken efficiënter dan het Nederlandse systeem waar men met behulp van grote rapporten een basispakket van terugbetaalde tracht op te stellen.¹⁶⁶

Tot slot wordt de visie van Remans, arts en reumatoloog, weergegeven inzake deze problematiek. Remans zetelde tevens gedurende vier jaar in de Senaat in de periode 1999-2003. Hij geeft aan dat als men er voor zorgt dat alle geneeskundige verstrekkingen die nu terugbetaald worden, zullen blijven behoren tot de verplichte ziekteverzekering, dan zou dat op zich al een hele prestatie zijn. In vergelijking met andere landen behoren er in België zeer veel zorgen tot de verplichte ziekteverzekering. Wanneer we de topkwaliteit van deze zorgen als standaard kunnen opnemen in de verplichte ziekteverzekering, dan is dat toch beter dan geen normen op te leggen en het risico te lopen dat de gezondheidszorg op den duur onbetaalbaar wordt. Wie zich voor meer geneeskundige verstrekkingen wilt verzekeren heeft de mogelijkheid om een aanvullende verzekering op te nemen. Maar het is noodzakelijk

¹⁶⁵ Systeem waarbij de zorg steeds uitgedund wordt tot het noodzakelijke.

¹⁶⁶ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart 2006, te Brussel.

dat men tracht te garanderen dat de geneeskundige verstrekkingen die momenteel behoren tot de verplichte ziekteverzekering daar ook opgenomen blijven. Ten tweede geeft Remans aan dat er een scheiding moet zijn tussen de verplichte en de aanvullende ziekteverzekering. Volgens Remans kan het niet dat ziekenfondsen zowel de verplichte als aanvullende ziekteverzekeringen kunnen organiseren. Hij geeft hierbij een treffend voorbeeld. Ziekenfondsen organiseerden een aanvullende ziekteverzekering die de verzekernemer voor bepaalde kijkoperaties voor een galblaasoperatie verzekerden. Veel leden namen deze aanvullende verzekering op en betaalden de vooropgestelde premie. Een jaar later echter werden de kosten van deze kijkoperaties opgenomen in de verplichte ziekteverzekering. Remans stelt zich de vraag wat er met de inkomsten van die aanvullende verzekeringen is gebeurd. Wanneer men ervoor zorgt dat een verzekeraar niet zowel de verplichte als de aanvullende verzekering tegelijk kan organiseren, dan zou de beschreven en in vraag gestelde situatie vermeden kunnen worden. Ten derde geeft Remans aan dat de patiënt meer betrokken zou moeten worden in het beslissingproces dat bepaalt welke nieuwe geneeskundige zorgen opgenomen worden in de verplichte ziekteverzekering. Dit zou kunnen met behulp van de patiëntenorganisaties.¹⁶⁷

¹⁶⁷ Informatie verstrekt tijdens interview op 20 maart 2006, te Genk.

Hoofdstuk 5: Conclusies

Het menselijk handelen doorheen de geschiedenis wordt gekenmerkt door de steeds terugkerende zoektocht naar zekerheid. De risico-averse mens heeft gedurende de geschiedenis een systeem uitgebouwd dat in België gekend staat als een van de beste sociale zekerheidssystemen. Ons sociale zekerheidsstelsel is continu in evolutie waarbij beleidsverantwoordelijken een evenwicht trachten te vinden tussen solidariteit, billijkheid en betaalbaarheid.

Het Belgische sociale zekerheidsstelsel voor werknemers bestaat uit zeven takken: het rust – en overlevingspensioen, de werkloosheidsuitkering, de arbeidsongevallenverzekering, de beroepsziekteverzekering, de gezinsbijslag, de ziekte – en invaliditeitsverzekering en de jaarlijkse vakantie. De complexiteit van dit systeem wordt bevestigd door de continue wijzigingen waaraan de takken onderhevig zijn. Enkel recente informatie kan een objectief beeld geven van de huidige toestand van het sociale zekerheidsstelsel.

Wanneer men spreekt over de betaalbaarheid van onze sociale zekerheid moet men een lange termijn - visie hanteren. De uiteenlopende visies van de beleidsverantwoordelijken inzake de problematiek van de sociale zekerheid zijn onderhevig aan zowel politieke als maatschappelijke veranderingen. De aankomende vergrijzing van de bevolking stelt het overheidsbeleid voor een grote uitdaging wil men het huidige sociale zekerheidsstelsel in stand houden. Het argument dat immigratie dit demografisch probleem kan compenseren gaat immers niet op. Wanneer men maatregelen neemt om de financierbaarheid van de sociale zekerheid te garanderen moet dit steeds gekaderd worden binnen de voorgestelde doelen inzake een daling van de Belgische overheidsschuld.

De gezondheidszorg, die direct geassocieerd is met de ziekteverzekering, staat de laatste jaren onder een enorme budgettaire druk. Het invoeren van kostenbesparende

maatregelen vereist een zeer overwogen aanpak om tot een overeenkomst te komen met de verschillende belangengroepen. De overheid, de ziekteverzekering, de zorgverstreker en de patiënt blijken vaak tegenstrijdige belangen te hebben waardoor een evenwichtig gezondheidsbeleid zeker niet voor de hand ligt.

De stijgende uitgaven van de gezondheidszorg worden verklaard door tal van oorzaken. De demografische evolutie, de groeiende medisch technische mogelijkheden, de opkomst van de defensieve geneeskunde, het overaanbod van medische verstrekkingen, de groeiende comfortvraag, de hoge administratiekosten, het Baumol-effect, de prijs – en volume-effecten en het feit dat er weinig incentives zijn voor goed beheer kunnen als verklarende factoren opgegeven worden voor de stijgende uitgaven van de gezondheidszorg.

Naast de hierboven beschreven groeifactoren doet er zich een bijkomend probleem voor inzake de gezondheidszorg. In bepaalde gevallen maakt men onrechtmatig gebruik van het systeem van de ziekteverzekering waardoor de uitgaven nog meer stijgen. Men spreekt vaak van ‘overconsumptie’ van de gezondheidszorg, maar deze term moet met voorzichtigheid gehanteerd worden. Er zijn bepaalde domeinen zoals de klinische biologie, de medische beeldvorming, de spoedafdeling en de plastische chirurgie waar de kans op ‘overconsumptie’ groter is dan in andere domeinen. Ook zouden er besparingen teweeggebracht kunnen worden indien men het systeem van de echelonnering van de gezondheidszorg bijstuurt. Andere knelpunten doen zich onder meer voor in de ziekenhuizen waar er soms een grote discrepantie is tussen de technische aanrekening en het effectief gebruik van bepaalde geneesmiddelen. Ook de variatie in de kostprijzen voor dezelfde behandelingen in verschillende ziekenhuizen schept een probleem.

Wat duidelijk naar voren treedt na het onderzoeken van bovenstaande problematiek is dat er te weinig stimulansen zijn om aan ‘goedkope geneeskunde’ te doen. Het responsabiliseren van alle actoren van de gezondheidszorg zou een

mentaliteitswijziging kunnen teweegbrengen waardoor er ruimte vrij komt voor kostenbesparende maatregelen.

