

Analyse van de toenemende vergrijzing en bijgevolg de toenemende behoefte aan gezondheidszorg.

Melissa Neijens

promotor :
Prof. dr. Philip VERGAUWEN

UNIVERSITEIT HASSELT

FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN

De toenemende vergrijzing en bijgevolg de toenemende behoefte aan gezondheidszorg

Eindverhandeling voorgedragen tot het behalen van de graad van Master in de
Toegepaste Economische Wetenschappen

Melissa Neijens

Masterproef in opdracht van Ethias

Promotor: Prof. Dr. Philip Vergauwen

2009 - 2010

Voorwoord

In het kader van de opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen aan de Universiteit Hasselt heb ik het genoegen om mijn masterproef voor te stellen met als titel: "De toenemende vergrijzing en bijgevolg de toenemende behoefte aan gezondheidszorg".

Een eerste dankbetuiging gaat uit naar mijn promotor, Prof. Dr. Philip Vergauwen, voor zijn begeleiding, tijd, geloof en oriëntatie bij dit leerrijk onderzoek. Ook wil ik Tania Kalavris bedanken voor haar steun gedurende het schrijven van deze masterproef.

Verder wens ik Marleen Vanerum en Sofie Van Dooren van Ethias te bedanken. Zij hebben me gedurende het onderzoek met raad en daad bijgestaan in periodes dat ze het zelf ontzettend druk hadden. Hun kennis is een onschatbare bron aan informatie geweest.

Tot slot wens ik een speciaal woord van dank aan mijn naasten. Mijn ouders en stiefvader boden me steun en advies, niet enkel tijdens mijn studies, maar doorheen mijn hele leven. Ook wil ik mijn vriend Jeroen bedanken om in me te geloven en me bij te staan, ook in periodes waarin alles minder vanzelfsprekend was.

Samenvatting

Ons Belgische gezondheidszorgsysteem kampt met allerlei problemen. De wettelijke ziektekostenverzekering betaalt het grootste gedeelte van de gezondheidszorg, maar niet alle kosten worden gedekt. Dit heeft als gevolg dat een aanzienlijk deel van de kosten ten laste komt van de patiënt, waardoor de behoefte aan een aanvullende ziektekostenverzekering steeds noodzakelijker wordt. Bovendien staat de Sociale Zekerheid, die instaat voor de wettelijke ziektekostenverzekering, onder grote druk. Dit is grotendeels te wijten aan het fenomeen van de vergrijzing, veroorzaakt door een combinatie van lagere vruchtbaarheid en hogere levensverwachting. Dit fenomeen heeft een belangrijke invloed op de gezondheidsuitgaven, maar tast daarnaast ook het draagvlak aan van de pensioenverworvenheden. Ten gevolge van deze actuele complicaties wordt België geconfronteerd met financieringsmoeilijkheden die de komende jaren zullen blijven aanslepen. In deze context stelt Ethias, opdrachtgever van deze thesis, zich de vraag of de jongere generatie van de Belgische bevolking zich bewust is van de problematiek en er rekening mee houdt in haar preventief gedrag en de dekking van medische of andere verzekeringen. Vanuit deze gedachte is de thesis tot stand gekomen.

In het eerste hoofdstuk wordt het praktijkprobleem geschetst. De centrale onderzoeksvraag luidt: "Hoe zal de individuele ziektekostenverzekering evolueren en welke rol speelt de vergrijzing hierin?". Vervolgens is er een uitdieping van deze onderzoeksvraag met behulp van deelvragen. Verder worden de gebruikte onderzoeksmethoden omschreven.

Het tweede hoofdstuk handelt over de achtergrond van ons Belgische gezondheidszorgsysteem. Achtereenvolgens worden de vorm en sterke punten van het systeem besproken en worden de voornaamste instanties, zijnde de Sociale Zekerheid en het RIZIV, kort toegelicht.

Hoofdstuk drie omvat een verdieping van de wettelijke ziektekostenverzekering om zo een duidelijk beeld te verkrijgen van de huidige stand van zaken en evoluties hieromtrent. 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 gezondheidsuitgaven kunnen verklaren.

Verder wordt onderzocht welke uitwegen er kunnen zijn om het huidige Sociale Zekerheidsstelsel in stand te houden.

Door de druk op de wettelijke ziekteverzekering is er een opkomst van de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Daarom is hoofdstuk vier in het leven geroepen. In dit hoofdstuk wordt bestudeerd welke innovaties en trends er zijn in de hospitalisatiesector. Vervolgens wordt nagegaan welke acties er genomen worden aangaande de uitbouw van een preventief gezondheidsbeleid.

In hoofdstuk vijf wordt de problematiek van de vergrijzing behandeld. Er wordt onderzocht of de vergrijzing extra zorgen en behoeften met zich meebrengt, niet alleen betreffende de gezondheidszorg, maar eveneens op het vlak van o.a. huisvesting. Vervolgens wordt nagegaan of de problematiek dermate ernstig is dat het beleid waakzaam moet zijn en maatregelen moet doorvoeren om hieraan tegemoet te komen. Hoofdstuk vijf is tevens het laatste hoofdstuk van de literatuurstudie.

Na de vorming van een theoretisch kader bestaat het tweede deel van de thesis uit een empirisch praktijkonderzoek bestaande uit twee complementaire fases, namelijk een kwalitatieve en kwantitatieve fase. Aan de hand van het praktijkonderzoek wordt een antwoord gezocht op de centrale onderzoeksvraag door de behoeften van verschillende klantengroepen binnen de Belgische bevolking op vlak van gezondheidszorg en welzijn, rekening houdend met de vergrijzing, te bestuderen.

Hoofdstuk zes bevat de kwalitatieve fase van het onderzoek. Het doel van deze fase is om de grote tendensen en de houdingen van de Belgische bevolking ten aanzien van de vergrijzing en de dekking gezondheid/welzijn beter en diepgaand te leren begrijpen. Er is daarom gekozen om te werken met focusgroepen. Voor dit onderzoek werd er gewerkt met twee focusgroepen, een Nederlandstalige en Franstalige, met elk negen deelnemers. De screening van de deelnemers, de opbouw van de vragenlijst en de resultaten worden omschreven in dit hoofdstuk.

Het survey-onderzoek, de kwantitatieve fase, vormt het onderwerp van hoofdstuk zeven. Er werd een niet-proportionele gestratificeerde steekproef getrokken bij 410 respondenten behorende tot de jongere generatie van onze Belgische bevolking. De onderzoeksopzet, opbouw van de vragenlijst en resultaten worden in dit hoofdstuk besproken.

Tenslotte worden in het laatste hoofdstuk de algemene besluiten geformuleerd, alsook het besluit omtrent de productinvulling voor Ethias en de aanbevelingen naar het beleid toe. Er wordt ook een aanzet tot verder onderzoek gegeven.

Inhoudsopgave

Voorwoord	
Samenvatting	
Inhoudsopgave	
Lijst met figuren	
Lijst met tabellen	

Deel I Literatuurstudie

1 Situering onderzoek en onderzoeksopzet	- 1 -
1.1 Situering	- 1 -
1.2 Probleemstelling	- 2 -
1.3 Centrale onderzoeksvraag	- 3 -
1.4 Deelvragen	- 3 -
1.5 Kadering onderzoek	- 4 -
1.6 Onderzoeksopzet	- 4 -
2 Het Belgische gezondheidszorgsysteem	- 6 -
2.1 Inleiding	- 6 -
2.2 Sterke punten Belgisch systeem	- 7 -
2.3 Korte toelichting van de Sociale Zekerheid in België	- 7 -
2.4 Het RIZIV	- 8 -
3 De wettelijke ziektekostenverzekering in België en Europa	- 10 -
3.1 Inleiding	- 10 -
3.1.1 Rechthebbenden	- 10 -
3.1.2 Geneeskundige verstrekkingen	- 11 -
3.1.3 Terugbetaling	- 12 -
3.1.4 De verhoogde terugbetaling	- 12 -
3.1.5 De maximumfactuur (MAF).....	- 12 -
3.2 Doelstellingen en stand van zaken in België en Europa	- 13 -
3.2.1 Doelstellingen Belgisch beleid inzake gezondheidszorg.....	- 13 -
3.2.2 Stand van zaken en evolutie in België.....	- 14 -
3.2.2.1 Gezondheidsuitgaven en het BBP	- 14 -

3.2.2.2	Gezondheidsuitgaven per dimensie.....	- 16 -
3.2.2.3	Jaarlijkse uitgaven voor de verzekering van de geneeskundige verzorging	- 17 -
3.2.2.4	Remgelden.....	- 20 -
3.2.2.5	Uitgaven, ledentallen en gemiddelde kosten.....	- 21 -
3.2.3	Stand van zaken in vergelijking met Europa	- 23 -
3.2.4	Nederlands model van de gezondheidszorg	- 26 -
3.2.4.1	De Zorgverzekeringswet	- 26 -
3.2.4.2	De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	- 27 -
3.2.4.3	Privatisering in België.....	- 27 -
3.3	Conclusie	- 29 -
4	De aanvullende ziektekostenverzekeringen in België en Europa	- 32 -
4.1	Inleiding	- 32 -
4.2	Trends in de Belgische hospitalisatiesector	- 33 -
4.2.1	Forse premiestijgingen.....	- 33 -
4.2.2	Daling aanbieders particuliere hospitalisatieverzekeringen.....	- 35 -
4.2.3	Adverse selectie en moreel risico (moral hazard).....	- 36 -
4.3	Standpunt mutualiteiten	- 36 -
4.4	Initiatieven in de sector	- 37 -
4.5	De aanvullende ziektekostenverzekering in Europa.....	- 38 -
4.6	Conclusie	- 44 -
5	De vergrijzing in België.....	- 45 -
5.1	Inleiding	- 45 -
5.2	Gevolgen van de vergrijzing	- 47 -
5.2.1	Gezondheidszorg.....	- 47 -
5.2.2	De budgettaire kost van de vergrijzing.....	- 50 -
5.3	Wonen en zorg	- 54 -
5.4	Conclusie	- 56 -

Deel II Empirisch praktijkonderzoek

6	Kwalitatieve fase	- 60 -
6.1	Onderzoeksopzet	- 60 -
6.1.1	Focusgroepen	- 60 -

6.1.2 Screening.....	- 60 -
6.1.3 Opbouw van de vragenlijst	- 61 -
6.2 Resultaten	- 63 -
6.2.1 Spontane associaties met gezondheid, welzijn en vergrijzing	- 63 -
6.2.1.1 Associaties met gezondheid en welzijn	- 63 -
6.2.1.2 Associaties met vergrijzing	- 64 -
6.2.2 Organisaties die zich bezighouden met gezondheid en/of welzijn.....	- 64 -
6.2.3 Organisaties die zich bezighouden met vergrijzing.....	- 65 -
6.2.4 Gebruik van en gedragingen t.o.v. gezondheid en/of welzijn.....	- 65 -
6.2.5 Verzekeringen aangaande gezondheid en/of welzijn	- 66 -
6.2.6 Gebruik van en gedragingen t.o.v. vergrijzing en verzekeringen	- 67 -
7 Kwantitatieve fase	- 69 -
7.1 Onderzoeksopzet	- 69 -
7.1.1 Survey-onderzoek	- 69 -
7.1.2 Onderzoekspopulatie	- 69 -
7.1.3 Opbouw van de vragenlijst	- 70 -
7.2 Resultaten	- 71 -
7.2.1 Het algemeen verzekeringsprofiel.....	- 72 -
7.2.1.1 Beeld over de verzekeringswereld	- 72 -
7.2.2 De vergrijzing	- 74 -
7.2.2.1 "In beslagname" van het ouder worden	- 74 -
7.2.2.2 Mate van belangrijkheid van mogelijke kosten en de ideale situatie later	- 75 -
7.2.2.3 Het huidige en toekomstige sparen.....	- 76 -
7.2.2.4 Interesses in verzekeringen	- 77 -
7.2.2.5 Dekking van de kosten	- 79 -
7.2.3 De gezondheid.....	- 79 -
7.2.3.1 "In beslagname" van de gezondheid	- 79 -
7.2.3.2 Mate van impact van mogelijke kosten omtrent de gezondheid	- 80 -
7.2.3.3 Het huidige en toekomstige sparen.....	- 81 -
7.2.3.4 Interesses in verzekeringen	- 83 -
7.2.3.5 Dekking van de kosten	- 84 -
8 Conclusie	- 86 -
8.1 Algemene besluiten	- 86 -
8.2 Besluit omtrent product placement Ethias	- 88 -

8.3 Aanbevelingen naar het beleid toe	- 88 -
8.4 Aanzet tot verder onderzoek	- 90 -
Lijst van geraadpleegde werken	- 92 -

Bijlage 1: Samenstelling focusgroepen

Bijlage 2: Samenstelling steekproef

Bijlage 3: Screening

Bijlage 4: Vragenlijst kwalitatieve fase

Bijlage 5: Vragenlijst kwantitatieve fase

Lijst met figuren

Figuur 1.1: Opbouw thesis

Figuur 2.1: De beheersorganen van het RIZIV

Figuur 3.1: Jaarlijkse groei van de nationale gezondheidsuitgaven en het BBP

Figuur 3.2: Gezondheidsuitgaven in % van het BBP in de OESO-landen in 2007

Figuur 5.1: Ledentallen van de rechthebbenden volgens leeftijd in 2007

Figuur 5.2: Totale uitgaven in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering volgens leeftijd in 2007

Figuur 7.1: Beeld over het algemeen van de verzekeringswereld

Figuur 7.2: Maatschappijen waarbij de respondenten hun verzekeringen hebben afgesloten

Figuur 7.3: Afgesloten verzekeringen bij deze maatschappijen

Figuur 7.4: Mate waarin het ouder worden de respondenten bezighoudt

Figuur 7.5: Belangrijkste kosten die gepaard gaan met het ouder worden

Figuur 7.6: Ideale situatie als men oud is

Figuur 7.7: Voorzieningen om de kosten van het ouder worden, afhankelijk zijn, te betalen

Figuur 7.8: Overwegingen om in de nabije toekomst te sparen/een verzekering af te sluiten om de kosten van het ouder worden te dekken

Figuur 7.9: Kosten waarvoor men geïnteresseerd is om op voorhand te sparen

Figuur 7.10: De leeftijd vanaf wanneer men wilt beginnen te sparen

Figuur 7.11: Kan een verzekeraar de kosten gepaard met het ouder worden dekken?

Figuur 7.12: Mate waarin de gezondheid de respondenten bezighoudt

Figuur 7.13: Belangrijkste kosten die gepaard gaan met de gezondheid

Figuur 7.14: Spaart u op de één of andere manier om de kosten gepaard met de gezondheid te dekken?

Figuur 7.15: Overwegingen om in de nabije toekomst te sparen/een verzekering af te sluiten om de gezondheidskosten te dekken

Figuur 7.16: Kosten waarvoor men geïnteresseerd is om op voorhand te sparen

Figuur 7.17: Kan een verzekeraar de kosten gepaard met de gezondheid dekken?

Figuren zonder bronvermelding in de tekst zijn afkomstig van eigen onderzoek in samenwerking met Dedicated Research.

Lijst met tabellen

Tabel 3.1: De nationale gezondheidsuitgaven en het BBP (bedragen in miljoenen euro)

Tabel 3.2: Jaarlijkse groei van de nationale gezondheidsuitgaven en het BBP

Tabel 3.3: Gezondheidsuitgaven per dimensie in %

Tabel 3.4: Vaststelling globale begrotingsdoelstelling geneeskundige verzorging 2009 - bedragen in duizenden euro

Tabel 3.5: Jaarlijkse uitgaven voor de vergoeding van de geneeskundige verzorging (in duizenden euro)

Tabel 3.6: Jaarlijks remgeld ten laste van de patiënt (in duizenden euro)

Tabel 3.7: Terugstorting van het remgeld in het kader van de MAF (in duizenden euro)

Tabel 3.8: Jaarlijks werkelijk remgeld ten laste van de patiënt (in duizenden euro)

Tabel 3.9: Uitgaven ziekteverzekering, ledentallen en gemiddelde kostprijs in 2007

Tabel 3.10: Gemiddelde kostprijs in 2006 en 2007

Tabel 3.11: Evolutie terugbetaalde bedragen 2003-2007

Tabel 3.12: Totale gezondheidsuitgaven in % van het BBP

Tabel 3.13: Gezondheidsuitgaven overheid in % van de totale gezondheidsuitgaven

Tabel 4.1: Uitgaven aan de aanvullende ziekteverzekering door de Europese private ziektekostenverzekeraars in 2006 (in miljoen euro)

Tabel 4.2: Evolutie 2000-2006 van de uitgaven aan de aanvullende ziekteverzekering door de Europese private verzekeraars (in miljoen euro)

Tabel 4.3: Evolutie 2000-2006 van de premies van de hospitalisatieverzekering (in miljoen euro)

Tabel 4.4: Premies in % van het BBP in de Europese landen in 2005 en 2006

Tabel 5.1: Bevolkingsvooruitzichten 2010-2060 in absolute cijfers

Tabel 5.2: Bevolkingsvooruitzichten 2010-2060 in procenten

Tabel 5.3: Bevolkingsvooruitzichten 2010-2060, veroudering van de bevolking per leeftijdsgroep

Tabel 5.4: Demografische maten 2010-2050

Tabel 5.5: Gemiddelde kostprijs per leeftijdsgroep in 2007

Tabel 5.6: Vergrijzingsproblematiek, overzicht van de basishypothesen

Tabel 5.7: Budgettaire kost van de vergrijzing in % van het BBP op LT

Tabel 5.8: Evolutie van de uitgaven voor wonen en zorg

Tabellen zonder bronvermelding in de tekst zijn afkomstig van eigen onderzoek in samenwerking met Dedicated Research.

Deel I

Literatuurstudie

1 Situering onderzoek en onderzoeksopzet

1.1 Situering

Bij wijze van inleiding en om het actuele aspect van het thesisonderwerp aan te tonen, volgen hier enkele krantenartikels die de aandacht vestigen op de problematiek die in deze masterproef wordt behandeld.

“Sociale zekerheid is geen vraatzuchtig monstertje” (De Standaard - 14/08/2009)

'Ziektekosten wurgen begroting' blokletterde *De Standaard* (DS 12 augustus), verwijzend naar het stijgende aandeel van de staat in de Belgische ziekteverzekering. 23,5 procent van de btw-opbrengsten gaat ondertussen via alternatieve financiering naar de sociale zekerheid en volgens begrotingstechnici is deze financieringsvorm een 'vraatzuchtig monstertje', de ziekteverzekering is een 'kannibaal'.

Er zijn redenen te over om te wijzen op de hoge en nog groeiende kosten van de ziekenzorg in België. Als de gezondheidsuitgaven berekend worden als percentage van het bbp staat België in de top vijf van *big spenders* - na de VS, Zwitserland, Frankrijk en Duitsland. Het aandeel dat de patiënt uit eigen zak moet ophoesten, is ondertussen opgelopen tot boven de 25 procent, ruim hoger dan het gemiddelde van de 'ontwikkelde' landen binnen de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (Oeso). Verklaringen voor die weinig fraaie positie zijn er te over. De belangrijkste redenen zijn bekend en zitten aan de aanbodzijde: het aanrekenen van honorariumsupplementen en steeds duurdere geneesmiddelen, medische technieken, apparatuur en hulpmiddelen.

Versterkende factoren zijn de traditioneel liberale organisatie van gezondheidszorg in België, het toenemend overwicht van de medische industrie op de regelgeving door de staat, de toenemende medicalisering van de zorg en de vergrijzing.

“Vergrijzing kost extra hap van BBP” (Knack - 19/06/2009)

De kosten voor de vergrijzing (pensioenlasten, uitgaven voor gezondheidszorg) stijgen tussen 2008 en 2060 tot 31,3 procent van het bruto binnenlands product (BBP). Dat is 8,2 procent meer dan in 2008, zo blijkt uit het achtste jaarverslag van de Studiecommissie voor de Vergrijzing.

“Heeft u een hospitalisatieverzekering?” (De Standaard - 07/05/2009)

Heeft u een hospitalisatieverzekering? Dat is vandaag de standaardvraag aan elke patiënt die zich aanbiedt bij de receptie van een ziekenhuis. Een belangrijke vraag, want het antwoord zal niet alleen de factuur fors beïnvloeden, maar is ook doorslaggevend voor de vraag of u in aanmerking komt voor bijvoorbeeld een prothese of een eenpersoonskamer. Want al betaalt de wettelijke ziektekostenverzekering het grootste deel van de gezondheidszorg, ze dekt lang niet alle belangrijke kosten. Heel wat erkende behandelingstechnieken, medische materialen, implantaten of geneesmiddelen worden niet terugbetaald, vooral als je een eenpersoonskamer kiest.

1.2 Probleemstelling

De wettelijke ziektekostenverzekering in België betaalt het grootste gedeelte van de gezondheidszorg, maar niet alle kosten worden gedekt. Dit heeft als gevolg dat een aanzienlijk deel van de kosten van gezondheidszorg ten laste komt van de patiënt, het zogenaamde remgeld.

Uit statistieken van Assuralia (2009), beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen, blijkt dat ongeveer 76% van de gezondheidsuitgaven gefinancierd wordt door de overheid en ongeveer 24% door de consument/patiënt. De kosten die voor rekening van de patiënt komen, liggen dus nog vrij hoog, zodat de behoefte aan een aanvullende ziektekostenverzekering steeds noodzakelijker wordt. Assuralia (2009) bevestigt dit en verklaart dat de individuele ziektekostenverzekering geëvolueerd is van een luxeproduct naar een noodzakelijke aanvullende bescherming.

Bovendien staat de Sociale Zekerheid, die instaat voor de wettelijke ziektekostenverzekering, onder grote druk. Dit is grotendeels te wijten aan het fenomeen van de vergrijzing, veroorzaakt door de combinatie van lagere vruchtbaarheid en hogere levensverwachting. Volgens het RIZIV (2008) doen oudere mensen gemiddeld genomen meer beroep op de gezondheidszorg dan de jongere leeftijdsgroepen. Vandaar dat er een positief verband bestaat tussen de leeftijd en de uitgaven voor geneeskundige verzorging.

Naast de invloed op de gezondheidsuitgaven tast de vergrijzing ook het draagvlak aan van de pensioenverworvenheden. Een steeds kleiner wordend aandeel actieven in de bevolking moet de uitkeringen financieren van een steeds groter wordend aandeel inactieven. Uit het achtste jaarverslag van de Studiecommissie voor de Vergrijzing (2009) blijkt dat de totale budgettaire kosten van de vergrijzing tussen 2008 en 2060 zullen oplopen tot 8,2% van het BBP.

Ten gevolge van deze actuele problemen wordt België geconfronteerd met financieringsmoeilijkheden die de komende jaren zullen blijven aanslepen. In deze masterproef worden de problemen binnen de gezondheidszorg en de gevolgen van de vergrijzing nagegaan. Bovendien wordt onderzocht of de Belgische bevolking, en in het bijzonder de jongere generatie, zich bewust is van de problematiek en of er rekening mee wordt gehouden in haar preventief gedrag en de dekking van medische of andere verzekeringen.

1.3 Centrale onderzoeksvraag

Een groot deel van de kosten van gezondheidszorg blijft ten laste van de patiënt. Bovendien zullen de komende jaren de uitgaven voor medische verzorging nog meer stijgen door het fenomeen van de vergrijzing.

Vandaar dat de centrale onderzoeksvraag luidt als volgt: "Hoe zal de individuele ziektekostenverzekering evolueren en welke rol speelt de vergrijzing hierin?"

1.4 Deelvragen

Om een gepast antwoord te vinden op de centrale onderzoeksvraag zijn er een aantal beschrijvende deelvragen geformuleerd. Naast deze deelvragen zijn ook de vragen die gesteld worden in het empirisch praktijkonderzoek belangrijk om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden.

Deelvraag 1: "Welke evoluties wat betreft de wettelijke ziektekostenverzekering zijn er in België en de omliggende landen?"

Deelvraag 2: "Welke evoluties zijn er in de sector van de individuele ziektekostenverzekeringen in België en de omliggende landen?"

Deelvraag 3: "Brengt de toenemende vergrijzing extra zorgen en behoeften mee en zo ja, hoe kunnen deze ingevuld worden?"

1.5 Kadering onderzoek

Deze masterproef wordt uitgevoerd in opdracht van Ethias, een mutualistisch geïnspireerde verzekeringsgroep. Ethias is de derde grootste verzekeraar van België voor alle takken samen. De literatuur- en praktijkstudie gebeuren dan ook voornamelijk vanuit het standpunt van de private verzekeraar. De bedoeling is om een inzicht te verwerven in de evolutie van de individuele ziektekostenverzekering door de behoeften van verschillende klantengroepen binnen de Belgische bevolking op vlak van gezondheidszorg en welzijn te bestuderen, rekening houdend met de vergrijzing. Het uiteindelijke doel is om samen met Ethias een aanbod uit te werken voor hun cliënteel dat een antwoord biedt aan deze behoeften, in het kader van product placement.

Daarnaast wordt er de link gemaakt met het beleid door vertrekkende van de resultaten aanbevelingen te formuleren omtrent de gezondheidszorg en de vergrijzing.

1.6 Onderzoeksopzet

De thesis bestaat uit twee grote delen, namelijk een literatuuronderzoek en een empirisch praktijkonderzoek.

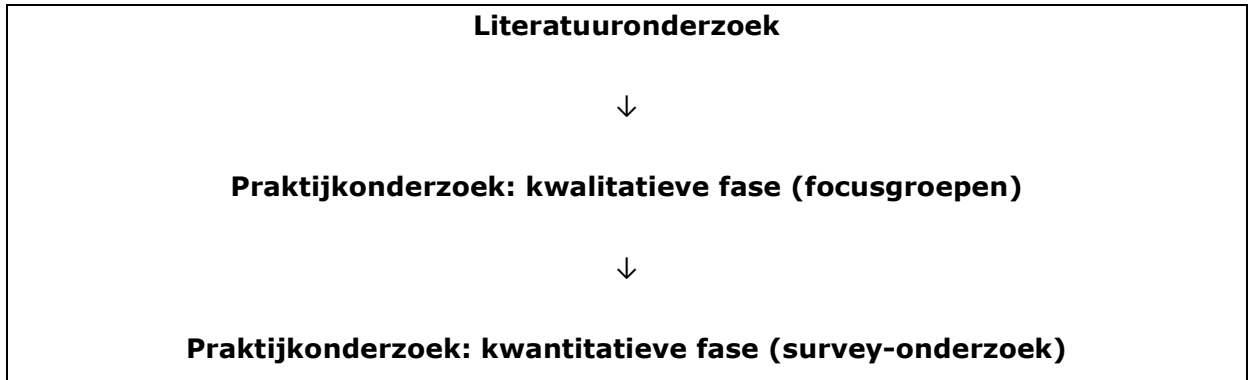
De beschrijvende deelvragen worden beantwoord aan de hand van een uitgebreide literatuurstudie.

Na de vorming van een sluitend theoretisch kader in het eerste deel, bestaat het tweede deel uit een empirisch praktijkonderzoek. Dit praktijkonderzoek houdt een bevraging van de Belgische bevolking in, meer bepaald de jongere generatie. Het onderzoek omvat twee complementaire fases, een kwalitatieve fase en een kwantitatieve fase. Voor de uitvoering wordt er samengewerkt met een extern onderzoeksbureau, zijnde Dedicated Research. Dit is het grootste onafhankelijke bureau voor marktonderzoek en opinieingen in België.

Op basis van de resultaten van het empirisch praktijkonderzoek worden er concrete voorstellen uitgewerkt naar productinvulling voor Ethias en worden er aanbevelingen gedaan naar het beleid toe.

In onderstaande figuur wordt de opbouw van de thesis getoond.

Figuur 1.1: Opbouw thesis



2 Het Belgische gezondheidszorgsysteem

2.1 Inleiding

Volgens Schokkaert en Van de Voorde (2007) kunnen gezondheidszorgsystemen diverse vormen aannemen en erg verschillend zijn tussen landen.

Een eerste vorm wordt gekenmerkt door het centraal aanwezig zijn van de overheid. In dit systeem is de rol van onafhankelijke verzekeraars beperkt en gaan de financiële stromen rechtstreeks van de overheid naar de verstrekkers, zoals artsen en ziekenhuizen. Het Engelse National Health Service systeem is (of beter: was, door het proces van commercialisering dat hier aan de gang is) een voorbeeld van deze vorm.

In een tweede vorm treden verzekeraars op als derde betalers. In dit systeem zijn het de verzekeraars die rechtstreeks instaan voor de financiering van de verstrekkers en die bijgevolg fungeren als tussenpersoon tussen de patiënt en de professionals in de gezondheidszorg. Een bekend voorbeeld hiervan is Nederland.

Het Belgische gezondheidszorgsysteem kan gezien worden als een tussenvorm tussen de twee vorige systemen. In België is er een verplichte ziekteverzekering met een zeer brede dekking die gefinancierd wordt door sociale bijdragen en belastingen. De premies zijn niet gekoppeld aan de risico's van de patiënten, maar liggen hoger naarmate men een hoger inkomen heeft. Rijkere mensen betalen dus hogere bijdragen. Dit kenmerk is typerend voor het principe van de solidariteit dat vaak aanwezig is bij overheidsgestuurde systemen. Daarnaast hebben zowel verzekerden als verstrekkers een hoge mate van vrijheid en worden de verstrekkers meestal per prestatie vergoed. Dit is kenmerkend voor systemen met verzekeraars als derde betalers. In België is de uitvoering van het systeem toevertrouwd aan de ziekenfondsen, maar in tegenstelling tot landen zoals Nederland treden de ziekenfondsen in de verplichte ziekteverzekering meestal op als een kartel. Ze proberen te wegen op de beslissingen van de overheid en beslissingen worden genomen in overleg met artsenorganisaties, ziekenhuizen, de sociale partners en de overheid.

Volgens wijlen Lee Jong-Wook, voormalig directeur-generaal van de WHO (2003) zou een gezondheidszorgsysteem gebaseerd op eerstelijnsgezondheidszorg een systeem moeten zijn dat preventie, acute zorg en chronische zorg horizontaal doorheen het gehele gezondheidszorgsysteem integreert.

Hij bedoelt hiermee dat preventie, zorg en curatieve zorgen onder één gezondheidszorgsysteem, één beleid en één ministerie van Volksgezondheid zouden moeten vallen. Dit is echter niet van toepassing voor België. In ons land zijn de bevoegdheden inzake gezondheidszorg namelijk nogal verdeeld. Breed genomen behoren preventie en welzijn tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen, het overige valt onder de federale bevoegdheden, zoals de wettelijke ziekte- en invaliditeitsverzekering.

2.2 Sterke punten Belgisch systeem

Traditioneel wordt ons gezondheidssysteem gekenmerkt door drie sterke punten. Allereerst is er de brede dekking van de bevolking door de verplichte ziekteverzekering. Deze wettelijke ziekteverzekering komt in hoofdstuk drie aan bod. Ten tweede hebben zowel patiënten als verstrekkers een hoge mate van vrijheid. Patiënten kunnen vrij hun verzekeringsinstelling, ziekenhuis en zorgverlener kiezen. De verstrekkers beschikken over therapeutische vrijheid en kunnen dus vrij een therapie kiezen. De derde sterkte betreft de toegankelijkheid tot het gezondheidssysteem. In België bestaan er geen wachtlijsten voor hospitalisatie (Crainich & Daue, 2008).

2.3 Korte toelichting van de Sociale Zekerheid in België

Om het volgende hoofdstuk dat handelt over de wettelijke ziektekostenverzekering beter te begrijpen, volgt eerst een korte toelichting over de Sociale Zekerheid, de organisatie die instaat voor deze verzekering.

Volgens de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2009) is het ontstaan van de Sociale Zekerheid gebaseerd op het principe van solidariteit. Hiermee bedoelt men solidariteit tussen o.a. werkenden en werklozen, jongeren en ouderen en gezonden en zieken.

De Belgische Sociale Zekerheid vervult drie functies. De eerste functie houdt in dat men bij verlies van het arbeidsinkomen een vervangingsinkomen ontvangt. De tweede functie betekent dat men een aanvulling op het inkomen ontvangt bij bepaalde sociale lasten zoals het opvoeden van kinderen of ziektekosten. De derde functie bestaat uit het ontvangen van bijstandsuitkeringen wanneer men onvrijwillig niet over een beroepsinkomen beschikt.

Het Sociale Zekerheidssysteem kan worden ingedeeld in drie beschermingsstelsels, namelijk het werknemersstelsel, het zelfstandigenstelsel en het ambtenarenstelsel. Deze stelsels hangen samen met de professionele activiteit van een individu en de precieze beschermingsmaatregelen kunnen verschillen naargelang het stelsel waarin men zich bevindt.

De Belgische Sociale Zekerheid kan verder worden ingedeeld in zeven takken, namelijk ouderdoms- en overlevingspensioenen, werkloosheid, arbeidsongevallenverzekering, beroepsziektenverzekering, gezinsbijslag, ziekte- en invaliditeitsverzekering en jaarlijkse vakantie. Voor iedere tak is er een specifieke instelling aanwezig die de uitbetaling van de uitkeringen beheert en controleert (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2009). De tak die van belang is in deze masterproef is de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

2.4 Het RIZIV

In deze eindverhandeling wordt de focus voornamelijk gelegd op de wettelijke ziekteverzekering. De federale instelling die hiervoor instaat, is het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

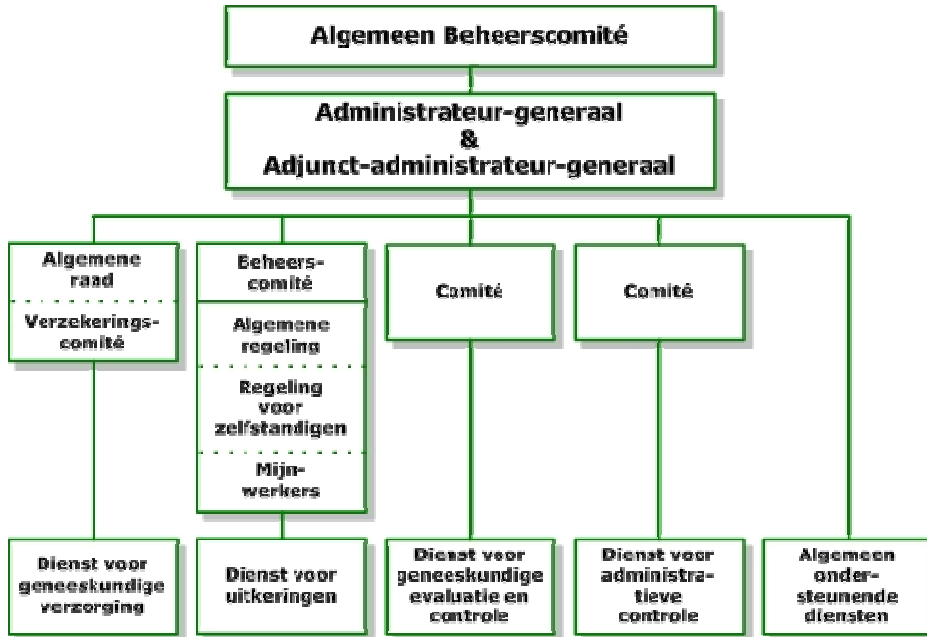
Het RIZIV organiseert, controleert en beheert de verplichte ziekteverzekering en staat onder het toezicht van de Minister van Sociale Zaken.