Het geneesmiddelenbudget neemt sinds 1995 steeds een groter aandeel in tegenover de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging. Artsen schrijven momenteel nog te veel dure merkgeneesmiddelen voor wanneer er ook geopteerd kan worden voor de goedkopere geneesmiddelen. Uit een verkennende statistische analyse, uitgevoerd in het kader van deze eindverhandeling, kan men bepaalde bevindingen formuleren inzake het voorschrijfgedrag van de huisarts gevestigd in Limburg. Het verkennend onderzoek geeft onder meer aan dat slechts 5,6% van de variantie in het percentage goedkope geneesmiddelen kan verklaard worden door de opgenomen variabelen in het model. Het geslacht van de huisarts heeft geen significante invloed op het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen van de Limburgse arts. De leeftijd van de huisarts en de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen op jaarbasis zijn wel van significante invloed op het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen van de Limburgse huisarts. Deze bevindingen moeten echter met zeer grote voorzichtigheid worden aangenomen aangezien dit onderzoek slechts een eerste stap is in onderzoek naar het voorschrijfgedrag van de huisarts en er tal van beperkingen zijn aan dit onderzoek.

Tot slot kan men stellen dat er zich momenteel een verschuiving van zorg van de eerste naar de tweede en derde pijler van de ziekteverzekering voordoet. De mate waarin deze verschuiving zich voordoet is niet heel duidelijk. Wanneer men het solidariteitsprincipe van onze sociale zekerheid wil garanderen mogen kostenbesparende maatregelen in de verplichte ziekteverzekering niet op zich laten wachten. Ook moet men er op toezien dat de beschikbare middelen van het gezondheidsbudget efficiënt besteed worden. Dit laatste wordt door veel beleidsverantwoordelijken belangrijker geacht dan het invoeren van allerlei kostenbesparende maatregelen want kwaliteitsvolle geneeskunde gaat gepaard met hoge kosten.

Lijst van de geraadpleegde werken

Adnet, B. (2005). Geneesmiddelensector niet het zorgenkind van de ziekteverzekering. [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.vbo-feb.be/index.html?file=57>.

Baumol, W.J. (1993). Health care, education and the cost disease, a looming crisis for public choice, *Public choice*, 77, 17-28.

Berghman, J. & Meerbergen, E. (2005). *Aanvullende sociale voorzieningen in de tweede en derde pijler*. Centrum voor Sociologisch Onderzoek K.U. Leuven, blz. 1-4.

Byl, R. (2005). De nadelen van de maximumfactuur: De tijdbom onder de ziekteverzekering, *Trends 20 oktober*, blz. 60-65.

Byl, R. (2005). Kiwimodel: ideale weg naar goedkopere geneesmiddelen of doodgraver van jobs en onderzoek? *Trends 22 december*, blz. 16-17.

Callens, S. & Peers, J. (2003). *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 467 blz.

Cantillon, B., Deleeck, H., Dooghe, G. e.a. (1990). *Actuele uitdagingen voor de sociale zekerheid - deel : economische en sociale problematiek*, die Keure, Brugge, 220 blz.

Christelijke Mutualiteit (2005). Brochure Zwangerschap en geboorte. [on line]. Beschikbaar via: Internet: http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/Zwangerschap%20lr_tcm24-7636.pdf.

Christelijke mutualiteit: Departement Onderzoek & Ontwikkeling (2005). De vergrijzing, een collectieve uitdaging, *themasossier nr 5*, Van Muysenwinkel, Enschede, 155 blz.

Christelijke Mutualiteit (2004). *Naar een prijsbewust(er)geneesmiddelenvoorschrift? Geneesmiddelen in een ruimer kader*, 19 blz.

Christelijke Mutualiteit (2006). Welke alternatieven voor goedkopere geneesmiddelen? *CM-Informatie*, 30 blz.

Christelijke mutualiteit (2004). "Wie betaalt in de toekomst mijn gezondheid?", syntheserapport, 20 blz.

Cornelis, K. (2003). Regionale analyse van de uitgaven gezondheidszorg in 2003: een nuancering van de bruto consumptieverschillen, *Cm-Informatie*, blz. 3-10.

Cutler, D.M. (1994). A guide to health care reform, *Journal of Economic Perspectives*, 8, 3, 13-30.

Departement Radiologie AZ St Jan AV Brugge (2006). [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.rxbrugge.be/content/static.aspx?ID=39>.

De Morgen (12 januari 2006). *Artsen kiezen nog altijd voor te dure geneesmiddelen*, blz.12.

De Morgen (27 maart 2006). *Spectaculaire prijzenslag in de farmaceutische sector*, blz. 5.

De Standaard (7/8 januari 2006). *Sociale Zekerheid moet billijker en werkgericht*, blz. 12.

De Tijd (10 oktober 2005). *Farmasector moet Sociale Zekerheidstekort helpen delgen, blz. 2.*

Documentatie verstrekt door Kessene Jos, nationaal secretaris van de Christelijke Mutualiteit: Slides AV-LCM-Budget AVR 2006.

Englert, M. e.a. (2002). Federaal Planbureau. Planning Paper 91: *Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2000-2050*. De vergrijzing en de leefbaarheid van het wettelijk pensioensysteem.

Eugène, B., Stragier T., Van Cauter, K. & Van Meensel, L. (2005). Nationale Bank van België: De financiën van de sociale zekerheid. *Economic Review III 2005*. [on line]. Beschikbaar via: Internet
http://www.nbb.be/doc/TS/Publications/EconomicReview/2005/ecotijdIII2005_H5.pdf.

Fagnart, J. & Vansweevelt, T. (2005). Vergissing en fout: foutloze aansprakelijkheid: een hindernissenparcours. *Hospitals, 1, 3*. [on line]. Beschikbaar via: Internet:
www.hospitals.be.

Federale Overheidsdienst (2005). Administratie van de thesaurie. [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://treasury.fgov.be/interstabl/Stab3.htm#evolutie>.

Federale Overheidsdienst (2005). *Alles wat je al wilde weten over de sociale zekerheid* [on line]. Beschikbaar via: Internet:
http://www.socialezekerheid.fgov.be/NL/nieuws_publicaties/publicaties/alles_sosec/alwa2005_nl.pdf.

Federaal Planbureau (2002). [on line]. Beschikbaar via: Internet:
<http://www.bnb.be/doc/DQ/N/dq3/histo/NNDB03.pdf>.

Federale overheidsdienst voor sociale zekerheid (2004). *Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België*, Brussel, 553 blz.

FOD Economie (2006). Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie. [on line]. Beschikbaar via: Internet:
http://www.statbel.fgov.be/figures/d22_nl.asp#2bis.

Fonds voor Arbeidsongevallen (2006). [on line]. Beschikbaar via: Internet:
http://socialsecurity.fgov.be/faofat/adg_mission/nl/frm_mission.htm.

Fonds voor Beroepsziekten (2006). [on line]. Beschikbaar via: Internet:
http://www.fbz.fgov.be/nl/fmp_nl01.htm.

Gujarati, D. (2003). *Basic econometrics*, McGraw-Hill, 987 blz.

Het Laatste Nieuws (26/27 oktober 2005). *Onze sociale zekerheid is niet de beste, niet te duur*, blz. 20.

Huizingh, E. (1999). *Inleiding SPSS 9.0 voor Windows en Data Entry*, Academic Service, Schoonhoven, 381 blz.

Informatiebrochure over referentiet terugbetaling (2005). Uitgegeven door het RIZIV.

Jaarverslag Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (2004).

Jaarverslag Rijksinstituut voor Ziekte – en Invaliditeits Verzekering (2004).

Justaert, M. (2002). Ziekenfondsen moeten in de eerste plaats non-profitorganisaties blijven, *CM- Informatie*, februari-maart, blz. 19-21.

Het Volk (6 februari 2006). *Ziekenhuis moet minder weggooien*, blz.16

Kesenne, J. (2004). Uitdaging voor de Gezondheidszorg: keuzen in de zorg.

Kesteloot, K., Despontin, M., Jegers, M. & Marchand, M. (1995).

Hervormingsvoorstellen in de gezondheidszorg: een micro-economische benadering. De sociale zekerheid verzekerd? *Referaten van het 22ste Vlaams Wetenschappelijk Economisch Congres*, VUBPress, Brussel, blz. 371-412.

Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), IMA, CES - KUL, FPB (2005). *Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg*. Report. Brussel: Federaal.

Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 73, §2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Kramers (2002). *Woordenboek Nederlands*, Elsevier, 1587 blz..

Kuipers, S.L. (2004). *Cast in concrete? The institutional dynamics of Belgian en Dutch social policy reform*, Eburon, Delft, 245 blz.

Mertens, R. & Diels, J. (2005). Nieuwe wendingen in de opsporing van overconsumptie en misbruiken: de rol van statistische indicatoren. *CM-informatie*, blz. 3-6. [on line]. Beschikbaar via: Internet:
http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/CMinfo%20april%202005_tcm24-5404.pdf.

Meulenaere, G. (2006). Echelonnering: goed object mag niet tot overlast leiden. *Standpunt Christelijke Mutualiteit*. [on line]. Beschikbaar via: Internet:
<http://www.cm.be/nl/100/infoenactualiteit/standpunt/gezondheidszorg/echelonnering.jsp>.

Meulenaere, G., (2005). De nadelen van de maximumfactuur: de tijdbom onder de ziekteverzekering, *Trends 20 oktober*, blz. 60.

Mooney, G. (1993). *Key issues in health economics*, New York, Harvester Wheatsheaf.

Nationaal Instituut voor Statistiek, FOD Economie (2006). Algemene Directie Statistiek, Bevolkingsstatistiek. [on line]. Beschikbaar via: Internet: http://statbel.fgov.be/figures/d22_nl.asp#2.

Nationale Bank van België (2005). [online]. Beschikbaar via: Internet: www.bnp.be.

Paraponaris, A., Verger, P. e.a. (2004). Delivering generics without regulatory incentives? Empirical evidence from French general practitioners about willingness to prescribe international non-proprietary names. *Health Policy* 70, blz. 23-32.

Persyn, C., Pieters, D., Robben, F. e.a.(1990). *Actuele uitdagingen voor de sociale zekerheid – deel 2: kruispuntbank- burger-overheid- Europese eenmaking*, die Keure, Brugge, 109 blz.

Put, J. (2005). *Praktijkboek sociale zekerheid voor de onderneming en de sociale adviseur*, Mechelen, Kluwer, 1032 blz.

Raus, H. (1987). *Onze sociale zekerheid bedreigd?*, K.W.B Nationaal Secretariaat, Infodok, Leuven, 254 blz.

Remans, J. (2003). *De hemel op aarde? Over de betaalbaarheid van gezondheidszorgen in België*, Acco, Leuven, 125 blz.

Rigauts, H. (2006). Departement Radiologie AZ St. Jan AV Brugge [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.rxbrugge.be/content/static.aspx?ID=39>.

Rijksdienst voor Arbeidsvoorzieningen (2006). Werkloosheidsuitkeringen [on line]. Beschikbaar via: Internet:

http://www.rva.be/D_opdracht_VW/default.asp?MainDir=D_opdracht_VW&Language=NL&IndexDir=Regl/Reglementering&Button=1&newSelect2=Begrip1.

Rijksdienst voor Pensioenen (2006). [on line]. Beschikbaar via: Internet:

http://www.onprvp.fgov.be/onprvp2004/NL/T/T_k/T_k_b/T_k_b_08_01.asp#a.

Rijksdienst voor sociale zekerheid (2005). Historiek [on line]. Beschikbaar via: Internet:

<http://www.onssrsz.lss.fgov.be/Onssrsz/NL/Corporate/history.htm>.

Rijksdienst voor sociale zekerheid (2005). Organisatie, opdrachten en plaats in de sociale zekerheid [on line]. Beschikbaar via: Internet:

http://www.onssrsz.lss.fgov.be/Onssrsz/NL/Corporate/assignments.htm#_Toc464281955.

Rijksinstituut voor Ziekte – en Invaliditeitsverzekering (2006). [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/general-information/refunding/index.asp>.

Studiecommissie voor de vergrijzing (2005). Hoge Raad van Financiën. Jaarlijks verslag mei 2005, 176 blz. [on line]. Beschikbaar via: Internet:

<http://www.plan.be/nl/pub/other/OPVERG200501/OPVERG200501nl.pdf>.

Studie Nivel (2003). *Het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen in de huisartspraktijk: voorschrijfvolume en off-label voorschrijven*, 5 blz.

Test Gezondheid (2005). Ziekenhuistarieven en transparantie: geen geslaagde operatie? *Test-Aankoop nr. 67* juni-juli 2005, p.1.

Thewys, T. (2005). *Welzijns-en gezondheidsbeleid: deel gezondheidseconomie*, Interuniversitaire cursus, Universiteit Hasselt, 54 blz.

Trends (2005). *De kanker in de Belgische gezondheidszorg*. [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.trends.be>.

UNDP (2000). *Replacement Migration: A Solution to Declining and Ageing Populations*.

Van de Cloot, I. (2003). Een beheersbare gezondheidszorg, ING, *Financiële Berichten*, 76, nr. 2390, blz. 1-10.

Van de Cloot, I. (2004). Loont immigratie economisch?, ING, *Financiële Berichten*, 77, nr. 2399.

Vandenbroucke, F. (2003). *Vergrijzing en het Belgische regeringsbeleid: terugblik en vooruitblik, Leven in een ouder wordende samenleving: generatiebewust vooruitzien in de 21ste eeuw*.

Van Duppen, D. (2005). *De Cholesteroloorlog*. [on line]. Beschikbaar via: Internet: http://www.epo.be/uitgeverij/boekfiche.php?isbn=90_6445_338_1.

Van Duppen, D., Hutsebout, L. & Coeckelbergh, D. (2005). Het kiwi-model voor geneesmiddelen. *Gids op Maatschappelijk Gebied*, 5, blz. 20.

Van Langendonck, J. (2005). *Een rechtmatige financiering van de sociale zekerheid* [on line] Beschikbaar via: Internet: <http://www.law.kuleuven.ac.be/isr/rechtmatige%20financiering%20socsec.PDF>.

Vanthemse, G. (1994). *De beginjaren van de sociale zekerheid in België 1944-1963*. Vubpress, Brussel, 206 blz.

Van Thillo, J. (2002). Meer en meer vrije marktwerking. *CM-Informatie*, februari-maart 2002, blz. 17-18.

Van Velthoven, B.C.J. & Van Wijck, P.W. (2001). *Recht en efficiëntie. Een inleiding in de economische analyse van het recht*, Kluwer, Deventer.

Verbrugge, F. (2005). *Gids voor sociale reglementering in ondernemingen*, Sociaal Secretariaat voor ondernemingen: Partena, Kluwer, 713 blz.

Viaene, J., Huys, J., Justaert, M. e.a. (1990). *Actuele uitdagingen voor de sociale zekerheid – deel 3: Hervorming van de sociale zekerheid: vanuit een nieuw begrippenkader?*, die Keure, Brugge, 120 blz.

Wikipedia (2006). De vrije encyclopedie. [on line]. Beschikbaar via: Internet <http://nl.wikipedia.org/wiki/PET-scan>.