De instelling beschikt over zeer uiteenlopende opdrachten en voert die uit in nauw overleg met haar partners, zoals de ziekenfondsen, de vertegenwoordigers van de personen actief in de zorgverlening en de vertegenwoordigers van vakbonden en werkgevers.

Haar taken omtrent het organiseren en beheren van de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn het opstellen van de regels voor terugbetaling van geneeskundige prestaties en geneesmiddelen en het bepalen van de tarieven ervan. Wat betreft het organiseren en beheren van de uitkeringsverzekering zijn haar taken het bepalen van de voorwaarden om de verschillende uitkeringen te kunnen krijgen en de berekening van de uitkeringsbedragen. Tenslotte moet zij ook instaan voor het informeren van de zorgverleners over de regels van de verplichte ziekteverzekering en beschikt zij over een controlerol. Ze controleert zowel de ziekenfondsen als de zorgverleners (RIZIV, 2009).

Het RIZIV is een instelling van openbaar nut en beschikt over een vrij omvangrijke organisatiestructuur die is terug te vinden in figuur 2.1. Dit is weliswaar een sterk vereenvoudigde versie van de organisatiestructuur.

Figuur 2.1: De beheersorganen van het RIZIV



Bron: RIZIV (2009)

Zoals blijkt uit bovenstaande figuur is het RIZIV onderverdeeld in vijf diensten. Vier kerndiensten, met name de Dienst voor geneeskundige verzorging, de Dienst voor uitkeringen, de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de Dienst voor administratieve controle en de Algemeen ondersteunende diensten (RIZIV, 2009).

In het kader van deze thesis zijn vooral de Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van belang.

3 De wettelijke ziektekostenverzekering in België en Europa

3.1 Inleiding

De Belgische bevolking is gedekt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De gecoördineerde wet van 14 juli 1994 is de basiswet die deze ziektekostenverzekering organiseert en reglementeert.

3.1.1 Rechthebbenden

Volgens de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2009) geldt de wettelijke ziektekostenverzekering voor werknemers, zelfstandigen en ambtenaren, maar ook voor werklozen, gepensioneerden, personen die recht hebben op het leefloon, gehandicapten, studenten, wezen enzovoort. De verzekering geldt verder ook voor degenen die deze personen ten laste hebben en die aan de voorwaarden voldoen om persoon ten laste te kunnen zijn, zoals echtgenoten, samenwonenden, kinderen en kleinkinderen. Men kan dus stellen dat de hele Belgische bevolking, op een aantal uitzonderingen na, toegang heeft tot deze ziekteverzekering.

Toch wijst de Overheidsdienst erop dat iedere gerechtigde aan enkele voorwaarden moet voldoen om van de voordelen van de ziekteverzekering te kunnen genieten. De eerste voorwaarde houdt in dat elke gerechtigde zich moet aansluiten of inschrijven bij een verzekeringsinstelling. De keuze van verzekeringsinstelling is vrij, behalve voor het statutair personeel van de Belgische Spoorwegen. De tweede voorwaarde waaraan iedere gerechtigde moet voldoen, is het betalen van een bijdrage. Deze bijdrage moet een minimumwaarde bereiken. Als dit vereiste minimum niet wordt bereikt, moet een aanvullende bijdrage betaald worden om het recht op geneeskundige verzorging te behouden. De derde voorwaarde betreft de wachttijd. In principe moet men zes maanden wachttijd vervullen vooraleer de geneeskundige verzorging wordt terugbetaald. In de praktijk wordt echter vaak geen rekening gehouden met deze voorwaarde, waardoor het recht op geneeskundige verzorging ontstaat in de meeste gevallen zonder wachttijd (Publicatie "Alles wat je altijd al wilde weten over de Sociale Zekerheid", 2008).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de personen die recht hebben op geneeskundige verzorging en de personen die als gerechtigden ook nog recht hebben op de uitkeringsverzekering. Tot eind 2007 waren twee regelingen van toepassing voor deze rechthebbenden, namelijk de algemene regeling en de regeling voor zelfstandigen. Dit hield in dat zelfstandigen enkel verzekerd waren voor de grote gezondheidsrisico's. In de verzekering voor geneeskundige verzorging is dit onderscheid sinds 1 januari 2008 verdwenen. De zelfstandigen beschikken nu over dezelfde rechten als de andere bevolkingsgroepen. Wat betreft de uitkeringsverzekering bestaat het onderscheid nog steeds tussen de twee regelingen (RIZIV, 2009).

3.1.2 Geneeskundige verstrekkingen

De rechthebbende op geneeskundige verzorging krijgt bepaalde geneeskundige verstrekkingen geheel of gedeeltelijk terugbetaald door het RIZIV. Deze geneeskundige verstrekkingen zijn ingedeeld in vijftientig verschillende categorieën.

Gewone geneeskundige hulp, zoals het bezoek aan de huisarts of de verzorging door de kinesitherapeut, tandheelkundige verzorging, verlossingen, verstrekkingen van farmaceutische producten, ziekenhuisverpleging en verzorging die nodig is voor revalidatie kunnen beschouwd worden als de voornaamste.

Alle terugbetaalbare verstrekkingen zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Deze nomenclatuur is een sleutelement in de ziekteverzekering en kan omschreven worden als een limitatieve opsomming van de geneeskundige verstrekkingen waarvoor het RIZIV tegemoetkomt. De lijst vormt een bijlage van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2008).

Naast de terugbetaling van geneeskundige verzorging heeft de uitkeringsgerechtigde ook recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid wegens ziekte, ongeval, moederschap, vaderschap en adoptie en op een uitkering voor begrafenis kosten. Deze uitkeringen hebben voornamelijk tot doel om het loonverlies te dekken (RIZIV, 2009).

3.1.3 Terugbetaling

De algemene regel voor de terugbetaling van de gezondheidsverstrekkingen is de terugbetaling achteraf. De patiënt betaalt de zorgverstreker van zijn keuze, die hem daarop een attest overhandigt met vermelding van de geleverde verstrekking. De patiënt geeft dit attest vervolgens af aan zijn verzekeringsorganisme die voor terugbetaling zorgt.

Er is ook een uitzonderingsregel van toepassing, zijnde het systeem van de derde betaler. Dit systeem is verplicht in de ziekenhuizen. Het ziekenhuis stuurt de patiënt een factuur met vermelding van de globale kostprijs van zijn behandeling. De patiënt betaalt enkel het remgeld, mits eventuele supplementen. Het ziekenhuis stuurt ook een factuur naar de verzekeringinstelling van de patiënt. Deze betaalt rechtstreeks het bedrag dat overeenkomt met de bijdrage van de verzekering. Een gelijkaardig stelsel is van toepassing op de geneesmiddelen.

3.1.4 De verhoogde terugbetaling

Het voorkeurstelsel voor gezondheidsverstrekkingen geldt voor bepaalde bij wet beperkte categorieën van personen, namelijk personen die zich in een specifieke sociale situatie bevinden, zoals gehandicapten en gepensioneerden. Deze personen hebben een inkomen dat een bepaald bedrag niet overschrijdt.

De verhoogde tegemoetkoming geldt zowel voor geneesmiddelen als voor gezondheidsverstrekkingen.

3.1.5 De maximumfactuur (MAF)

Het systeem van de maximumfactuur werd in 2001 ingevoerd om de gezondheidszorg financieel toegankelijk te houden in geval van zware zorguitgaven. De MAF biedt een gezin de garantie dat het niet meer moet uitgeven aan geneeskundige verzorging dan een bepaald maximumbedrag. Als de medische kosten in de loop van het jaar dit plafond bereiken, worden de overige medische kosten volledig terugbetaald.

Er is de zogenaamde inkomens-MAF of fiscale MAF en de zogenaamde sociale MAF. De inkomens-MAF is de maximumfactuur in functie van het gezinsinkomen. Het remgeld boven een bepaald plafond wordt volledig terugbetaald. Dit plafond hangt af van het netto belastbaar gezinsinkomen. Hoe hoger het inkomen, hoe hoger het plafond.

Verder kunnen personen binnen het gezin die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, hun partner en de personen ten laste genieten van een aanvullend recht op de sociale MAF. Voor dat deel van het gezin is het plafond 450 euro. Voor kinderen jonger dan 19 jaar is er bovendien een extra bescherming. Het maximumbedrag is hier 650 euro, ongeacht het gezinsinkomen (RIZIV, 2009).

3.2 Doelstellingen en stand van zaken in België en Europa

Volgens de Europese Commissie (2008) gaan België en Europa belangrijke uitdagingen tegemoet op het vlak van gezondheidszorg. De beheersbaarheid van de uitgaven voor geneeskundige verzorging is daar één van. Er is een internationale tendens van stijgende gezondheidsuitgaven die leiden tot een grote druk op de wettelijke ziektekostenverzekering.

3.2.1 Doelstellingen Belgisch beleid inzake gezondheidszorg

De Europese Commissie heeft voor de periode 2008 tot 2010 een aantal doelstellingen vastgelegd op het vlak van gezondheidszorg. Één van de veelbesproken thema's is de toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging. Een prioriteit hierbij is om het persoonlijk aandeel van de patiënten in de gezondheidsuitgaven niet te laten stijgen. Men zal zelfs proberen om dit aandeel te laten dalen, in het bijzonder bij chronisch zieken. Ook zullen de initiatieven die al werden genomen om de prijzen van geneesmiddelen te laten dalen, worden voortgezet. Om de kwaliteit van de gezondheid te waarborgen, zullen er regelmatig rapporten worden gepubliceerd over de prestaties van de verschillende gezondheidsdiensten. Zo heeft het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) al studies gepubliceerd die een invloed hebben uitgeoefend op beleidsbeslissingen inzake gezondheidszorg.

Wat betreft de financiële duurzaamheid van ons gezondheidszorgsysteem wordt er verder gestreefd naar een optimalisering van de kostenefficiëntie. Dit om de duurzaamheid van de verzekering voor geneeskundige verzorging te waarborgen. De overheid moet haar gezondheidsuitgaven onder controle houden aan de hand van vaststaande groeinormen en de financiering van een fonds voor de toekomst van de geneeskundige verzorging, het zogenaamde Toekomstfonds. Het Vlaams Ministerie van Financiën en Begroting (2008) stelt dat het Toekomstfonds tot doel heeft om onverwachte ontvangsten aan federale dotaties te reserveren.

Het fonds kan eigenlijk gezien worden als een vorm van waarborg om de doelstellingen inzake het beleid toch te kunnen realiseren in tijden van lage economische groei. Het Toekomstfonds is opgericht als een intern verzelfstandigd agentschap (IVA) met rechtspersoonlijkheid binnen het beleidsdomein Financiën en Begroting. De gereserveerde middelen worden effectief gestort in het Fonds en worden daar op een duurzame manier belegd. De opbrengsten van de beleggingen komen dus volledig toe aan het Toekomstfonds.

Naast de financiële aspecten worden er ook initiatieven genomen ter vereenvoudiging van de administratie en ter bevordering van een gezonde levensstijl (Europese Commissie, 2008).

3.2.2 Stand van zaken en evolutie in België

Om een duidelijk beeld te krijgen van de huidige stand van zaken en evolutie wordt er vooral gebruik gemaakt van statistisch materiaal. Hierbij wordt voornamelijk beroep gedaan op bronnen die regelmatig onderzoeken uitvoeren omtrent de wettelijke ziektekostenverzekering en componenten, zoals Assuralia en het RIZIV.

3.2.2.1 Gezondheidsuitgaven en het BBP

Uit tabel 3.1 blijkt dat in 2007 de totale uitgaven aan gezondheidszorg in België bijna 32 miljard euro bedroegen. In 2001 bedroeg dit aantal nog 22,5 miljard euro.

Tussen 2001 en 2007 zijn de totale gezondheidsuitgaven in België gestegen met 41,9% oftewel een groei van gemiddeld ongeveer 6,0% per jaar. Sinds 2004 kende deze groei echter een aanhoudende vertraging met het laagste niveau in jaren in 2006, namelijk +3,6%. De daling in gezondheidsuitgaven tussen 2004 en 2006 is voornamelijk te wijten aan budgettaire maatregelen in de geneesmiddelensector, waardoor geneesmiddelen goedkoper werden (Assuralia, 2009).

Het BBP tegen marktprijzen bedroeg 258,9 miljard euro in 2001. Daarvan werd 22,5 miljard euro besteed aan gezondheidszorg, omgezet ongeveer 8,7%. In 2003 vond er een forse stijging plaats van het aandeel van het BBP dat aan gezondheidszorg werd besteed, namelijk naar 9,4%. Na deze stijging bleef het aandeel redelijk stabiel en schommelde het rond 9,5%.

Het percentage van het BBP dat aan gezondheidszorg werd uitgegeven, steeg overal in Europa. Het aandeel in België lag overwegend boven het Europees gemiddelde (Assuralia, 2009). Een verdere vergelijking tussen België en de omliggende landen komt in 3.2.3 aan bod.

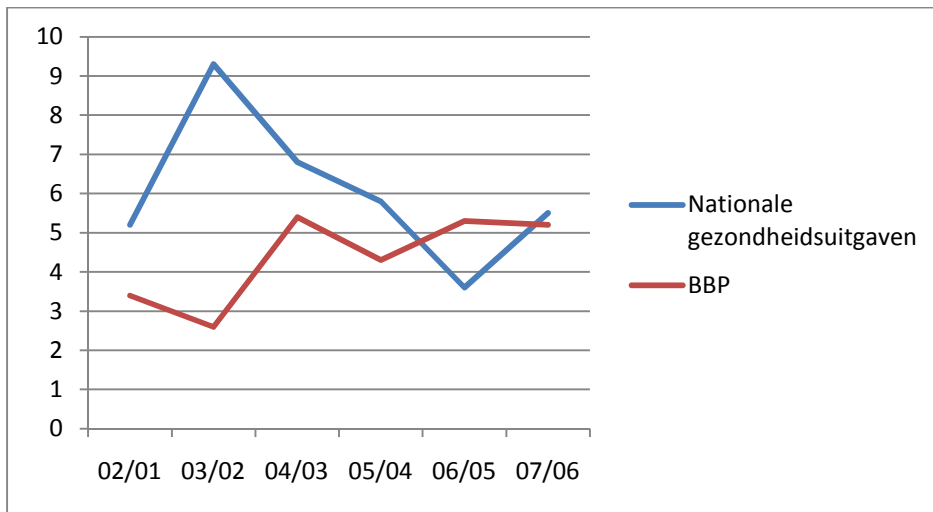
Tabel 3.1: De nationale gezondheidsuitgaven en het BBP (bedragen in miljoenen euro)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BBP	258 883	267 652	274 726	289 629	302 112	318 223	334 917
Nationale gezondheidsuitgaven	22 486	23 646	25 834	27 601	29 200	30 257	31 912
Nationale gezondheidsuitgaven in % BBP	8,7%	8,8%	9,4%	9,5%	9,7%	9,5%	9,5%
Gezondheidsuitgaven Europa in % BBP	8,6%	8,8%	9,1%	9,1%	9,2%	9,4%	

Bron: Assuralia (2009)

In figuur 3.1 is duidelijk waar te nemen hoe de groei van de gezondheidsuitgaven verschilt van de groei van het BBP. In tabel 3.2 staan de waarden in percentages weergegeven. Tot 2005 stegen de gezondheidsuitgaven beduidend sneller dan het BBP. In 2005 was het verschil in groei niet zo groot en in 2006 was de groei van de gezondheidsuitgaven zelfs trager dan die van het BBP. In 2007 stegen de gezondheidsuitgaven opnieuw sneller dan het BBP. Ondanks de tragere groei in gezondheidsuitgaven tussen 2004 en 2006, is de cumulatieve groei van de uitgaven (+41,9%) groter dan die van het BBP (+29,4%).

Figuur 3.1: Jaarlijkse groei van de nationale gezondheidsuitgaven en het BBP



Bron: Assuralia (2009)

Tabel 3.2: Jaarlijkse groei van de nationale gezondheidsuitgaven en het BBP

	02/01	03/02	04/03	05/04	06/05	07/06
Nationale gezondheidsuitgaven	5,2%	9,3%	6,8%	5,8%	3,6%	5,5%
BBP	3,4%	2,6%	5,4%	4,3%	5,3%	5,2%

Bron: Assuralia (2009)

3.2.2.2 Gezondheidsuitgaven per dimensie

Uit tabel 3.3 blijkt dat de overheid nog steeds het grootste aandeel heeft in de uitgaven voor gezondheidszorg. In 2007 nam de overheid in totaal 75,6% voor haar rekening. Het grootste deel hiervan wordt toegerekend aan de uitgaven in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering. Het aandeel van de patiënt bestaat uit twee componenten, de officiële remgelden en de out-of-pocket uitgaven. De officiële remgelden bestaan uit het gedeelte van het RIZIV-tarief dat ten laste van de patiënt blijft. De out-of-pocket uitgaven zijn de medische kosten die de officiële RIZIV-tarieven overschrijden of niet in aanmerking komen voor een wettelijke vergoeding. Door de maximumfactuur of MAF die werd ingevoerd in 2001, wordt er een deel van de remgelden terugbetaald.

Dit wordt afgetrokken van het aandeel van de patiënt. Zo komt men tot een aanzienlijke 18,7% dat ten laste blijft van de patiënt in 2007.

Tabel 3.3: Gezondheidsuitgaven per dimensie in %

	% van de totale uitgaven		Evolutie in %	
	2006	2007	2007/2006	2007/2001
Overheid	75,3%	75,6%	5,9%	41,8%
Patiënt	19,1%	18,7%	3,2%	38,4%
Werkgever	0,3%	0,3%	0,4%	2,5%
Privaat	5,3%	5,4%	7,4%	61,9%

Bron: Assuralia (2009)

3.2.2.3 Jaarlijkse uitgaven voor de verzekering van de geneeskundige verzorging

Volgens de Europese Commissie (2008) zijn ongeveer 90% van de overheidsuitgaven voor gezondheid uitgaven aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Om aan deze stijgende uitgaven het hoofd te bieden is er een globale groeinorm van de uitgaven vastgesteld, wat al eerder werd aangehaald bij de doelstellingen. Dit houdt in dat van jaar tot jaar een maximum toegelaten bedrag wordt vastgesteld voor de uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, rekening houdend met de groeinorm. De norm bedraagt 4,5% per jaar, buiten inflatie. Deze 4,5% wordt ook de Globale Budgettaire Doelstelling of GBD genoemd.

Uit tabel 3.4 blijkt dat de globale begrotingsdoelstelling geneeskundige verzorging, rekening houdend met de groeinorm, in 2009 werd vastgesteld op 23 084 470 000 euro. In 2008 bedroeg dit bedrag nog 21 433 957 000 euro.

Volgens het RIZIV (2009) bedroeg de vorige zeven jaren de uitgavenstijging altijd meer dan 6% met een gemiddelde van 7%, inflatie inbegrepen. In 2008 ging het zelfs om meer dan 9% doordat de terugbetalingen van zelfstandigen op gelijke hoogte werden gebracht met die van de andere bevolkingsgroepen. Het jaar 2009 eindigt wellicht met een uitgavenstijging van 7,7% (zie tabel 3.4).

In 2010 zal het budget van de ziekteverzekering met 3,4% stijgen, inflatie inbegrepen. Zonder inflatie zou de stijging maar 1,9% bedragen. De uitgavenstijging van 2009 tot 2010 blijft dus ruimschoots onder de groeïnorm.

Tabel 3.4: Vaststelling globale begrotingsdoelstelling geneeskundige verzorging 2009 - bedragen in duizenden euro

Omschrijving	Bedragen
Begrotingsdoelstelling 2008 (exogene uitgaven inbegrepen)	21 433 957
Exogene uitgaven 2008	0
Algebraïsche verschillen 2008	- 3 574
Subtotaal	21 430 383
Norm 4,5%	964 367
Subtotaal	22 394 750
Inflatie 2,6%	582 264
Subtotaal	22 977 014
Algebraïsche verschillen 2009	107 456
<i>Begrotingsdoelstelling 2009</i>	<i>23 084 470</i>

Bron: RIZIV (2009)

Tabel 3.5 geeft de evolutie van 2005 tot 2009 weer van de jaarlijkse uitgaven voor de vergoeding van de geneeskundige verzorging. De uitgaven zijn in tien hoofdrubrieken en een restrubriek gegroepeerd. De rubriek Toekomstfonds betreft het fonds bestaande uit reserves voor de toekomst van de geneeskundige verzorging. Dit begrip werd al eerder in 3.2.1 uitgelegd. De meeste uitgaven gaan naar artsen en ziekenhuisopnames.

In 2005 bedroegen de jaarlijkse uitgaven aan geneeskundige verzorging nog 17 250 196 000 euro. In 2008 is dit bedrag gestegen tot 20 704 055 000 euro. Dit betreft een stijging van ongeveer 20%. De begrotingsdoelstelling geneeskundige verzorging in 2009 werd zoals eerder vermeld vastgesteld op 23 084 470 000 euro.

Tabel 3.5: Jaarlijkse uitgaven voor de vergoeding van de geneeskundige verzorging (in duizenden euro)

	2005	2006	2007	2008	Doel 2009
Artsen	5 240 972	5 292 302	5 629 101	6 165 657	6 745 365
Verpleegkundigen	742 415	799 495	857 456	955 286	1 085 383
Tandartsen	522 990	549 780	585 283	671 825	732 060
Kine	408 561	427 812	453 212	512 251	554 250
Farmaceutische verstrekkingen	3 330 982	3 304 307	3 548 074	3 955 511	4 115 401
Paramedische medewerkers	591 227	613 641	657 865	723 249	916 942
Ziekenhuisopnames	3 762 593	3 903 904	4 083 700	4 387 983	4 877 725
Andere verblijven	1 962 293	2 156 272	2 399 434	2 498 595	2 768 271
MAF	252 847	288 916	286 576	277 153	339 149
Toekomstfonds	0	0	0	0	299 852
Rest	435 316				650 072
Totaal	17 250 196	17 735 292	18 873 404	20 704 055	23 084 470

Bron: RIZIV (2008)

3.2.2.4 Remgelden

Tabel 3.6 bevat de jaarlijkse kosten voor geneeskundige verzorging die ten laste zijn van de patiënt. Het betreft hier enkel de officiële remgelden. De bedragen van de honoraria hoger dan de officiële tarieven en de bedragen voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen zijn in deze tabel niet opgenomen.

Tabel 3.6: Jaarlijks remgeld ten laste van de patiënt (in duizenden euro)

	2005	2006	2007
Artsen	607 089	637 171	655 304
Verpleegkundigen	6 445	7 056	6 890
Tandartsen	89 232	90 513	93 485
Kine	123 778	128 700	136 515
Farmaceutische verstrekkingen	527 128	547 599	563 352
Paramedische medewerkers	37 859	31 697	43 158
Ziekenhuisopnames	191 330	189 941	193 971
Andere verblijven	5 615	6 336	9 077
Rest	13 964	14 262	14 979
Algemeen totaal	1 602 440	1 653 275	1 716 731

Bron: RIZIV (2008)

Tabel 3.7 bevat de bedragen die in het kader van de MAF aan de rechthebbenden zijn terugbetaald. Om het werkelijk door de rechthebbenden betaald remgeld te kennen, moeten de bedragen uit tabel 3.7 worden afgetrokken van de bedragen uit tabel 3.6. Het resultaat hiervan staat weergegeven in tabel 3.8. Ondanks maatregelen die werden genomen om het persoonlijk aandeel van de patiënten te verlagen, zoals de invoering van de MAF, is het remgeld dat ten laste komt van de patiënt nog omvangrijk. In 2007 bedroeg het werkelijk totale remgeld ten laste van de patiënt 1 430 155 000 euro.

Tabel 3.7: Terugstorting van het remgeld in het kader van de MAF (in duizenden euro)

	2005	2006	2007
Sociale franchise/MAF	198 426	232 127	288 202
Fiscale franchise/MAF	54 421	56 789	-1 626
Totaal	252 847	288 916	286 576

Bron: RIZIV (2008)

Tabel 3.8: Jaarlijks werkelijk remgeld ten laste van de patiënt (in duizenden euro)

	2005	2006	2007
Werkelijk totaal	1 349 593	1 364 359	1 430 155

Bron: RIZIV (2008)

3.2.2.5 Uitgaven, ledentallen en gemiddelde kosten

Uit tabel 3.9 blijkt dat in 2007 een Belg gemiddeld 1773,06 euro kostte aan de wettelijke ziektekostenverzekering. Dit bedrag is berekend op basis van het algemeen totaal van de uitgaven en het algemeen totaal van de rechthebbenden.

Tabel 3.9: Uitgaven ziekteverzekering, ledentallen en gemiddelde kostprijs in 2007

	2007
Algemeen totaal uitgaven	18 408 290
Algemeen totaal ledentallen (rechthebbenden)	10 382 195
Gemiddelde kostprijs per rechthebbende	1 773,06

Bron: RIZIV (2008)

De gemiddelde kostprijs per rechthebbende in 2007 bedraagt ongeveer 5,75% meer dan in 2006. Dit wordt getoond in tabel 3.10.

Tabel 3.10: Gemiddelde kostprijs in 2006 en 2007

	2006	2007
Gemiddelde kostprijs	1 676,6	1 773,06

Bron: RIZIV (2008)

Uit tabel 3.11 blijkt dat de evolutie van de terugbetaalde bedragen op vlak van geneesmiddelen vooral opvallend is in 2005 en 2006. Na jaren van vrij aanzienlijke stijging stelt men in 2005 en 2006 een daling van de uitgaven vast. Dit was al duidelijk waar te nemen bij tabellen 3.1 en 3.2. De verklaring voor deze daling ligt in het feit dat de kosten van geneesmiddelen gedaald zijn door budgettaire maatregelen in de sector, zoals al eerder werd vermeld.

In 2007 is het stijgingspercentage terug op een niveau vergelijkbaar met de jaren vóór 2005, namelijk +6,3%.

Tabel 3.11: Evolutie terugbetaalde bedragen 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Voorschriften van geneesmiddelen	2 063 279 744	2 212 919 248	2 203 560 478	2 160 607 201	2 297 368 734

Bron: RIZIV (2008)

3.2.3 Stand van zaken in vergelijking met Europa

Om een overzicht te krijgen van de stand van zaken in Europa wordt er ook in dit onderdeel gebruik gemaakt van statistisch materiaal. Op die manier kan de toestand in België eenvoudig worden vergeleken met deze in de omliggende landen. Voor de statistieken wordt de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) gebruikt als voornaamste bron. Merk op dat de totale gezondheidsuitgaven in % van het BBP in tabel 3.10 verschillen van deze in tabel 3.1. Dit is te wijten aan verschillen in de gebruikte methodologie. De cijfers zijn wel vergelijkbaar.

Uit tabel 3.12 en verklaringen van de OESO (2009) blijkt dat de gezondheidsuitgaven in België relatief hoog liggen en sneller stijgen dan het OESO-gemiddelde. Ons land besteedde in 2007 10,2% van het BBP aan gezondheidsuitgaven, 1,3% meer dan het OESO-gemiddelde.

In vergelijking met omliggende landen Frankrijk en Duitsland gaf België in 2007 minder uit aan gezondheidsuitgaven, maar wel meer dan buurlanden Nederland en Luxemburg. Volgens de OESO kan algemeen worden aangenomen dat de technologische vooruitgang in de medische sector en een overaanbod van medisch personeel twee van de belangrijkste factoren zijn waardoor de gezondheidsuitgaven in alle OESO-landen stijgen. België beschikt over 4 artsen per 1000 inwoners tegenover een OESO-gemiddelde van 3,1. Verder telt ons land enorm veel CT-scanners, maar het gebruik van de duurdere NMR-scanners ligt dan weer onder het OESO-gemiddelde.

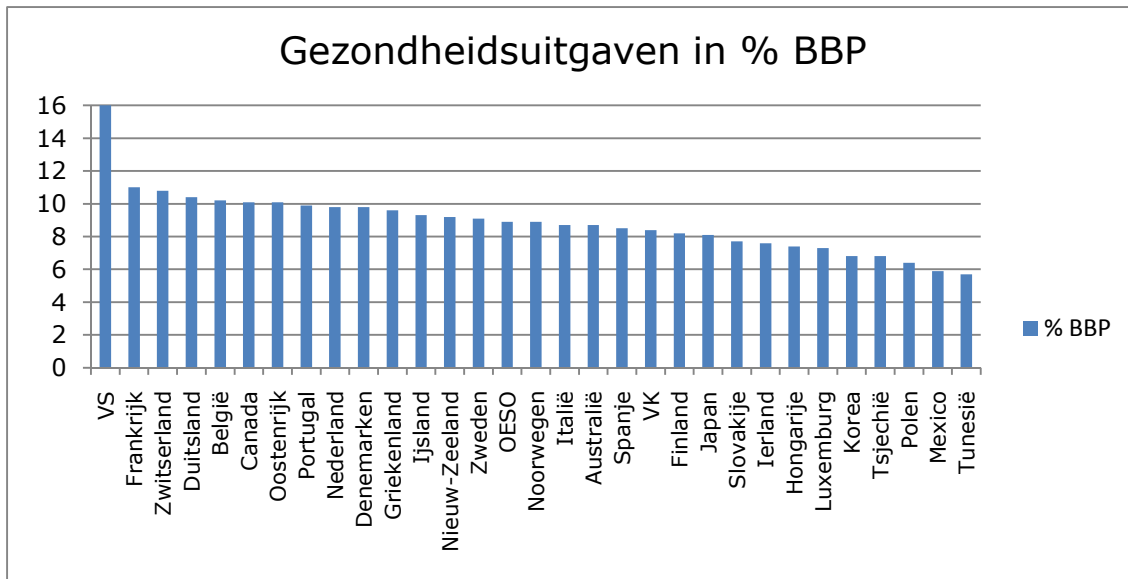
Tabel 3.12: Totale gezondheidsuitgaven in % van het BBP

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
België	8,6%	8,7%	9,0%	10,2%	10,5%	10,3%	10,0%	10,2%
Nederland	8,0%	8,3%	8,9%	9,8%	10,0%	9,8%	9,7%	9,8%
Luxemburg	5,8%	6,4%	6,8%	7,5%	8,7%	7,7%	7,3%	
Frankrijk	10,1%	10,2%	10,5%	10,9%	11,0%	11,1%	11,0%	11,0%
Duitsland	10,3%	10,4%	10,6%	10,8%	10,6%	10,7%	10,5%	10,4%
VK	7,0%	7,3%	7,6%	7,8%	8,1%	8,2%	8,5%	8,4%
Gemiddelde landen OESO								8,9%

Bron: OESO (2009)

Wanneer de gezondheidsuitgaven worden uitgedrukt als een percentage van het BBP behoort België zelfs tot de vijf landen met de hoogste gezondheidsuitgaven. Dit staat duidelijk weergegeven in figuur 3.2. Alleen in de Verenigde Staten, Zwitserland, Frankrijk en Duitsland liggen de uitgaven hoger.

Figuur 3.2: Gezondheidsuitgaven in % van het BBP in de OESO-landen in 2007



Bron: OESO (2009)

In alle OESO-landen financiert de overheid het grootste deel van de gezondheidsuitgaven, behalve in de Verenigde Staten en Mexico. In België werd in 2007 ongeveer 75,1% uitgegeven aan de gezondheidszorg door de overheid. Dit is meer dan het OESO-gemiddelde van 72,8%. In onze buurlanden liggen de overheidsuitgaven aan gezondheidszorg hoger. In Frankrijk gaat het om 79%, in Duitsland om 76,9% en in het Verenigd Koninkrijk om 81,7%. In vergelijking met onze buurlanden ligt het persoonlijk aandeel van de patiënt in België hoog. In 2007 waren ongeveer 25% van de totale gezondheidsuitgaven privéuitgaven.

Tabel 3.13: Gezondheidsuitgaven overheid in % van de totale gezondheidsuitgaven

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
België								75,1%
Nederland	63,1%	62,8%	62,5%					
Luxemburg	89,3%	87,9%	90,3%	89,8%	90,1%	90,2%	90,9%	
Frankrijk	79,4%	79,4%	79,7%	79,4%	79,3%	79,3%	79,1%	79,0%
Duitsland	79,9%	79,3%	79,2%	78,7%	77,0%	77,0%	76,8%	76,9%

VK	79,3%	80,0%	79,9%	80,1%	81,6%	81,9%	82,0%	81,7%
Gemiddelde landen OESO								72,8%

Bron: OESO (2009)

3.2.4 Nederlands model van de gezondheidszorg

In Nederland is de gezondheidszorg geprivatiseerd. De overheid staat dus niet in voor de uitvoering van de gezondheidszorg, zoals in België wel het geval is. In Nederland wordt het aanbod van gezondheidsdiensten verzorgd door private instellingen via een sterk gereguleerde markt. De overheid blijft wel verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

De belangrijkste wettelijke ziektekostenverzekeringen in Nederland zijn de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

3.2.4.1 De Zorgverzekeringswet

Met ingang van 1 januari 2006 zijn in Nederland alle bestaande ziektekostenverzekeringen, ziekenfonds en particulier of overheid, vervangen door één nieuwe zorgverzekering. Tegelijkertijd zijn bepaalde delen van de zorg, die tot dan vanuit de AWBZ werden gefinancierd, overgeheveld naar de nieuwe zorgverzekering. Krachtens de zorgverzekeringswet is elke ingezetene verplicht om een particuliere verzekering voor ziektekosten af te sluiten. Het was vroeger zo dat men ofwel gedekt werd door het ziekenfonds ofwel particulier verzekerd was. Dit onderscheid is verdwenen en iedereen dient een basisverzekering af te sluiten. Welke medische zorg onder het basispakket valt, is geregeld door de overheid. De zorgverzekeraars zijn verplicht om dit basispakket aan te bieden en moeten iedereen die zich aanmeldt tegen gelijke voorwaarden accepteren (Verhoef, 2008). Met het basispakket is men verzekerd voor geneeskundige zorg, verblijf in het ziekenhuis, tandheelkundige zorg, hulp- en geneesmiddelen, kraamzorg, ziekenvervoer en paramedische zorg. Wanneer men dit noodzakelijk acht, kan men kiezen voor een aanvullende ziekteverzekering. Hierbij heeft de zorgverzekeraar geen acceptatieplicht, zoals bij het basispakket (Van Velthoven & Van Wijck, 2007).

3.2.4.2 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Vrijwel alle inwoners van Nederland zijn verzekerd op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit betekent dat bijzondere en over het algemeen ziektekosten van zeer langdurig verblijf (meer dan 365 dagen), die de zorgverzekering niet dekt, worden vergoed. Voorbeelden van dergelijke kosten zijn opname in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of psychiatrisch ziekenhuis. Afhankelijk van de aard en duur van opname kan er een eigen bijdrage verschuldigd zijn.