Lijst van tabellen

- Tabel 2.1:** Grensbedragen voor rust – en overlevingspensioen (2006 – 2007)
- Tabel 2.2:** Overzicht van de verschillende referentieperiodes voor voltijdse werknemers
- Tabel 2.3:** Overzicht werkloosheidsuitkeringen
- Tabel 2.4:** Verschillende terugbetalingscategorieën inzake farmaceutische verstrekkingen
- Tabel 2.5:** Aandeel verzekerde inzake verblijf in het ziekenhuis
- Tabel 2.6:** Bedragen inzake ziekte-uitkering
- Tabel 2.7:** Overzicht uitkeringen van de moederschapsverzekering
- Tabel 2.8:** Overzicht van de bijdragen
- Tabel 2.9:** Evolutie van de levensstructuur van de Belgische bevolking
- Tabel 2.10:** Gemiddelde leeftijd van de Belgische bevolking
- Tabel 2.11:** Resultaten van de bevolkingsvooruitzichten van 2000 tot 2050
- Tabel 2.12:** Verwachte vruchtbaarheid (gemiddeld aantal kinderen per vrouw)
- Tabel 2.13:** Migratiesaldo van België
- Tabel 2.14:** Budgettaire impact op de vergrijzing van de sociale zekerheid (in % van BBP)
- Tabel 3.1:** De demografische afhankelijkheidsgraden (1953-2050)
- Tabel 3.2:** Evolutie van het aantal zorgverleners per 31 december
- Tabel 3.3:** Overzicht percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen en verplicht percentage goedkope geneesmiddelen
- Tabel 4.1:** Percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen naargelang de huisarts in beroepsleiding is of niet in beroepsopleiding is.
- Tabel 4.2:** Output A van de Kolmogorov-Smirnov test
- Tabel 4.3:** Output B van de Kolmogorov-Smirnov test
- Tabel 4.4:** Output van de Pearson-test
- Tabel 4.5:** Overzicht van het percentage goedkope geneesmiddelen per leeftijdsklasse van de patiënt

Lijst van figuren

- Figuur 2.1:** Evolutie van de levensstructuur van de Belgische bevolking
- Figuur 2.2:** Bevolkingspiramide van België (per leeftijdsgroep van 5 jaar en per 1.000 inwoners)
- Figuur 2.3:** Evolutie van de overheidsschuld
- Figuur 3.1:** Uitgaven voor gezondheidszorg
- Figuur 3.2:** Verdeling van de leden per verzekeringsinstelling in 2004 (in %)
- Figuur 3.3:** Componenten van de aangroei van de gezondheidszorguitgaven (ten laste van het RIZIV) tussen 1999-2000
- Figuur 3.4:** Gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg verstrekt in 1996 en 2003 (ten laste van het RIZIV) per CM-lid, volgens leeftijd
- Figuur 3.5:** Gemiddelde uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen (C2), verstrekt in 2003 (ten laste van het RIZIV) per CM-lid, volgens leeftijd en type prestatie
- Figuur 3.6:** Totale gezondheidsuitgaven (ten laste van het RIZIV) van de CM-leden, verstrekt in 1996, 2000 en 2003
- Figuur 3.7:** Evolutie in percentages van de uitgaven voor geneesmiddelen tegenover de totale uitgaven geneeskundige verzorging sinds 1995 tot 2005
- Figuur 3.8:** Evolutie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging, voornaamste posten
- Figuur 3.9:** Geneesmiddelenuitgaven via de apotheekhoudenden per hoofd van de bevolking in 2003
- Figuur 4.1:** Overzicht verwerking van de gegevens tot de huidige dataset
- Figuur 4.2:** Verdeling van goedkope voorgeschreven geneesmiddelen in generische geneesmiddelen, kopieën en goedkope originelen
- Figuur 4.3:** Verdeling tussen goedkope en NIPV- voorgeschreven geneesmiddelen per ATC-niveau 1 op naam
- Figuur 4.4:** Verdeling tussen goedkope en NIPV- voorgeschreven geneesmiddelen per geslacht

Figuur 4.5: Verdeling tussen goedkope en NIPV- voorgeschreven geneesmiddelen per leeftijdsklasse van de arts

Figuur 4.6: Verdeling tussen goedkope en NIPV- voorgeschreven geneesmiddelen naargelang de patiënt recht heeft op de voorkeurregeling of niet

BIJLAGEN

Bijlage 1: Bijkomende tabellen en figuren van hoofdstuk 2

Bijlage 2: Bijkomende tabellen en figuren van hoofdstuk 3

Bijlage 3: Overzicht bevroagde bevoorrechte getuigen

Bijlage 4: Bijkomende tabellen en figuren van de verkennende statistische analyse

BIJLAGE 1: Bijkomende tabellen en figuren van hoofdstuk 2

Tabel 2.4: Verschillende terugbetalingscategoriëen inzake farmaceutische verstrekkingen

| Vergoedingscategoriëen | Preferentieel verzekerden Niet opgenomen in ziekenhuis | Gewoon verzekerden Niet opgenomen in ziekenhuis |
|---|--|--|
| Categorie A | 100% terugbetaald; geen remgeld | 100% terugbetaald; geen remgeld |
| Categorie B | 85% terugbetaald Remgeld: 15%, met een maximum van € 7,00 | 75% terugbetaald Remgeld: 25%, met een maximum van € 10,40 |
| Categorie B grote verpakking | 85% terugbetaald Remgeld: 15%, met een maximum van € 10,40 | 75% terugbetaald Remgeld: 25%, met een maximum van € 15,70 |
| Categorie B – ATC 4e niveau (*) | 85% terugbetaald Remgeld: 15%, met een maximum van € 10,40 | 75% terugbetaald Remgeld: 25%, met een maximum van € 15,70 |
| Categorie B grote verpakking en ATC 4e niveau (*) | 85% terugbetaald Remgeld: 15%, met een maximum van € 15,70 | 75% terugbetaald Remgeld: 25%, met een maximum van € 23,50 |
| Categorie C | 50% terugbetaald Remgeld: 50%, met een maximum van € 10,40 | 50% terugbetaald Remgeld: 50%, met een maximum van € 17,40 |
| Categorie C – ATC 4e niveau (*) | 50% terugbetaald Remgeld: 50%, met een maximum van € 15,70 | 50% terugbetaald Remgeld: 50%, met een maximum van € 26,10 |
| Categorie Cs | 40% terugbetaald Remgeld: 60%, zonder maximum | 40% terugbetaald Remgeld: 60%, zonder maximum |
| Categorie Cx | 20% terugbetaald Remgeld: 80%, zonder maximum | 20% terugbetaald Remgeld: 80%, zonder maximum |

(*) Nieuwe remgeldplafonds, ingevoerd voor de vergoedingscategoriëen B en C op 01/11/2005, voor de therapeutische klassen van geneesmiddelen (ATC 4e niveau) waarvoor een vergoedbaar generisch alternatief bestaat.

Bron: RIZIV (2006)¹⁶⁸

¹⁶⁸ Rijksinstituut voor Ziekte – en Invaliditeitsverzekering (2006). [on line]. Beschikbaar op: <http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/general-information/refunding/index.asp>.

Tabel 2.5: Aandeel verzekerde inzake verblijf in het ziekenhuis

| Rechthebbenden | Op de 1ste dag (*) | Vanaf de 2de dag | Vanaf de 91 ste dag |
|--|---------------------------|-------------------------|----------------------------|
| gewone gerechtigden zonder persoon tens laste | 39,83 EUR | 12,56 EUR | 12,56 EUR |
| Gewone gerechtigden met persoon ten laste (met inbegrip van zij die alimentatie moeten betalen wegens een rechterlijke beslissing of een notariële akte en hun personen ten laste) | 39,83 EUR | 12,56 EUR | 4,46 EUR |
| Kinderen ten laste van gewone gerechtigden | 31,73 EUR | 4,46 EUR | 4,46 EUR |
| Gerechtigde op WIGW-statuut en hun personen en laste | 4,46 EUR | 4,46 EUR | 4,46 EUR |
| Gerechtigden in gecontroleerde werkloosheid die sinds minstens twaalf maanden volledig werkloos zijn met gezinslast of als alleenstaande, plus hun personen ten laste | 31,73 EUR | 4,46 EUR | 4,46 EUR |

(*) Forfaitair bedrag van 27,27 EUR inbegrepen

Bron: Federale Overheidsdienst (2005)¹⁶⁹

¹⁶⁹ Federale Overheidsdienst (2005). Alles wat je al wilde weten over de sociale zekerheid [on line]. Beschikbaar via: Internet: http://www.socialezekerheid.fgov.be/NL/nieuws_publicaties/publicaties/alles_sosec/alwa2005_nl.pdf.

Tabel 2.6: Bedragen inzake ziekte-uitkering

| | |
|--|--|
| A. Uitkering voor primaire arbeidsongeschiktheid: maximumdaguitkering | 60,73 EUR |
| B. Maximumdaguitkering vanaf het tweede jaar arbeidsongeschiktheid: 1. arbeidsongeschiktheid aanvangend voor 1/10/1974: – met gezinslast – zonder gezinslast 2. arbeidsongeschiktheid aanvangend vanaf 1/10/1974: – met gezinslast – zonder gezinslast | 41,55 EUR 27,81 EUR 60,73 EUR 40,48 EUR |
| C. Minimumbedrag van de invaliditeitsuitkeringen voor regelmatige werknemers: 1. met gezinslast 2. zonder gezinslast: a) alleenstaanden b) samenwonenden | 37,97 EUR 30,62 EUR 27,18 EUR |
| D. Minimumbedrag van de invaliditeitsuitkeringen voor gerechtigden die niet de hoedanigheid van regelmatig werknemers hebben: 1. met gezinslast 2. zonder gezinslast | 30,74 EUR 23,05 EUR |
| E. Uitkering voor begrafenis­kosten | 148,74 EUR |

Bron: Federale Overheid (2004) ¹⁷⁰

¹⁷⁰ Beknopt overzicht (2004), o.c., 553 blz.

Tabel 2.8: Overzicht van de bijdragen

| De sociale bijdragen voor het eerste kwartaal 2004 | | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------|--------------|------------------------|--------------|--------------|
| Regelingen | Arbeiders | | | Bedienden | | |
| | In % van het brutoloon aan 108% | | | In % van het brutoloon | | |
| | Werk-nemer | Werk-gever | Totaal | Werk-nemer | Werk-gever | Totaal |
| Globale bijdrage (1) | | | | | | |
| Pensioenen | 7,50 | 8,86 | 16,36 | 7,50 | 8,86 | 16,36 |
| Ziekte-invaliditeit | | | | | | |
| Gezondheidszorg | 3,55 | 3,80 | 7,35 | 3,55 | 3,80 | 7,35 |
| Uitkeringen | 1,15 | 2,35 | 3,50 | 1,15 | 2,35 | 3,50 |
| Werkloosheid | 0,87 | 1,46 | 2,33 | 0,87 | 1,46 | 2,33 |
| Gezinsbijslag | | 7,00 | 7,00 | | 7,00 | 7,00 |
| Arbeidsongevallen | | 0,30 | 0,30 | | 0,30 | 0,30 |
| Beroepsziekten | | 1,10 | 1,10 | | 1,10 | 1,10 |
| | 13,07 | 24,87 | 37,94 | 13,07 | 24,87 | 37,94 |
| Andere algemene bijdragen | | | | | | |
| Jaarlijkse vakantie (2) | | 6,00 | 6,00 | | | |
| Betaald educatief verlof | | 0,04 | 0,04 | | 0,04 | 0,04 |
| Begeleidingsplan voor jongeren die een inschakelingsparcours volgen | | 0,05 | 0,05 | | 0,05 | 0,05 |
| Kinderopvang | | 0,05 | 0,05 | | 0,05 | 0,05 |
| Risicogroepen | | 0,10 | 0,10 | | 0,10 | 0,10 |
| Loonmatiging | | 7,48 | 7,48 | | 7,48 | 7,48 |
| Bijdrage werkloosheid (10 werknemers of meer) | | 1,60 | 1,60 | | 1,60 | 1,60 |
| Loonmatiging | | 0,09 | 0,09 | | 0,09 | 0,09 |
| Bedrijfssluiting | | | | | | |
| Klassieke opdrachten 1 à 19 werknemers | | 0,20 | 0,20 | | 0,20 | 0,20 |
| Loonmatiging | | 0,01 | 0,01 | | 0,01 | 0,01 |
| 20 werknemers of meer | | 0,23 | 0,23 | | 0,23 | 0,23 |
| Loonmatiging | | 0,01 | 0,01 | | 0,01 | 0,01 |
| Algemeen totaal | | | | | | |
| 1 à 9 werknemers | 13,07 | 38,80 | 51,87 | 13,07 | 32,80 | 45,87 |
| 10 à 19 werknemers | 13,07 | 40,49 | 53,56 | 13,07 | 34,49 | 47,56 |
| 20 werknemers of meer | 13,07 | 40,52 | 53,59 | 13,07 | 34,52 | 47,59 |

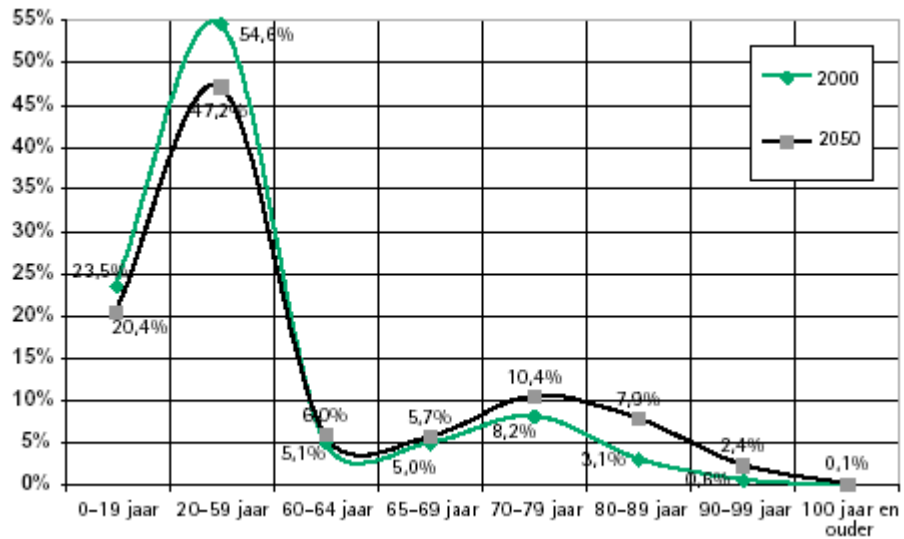
(1) Voor de werkgevers en werknemers die onderworpen zijn aan alle takken van de sociale zekerheid, werden de bijdragen per tak vervangen door de globale bijdrage.

(2) Niet inbegrepen is de bijdrage van 10,27% berekend op de brutolonen van het vorige jaar aan 108%, uiterlijk te betalen op 30 april.