3.2.4.3 Privatisering in België

Er is een internationale tendens om de gezondheidszorgen gedeeltelijk te privatiseren. België ontsnapt hier voorlopig aan, maar op middellange termijn zou België die tendens ook gaan volgen. Dit blijkt uit een studie van Ernst & Young (2007) in zeven Europese landen en de VS. Het debat over de privatisering van de gezondheidszorg leeft volop in België en onze buurlanden. De gezondheidsuitgaven stijgen door de vergrijzing en de vooruitgang van de medische wetenschap. Dit gaat zo snel dat de huidige financieringssystemen en organisatie van de wettelijke ziekteverzekering onder grote druk komen te staan. Algemeen bekend is dat België ondertussen al 10,2% van haar BBP uitgeeft aan de gezondheidszorg (zie tabel 3.12). Hiermee zijn we minder zuinig dan onze buurlanden. Bovendien stijgen onze kosten sneller dan die van de buurlanden. Onze noorderburen bijvoorbeeld kampen ook met een sterke stijging van de gezondheidsuitgaven, maar ze weten wel hun factuur beter te beheersen (OESO, 2009). Voorstanders van de privatisering in België menen dat de stijgende druk op het Belgische omslagstelsel een reden is om meer commerciële initiatieven toe te laten in de gereguleerde markt van de gezondheidszorg. Privatisering kan verschillende voordelen met zich meebrengen. In de micro-economie wordt een hogere mate van mededinging namelijk geassocieerd met efficiëntere productie, lagere prijzen en een ruimer keuzeaanbod voor de consument. Macro-economisch leidt meer mededinging tot een toename van het langetermijn outputniveau en meer productie en bestedingen zonder dat dit gepaard gaat met een stijging van het algemene prijsniveau (Van Poeck, 2007). Een hogere mate van mededinging kan echter ook leiden tot hogere uitvoeringskosten voor de verzekeraars en bijgevolg tot hogere premies (Van Velthoven & Van Wijck, 2007).

Uit een onderzoek van Decision Strategies International, in opdracht van de afdeling public banking van BNP Paribas-Fortis, blijkt dat acht op de tien ziekenhuisdirecteurs geloven dat er een grote privatisering in de zorgsector zal komen. Ze vrezen dat de zorgsector over tien jaar volledig gesegmenteerd zal zijn, gedomineerd door de privéverzekeraars en dus enkel toegankelijk voor mensen die de zorg kunnen betalen. Decision Strategies International werkte voor de studie "Kan de olifant dansen? De toekomst van de Belgische gezondheidszorg" vier mogelijke scenario's uit over hoe de gezondheidszorg het volgende decennium zou kunnen evolueren. De scenario's zijn gebaseerd op de mate waarin de overheid de gezondheidszorg blijft domineren en in welke mate de privésector zijn zeg krijgt, via privéverzekeringen of privatisering van instellingen. Toen aan honderd ziekenhuisdirecteurs werd gevraagd welk scenario ze het meest waarschijnlijk vonden, antwoordde meer dan 80% het scenario met een groeiende privatisering. Ook politici hebben de zorg al sluipend laten privatiseren. Uit tabel 3.11 bleek al eerder dat de overheid nog maar 75% van de totale gezondheidsuitgaven voor haar rekening neemt. De rest wordt dus betaald door de patiënten en hun aanvullende verzekeringen. Toch blijft België voorlopig kiezen voor de publieke ziekteverzekering en probeert ons land de consumptie van de gezondheidszorg te limiteren door o.a. een verhoging van het remgeld (Ernst & Young, 2007). In onze buurlanden wordt er een ander spoor gevolgd en zijn er al meer privéverzekeringen, zoals in Nederland.

De bevolking lijkt voorlopig tevreden met de Belgische keuze. Uit een studie van de CM (2002) blijkt dat bijna de hele Belgische bevolking tegen een privatisering van de gezondheidszorg is.

Om het thema nog meer onder de aandacht te brengen organiseerde de CM samen met het Wit-Gele Kruis op 18 februari 2007 een publiek debat over de "vermarkting" van de zorg. Hierbij gaf professor Allyson Pollock van de Universiteit van Edinburgh een overzicht van het proces van commercialisering dat sinds 20 jaar aan de gang is binnen de Engelse National Health Services (NHS). Professor Pollock meent dat het toelaten van commerciële dienstverleners binnen een publieke sector kostenverhogend werkt en bovendien de toegankelijkheid in gevaar brengt. Professor Schokkaert, een tweede spreker in het debat, vindt dat de waarden die samenhangen met het gezondheidsbeleid niet verloren mogen gaan. Wanneer de gezondheidszorg wijzigt in een sector waar vooral naar winst wordt gestreefd, verdwijnen de waarden, zoals rechtvaardigheid, keuzevrijheid en solidariteit als sneeuw voor de zon. De CM brengt tijdens dit debat ook haar standpunt naar voren.

Volgens de CM is een publieke financiering essentieel om de sociale doelstellingen inzake gezondheidszorg te kunnen realiseren. Een wettelijke ziekteverzekering uitgevoerd door niet op winst gerichte ziekenfondsen biedt de beste garanties op het vlak van toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Het behoud van het Belgisch sociaal model gebaseerd op solidariteit tussen ziek en gezond en tussen rijk en arm mag niet ter discussie staan. De CM blijft zich dus verzetten tegen de toenemende rol van commerciële verzekeringen in de ziekteverzekering. Ze wilt niet dat de markt van de gezondheidszorg er één wordt als andere markten en meent dat het introduceren van winstoogmerk en aandeelhouderschap in het zorgaanbod perverse effecten met zich mee zal brengen. Het is duidelijk dat de CM, de grootste mutualiteit van België, volledig gekant is tegen de privatisering van de gezondheidszorg ("De markantste ontwikkelingen van 2007, 2007).

DKV, de grootste private verzekeraar van België, vindt niet dat men de wettelijke en private aanvullende ziektekostenverzekeringen los van elkaar moet beoordelen. Men moet ze niet afschilderen als vijanden, maar hen samen bekijken en het complementaire karakter van de private verzekeringen erkennen. Op basis hiervan moet een evenwichtige combinatie gezocht worden, want ze maken immers samen deel uit van de financiering van de zorg (DKV, 2008).

3.3 Conclusie

Men kan besluiten dat de financiering van de gezondheidszorg een belangrijk hedendaags vraagstuk is in België en de andere Westerse landen. Dit komt door de internationale tendens van stijgende gezondheidsuitgaven, die in België een grote druk op de sociale zekerheid vormen. Pieters & Schoukens (2006) verklaren deze stijgende kosten aan de hand van drie redenen. De eerste reden die wordt aangehaald is het proces van de vergrijzing. Mensen worden ouder en hebben meer behoefte aan gezondheidszorg, wat leidt tot een toename van de kosten. De vergrijzingsproblematiek komt in hoofdstuk 5 uitgebreider aan bod. Een tweede reden volgens hen ligt in het feit dat de gezondheidszorg duurder en gesofisticeerder wordt. Ook de OESO (2009) en De Wilde (1998) delen deze mening. De snelle technologische vooruitgang in de medische sector leidt tot een snelle stijging van de gezondheidsuitgaven. Deze stijging komt niet alleen door de hoge prijs van de nieuwe technieken, maar ook door de toename van de chronisch zieke patiënten die enkel gered kunnen worden mits een dure medische behandeling.

Als derde reden halen Pieters & Schoukens (2006) aan dat er een overaanbod is aan medische verstrekkingen en personeel. Dit werd ook al eerder vermeld door de OESO (2009).

Een andere oorzaak van de stijgende uitgaven kan gevonden worden in de groeiende comfortvraag die kenmerkend is voor onze huidige maatschappij. De patiënt eist verzorging voor een kleine aandoening. Volgens Kesteloot & Marchand (1995) is het moral hazard probleem op de verzekeringsmarkt een mogelijke ondersteunende factor van deze groeiende comfortvraag. In de context van de ziekteverzekering doet moral hazard of moreel risico zich voor wanneer de verzekerden meer zorgverlening consumeren dan indien ze de volledige prijs zelf zouden moeten betalen. Naarmate de verzekeringsdekking uitbreidt, stelt het moral hazard probleem zich scherper.

Ook het ziekte- en invaliditeitssysteem zelf is een verklaring voor de stijgende uitgaven. Er zijn te weinig incentives voor een goed beheer. Op vlak van solidariteit scoort het systeem zeer goed, maar niet wat betreft de controle van de uitgaven (Kesteloot & Marchand, 1995).

Tenslotte denk ik vanuit mijn economische achtergrond ook nog aan het Baumol-effect als één van de verklaringen voor de stijgende kosten. In de gezondheidszorg zijn productiviteitstoenames moeilijker te realiseren dan in andere sectoren omdat het zo'n arbeidsintensieve sector is, maar de lonen stijgen wel mee zoals in de andere sectoren.

In België en in de meeste andere Europese landen betaalt de wettelijke ziektekostenverzekering het grootste gedeelte van de gezondheidszorg, maar niet alle kosten worden gedekt. Ondertussen financiert de overheid nog 75% van de gezondheidsuitgaven, de rest is voor rekening van de patiënt.

Uit een studie van de CM (2002) blijkt dat bijna 68% van de respondenten ondervindt dat er meer en meer kosten ten laste van de patiënt worden gelegd. Om de gezondheidszorg betaalbaar te houden, zullen er maatregelen moeten worden genomen, maar uit dezelfde studie blijkt dat minder dan 30% van de respondenten bereid is om meer sociale bijdragen of belastingen te betalen voor een ruimer budget voor de gezondheidszorg.

Er zijn verschillende uitwegen om het huidige Sociale Zekerheidsstelsel in stand te houden. Het aantrekken van meer middelen is daar één van, maar dit lijkt moeilijk aangezien arbeid nu al zeer duur is en België bovendien één van de Europese landen is met de hoogste belastingen. Systematische belastingverhogingen zijn dus geen optie. Alternatieve financieringsbronnen voor de Sociale Zekerheid kunnen wel een oplossing bieden (Van Poeck, 2007). Een tweede mogelijkheid is het responsabiliseren van alle actoren om zo te komen tot kostenbesparingen (Crainich & Daue, 2008). Momenteel zijn er te weinig incentives om de goedkopere geneeskunde te hanteren. Men kan patiënten er bijvoorbeeld op wijzen zelf achter de goedkopere generische geneesmiddelen te vragen bij de apotheek of stimulansen, zoals beloningssystemen, bieden aan artsen om goedkopere geneesmiddelen voor te schrijven. Een andere oplossing zou gevonden kunnen worden in de privatisering van de gezondheidszorg, maar hier bestaat veel discussie over. Voorstanders van de privatisering menen dat de druk op het Belgische omslagstelsel te zwaar wordt en dat privatisering de enige oplossing is om het falen van het Belgisch systeem tegen te gaan. Tegenstanders vrezen een volledige segmentering van de zorgsector, waarbij geneeskundige verzorging enkel toegankelijk zal zijn voor degenen die het kunnen betalen. De negatieve gevolgen van de commercialisering van de gezondheidszorg werden aangetoond in de film "Sicko" van regisseur Michael Moore in 2007. Sicko handelt over de werkwijze van de ziektekostenverzekeraars in de VS, waar de gezondheidszorg gecommmercialiseerd is. Het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem wordt vergeleken met het systeem van de breed toegankelijke gezondheidszorg, zoals in België. De film geeft aan dat ons systeem beter is omdat het Amerikaanse systeem erop gericht is maximale winst te garanderen aan de private verzekeraars, ten koste van zorg aan de patiënten. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat er onder het bewind van de nieuwe president Obama een hervorming van het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem aan de gang is. Dit nieuwe systeem moet er op termijn voor zorgen dat 32 miljoen niet-verzekerde Amerikanen een ziekteverzekering krijgen en dat een basisverzekering voor de meesten verplicht wordt.

Welk scenario het beste is, kan niet met zekerheid gezegd worden. Wat wel vaststaat, is dat er door de druk op de wettelijke ziekteverzekering een opkomst is van de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Een thema dat wordt behandeld in hoofdstuk vier van deze eindverhandeling.

4 De aanvullende ziektekostenverzekeringen in België en Europa

4.1 Inleiding

Door de stijgende kosten van gezondheidszorg worden de terugbetalingen van de verplichte ziekteverzekering beperkt. Het gevolg hiervan is dat de mensen zelf een groot deel van de medische kosten moeten dragen. In 2007 bedroeg het aandeel voor rekening van de patiënt in België al bijna 19% (Assuralia, 2009). Om zich tegen het risico van hoge medische kosten te beschermen, kunnen patiënten een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten. Deze verzekering wordt gefinancierd door verzekeringspremies en er bestaat geen enkele verplichting om deze af te sluiten. Volgens Assuralia (2009) is door de druk op de wettelijke ziektekostenverzekering de aanvullende ziektekostenverzekering geëvolueerd van een luxeproduct naar een noodzakelijke aanvullende bescherming.

Men kan de aanvullende ziekteverzekering afsluiten bij een private verzekeringsmaatschappij of bij een ziekenfonds. De grootste private verzekeringsmaatschappij in België is DKV, het grootste ziekenfonds de Christelijke Mutualiteit. Wanneer gekozen wordt voor een privéverzekeraar kan men zich op twee manieren aansluiten voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Men kan een individuele aanvullende ziekteverzekering afsluiten en daarnaast kan een groot aantal werknemers en de leden van hun gezin genieten van een collectieve aanvullende ziekteverzekering die wordt aangeboden door de werkgever. In dit hoofdstuk wordt vooral ingegaan op de individuele aanvullende ziektekostenverzekering.

Wanneer men opteert voor een individuele aanvullende ziekteverzekering wordt op eenvoudige vraag van de kandidaat-verzekeringnemer een eerste voorstel en medische vragenlijst bezorgd door de verzekeringsonderneming of tussenpersoon. Dit voorstel is nog niet bindend. Op basis van deze gegevens doet de verzekeringsondernemer dan een concreet aanbod. Indien de kandidaat zich in dit aanbod kan vinden, wordt de overeenkomst afgesloten en is hij of zij aanvullend verzekerd mits betaling van een verzekeringspremie (Assuralia, 2009). Van alle aanvullende ziektekostenverzekeringen is de hospitalisatieverzekering de belangrijkste. Deze verzekering vergoedt de medische kosten ten gevolge van een ziekenhuisverblijf na tussenkomst van de Sociale Zekerheid.

Volgens de Controledienst voor de ziekenfondsen (2007) is het aantal personen gedekt door een aanvullende ziekteverzekering ingeschreven bij de ziekenfondsen gestegen van 2 548 243 in 2004 naar 2 818 036 in 2006. Uit statistieken van Assuralia (2007) blijkt dat het aantal personen gedekt door een aanvullende ziekteverzekering voor de individuele overeenkomsten gestegen is van 1 136 000 in 2004 naar 1 220 000 in 2006. Voor de collectieve overeenkomsten is er een stijging geweest van 3 459 000 in 2004 naar 3 692 000 in 2006. Ondertussen hebben al ongeveer 7 miljoen Belgen een aanvullende ziekteverzekering afgesloten. Het grootste deel hiervan heeft deze verzekering afgesloten bij een privéverzekeraar.

Er bestaan grote verschillen tussen de premies bij een private verzekeraar en bij een ziekenfonds. Over het algemeen rekenen de private verzekeraars hogere premies aan dan de ziekenfondsen. Deceunynck (2006) haalt aan dat de oorzaak hiervan ligt in de ongelijke behandeling van de private verzekeringsmaatschappijen ten opzichte van de ziekenfondsen. Deze laatste beschikken over een aantal voordelen in wetgeving die niet van toepassing zijn voor de privéverzekeraars. Dit dispuut heeft ervoor gezorgd dat de privéverzekeraars jaren geleden een klacht indienden bij de Europese Commissie. Europa gaf hen gelijk en eiste een gelijke behandeling. In 2009 stopt de regering Van Rompuy de ongelijke concurrentie tussen de privéverzekeraars en de ziekenfondsen. Er is een wetsontwerp goedgekeurd dat de lat gelijk legt. Concreet betekent dit dat de ziekenfondsen reserves moeten aanleggen voor hun verzekeringen, waardoor zij ook een hogere bijdrage moeten vragen. Verder is het de bedoeling om een gelijke belasting in te voeren voor beide partijen (De Tijd, 2009).

4.2 Trends in de Belgische hospitalisatiesector

4.2.1 Forse premiestijgingen

In de Belgische hospitalisatiesector werd 2007 gekenmerkt door forse premieverhogingen bij heel wat private verzekeringsmaatschappijen. De oorzaken hiervan zijn duidelijk en werden al eerder aangehaald in deze eindverhandeling. De stijgende gezondheidsuitgaven en bijgevolg de stijgende druk op de wettelijke ziekteverzekering hebben ertoe geleid dat patiënten een steeds groter aandeel in de medische kosten voor hun rekening krijgen. Aanvullende hospitalisatieverzekeringen zijn populairder dan ooit, waardoor de privéverzekeringsmaatschappijen steeds meer kosten dienen te vergoeden. Het gevolg hiervan is dat sinds 2007 de premies fors de hoogte in gaan.

Bij sommige verzekeraars waren de stijgingen zelfs extra bruusk omdat ze jaren hadden gewacht om deze door te voeren (CM, 2009).

Deze premiestijgingen brengen grote gevolgen met zich mee. Volgens Lekeux (2006) wordt het voor veel mensen onbetaalbaar om nog een hospitalisatieverzekering af te sluiten. Het Vlaams Patiëntenplatform (2009) voegt daar nog aan toe dat kwetsbare groepen, zoals 65-plussers en mensen met een beperkt inkomen, steeds meer moeilijkheden ondervinden om hun premie nog te kunnen betalen.

In 2007 werd daarom de wet Verwilghen ingevoerd. Om dergelijke bruuske stijgingen te vermijden, wou de overheid een soort prijsindex invoeren die de gemiddelde stijging van de reële kosten van een hospitaalverblijf zou weergeven en de verzekeraars een middel zou geven om hun prijzen regelmatig en geleidelijk te verhogen. Ze zou eigenlijk fungeren als referentie-index gebaseerd op objectieve parameters. Een jaar na de goedkeuring van de wet Verwilghen bestaat de referentie-index nog altijd niet. Assuralia, beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen (2008), betreurt dit. De wet bepaalt dat het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en de Commissie voor het Bank-, Financie- en assurantiewezen, kortweg CBFA, de nodige parameters moeten vastleggen. Uit verklaringen van beide organisaties blijkt echter dat geen van beide vindt dat deze opdracht binnen hun bevoegdheden valt. Bovendien vinden ze dat er tal van juridische onduidelijkheden in de wet aanwezig zijn. Assuralia (2008) voelt zich door het gebrek aan de juiste parameters machteloos en stelt dat de evolutie van de tarieven van de hospitalisatieverzekeringen onderhevig is aan meerdere factoren. Eerst en vooral moeten verzekeraars een goed evenwicht vinden tussen inkomsten en uitgaven, een verplichting die wordt gecontroleerd door de CBFA. Ten tweede is er de voortdurende evolutie van nieuwe medische technologieën en de vermindering van de tussenkomsten van het RIZIV en dus van de ziekenfondsen. Dit verhoogt het gedeelte ten laste van de consument of hospitalisatieverzekeraar. Tenslotte spreekt Assuralia (2008) over de verplichting om zich aan te passen aan de beslissing van het Federaal Parlement betreffende de gelijkheid tussen mannen en vrouwen in gezondheidszorg. Deze beslissing kan volgens de organisatie leiden tot premieverhogingen bij mannen op jonge en gemiddelde leeftijd en bij vrouwen boven de 50 jaar.

Na het falen van de wet Verwilghen werd er een nieuwe wet betreffende de hospitalisatieverzekering ingevoerd. Deze wet is vanaf 1 juli 2009 van kracht gegaan en is eigenlijk een wijziging van de wet Verwilghen.

In deze nieuwe wetgeving kan de verzekeraar de polis niet meer opzeggen indien de verzekerde een bepaalde leeftijd bereikt of ziek wordt. Alleen bij het verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens, bij het niet betalen van de premie en bij fraude is een opzegging door de verzekeraar mogelijk. Verder heeft Assuralia een nieuwe gedragscode afgesproken met Minister van Financiën Didier Reynders. Deze gedragscode is goed nieuws voor de mensen die hun hospitalisatieverzekering moesten opzeggen ten gevolge van de forse premiestijgingen sinds 2007. De code komt neer op twee toezeggingen van de verzekeraars. Enerzijds is er het engagement om een alternatieve verzekering aan te bieden aan personen voor wie de premie plots te duur wordt, zonder hieraan een nieuwe wachttijd of bijkomend medisch onderzoek te koppelen. Anderzijds is er het tijdelijk engagement tot 30 september 2009 om 65-plussers die door de premiestijgingen hun hospitalisatieverzekering beëindigden tussen 1 januari 2008 en 1 juli 2009 een goedkopere hospitalisatieverzekering met minder dekking aan te bieden en dit zonder een nieuwe wachttijd te doorlopen of een medisch onderzoek te ondergaan (Assuralia, 2009). Door de nieuwe wetgeving is er nu meer zekerheid omtrent de te betalen premie. Deze zal nu enkel nog kunnen indexeren en dus een geleidelijkere groei teweegbrengen. Elke verhoging bovenop de index zal de verzekeraar moeten verantwoorden bij de CBFA. Verder staat bepaald in de wet dat chronisch zieken en gehandicapten ook recht hebben op een aanvullende ziektekostenverzekering, ondanks het hoge risico. Alle kosten die verband houden met de ziekte of handicap mogen echter worden uitgesloten in de polis. Ten slotte bepaalt de nieuwe wet dat individuen nu de mogelijkheid hebben om de collectieve verzekering die werd afgesloten door de werkgever voort te zetten (Vlaams Patiëntenplatform, 2009).

4.2.2 Daling aanbieders particuliere hospitalisatieverzekeringen

Een tweede trend in de hospitalisatiesector ligt in het feit dat de markt van de aanbieders van particuliere hospitalisatieverzekeringen de laatste jaren is afgenomen in België. De twee bekendste privéverzekeraars die gestopt zijn met individuele aanvullende hospitalisatieverzekeringen zijn ING insurance en AGF Belgium. Hun hospitalisatieverzekeringen waren niet meer rendabel genoeg. ING verklaarde in 2005 dat de hospitalisatieverzekeringen verlieslatend waren geworden omdat ze geen nieuwe klanten konden aantrekken. Al hun individuele polissen hebben ze doorverkocht aan DKV. ING biedt alleen nog collectieve hospitalisatieverzekeringen aan. Bij AGF Belgium had men het over een gelijkaardige situatie. Hun marktaandeel inzake hospitalisatieverzekeringen was te laag om nog enige concurrentie te kunnen bieden.

Daarom besloten ook zij om te stoppen met het aanbieden van individuele hospitalisatieverzekeringen. Enkel de contracten die al aanwezig waren, bleven gewoon doorlopen ("Hospitalisatie steeds duurder", 2006).

4.2.3 Adverse selectie en moreel risico (moral hazard)

Naast voorgaande trends in de hospitalisatiesector zijn er twee verschijnselen die belangrijke obstakels vormen voor het efficiënt functioneren van de verzekeringsmarkt. Het gaat hierbij om de fenomenen adverse selectie en moreel risico.

Adverse selectie is een gevolg van het bestaan van asymmetrische informatie tussen verzekeraar en verzekerde. Daardoor kan de verzekeraar moeilijk een onderscheid maken tussen mensen met verschillende risico's. Door adverse selectie zullen de "slechte" risico's de "goede" risico's uit de markt drijven. Mensen met een lager risico zullen namelijk afzien van een verzekering omdat de verzekeraar niet in staat is hen een premie in rekening te brengen die overeenkomt met het lage risico. Het gevolg hiervan is dat enkel degenen met een hoog risico een verzekering zullen afsluiten. Ten opzichte van de situatie waarin elk individu tegen een op zijn/haar afgestemde premie de gewenste verzekering zou kunnen aangaan, leidt adverse selectie dus tot een welvaartsverlies (Van Velthoven & Van Wijck, 2007).

Moreel risico of moral hazard betekent dat mensen minder geneigd zijn risicovol gedrag te vermijden eens ze een verzekering hebben afgesloten. Zij lopen dan niet meer direct risico voor hun daden omdat de afgesloten verzekering de schade dekt. Bij volledige dekking van de ziektekosten lijkt de medische zorg gratis voor de verzekerde en wordt er bijgevolg meer zorgverlening geconsumeerd dan in de situatie waarin de verzekerde de werkelijke prijs zelf moet betalen (Van Velthoven & Van Wijck, 2007). Moral hazard kan leiden tot overconsumptie van de gezondheidszorg en dus tot een onrechtmatig gebruik van het systeem van de ziekteverzekering.

4.3 Standpunt mutualiteiten

De trends bij de privéverzekeraars zijn ook de mutualiteiten niet ontgaan. De CM (2008) reageert verbaasd op de forse premieverhogingen bij de private hospitalisatieverzekeringen. De organisatie wijst erop dat de private verzekeraars meer macht hebben dan de ziekenfondsen om een evenwichtige portefeuille aan te leggen dankzij de vele collectieve polissen met de ondernemingen.

Verder is de CM ook verwonderd over de verwijzing naar de geringere tussenkomst van de mutualiteiten. Ondermeer via het nationaal akkoord tussen artsen en ziekenfondsen vindt de mutualiteit dat de verplichte ziekteverzekering eerder is versterkt.

4.4 Initiatieven in de sector

Door de internationale trend van stijgende gezondheidsuitgaven en de gevolgen die dit met zich meebrengt, is het vanzelfsprekend dat er allerlei acties worden genomen in de sector van de gezondheidszorg.

Zo is er de campagne "Wees gezond, wees jezelf" die de Europese Commissie in april 2009 invoerde om jongeren aan te moedigen hun gezondheid zelf in handen te nemen. Jongeren beschouwen hun gezondheid niet echt als een prioriteit, maar gezondheidsproblemen beginnen vaak op jonge leeftijd. Voorbeelden van dergelijke gezondheidsproblemen zijn overgewicht, tabak, drugs en alcohol. Naast deze campagne voert de Europese Commissie nog tal van initiatieven uit om de gezondheidsuitgaven te laten dalen. Zo is er het beleid en zijn er maatregelen van de EU ter bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging in het kader van een gezonde levensstijl. Obesitas en overgewicht stijgen alarmerend snel in Europa. Bovendien leiden deze gezondheidsproblemen tot chronische ziektes en sterfgevallen. Ook de stijging van obesitas bij kinderen is alarmerend. De EU is zich bewust van dit probleem. Gezonde voeding, lichaamsbeweging en obesitas zijn topprioriteiten geworden in het Europese gezondheidsbeleid en opgenomen in het actieprogramma tussen 2008 en 2013. Voor dit gezondheidsprogramma heeft Europa overigens 321,5 miljoen euro vrijgemaakt. Andere lopende campagnes zijn de antirookcampagne, campagnes om de bevolking te wijzen op de schadelijke gevolgen van alcohol, drugs en tabak, campagnes ter bevordering van de seksuele gezondheid en ter voorkoming van seksueel overdraagbare aandoeningen en EU-activiteiten om vergelijkbare gegevens te verstrekken voor het monitoren van de reproductieve gezondheid en aanverwante gezondheidszorg in Europa (Europese Commissie, 2009).

In België worden ook tal van regionale en nationale initiatieven opgezet om de stijgende gezondheidsuitgaven een hak te zetten. Zo is er bijvoorbeeld het nationaal plan voor kanker en zijn er verschillende acties geweest, zoals vaccinatieprogramma's, opsporingsprogramma's, anti-tabakcampagnes, preventie van AIDS enzovoort.

Toch is het merendeel van het budget gebaseerd op curatieve zorg en niet op preventie. Nochtans brengt een preventief gezondheidsbeleid verschillende voordelen met zich mee. Allereerst kan men door het voorkomen van ziekten en de vermindering van de ernst ervan, de bevolking een betere levenskwaliteit garanderen. Een gericht preventiebeleid kan vervolgens leiden tot besparingen op de ziekteverzekering, aangezien kosten van toekomstige handelingen vermeden of beperkt worden. Daarnaast zal de productiviteit van de werkende bevolking, die in een betere gezondheidstoestand verkeert, erop vooruitgaan. Preventie is echter niet altijd even populair doordat de voordelen van preventieve acties vaak pas op langere termijn zichtbaar worden. Bovendien is de institutionele architectuur in ons land niet bevorderend voor het investeren in dure ziektepreventieprogramma's. Preventie valt onder het domein van de Gemeenschappen, maar de wettelijke ziekteverzekering wordt op federaal niveau beheerd. Inspanningen van de Gemeenschappen inzake preventie zullen voornamelijk de federale overheid ten goede komen, aangezien de ziekteverzekering het grootste deel van de behandelingskosten voor haar rekening neemt. Investerings in een preventiebeleid door de Gemeenschappen zullen voornamelijk bijdragen tot de ziekteverzekering in de vorm van vermeden kosten (Crainich & Daue, 2008).

4.5 De aanvullende ziektekostenverzekering in Europa

Uit tabel 4.1 blijkt dat in 2006 in Europa 74,1 miljard euro werd uitgegeven aan de aanvullende ziekteverzekering door de privéverzekeraars. Dit is in reële termen een stijging van 53% ten opzichte van 2005 (zie tabel 4.2). Deze felle stijging is voornamelijk te wijten aan de privatisering van de gezondheidszorg in Nederland in 2006 (zie 3.2.4). Andere oorzaken zijn de stijgende gezondheidsuitgaven en bijgevolg de druk op de wettelijke ziekteverzekering (CEA, 2008).

Door de privatisering van de gezondheidszorg zijn de uitgaven in Nederland logischerwijze het hoogst met een marktaandeel van 43%.

Ook Duitsland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Spanje hebben hoge uitgaven aan de aanvullende ziekteverzekering met respectievelijk marktaandelen van 29,7%, 6,7%, 5% en 4,6%. België vertegenwoordigt een aandeel van 0,7%.

Tabel 4.1: Uitgaven aan de aanvullende ziekteverzekering door de Europese private ziektekostenverzekeraars in 2006 (in miljoen euro)

Land	€ miljoen	Marktaandeel
Oostenrijk	997	1,3%
België	517	0,7%
Zwitserland	2 527	3,4%
Cyprus	26	0,0%
Duitsland	22 000	29,7%
Denemarken	1 296	1,8%
Spanje	3 388	4,6%
Frankrijk	4 977	6,7%
VK	3 699	5,0%
Griekenland	480	0,6%
Kroatië	17	0,0%
Italië	1 298	1,8%
Letland	22	0,03%
Malta	14	0,02%
Nederland	31 879	43,0%
Portugal	305	0,4%
Zweden	44	0,1%
Slovenië	291	0,4%
Turkije	285	0,4%

Totaal	74 063	100%
--------	--------	------

Bron: CEA (2008)

In tabel 4.2 staat de evolutie van 2000 tot 2006 van de uitgaven aan de aanvullende ziekteverzekering weergegeven. In alle Europese landen is er een duidelijke stijging van de uitgaven waar te nemen, behalve in Denemarken, Letland en Turkije. Nederland is de blikvanger met een bedrag van 32 miljard in 2006 tegenover 7 miljard euro in 2005. De oorzaak is duidelijk en betreft de privatisering van de gezondheidszorg in 2006.

Tabel 4.2: Evolutie 2000-2006 van de uitgaven aan de aanvullende ziekteverzekering door de Europese private verzekeraars (in miljoen euro)

Land	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Oostenrijk	894	915	925	957	971	989	997
België	258	300	338	402	457	493	517
Zwitserland	2 428	2 602	2 603	2 442	2 458	2 556	2 527
Cyprus						23	26
Duitsland	17 033	17 779	18 759	19 780	20 484	21 276	22 000
Denemarken	693	826	869	980	1 126	1 297	1 296
Spanje	2 129	2 255	2 652	2 761	3 021	3 278	3 388
Frankrijk	3 165	3 291	3 617	3 980	4 460	4 723	4 977
VK	3 178	3 317	3 481	3 279	3 460	3 543	3 699
Griekenland							480
Kroatië		18	17	13		15	17
Italië	896	965	1 029	1 099	1 166	1 198	1 298
Letland	12	15	17	16	18	22	22

Malta	10	10	10	9	12	12	14
Nederland	4 520	5 010	5 740	6 218	6 844	7 002	31 879
Portugal	145	168	205	231	271	287	305
Zweden				33	37	42	44
Slovenië	194	221	236	246	251	250	291
Turkije	211	164	179	208	275	345	285
Totaal	35 765	37 855	40 677	42 655	45 310	47 350	74 063

Bron: CEA (2008)

De premies van de hospitalisatieverzekering betaald aan de Europese verzekeraars bereikten een bedrag van 86 miljard euro in 2006. Dit is in reële termen een stijging van 39% in vergelijking met 2005. De oorzaken van deze stijgende premies in Europa zijn vergelijkbaar met deze in België. Een combinatie van overaanbod aan medische diensten, nieuwe medische technologieën en de vergrijzing leiden tot stijgende gezondheidsuitgaven met de bekende gevolgen, namelijk beperking van de uitgaven van de wettelijke ziekteverzekering, de stijgende populariteit van de aanvullende ziekteverzekering en dus een stijging van de premies. Ook de privatisering van de gezondheidszorg in Nederland in 2006 is een verklaring voor de stijgende premies.

In tabel 4.3 staat de evolutie van 2000 tot 2006 van de premies van de hospitalisatieverzekering weergegeven. In alle Europese landen is de trend van stijgende premies duidelijk waar te nemen. Verschillen tussen de landen kunnen verklaard worden door verschillen in het gezondheidszorgsysteem dat er aanwezig is (CEA, 2008).

Tabel 4.3: Evolutie 2000-2006 van de premies van de hospitalisatieverzekering (in miljoen euro)

Land	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Oostenrijk	1 160	1 207	1 253	1 300	1 344	1 398	1 437
België	375	400	449	492	545	612	681

Zwitserland	3 312	3 427	3 675	3 477	3 486	3 503	3 550
Cyprus		21	24	29	33	40	50
Tsjechische Republiek		8	11	13	22	25	31
Duitsland	18 771	19 795	21 104	22 855	24 498	25 459	26 571
Denemarken	908	978	1 034	1 176	1 280	1 391	1 561
Spanje	2 596	3 077	3 362	3 733	4 070	4 477	4 812
Finland	15	104	89	128	129	144	155
Frankrijk	4 355	4 424	4 652	5 383	6 163	6 744	7 341
VK	4 020	4 266	4 539	4 292	4 465	4 591	4 779
Griekenland							680
Kroatië	38	44	23	14	17	25	30
Italië	1 255	1 343	1 426	1 509	1 577	1 716	1 828
Letland	16	20	22	24	27	35	37
Malta	12	12	15	14	15	16	18
Nederland	5 012	5 920	6 784	7 254	8 386	9 150	31 373
Noorwegen					8	13	14
Portugal	201	228	273	315	346	372	408
Zweden		48	49	65	73	81	86
Slovenië	241	266	290	295	286	285	337
Turkije	328	246	284	302	366	460	544
Totaal	42 617	45 834	49 357	52 670	57 135	60 543	85 649

Bron: CEA (2008)

In tabel 4.4 staan de premies in % van het BBP weergegeven. Met deze ratio kan de belangrijkheid van de markt van de aanvullende ziekteverzekeringen in de nationale economie worden bepaald. Uit de tabel blijkt dat de gemiddelde Europese premie in percentage van het BBP gestegen is van 0,5% van in 2005 naar 0,7% in 2006. In Nederland vertegenwoordigden de premies van de hospitalisatieverzekering in 2006 bijna 6% van de economie. Zwitserland, Duitsland en Slovenië volgen met een ratio van 1,1%.