Bron: Beknopt overzicht van de sociale zekerheid (2004)¹⁷¹

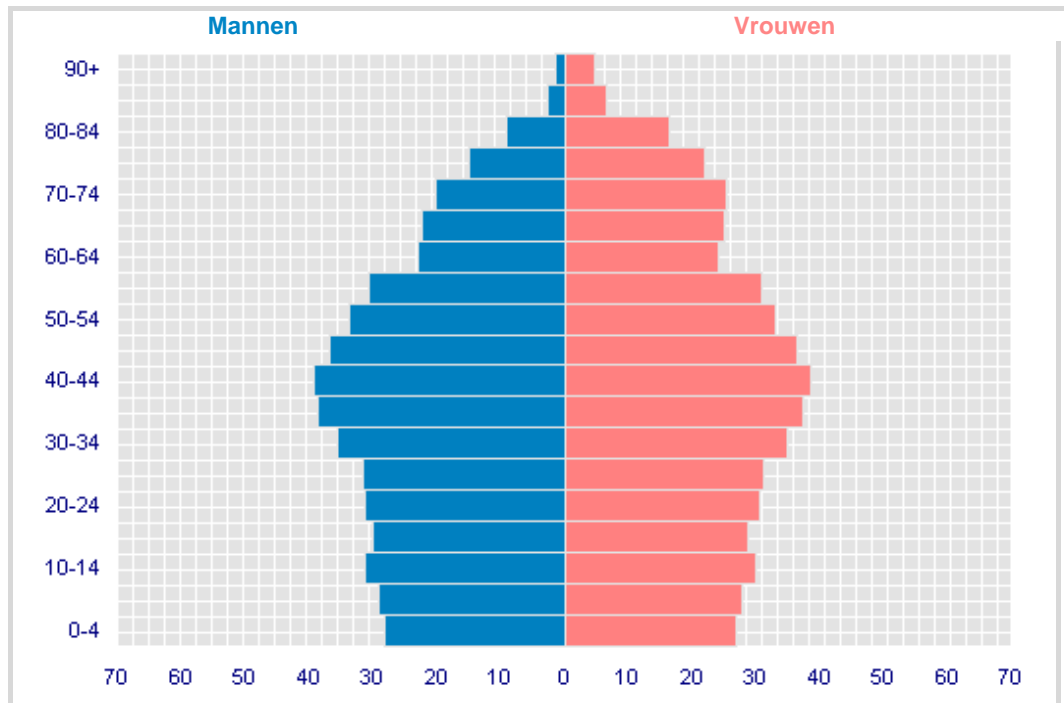
¹⁷¹ Beknopt overzicht van de sociale zekerheid (2004), o.c., 553 blz.

Figuur 2.1: Evolutie van de levensstructuur van de Belgische bevolking



Bron: NIS (2006), demografische statistieken

Figuur 2.2: Bevolkingspiramide van België (per leeftijdsgroep van 5 jaar en per 1.000 inwoners)



Bron: NIS (2006), bevolkingsstructuur

Tabel 2.11: Resultaten van de bevolkingsvooruitzichten van 2000 tot 2050

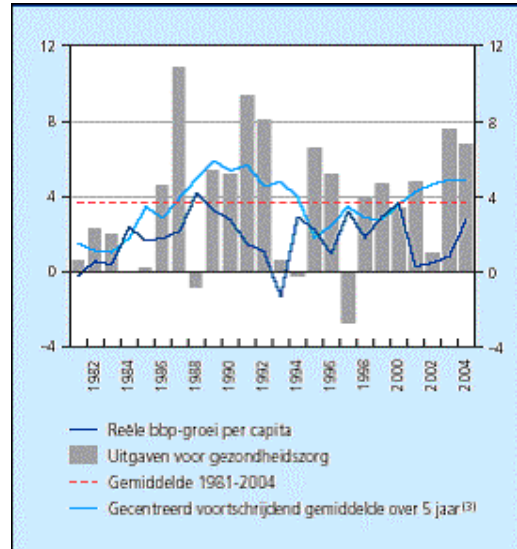
| | 1950 (obs.) | 2000 | 2010 | 2030 | 2050 |
|--|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Totale bevolking in duizendtallen | 8 632,4 | 10 252,5 | 10 519,8 | 10 887,6 | 10 953,8 |
| <i>Grote leeftijdsgroepen in duizendtallen</i> | | | | | |
| 0 tot 19 jaar | 2 427,2 | 2 415,8 | 2 351,7 | 2 272,6 | 2 228,2 |
| 20 tot 39 jaar | 2 447,4 | 2 888,6 | 2 686,1 | 2 608,7 | 2 541,3 |
| 40 tot 59 jaar | 2 380,3 | 2 703,1 | 2 996,1 | 2 679,2 | 2 631,4 |
| 60 jaar en ouder | 1 377,5 | 2 245,0 | 2 485,9 | 3 327,1 | 3 552,9 |
| <i>Grote leeftijdsgroepen in % van het totaal</i> | | | | | |
| 0 tot 19 jaar | 28 | 24 | 22 | 21 | 20 |
| 20 tot 59 jaar | 56 | 54 | 54 | 49 | 47 |
| 60 jaar en ouder | 16 | 22 | 24 | 30 | 33 |
| Afhankelijkheidscoëfficiënt van de ouderen in %: (60 jaar en ouder) / (20 tot 59 jaar) | 29 | 40 | 44 | 63 | 69 |
| Vergrijzing binnen de vergrijzing in %: (80 jaar en ouder) / (60 jaar en ouder) | 9 | 16 | 21 | 22 | 32 |
| Gemiddelde leeftijd van de bevolking | 35 | 39 | 41 | 44 | 45 |
| <i>Bron: Nationaal Instituut voor de Statistiek, Federaal Planbureau, Bevolkingsvooruitzichten 2000-2050 per arrondissement.</i> | | | | | |

Bron: NIS (2006)

BIJLAGE 2: Bijkomende tabellen en figuren van hoofdstuk 3

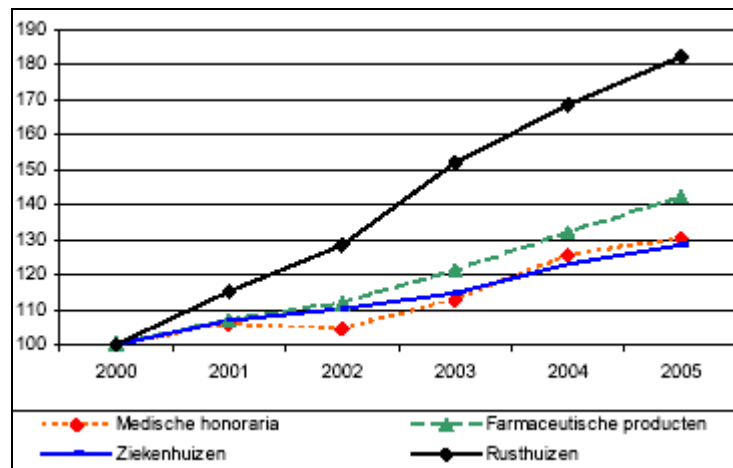
Figuur 3.1: Uitgaven voor gezondheidszorg¹⁷²

(veranderingspercentages t.o.v. het voorgaande jaar, tegen vaste prijzen)



Bron: INR, NBB (2005)¹⁷³

Figuur 3.8: Evolutie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging, voornaamste posten