Tabel 4.4: Premies in % van het BBP in de Europese landen in 2005 en 2006

Land	2005	2006
Oostenrijk	0,6%	0,6%
België	0,2%	0,2%
Zwitserland	1,2%	1,1%
Cyprus	0,3%	0,3%
Tsjechische Republiek	0,0%	0,0%
Duitsland	1,1%	1,1%
Denemarken	0,7%	0,7%
Spanje	0,5%	0,5%
Finland	0,1%	0,1%
Frankrijk	0,4%	0,4%
VK	0,3%	0,2%
Griekenland		0,3%
Kroatië	0,1%	0,1%
Italië	0,1%	0,1%
Letland	0,3%	0,2%
Malta	0,3%	0,4%

Nederland	1,8%	5,9%
Noorwegen	0,0%	0,0%
Portugal	0,2%	0,3%
Zweden	0,0%	0,0%
Slovenië	1,0%	1,1%
Turkije	0,1%	0,1%
Gemiddelde	0,5%	0,7%

Bron: CEA (2008)

4.6 Conclusie

Door de stijgende gezondheidszorgkosten worden de terugbetalingen van de verplichte ziekteverzekering beperkt. Om zich tegen het risico van hoge medische kosten te beschermen, kunnen patiënten een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten. Ondertussen hebben reeds 7 miljoen Belgen een aanvullende ziekteverzekering afgesloten.

De Belgische hospitalisatiesector wordt gekenmerkt door twee grote trends, zijnde een stijging van de premies en een daling van het aantal aanbieders. Bovendien bevorderen de aanwezigheid van de problemen adverse selectie en moreel risico de inefficiënte werking van de verzekeringsmarkt.

Door de internationale trend van stijgende gezondheidsuitgaven en de gevolgen die dit met zich meebrengt, worden er allerlei acties genomen in de sector van de gezondheidszorg. Zo is er de campagne "Wees gezond, wees jezelf" die de Europese Commissie in april 2009 invoerde, maar ook in België worden tal van regionale en nationale initiatieven opgezet om de stijgende gezondheidsuitgaven een hak te zetten. Dergelijke acties moeten worden voortgezet opdat een goed preventief gezondheidsbeleid met een langetermijnvisie kan worden uitgestippeld. Enkel op deze manier kunnen de problemen binnen de gezondheidszorg op een structurele wijze worden aangepakt (Crainich & Daue, 2008).

5 De vergrijzing in België

De vergrijzing wordt vaak beschouwd als de belangrijkste factor die de betaalbaarheid van de gezondheidszorg bedreigt. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke invloed de vergrijzing heeft op de gezondheidsuitgaven en welke andere zorgen en behoeften er verbonden kunnen zijn aan dit fenomeen.

5.1 Inleiding

De twee demografische oorzaken van de vergrijzing zijn de lagere vruchtbaarheid en de hogere levensverwachting. Tabellen 5.1 en 5.2 tonen in respectievelijk absolute cijfers en percentages de gevoelige daling van de jongere bevolking en de sterke stijging van de oudste bevolking. Tussen 2010 en 2060 zal het aandeel van de jongere bevolking dalen van 22,8% naar 21,1%. Het aandeel van de oudere bevolking zal stijgen van 23% in 2010 naar 32% in 2060.

Tabel 5.1: Bevolkingsvooruitzichten 2010-2060 in absolute cijfers

Leeftijd	2010	2030	2050	2060
0-19 jaar	2 486 237	2 666 678	2 638 930	2 683 456
20-59 jaar	5 869 939	5 842 537	5 894 289	5 966 448
60-64 jaar	651 988	739 493	724 809	702 098
65 jaar en meer	1 877 868	2 762 853	3 202 475	3 335 782
Totaal	10 886 032	12 011 561	12 460 503	12 687 784

Bron: NIS (2009)

Tabel 5.2: Bevolkingsvooruitzichten 2010-2060 in procenten

Leeftijd	2010	2030	2050	2060
0-19 jaar	22,8%	22,2%	21,2%	21,1%
20-59 jaar	53,9%	48,6%	47,3%	47,0%

60-64 jaar	6,0%	6,2%	5,8%	5,5%
65 jaar en meer	17,3%	23,0%	25,7%	26,3%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: NIS (2009)

Tabel 5.3 geeft de veroudering van de bevolking per leeftijdsgroep weer. Hierbij valt op te merken dat er binnen de veroudering van de bevolking nog eens een veroudering optreedt. Het aandeel 80-plussers stijgt van 5% in 2010 naar 10% in 2060.

Tabel 5.3: Bevolkingsvooruitzichten 2010-2060, veroudering van de bevolking per leeftijdsgroep

Leeftijd	2010	2030	2050	2060
België (alle leeftijdsgroepen samen)	10 886 032	12 011 561	12 460 503	12 687 784
60-69 jaar	1 134 328	1 485 583	1 408 751	1 410 168
70-79 jaar	847 022	1 219 328	1 253 231	1 304 417
80-89 jaar	480 344	647 559	954 198	941 511
90-99 jaar	66 594	142 305	293 783	354 288
100 jaar en meer	1 568	7 571	17 321	27 496

Bron: NIS (2009)

In tabel 5.4 staan de demografische maten weergegeven. Als maat voor de veroudering neemt men de verhouding van het aantal ouderen (60 jaar en meer) tot het aantal jongeren (0-19 jaar).

Om de afhankelijkheid van de ouderen te bepalen neemt men de verhouding tussen de leeftijdsgroep 60 jaar en meer tot de leeftijdscategorieën die een beroepsactiviteit uitoefenen (de groep 20-59 jaar). De veroudering in de veroudering is gelijk aan de verhouding van de bevolking in de leeftijdsgroep 80 jaar en meer tot deze van de leeftijdsgroep 60 jaar en meer.

De conjuncturele indicator van de vruchtbaarheid duidt op het aantal kinderen dat een vrouw zou kunnen verwachten bij de waargenomen vruchtbaarheid (NIS, 2009).

Het geboortecijfer gaat lichtjes omhoog, maar rekening houdend met de hele periode zal er een daling in het aantal geboortes plaatsvinden. Wat betreft de levensverwachting is er wel een duidelijke stijging waar te nemen.

Verder is het fenomeen van de veroudering in de veroudering zichtbaar aanwezig. Het aandeel van de 80-plussers ten opzichte van de 60-plussers stijgt van 21% in 2010 naar 32% in 2050.

Tabel 5.4: Demografische maten 2010-2050

	2010	2030	2050
Veroudering	106,82%	147,13%	159,63%
Afhankelijkheid van de ouderen	44,07%	63,32%	68,86%
Veroudering in de veroudering	21,52%	22,38%	31,89%
Conjuncturele indicator van de vruchtbaarheid	1,66	1,70	1,74
Levensverwachting bij de geboorte	80,32	83,69	86,38

Bron: NIS (2009)

5.2 Gevolgen van de vergrijzing

5.2.1 Gezondheidszorg

Zoals al eerder vermeld, kostte in 2007 een Belg gemiddeld 1 773 euro aan de verzekering voor de geneeskundige verzorging. De kost voor de categorie tussen 10 en 19 jaar is het laagst, namelijk 581,33 euro. De kost voor de categorie 90 jaar en ouder is het hoogst, namelijk 11 452,51 euro (RIZIV, 2008). Dit staat weergegeven in tabel 5.5.

Verder kan men uit de tabel afleiden dat de gemiddelde kostprijs toeneemt met de leeftijd. Dit wilt zeggen dat oudere mensen gemiddeld genomen meer beroep doen op de gezondheidszorg dan jongere leeftijdsgroepen. Er bestaat dus een positief verband tussen de leeftijd en de uitgaven voor geneeskundige verzorging.

De uitgaven nemen aanvankelijk licht toe met de leeftijd, maar stijgen exponentieel na een leeftijd van 60 jaar.

Tabel 5.5: Gemiddelde kostprijs per leeftijdsgroep in 2007

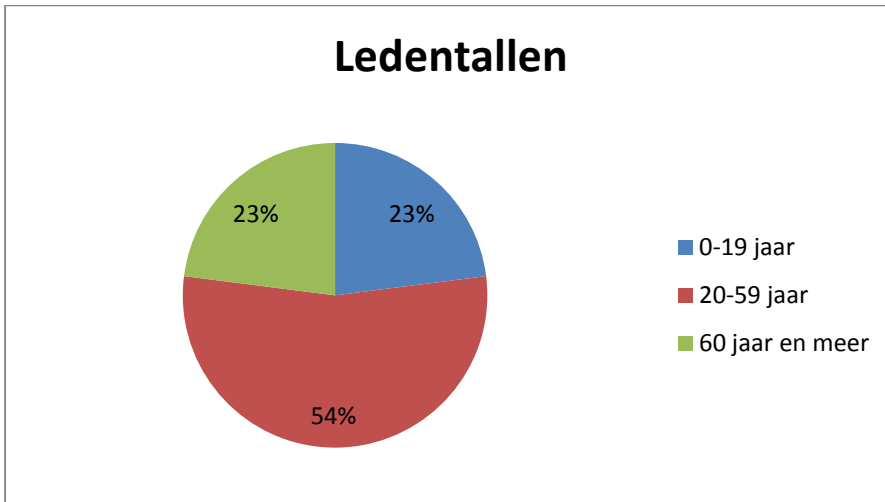
Leeftijd	Gemiddelde kostprijs
0-9 jaar	743,30
10-19 jaar	581,33
20-29 jaar	822,42
30-39 jaar	1 001,71
40-49 jaar	1 177,81
50-59 jaar	1 754,10
60-69 jaar	2 580,71
70-79 jaar	4 121,47
80-89 jaar	6 835,64
90 jaar en +	11 452,51
Totaal	1 773,06

Bron: RIZIV (2008)

In onderstaande grafieken wordt nog duidelijker welke invloed de vergrijzing heeft op de gezondheidsuitgaven. Uit figuur 5.1 blijkt dat personen ouder dan 60 jaar 23% van de bevolking vertegenwoordigen (zie ook tabel 5.2). Uit figuur 5.2 blijkt echter dat deze 23% verantwoordelijk is voor 55% van de uitgaven van het RIZIV. Er kan dus een positief verband worden vastgesteld tussen de leeftijd en de gezondheidsuitgaven. Bovendien bleek uit tabel 5.5 al dat ook op individueel niveau de kosten voor gezondheidszorg stijgen met de leeftijd. Men kan dus stellen dat de vergrijzing een sterke invloed heeft op de stijgende gezondheidsuitgaven. Toch mag men niet uit het oog verliezen dat er naast de vergrijzing ook andere factoren zijn die meespelen. Het binnenkort te verwachten overlijden bijvoorbeeld is hier één van. Aan het einde van een leven zijn de kosten voor gezondheidszorg heel hoog.

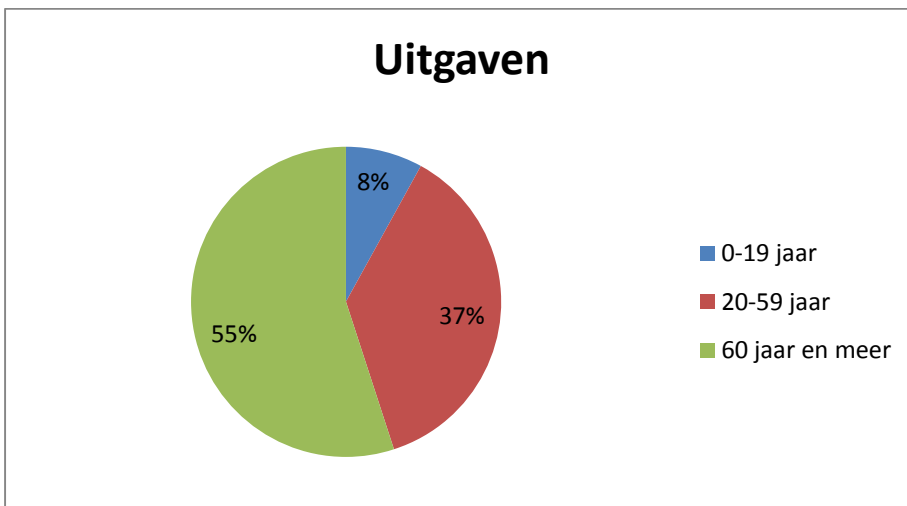
Daarnaast kan het generatie-effect als een bijkomende oorzaak beschouwd worden. Dit begrip betekent dat generaties die vergevorderde leeftijden bereiken het gewoon zijn om vaak een beroep te doen op geneeskundige verzorging. Andere oorzaken tenslotte zijn de economische, sociale en technologische vooruitgang (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2009).

Figuur 5.1: Ledentallen van de rechthebbenden volgens leeftijd in 2007



Bron: RIZIV (2009)

Figuur 5.2: Totale uitgaven in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering volgens leeftijd in 2007



Bron: RIZIV (2009)

5.2.2 De budgettaire kost van de vergrijzing

Zoals vastgelegd in de wet op het Zilverfonds van 2001 actualiseert de Studiecommissie voor de Vergrijzing ieder jaar haar raming van de budgettaire kost van de vergrijzing. Hierbij wordt vertrokken van een aantal basishypothesen, namelijk de demografische, de sociaal-economische, de macro-economische en de hypothesen over sociaal beleid. Deze hypothesen worden in tabel 5.6 weergegeven.

Het demografisch scenario gaat op lange termijn uit van een vruchtbaarheidsgraad (het aantal kinderen per vrouw) die zich stabiliseert op het gemiddeld niveau van de laatste jaren. De levensverwachting vordert van 77 jaar in 2007 tot 85 jaar in 2060 voor de mannen en van 83 jaar in 2007 tot 91 jaar in 2060 voor de vrouwen.

De sociaal-economische hypothesen maken een verdeling van de bevolking tussen de sociaal-economische categorieën om zo het aantal begunstigden van verschillende sociale uitkeringen te bepalen.

De macro-economische hypothesen op lange termijn zijn gebaseerd op een model dat ontwikkeld werd door het Federaal Planbureau. Hierbij wordt o.a. uitgegaan van een toename van de werkgelegenheidsgraad tot 68,5% van de actieve bevolking en een vermindering van de structurele werkloosheidsgraad, inclusief oudere werklozen, tot 8% op lange termijn.

De hypothesen betreffende het sociaal beleid zijn gebaseerd op de wet van 23 december 2005 met betrekking tot het Generatiepact. Met dit Generatiepact werden maatregelen ingevoerd betreffende de sociale uitgaven. Zo worden er stimulansen toegekend om later met pensioen te gaan door de invoering van een pensioenbonus en gelden er strengere toegankelijkheidsvoorwaarden voor vervroegde pensioenregelingen. Daarnaast zijn er een aantal sociale correcties doorgevoerd, zoals het toekennen van welvaartsaanpassingen en een verhoging van de loongrens voor de berekening van de sociale uitkeringen (Hoge Raad van Financiën, 2009).

Tabel 5.6: Vergrijzingsproblematiek, overzicht van de basishypothesen

Demografische hypothesen				
	2007	2030	2050	2060
Vruchtbaarheidsgraad	1,81	1,76	1,76	1,77
Levensverwachting bij de geboorte: mannen	77,3	81,2	84,0	85,3
Levensverwachting bij de geboorte: vrouwen	83,3	87,0	89,7	90,9
Migratiesaldo in duizendtallen	55,5	17,4	26,2	28,7
Sociaal-economische hypothesen				
Scholingsgraad	Gehandhaafd op het niveau van de recentste waarneming, modellering die de kans op overgang van de ene sociaal-economische categorie naar de andere toepast op de opeenvolgende generaties, per geslacht en leeftijdscategorie, en die rekening houdt met de impact van de hervormingen			
Activiteitsgraad: mannen				
Activiteitsgraad: vrouwen				
Overgang van het statuut van actieve naar het statuut van invalide, oudere werkloze, bruggepensioneerde en gepensioneerde				
Macro-economische hypothesen				
Toename van productiviteit en loon per tewerkgestelde	1,75% per jaar			
Structurele werkloosheidsgraad op LT	8%			
Werkgelegenheidsgraad op LT	68,5%			
Sociaal-beleids hypothesen (op lange termijn)				

Loongrens	1,25% per jaar
Minimumrecht per loopbaanjaar	1,25% per jaar
Welvaartsaanpassing (algemene regeling)	0,50% per jaar
Welvaartsbinding van de forfaitaire bedragen	1,00% per jaar

Bron: Hoge Raad van Financiën (2009)

Wat voorgaande hypothesen betekenen voor de evolutie van de overheidsuitgaven wordt duidelijk in tabel 5.7. De totale budgettaire kosten van de vergrijzing zullen tussen 2008 en 2060 oplopen tot 8,2% van het BBP. Een belangrijke opmerking hierbij is dat in het verslag van 2008 van de Studiecommissie voor de Vergrijzing nog een stijging van 6,3% tussen 2007 en 2050 werd ingeschat. Wanneer men een gelijke periode zou nemen bij beide projecties bedraagt het verschil 2,1%. Volgens de Studiecommissie voor de Vergrijzing (2009) is dit verschil grotendeels te wijten aan de economische crisis die een sterkere toename van de sociale uitgaven genereert van ongeveer 1,2% van het BBP. Andere oorzaken zijn de herziening van de productiviteitshypothese van 1,75% naar 1,50% per jaar en de verlenging van de projectieperiode van 2050 naar 2060.

De tabel laat verder zien dat de sterkste toename van de uitgaven tussen 2008 en 2060 zich situeert in de pensioenen met +5,3% en in de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg met +4,2%. Werkloosheidsuitkeringen en kinderbijlagen zullen naar verwachting dalen met respectievelijk 0,7% en 0,4% (Hoge Raad van Financiën, 2009).

Tabel 5.7: Budgettaire kost van de vergrijzing in % van het BBP op LT

Componenten van de budgettaire kosten van de vergrijzing	2008	2014	2030	2060	2008-2014	2014-2060	2008-2060
Pensioenen	9,1	10,3	13,3	14,4	1,2	4,1	5,3
Overheidsuitgaven gezondheidszorg	7,3	8,6	9,5	11,5	1,3	2,9	4,2
Arbeidsongeschiktheid	1,3	1,5	1,4	1,3	0,1	-0,1	0,0

Werkloosheid	1,9	2,3	1,5	1,2	0,4	-1,1	-0,7
Brugpensioen	0,4	0,5	0,3	0,3	0,0	-0,1	-0,1
Kinderbijslag	1,6	1,6	1,4	1,2	0,0	-0,4	-0,4
Overige sociale uitgaven (zoals uitgaven voor arbeidsongevallen)	1,6	1,7	1,6	1,4	0,1	-0,3	-0,2
Totaal	23,2	26,4	29,0	31,3	3,2	4,9	8,2

Bron: Hoge Raad van Financiën (2009)

Naast de stijging van de gezondheidsuitgaven die al eerder werd besproken, komt door de vergrijzing de financiële leefbaarheid van de pensioenen in gevaar. Vooral wanneer de babyboomgeneratie, de kinderen geboren in de naoorlogse periode tussen 1945 en 1960, de pensioengerechtigde leeftijd bereikt, zal België in 2010 een demografische schok beleven (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2009). Om deze reden werd in 2001 het Zilverfonds opgericht. Dit fonds vormt een financiële reserve om tegemoet te komen aan de stijging van het aantal gepensioneerden die vooral wordt voorzien tussen 2010 en 2030. Het Zilverfonds staat in voor de uitbetaling van de toekomstige pensioenen en wordt voornamelijk gefinancierd met begrotingsoverschotten (Het Zilverfonds, 2009).

Wat betreft de pensioenen spreekt men in België over het stelsel van de drie pijlers. De eerste pijler is die van het wettelijk pensioen. Dit pensioen wordt georganiseerd door de overheid en bevat twee regelingen, namelijk voor zelfstandigen en voor werknemers. Voor overheidspersoneel geldt een bijzonder stelsel. De tweede pijler omvat de groepsverzekeringen en pensioenfondsen. Deze worden vastgelegd per bedrijf of komen voort uit onderhandelingen van een paritair comité binnen een bepaalde sector. De derde pijler bestaat uit het individueel sparen, zoals pensioensparen of een levensverzekering. De tweede en derde pijler worden aangemoedigd met behulp van fiscale stimulansen. De eerste pijler steunt op het principe van de herverdeling. De bijdragen van de actieve bevolking financieren de pensioenuitgaven. Door het dalend geboortecijfer en de hogere levensverwachting ontstaan er problemen met dit zogenaamde repartitiestelsel. Een steeds kleiner wordend aandeel actieven in de bevolking zal de uitkeringen moeten financieren van een steeds groter wordend aandeel inactieven. Daardoor komt de financiering van de pensioenen in gevaar.

Volgens de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2009) zijn er verschillende mogelijkheden om het probleem tegen te gaan. Een eerste mogelijkheid bestaat erin om het wettelijk repartitiestelsel te ondersteunen. De eerste stap werd hierbij reeds gezet met de oprichting van het Zilverfonds. Verder zouden andere financiële middelen voor de eerste pijler kunnen worden gevonden door de fiscale stimulansen voor de tweede en derde pijler te beperken. De tweede mogelijkheid handelt over het feit dat er meer bijdragers moeten komen. Deze verhoging kan gebeuren door bijvoorbeeld een toename van de immigratie, een actief geboortebelief, het optrekken van de pensioengerechtigde leeftijd en een globale stijging van de tewerkstellingsgraad. Merk op dat de derde manier al werd aangepakt in het Generatiepact van 2005. Een derde mogelijkheid betreft het verminderen van de pensioenuitgaven door middel van een stelselhervorming. Dit kan bijvoorbeeld een parametrische hervorming zijn door bepaalde parameters, zoals leeftijd en loon, te wijzigen die gekoppeld zijn aan de voorwaarden om van een pensioen te kunnen genieten. Het kan ook een structurele hervorming zijn en dus een volledige wijziging van het repartitiestelsel. Van Poeck (2007) spreekt hier over de overgang naar een kapitalisatiesysteem waarbij iedereen bijdraagt voor zijn of haar toekomstig pensioen. De juiste oplossing die iedereen ten goede komt, moet gezocht worden door zowel de Regering, de vakbonden als de werkgevers (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2009).

5.3 Wonen en zorg

Door de veroudering van de bevolking zullen ook de zorg- en woonbehoeften gaan stijgen. In België bestaan er al heel wat mogelijkheden omtrent thuishulp en financiële bijstand en zijn er verschillende soorten verzorgingsinstellingen aanwezig. Door de vergrijzing wordt het echter een uitdaging om met de toenemende zorgbehoeften van ouderen om te kunnen gaan. Bovendien worden de vrije plaatsen in rust- en verzorgingstehuizen alsmaar beperkter. Daarom werd een interkabinettenwerkgroep "ouderenbeleid" opgericht. Deze werkgroep heeft tot doel om een beleid uit te werken om aan de opvang-, begeleidings- en zorgbehoeften van ouderen te kunnen beantwoorden. De activiteiten van deze werkgroep hebben al protocolakkoorden betreffende het ouderenbeleid opgeleverd. Deze protocollen hebben tot doel om iedere oudere een aangepaste verzorging aan te bieden met liefst een behoud thuis. Dit is namelijk meestal de wens van de oudere (zie ook figuur 7.6 empirisch praktijkonderzoek) en is bovendien voordeliger voor de overheidsuitgaven.

Het protocolakkoord voor de periode 1 oktober 2005 tot 1 oktober 2010 moedigt vooral de ontwikkeling van alternatieve verzorgingsvormen aan (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, 2009).

In 2006 werd er door alle diensten voor thuiszorg samen 14 416 478,65 uur gezinszorg gepresteerd. 80,96% daarvan werd gepresteerd bij gebruikers van 65 jaar of ouder (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009). De oudere inwoners zijn dus met voorsprong de voornaamste gebruikers van thuiszorg. In 2008 werd in opdracht van de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging een onderzoek uitgevoerd omtrent de thuiszorg. Dit onderzoek werd uitgevoerd door Prof. Dr. Pacolet, Sigrid Merckx en Annick Peetermans. De centrale vraag "Is de thuiszorg onderontwikkeld?" vormde het uitgangspunt. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de thuiszorg en -verpleging helemaal niet onderontwikkeld zijn in ons land, maar dat er wel nog tal van ontwikkelingsmogelijkheden aanwezig zijn, zeker in onze vergrijzende samenleving. Verder blijkt uit het onderzoek dat de budgetten voor thuisverpleging en langdurige zorg in het algemeen op federaal niveau een aanzienlijke expansie gekend hebben. Tussen 1994 en 2006 is het budget voor de thuisverpleging met 140% toegenomen en voor de rusthuissector verdrievoudigd.

In een enquête die werd afgenomen door het voormalige Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie in 2004 werd gepolst naar het verschil tussen het werkelijke zorggebruik en de zorgbehoefte. Een verdere analyse gevoerd in het onderzoek van Prof. Dr. Pacolet (2008) liet blijken dat voor alle leeftijdscategorieën boven de 55 jaar het huidige gebruik in Vlaanderen lager is dan het percentage dat nood heeft aan zorg.

Tabel 5.8 geeft de evolutie tussen 2005 en 2009 weer omtrent de RIZIV-uitgaven voor wonen en zorg. Bij zowel de thuisverpleging als bij de rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden en dagverzorgingscentra valt een duidelijke stijging op te merken. Wat betreft de thuisverpleging is het budget tussen 2005 en 2009 gestegen met ongeveer 23%. Voor de rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden en dagverzorgingscentra bedraagt deze stijging ongeveer 39%.

Tabel 5.8: Evolutie van de uitgaven voor wonen en zorg

	2005	2006	2007	2008	Doel 2009
Thuisverpleging	13 517	18 372	11 421	16 468	17 602
RVT/ROB/Dagverzorgingscentra	1 515 194	1 681 763	1 851 896	1 931 076	2 108 147

Bron: RIZIV (2008)

Wat betreft wonen en zorg kan men concluderen dat het ouderenbeleid moet voorzien in een continuïteit in de zorgverlening. Deze is niet onderontwikkeld, maar de vergrijzing vormt wel een uitdaging om in de zorgbehoeften te blijven voldoen. Ontwikkelingsmogelijkheden moeten benut worden. De huidige generatie ouderen verkiest om zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving te blijven wonen. Deze keuze dient gerespecteerd te worden. De overheid moet het mogelijke doen om ervoor te zorgen dat oudere mensen zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving kunnen blijven. De Belgische overheid gaat akkoord met dit standpunt en versterkt daarom ook de sociale bijstand (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2008).

5.4 Conclusie

Uit het voorgaande kan men besluiten dat de vergrijzing een essentiële beleidsuitdaging vormt voor België. Volgens de Studiecommissie voor de Vergrijzing (2009) zullen de overheidsuitgaven in het kader van de vergrijzing tussen 2008 en 2060 stijgen met maar liefst 8,2% van het BBP. De Nationale Bank van België (2007) voegt hieraan toe dat de weerslag van de vergrijzing op de overheidsuitgaven vooral vanaf 2010 sterk tot uiting zal komen. Om hieraan het hoofd te kunnen bieden, is het noodzakelijk dat er verder wordt gewerkt aan een strategie die zowel budgettair als economisch gericht is en sociale beleidsaspecten bevat. Volgens de Nationale Bank zijn de sleutelementen van deze strategie het afbouwen van de overheidsschuld, het verhogen van de arbeidsparticipatie, het verhogen van de productiviteit en het hervormen van de pensioen- en gezondheidszorgstelsels. België heeft al een aantal maatregelen genomen om tegemoet te komen aan de behoeften van de vergrijzing, zoals het Zilverfonds en het Generatiepact. Ons land is dus al op de goede weg, maar wat betreft de houdbaarheid van de overheidsfinanciën op lange termijn behoort België volgens de Europese Commissie (2009) nog steeds tot de groep van landen met een middelgroot risico.

In ons land is de schuldgraad erg hoog en liggen de budgettaire kosten van de vergrijzing hoger dan gemiddeld in de Europese Unie. Een blijvende begrotingsdiscipline is volgens de Commissie dan ook vereist.

Deel II

Empirisch

praktijkonderzoek

Aan de hand van het empirisch praktijkonderzoek wordt een antwoord gezocht op de centrale onderzoeksvraag van deze eindverhandeling: "Hoe zal de individuele ziektekostenverzekering evolueren en welke rol speelt de vergrijzing hierin?". Het doel van het praktijkonderzoek is om een inzicht te verwerven in de evolutie van de individuele ziektekostenverzekering door de behoeften van verschillende klantengroepen binnen de Belgische bevolking op vlak van gezondheidszorg en welzijn, rekening houdend met de vergrijzing, te bestuderen.

Het praktijkonderzoek bestaat uit twee opeenvolgende fases, een kwalitatieve en kwantitatieve fase. Het is belangrijk om weten dat de kosten van de lancering van een nieuw product bij Ethias erg hoog liggen. Vandaar dat een uitgebreid onderzoek, met zowel een kwalitatieve als kwantitatieve fase, aangewezen is. Zoals al eerder vermeld, werd er voor het praktijkonderzoek samengewerkt met onderzoeksbureau Dedicated Research.

6 Kwalitatieve fase

6.1 Onderzoeksopzet

6.1.1 Focusgroepen

Het doel van de kwalitatieve fase is om de grote tendensen en de houdingen van de Belgische bevolking ten aanzien van de vergrijzing en de dekking gezondheid/welzijn beter en diepgaand te leren begrijpen. Er is daarom gekozen om te werken met focusgroepen. Deze groepen bestaan uit een aantal deelnemers, meestal tussen acht en tien mensen, die een discussie voeren omtrent een bepaald onderwerp en daarbij begeleid worden door een professionele moderator. Algemeen kan worden aangenomen dat focusgroepen een goede manier zijn voor het verzamelen van verkennende informatie als basis voor verder onderzoek, zoals een enquête. Focusgroepen hebben een belangrijke functie doordat zij nieuwe ideeën, meningen en gedachtegangen kunnen verschaffen die van belang zijn voor het vervolg van het onderzoek (Sekaran, 2003).

Voor dit onderzoek werd er gewerkt met twee focusgroepen, een Nederlandstalige en Franstalige, met elk negen deelnemers. De Nederlandstalige focusgroep werd georganiseerd in Antwerpen en de Franstalige groep in Brussel. De groepen werden geleid door een moderator van Dedicated Research die specifiek gevormd is in kwalitatieve bevragingstechnieken. De focusgroepen werden door Ethias en mezelf bijgewoond en duurden ongeveer twee uren. De respondenten die hebben deelgenomen aan de studie werden financieel vergoed.

6.1.2 Screening

Wat betreft de samenstelling werden zo homogeen mogelijke groepen gecreëerd. Om vertekeningen in de resultaten te vermijden, is het belangrijk om zo objectief mogelijke en voldoende representatieve informatie te bekomen. Daarom werden de deelnemers zorgvuldig gescreend (zie bijlage 3).

De kandidaten moeten voldoen aan volgende criteria:

- Wonend in België;
- Mannen en vrouwen;
- Tussen 20 en 45 jaar;
- Maandelijks totaal gezinsinkomen > 1200 euro.

Bovendien is het van belang dat de deelnemers niet werkzaam zijn in de sectoren bank/verzekeringen, mutualiteiten en marktonderzoeken. Kandidaten die niet voldoen aan de vermelde criteria mogen niet deelnemen aan het onderzoek.

In bijlage 1 van deze eindverhandeling is een overzicht terug te vinden van de deelnemers aan de focusgroepen. Zoals al eerder vermeld, bestonden zowel de Franstalige als de Nederlandstalige groep uit negen deelnemers. In het totaal zijn er dus achttien respondenten ondervraagd.

6.1.3 Opbouw van de vragenlijst

De volledige vragenlijst van de focusgroepen is opgenomen in bijlage 4 van deze eindverhandeling. Zoals al eerder vermeld bestaat het doel van de kwalitatieve fase erin om de algemene tendensen omtrent vergrijzing, gezondheid en welzijn beter te kunnen begrijpen. Op die manier kan de basis worden gelegd voor de vraagstelling in de kwantitatieve fase.

De vragenlijst start met een inleiding waarbij de moderator en de verschillende deelnemers aan elkaar worden voorgesteld. De moderator legt hier het doel van de bijeenkomst uit, de duur en enkele principes die gepaard gaan met de bijeenkomst, zoals luid en duidelijk praten en elkaars mening respecteren. Aan de deelnemers wordt ook vermeld dat ze gefilmd worden in het kader van de studie en dat alle informatie die wordt meegedeeld vertrouwelijk is.

In deel één van de vragenlijst wordt er gepolst naar de algemene perceptie van de deelnemers over de begrippen gezondheid, welzijn en vergrijzing. Er wordt hen gevraagd welke gedachten spontaan naar boven komen bij deze begrippen.

Deel twee handelt over het gebruik van en de gedragingen ten opzichte van gezondheid, welzijn en vergrijzing. Aan de deelnemers wordt gevraagd welke organisaties zich volgens hen bezighouden met deze begrippen en welke meningen er zijn over het functioneren van deze organisaties.

In deel drie wordt dieper ingegaan op het gebruik van en de gedragingen ten opzichte van gezondheid en welzijn. Er wordt gevraagd in welke mate men hiermee bezig is en of dit op korte termijn of lange termijn geldt. Verder worden hier verschillende aspecten van gezondheid en welzijn bevraagd, zoals de noden en in welke mate men preventie nuttig vindt. In deel drie komt ook het verzekeringsluik ter sprake. Er wordt gevraagd of men een verzekering heeft afgesloten hieromtrent, of men geïnteresseerd zou zijn in een verzekering waarin preventieve onderzoeken worden terugbetaald, of men bereid zou zijn om te sparen voor bepaalde types hulp, enzovoort. Alle vragen die gesteld worden, zijn open vragen. Het is dan ook logisch dat op bepaalde antwoorden van de deelnemers die interessant zijn voor het onderzoek dieper wordt ingegaan.

Deel vier van de vragenlijst handelt over het gebruik van en de gedragingen ten opzichte van de vergrijzing. Er wordt gepolst of de jongere generatie bezig is met het begrip van de vergrijzing en of dit fenomeen als een probleem wordt beschouwd. Verder wordt er gevraagd of de deelnemers vertrouwd zijn met bepaalde afhankelijkheidsverzekeringen en of er bepaalde noden aanwezig zijn nu of in de toekomst. Ook hier komt het verzekeringsluik aan bod en of men al dan niet bereid is om nu te sparen voor hulp die men pas in de toekomst nodig heeft. Ook de vragen van dit deel laten nog veel ruimte open voor interpretatie en vanzelfsprekend wordt ook hier dieper ingegaan op de antwoorden relevant voor het onderzoek.

In deel vijf tenslotte kunnen de deelnemers zelf nog suggesties en aanbevelingen doen betreffende de besproken begrippen en vat de moderator het geheel samen.

6.2 Resultaten

6.2.1 Spontane associaties met gezondheid, welzijn en vergrijzing

6.2.1.1 Associaties met gezondheid en welzijn

De respondenten associëren de term "gezondheid" met de volgende begrippen:

- Voeding in het algemeen;
- Voedingspiramide;
- Biovoeding;
- Levenshygiëne;
- Sport;
- Excessen, bijvoorbeeld af en toe een wijntje;
- Duur (hoge kosten);
- Ongevallen;
- Ziekten;
- Onzekerheid/onvoorspelbaarheid;
- Sociale Zekerheid;
- Afhankelijkheid;
- Welzijn in het algemeen;
- Gezondheidsproblemen.

De respondenten associëren de term "welzijn" met de volgende begrippen:

- Luxe;
- Wellness;
- Zorg;
- Zich omringen met positieve mensen;
- Welvaart;
- Genieten;
- Je mentaal goed voelen;
- Zich extraatjes veroorloven.

Bij de vraag naar het verschil tussen gezondheid en welzijn menen de respondenten over het algemeen dat beiden gelinkt zijn of dat gezondheid deel uitmaakt van het concept welzijn.

6.2.1.2 Associaties met vergrijzing

Bij de term "vergreijzing" komen de volgende gedachten spontaan naar boven bij de respondenten:

- Oudere mensen;
- Homes;
- Serviceflats;
- Transportservice;
- Thuisleveringen;
- Volle bussen/trams;
- Hogere pensioenleeftijd voor generatie van nu;
- Pensioen;
- Pensioensparen;
- Hogere kosten voor de hospitalisatieverzekering;
- Reizen, reisbureaus voor oudere mensen;
- Vrije tijd;
- Specifieke tijdschriften voor +50 jaar.

6.2.2 Organisaties die zich bezighouden met gezondheid en/of welzijn

De voornaamste organisaties of instellingen die zich volgens de meeste respondenten bezighouden met gezondheid en/of welzijn zijn:

- Mutualiteiten;
 - Zorgen voor terugbetalingen/tussenkomen (doktersbriefjes, bril, kinesitherapie,...);
 - Organiseren cursussen (bijvoorbeeld babymassage);
 - Gezondheidsvakanties;
 - Terugbetaling van een deel van het abonnement voor sportzalen.
- Hospitalisatieverzekeringen;
- Verzekeringen bij banken;
- Diensten zoals Teleonthaal, Thuiszorg, transportbedrijven (invaliden, ziekenvervoer,...);
- Overheid (bijvoorbeeld tabakspreventie).

6.2.3 Organisaties die zich bezighouden met vergrijzing

De voornaamste organisaties of instellingen die zich volgens de meeste respondenten bezighouden met vergrijzing zijn:

- Diensten zoals Thuiszorg, catering aan huis, transportbedrijven (invaliden, ziekenvervoer,...);
- Mutualiteiten;
 - Zorgen voor terugbetalingen/tussenkomsten;
 - Hospitalisatieverzekeringen;
 - Leveren van materiaal (rolstoelen, krukken,...);
 - Patiëntenvervoer;
 - Medische hulp aan huis.
- OCMW;
 - Zorgen voor leefloon;
 - Catering aan huis;
 - Huisvesting;
 - Poetsdienst.

6.2.4 Gebruik van en gedragingen t.o.v. gezondheid en/of welzijn

De meeste respondenten vinden dat gezondheid en welzijn iets is waar men zich op korte termijn mee bezighoudt. Specifieke activiteiten die de respondenten ondernemen ten aanzien van deze begrippen zijn voornamelijk:

- Gezond koken en eten;
- Preventieve onderzoeken zoals jaarlijkse bloedcontrole, baarmoeder- en prostaatonderzoek.

Tandcontrole en orthodontie worden ook zeer belangrijk geacht voor veel respondenten.

Respondenten met kinderen zorgen voornamelijk voor de gezondheid van deze laatste door:

- Hen gezond eten voor te schotelen;
- Hen sport te laten beoefenen;
- Hen de schadelijke effecten van roken duidelijk te maken.

Een enkeling vermeldt haar dochter preventief te hebben laten vaccineren tegen baarmoederhalskanker.

6.2.5 Verzekeringen aangaande gezondheid en/of welzijn

De meeste respondenten beschikken over een hospitalisatieverzekering, meestal hebben ze deze ook afgesloten voor hun kinderen. Er wordt aangegeven dat de verzekering niet altijd alles terugbetaalt. Een vaak gehoorde opmerking is dat verzekeraars geen duidelijke taal spreken in de contracten, waardoor veel mensen worden afgeschrikt om een verzekering af te sluiten, net door die onduidelijkheid die er bestaat.

Verschillende personen halen aan dat de verzekeringsinstellingen duidelijk de mogelijkheden moeten communiceren waar de leden gebruik van kunnen maken. Het is volgens hen niet aan de klanten om uit te maken waar ze precies recht op hebben.

Verder merkt men op dat preventieve onderzoeken, zoals mammografieën, prostaatonderzoeken enzovoort vaker zouden moeten worden terugbetaald. Men zou echter niet veel meer betalen voor een verzekering waarin ook preventieve onderzoeken zijn opgenomen.

Meerdere personen zijn niet bereid om nog meer verzekeringen, dus aparte verzekeringen, af te sluiten. Het zou eerder een bijkomend luik bij een bestaande verzekering moeten zijn, een extra bovenop een bestaande verzekering, zoals bijvoorbeeld een uitbreiding van de bestaande hospitalisatieverzekering. Aangezien men betreffende veel medische problemen niet op voorhand weet of men deze gaat krijgen, kan men niet echt preventief handelen en is men minder geneigd om specifieke verzekeringen of een uitbreiding van de hospitalisatieverzekering te nemen.

Er wordt echter opgemerkt dat dergelijke verzekeringen wel interessant zouden zijn voor:

- Tanden (tandarts/orthodontie na 18 jaar, vóór 18 jaar wordt het gedekt door de mutualiteit);
- Kinderarts (kosten van het remgeld kunnen oplopen doordat men in veel gevallen met kleine kinderen frequent de kinderarts bezoekt).

6.2.6 Gebruik van en gedragingen t.o.v. vergrijzing en verzekeringen

De meeste respondenten verklaren zich op één of andere manier bezig te houden met de vergrijzing, het ouder worden. Enkelen zeggen helemaal niets te doen hieromtrent en vinden dit zorgen voor later.

Vooraf de Nederlandstalige respondenten geven aan dat ze aan pensioensparen doen. Over het algemeen wordt hiermee gestart tussen de leeftijd van 25 – 30 jaar. Sommigen geven toe dat ze enkel aan pensioensparen doen omdat dit fiscaal aftrekbaar is.

Verscheidene respondenten denken nu al na over hoe het in de toekomst zal gaan met hun ouders. Vragen die ze zich hierbij stellen zijn o.a. of hun ouders hulp nodig hebben (medisch, eten, poetsen,...), of ze misschien in een rusthuis moeten verblijven en of de ouders moeten intrekken bij één van de kinderen. Sommigen geven aan dat het aan de ouders zelf is om hiervoor te sparen.

Één respondent geeft aan al een uitvaartverzekering te hebben afgesloten zodat alles geregeld is voor de kinderen.

Betreffende de verzekeringen zijn de meningen verdeeld. Sommigen geven aan bereid te zijn om een specifieke verzekering af te sluiten omdat dit zekerheid biedt en men geen toegang heeft tot het geld vóór een bepaalde leeftijd. Anderen kiezen echter om algemeen te sparen, zodat men het geld kan gebruiken wanneer en voor wat men wil.

Wat betreft behoeften die nog niet gedekt zijn, worden enkele voorstellen gelanceerd:

- Een specifieke verzekering voor rusthuizen;
- Bij een verzekering de mogelijkheid bieden om een begunstigde aan te duiden die bij het eigen overlijden het geld van de verzekering krijgt (bijvoorbeeld partner of kind);
- Bij een verzekering via het werk de mogelijkheid bieden om deze verzekering uit te breiden naar de andere leden van het gezin;
- Een meer algemene, overkoepelende afhankelijkheidsverzekering waarbij men, eens men afhankelijk wordt, kan kiezen waarvoor men het geld gaat gebruiken volgens eigen behoeften (rusthuis, hulp aan huis, installatie van een lifttrap,...).

Over de leeftijd waarop men moet beginnen met sparen/het afsluiten van verzekeringen voor de toekomst, is niet iedereen het eens:

- Ongeveer de helft van de respondenten verkiest de leeftijd van 40 à 50 jaar;
- Ongeveer 25% van de respondenten verkiest de leeftijd van 25 à 30 jaar;
- Ongeveer 25% van de respondenten verkiest de optie om zo laat mogelijk te beginnen met sparen/het afsluiten van verzekeringen, wanneer men merkt dat men het binnen korte termijn nodig zal hebben.

7 Kwantitatieve fase

7.1 Onderzoeksopzet

7.1.1 Survey-onderzoek

Wat betreft de kwantitatieve fase is er gekozen voor een survey-onderzoek. De bevraging gebeurt volgens de CAWI methode, oftewel computer assisted web interviewing. Dit betekent dat de enquête elektronisch wordt ingevuld door de respondenten. Bovendien is de enquête beschikbaar in het Nederlands en in het Frans. Dedicated Research beschikt over een databank van 40 000 contacten waaruit de respondenten gerekruteerd worden. Alvorens de respondent kan deelnemen aan de enquête wordt hij gescreend zoals omschreven bij de kwalitatieve fase (zie ook bijlage 3).

7.1.2 Onderzoekspopulatie

De populatie die centraal staat in dit onderzoek omvat de personen die voldoen aan volgende criteria:

- Personen die wonen in België (3 regio's);
- Mannen en vrouwen;
- Tussen 20 en 45 jaar (de jongere generatie);
- Totaal maandelijks gezinsinkomen > € 1200.

Door gebrek aan tijd en middelen is het onmogelijk om alle personen van de populatie te ondervragen. Er werd gebruik gemaakt van een niet-proportionele gestratificeerde steekproef. Dit wilt zeggen dat de populatie in een aantal elkaar niet-overlappende en homogene subgroepen wordt ingedeeld en vervolgens uit elke subgroep op aselechte wijze een steekproef wordt getrokken. Proportioneel te werk gaan, betekent dat het aandeel van de subpopulatie in de steekproef gelijk is aan het aandeel van de subpopulatie in de populatie als geheel. Door gebruik te maken van een niet-proportionele gestratificeerde steekproef kan een beter zicht worden verkregen op de ideeën en overtuigingen van de subgroepen (Sekaran, 2003). In samenspraak met Dedicated Research is besloten dat een steekproefgrootte van ongeveer 400 respondenten representatief is.

In bijlage 2 wordt de samenstelling van de steekproef weergegeven. In totaal zijn er 410 respondenten ondervraagd, 214 Nederlandstaligen en 195 Franstaligen. Het aandeel van de mannen bedraagt 46%, dit van de vrouwen 54%. 33% van de respondenten is 20-30 jaar, 43% behoort tot de leeftijdsgroep van 31 tot 40 jaar en 24% is 41 tot 45 jaar. Van de 410 respondenten beschikt 44% over partner en kind(eren), is 9% een alleenstaande ouder, behoort 6% tot een nieuw samengesteld gezin met kind(eren), heeft 23% een partner zonder kind of geen kind dat thuis woont, is 15% alleenstaand en behoort 3% tot een andere categorie.

Elke respondent die de enquête heeft ingevuld, is verantwoordelijk voor de keuze van verzekeringen in zijn/haar gezin. Het invullen van de vragenlijst duurde gemiddeld 12 minuten.

7.1.3 Opbouw van de vragenlijst

De vragen die gesteld worden in de kwantitatieve fase zijn voortgevloeid uit de resultaten van de kwalitatieve fase. In bijlage 5 van deze eindverhandeling is de volledige vragenlijst van de kwantitatieve fase terug te vinden. Aan de hand van de enquête wordt onderzocht welk standpunt de jongere generatie van de Belgische bevolking inneemt ten opzichte van de vergrijzing en de stijgende kosten van de gezondheidszorg. Meer bepaald wordt bevraagd of er rekening mee wordt gehouden in haar anticiperend gedrag en de dekking van medische of andere verzekeringen.

De vragenlijst start met een inleiding om te bepalen of de respondenten voldoen aan de criteria om de enquête te mogen invullen. Hier wordt o.a. naar de leeftijd van de respondent gevraagd, de sector waarin hij/zij werkt en of hij/zij verantwoordelijk is voor de keuze van verzekeringen in het gezin. Verder bestaat de vragenlijst uit drie grote delen. Deel 1 handelt over het ouder worden, deel 2 over de gezondheid en deel 3 tenslotte over het algemeen verzekeringsprofiel.

De volgende informatie wordt via de enquête verzameld:

- Deel één, aangaande het ouder worden:
 - In welke mate de jongere generatie zich ermee bezighoudt;
 - De belangrijkheid van mogelijke kosten die gepaard gaan met het ouder worden;

- Of ze op de één of andere manier voorziet in geld om de kosten van het ouder worden te betalen;
 - Of ze overweegt om in de nabije toekomst te sparen of een verzekering af te sluiten om de kosten gepaard met het ouder worden te betalen;
 - Of ze geïnteresseerd zou zijn om voor enkele kosten op voorhand te sparen via het afsluiten van een verzekering;
 - Indien ja, vanaf welke leeftijd ze bereid zou zijn hiervoor beginnen te sparen.
- Deel twee, aangaande de gezondheid:
 - In welke mate de jongere generatie zich ermee bezighoudt;
 - Of ze zich zorgen maakt over haar gezondheid op korte of lange termijn;
 - Een rangschikking van de belangrijkste kosten die gepaard gaan met de gezondheid;
 - Of ze op de één of andere manier spaart om de kosten gepaard met de gezondheid te dekken;
 - Of ze geïnteresseerd zou zijn om voor enkele kosten op voorhand te sparen via het afsluiten van een verzekering;
 - Indien ja, vanaf welke leeftijd ze bereid zou zijn hiervoor beginnen te sparen.
 - Deel drie, aangaande het algemeen verzekeringsprofiel:
 - Welk beeld de jongere generatie heeft van de verzekeringswereld;
 - Bij welke maatschappij ze verzekeringen heeft afgesloten;
 - Welke verzekeringen ze heeft afgesloten.

7.2 Resultaten

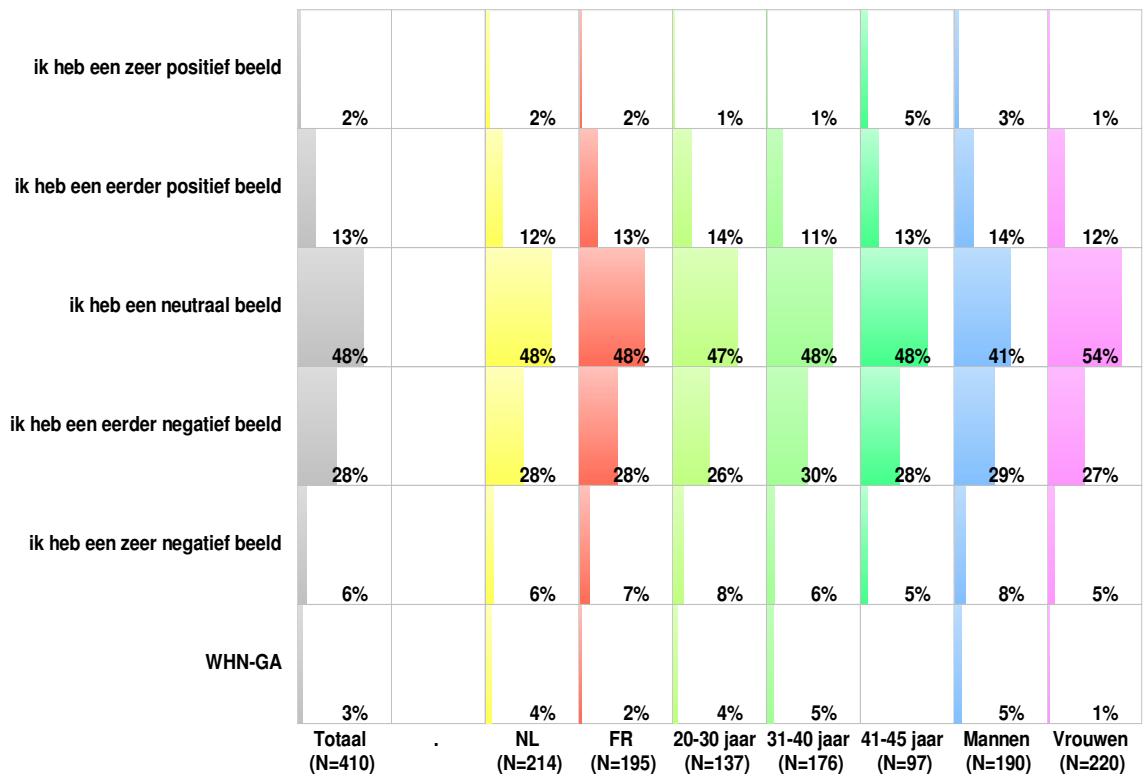
De resultaten zijn verwerkt met het statistisch verwerkingsprogramma Ethnos. Dit is een Frans softwareprogramma waarvan Dedicated Research gebruik maakt.

7.2.1 Het algemeen verzekeringsprofiel

7.2.1.1 Beeld over de verzekeringswereld

Bijna de helft van de respondenten, namelijk 48%, heeft een neutraal beeld over de verzekeringswereld. Toch blijkt uit figuur 7.1 dat ongeveer 34% een eerder negatief tot zeer negatief beeld heeft hierover.

Figuur 7.1: Beeld over het algemeen van de verzekeringswereld

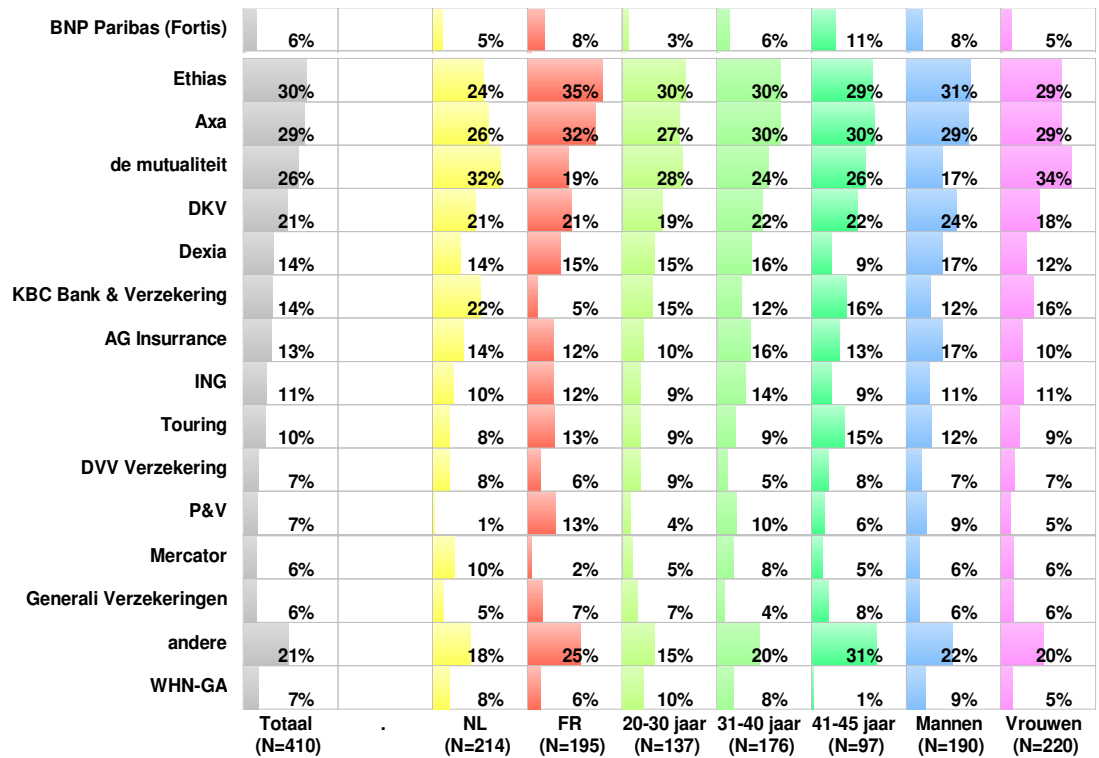


7.2.1.2 Afgesloten verzekeringen en verzekeringsmaatschappijen

Zoals blijkt uit figuur 7.2 worden alle verzekeringen, dus niet enkel deze met betrekking tot de gezondheid of het ouder worden, voornamelijk afgesloten bij de volgende maatschappijen:

- 30% bij Ethias;
- 29% bij Axa;
- 26% bij de mutualiteit;
- 21% bij DKV.

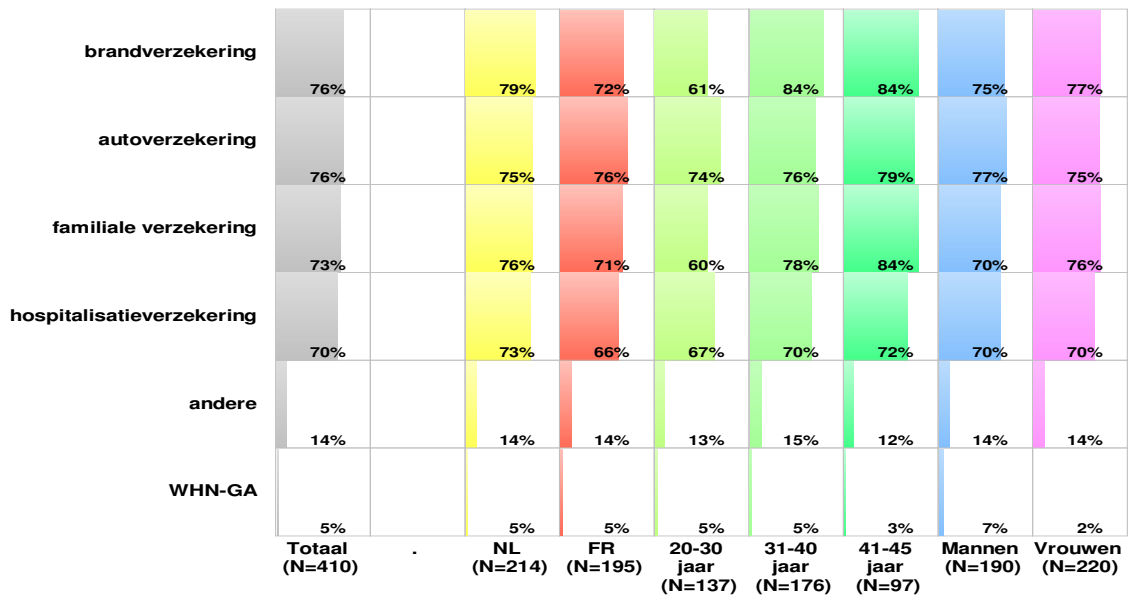
Figuur 7.2: Maatschappijen waarbij de respondenten hun verzekeringen hebben afgesloten



Figuur 7.3 geeft weer dat de meerderheid van de respondenten de volgende verzekeringen bij voorgaande maatschappijen heeft afgesloten:

- 76% een brandverzekering;
- 76% een autoverzekering;
- 73% een familiale verzekering;
- 70% een hospitalisatieverzekering.

Figuur 7.3: Afgesloten verzekeringen bij deze maatschappijen

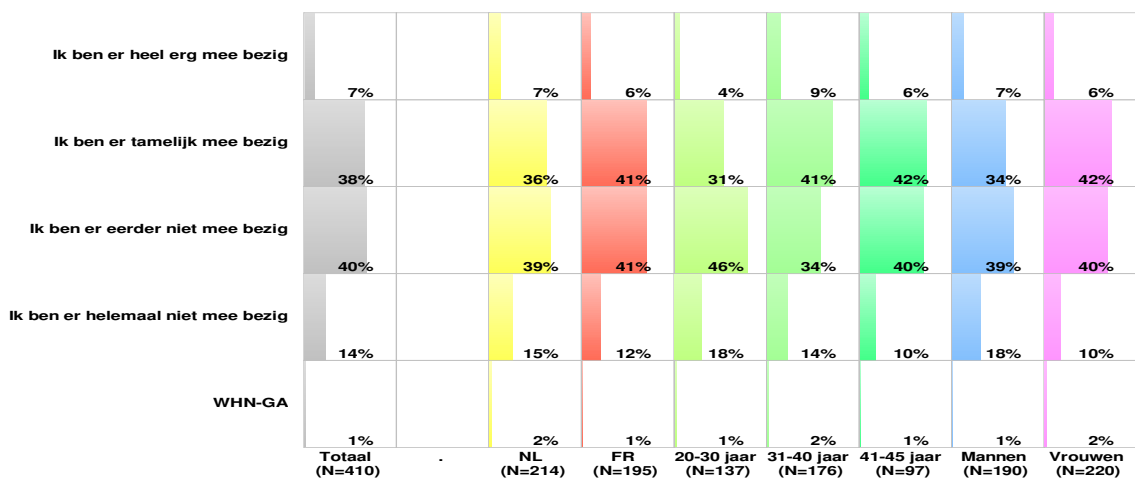


7.2.2 De vergrijzing

7.2.2.1 "In beslagname" van het ouder worden

54% van de respondenten geeft aan eerder niet tot helemaal niet bezig te zijn met het ouder worden. Iets meer vrouwen dan mannen houden zich er tamelijk tot heel erg mee bezig (respectievelijk 48% t.o.v. 41%). Rekening houdend met de leeftijd valt op dat de jongste groep (20 tot 30 jaar) het minst bezig is met de vergrijzing. Dit blijkt duidelijk uit figuur 7.4.

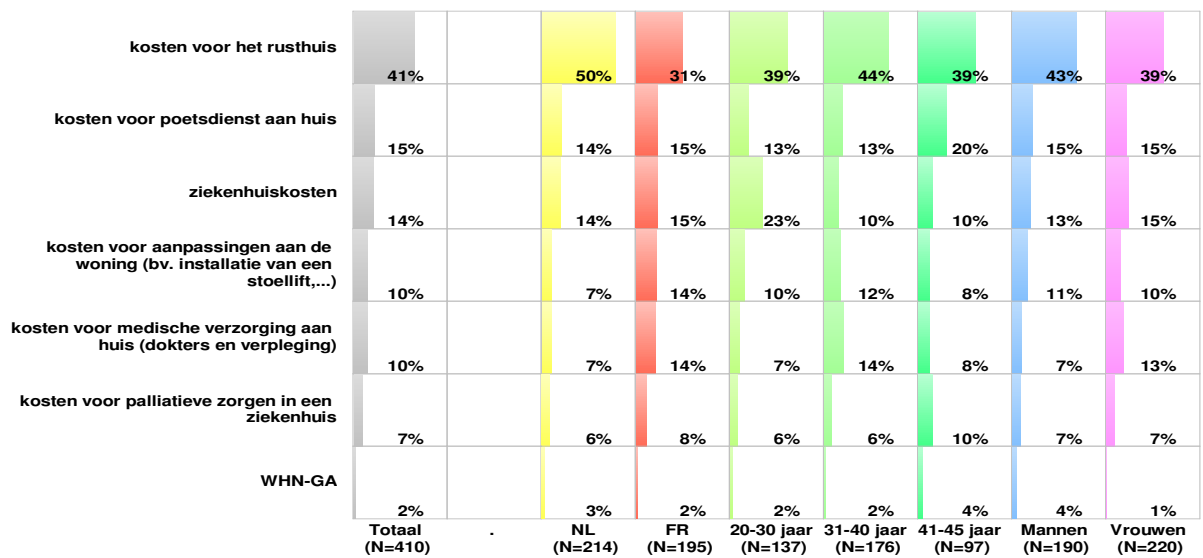
Figuur 7.4: Mate waarin het ouder worden de respondenten bezighoudt



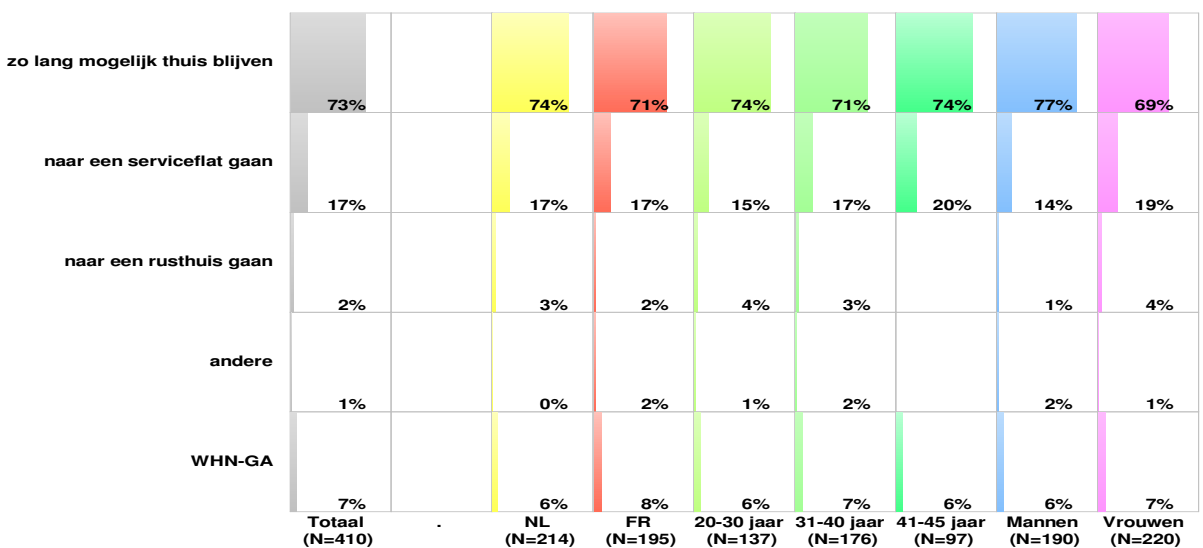
7.2.2.2 Mate van belangrijkheid van mogelijke kosten en de ideale situatie later

Aan de respondenten werd een lijst gegeven met mogelijke kosten die gepaard kunnen gaan met het ouder worden. 41% beschouwt de kosten van het rusthuis als de belangrijkste. Dit staat weergegeven in figuur 7.5. Echter, bij de vraag naar de ideale situatie wanneer men oud is, verkiest 73% om zo lang mogelijk thuis te blijven. Dit blijkt uit figuur 7.6.

Figuur 7.5: Belangrijkste kosten die gepaard gaan met het ouder worden



Figuur 7.6: Ideale situatie als men oud is

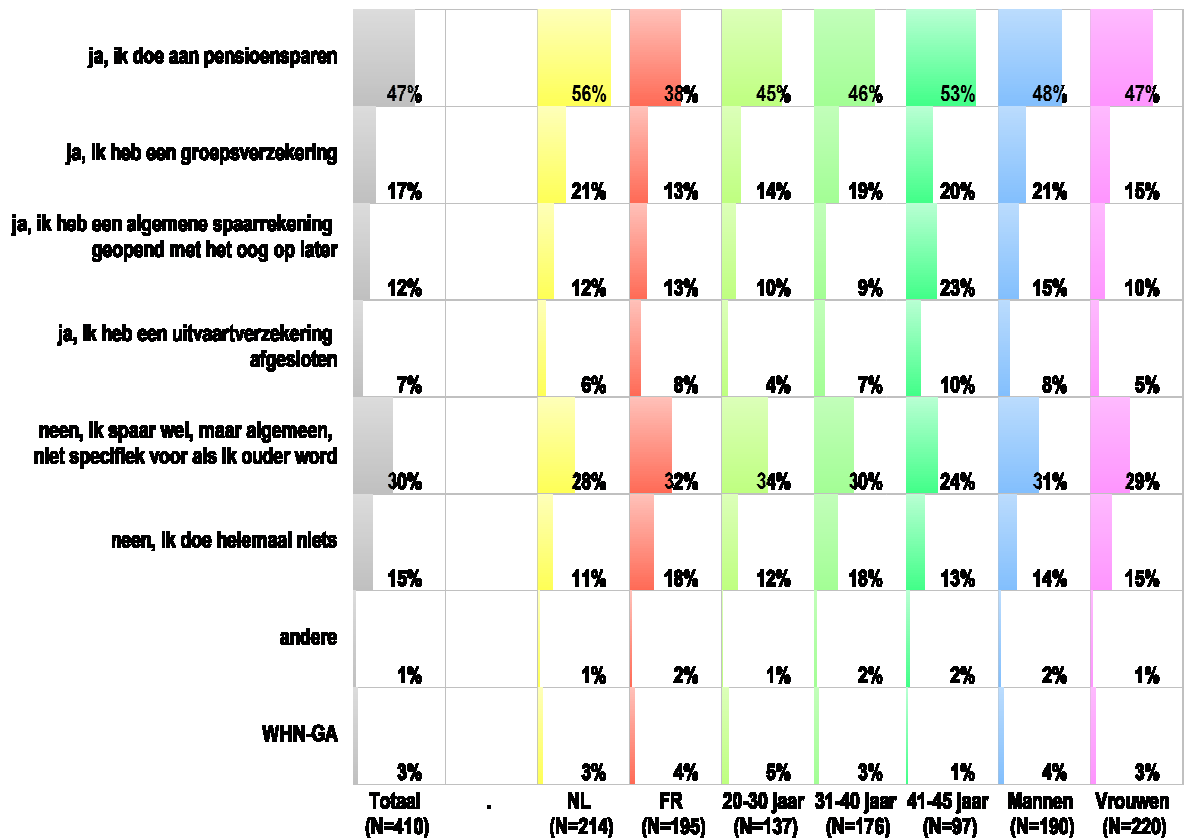


Aan de respondenten werd ook gevraagd of zij nog andere belangrijke kosten zagen die gepaard kunnen gaan met het ouder worden en die niet in de lijst zijn opgenomen. 88% beantwoordt deze vraag negatief. De andere kosten die men nog ziet, hebben voornamelijk te maken met uitvaart (2%), medicatie (2%) en transport (2%).

7.2.2.3 Het huidige en toekomstige sparen

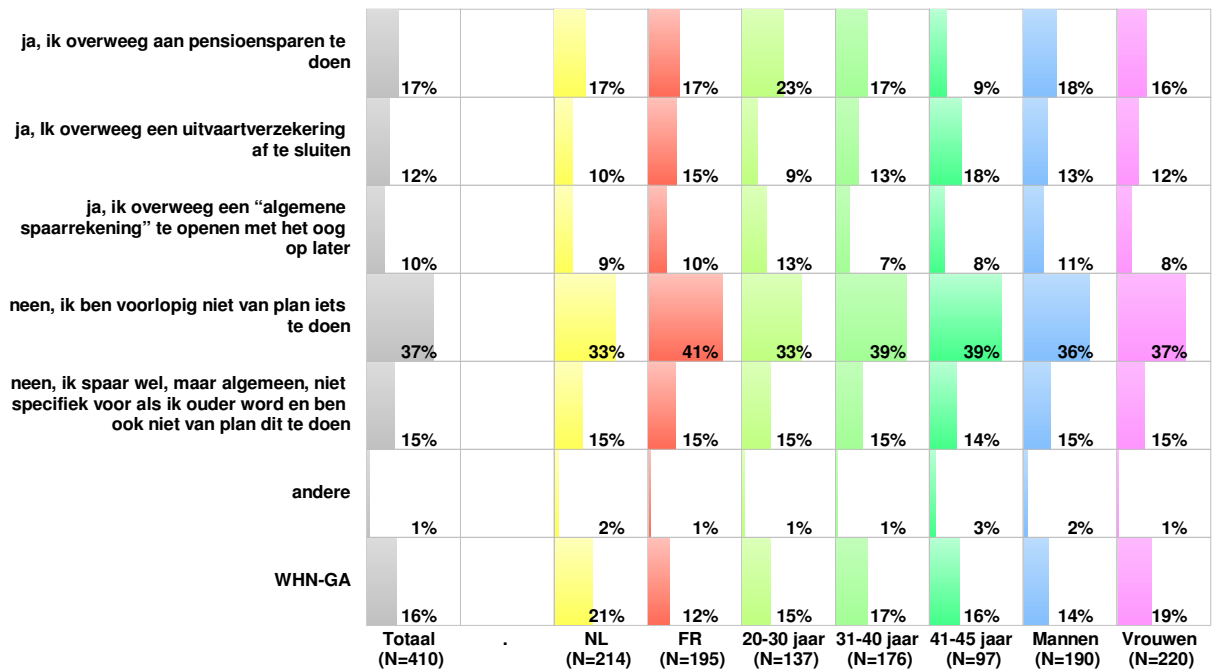
Uit figuur 7.7 blijkt dat 45% van de respondenten niet op de één of andere manier geld voorziet om de kosten van het ouder worden te betalen. Van degenen die hier wel in voorzien, doet 47% aan pensioensparen, doet 17% dit via een groepsverzekering, heeft 12% een algemene spaarrekening geopend met het oog op later en heeft 7% een uitvaartverzekering afgesloten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat in vergelijking met de Franstaligen vooral de Nederlandstalige respondenten aangeven te sparen. Dit bleek ook al eerder uit de resultaten van de focusgroepen.