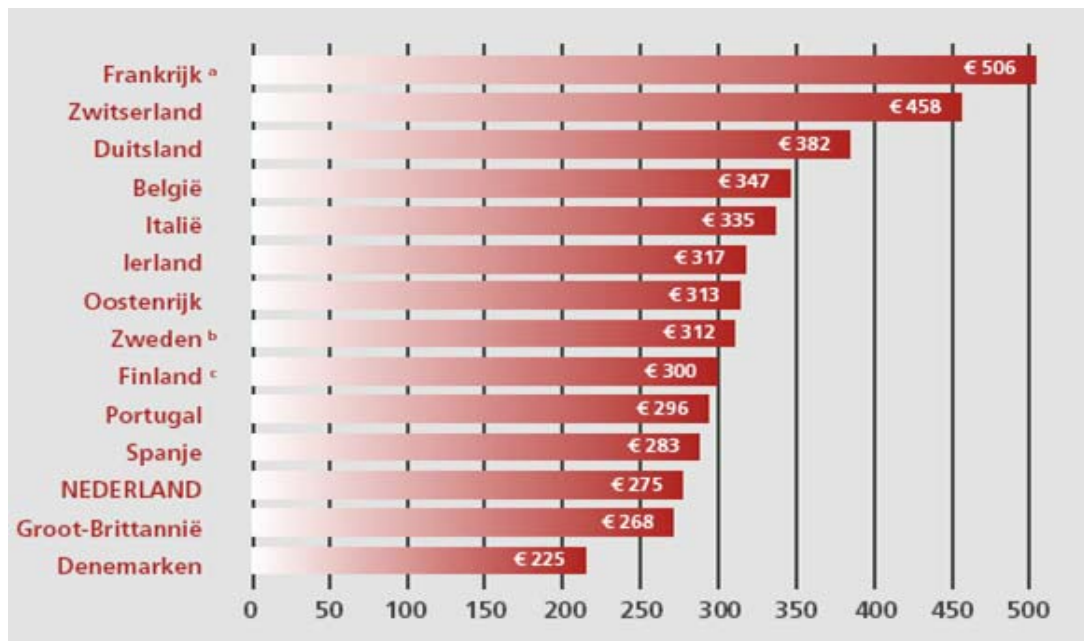


Bron: Sociaal Departement VBO (2005)¹⁷⁴

¹⁷² Uitgaven gezondheidszorgen, exclusief ziekte-en invaliditeitsuitkeringen, zorgverzekeringsuitgaven, overdrachten aan de instellingen voor gehandicaptenzorg en uitkeringen voor gehandicapten, maar met inbegrip van het gedeelte van de verpleegdagprijs van ziekenhuizen dat tot 2003 door de federale overheid werd betaald.

¹⁷³ Eugène, B., Stragier T., Van Cauter, K. & Van Meensel, L. (2005), o.c., NBB.

Figuur 3.9: Geneesmiddelenuitgaven via de apotheekhoudenden per hoofd van de bevolking in 2003



a Bron: Comptes Nationaux de la Santé 2003

b Opgave 2002

c Bron: Pharmaceutical Information Centre, Pharme Facts Finland 2004

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen¹⁷⁵

¹⁷⁴ Adnet, B. (2005). Geneesmiddelensector niet het zorgenkinder van de ziekteverzekering. [on line]. Beschikbaar via: Internet: <http://www.vbo-feb.be/index.html?file=57>.

¹⁷⁵ Documentatie verstrekt door Kessene Jos, nationaal secretaris van de Christelijke Mutualiteit: Slides AV-LCM-Budget AVR 2006.

BIJLAGE 3: Overzicht van de bevroagde bevoorrechte getuigen

Kesenne Jos, Nationaal Secretaris van de Christelijke Mutualiteit, woensdag 19 oktober 2005, Brussel.

Janssen Bruno, Financieel Directeur van Ziekenhuis Oost-Limburg, vrijdag 28 oktober 2005, Genk.

Coemans Kris, Financieel Directeur van Medisch Centrum Sint-Jozef, vrijdag 2 december 2005, Munsterbilzen.

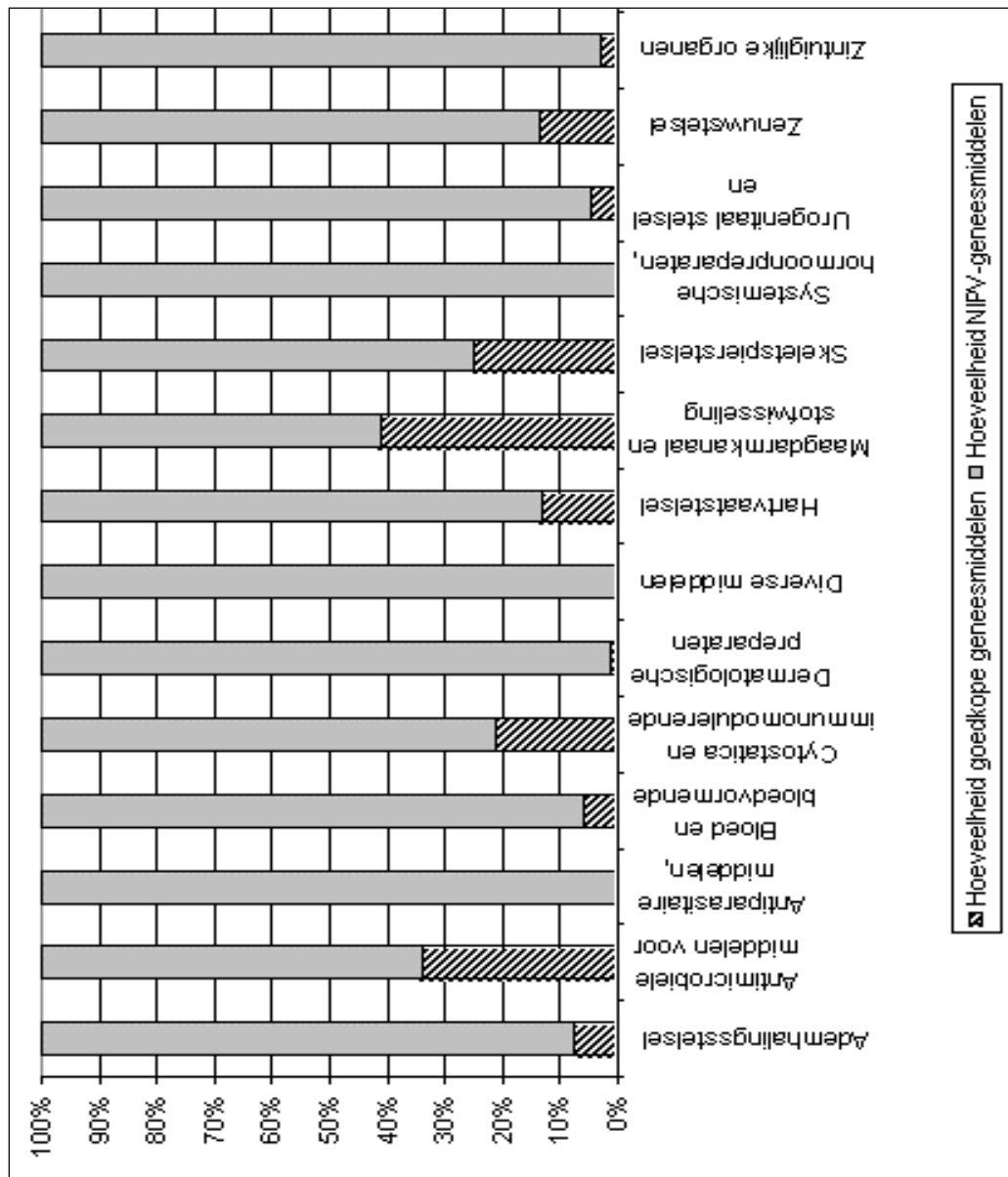
Lambrechts Hubert, huisarts en voorzitter van de huisartenkring Alden Biesen (Zutendaal, Bilzen, Hoeselt), maandag 21 november 2005, Munsterbilzen.