Figuur 7.7: Voorzieningen om de kosten van het ouder worden, afhankelijk zijn, te betalen



Bij de vraag of men overweegt om in de nabije toekomst te sparen of een verzekering af te sluiten om de kosten die gepaard gaan met het ouder worden te betalen, antwoordt 17% te overwegen om aan pensioensparen te doen. 12% ziet het zitten een uitvaartverzekering af te sluiten. 52% antwoordt voorlopig niet van plan te zijn iets te doen. Dit blijkt uit figuur 7.8.

Figuur 7.8: Overwegingen om in de nabije toekomst te sparen/een verzekering af te sluiten om de kosten van ouder worden te dekken



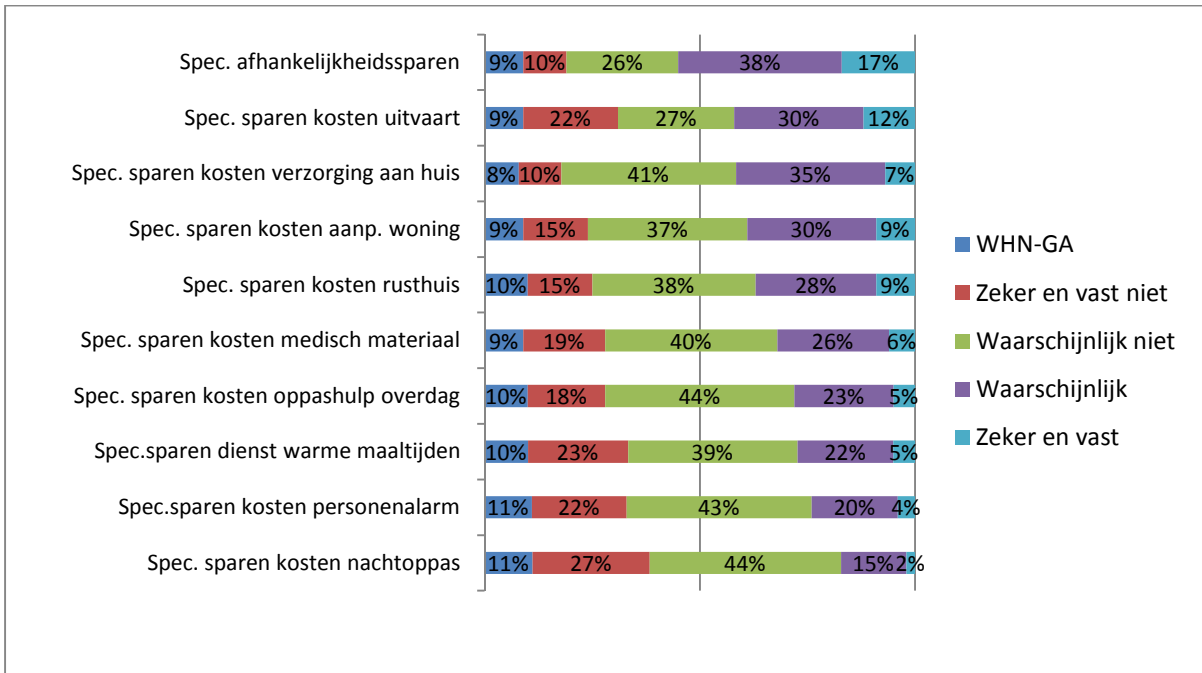
7.2.2.4 Interesses in verzekeringen

Gegeven enkele voorbeelden van kosten die gepaard gaan met het ouder worden en de vraag in welke mate men geïnteresseerd is hiervoor op voorhand te sparen, komen de volgende antwoorden naar boven:

- 55% is geïnteresseerd om aan specifiek afhankelijkheidssparen te doen, sparen voor kosten die men zou kunnen hebben;
- 42% is geïnteresseerd om specifiek te sparen voor de kosten van uitvaart later;
- 42% is geïnteresseerd om specifiek te sparen voor de kosten van verzorging aan huis.

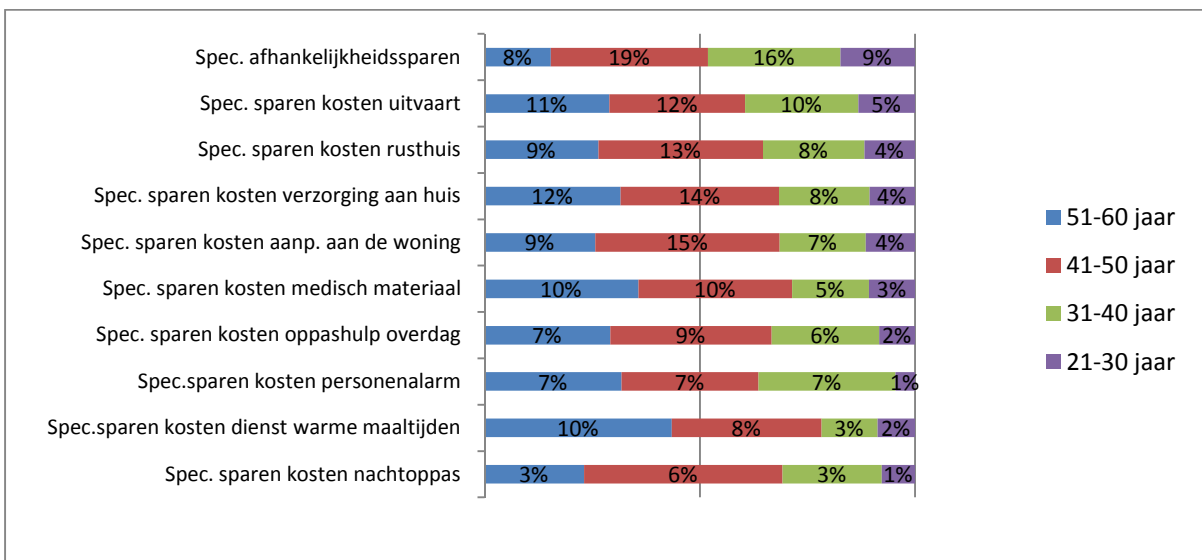
Dit is terug te vinden in figuur 7.9.

Figuur 7.9: Kosten waarvoor men geïnteresseerd is om op voorhand te sparen



Wat betreft het afhankelijkheidssparen blijkt uit figuur 7.10 dat 25% tussen 21 en 40 jaar hiervoor wilt beginnen sparen. 15% wilt vanaf deze leeftijd beginnen sparen voor de kosten van uitvaart later en 12% voor de kosten van verzorging aan huis.

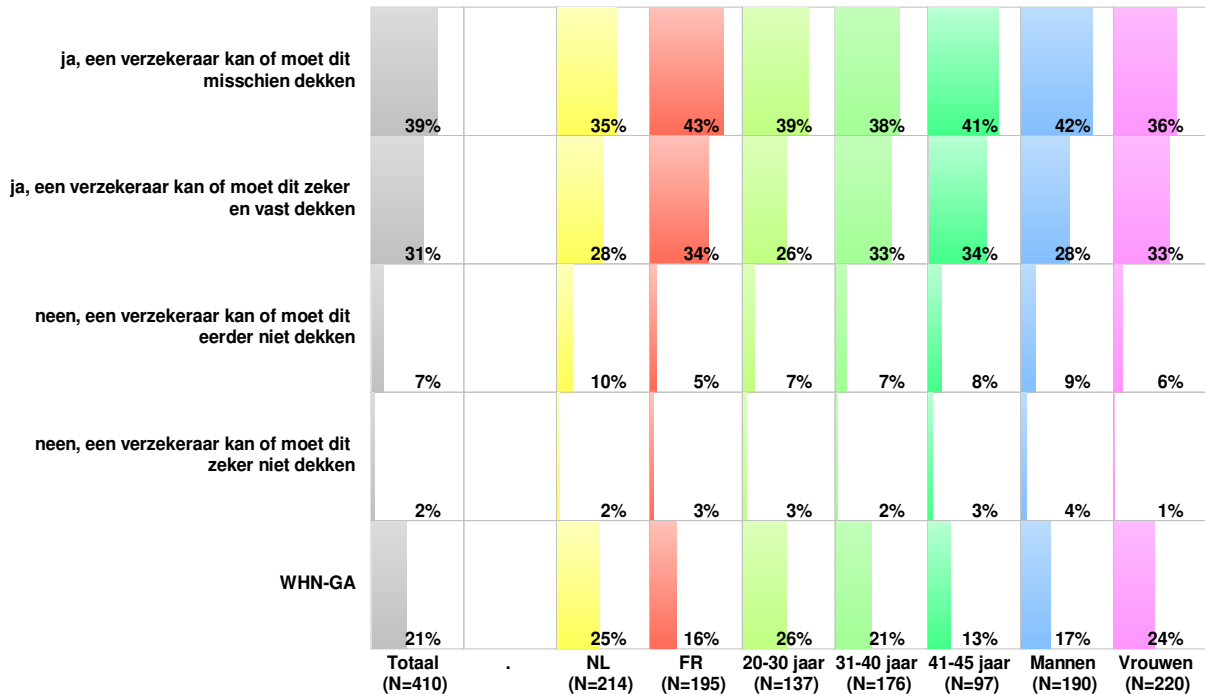
Figuur 7.10: De leeftijd vanaf wanneer men wilt beginnen te sparen



7.2.2.5 Dekking van de kosten

Bij de vraag wie de kosten gepaard met de vergrijzing moet dekken, vindt 70% van de respondenten dat deze kosten misschien of zeker en vast gedekt kunnen worden door een verzekeraar. Dit staat weergegeven in figuur 7.11.

Figuur 7.11: Kan een verzekeraar de kosten gepaard met het ouder worden dekken?



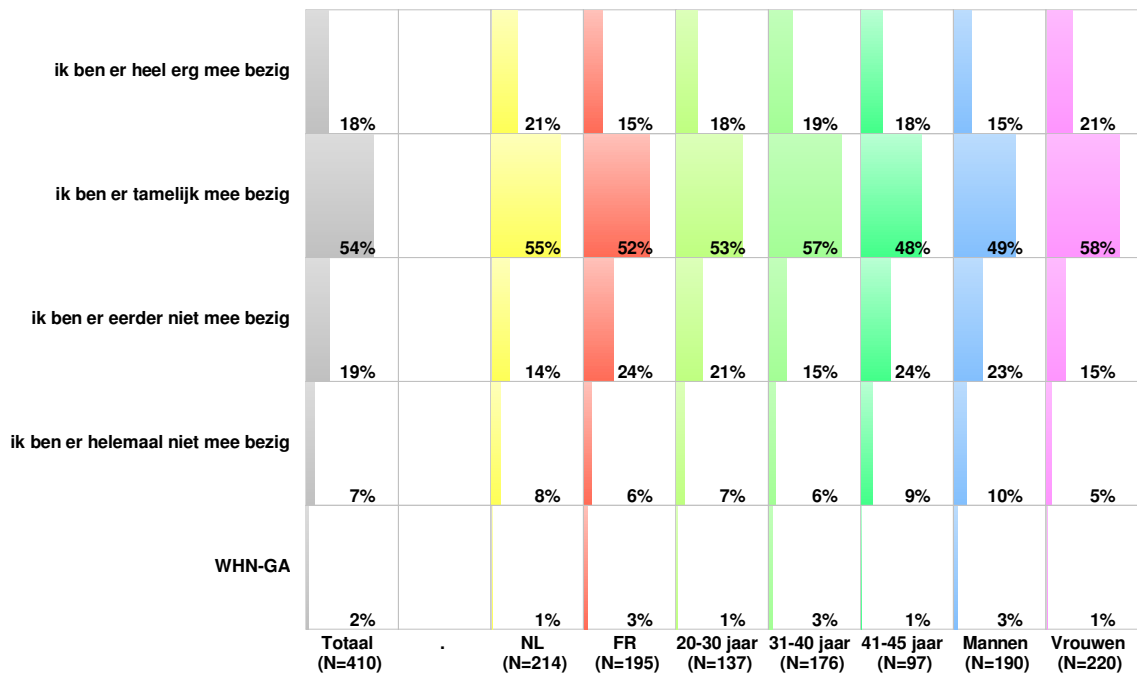
Van de 40 respondenten (9%) die vinden dat de kosten niet gedekt kunnen worden door een verzekeraar, antwoordt 68% dat de overheid hiervoor moet instaan. 60% vindt dit de taak van de mutualiteiten en 13% meent dat deze kosten helemaal niet gedekt zouden moeten worden.

7.2.3 De gezondheid

7.2.3.1 "In beslagname" van de gezondheid

Figuur 7.12 toont dat 72% van de respondenten aangeeft tamelijk tot heel erg met de gezondheid bezig te zijn. Daarnaast blijkt uit de resultaten van de enquête dat 41% van deze groep zich zorgen maakt over zijn/haar gezondheid op zowel korte als op langere termijn.

Figuur 7.12: Mate waarin de gezondheid de respondenten bezighoudt



7.2.3.2 Mate van impact van mogelijke kosten omtrent de gezondheid

Aan de respondenten werd een lijst gegeven met mogelijke kosten die gepaard gaan met de gezondheid. Uit figuur 7.13 blijkt dat de respondenten de volgende vijf kosten beschouwen als de belangrijkste (hoogste) voor zichzelf en het gezin:

- 47% ziekenhuiskosten;
- 44% kosten voor de tandarts;
- 43% kosten voor de huisarts;
- 43% kosten voor specialisten;
- 42% kosten voor gezonde voeding.

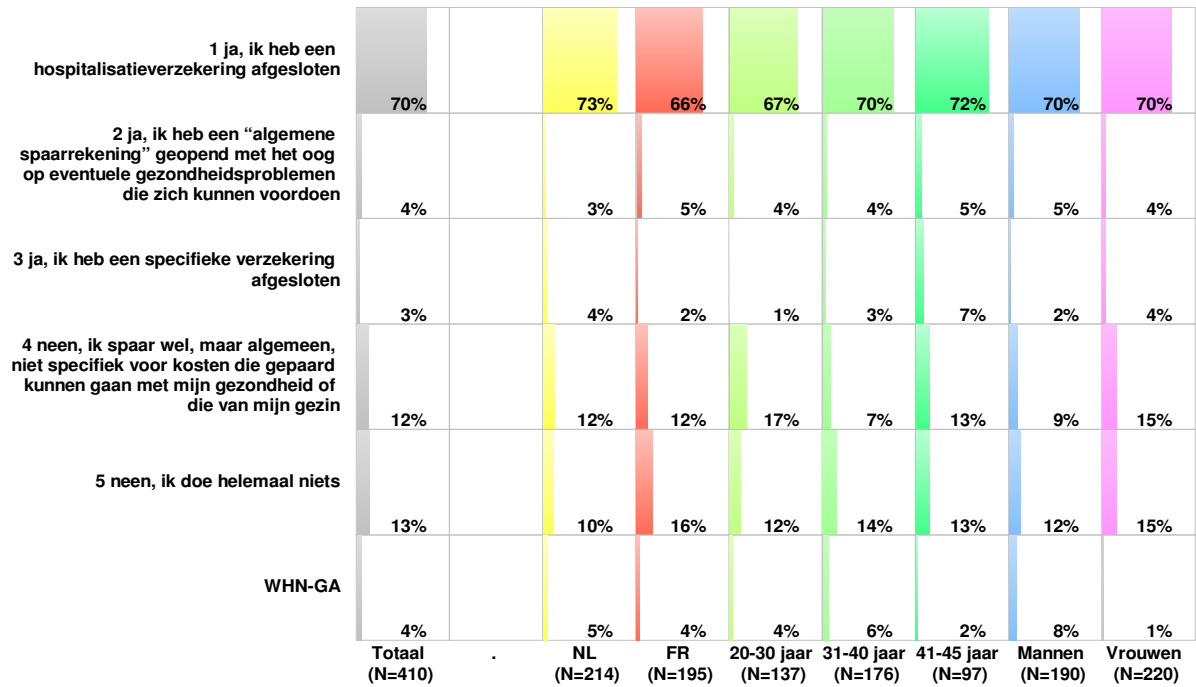
Figuur 7.13: Belangrijkste kosten die gepaard gaan met de gezondheid

ziekenhuiskosten	47%	43%	51%	50%	41%	52%	48%	45%
kosten voor tandarts	44%	43%	44%	45%	45%	38%	43%	45%
kosten voor de huisarts	43%	47%	39%	47%	45%	34%	41%	45%
kosten voor specialisten	43%	37%	49%	42%	38%	53%	41%	45%
kosten voor gezonde voeding	42%	42%	42%	42%	47%	31%	35%	48%
kosten voor brillen / lenzen	37%	32%	42%	41%	33%	37%	32%	40%
kosten voor sport en ontspanning	32%	36%	28%	35%	32%	28%	32%	33%
kosten voor gynaecoloog	19%	21%	17%	29%	17%	8%	8%	29%
kosten voor orthodontisch materiaal	16%	12%	20%	6%	16%	29%	14%	17%
kosten voor kinesitherapeut	16%	13%	18%	16%	14%	18%	12%	19%
kosten voor preventieve onderzoeken	12%	10%	15%	10%	13%	14%	9%	15%
kosten voor kinderarts	11%	13%	9%	9%	18%	2%	8%	14%
kosten voor oogarts	10%	10%	11%	11%	9%	13%	12%	9%
kosten voor jaarlijkse bloedcontrole	9%	7%	10%	9%	10%	5%	10%	7%
kosten voor psycholoog / psychiater	7%	7%	8%	6%	10%	5%	4%	10%
kosten voor cardioloog	6%	4%	9%	5%	5%	10%	6%	6%
kosten voor logopedist	2%	2%	1%	1%	3%	1%	1%	3%
kosten voor vaccinatie	1%	2%	1%	1%	2%	1%	1%	2%
WHN-GA	5%	6%	4%	3%	7%	5%	9%	2%
Totaal (N=410)		NL (N=214)	FR (N=195)	20-30 jaar (N=137)	31-40 jaar (N=176)	41-45 jaar (N=97)	Mannen (N=190)	Vrouwen (N=220)

7.2.3.3 Het huidige en toekomstige sparen

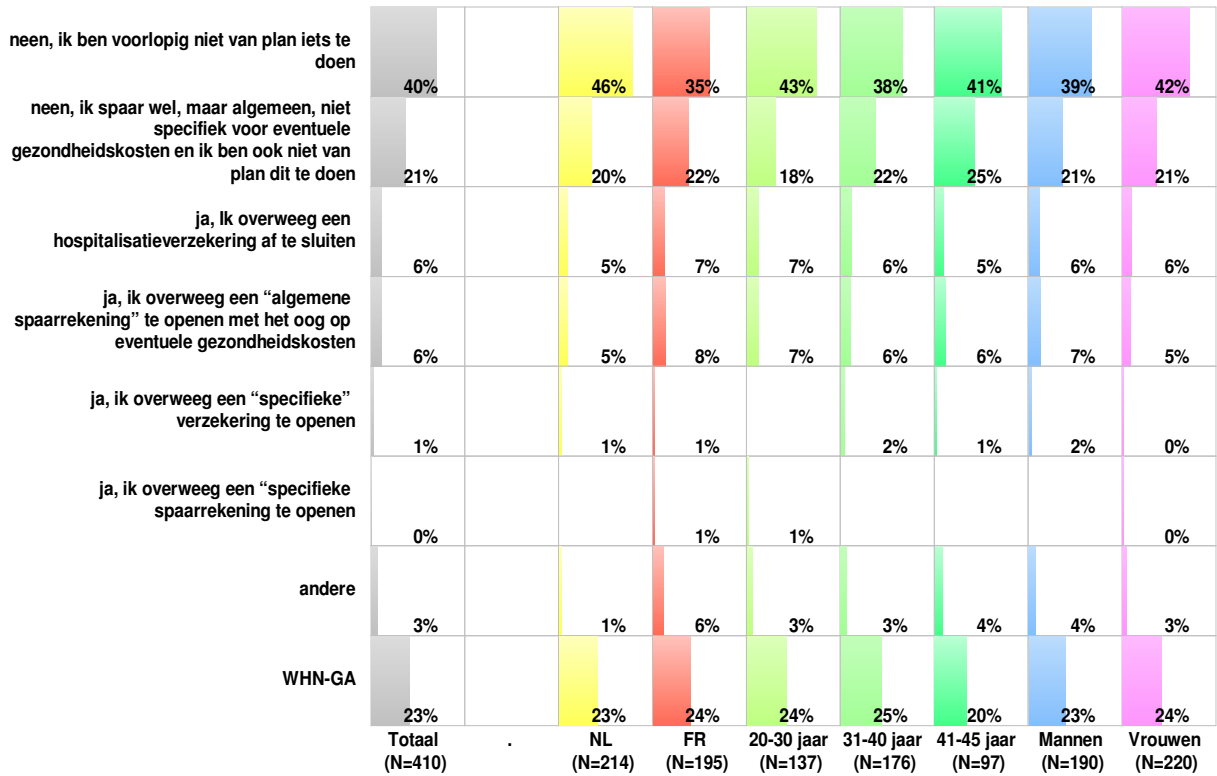
Figuur 7.14 laat zien dat 77% van de respondenten op de één of andere manier spaart om de kosten van gezondheid te dekken. Voornamelijk gebeurt dit via de hospitalisatieverzekering (70%). Dit werd al duidelijk bij een eerder antwoord aangaande het algemeen verzekeringsprofiel. In het begin van de enquête bij de vraag welke verzekeringen de respondenten hebben afgesloten, antwoordt namelijk 70% van de respondenten dat ze een hospitalisatieverzekering heeft afgesloten.

Figuur 7.14: Spaart u op de één of andere manier om de kosten gepaard met de gezondheid te dekken?



Meer dan de helft van de respondenten, zijnde 61%, is niet bereid om in de nabije toekomst te sparen of een verzekering af te sluiten om de gezondheidskosten te dekken. Slechts 13% overweegt dit wel te doen, waarvan 6% verkiest dit te doen via het afsluiten van een hospitalisatieverzekering en 6% via het openen van een algemene spaarrekening met het oog op eventuele gezondheidskosten. Dit staat weergegeven in figuur 7.15.

Figuur 7.15: Overwegingen om in de nabije toekomst te sparen/een verzekering af te sluiten om de gezondheidskosten te dekken



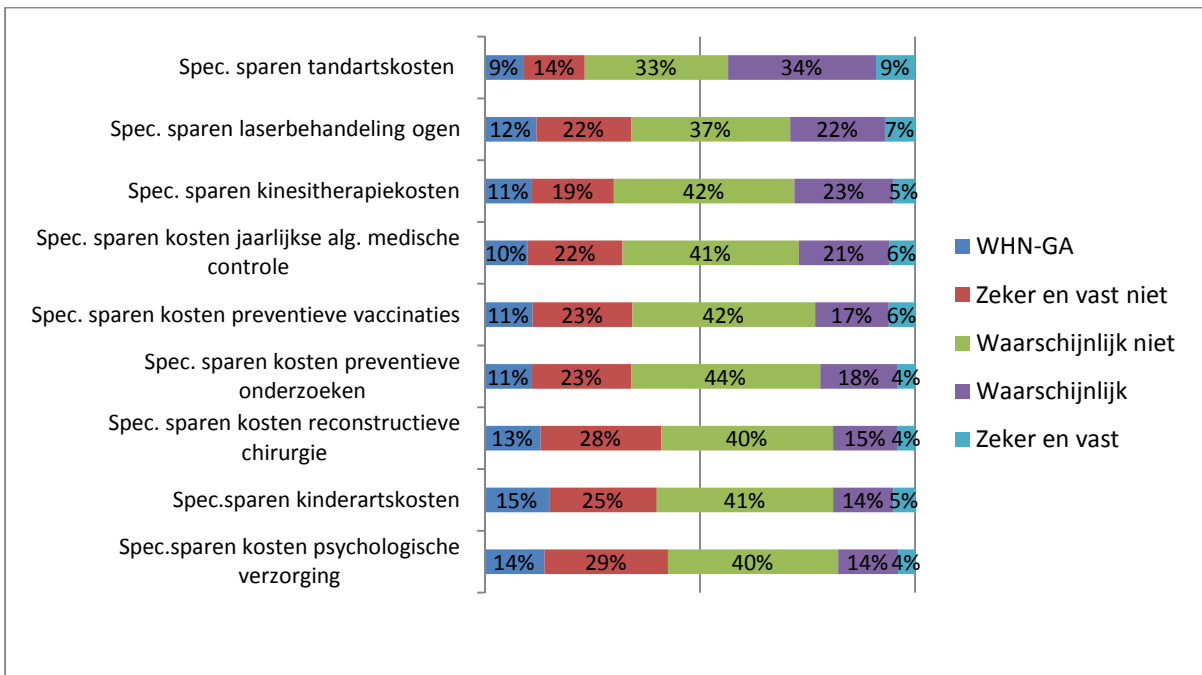
7.2.3.4 Interesses in verzekeringen

Gegeven enkele voorbeelden van kosten die gepaard gaan met de gezondheid en de vraag in welke mate men geïnteresseerd is hiervoor op voorhand te sparen, komen de volgende antwoorden naar boven:

- 43% is geïnteresseerd specifiek te sparen om alle tandartskosten te bekostigen;
- 29% is geïnteresseerd specifiek te sparen voor een laserbehandeling van de ogen;
- 28% is geïnteresseerd specifiek te sparen om alle kinesithérapiekosten te bekostigen.

Dit staat weergegeven in figuur 7.16.

Figuur 7.16: Kosten waarvoor men geïnteresseerd is om op voorhand te sparen

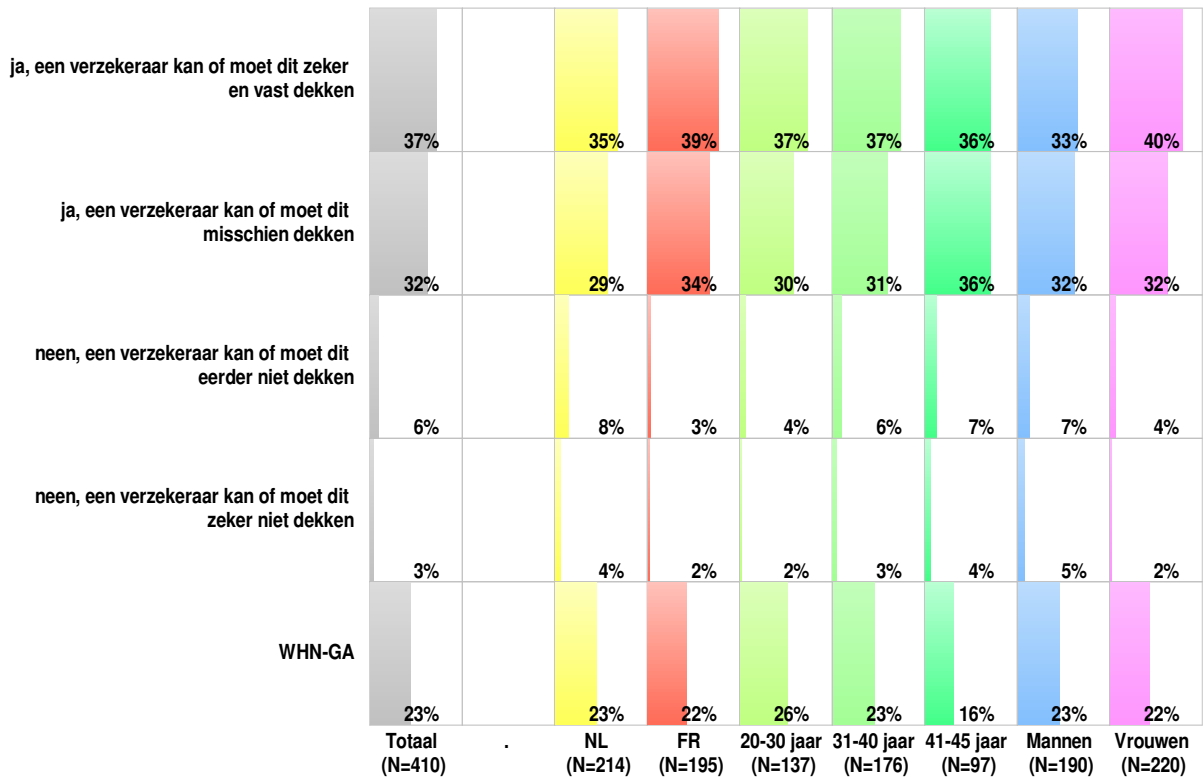


Wat betreft het specifiek sparen om alle tandartskosten te kunnen bekostigen, blijkt uit de enquête dat 30% tussen 20 en 40 jaar hiervoor wilt beginnen sparen. 19% wilt vanaf deze leeftijd beginnen sparen voor de kosten van laserbehandeling van de ogen en 20% voor de kinesitherapiekosten.

7.2.3.5 Dekking van de kosten

Bij de vraag wie de kosten gepaard met de gezondheid moet dekken, antwoordt 69% van de respondenten dat een verzekeraar deze kosten misschien of zeker en vast moet dekken. Dit blijkt uit figuur 7.17.

Figuur 7.17: Kan een verzekeraar de kosten gepaard met de gezondheid dekken?



Van de 36 respondenten (9%) die vinden dat de kosten niet gedekt kunnen worden door een verzekeraar, antwoordt 75% dat de mutualiteiten hiervoor moeten instaan.

8 Conclusie

In dit laatste hoofdstuk worden de algemene besluiten geformuleerd alsook de besluiten omtrent de productinvulling voor Ethias en de aanbevelingen naar het beleid toe. Er wordt afgesloten door aan te geven op welk vlak er verder onderzoek kan gebeuren.

8.1 Algemene besluiten

Ons Belgische gezondheidszorgsysteem wordt gekenmerkt door de verplichte ziekteverzekering met een zeer brede dekkingsgraad die gefinancierd wordt door sociale bijdragen en belastingen. De Sociale Zekerheid staat in voor deze wettelijke ziekteverzekering. Naast de aanwezigheid van de verplichte ziekteverzekering zijn de sterke punten van onze Belgische gezondheidszorg de vrijheid van de patiënten en zorgverstrekkers en de toegankelijkheid tot het gezondheidszorgsysteem.

Volgens de Europese Commissie (2008) is er een internationale tendens van stijgende gezondheidsuitgaven die leiden tot een grote druk op de wettelijke ziektekostenverzekering. Het fenomeen van de vergrijzing, de snelle technologische vooruitgang in de medische sector, het overaanbod aan medische verstrekkingen en personeel, het Baumol-effect, de groeiende comfortvraag en het feit dat er weinig incentives zijn voor goed beheer kunnen beschouwd worden als verklarende factoren voor de stijgende uitgaven.

In België en in de meeste andere Europese landen betaalt de wettelijke ziektekostenverzekering het grootste gedeelte van de gezondheidszorg, maar niet alle kosten worden gedekt. Ondertussen financiert de overheid in België nog 75% van de gezondheidsuitgaven, de rest is voor rekening van de patiënt.

De OESO (2009) verklaart dat de gezondheidsuitgaven in België relatief hoog liggen en bovendien sneller stijgen dan het OESO-gemiddelde. België besteedde in 2007 gemiddeld 10,2% van het BBP aan gezondheidsuitgaven, 1,3% meer dan het OESO-gemiddelde. Dit maakt dat ons land tot de vijf landen met de hoogste gezondheidsuitgaven behoort.

Door de stijgende gezondheidszorgkosten worden de terugbetalingen van de verplichte ziekteverzekering beperkt. Om zich tegen het risico van hoge medische kosten te beschermen, kunnen patiënten een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten.

Ondertussen hebben reeds 7 miljoen Belgen een aanvullende ziekteverzekering afgesloten. De Belgische hospitalisatiesector wordt gekenmerkt door twee grote trends, zijnde een stijging van de premies en een daling van het aantal aanbieders. Bovendien bevorderen de aanwezigheid van de problemen adverse selectie en moreel risico de inefficiënte werking van de verzekeringsmarkt.

De vergrijzing, veroorzaakt door een combinatie van lagere vruchtbaarheid en hogere levensverwachting, vormt een essentiële beleidsuitdaging voor België. Volgens de Studiecommissie voor de Vergrijzing (2009) zullen de overheidsuitgaven in het kader van de vergrijzing tussen 2008 en 2060 stijgen met maar liefst 8,2% van het BBP. De Nationale Bank van België (2007) voegt hieraan toe dat de weerslag van de vergrijzing op de overheidsuitgaven vooral vanaf 2010 sterk tot uiting zal komen. Om hieraan het hoofd te kunnen bieden, is het noodzakelijk dat er verder wordt gewerkt aan een strategie die zowel budgettair als economisch gericht is en sociale beleidsaspecten bevat. De sleutelementen van deze strategie zijn het afbouwen van de overheidsschuld, het verhogen van de arbeidsparticipatie, het verhogen van de productiviteit en het hervormen van de pensioen- en gezondheidszorgstelsels. België heeft al een aantal maatregelen genomen om tegemoet te komen aan de behoeften van de vergrijzing, zoals het Zilverfonds en het Generatiepact. Ons land is dus al op de goede weg, maar wat betreft de houdbaarheid van de overheidsfinanciën op lange termijn behoort België nog steeds tot de groep van landen met een middelgroot risico.

Inzake de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg dient een langetermijnvisie gehanteerd te worden. Het overheidsbeleid staat voor een grote uitdaging om het huidige sociale zekerheidsstelsel in stand houden. Een eerste mogelijkheid om tegemoet te komen aan de kosten is het aantrekken van meer middelen, maar deze optie lijkt moeilijk uit te voeren aangezien arbeid nu al zeer duur is en België één van de Europese landen is met de hoogste belastingen. Een tweede optie bestaat in de responsabilisering van zowel de vraag- als aanbodzijde van de markt van de gezondheidszorg. Het responsabiliseren van alle actoren kan ruimte creëren voor kostenbesparende maatregelen. Een derde mogelijkheid is de privatisering van de gezondheidszorg. Echter, uit een studie van de CM uitgevoerd in 2002 blijkt dat de Belgen tevreden zijn met het huidige systeem en dat bijna de volledige Belgische bevolking tegen een privatisering van de gezondheidszorg is. Een drastische hervorming dient dus goed overdacht te worden.

8.2 Besluit omtrent product placement Ethias

Uit de resultaten van het empirisch praktijkonderzoek blijkt duidelijk dat de jongere generatie van onze Belgische bevolking meer bereid is te sparen voor de kosten van het ouder worden dan voor de gezondheidskosten. De nieuwe verzekering van Ethias zal zich dan ook in dit eerste domein moeten bevinden. Wat betreft de soort verzekering is de meerderheid van de respondenten, zijnde 55%, geïnteresseerd om aan specifiek afhankelijkheidssparen te doen, sparen voor kosten die men zou kunnen hebben als men oud is. 25% ziet het zitten om tussen 21 en 40 jaar te beginnen sparen voor dergelijke verzekering. Dit is dan ook de doelgroep waarop Ethias zich voornamelijk dient te focussen.

Indien er nog middelen ter beschikking zijn voor het invoeren van een nieuwe verzekering aangaande de gezondheid, dan is een spaarformule specifiek om alle tandartskosten te kunnen bekostigen hier de beste optie. 44% van de respondenten beschouwt de kosten voor de tandarts namelijk als de hoogste. 43% is dan ook geïnteresseerd om specifiek voor deze kosten te sparen en 30% is bereid hiervoor beginnen te sparen tussen 20 en 40 jaar.

8.3 Aanbevelingen naar het beleid toe

Het huidige Belgische gezondheidszorgsysteem is te duur. Aan het systeem zelf moet iets veranderen en hierbij dient de optie privatisering zeker overwogen te worden. In Nederland hebben ze al gekozen voor deze optie en wordt het aanbod van gezondheidsdiensten verzorgd door private instellingen via een sterk gereguleerde markt. De Nederlandse overheid blijft wel verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Privatisering kan verschillende voordelen met zich meebrengen. De marktwerking zal er immers voor zorgen dat alle betrokken partijen efficiëntere kosten-baten afwegingen maken. Indien de ziekenfondsen omgevormd worden tot verzekeraars die moeten concurreren met de andere verzekeraars zullen zij namelijk veel meer geconfronteerd worden met de financiële consequenties van hun acties. Dit kan leiden tot welvaartswinst. In de micro-economie wordt een hogere mate van mededinging geassocieerd met efficiëntere productie, lagere prijzen en een ruimer keuzeaanbod voor de consumenten.

Macro-economisch wordt aangenomen dat meer mededinging leidt tot een toename van het langetermijn outputniveau en meer productie en bestedingen zonder dat dit gepaard gaat met een stijging van het algemene prijsniveau. Anderzijds is het zo dat meer marktwerking ook kan leiden tot hogere uitvoeringskosten voor de verzekeraars en bijgevolg tot hogere premies. Dit heeft dan geen gunstig effect op de welvaart. De voordelen van een privatisering dienen dus te worden afgewogen tegen dit mogelijk negatief gevolg en bovendien ook tegen het feit dat de Belgische bevolking dit systeem niet direct ziet zitten. Dit blijkt namelijk uit een studie van de CM uit 2002.

Uit het empirisch praktijkonderzoek blijkt dat meer dan de helft van onze jonge Belgische bevolking bereid is een afhankelijkheidsverzekering aan te gaan. Gebaseerd op dit resultaat ben ik van oordeel dat het een goed idee zou zijn om het afhankelijkheidssparen fiscaal aantrekkelijk te maken. Dergelijke stimulans door de overheid is al eerder gebeurd bij het pensioensparen. Door de vergrijzing komt de betaalbaarheid van de pensioenen in het gedrang en sparen voor een goed pensioen later is daardoor noodzakelijk geworden. De overheid heeft hierop ingespeeld en ervoor gezorgd dat elke belastingplichtige Belg een bepaald maximumbedrag voor zijn of haar pensioen kan sparen en dit bedrag vervolgens kan aftrekken van het belastbaar inkomen. Pensioensparen is door deze fiscale stimulans zeer populair geworden. Indien dit ook het geval zou worden voor het afhankelijkheidssparen zou dit zeer gunstig zijn om tegemoet te komen aan de kosten van de vergrijzing.

De overheid kan ook zelf een afhankelijkheidsverzekering invoeren. Een dergelijke verzekering bestaat al in Frankrijk, Duitsland en Luxemburg. Op 1 oktober 2001 werd in Vlaanderen een verplichte zorgverzekering ingevoerd. Deze verzekering biedt een tegemoetkoming in de kosten voor niet-medische zorg die gepaard gaan met het ouder worden. Alle inwoners van Vlaanderen ouder dan 25 jaar zijn verplicht zich hierbij aan te sluiten door lid te worden van een door de Vlaamse overheid erkende zorgkas. Iedereen die is aangesloten moet jaarlijks een bijdrage betalen. Uit de resultaten van het praktijkonderzoek bleek dat de Belgische bevolking nood heeft aan een specifieke afhankelijkheidsverzekering. Enkel het bestaan van de Vlaamse zorgverzekering is dus onvoldoende om alle kosten in geval van afhankelijkheid te dekken. Een logisch besluit hierbij is dat de afhankelijkheidsverzekering zeker een plaats verdient binnen de Sociale Zekerheid.

Wat betreft de betaalbaarheid van de gezondheidszorg werden er al een aantal preventieve maatregelen genomen om gezondheidskosten te vermijden, zoals de verschillende bewustmakingscampagnes van de Europese Commissie, het nationaal plan voor kanker en het eigen preventief gezondheidsbeleid dat Vlaanderen voert. Deze initiatieven zijn stappen in de goede richting, maar het is belangrijk dat er verder wordt gewerkt aan het voeren van een goed uitgewerkt preventief gezondheidsbeleid om de problemen binnen de gezondheidszorg op een structurele wijze aan te pakken. Toch is het niet altijd even evident om een preventief beleid te voeren. Investerings in preventie zijn risicovol aangezien de voordelen ervan zich vaak pas op langere termijn voordoen. Bovendien is onze Belgische politieke context nogal versnipperd wat betreft de bevoegdheden inzake gezondheidszorg. De ziekteverzekering is een federale aangelegenheid en preventie behoort tot het domein van de Gemeenschappen. Inspanningen van de Gemeenschappen op het vlak van preventie zullen dus voornamelijk de federale autoriteiten ten goede komen. Toch mag niet uit het oog verloren worden dat een preventief gezondheidsbeleid meerdere voordelen biedt. Allereerst kan men door het voorkomen van ziekten en de vermindering van de ernst ervan, de gehele bevolking een betere levenskwaliteit garanderen. Een gericht preventiebeleid kan vervolgens leiden tot besparingen op de ziekteverzekering, aangezien kosten van toekomstige behandelingen vermeden of beperkt worden. Daarnaast zal de productiviteit van de werkende bevolking, die in een betere gezondheidstoestand verkeert, erop vooruitgaan.

8.4 Aanzet tot verder onderzoek

Het lijkt een goed idee om verder onderzoek te voeren naar de mate waarin het mogelijk is voor de overheid om het afhankelijkheidsparen fiscaal aantrekkelijk te maken. De meerderheid van onze jonge Belgische bevolking ziet het zitten dergelijke afhankelijkheidsverzekering af te sluiten. Als de overheid op deze bevinding inspeelt door fiscale stimulansen te bieden, kunnen er belangrijke kostenbesparingen inzake de vergrijzing worden teweeggebracht.

Verder onderzoek kan ook gebeuren naar de invoering van een afhankelijkheidsverzekering door de overheid. Het uitvoeren van een kosten-baten analyse van dergelijke afhankelijkheidsverzekering zou hierop een interessante kijk kunnen geven.

In het empirisch praktijkonderzoek werd aan de respondenten gevraagd in welke soort verzekeringen zij geïnteresseerd zouden zijn. Verder onderzoek kan gebeuren naar de waarde die de burger/patiënt hecht aan zijn of haar aanvullende ziekteverzekering en welke de bereidheid tot betalen is voor een nieuwe verzekering, zoals de afhankelijkheidsverzekering die het resultaat is van dit onderzoek. Op die manier kan de verzekeraar een beter inzicht verkrijgen in de waarde die een verzekerde hecht aan zijn/haar ziekteverzekering en acties ondernemen die dichter aansluiten bij de wensen van de verzekerde.

In de aanbevelingen naar het beleid toe werd het belang van een preventief gezondheidsbeleid besproken. Verder onderzoek kan ook gebeuren naar de rol van dergelijk preventiebeleid op de rentabiliteit van het algemeen gezondheidsbeleid. Dit kan bijvoorbeeld door het aandeel te berekenen van de opbrengsten of vermeden kosten die de preventieve acties met zich meebrengen in de totale opbrengsten van het algemeen gezondheidsbeleid.

Lijst van geraadpleegde werken

- Acocella, N. (2005). *Economic Policy in the Age of Globalisation*. Cambridge: Cambridge.
- Alles wat je altijd al wilde weten over de Sociale Zekerheid*. (2008). Opgevraagd op 18 augustus, 2009, via <http://www.socialsecurity.fgov.be>.
- Avalosse, H., Cornelis, K., Léonard, C., & Verniest, R. (2005). *De vergrijzing, een collectieve uitdaging*. Opgevraagd op 11 augustus, 2009, via <http://www.cm.be>.
- Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis, K., & Mertens, R. (2009). Gezondheidsongelijkheid in België. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 51, 145-170.
- Belg kostte in 2007 gemiddeld 1 773 euro aan de Sociale Zekerheid. (2009, 29 juni). *De Standaard*. Opgevraagd op 15 augustus, 2009, via <http://www.destandaard.be>.
- Berghman, J. (2003). *Honderd jaar Sociale Zekerheid in Nederland*. Delft: Eburon.
- Crainich, D., & Daue, F. (2008). *Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?*. Opgevraagd op 29 maart, 2010, via <http://www.itinerainstitute.org>.
- Deceunynck, F. (2006). Zo vermijdt u problemen met uw hospitalisatie. *Netto*, 10-12.
- De Block, M., & Lanjri, N. (2004). *De vergrijzing van de samenleving*. Opgevraagd op 27 augustus, 2009, via <http://www.dekamer.be>.
- De aanvullende ziektekostenverzekering*. (z.d.). Opgevraagd op 29 augustus, 2009, via <http://www.assuralia.be>.
- De evolutie van de uitgaven voor de gezondheidszorg in België*. (2006). Opgevraagd op 26 augustus, 2009, via <http://www.cm.be>.
- De houdbaarheid van de overheidsfinanciën in het licht van de vergrijzing. (2007). *Economisch tijdschrift, september 2007*. Opgevraagd op 5 september, 2009, via <http://www.nbb.be>.
- De invloed van het Generatiepact op de uitkeringsverzekering*. (2009). Opgevraagd op 10 augustus, 2009, via <http://www.riziv.fgov.be>.
- De nationale uitgaven in de gezondheidszorg*. (2009). Opgevraagd op 15 augustus, 2009, via <http://www.assuralia.be>.

De positie van de private ziektekostenverzekeraars in de Belgische gezondheidszorg: pleidooi voor een volwaardig partnership. (2002). Opgevraagd op 15 september, 2009, via <http://www.assuralia.be>.

De vergrijzing van de bevolking en de Sociale Zekerheid. (2009). Opgevraagd op 16 augustus, 2009, via <http://www.socialsecurity.be>.

De verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de arbeidsongevallen. (2009). Opgevraagd op 10 augustus, 2009, via <http://www.riziv.fgov.be>.

De wet van 20 juli 2007 voor een betere toegankelijkheid en continuïteit van de private ziekteverzekering. (2007). Opgevraagd op 22 augustus, 2009, via <http://www.assuralia.be>.

De Wilde, D. (1998). *Hoe ziek is de Belgische gezondheidssector: Heden en toekomst van de ziekteverzekering.* Leuven: Van Halewyck.

De ziekteverzekering in cijfers. (2007). Opgevraagd op 19 augustus, 2009, via <http://www.cm.be>.

Een nieuwe strategische benadering op het gebied van gezondheid voor de EU. (2008). Opgevraagd op 2 september, 2009, via <http://www.europa.eu>.

Eugène, B., Stragier, T., Van Cauter, K., & Van Meensel, L. (2005). *De financiën van de Sociale Zekerheid.* Opgevraagd op 29 augustus, 2009, via <http://www.nbb.be>.

Eurostat regional yearbook 2008. (2009). Opgevraagd op 5 september, 2009, via <http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Gegevens over de gebruikersbijdragen voor gezinszorg. (2006). Opgevraagd op 9 september, 2009, via <http://www.zorg-en-gezondheid.be>.

Gezondheid: Kerncijfers. (2009). Opgevraagd op 3 september, 2009, via <http://www.assuralia.be>.

Groei budget ziekteverzekering blijft binnen de norm. (2009, 27 augustus). Opgevraagd op 30 augustus, 2009, via <http://www.trends.be>.

Health Insurance Reform in the Netherlands. (2008). Opgevraagd op 6 september, 2009, via <http://www.cea.eu>.

Health spending and the economic crisis [Elektronische versie]. (2009). *Health Update*, 7, 1-16.

Heeft u een hospitalisatieverzekering?. (2009, 7 mei). *De Standaard*. Opgevraagd op 25 augustus, 2009, via <http://www.destandaard.be>.

Het RIZIV in de kijker. (2009). Opgevraagd op 25 augustus, 2009, via <http://www.riziv.fgov.be>.

Hospitalisatieverzekeringen: de waarheid heeft zijn rechten. (2008). Opgevraagd op 12 augustus, 2009, via <http://www.assuralia.be>.

Hospitalisatie steeds duurder. (2006). *Cash*, 40, 36.

IVA Vlaams Toekomstfonds. (2008). Opgevraagd op 15 oktober, 2009, via <http://www.fin.vlaanderen.be>.

Jaarlijks verslag Studiecommissie voor de Vergrijzing. (2009). Opgevraagd op 3 september, 2009, via <http://www.docufin.fgov.be>.

Jaarverslag over de werking van het Zilverfonds in 2008. (2009). Opgevraagd op 19 augustus, 2009, via <http://www.zilverfonds.fgov.be>.

Jaarverslag RIZIV 2006. (2007). Opgevraagd op 18 augustus, 2009, via <http://www.riziv.fgov.be>.

Jaarverslag RIZIV 2008. (2009). Opgevraagd op 18 augustus, 2009, via <http://www.riziv.fgov.be>.

Jacobs, T., Vanderleyden, L., & Van den Boer, L. (2004). *Op latere leeftijd: De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Leuven: Garant.

Kesteloot, K., Despontin, M., Jegers, M. & Marchand, M. (1995). Hervormingsvoorstellen in de gezondheidszorg: een micro-economische benadering. De sociale zekerheid verzekerd? *Referaten van het 22^{ste} Vlaamse Wetenschappelijk Economisch Congres*, VUBpress, Brussel, 371-412.

Kosten vergrijzing hoger dan geraamd. (2008, 2 juli). *Knack*. Opgevraagd op 20 augustus, 2009, via www.knack.be.

Lekeux, L. (2006). Individuele ziekteverzekering. Tariefstijging en hervorming. *De Verzekeringswereld*, 15, 29.

Markante feiten. (2009). Opgevraagd op 13 augustus, 2009, via <http://www.dkv.be>.

Nieuwe gezondheidsstrategie van de Europese Gemeenschap. (2006). Opgevraagd op 31 augustus, 2009, via <http://www.europa.eu>.

OECD health data 2008. (2009). Opgevraagd op 17 augustus, 2009, via <http://www.oecd.org>.

Over de Sociale Zekerheid. (z.d.). Opgevraagd op 27 augustus, 2009, via <http://www.socialsecurity.be>.

Pacolet, J., Deliège, D., Cattaert, G., Coudron, V., Peetermans, A., Artoisenet, C., Leroy, X., & Swine, C. (2004). *Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België*. Opgevraagd op 14 september, 2009, via <http://www.socialsecurity.fgov.be>.

Pacolet, J., Merckx, S., & Peetermans, A. (2008). *Is de thuiszorg onderontwikkeld in Vlaanderen en België?*. Opgevraagd op 11 september, 2009, via <http://www.hiva.be>.

Pieters, D., & Schoukens, P. (2006). *Triptiek sociale zekerheid*. Leuven: Acco.

Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (z.d.). *Concurrentie en privatisering in de ziekteverzekering: voorbij de clichés*. Opgevraagd op 26 augustus, 2009, via <http://www.econ.kuleuven.ac.be>.

Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2007). *Defederalisering van de Belgische gezondheidszorg?*. Opgevraagd op 24 maart, 2010, via <http://www.econ.kuleuven.ac.be>.

Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2005). Health care reform in Belgium. *Health economics*, 14, 25-39.

Sekaran, U. (2003). *Research methods for business - a skill building approach*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Sociale Zekerheid in het kort. (2008). Opgevraagd op 18 augustus, 2009, via <http://www.socialsecurity.fgov.be>.

Sociale Zekerheid is geen vraatzuchtig monstertje. (2009, 14 augustus). *De Standaard*. Opgevraagd op 1 september, 2009, via <http://www.destandaard.be>.

Strategisch rapport inzake sociale bescherming en insluiting 2008-2010. (2008). Opgevraagd op 14 augustus, 2009, via <http://www.ec.europa.eu>.

Tanghe, N. (2007, 11 juni). Uw ziekenhuisfactuur krijgt zuurstof. *De Standaard*. Opgevraagd op 20 augustus, 2009, via <http://www.destandaard.be>.

The European Health Insurance Market in 2006. (2008). Opgevraagd op 7 september, 2009, via <http://www.cea.eu>.

Van de Velden, W. (2009, 24 juli). Lat gelijk voor hospitalisatieverzekering. *De Tijd*. Opgevraagd op 10 augustus, 2009, via <http://www.detijd.be>.

Van Dijk, J.W.S., Nikkels-Agema, M.J.A., & Winters, H. (2008). *Praktijkgids Zorg & Inkomen 2007*. Amsterdam: Kluwer.

Van Poeck, A. (2007). *Economische politiek: Principes en ervaringen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Van Velthoven, B.C.J., & Van Wijck, P.W. (2007). *Recht en efficiëntie: Een inleiding in de economische analyse van het recht*. Deventer: Kluwer.

Vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling geneeskundige verzorging 2009. (2007). Opgevraagd op 15 augustus, 2009, via <http://www.riziv.fgov.be>.

Vergrijzing kost extra hap van BBP. (2009, 19 juni). *Knack*. Opgevraagd op 4 september, 2009, via <http://www.knack.be>.

Verhoef, H. (2008). *Sociale Zekerheid en Financiële planning*. Amsterdam: Kluwer.

Vlaams woonzorgplan voor ouderen. (2007). Opgevraagd op 9 september, 2009, via <http://www.sonjaclaes.be>.

Ziekteverzekering heeft 340 miljoen voor nieuwe initiatieven. (2007, 15 oktober). *Knack*. Opgevraagd op 7 september, 2009, via <http://www.knack.be>.

Zorgverzekering. (2009). Opgevraagd op 21 augustus, 2009, via <http://www.minvws.nl>.

Bijlage 1: Samenstelling focusgroepen

	Totaal	NL	FR
Taal			
○ Nederlands	9	9	-
○ Frans	9	-	9
Geslacht			
○ Man	9	4	5
○ Vrouw	9	5	4
Leeftijd			
○ 20 - 30 jaar	6	3	3
○ 31 - 40 jaar	6	2	4
○ 41 - 45 jaar	6	4	2
Totaal	18	9	9

Bijlage 2: Samenstelling steekproef

	Totaal	NL	FR
Taal			
○ Nederlands	214 52%	214	0
○ Frans	195 48%	0	195
Geslacht			
○ Man	190 46%	96 45%	94 48%
○ Vrouw	220 54%	118 55%	102 52%
Leeftijd			
○ 20 – 30 jaar	137 33%	79 37%	57 29%
○ 31 – 40 jaar	176 43%	90 42%	86 44%
○ 41 – 45 jaar	97 24%	45 21%	52 27%
Situatie			
○ Koppel met kind(eren)	179 44%	83 39%	96 49%
○ Alleenstaande ouder	38 9%	20 9%	17 9%
○ Nieuw samengesteld gezin met kind(eren)	24 6%	13 6%	11 6%
○ Koppel zonder kind/kind dat thuis woont	94 23%	54 25%	40 21%
○ Alleenstaande	63 15%	38 18%	25 13%
○ Andere	12 3%	6 3%	6 3%
Totaal	410	214	195

Bijlage 3: Screening

Screener	
Projectcode ETH1750	Nr. v/d de screener: _ _ _ _
Studie Verzekering gezondheid	
Versie N°1 01/12/2009 NL	
Controle <input type="checkbox"/> Geldige enquête <input type="checkbox"/> Ongeldige enquête <input type="checkbox"/> Verificatie <input type="checkbox"/> Rappel <input type="checkbox"/> Coherentie <input type="checkbox"/> Compleet <input type="checkbox"/> 70-90% <input type="checkbox"/> < 70%	Nr. v/d quota: _ _

- ① Goedendag Mevr/Mr, van het bedrijf Dedicated Research, een onafhankelijk onderzoeksbureau.
- ① Momenteel voeren wij een studie uit bij particulieren over gezondheid en verzekeringen.
- ① Daar uw mening ons interesseert, hadden wij u graag uitgenodigd om deel te nemen aan een groepsdiscussie die 8 personen samenbrengt om over dit onderwerp te praten.
- ① Deze vergadering zal ongeveer 2u00 duren, en als dank voor uw deelname bieden wij u de som van€ aan.

F1 – Bent u geïnteresseerd om deel te nemen aan deze studie?

- ja 1
- neen 2 → BEDANK EN SLUIT AF

Q1. Sociodemografische criteria

Om er zeker van te zijn dat wij u in deze studie kunnen opnemen, had ik u graag enkele vragen gesteld:

Werkt u of een lid van uw familie in één van de volgende sectoren?

- bank / verzekeringen 1 → BEDANK EN SLUIT AF
- mutualiteiten 2 → BEDANK EN SLUIT AF
- marketing / communicatie / marktonderzoeken 3 → BEDANK EN SLUIT AF
- geen van deze sectoren 4

Hebt u deelgenomen aan/geantwoord op een marktonderzoek de voorbije 4 maanden?

- ja 1 → BEDANK EN SLUIT AF
- geen van deze sectoren 2

Hebt u deelgenomen aan/geantwoord op een marktonderzoek betreffende financiën of verzekeringen in de loop van de voorbije 12 maanden?

- ja 1 → BEDANK EN SLUIT AF
- geen van deze sectoren 2

[Enq: de vraag niet stellen] Geslacht?

▪ man	1	→ 50%
▪ vrouw	2	→ 50%

Mag ik u vragen hoe oud u bent a.u.b.?

▪ minder dan 20 jaar	1	→ BEDANK EN SLUIT AF
▪ 20 - 30 jaar	2	→ ± 3 personen
▪ 30 - 40 jaar	3	→ ± 3 personen
▪ 41 - 45 jaar	4	→ ± 2 personen
▪ 46 jaar en ouder	3	→ BEDANK EN SLUIT AF

Oefent het gezinshoofd momenteel een beroep uit (voltijds of halftijds)

[gezinshoofd = de persoon die verantwoordelijk is voor het hoogste inkomen?]

▪ ja, voltijds	1	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ ja, halftijds	2	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ nee, met (brug-)pensioen	3	(berekening SK in 2^{de} tabel)
▪ nee, werkloos	5	(berekening SK in 2^{de} tabel)
▪ nee, student / in opleiding	6	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ nee, huisvrouw / huisman	7	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ nee, rentenier	8	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ nee, invalide/arbeidsongeschikt	9	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)

Wat is het beroep of de professionele situatie van het gezinshoofd (dus de persoon met het voornaamste inkomen in het gezin)? Wat is zijn/haar hoogst behaalde diploma?

[Indien gepensioneerd of werkloos] In welke sector voerde u uw laatste beroep uit?

[Lezen]

[Enq. : omcirkel de antwoorden in de tabel op één van de volgende 2 pagina's en bereken en omcirkel de sociale klasse, verifieer de sociale klasse volgens de quota]

Op brugpensioen / op pensioen of werkloze

Q.5 Quelle est la profession du chef de ménage ?		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Zelfstandig</i>													
•	Landbouwer (kleinschalig)	8 / 8	6 / 7	7 / 7	6 / 6	6 / 6	6 / 6	5 / 5	4 / 5	4 / 5	4 / 5	4 / 5	3 / 4
•	(Grootschalige) landbouwer 15 ha en meer	7 / 8	6 / 6	6 / 7	5 / 6	5 / 6	6 / 6	4 / 5	4 / 5	3 / 3	3 / 4	3 / 4	3 / 3
•	Handarbeider, handelaar met 5 werknemers of minder	7 / 7	5 / 6	6 / 6	4 / 5	4 / 5	5 / 5	3 / 3	3 / 3	2 / 3	2 / 3	2 / 3	2 / 2
•	Industrieel, grote handelaar met 6 werknemers of meer	7 / 7	4 / 5	5 / 6	3 / 4	3 / 4	4 / 5	2 / 3	2 / 2	1 / 2	1 / 2	1 / 2	1 / 1
•	Vrij beroep (arts, advocaat, architect...)	7 / 7	4 / 5	5 / 6	3 / 3	3 / 4	3 / 4	2 / 3	1 / 2	1 / 2	1 / 2	1 / 1	1 / 1
<i>Bediende (openbare of privé-sector)</i>													
•	Lid van de algemene directie, het hoger kader (directeur, beheerder) met verantwoordelijkheid over 5 werknemers of minder	7 / 7	5 / 5	6 / 6	3 / 4	4 / 5	4 / 5	3 / 3	2 / 3	2 / 3	2 / 2	1 / 2	1 / 2
•	Lid van de algemene directie, het hoger kader (directeur, beheerder) met verantwoordelijkheid over 6 - 10 werknemers	7 / 7	4 / 5	6 / 6	3 / 4	3 / 4	4 / 5	2 / 3	2 / 2	1 / 2	1 / 2	1 / 2	1 / 2
•	Lid van de algemene directie, het hoger kader (directeur, beheerder) met verantwoordelijkheid over 11 werknemers of meer	7 / 7	4 / 5	5 / 6	3 / 3	3 / 4	3 / 4	2 / 3	1 / 2	1 / 2	1 / 2	1 / 2	1 / 1
•	Middenkaderlid, maakt geen deel uit van de algemene directie (chef of diensthoofd), verantwoordelijk voor 5 werknemers of minder	7 / 7	5 / 6	6 / 6	4 / 5	4 / 5	5 / 5	3 / 3	3 / 3	2 / 3	2 / 3	2 / 3	2 / 2
•	Middenkaderlid, maakt geen deel uit van de algemene directie (chef of diensthoofd), verantwoordelijk voor 6 werknemers of meer	7 / 7	5 / 5	5 / 6	3 / 4	4 / 5	4 / 5	3 / 3	2 / 3	2 / 3	2 / 3	2 / 2	1 / 2
•	Ander, hoofdzakelijk kantoorwerk (secretarisse/secretaris, assistent(e)...))	7 / 7	5 / 6	6 / 6	4 / 5	5 / 5	5 / 5	3 / 4	3 / 3	3 / 3	2 / 3	2 / 3	2 / 3
•	Ander, geen kantoorwerk (verpleegster, lera(a)r(es), politieagent(e)...))	7 / 8	5 / 5	6 / 7	4 / 5	5 / 5	5 / 6	3 / 4	3 / 4	3 / 3	3 / 3	2 / 3	2 / 3
<i>Arbeiders</i>													
•	Geschoolde arbeider	7 / 8	6 / 6	6 / 7	5 / 6	5 / 6	6 / 6	4 / 5	3 / 4	3 / 3	3 / 4	3 / 4	3 / 3

• Niet geschoolde arbeider	14	8/8	7/7	7/7	6/7	7/7	7/7	7/7	6/6	6/6	5/6	5/6	5/6
<i>Inactief</i>													
• Invalide	16	8/8	8/8	8/8	7/8	7/8	7/8	8/8	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7
• Student(e)	17	8/8	8/8	8/8	7/8	7/8	7/8	8/8	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7
• Huisvrouw/huisman	18	8/8	8/8	8/8	7/8	7/8	7/8	8/8	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7

Mag ik u vragen in welke salarisschijf (in NETTO) uw gezin zich bevindt AUB (dus indien partner heeft, de salarissen van beide partners opgeteld)? [Enq.: aandringen om een antwoord te bekomen, al is het maar een schatting]

▪ wenst niet te antwoorden	1	
▪ minder dan 1.200 € per maand	2	→ BEDANK EN SLUIT AF
▪ 1.200 € per maand of meer	3	
▪ WHN-GA	6	

Opgelet! Indien de respondent in sociale klasse 7 of 8 valt EN hij weigert te antwoorden of weet het antwoord niet op Vf → BEDANK EN SLUIT AF

Bent u verantwoordelijk voor de keuze van verzekeringen in uw gezin? Met andere woorden, beslist u zelf (alleen of samen met de partner) over deze keuze?

▪ Ja	1	
▪ Neen	2	→ BEDANK EN SLUIT AF

Q2. Aanvaarden van de deelname

In het kader van deze studie zal u worden gefilmd zodat wij geen nota's moeten nemen en zodat wij achteraf op een zo getrouw mogelijke manier uw mening kunnen neerschrijven. Uiteraard zullen alle verzamelde gegevens op een vertrouwelijke en anonieme manier worden behandeld.

Gaat u akkoord deel te nemen aan deze studie?

▪ Ja	1	
▪ Neen	2	→ BEDANK EN SLUIT AF

Onze groepsdiscussie zal plaatsvinden:

op datum
 van 18u00 tot 20u00
 te adres
 tel

Om u te bedanken voor uw deelname, bieden wij u de som van €..... aan. Bent u op deze datum vrij om aan de groepsdiscussie deel te nemen?

▪ Ja	1	→ Signalitiek
▪ Neen	3	→ BEDANK EN SLUIT AF

1. Gegevens van de ondervraagde persoon			
Naam:			
Voor naam:			
Adres:			Nr.: <input type="text"/>
Plaats:		Postcode:	<input type="text"/>
Provincie:			
Telefoonnummer:			
GSM nr.:			
E-mail adres:			

2. Gegevens betreffende de rekrutering	
Naam van de rekruteur:	
Datum van de rekrutering:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (formaat dd / mm / jjjj)
Opmerkingen:	

3. Gegevens betreffende de bevestiging van de deelname	
Naam van de rekruteur:	
Datum bevestiging:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (formaat dd / mm / jjjj)
Opmerkingen:	

→ BEVESTIGING VAN DE AFSpraak EN BEDANKING

Bijlage 4: Vragenlijst kwalitatieve fase

Discussiegids Verzekeringen gezondheid	
Projectcode	ETH1750
Studie	Ethias
Versie	V2 14/12/2009 NL

Inleiding [Enq.: de incentieven zullen op het einde van de bijeenkomst worden uitgedeeld.] (10')

- Goedendag, mijn naam is..... en ik heet u hartelijk welkom op deze kleine bijeenkomst.
- Dedicated Research is een onafhankelijk marktonderzoeksinstituut; en vandaag zijn we bijeengekomen om samen te praten over gezondheid, welzijn en verzekeringen.
- In het kader van deze studie zal u worden gefilmd zodat wij geen nota's moeten nemen en zodat wij achteraf op een zo getrouw mogelijke manier uw mening kunnen neerschrijven. De opnames zullen uitsluitend door ons bedrijf worden gebruikt voor het opmaken van ons rapport en zullen in geen enkel geval worden verspreid onder derden.
- Het is eveneens mogelijk dat onze klant aanwezig is bij de groep waaraan u deel zal nemen. De klant zal uiteraard in geen enkel geval geïnformeerd worden over uw identiteit en zal ons moeten melden indien hij/zij u herkent zodat u niet zal deelnemen aan de groep ter bescherming van uw privéleven.
- Voor de meesten onder jullie is het de eerste keer dat jullie deelnemen aan dit soort bijeenkomsten. Om die reden had ik jullie graag herinnerd aan de belangrijkste principes van dit soort bijeenkomsten:
 - praat luid en duidelijk,
 - niet allen tegelijkertijd praten – laat iedereen hun mening volledig uitwerken – respecteer het woord van de anderen,
 - alle ideeën zijn welkom – laat uw creativiteit de vrije loop,
 - aarzel niet om een voorstel te verrijken of, daarentegen, tegen te spreken,
 - geef concrete voorbeelden.
- Ik herinner u er eveneens aan dat alle informatie die u ons geeft vertrouwelijk blijft, dat wil zeggen dat ik uw ideeën zal neerschrijven, maar deze informatie wordt in geen enkel geval gerelateerd aan uw persoonlijke gegevens. Ik zal u dan ook vragen om enkel uw voornaam te vermelden op de documenten die ik u zal geven.
- De duur van deze bijeenkomst is geschat op ongeveer 2u.

- Ik stel voor dat jullie zich één voor één kort voorstellen om elkaar iets beter te leren kennen: leeftijd, burgerlijke stand, aantal personen in het gezin (partner, kinderen,...), hobby's,...

1. Algemene perceptie over de verschillende begrippen (10')

- a) Als u uw gezin (naaste familie) in gedachten houdt, en ik zeg u "**gezondheid**", waar denkt u dan spontaan aan? [doorvragen]
- b) Nog altijd uw gezin in gedachten, waar denkt u spontaan aan als ik u zeg "**welzijn**"?
- c) Nog altijd uw gezin in gedachten, waar denkt u spontaan aan als ik u zeg "**vergrijzing**"?
- d) Waarin ligt het verschil voor u tussen gezondheid en welzijn?

2. Gebruik van en gedragingen ten opzichte van gezondheid, welzijn en vergrijzing (10')

- a) Welke organisaties/instellingen houden zich met **gezondheid** bezig, welke organisaties bieden hulp op dit vlak? Als ik organisaties zeg, bedoel ik zowel officiële organisaties als privéorganisaties of andere. Indien nodig doorvragen:
 - Wat betreft het OCMW? Het RIZIV? de mutualiteiten? de RSZ (Rijksdienst voor sociale zekerheid)? Verzekeringmaatschappijen? NGO's?
 - Op welke manier houden zij zich hiermee bezig?
 - Wat vindt u er positief aan?
 - Wat vindt u er negatief aan? Zijn er te verbeteren punten, dingen die op het ogenblik ontbreken of waarmee men zou kunnen uitbreiden?
- b) Welke organisaties/instellingen houden zich met **welzijn en vergrijzing** bezig (de problematiek en de zorgen rond het ouder worden), welke organisaties bieden hulp op dit vlak? Als ik organisaties zeg, bedoel ik zowel officiële organisaties als privéorganisaties of andere. Indien nodig doorvragen:
 - Wat betreft het OCMW? Het RIZIV? de mutualiteiten? de RSZ (Rijksdienst voor sociale zekerheid)? Verzekeringmaatschappijen? NGO's?
 - Op welke manier houden zij zich hiermee bezig?
 - Wat vindt u er positief aan?
 - Wat vindt u er negatief aan? Zijn er te verbeteren punten, dingen die op het ogenblik ontbreken of waarmee men zou kunnen uitbreiden?

3. Gebruik van en gedragingen ten opzichte van gezondheid en welzijn (45')
[Enq.: indien de respondenten een verschil maken tussen gezondheid en welzijn, deze vragen opsplitsen]

- a) In welk mate zijn **gezondheid en welzijn** iets waar u mee bezig bent? Maakt u zich 'zorgen' om uw gezondheid en uw welzijn?
- b) Is dit eerder op korte termijn, dus nu al, dat u er zich mee bezig houdt? Of denkt u nu ook al na over de gezondheid op langere termijn (bv. voor wat er zou kunnen gebeuren over 20 jaar)?
- c) Zo ja, hoe ver in de toekomst denkt u hierover na? En op welke manier bent u hiermee bezig? [Enq.: dit kan breed zijn: ze kunnen hier spreken over bv. sporten, etc., maar men kan er ook diepgaander mee bezig zijn]
- d) Waaraan denkt u dan specifiek, zowel qua in de nabije toekomst als op lange termijn?
- e) Voor welke personen in uw gezin bent u met gezondheid en welzijn bezig? [doorvragen: partner, kinderen, ouders, andere?]
- f) We hadden het zonet over instellingen die zich bezighouden met gezondheid en welzijn (dus over o.a. het OCMW, het RIZIV, de mutualiteiten, verzekeringsmaatschappijen enzovoort). Is er een instelling waar u of uw familie gebruik van maakt?
- Zo ja, welke?
 - Zo ja, in welke mate maakt u gebruik van deze instelling? Voor welke zaken?
 - Wie van uw familie maakt er gebruik van?
 - Hoelang maakt u er al gebruik van?
 - Dekt dit volledig jullie noden? Zo neen, wat ontbreekt er? Waarvoor kunnen jullie geen beroep doen op deze organisatie(s)?
- g) [Doorvragen indien niet (voldoende) aangehaald] Zijn er bepaalde verzekeringen die jullie hebben afgesloten in verband met gezondheid en welzijn?
- Zo ja, welke?
 - Wat houdt die verzekering juist in? Wat is gedekt, wat is niet gedekt?
 - Is dit voldoende voor uw noden en behoeften? Ontbreekt er nog iets wat u graag gedekt zou zien?
 - Voor wie is die verzekering/zijn die verzekeringen afgesloten? Indien voor bepaalde personen in het gezin geen verzekering is afgesloten: waarom niet voor die personen ook?
 - Hoe lang hebt u die verzekering al afgesloten?
 - ...
- h) We spraken zojuist over de noden die jullie hadden qua gezondheid en welzijn en die de instellingen niet bieden of de verzekering(en) niet dekken. Zijn er qua gezondheid en welzijn nog zaken waar jullie aan denken waar jullie nood aan hebben of nood aan zouden kunnen hebben in de nabije toekomst? Dit kunnen evengoed specifieke noden zijn die andere mensen misschien niet hebben. [Doorvragen over de specifieke noden waar men behoefte aan kan hebben]

- i) Voor wie zien jullie die nood? Is dit voor uzelf, uw partner, uw kinderen of nog andere naaste familieleden?
- j) Vinden jullie dat preventie nut heeft? Doen jullie zelf aan preventie?
- k) Zouden jullie geïnteresseerd zijn in een verzekeringsluik waarin preventieve onderzoeken worden terugbetaald? [Enq.: doorvragen: waarin geïnteresseerd, waarin niet geïnteresseerd?]
- l) Zouden organisaties of verzekeringen jullie kunnen helpen bij deze noden?
 - Zo neen: waarom niet? [Enq.: doorvragen!]
 - Zo neen: zouden mutualiteiten of verzekeringkantoren iets kunnen aanbieden om jullie te helpen?
 - Op welk gebied zouden zij u hulp kunnen bieden?
- m) In welke gevallen ziet u zichzelf beroep doen op deze hulp?
- n) Bent u bereid op een bepaalde manier te sparen voor deze hulp [telkens goed specificeren over welke hulp het hier gaat]? Bent u bereid preventief te sparen voor deze hulp?
- o) In welke mate bent u bereid hiervoor te sparen [goed laten specificeren over welk type hulp het hier gaat]? [Minimumbedrag bereid te sparen, maximumbedrag bereid te sparen]
- p) Bent u bereid nu al te betalen/te sparen voor hulp die u in de toekomst nodig heeft? [Zo ja, voor welke hulp wel en voor welke hulp niet?] In welke mate moet dit zich dan vertalen in goedkopere vergoedingen als u eerder begint te betalen voor bepaalde hulp?
- q) Zijn er bepaalde noden waar u bereid voor bent op vroegere leeftijd te beginnen betalen/sparen dan andere? Zo ja, welke noden? En op welke leeftijd?
- r) Voor welke noden bent u niet bereid om op vroegere leeftijd te beginnen betalen/sparen? En vanaf welke leeftijd zou u wel bereid zijn hiervoor te betalen/te beginnen sparen?

4. Gebruik van en gedragingen ten opzichte van vergrijzing (45')

- a) In welke mate is **de vergrijzing** iets waar u mee bezig bent? Waar u zich 'zorgen' over maakt?
- b) Is dit eerder op korte termijn, dus nu al, dat u er zich mee bezig houdt? Of denkt u nu ook al na over de vergrijzing op langere termijn (bv. voor wat er zou kunnen gebeuren over 20 jaar)? Ik bedoel hier dan zowel voor uzelf als voor uw ouders.
- c) Zo ja, hoe ver in de toekomst denkt u hierover na? En op welke manier bent u hiermee bezig?
- d) Waaraan denkt u dan specifiek, zowel qua in de nabije toekomst als op lange termijn? [Doorvragen: denken ze aan zaken zoals of ze zolang mogelijk thuis willen blijven? Of willen ze eerder naar een rusthuis of serviceflat? Maken ze er zich zorgen over dat ze dit kunnen betalen? Of denken ze dat bepaalde instellingen zullen bijspringen? Dekt het pensioensparen dit misschien?...]]

- e) Voor welke personen in uw gezin bent u met de problematiek en de zorgen rond het ouder worden bezig? [doorvragen: partner, kinderen, ouders, andere?]
- f) Bent u er al mee geconfronteerd geworden?
- Zo ja, hoe werd u er juist mee geconfronteerd? (Wat?)
 - Hoe ging u ermee om? Dus hoe organiseerde u dit/organiseert u dit?
 - Komt u bepaalde noden tegen? En dingen die ontbreken?
 - Zo neen, hoe zou u ermee omgaan?
- g) We hadden het zonet over instellingen die zich bezighouden met de problematiek en de zorgen rond het ouder worden. Kent u nog instellingen die u niet eerder aanhaalde, die zich bezighouden met hulp te bieden rond deze problematiek of die hulp zouden kunnen bieden bij het afhankelijk worden of ouder worden? En wat voor hulp bieden ze specifiek?
- h) Is er een instelling waar u of uw familie gebruik van maakt? [Enkel doorvragen in hoeverre het nog niet eerder spontaan aan bod kwam]
- Zo ja, welke?
 - Zo ja, in welke mate maakt u gebruik van deze instelling? Voor welke zaken?
 - Wie van uw familie maakt er gebruik van?
 - Hoe lang maakt u er al gebruik van?
 - Dekt dit volledig jullie noden? Zo neen, wat ontbreekt er? Waarvoor kunnen jullie geen beroep doen op deze organisatie(s)?
- i) [Doorvragen indien niet (voldoende) aangehaald] Kennen jullie specifieke afhankelijkheidsverzekeringen?
- Zo ja, welke?
 - Wat houdt die verzekering juist in? Wat is gedekt, wat is niet gedekt?
 - Is dit voldoende voor uw noden en behoeften? Ontbreekt er nog iets wat u graag gedekt zou zien?
 - Wie kan beroep doen op deze afhankelijkheidsverzekering(en)?
 - Maakt u gebruik van zulke verzekering(en)? Hoe lang hebt u die verzekering al afgesloten?
 - ...
- j) We spraken zojuist over de noden die jullie hadden qua de problematiek en de zorgen rond het ouder worden en die de instellingen niet bieden of de verzekering(en) niet dekken. Zijn er qua deze problematiek nog zaken waar jullie aan denken waar jullie nood aan hebben of nood aan zouden kunnen hebben in de nabije toekomst? Dit kunnen evengoed specifieke noden zijn die andere mensen misschien niet hebben. [Doorvragen over de specifieke noden waar men behoefte aan kan hebben]
- k) Zijn er zaken waar jullie aan denken waar jullie nood aan hebben of zouden aan kunnen hebben in de verdere toekomst? Dus meer preventief gezien dan. [Doorvragen over de specifieke noden waar men behoefte aan kan hebben]
- l) Voor wie zien jullie die nood? Is dit voor uzelf, uw partner, uw kinderen of nog andere naaste familieleden?

- m) Zouden instellingen of verzekeringen jullie kunnen helpen bij deze noden?
- Zo neen: waarom niet? [Enq.: doorvragen!]
 - Zo neen: zouden mutualiteiten of verzekeringkantoren iets kunnen aanbieden om jullie te helpen?
 - Op welk gebied zouden zij u hulp kunnen bieden?
- n) Vanaf wanneer ziet u uzelf beroep doen op hen voor hulp? Is dit al op voorhand, dus preventief? Of pas op het moment dat er hoge nood aan is?
- o) Zou u geïnteresseerd zijn in een spaarformule zodat u hiervan gebruik kan maken zodra u afhankelijk wordt? (een formule gelijkaardig aan het kindersparen)
- p) In welke mate bent u bereid hiervoor te sparen [goed laten specificeren over welk type hulp het hier gaat]? [minimum bereid te betalen, maximum bereid te betalen]
- q) Bent u bereid nu al te sparen voor hulp die u in de toekomst nodig heeft? [Zo ja, voor welke hulp welk en voor welke hulp niet?] In welke mate moet dit zich dan vertalen in goedkopere vergoedingen als u eerder begint te betalen voor bepaalde hulp?
- r) Zijn er bepaalde noden waar u bereid voor bent op vroegere leeftijd te beginnen betalen/sparen dan andere? Zo ja, welke noden? En op welke leeftijd?
- s) Voor welke noden bent u niet bereid om op vroegere leeftijd te beginnen betalen/sparen? En vanaf welke leeftijd zou u wel bereid zijn hiervoor te betalen/te beginnen sparen?

5. Suggesties en aanbevelingen (4')

- a) Wij hebben dus gesproken over jullie noden en behoeften aan steun of hulp i.v.m. gezondheid, welzijn en vergrijzing. Denkt u om af te sluiten nog aan andere suggesties of aanbevelingen voor verzekeringsmaatschappijen die met een aanbod van hulp willen komen? Indien ja, welke?

Einde, bedanking en verdeling van de incentieven.

Bijlage 5: Vragenlijst kwantitatieve fase

Klant	Ethias	N° vragenlijst : _ _ _ _
Studie	ETH1750	
Versie	N°2 27/01/2010 NL	
Controle	<input type="checkbox"/> Geldige enquête <input type="checkbox"/> Niet-geldige enquête <input type="checkbox"/> Verificatie <input type="checkbox"/> Rappel <input type="checkbox"/> Coherentie <input type="checkbox"/> Volledig <input type="checkbox"/> 70-90% <input type="checkbox"/> < 70%	N° rotatie : _ _

Inleiding

- ① Momenteel voeren wij een studie uit bij particulieren over de gezondheid en het ouder worden.
- ① Daar uw mening ons interesseert, hadden wij u graag uitgenodigd om deel te nemen aan een enquête hierover. Het invullen duurt ongeveer 12 minuten.
- ① Alvast bedankt voor uw deelname.

a) Kunt u om te beginnen eerst uw leeftijd aanduiden a.u.b.?

19 jaar of minder	1	AFSLUITEN
20 tot 25 jaar	2	2
26 tot 30 jaar	3	3
31 tot 35 jaar	4	4
36 tot 40 jaar	5	5
41 tot 45 jaar	6	6
ouder dan 45 jaar	7	AFSLUITEN

b) Werkt u of een lid van uw familie in één van de volgende sectoren?

bank / verzekeringen	1	AFSLUITEN
mutualiteiten	2	AFSLUITEN
marketing / communicatie / marktonderzoeken	3	AFSLUITEN
geen van deze sectoren	4	4

c) Heeft u deelgenomen aan/geantwoord op een marktonderzoek betreffende financiën of verzekeringen tijdens de voorbije 12 maanden?

ja	1	AFSLUITEN
neen	2	

d) Bent u verantwoordelijk voor de keuze van verzekeringen in uw gezin? Met andere woorden, beslist u (alleen of samen met de partner) over verzekeringen?

ja	1	
neen	2	AFSLUITEN

e) Bent u?

een man	1	→ 50%
een vrouw	2	→ 50%

f) Oefent het gezinshoofd momenteel een beroep uit (voltijds of halftijds) [gezinshoofd = de persoon die verantwoordelijk is voor het hoogste inkomen]?

▪ ja, voltijds	1	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ ja, halftijds	2	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ nee, met (brug-)pensioen	3	(berekening SK in 2^{de} tabel)
▪ nee, werkloos	5	(berekening SK in 2^{de} tabel)
▪ nee, student / in opleiding	6	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ nee, huisvrouw / huisman	7	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ nee, rentenier	8	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)
▪ nee, invalide/arbeidsongeschikt	9	(berekening SK in 1 ^{ste} tabel)

g) Mag ik u vragen in welke salarisschijf (in NETTO) uw gezin zich bevindt a.u.b. (dus indien partner heeft, de salarissen van beide partners opgeteld)? [Enq.: aandringen om een antwoord te bekommen, al is het maar een schatting]

▪ minder dan €1.200 per maand	1	AFSLUITEN
▪ €1.200 tot €3.000 per maand	2	
▪ meer dan €3.000 per maand	3	
▪ wenst niet te antwoorden	4	

h) Hoe is uw gezin samengesteld? [Slechts één antwoord mogelijk]

▪ koppel met kind(eren)	1
▪ alleenstaande ouder (vader of moeder) met kind(eren)	2
▪ nieuw samengesteld gezin met kind(eren)	3
▪ koppel zonder kind of zonder kind dat thuis woont	4
▪ alleenstaande [u alleen]	5
▪ andere	6

Q2. Het ouder worden

a) Laten we het hebben over "het ouder worden". Kunt u mij vooreerst aangeven in welke mate de problematiek rond het ouder worden u bezig houdt. [slechts één antwoord mogelijk]

ik ben er heel erg mee bezig	1
ik ben er tamelijk mee bezig	2
ik ben er eerder niet mee bezig	3
ik ben er helemaal niet mee bezig	4
weet het niet - geen antwoord	5

b) U vindt hieronder een lijst van mogelijke kosten die gepaard gaan met het ouder worden. Kunt u deze rangschikken naar belangrijkheid voor u en uw gezin in de toekomst. 1 = dit zal volgens u de hoogste kosten met zich meebrengen, 6 = dit zal volgens u de laagste kosten met zich meebrengen. [Opmerking: U kan minder dan 6 antwoorden aanduiden indien u denkt dat sommige kosten zich niet zullen voordoen]

kosten voor het rusthuis	1
kosten voor palliatieve zorgen in een ziekenhuis	2
ziekenhuiskosten	3
kosten voor medische verzorging aan huis (dokters en verpleging)	4
kosten voor poetsdienst aan huis	5
kosten voor aanpassingen aan de woning (bv. installatie van een stoellift,...)	6

c) Zijn er nog andere belangrijke kosten die volgens u gepaard gaan met het ouder worden die in de vorige vraag niet aan bod kwamen? Zo ja, welke? [Meerdere antwoorden mogelijk]

.....
.....
.....

d) Wat zou voor u ideaal zijn als u oud bent? [slechts één antwoord mogelijk]

zo lang mogelijk thuis blijven	1
naar een rusthuis gaan	2
naar een servicelat gaan	3
andere (verduidelijk a.u.b.)	4
weet het niet - geen antwoord	5

e) Voorziet u op de één of andere manier geld om de kosten van het ouder worden, afhankelijk zijn, te betalen? [meerdere antwoorden mogelijk]

neen, ik doe helemaal niets	1
-----------------------------	---

neen, ik spaar wel, maar algemeen, niet specifiek voor als ik ouder word	2
ja, ik heb een "algemene spaarrekening" geopend met het oog op later	3
ja, Ik heb een uitvaartverzekering afgesloten	4
ja, ik doe aan pensioensparen	5
ja, ik heb een groepsverzekering	6
andere (verduidelijk a.u.b.)	7
weet het niet - geen antwoord	8

f) Overweegt u om in de nabije toekomst te sparen of een verzekering af te sluiten om de kosten die gepaard gaan met het ouder worden te betalen? Zo ja, op welke manier? [meerdere antwoorden mogelijk]

neen, ik ben voorlopig niet van plan iets te doen	1
neen, ik spaar wel, maar algemeen, niet specifiek voor als ik ouder word en ben ook niet van plan dit te doen	2
ja, ik overweeg een "algemene spaarrekening" te openen met het oog op later	3
ja, Ik overweeg een uitvaartverzekering af te sluiten	4
ja, ik overweeg aan pensioensparen te doen	5
andere (verduidelijk a.u.b.)	6
weet het niet - geen antwoord	7

g) Hieronder vindt u enkele voorbeelden van kosten die gepaard gaan met het ouder worden. Zou u kunnen aangeven in welke mate u geïnteresseerd bent om hiervoor op voorhand te sparen via het afsluiten van een verzekering?

U heeft 4 antwoordmogelijkheden:

- u zou hier zeker en vast voor willen sparen (++)
- u zou hier waarschijnlijk wel voor willen sparen (+)
- u zou hier waarschijnlijk niet voor willen sparen (-)
- of u zou hier zeker en vast niet voor willen sparen (--)

[of u heeft geen mening = zonder mening (?)].

[Slechts één antwoord mogelijk per item]

specifiek sparen om het rusthuis te kunnen bekostigen	++	+	-	--	?
specifiek sparen om de kosten van verzorging aan huis (verpleging, hygiënische verzorging van de persoon = wassen etc.) te kunnen bekostigen	++	+	-	--	?
specifiek sparen om de kosten van een dienst warme maaltijden te kunnen bekostigen	++	+	-	--	?

specifiek sparen om de kosten te kunnen bekostigen van aanpassingen aan de woning in functie van de behoeften (bv. lift in huis, ...)	++	+	-	--	?
specifiek sparen om medisch materiaal (incontinentiemateriaal, krukken, medische zuurstofflessen, ziekenhuisbed,...) te kunnen bekostigen	++	+	-	--	?
specifiek sparen om oppashulp overdag (persoon die begeleid bij wandelen of boodschap, gezelschap biedt, toezicht houdt) te kunnen bekostigen	++	+	-	--	?
specifiek sparen om een nachtoppas te kunnen bekostigen	++	+	-	--	?
specifiek sparen om een personalarmsysteem te kunnen bekostigen	++	+	-	--	?
specifiek "afhankelijkheidssparen", sparen voor kosten die men zou kunnen hebben later, zoals de kosten voor een rusthuis, de kosten om thuis te kunnen blijven (verpleging, warme maaltijden, poetsdienst, aanpassing van de woning,...)	++	+	-	--	?
specifiek sparen voor de kosten van de uitvaart later (uitvaartverzekering)	++	+	-	--	?

h) Ziehier opnieuw een lijst met mogelijke manieren om te sparen voor later. Kunt u aangeven voor welke 3 u het meeste interesse heeft voor u en uw gezin? [maximum 3 antwoorden mogelijk]

specifiek sparen om het rusthuis te kunnen bekostigen	1
specifiek sparen om de kosten van verzorging aan huis (verpleging, hygiënische verzorging van de persoon = wassen etc.) te kunnen bekostigen	2
specifiek sparen om de kosten van een dienst warme maaltijden te kunnen bekostigen	3
specifiek sparen om de kosten te kunnen bekostigen van aanpassingen aan de woning in functie van de behoeften (bv. lift in huis, ...)	4
specifiek sparen om medisch materiaal (incontinentiemateriaal, krukken, medische zuurstofflessen, ziekenhuisbed,...) te kunnen bekostigen	5
specifiek sparen om oppashulp overdag (persoon die begeleid bij wandelen of boodschap, gezelschap biedt, toezicht houdt) te kunnen bekostigen	6
specifiek sparen om een nachtoppas te kunnen bekostigen	7
specifiek sparen om een personalarmsysteem te kunnen bekostigen	8
specifiek "afhankelijkheidssparen", sparen voor kosten die men zou kunnen hebben later, zoals de kosten voor een rusthuis, de kosten om thuis te kunnen blijven (verpleging, warme maaltijden, poetsdienst, aanpassing van de woning,...)	9
specifiek sparen voor de kosten van de uitvaart later (uitvaartverzekering)	10
geen enkele van deze	11
weet het niet - geen antwoord	12

i) Denkt u dat een verzekering deze kosten die gepaard kunnen gaan met het ouder worden zou kunnen of moeten dekken of moet dit door iemand anders worden opgenomen? [slechts één antwoord mogelijk]

ja, een verzekeraar kan of moet dit zeker en vast dekken	1
ja, een verzekeraar kan of moet dit misschien dekken	2
neen, een verzekeraar kan of moet dit eerder niet dekken	3
neen, een verzekeraar kan of moet dit zeker niet dekken	4
weet het niet - geen antwoord	5

j) [Indien neen, eerder niet of neen, zeker niet] Wie zou volgens u dan deze kosten moeten dekken? [meerdere antwoorden mogelijk]

de mutualiteiten	1
de overheid	2
andere (verduidelijk a.u.b.)	3
dit zou helemaal niet moeten gedekt worden	4
weet het niet - geen antwoord	5

k) [Voor ieder item waarvoor ze + of ++ antwoordden] U gaf aan dat u voor enkele kosten geïnteresseerd zou zijn om op voorhand te sparen. Hiervoor zou u maandelijks of jaarlijks een bepaald bedrag afleggen. We gaan er hier vanuit dat hoe jonger u begint te sparen, hoe lager de premie zal zijn. Kunt u mij voor elk item weergeven vanaf welke leeftijd u bereid zou zijn hiervoor te beginnen sparen? Gelieve hierbij geen rekening te houden met uw huidige leeftijd!

U heeft hier 4 antwoordmogelijkheden:

- tussen 20 en 30 jaar,
- tussen 31 en 40 jaar,
- tussen 41 en 50 jaar,
- tussen 51 en 60 jaar.

[of u heeft geen mening = zonder mening (?)].

[Slechts één antwoord mogelijk per item]

specifiek sparen om het rusthuis te kunnen bekostigen	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen om de kosten van verzorging aan huis (verpleging, hygiënische verzorging van de persoon = wassen etc.) te kunnen bekostigen	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen om de kosten van een dienst warme maaltijden te kunnen bekostigen	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen om de kosten te kunnen bekostigen van aanpassingen aan de woning in functie van de behoeften (bv. lift in huis, ...)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?

specifiek sparen om medisch materiaal (incontinentiemateriaal, krukken, medische zuurstofflessen, ziekenhuisbed,...) te kunnen bekostigen	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen om oppashulp overdag (persoon die begeleid bij wandelen of boodschap, gezelschap biedt, toezicht houdt) te kunnen bekostigen	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen om een nachtoppas te kunnen bekostigen	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen om een personenalarm te kunnen bekostigen	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek "afhankelijkheidssparen", sparen voor kosten die men zou kunnen hebben later, zoals de kosten voor een rusthuis, de kosten om thuis te kunnen blijven (verpleging, warme maaltijden, poetsdienst, aanpassing van de woning,...)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen voor de kosten van de uitvaart later (uitvaartverzekering)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?

l) Zijn er nog andere noden of behoeften betreffende het ouder worden waaraan u denkt? Zo ja, welke? [Meerdere antwoorden mogelijk]

.....

.....

.....

Q3. Gezondheid

a) Laten we het nu hebben over "gezondheid". Kunt u mij vooreerst aangeven in welke mate uw gezondheid iets is waar u zich nu mee bezig houdt? [slechts één antwoord mogelijk]

ik ben er heel erg mee bezig	1
ik ben er tamelijk mee bezig	2
ik ben er eerder niet mee bezig	3
ik ben er helemaal niet mee bezig	4
weet het niet - geen antwoord	5

b) Zou u zeggen dat u zich eerder zorgen maakt over uw gezondheid op korte termijn of ook op langere termijn? [slechts één antwoord mogelijk]

enkel op korte termijn	1
enkel op lange termijn	2
zowel op korte als op langere termijn	3
eerder op korte termijn, maar ook in mindere mate op langere termijn	4
eerder op lange termijn, maar ook in mindere mate op korte termijn	5
weet het niet - geen antwoord	6

c) U vindt hieronder een lijst van mogelijke kosten die gepaard gaan met gezondheid. Kunt u mij de 5 belangrijkste (hoogste) kosten aanduiden die voor uzelf en uw gezin gepaard gaan met "gezondheid"? Gelieve te beginnen met de kost die voor u het hoogst is. [maximum 5 antwoorden mogelijk]

kosten voor gezonde voeding	1
kosten voor de huisarts	2
ziekenhuiskosten	3
kosten voor specialisten	4
kosten voor preventieve onderzoeken zoals mammografie of prostaatonderzoek	5
kosten voor jaarlijkse bloedcontrole	6
kosten voor gynaecoloog	7
kosten voor kinderarts	8
kosten voor tandarts	9
kosten voor orthodontisch materiaal (beugels, blokjes, ...)	10
kosten voor oogarts	11
kosten voor logopedist	12
kosten voor brillen / lenzen (brilglazen, monturen, lenzen,...)	13
kosten voor kinesitherapeut	14
kosten voor psycholoog / psychiater	15
kosten voor vaccinatie (verduidelijk a.u.b. om welke vaccinaties het gaat)	16
weet het niet - geen antwoord	17

d) Zijn er nog andere belangrijke kosten die volgens u gepaard gaan met gezondheid? Zo ja, welke? [Meerdere antwoorden mogelijk]

.....

.....

.....

e) Spaart u op de één of andere manier om de kosten die gepaard gaan met gezondheid te dekken? [meerdere antwoorden mogelijk]

neen, ik doe helemaal niets	1
neen, ik spaar wel, maar algemeen, niet specifiek voor kosten die gepaard kunnen gaan met mijn gezondheid of die van mijn gezin	2
ja, ik heb een "algemene spaarrekening" geopend met het oog op eventuele gezondheidsproblemen die zich kunnen voordoen	3
ja, Ik heb een hospitalisatieverzekering afgesloten	4
ja, ik heb een specifieke verzekering afgesloten (verduidelijk a.u.b.)	5
andere (verduidelijk a.u.b.)	7
weet het niet - geen antwoord	8

f) Overweegt u om in de nabije toekomst te sparen of een verzekering af te sluiten om uw gezondheidskosten te kunnen dekken? Zo ja, op welke manier? [meerdere antwoorden mogelijk]

neen, ik ben voorlopig niet van plan iets te doen	1
neen, ik spaar wel, maar algemeen, niet specifiek voor eventuele gezondheidskosten en ik ben ook niet van plan dit te doen	2
ja, ik overweeg een "algemene spaarrekening" te openen met het oog op eventuele gezondheidskosten	3
ja, Ik overweeg een hospitalisatieverzekering af te sluiten	4
ja, ik overweeg een "specifieke" spaarrekening te openen (verduidelijk a.u.b. welk soort spaarrekening)	5
ja, ik overweeg een "specifieke" verzekering te openen (verduidelijk a.u.b. welk soort verzekering u af wilt sluiten)	
andere (verduidelijk a.u.b.)	7
weet het niet - geen antwoord	8

g) Hieronder vindt u enkele voorbeelden van kosten die gepaard gaan met gezondheid waarvoor u eventueel zou kunnen sparen. Zou u kunnen aangeven in welke mate u geïnteresseerd bent om hiervoor op voorhand te sparen via het afsluiten van een verzekering? Dit kan zowel voor uzelf zijn, uw partner of uw kinderen.

U heeft 4 antwoordmogelijkheden:

- u zou hier zeker en vast voor willen sparen (++)
- u zou hier waarschijnlijk wel voor willen sparen (+)
- u zou hier waarschijnlijk niet voor willen sparen (-)
- of u zou hier zeker en vast niet voor willen sparen (--)

[of u heeft geen mening = zonder mening (?)].

[Slechts één antwoord mogelijk per item]

specifiek sparen voor de kosten van preventieve onderzoeken (mammografie of prostaatonderzoek)	++	+	-	--	?
specifiek sparen voor alle kosten voor een jaarlijkse algemene medische controle (bloedonderzoek e.d.)	++	+	-	--	?
specifiek sparen om alle preventieve vaccinaties te kunnen bekostigen (bv. baarmoederhalskanker, tetanus, polio, griepvaccinatie, hepatitis A, hepatitis B, rubella,...)	++	+	-	--	?
specifiek sparen om alle tandartskosten te kunnen bekostigen (tandarts, kronen, operaties, correcties aan tanden,...)	++	+	-	--	?
specifiek sparen om alle kinesitherapiekosten te bekostigen (ook hetgeen niet terugbetaald wordt)	++	+	-	--	?
specifiek sparen alle kinderartskosten te bekostigen (ook hetgeen niet terugbetaald wordt)	++	+	-	--	?
specifiek sparen voor psychologische verzorging	++	+	-	--	?

(psycholoog, kosten voor opname in een psychiatrische kliniek)					
specifiek sparen voor reconstructieve chirurgie (bv. borstverkleining om medische redenen,...)	++	+	-	--	?
specifiek sparen voor laserbehandeling van de ogen	++	+	-	--	?

h) Ziehier opnieuw een lijst met mogelijke manieren om te sparen voor uw gezondheid. Kunt u mij aangeven welke de 5 zijn waarin u het meest geïnteresseerd bent voor u en uw gezin? [maximum 5 antwoorden mogelijk]

specifiek sparen voor de kosten van preventieve onderzoeken (mammografie of prostaatonderzoek)	1
specifiek sparen voor alle kosten voor een jaarlijkse algemene medische controle (bloedonderzoek e.d.)	2
specifiek sparen om alle preventieve vaccinaties te kunnen bekostigen (bv. baarmoederhalskanker, tetanus, polio, griepvaccinatie, hepatitis A, hepatitis B, rubella,...)	3
specifiek sparen om alle tandartskosten te kunnen bekostigen (tandarts, kronen, operaties, correcties aan tanden,...)	4
specifiek sparen om alle kinesitherapiekosten te bekostigen (ook hetgeen niet terugbetaald wordt)	5
specifiek sparen alle kinderartskosten te bekostigen (ook hetgeen niet terugbetaald wordt)	6
specifiek sparen voor psychologische verzorging (psycholoog, kosten voor opname in een psychiatrische kliniek)	7
specifiek sparen voor reconstructieve chirurgie (bv. borstverkleining om medische redenen,...)	8
specifiek sparen voor laserbehandeling van de ogen	9

i) [Voor elk item waarvoor men ++ of + antwoordde] Voor welk lid van uw gezin zou u geïnteresseerd zijn in deze verzekering: uzelf, uw partner of uw kinderen [u kan natuurlijk meerdere antwoorden geven]

uzelf	1
uw partner	2
uw kind(eren)	3
andere (verduidelijk a.u.b.)	7
weet het niet - geen antwoord	8

j) Denkt u dat een verzekering deze kosten die gepaard kunnen gaan met de gezondheid kan of moet dekken of moet dit door iemand anders worden opgenomen? [slechts één antwoord mogelijk]

ja, een verzekeraar kan of moet dit zeker en vast dekken	1
ja, een verzekeraar kan of moet dit misschien dekken	2
nee, een verzekeraar kan of moet dit eerder niet dekken	3
nee, een verzekeraar kan of moet dit zeker niet dekken	4
weet het niet - geen antwoord	5

k) [Indien neen, eerder niet of neen,zeker niet] Wie zou volgens u dan deze kosten moeten dekken? [meerdere antwoorden mogelijk]

de mutualiteiten	1
de overheid	2
andere (verduidelijk a.u.b.)	3
dit zou helemaal niet door iets of iemand gedekt moeten worden	4
weet het niet - geen antwoord	5

l) [Voor ieder item waarvoor ze + of ++ antwoordden] U gaf aan dat u voor enkele kosten geïnteresseerd zou zijn om op voorhand te sparen. Hiervoor zou u maandelijks of jaarlijks een bepaald bedrag afleggen. We gaan er hier vanuit dat hoe jonger u begint te sparen, hoe lager de premie zal zijn. Kunt u mij voor elk item weergeven vanaf welke leeftijd u bereid zou zijn hiervoor te beginnen sparen? Gelieve hierbij geen rekening te houden met uw huidige leeftijd!

U heeft hier 4 antwoordmogelijkheden:

- tussen 20 en 30 jaar,
- tussen 31 en 40 jaar,
- tussen 41 en 50 jaar,
- tussen 51 en 60 jaar.

[of u heeft geen mening = zonder mening (?)].

[Slechts één antwoord mogelijk per item]

specifiek sparen voor de kosten van preventieve onderzoeken (mammografie of prostaatonderzoek)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen voor alle kosten voor een jaarlijkse algemene medische controle (bloedonderzoek e.d.)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen om alle preventieve vaccinaties te kunnen bekostigen (bv. baarmoederhalskanker, tetanus, polio, griepvaccinatie, hepatitis A, hepatitis B, rubelle,...)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen om alle tandartskosten te kunnen bekostigen (tandarts, kronen, operaties, correcties aan tanden,...)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen om alle kinesitherapiekosten te bekostigen (ook hetgeen niet terugbetaald wordt)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen alle kinderartskosten te bekostigen (ook hetgeen niet terugbetaald wordt)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen voor psychologische verzorging (psycholoog, psychiater)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen voor reconstructieve chirurgie (bv. borstverkleining om medische redenen,...)	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?
specifiek sparen voor laserbehandeling van de ogen	20-30j.	31-40j.	41-50j.	51-60j.	?

m) Zijn er nog andere noden of behoeften betreffende de gezondheid waaraan u denkt? Zo ja, welke? [Meerdere antwoorden mogelijk]

.....
.....
.....

Q4. Verzekeringsprofiel.

a) Welk beeld heeft u over het algemeen van de verzekeringswereld? [slechts één antwoord mogelijk]

ik heb een zeer positief beeld	1
ik heb een eerder positief beeld	2
ik heb een neutraal beeld	3
ik heb een eerder negatief beeld	4
ik heb een zeer negatief beeld	5
weet het niet - geen antwoord	6

b) Als u kijkt naar alle verzekeringen die u heeft afgesloten, dus niet enkel met betrekking tot de gezondheid of het ouder worden, bij welke maatschappij of maatschappijen heeft u verzekeringen afgesloten? [meerdere antwoorden mogelijk]

AG Insurance	1
Axa	2
Dexia	3
DVV Verzekering	4
DKV	5
Ethias	6
Generali Verzekeringen	7
ING	8
KBC Bank & Verzekering	9
Mercator	10
de mutualiteit	11
PNV	12
Touring	13
andere (verduidelijk a.u.b.)	14
weet het niet - geen antwoord	15

c) Welke verzekering(en) heeft u bij deze maatschappij(en) afgesloten? [meerdere antwoorden mogelijk]

autoverzekering	1
brandverzekering	2
familiale verzekering	3

hospitalisatieverzekering	4
andere (verduidelijk a.ub.)	5
weet het niet – geen antwoord	6

Auteursrechtelijke overeenkomst

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

Analyse van de toenemende vergrijzing en bijgevolg de toenemende behoefte aan gezondheidszorg.

Richting: **master in de toegepaste economische wetenschappen-beleidsmanagement**

Jaar: **2010**

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

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik 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 mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

Neijens, Melissa

Datum: **25/05/2010**