Van der Meeren Ivan, coördinator van de studiedienst van het Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten & Guillaume Joeri, stafmedewerker van de studiedienst van het Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten, maandag 20 maart 2006, Brussel.

Remans Jan, arst, reumatoloog en gewezen senator in de periode 1999-2003 woensdag 23 maart 2006.

BIJLAGE 4: Bijkomende tabellen en figuren van de verkennende statistische analyse

Figuur 4.3: Verdeling tussen goedkope en NIPV-voorgeschreven geneesmiddelen per ATC-niveau 1 op naam



Bron: RIZIV (2004), herwerkte tabel

Waarbij: NIPV-geneesmiddelen: niet in prijs verlaagde geneesmiddelen

Tabel 4.2: Output A van de Kolmogorov-Smirnov test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

| | | ArtsLeeftijd | ArtsErvaring | Hoeveelheid |
|--------------------------|----------------|--------------|--------------|-------------|
| N | | 782 | 773 | 782 |
| Normal Parameters(a,b) | Mean | 46,24 | 20,23 | 7867,63 |
| | Std. Deviation | 10,948 | 10,898 | 4760,034 |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,051 | ,048 | ,075 |
| | Positive | ,051 | ,048 | ,067 |
| | Negative | -,035 | -,032 | -,075 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 1,430 | 1,329 | 2,085 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | ,034 | ,058 | ,000 |

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Tabel 4.3: Output B van de Kolmogorov-Smirnov test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

| | | ArtsLeeftijd | ArtsErvaring | Hoeveelheid |
|--------------------------|----------------|--------------|--------------|-------------|
| N | | 536 | 531 | 536 |
| Normal Parameters(a,b) | Mean | 47,23 | 21,35 | 10042,68 |
| | Std. Deviation | 9,287 | 9,233 | 4169,249 |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,042 | ,042 | ,114 |
| | Positive | ,042 | ,042 | ,113 |
| | Negative | -,039 | -,042 | -,114 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | ,980 | ,979 | 2,640 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | ,292 | ,293 | ,000 |

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

FASE 1

Fase 1: alle onafhankelijke variabelen worden in het model opgenomen. Dit leidde tot een zeer lage determinatiecoëfficiënt (R^2 is 0,8%) en een niet significant model.

Model Summary(b)

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|---------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | ,091(a) | ,008 | ,004 | 707,1388845 |

a Predictors: (Constant), ArtsInOpleiding, geslacht, Hoeveelheid, ArtsErvaring, ArtsLeeftijd

b Dependent Variable: PercentageGK

ANOVA(b)

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|------|-------------|-------|---------|
| 1 | Regression | 4900459,408 | 5 | 980091,882 | 1,960 | ,082(a) |
| | Residual | 592053755,953 | 1184 | 500045,402 | | |
| | Total | 596954215,361 | 1189 | | | |

a Predictors: (Constant), ArtsInOpleiding, geslacht, Hoeveelheid, ArtsErvaring, ArtsLeeftijd

b Dependent Variable: PercentageGK

Coefficients(a)

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|-----------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | -95,204 | 256,614 | | -,371 | ,711 |
| | Hoeveelheid | -,011 | ,004 | -,079 | -2,605 | ,009 |
| | ArtsLeeftijd | 5,068 | 9,620 | ,090 | ,527 | ,598 |
| | ArtsErvaring | -2,990 | 9,619 | -,053 | -,311 | ,756 |
| | geslacht | 41,059 | 50,210 | ,027 | ,818 | ,414 |
| | ArtsInOpleiding | -60,826 | 149,931 | -,012 | -,406 | ,685 |

a Dependent Variable: PercentageGK

Samenvattende tabel

R²: 0,8%

F-waarde: 1,96

p-waarde van het model: 0,082

| Variabelen | p-waarde |
|-----------------|----------|
| Hoeveelheid | 0,009 |
| Artsleeftijd | 0,598 |
| Artservaring | 0,765 |
| Geslacht | 0,414 |
| ArtsInopleiding | 0,685 |

FASE 2: FINAAL GEREDUCEERD MODEL

Model Summary(b)

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|---------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | ,236(a) | ,056 | ,052 | ,0498262 |

a Predictors: (Constant), ArtsLeeftijd, Hoeveelheid, geslacht

b Dependent Variable: PercentageGK

ANOVA(b)

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|--------|---------|
| 1 | Regression | ,114 | 3 | ,038 | 15,297 | ,000(a) |
| | Residual | 1,924 | 775 | ,002 | | |
| | Total | 2,038 | 778 | | | |

a Predictors: (Constant), ArtsLeeftijd, Hoeveelheid, geslacht

b Dependent Variable: PercentageGK

Coefficients(a)

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|--------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | ,222 | ,008 | | 27,515 | ,000 |
| | geslacht | ,003 | ,005 | ,029 | ,714 | ,475 |
| | Hoeveelheid | ,000 | ,000 | -,151 | -4,129 | ,000 |
| | ArtsLeeftijd | -,001 | ,000 | -,176 | -4,453 | ,000 |

a Dependent Variable: PercentageGK

Samenvattende tabel

| | |
|------------------------------|----------|
| R ² : 5,6% | |
| F-waarde: 15,297 | |
| p-waarde van het model: 0,00 | |
| Variabelen | p-waarde |
| Hoeveelheid | 0,00 |
| Artsleeftijd | 0,00 |
| Geslacht | 0,475 |

Tabel 4.4: Output van de Pearson-test

Correlations

| | | ArtsLeeftijd | ArtsErvaring | ArtsInOpleiding |
|-----------------|---------------------|--------------|--------------|-----------------|
| ArtsLeeftijd | Pearson Correlation | 1 | ,985(**) | -,189(**) |
| | Sig. (2-tailed) | . | ,000 | ,000 |
| | N | 1207 | 1190 | 1207 |
| ArtsErvaring | Pearson Correlation | ,985(**) | 1 | -,192(**) |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | . | ,000 |
| | N | 1190 | 1191 | 1191 |
| ArtsInOpleiding | Pearson Correlation | -,189(**) | -,192(**) | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | . |
| | N | 1207 | 1191 | 1208 |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Auteursrechterlijke overeenkomst

Opdat de Universiteit Hasselt uw eindverhandeling wereldwijd kan reproduceren, vertalen en distribueren is uw akkoord voor deze overeenkomst noodzakelijk. Gelieve de tijd te nemen om deze overeenkomst door te nemen en uw akkoord te verlenen.

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

De sociale zekerheid met betrekking tot de stijgende uitgaven in en de financierbaarheid van de gezondheidszorg

Richting: **Licentiaat in de toegepaste economische wetenschappen**

Jaar: **2006**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt houdt in dat ik/wij als auteur de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij kan reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

U bevestigt dat de eindverhandeling uw origineel werk is, en dat u het recht heeft om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. U verklaart tevens dat de eindverhandeling, naar uw weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

U verklaart tevens dat u voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen hebt verkregen zodat u deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal u als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze licentie

Ik ga akkoord,

Rebecca HILDERSON

Datum: