



Op zoek naar antwoorden op de uitdaging van betaalbaarheid van zorg:

Scenario's van hervorming van het financieringsmodel

2012/14

29 | 06 | 2012



MENSEN



WELVAART



BESCHERMING

Samenvatting

The financial sustainability of health care for both the society and the individual patient is under pressure. This is the case for all countries, including Belgium. Especially chronic care will prove to be a challenge to cope with. Other countries have diversified their financial resources for care to ensure that as many as possible different funds are leveraged, that financial accessibility is safeguarded, and that responsiveness to individual preferences is retained. A broad, open choice and managed competition with the same rules across all types of care payers, enabling the society at large to decide what is best, remains absent in Belgium. We are closing our eyes for the issues at hand, for which the most vulnerable patients pay more for in the end. Key recommendations include opening up both the public and private insurance markets; actively regulating such a broad, open market with identical rules; holding payers responsible by true risk sharing when objectives are not met; providing payers with the tools to purchase care based on quality and efficiency, and locally examining innovative saving scenarios such as a health savings account. Ideology and values remain important in reforming the financing model of care. Hence, the importance of equal rules set by the society.

PIETER VAN HERCK
Senior Fellow Itinera Institute

IVAN VAN DE CLOOT
Hoofdeconoom Itinera Institute

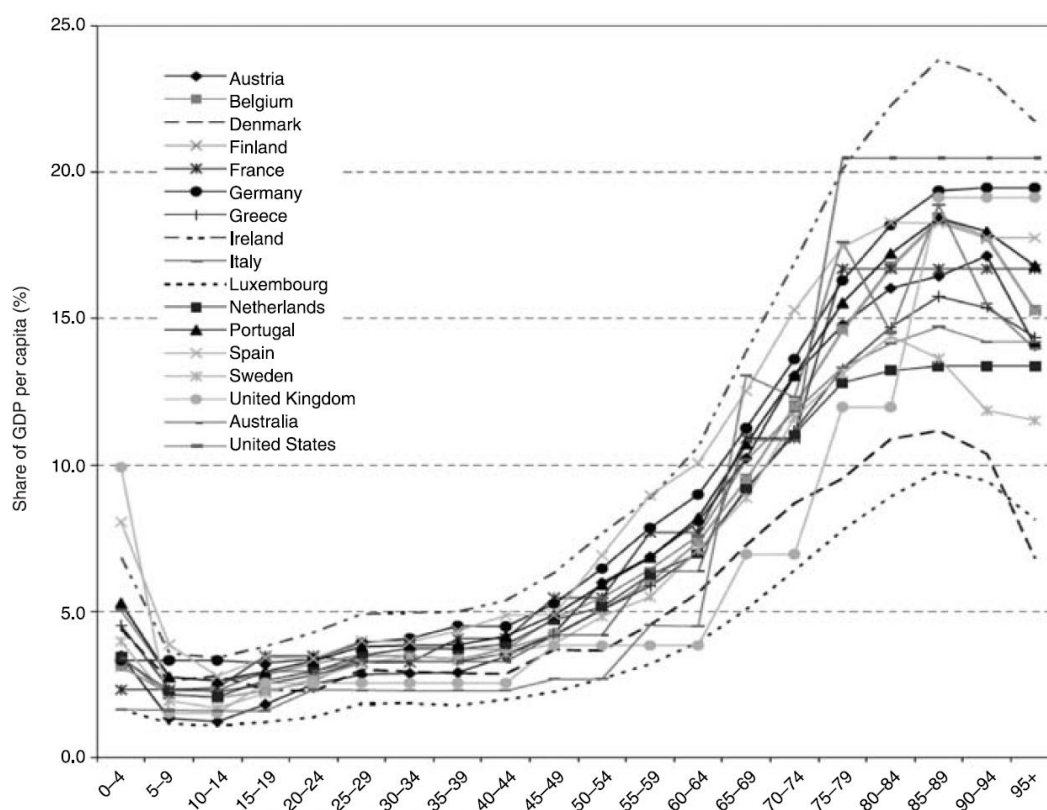
Inleiding

Meerdere knipperlichten wijzen erop dat het huidige financieringssysteem van zorg haar limieten begint te bereiken. Jaarlijks groeit de zorguitgave met maximum 2 tot 3 procent bovenop de indexaanpassing. Dit is veel sneller dan de groei van het BNP. De zorguitgaven in België hebben de grens van 10% van het BNP overschreden en verbruiken een steeds groter aandeel van de middelen waarover onze samenleving beschikt.

Senior patiënten absorberen nu reeds tussen 35 en 50% van de totale zorguitgaven, en hun aandeel zal in de komende jaren drastisch stij-

gen, met een 78% toename tot 2060 (Figueras & McKee, 2012). Tegelijkertijd neemt het aantal jongeren onvoldoende toe om het intergenerationale evenwicht van bijdragen en consumptie van de publieke financiering van zorg te bewaren. Het aantal potentiële bijdragers op actieve leeftijd zal tussen 2010 en 2060 met 15% zakken. De afhankelijkheidsratio zal meer dan verdubbelen, tot 53,5% in 2060. In plaats van vier actieve bijdragers per senior gaan we naar twee actieve bijdragers per senior in 2050. De vergrijzing leidt tot een tweevoudige druk op de zorgfinanciering: een daling van bijdragen (inkomsten) en een stijging van consumptie (uitgaven; zie Figuur 1).

Figuur 1. Publieke zorguitgaven per leeftijdsgroep als percentage van het BNP per capita

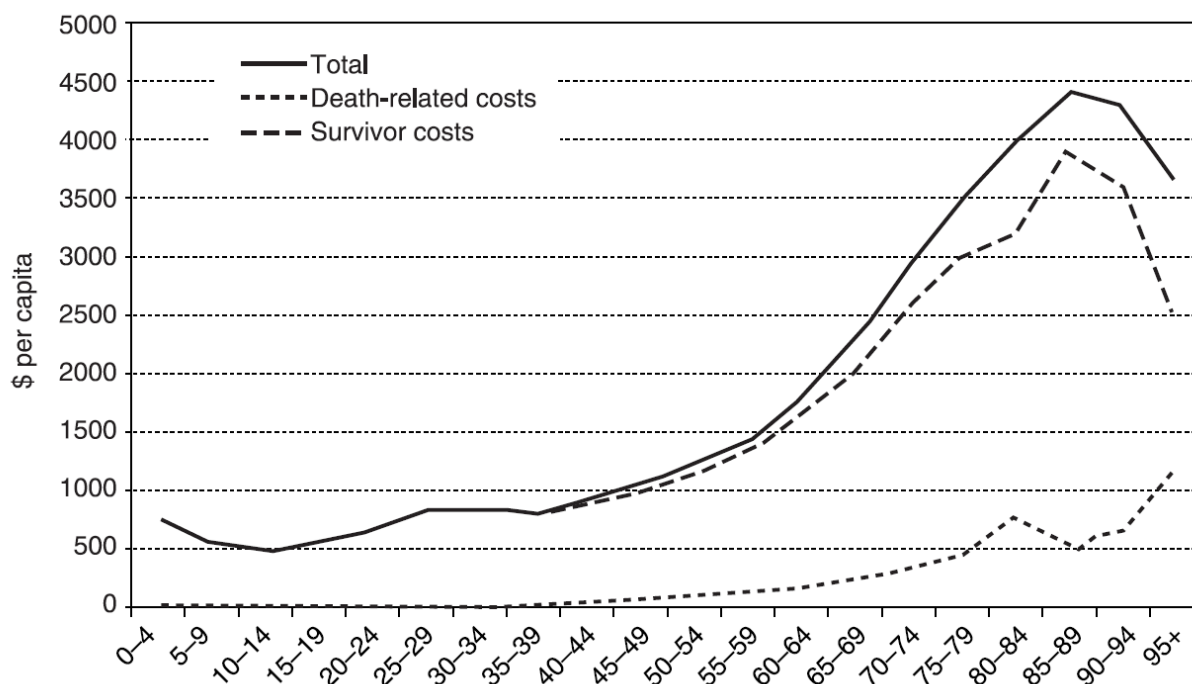


Bron: Figueras & McKee, 2012

Als samenleving willen we bovendien geen halt toeroepen aan de technologische vooruitgang die onze gezondheid steeds beter helpt bewaren of herstellen. Het effect hiervan op zorgbehoeften is moeilijk voorspelbaar (zie Figuur 2). Eén hypothese zegt dat toenemende gezondheid de curve in Figuur 1 naar rechts doet opschuiven, waarbij de meeste morbiditeit zich situeert op heel hoge leeftijd. De stijging van zorguitgaven per patiënt zou onder deze veronderstelling

relatief beperkt blijven of zelfs kunnen dalen. De kost van sterven lijkt immers af te nemen naarmate men sterft op hogere leeftijd. Een andere hypothese beweert echter dat de uitgaven wel degelijk zullen stijgen omwille van een toenemende kwetsbaarheid voor chronische ziekten op oudere leeftijd (Figueras & McKee, 2012). Ondanks een gebrek aan hard bewijsmateriaal, lijken beide hypothesen bevestigd te worden.

Figuur 2. Voorspelde evolutie van zorguitgaven ten gevolge van technologische vooruitgang



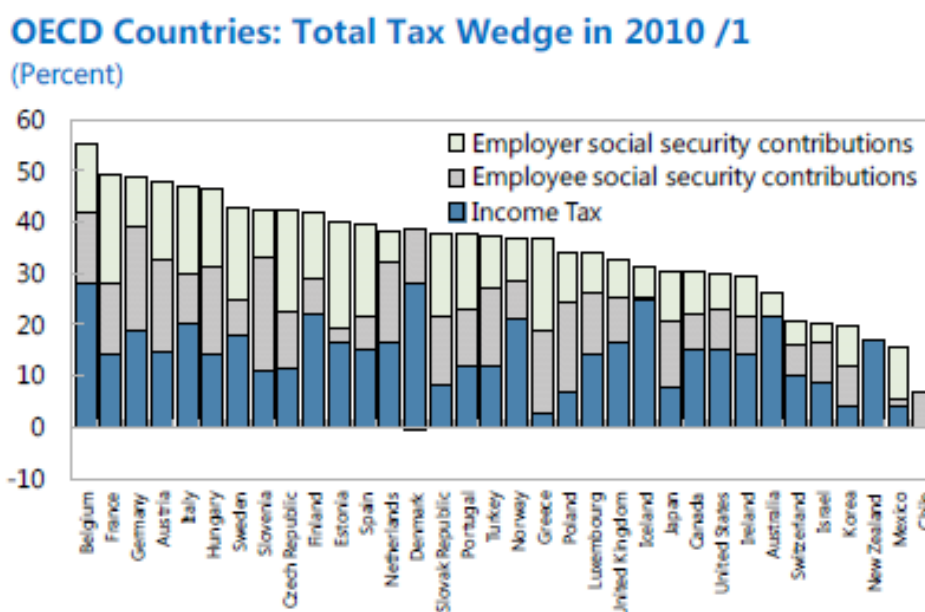
Bron: Figueras & McKee, 2012

Daarnaast kennen we het opwaartse effect op zorguitgaven van de stijgende investeringskosten in technologie en innovatie. Het betreft de nieuw te financieren zorgmogelijkheden die jaarlijks bijkomend in het totale budget worden geïntroduceerd. Samen met deze zorgmogelijkheden stijgen ook de verwachtingen en zorgvragen van de patiënt (Figueras & McKee, 2012). We zullen, met een snelheid afhankelijk van het groeipercentage in zorguitgaven dat vooropgesteld wordt (in 2012: 2%, in 2013 en verder: 3%), de uitdijende consumptie van onze beschikbare financiële middelen niet kunnen ontlopen. In combinatie met het probleem van een gereduceerde draagkracht omwille van een verdubbeld afhankelijkheidsratio, biedt dit een zorgwekkend toekomstperspectief over de lange termijn houdbaarheid van ons financieringsmodel van zorg. De vraag is immers relatief eenvoudig: vanwaar zullen de minder beschikbare middelen voor de toenemende zorguitgaven te

dekken blijven komen?

Moest er elders nog marge zijn, was deze vraag niet zo moeilijk te beantwoorden. Echter, zoals Figuur 3 toont, is dit wat betreft sociale bijdragen en taxatie allerminst evident. Ook de eigen rechtstreekse bijdragen van de patiënt tot de betaling van zorg in België hebben hun limieten bereikt. Als burger betalen we immers het dubbele uit eigen zak in vergelijking met het gemiddelde van onze buurlanden, op het moment dat we zorg bekomen: 20% in België versus 5,7% in Nederland, 7,3% in Frankrijk, 11,5% in Luxemburg, 11,4% in de UK en 13,1% in Duitsland (Itinera, 2012). Daarnaast stellen we vast dat deze financiële last geleidelijk aan opschuift naar de ambulante, chronische en lange termijn zorg, in aanvulling op onze traditionele ziekenhuisfocus. Dit is een situatie waar onze financiering allesbehalve op voorbereid is.

Figuur 3. De totale belastingsdruk in OECD landen vergeleken



Source: OECD, Taxing Wages Database.

Als gevolg van de toenemende druk op de betaalbaarheid van zorg, doet er zich een sluipende evolutie voor richting een groter gebruik van aanvullende verzekeringen om voldoende bescherming te kunnen bekomen tegen de financiële gevolgen van ziekte. Dit roept bij velen de bekommernis op dat het publieke systeem op lange termijn uitgehold zou kunnen worden en dat we in twee snelheden van zorg kunnen terecht komen. Immers, ook de vooraf te betalen premies voor aanvullende verzekeringen zijn gedurende de laatste 10 jaren sterk gestegen. Voor de steeds relevanter wordende doelgroep (ouderen, zwaar zorgbehoevenden, en chronisch zieken) worden ook deze polissen steeds moeilijker betaalbaar, tenzij men er op jongere leeftijd en in gezonde toestand mee van start is gegaan. Dit probleem concretiseert zich bijvoorbeeld op het moment van pensionering, wanneer collectieve verzekeringen wegvallen. Bovendien verkrijgen patiënten met een medische voorgeschiedenis moeilijker een risicodekking wanneer ze voor een aanvullende verzekering aankloppen. Meer langdurige zorgen in de revalidatie of de psychiatrie zijn vaak zelfs uitgesloten van dekking. En frappant om vast te stellen, de kostenposten die eigen zijn aan de ambulante setting en die in de toekomst het meest zullen domineren, zijn vaak niet of minder gedekt in aanvullende verzekeringen. Indien ze wel gedekt zijn als onderdeel van een polis met inclusie van de periode voor- en na ziekenhuisverblijf, betreft het de relatief duurdere polisopties.

Laten we ook niet te pessimistisch zijn. In België is nog steeds 99% van de bevolking financieel gedekt voor een belangrijk aandeel van de zorguitgaven via de publieke en/of aanvullende verzekeringen. Het publieke deel biedt een vast pakket van zorg aan voor iedereen. We dragen allen bij in proportie tot ons inkomen en herverdelen heel wat middelen op solidaire basis. We

hebben keuze bij wie we ons publiek en eventueel aanvullend verzekeren. Echter, om dit alles te behouden, en te herrichten op het meer kwetsbare patiëntenprofiel van de toekomst, moeten we durven vooruit denken. In deze nota concentreren we ons enkel op mogelijke hervormingen van het financieringsmodel, en niet op de andere pistes die gelijktijdig bewandeld kunnen worden (betalingssystemen voor zorgverstrekkers, de prijszetting van geneesmiddelen, enz.). Met het 'financieringsmodel' bedoelen we de bronnen voor middelenvergarig, hoe de financiële middelen samen komen (pooling), wie ze beheert en hoe de verdeling van middelen gebeurt voor de zorgdekking bij individuen die geconfronteerd worden met ziekte (zorgaankoop).

Discussies over het financieringsmodel worden vaak uit de weg gegaan vanwege de gevestigde waarde van het huidige systeem en vanwege sterk geïdeologiseerde standpunten. Echter, vanuit een positieve houding gericht op mogelijke oplossingen, en het vrijwaren van het goede eigen aan ons gezondheidszorgsysteem, is het van belang om over de fundamenteën gezamenlijk na te durven denken. We gaan in deze nota dus na in welke mate dat hervorming van het financieringsmodel al dan niet een antwoord kan bieden op de grote uitdagingen waarmee we geconfronteerd worden: het betaalbaar houden van de zorg, de innovatiecapaciteit vrijwaren, de financiële toegankelijkheid voor alle burgers (inclusief kwetsbare groepen) vrijwaren of verbeteren, en de mate van individuele keuzemogelijkheid en individuele vrijheid vrijwaren of verbeteren. Vanuit Itinera zijn we ons er goed van bewust dat we met deze nota enkel een eerste aanzet kunnen geven tot debat door het onderwerp te kaderen en de mogelijkheden te formuleren. Dit wil dus zeggen dat we deze nota niet afsluiten met dé oplossing of dé ene te bewandelen weg. Wel trachten we het essentiële

materiaal aan te brengen, waarop dit fundamentele debat met bijdrage van elk van de actoren zich verder kan baseren.

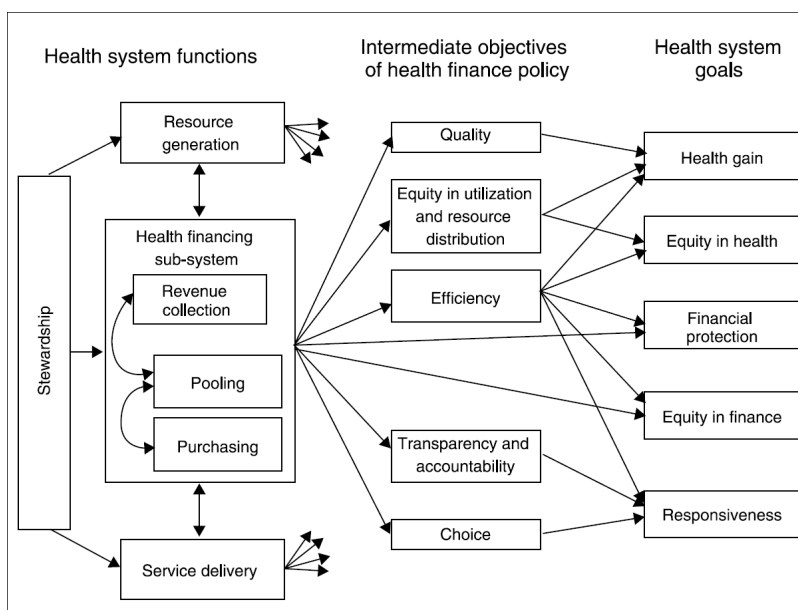
We gaan concreet als volgt tewerk. In een eerste sectie maken we gebruik van het integrerende raamwerk van de WHO om het abstracte begrip financieringsmodel verder te concretiseren. Het betreft een theoretisch luik dat van belang is om het vervolg goed te kunnen kaderen. Daarna beschrijven we beknopt het huidige financieringsmodel in België aan de hand van enkele cijfers. Zes scenario's van een potentiële verschuiving van contributiemechanismen, elk met voor- en nadelen, komen aan bod: (1) publieke sociale bijdragen, (2) belastingen en subsidies, (3) aanvullende en/of vervangende verzekeringen, (4) sparen, (5) out-of-pocket en/of remgeld (6) ontlenen en/of privé- investeringsmiddelen vanuit extern kapitaal. In een derde sectie brengen we deze elementen samen, wanneer we stilstaan bij enkele plannen van de overheid in de richting van een

nieuw financieringsmodel. Deze plannen situeren zich hoofdzakelijk op het Vlaamse beleidsniveau, naast het federale beleidsniveau. Tot slot formuleren we aanbevelingen, die via een publiek debat een aanzet kunnen geven tot meer algemene oplossingen voor de financiële uitdagingen van zorg waarmee België in toenemende mate geconfronteerd wordt.

Ontleding van financieringsmodellen van zorg aan de hand van een geïntegreerd raamwerk

In Figuur 4 is het geïntegreerde raamwerk van zorgfinanciering weergegeven, zoals dat doorheen meerdere publicaties van de WHO is beschreven.

Figuur 4. Doelstellingen en functies van een financieringsmodel voor zorg



Bron: WHO, 2006

Elk financieringssysteem van zorg is gebaseerd op doelstellingen, die de gerelateerde prioritaire kernwaarden in een samenleving reflecteren: de gezondheidsuitkomst voor de patiënt, universele bescherming tegen financieel risico ('financial protection' en 'equity'), en het beantwoorden aan de verwachtingen en voorkeuren van de patiënt ('responsiveness'). In onze samenleving staat naast de gezondheidsuitkomst voor de patiënt, financiële bescherming heel centraal. Dit wil zeggen dat men niet arm wordt ten gevolge van het betalen voor zorgverlening, en bijgevolg niet geconfronteerd wordt met een tweespalt tussen gezondheid en welvaart (WHO, 2006). Solidariteit betekent dat de financiële last rechtvaardig wordt verdeeld, waarbij personen met een lager inkomen relatief gezien niet meer betalen dan personen met een hoger inkomen. Zulke solidariteit heeft betrekking op alle uitgaven samen: sociale bijdragen, belastingen, voorafbetaalde premies, eigen bijdragen voor verkregen zorg, enz. Bij elke van deze financieringsbronnen is de verdeling dus van belang. Solidariteit is des te belangrijker in moeilijke tijden, en naarmate de zorguitgaven stijgen (WHO, 2000).

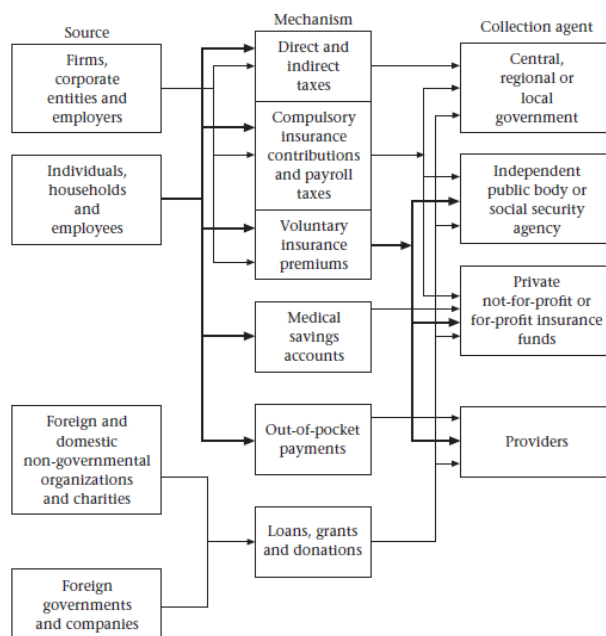
Daarnaast leven we echter ook in een maatschappij waarin niet enkel het collectief, maar ook het individu van belang is. We hebben graag de vrijheid om zelf ook keuzes te kunnen maken in functie van hoeveel we bereid zijn te betalen voor zorg, wat we daarbij wel en niet gedekt willen hebben, en hoeveel financieel risico we draaglijk vinden. Gezamenlijk geeft dit gestalte aan onze individuele verwachtingen naar zorgfinanciering toe. Sommige mensen zijn meer risicoafkerig dan anderen. Sommigen willen extra comfort of luxe wanneer ze een episode van zorg doormaken; anderen kunnen zich zulke extra's niet veroorloven. Als samenleving laten we hierin een mate van vrijheid toe, op basis van individuele keuzes en verantwoor-

delijkheid. Het hoeft geen betoog dat het moeilijke evenwicht tussen de gezondheidsuitkomst, financiële bescherming, solidariteit en vrijheid van keuze een uniek spanningsveld met zich meebrengt. Om deze doelstellingen te realiseren maakt het financieringssysteem gebruik van drie subfuncties: inkomstencollectie, pooling van fondsen, en aankoop van zorg.

Inkomstencollectie

De fondsen voor het betalen van zorgverlening worden ingezameld via verschillende contributiemethoden vanuit diverse initiële financieringsbronnen (zie Figuur 5). We komen in de volgende sectie uitgebreid terug op elk van deze mechanismen.

Figuur 5. Financieringsbronnen en contributiemethoden



Bron: Mossialos et al, 2002

Het is echter van cruciaal belang te beseffen dat de bevolking de bron is van alle financiële middelen waaruit men kan putten. De overheid op zich is geen bron. Ze verzamelt enkel de taxatie-inkomsten van de bevolking. Hetzelfde geldt voor de sociale bijdragen die door het RIZIV beheerd worden, en voor de voorafbetaalde premies van ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen. Contributies via sparen, remgeld, leningen, investeringen en giften zijn allemaal afkomstig van diezelfde samenleving als collectief van individuen. Vooral het onderscheid tussen het collectieve versus individuele recht op vergoeding van zorg is reeds op dit niveau van belang, vermits dit al dan niet samenhangt met het zelf bijdragen tot de inkomsten of niet. Hierbinnen is er een duidelijke gradatie. Van belastingmiddelen en subsidies als collectieve bron kan in principe iedereen genieten. Het kunnen rekenen op de inzet vanuit sociale bijdragen is echter reeds afhankelijk van zelf ooit bijgedragen te hebben, en dus niet per definitie van toepassing voor iedereen. De premies die men betaalt aan een ziekenfonds of privéverzekeraar kennen deels een collectief recht voor leden, en deels ook een individueel recht. Sparen, remgeld, leningen, etc. kennen als contributiemechanismen geen collectief recht van gebruikmaking.

Daarnaast is er ook een hiërarchie geldig wat betreft de progressiviteit van elk van de contributiemethoden. Progressiviteit staat voor de mate waarin lagere inkomens relatief minder financiële zorglasten moeten dragen dan hogere inkomens, daar waar regressiviteit het omgekeerde impliceert: lagere inkomens dragen financieel relatief meer dan hogere inkomens. Bovenaan de progressiviteitsladder staan inkomensafhankelijke belastingen en sociale bijdragen. Aanvullende verzekeringen met premiedifferentiatie volgens risico zijn minder progressief. Daaronder volgt sparen. Eigen bijdrage/remgeld is de minst pro-

gressieve contributiemethode. Om de progressiviteit van een financieringsmodel met een combinatie van methoden te beoordelen, dient men het gewogen gemiddelde van de mix van mechanismen in beschouwing te nemen.

Pooling

Pooling betreft de accumulatie van de voorafbetaalde inkomsten, en een eventuele herverdeling van de fondsen tussen de pools via risicoverevening om financiële bescherming te ondersteunen. Zo beschikt bijvoorbeeld elk ziekenfonds en verzekeraar over een eigen pool van verzamelde inkomsten. Relevante vragen bij deze subfunctie zijn: Zijn er één of meerdere pooling organisaties beschikbaar? Kan men de pooling organisatie waartoe men toetreedt zelf kiezen of niet? Enzovoort.

Pooling reduceert onzekerheid en stabiliseert de beschikbaarheid van middelen. Bij belastingmiddelen is er één grote pool, beschikbaar voor de gehele samenleving. Voor sociale bijdragen is de pool kleiner, maar relatief gezien nog heel omvangrijk. De pooling functie maakt een verder onderscheid duidelijk tussen de contributiemechanismen met enkel individuele rechten. Aanvullende verzekeringen van ziekenfondsen en privéverzekeraars kennen nog steeds een belangrijke pooling dimensie van de premies van alle aangeslotenen. Sparen kent een beperkte pooling dimensie gekenmerkt door het vooraf accumuleren van middelen doorheen de tijd. Eigen bijdragen en leningen als mechanismen ontberen elke vorm van pooling om de financiële bescherming te ondersteunen.

Aankoop van zorg

Aankoop van zorg staat voor de transfer van de al dan niet gepoolde fondsen naar de zorgversprekkers toe. Het recht op financiële tegemoetko-

ming per zorginterventie zal bepalen of de aankoper (De overheid/het RIZIV, het ziekenfonds, de verzekeraar en/of de patiënt) zal betalen vanuit de gepoolde fondsen of niet. Soms is dit recht voor een bepaalde zorginterventie volledig afwezig (volledig eigen bijdrage van de patiënt als aankoper). Soms is het recht slechts deels aanwezig (remgeld van de patiënt als gedeeltelijk aankoper). Men kan via beslissingen over dekking de zorguitgaven in hun groei afremmen via de breedte (wie erin/erbuiten), via de scope (het schrappen van tegemoetkoming voor specifieke zorginterventies) en via de diepte door prijsbeperkingen (remgeld) (Thomson et al, 2009). Indien deze ingrepen losstaan van het al dan niet verantwoord karakter van zorg per indicatie, zijn dit echter risicovolle ingrepen, tenzij er een alternatieve financiële opvang voor wordt gecreëerd.

Stewardship

Elk van de subfuncties van het financieringsmodel wordt aangestuurd via 'stewardship'. Dit wil zeggen de governance van elk van de organisatie(s) die de subfuncties implementeren en regulering voorzien met het oog op een optimale werking. Governance, regulatie en informatie zijn voor elk van de functies (inkomstencollectie, pooling en aankoop van zorg) van belang om deze zo goed als mogelijk op één lijn te brengen met de reeds eerder beschreven doelstellingen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de bron van financiering op zich niet per definitie de organisatie, de allocatiemechanismen en het realiseren van elk van de doelstellingen determineert. Het klassieke onderscheid tussen bijvoorbeeld Beveridge en Bismarck kent zeker haar waarde, maar mag er niet toe leiden dat men teveel in hokjes denkt bij de beoordeling van doelstellingen en eventuele hervormingen (WHO, 2006). Zo niet, loopt men het risico om

relevante beleidsmogelijkheden bij aanvang reeds uit het oog te verliezen. Er zijn geen rigide verbanden tussen de bron van financiering en hoe pooling en zorgaankoop dienen georganiseerd te worden.

De duurzaamheid van het financieringssysteem op lange termijn wordt in de eerste plaats bepaald door de mate waarin de prioritaire doelstellingen van het systeem zelf worden gerealiseerd: het behalen van een goede gezondheidsuitkomst, financiële bescherming & solidariteit, en vrijheid van keuze. In tweede orde, en zoals hierboven beschreven in sterk toenemende mate, kan men echter de externe fiscale/financiële beperkingen om de doelstellingen te kunnen bereiken niet negeren (WHO, 2006). Men moet immers financiële middelen kunnen mobiliseren en een evenwicht bewaren met de totale publieke uitgaven. Meer bepaald, de inkomsten (de som van taxatie/subsidies, sociale bijdragen, premies, eigen bijdragen, etc.) moeten gelijk zijn aan de uitgaven (prijs maal hoeveelheid aan zorgverstrekking) zonder dat de externe fiscale/financiële beperkingen voortdurend met de voeten worden getreden (Mossialos et al, 2002).

Het reduceren van huidige en toekomstige deficits tussen zorginkomsten en uitgaven is dus een cruciale randvoorwaarde om een goed functionerend gezondheidszorgsysteem in stand te houden. Sommige landen gaan over tot het verder beperken van financiële tegemoetkomingen of de zorgverlening waarvoor deze gelden. Dit zijn echter tijdelijke deficit reducties, die op lange termijn de prioritaire doelstellingen van zorgfinanciering in het gedrang kunnen brengen (WHO, 2006). In een geglobaliseerde wereld met een neerwaartse druk op belastingen en loonkosten om internationaal competitief te kunnen blijven, zullen zulke trade-offs steeds groter worden. Des te belangrijker is het om tot

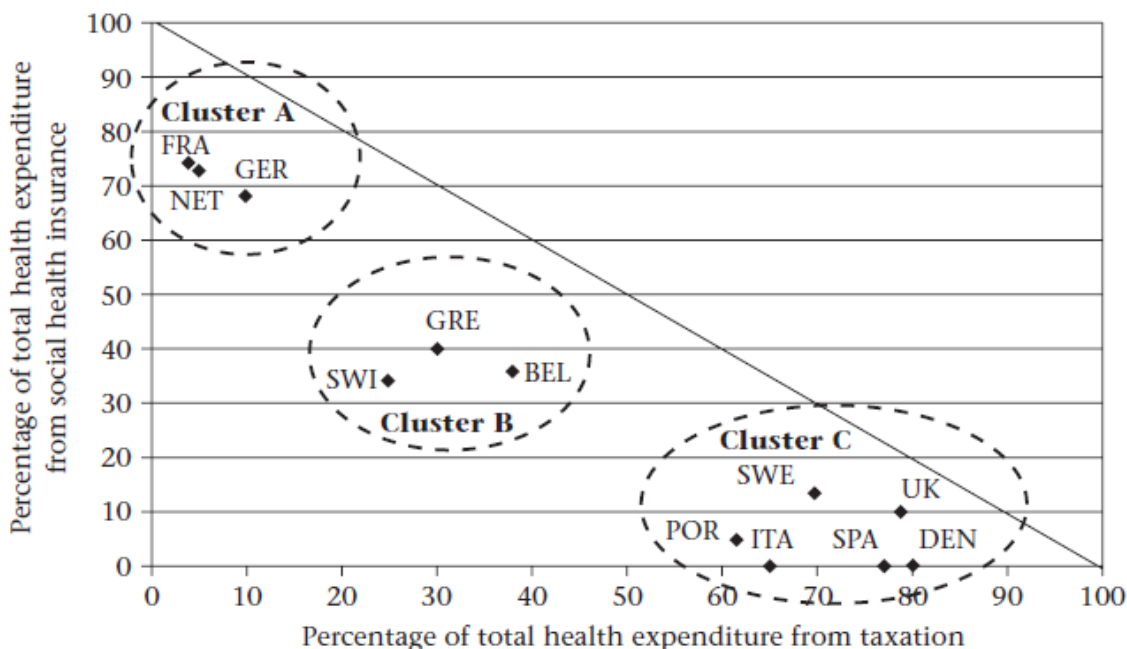
een algemeen gedragen beslissing te komen in plaats van het impliciete resultaat van inertie af te wachten. Nu dat het begrip financieringsmodel met haar bijhorende doelstellingen en functies toegelicht is, gaan we over tot het beschrijven van het Belgisch financieringsmodel van zorg en onderzoeken we zes scenario's van hervorming van het Belgisch financieringsmodel.

Het Belgische financieringsmodel van zorg: enkele kerncijfers

Figuur 6 toont waar België zich bevond in 2000 wat betreft het aandeel van sociale bijdragen en belastingen in zorgfinanciering in vergelij-

king met andere Europese landen. Samen met Griekenland en Zwitserland namen we een duidelijke middenpositie in, met een gelijk aandeel vanuit beide bronnen. Merk op dat als je naar de andere landen kijkt, dat dit niet per se de evidente beleidskeuze is, zoals dat in België vaak wordt voorgesteld. Duitsland, Frankrijk en Nederland kennen een veel grotere nadruk op sociale bijdragen (het sociale verzekeringsmodel) met cijfers rond de 70% in aandeel. Vele andere, zowel Scandinavische als zuiderse landen baseren hun zorgfinanciering bijna exclusief op belastingmiddelen.

Figuur 6. Contributie-aandeel sociale bijdragen en belastingen tot zorgfinanciering: een internationale vergelijking



Key: BEL, Belgium; FRA, France; DEN, Denmark; GER, Germany; GRE, Greece; ITA, Italy; NET, Netherlands; POR, Portugal; SPA, Spain; SWE, Sweden; SWI, Switzerland; UK, United Kingdom.

In België is 71,3% van de totale zorguitgaven publiek gefinancierd, waarvan de overgrote meerderheid via de verplichte algemene ziekteverzekering, en enkele luttele aanvullende procenten rechtstreeks door de overheid. De verplichte ziekteverzekering op zich wordt echter naast 66% op basis van sociale bijdragen en 10% uit andere sociale zekerheidsmiddelen, ook reeds voor 24% gedragen via belastingen (ongeveer 50/50 directe belastingen en indirecte belastingen zoals BTW).

De eigen bijdragen van de patiënt omvat 25% van de totale zorguitgaven, waarvan 14% volledig uit eigen zak, 6% als remgeld en 5% gedekt

via vrijwillige aanvullende verzekeringen (zie ook Itinera, 2012). Deze laatste 5% kunnen we verder opdelen in ongeveer 3% aanvullend via ziekenfondsen en 2% via commerciële verzekeraars. In 2006 dekte de maximumfactuur gericht op kwetsbare doelgroepen slechts 1% van de totale zorguitgaven. De administratieve kost van het RIZIV, als federale beheerder van het financieringsmodel bedroeg ook 1%. De ziekenfondsen dragen wat betreft hun rol in de publieke uitgaven (algemene ziekteverzekering) 2, 5% administratiekosten. Dit komt overeen met ongeveer 1 miljard euro, een bedrag waarmee men in België de volledige huisartsgeneeskunde kan dekken.

Twee werelden van zorgfinanciering in het huidige Belgische systeem, met een totaal verschillende benadering van risicoreductie

Doorheen diverse landen, inclusief België, kan men vaststellen dat de functies van het financieringsmodel binnen een tweevoudige, gepolariseerde aanpak worden georganiseerd. Enerzijds heb je het publieke systeem, met sterk gereguleerde concurrentie tussen ziekenfondsen. Anderzijds heb je het private systeem, met volledig open concurrentie, hoewel de regelgeving hier ook toeneemt. In de praktijk lopen soms de rollen van beiden wel door elkaar. Het is echter frappant hoe verschillend en gepolariseerd het fenomeen risico op ziekte en zorgnood wordt benaderd in beide systemen. In het publieke systeem mag men niet differentiëren qua premie of lidgeld van de patiënt volgens zijn risico. In het private systeem is een zo accuraat mogelijke premiebepaling volgens risico één van de basisprincipes van het verzekeringssysteem. Bij de publieke optie spreidt men de financiële last volledig over het collectief. Bij de private optie behoudt men de financiële last grotendeels op individueel niveau. Het eerste versterkt de solidariteit en toegankelijkheid, het laatste versterkt de keuzemogelijkheden, en eventuele kwaliteits- en prijsprikkelers ten gevolge van concurrentie. In beide systemen, maar in het private veel meer dan in het publieke, loop je het risico op 'averechtse selectie'. Dit wil zeggen dat een verzekeraar die goed werk levert, en dus relatief betere of bredere zorg financiert, meer hoog risico personen als klant zal aantrekken. Hierdoor moet hij zijn premie verhogen om rendabel te blijven, verliest hij meer gezonde klanten, en plaatst hij zich via een vicieuze cirkel op termijn buiten de markt. Om dit perverse effect tegen te gaan, bestaat het risico dat de verzekeraar zelf aan risicoselectie zal doen als perverse reactie, waarbij hij 'gezonde' personen strategisch aantrekt en 'minder gezonde' personen zal trachten te weren. De vraag bij deze tweespalt in benadering is waarom zorgfinanciering op zulke gepolariseerde wijze dient gestalte te krijgen. Willen we bij het publieke aandeel de doelstellingen en voordelen van het private aandeel niet kunnen benutten? Omgekeerd, willen we bij het private aandeel de veiligheidsmechanismen van het publieke aandeel niet inbouwen? Internationaal stellen we vast dat er inderdaad een verschuiving is naar een middenweg.

Scenario's van hervorming van het Belgisch financieringsmodel

Scenario 1. Uitbreiding via publieke sociale bijdragen

Vermits de publieke sociale bijdragen historisch gezien de belangrijkste bron is in ons huidige financieringsmodel van zorg, is het logisch om hierop een eerste hervormingsscenario te enten. Echter, zoals beschreven in de Inleidende sectie, is het net deze bron die geleidelijk opdroogt omwille van de verschuiving in afhankelijkheidsratio tussen actieve en niet-actieve deelnemers. Immers, sociale bijdragen van werknemers en werkgevers zijn gebonden aan tewerkstelling. We spreken hier over een pay-as-you-go systeem, waarbij inkomende middelen van alle werknemers en werkgevers onmiddellijk benut worden om de gelijktijdige zorgnoden te dekken. Het groeiende onevenwicht begint de financiële draagkracht van het totale systeem te bedreigen (Thomson et al, 2009). De sociale bijdragen als inkomsten zijn reeds gedurende meerdere jaren niet meer in evenwicht met de zorguitgaven gekoppeld aan de verplichte algemene ziekteverzekering, en worden daarom in toenemende mate bijgesteld vanuit belastingsmiddelen (scenario 2). Bovendien dragen sociale bijdragen niet enkel bij tot zorgfinanciering, maar ook tot de pensioenen en andere uitgavenposten van de sociale zekerheid.

Een verhoging van de publieke sociale bijdrage als percentage van loonafdracht van de gehele werkende bevolking, in combinatie met een stijging van werkgeversbijdragen, is blijkbaar een scenario waar de huidige beleidsmakers voorlopig niet bereid zijn toe over te gaan. De willingness to pay van burgers op individueel niveau om extra te betalen voor een goede zorgverlening is echter bijzonder hoog (Schokkaert

& Van de Voorde, 2010). Op collectief niveau is deze evenwel niet gekend. Solidariteit impliceert immers dat de relatief jonge/gezonde personen en de meerverdieners ook bijdragen om de zorguitgaven van de oudere/chronisch zieke personen en mensen die het financieel minder breed hebben te dekken. Dit wordt 'subsidizing solidarity' genoemd, in tegenstelling tot 'chance solidarity', d.w.z. het wederzijds dekken van het random risico dat men ziek wordt en de hoogte van de uitgaven die men hierbij moet dragen.

Indien er voor de bevolking geen probleem is om de sociale bijdragen uit te breiden, wordt het volgens sommigen tijd om de additionele willingness-to-pay te mobiliseren. Dit is echter niet enkel afhankelijk van de willingness, maar ook van de ability to pay (WHO, 2009). In se zou zulke verhoging overeenkomen in haar macro effecten met een verhoging van belastingen in een land dat op dit vlak reeds een uiterst zware last draagt, zowel naar werknemers als werkgevers toe (zie supra). Dit houdt risico's in met betrekking tot de koopkracht/consumptie en met betrekking tot de competitiviteit van Belgische ondernemingen. Andere voor- en nadelen van een verhoging via dit contributie-mechanisme kunnen enkel beoordeeld worden in combinatie met een beoordeling van de gerelateerde pooling en zorgaankoop in ons systeem.

Voordelen (zie Saltman et al, 2004):

- Via de rol van ziekenfondsen is de rol van de staat meer afgelijnd, binnen een pluralistische benadering van corporatief onderhandelen met vertegenwoordigers van subsectoren.
- De nadruk ligt op herverdeling vanuit een expliciete solidariteitsdoelstelling (WHO, 2006). In het kader van ability to pay overwegingen is er een hoge mate van progressiviteit ingebouwd (hoge inkomens dragen

relatief meer bij en niet omgekeerd).

- Er is keuze tussen zes aanbieders van de verplichte algemene ziekteverzekering, waartoe men zonder individueel onderscheid en zonder medische screening kan toetreden (WHO, 2000). Men kan ook redelijk vlot overgaan van het ene naar het andere ziekenfonds. Er is een aanzienlijke mate van concurrentie om leden aan te trekken (Schokkaert & Van de Voorde, 2010).
- Pooling en risicoverevening op nationaal niveau leidt tot een goede risicospreiding en cross-subsidiëring (WHO, 2006). Hypothetisch gezien kan er continu een verdere innovatie worden ingevoerd wat betreft de vormgeving van risicoverevening (Schokkaert et al, 1998; Stam & Van de Ven, 2008; Van de Ven, 2011).
- De bijdragen zijn transparant en risico-onafhankelijk. Dezelfde bijdragen en mate van dekking gelden voor iedereen, los van welk ziekenfonds/hulpkas het betreft.
- De administratieve en transactiekosten die gepaard gaan met een markt met heel veel aanbieders worden gedeeltelijk vermeden (WHO, 2000).
- De tevredenheid en mate van afstemming op verwachtingen van patiënten is licht hoger dan in zuiver taxatiegebaseerde financieringsmodellen. Dit vertaalt zich echter niet in een betere gezondheidsuitkomst (Saltman et al, 2004).

Nadelen:

- Er is geen toetreding van nieuwe ziekenfondsen/verzekeraars mogelijk. Dit beperkt de mogelijke keuzes en mate van concurrentie in het zo goed mogelijk aanbieden en organiseren van de verplichte algemene ziekteverzekering (Saltman et al, 2004; Schokkaert et al, 2005; WHO, 2000). Ook concurrentie op basis van prijs is hierbij grotendeels afwe-

zig (Schokkaert et al, 2005)

- Er is sprake van een hoog geconcentreerde markt. De drie grootsten dekken 90% van de bevolking; de twee grootsten 75% (Schokkaert et al, 2005).
- De sterke regulatie loopt het risico ten koste te gaan van efficiëntie en innovatie (Van Doorslaer & Schut, 2000). Immers, de ziekenfondsen kennen slechts een beperkte prikkel en beperkte mogelijkheden gericht op het intern benutten van schaal en scope voordelen, gericht op de afstemming van de financiering op individuele voorkeuren (wel via aanvullend, zie infra), en gericht op een kosten-effectieve zorgaankoop. Wat betreft deficits wordt een ziekenfonds nooit op meer dan 2% van haar aandeel in de totale zorguitgaven financieel afgerekend (zie kaderstuk). Bovendien is zulke dekking deels rechtstreeks verhaald op de leden als input van een reservefonds (5 euro premie per lid per jaar). De kosten van dit type financieringssysteem in vergelijking met een taxatiegebaseerd systeem zou 1,16 maal hoger liggen omwille van hogere administratieve kosten, minder horizontale integratie en een hogere consumptie van zorg (Saltman et al, 2004).
- Vanwege de imperfectie van risicoverevening kan risicoselectie niet uitgesloten worden (het aantrekken van lage risico's door een ziekenfonds, bijvoorbeeld via de minder gereguleerde aanvullende verzekeringen)(Schokkaert & Van de Voorde, 2000; Buchmueller, 2009).
- Er wordt in dit type van financieringsmodel relatief meer gebruik gemaakt van patiëntgerichte correcties zoals remgeld (scenario 5) in vergelijking met taxatiegebaseerde systemen zoals in de meeste Scandinavische landen. Dit kan ten koste gaan van financiële toegankelijkheid (Saltman et al, 2004).

- Gezondheidszorg wordt op deze manier betaald als een bijdrage op arbeid, dus via werknemers – en werkgeversbijdragen terwijl het een universeel recht is waarop iedereen recht heeft.
- Deze methode is afhankelijk van de mate

waarin men de sociale bijdragen ook daadwerkelijk correct kan innen, met een minimalisatie van zwart werk. Sociale bijdragen zijn ook conjunctuurgevoelig via de relatie met de mate van tewerkstelling versus werkloosheid.

Zelf geresponsabiliseerd worden en anderen responsabiliseren

In België kent zorgbeleid een overwegend budgettaire logica, al dan niet ten koste van de centrale doelstellingen die eigen zijn aan gezondheidszorg. Dit is niet anders in het financieringsmodel van zorg. De enige 'responsabilisering' die ziekenfondsen kennen is het feit dat men voor 25% van de kloof tussen de reële en verwachte uitgaven per ziekenfonds financieel wordt beloond (bij overschotten) of bestraft (bij tekorten). Echter, in het laatste geval is de verhaling op het ziekenfonds beperkt tot slechts 2% van haar aandeel in de totale zorguitgaven, indien er globaliter doorheen de ziekenfondsen een overschrijding van meer dan 2% plaatsvindt. Deze beperking geldt niet voor de bonussen die men kan opstrijken bij het realiseren van overschotten. Deze strategie werd gedurende meerdere jaren gecombineerd met een groeinorm van zorguitgaven van 4,5%, terwijl de reële groei slechts 4% betrof. Met een algemeen 0,5% budgettair overschot was het voor ziekenfondsen niet moeilijk om elk op hun beurt overschotten te boeken, los van een al dan niet (in)efficiënte werking. Op deze wijze hebben de ziekenfondsen de laatste jaren 501,6 miljoen euro aan bonusbedragen verworven. Velen noemen deze huidige constructie van 'responsabilisering' waarbij men enkel kan winnen, en die losstaat van kwaliteit en efficiëntie, onverantwoord. In ieder geval kan men zich hier ernstige vragen bij stellen in tijden van budgettaire krapte. Daarnaast kennen de ziekenfondsen geen enkele responsabiliserende functie naar de zorgverstrekking toe om kwaliteitsvolle en efficiënte zorg te verlenen. Deze tekortkomingen staan in schril contrast met de prikkels die in sommige andere landen worden toegepast. Via 'managed competition' en instrumenten zoals selectieve contractering, kwaliteitsprikkels, het monitoren op adequate inzet van zorg, enz. wordt de verzekeraar aangezet tot daadwerkelijk doelgerichte prestaties, en kan deze op zijn beurt bij zorgaankoop het zelfde aanmoedigen bij de zorgverstrekkers. Vraag is wanneer we in België tot zulk systeem zullen overgaan.

Scenario 2. Uitbreiding via belastingen als bron van subsidies voor zorgaankoop

Veel van de onder scenario 1 besproken algemene voor- en nadelen van een sociale bijdrage uitbreiding zijn ook van toepassing op een mogelijke uitbreiding van belastingen en subsidies, zo bijvoorbeeld de negatieve effecten op koopkracht/consumptie en internationale competitiviteit van ondernemen in België. Het is echter wel zo dat belastingen een veel bredere input kennen (arbeid, verkoop, BTW, import, huur, aandelen, winst, enz.) en dus de last van een eventuele verhoging beter kunnen spreiden (WHO, 2004). Men kan bij een eventuele uitbreiding ook meer gericht één of meerdere van deze inputs aanspreken. Hierbij is indirecte taxatie eerder regressief (voor iedereen een gelijke extra last los van inkomen), daar waar directe taxatie progressiever is (Mossialos et al, 2002). Het is echter zeer de vraag of dit scenario in een land met de hoogste belastingsdruk aanvaardbaar zal zijn voor de beleidsmakers en de publieke opinie. Zoals reeds gezegd is er wel een sluipende evolutie gaande, waarbij taxatie een steeds groter aandeel opneemt in de financiering van zorg en daarbij het aandeel sociale bijdragen geleidelijk aan substitueert.

Voordelen:

- Er is een grote mate van voorafbetaling en de grootste poolvorming (WHO, 2000). De relatie van contributiemechanisme met poolvorming moet wel genuanceerd worden, vermits men deze in toenemende mate loskoppelt van elkaar en op een gezamenlijk niveau organiseert, ook bij sociale bijdragen en/of aanvullende verzekeringen (zie Duitsland, Nederland, enz.).
- Men kan relatief grotere schaal en scopevoordelen benutten om administratiekosten te minimaliseren (WHO, 2004). Deze voorde-

len nemen echter ook af vanaf een bepaald punt (WHO, 2000).

- De scheiding tussen bijdrage en zorgdekking is het meest absoluut binnen dit systeem.
- De overheid kent een grote monopsoniepositie, theoretisch gezien een voordeel om zorg zo kosten-effectief mogelijk te kunnen inkopen (WHO, 2004).
- Men is automatisch gedekt op basis van burger zijn (of verblijfplaats). Het is een solidair en progressief systeem (WHO, 2004; 2006).
- Risico selectie en averechtse selectie kunnen volledig worden uitgesloten (WHO, 2004).
- Er is sprake van een meer directe financiële verantwoordelijkheid/prikkel voor budgettair evenwicht (WHO, 2004).
- Men kan meer weerstand bieden tegen te hoge verwachtingen van de patiënt, voor zover deze niet geïndiceerd zijn en ongunstig voor het budgettair evenwicht.
- Het financieringsmodel is mede afhankelijk van een collectief politiek beslissingsproces, en minder van een markt en gedragsinvloeden. Afhankelijk van ieders standpunt, kan dit als een voor- of nadeel geïnterpreteerd worden.

Nadelen:

- De sterke regulatie gaat soms echter ten koste van efficiëntie en innovatie (Van Doorslaer & Schut, 2000; WHO, 2004). Men wijst hierbij soms op de bureaucratische traagheid en rigiditeit (Colombo & Tapay, 2004), die eigen zou zijn aan het management van publieke diensten (WHO, 2004).
- Er is geen afstemming van de financiering op de individuele voorkeuren van de patiënt (WHO, 2004).
- Er is geen concurrentie tussen financiers en dus geen keuzemogelijkheid voor de patiënt.
- Vele doelstellingen te moeten bedienen brengt ook inefficiëntie met zich mee. Er is

immers een politieke druk in diverse richtingen (WHO, 2004).

- Deze methode is afhankelijk van de mate waarin men de belastingen ook daadwerkelijk correct kan innen, met een minimalisatie van fraude.

Merk op dat er ook een publieke zorgkas bestaat in België (Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, HZIV), als zesde alternatief naast de vijf zorgkassen aangeboden door de ziekenfondsen (en op Vlaams niveau bijkomend ook een zorgkas aangeboden door een privé verzekeraar). Het HZIV is een overheidsinstelling, waarvan de operationele werking gesubsidieerd wordt, om de verplichte algemene ziekteverzekering aan te bieden. Het HZIV mag geen aanvullende verzekeringen aanbieden. Er wordt geen premie of lidgeld gevraagd. Een beperkt aandeel van de Belgische bevolking kiest voor aansluiting bij het HZIV. De vraag is dus in welke mate de burger een verschuiving naar een ruimer taxatiegebaseerd systeem ondersteunt, indien hij bij de huidige herverdeling van sociale bijdragen en subsidies hier geen preferentie voor heeft.

Scenario 3. Uitbreiding via aanvullende of vervangende verzekeringen

We bespreken eerst het aanvullende verzekeringsscenario, dat we reeds kennen in België. Op het substituerende verzekeringsscenario komen we in laatste instantie terug, aan de hand van enkele leerervaringen vanuit het buitenland. Binnen de aanvullende verzekeringen maken we een onderscheid tussen het aanvullende gedeelte dat door een ziekenfonds meestal automatisch wordt aangehecht aan het opnemen van de verplichte algemene ziekteverzekering, en andere vrijwillige verzekeringen die zowel door ziekenfondsen als door privé verzekeraars

aangeboden worden. Het is immers zo dat een aanvullende verzekering opnemen in België niet verplicht is. Echter, een ziekenfonds kan en moet sinds kort haar leden wel verplichten bepaalde aanvullende poliselementen op te nemen als onderdeel van het lidmaatschap. Bijna alle ziekenfondsen kennen reeds zulke extra's die automatisch via het lidgeld als jaarlijkse premie verrekend worden. Daarnaast maken we binnen het aandeel privé verzekeringen, in tegenstelling tot de ziekenfondsen, ook nog eens een onderscheid tussen individuele en collectieve polissen. We bespreken de voor- en nadelen gezamenlijk, tenzij daar waar we specifiek verwijzen naar één van deze subtypes.

Voordelen:

- Er is een aanzienlijke risicopooling in de aanvullende verzekeringsmarkt (Marquis & buntin, 2006). Qua financiële toegankelijkheidseffect nemen aanvullende verzekeringen een tussenpositie in, onder sociale bijdragen en taxatie, maar boven sparen, lenen, remgeld en volledig eigen bijdragen (Colombo & Tapay, 2004; WHO, 2006). Sommige landen, waaronder deels België, hebben regelgeving ingevoerd om de mate van solidariteit via aanvullende verzekeringen te versterken: recht op zelfde prijszetting, zelfde zorg, behoeftegedreven, het vermijden van opting out, risicoverevening, enz., waarbij de meerkost mee opgenomen wordt in de algemene premieberekening (bijvoorbeeld 'community pricing'). In zulke benadering conformeert het opzet van een aanvullende verzekering zich in toenemende mate met de publieke spelregels (Colombo & Tapay, 2004).
- Er is een grote mate van concurrentie om leden aan te trekken. Men kan vlot van de ene naar de andere aanvullende verzekering overgaan. Internationaal heeft men vastge-

- steld dat competitie op premies en inhoud van het verzekeringspakket aanleiding kan geven tot de overstap tussen aanbieders, zijnde ziekenfondsen en/of privé verzekeraars (Buchmueller, 2009).
- Er wordt in België geen overaanbod van verzekeringspakketten gehanteerd per aanbieder. Dit ondersteunt de transparantie van keuze (Colombo & Tapay, 2004).
 - Aanvullende verzekeringen dragen bij tot het invullen van gaten die in de algemene ziekteverzekering aanwezig zijn en tot een verhoging van de systeemcapaciteit (Colombo & Tapay, 2004). Ze zijn in staat om extra middelen in het systeem te injecteren (Mossialos & Thomson, 2004)
 - Aanvullende verzekeringen kennen een meer gedifferentieerd aanbod die meer kan tegemoet komen aan de individuele verwachtingen en voorkeuren van de patiënt (Schokkaert & Van de Voorde, 2010). De keuzemogelijkheden en flexibiliteit worden versterkt (Mossialos & Thomson, 2004).
 - Aanvullende verzekeringen kunnen innovatie ondersteunen door veelbelovende nieuwe zorgmogelijkheden in een meer vroegtijdig stadium reeds te dekken, en daardoor een soort van labo functie te kunnen vervullen (Mossialos & Thomson, 2004; Schokkaert & Van de Voorde, 2010).
 - In 2007 werden er bij privéverzekeringen bijkomende beschermende hervormingen geïmplementeerd zoals extra toetredingsrechten voor chronisch zieken en personen met een handicap, de individuele verderzetting van een individuele polis, het principe bij individuele polissen dat men verzekerd is tot aan overlijden, en dus niet een verzekering ontnomen kan worden. Hetzelfde geldt voor het principe tegen gender discriminatie. Ook bij ziekenfondsen werden er in 2007 gelijksoortige hervormingen doorgevoerd
- zoals het ongedaan maken van een maximale aansluitingsleeftijd, en van het weigeren op basis van voorgeschiedenis of beperkingen in functie van beroepscategorie.
- De historische verliessituaties in het vorige decennium en de bijhorende premiestijgingen bij privé verzekeraars hielden deels verband met deze recente hervormingen en met een verschillend wettelijk kader voor ziekenfondsen en privé verzekeraars dat naar aanleiding van EU regelgeving vanaf 2010 meer gelijkgeschakeld is. De hervormingen bij ziekenfondsen betreffen de wettelijke rechtsvorm, toestemmingsvoorwaarden, minimale reserves, solvabiliteit, waarborgfondsen, de vorming van personeel en het betalen van een premietaks van 9,25%. Een meer uniforme concurrentie zal hierdoor mogelijk worden.
 - Het opnemen van een aanvullende verzekering kan vanuit de overheid gestimuleerd worden via verplichting en/of via fiscale stimuli (zie Colombo & Tapay, 2004 voor een overzicht). Vermits België enkel fiscale stimuli voorziet voor werkgevers tot collectieve polisopname en in vergelijking met andere landen weinig stimuli tot individuele polisopname, bestaat er hier nog potentieel voor uitbreiding. Daartegenover staat dat fiscale stimuli afhankelijk van hun opzet een grotere mate van regressiviteit kunnen introduceren, vooral benut worden door de minder kwetsbare doelgroepen en deels de prijssignalen verstoren als indicatie van de werkelijke waarde van een verzekeringsproduct (Mossialos et al, 2002).
 - Aanvullende verzekeraars kunnen financiële opbrengsten van de gepoolde fondsen als extra middelen genereren en injecteren in het systeem. Dit ondersteunt de loskoppeling van de lokale conjunctuur, indien er op wereldschaal in de sterk groeiende landen zoals China en India geïnvesteerd wordt. Op

die wijze wordt er een deel van hun welvaart bij ons binnengebracht.

Nadelen:

- Aanvullende verzekeringen van ziekenfondsen die als deel van lidmaatschap verplicht gekoppeld worden aan de algemene ziekteverzekering, remmen een transparante, vrije keuzevorming en dus concurrentie af. Met de nieuwe EU regelgeving is men als ziekenfonds zelfs verplicht om bij opname van de algemene ziekteverzekering een geheel van aanvullende diensten met bijhorende premie op te leggen aan haar leden. Als klant kan men in deze vermengde situatie geen oordeel vellen over de mate van efficiëntie waarmee een ziekenfonds de verplichte ziekteverzekering heeft georganiseerd en geïmplementeerd (scenario 1). Leden kunnen hier niet premiegevoelig op reageren bij gebrek aan prijsinformatie die elk van de onderdelen afzonderlijk betreft.
- Ziekenfondsen mogen enkel hun eigen leden aanvullend verzekeren. Dit remt een brede concurrentie af.
- Ziekenfondsen mogen bijgevolg ook geen collectieve verzekeringen afsluiten, waar privé verzekeraars dit wel mogen; meestal met werkgevers als onderdeel van bijkomende extralegale voordelen naar werknemers toe. Dit remt een brede concurrentie af. Nochtans kennen collectieve verzekeringen voordelen i.v.m. risk pooling, schaalvoordelen, onderhandelingsmarge/prijszetting, progressiviteit en expertise van keuzevorming (Colombo & Tapay, 2004; Donaldson & Gerard, 2005; Maarse & Ter Meule, 2006). Er doen zich in toenemende mate groepsaankopen voor in landen zoals Frankrijk, Ierland, de UK, Nederland en Zweden (Mossialos & Thomson, 2004). Dit reduceert ook het averechtse selectie risico, indien de groepsindeling niet risicobepaald is (Lu & Jonsson, 2008). Echter, voor de ouderen en chronisch zieken zijn collectieve polissen niet altijd beschikbaar.
- Aanvullende verzekeringen zijn momenteel in grote mate gericht op dekking van zorguitgaven tijdens hospitalisatie, en in veel mindere mate tijdens ambulante en/of langdurige zorg. Gezien de toekomstige zorgverschuivingen, is voor een eventuele uitbreiding een verschuiving in dekking van primordiaal belang.
- Ziekenfondsen en privéverzekeraars hebben gedurende het afgelopen decennium hun premies (of franchises) aanzienlijk verhoogd om de stijgende zorguitgaven te kunnen dragen en een verliessituatie geleidelijk om te buigen naar een breakeven of winstsituatie. Het is de vraag of de invoering van de medische index, i.e. de meting van de periodieke evolutie van de bruto schadelast per leeftijd, type kamer en ev. andere criteria, deze stijging van premies in toom zal kunnen houden. Zoals te verwachten stijgt de medische index sneller dan de index van de consumptie, in lijn met de algemene toename van zorguitgaven.
- Steeds meer aanvullende polissen sluiten zorg en aanverwante kosten uit, indien er geen dekking is door de algemene ziekteverzekering bij nieuwe technieken of materialen. Dit kan onverwachts tot hoge kosten leiden ten laste van de patiënt en tast de experimentele functie van aanvullende verzekeringen aan.
- De administratiekosten van aanvullende verzekeringen zijn relatief hoog ten gevolge van kleinere schaalvoordelen, bijkomende marketingkosten, commissielonen van lokale makelaars, de grotere mate van fragmentatie in deze markt, en kosten van eventuele risicoselectie (Colombo & Tapay,

- 2004; Donaldson & Gerard, 2005; Lako et al, 2011; Mathauer & Nicolle, 2011; Mossialos & Thomson, 2004; WHO, 2000).
- De groeiende groep van ouderen en chronisch zieken is relatief minder in staat om gerichte keuzes te maken tussen aanvullende verzekeringen. Jonge, gezonde individuen zijn meer prijsgevoelig (Buchmueller, 2009).
 - De overstap tussen verzekeringen wordt vaak afgeremd door de transactiekosten en gebrekkige informatie (Colombo & Tapay, 2004)
 - Keuzegedrag is vaak volumegebreven in termen van wat gedekt is, los van wat op basis van wat volgend gezondheidswetenschappen gedekt zou moeten zijn (Lako et al, 2011; Maarse & Ter Meule, 2006).
 - Er bestaat een aanzienlijk risico op averechtse selectie en risicoselectie die een gezonde marktwerking kunnen verstoren (Colombo & Tapay, 2004; Cutler & Zeckhauser, 2000; Donaldson & Gerard, 2005; Lu & Jonsson, 2008; Mossialos & Thomson, 2004; Schokkaert & Van de Voorde, 2010). Jongere, gezonde klanten kiezen minder omvattende pakketten, met een lagere premie en hogere franchise. Oudere, kwetsbare klanten willen vooral de eigen zorguitgaven en remgeld minimaliseren. De oorzaak is asymmetrische informatie. Degenen die van zichzelf weten dat ze een hoger risico zijn, zullen een goed/breed plan aantrekkelijker vinden, gezien de hogere kans dat ze ervan gebruik zullen maken voor eenzelfde premie. Dit drijft beide types plannen qua premie verder uiteen. Zo komt men in verschillende segmenten (of bij verschillende verzekeraars) terecht, wat risico-pooling tegengaat. Hoewel dit risico gedeeltelijk kan gecorrigeerd worden via risicoverevening, wordt dit in België momenteel niet toegepast voor aanvullende verzekeringen.
 - Ondanks hervormingen bestaat er bij aanvullende verzekeringen nog een uitgebreide

- mogelijkheid om aan premiedifferentiatie en polisdifferentiatie te doen. Naast keuzevoordelen en een hogere accuraatheid van premiebepaling, kan dit het bovenstaande risico versterken (Colombo & Tapay, 2004).
- Aanvullende verzekeringen wakkeren ook een bijkomende vraag aan tot zorg, al dan niet specifiek geïnduceerd door de zorgverstrekker vanwege de bredere financiële dekking ('moral hazard' en 'supplier induced demand')(Buchmueller, 2009; Colombo & Tapay, 2004; Donaldson & Gerard, 2005). Ook hier stelt men dit fenomeen vooral vast bij de minder behoeftige doelgroepen. De experimentele functie van aanvullende verzekeringen, via zogenaamde shortcuts, kent in dit licht ook een negatieve kant, waarbij de druk wordt opgevoerd in scenario 1 en 2 op beleidsmakers om ook niet verantwoorde zorg publiek te dekken.
 - Concurrentie heeft ook in het buitenland de premiestijging niet kunnen ombuigen (Maarse & Paulus, 2011; Mossialos & Thomson, 2004). Naast een natuurlijke groei, bestaat het risico dat men groei via prijsstijging induceert, indien de marktaandelen stagneren.
 - Oligopolie/oligopsonievorming is ook bij aanvullende verzekeringen een reëel risico naar klanten toe, hoewel het dan weer een voordeel is naar zorgaanpak toe (Buchmueller, 2009). De meeste landen lijden onder een hoge marktconcentratie (Colombo & Tapay, 2004)
 - Aanvullende verzekeringen zijn geen magic bullet van kostenbesparing. Ze induceren geen kostenverschuiving van publiek naar privé, omdat het vaak aanvullende, en geen vervangende diensten betreft. Aanvullende verzekeringen vervangen wel de eigen bijdragen en remgeld van de patiënt (Colombo & Tapay, 2004). In een aantal landen stelt

men een toename van zorguitgaven vast bij de introductie van aanvullende verzekeringen. Dit hoeft niet te verwonderen, vermits men via aanvullende verzekeringen ook meer financiële middelen inbrengt in het systeem. De bestaande kostendruk op het publieke systeem vermindert niet (Tuohy et al, 2004). Echter, bijkomende kosten kunnen worden opgevangen.

Bovenstaande voor- en nadelen hebben betrekking op een aanvullende toepassing van verzekeringen. Een vervangende toepassing van verzekeringen wil zeggen dat men een publiek systeem daadwerkelijk (gedeeltelijk) vervangt i.p.v. aanvult met een risicodifferentiërend systeem van verzekeringen. Echter, ervaring in Australië en Duitsland leert dat er inderdaad een twee snelheden systeem kan ontstaan, omwille van het verschil in toegang, keuze en middelengebruik (Colombo & Tapay, 2004). De overstap van publiek naar privé brengt bovendien een verlies van inkomsten/bijdragen met zich mee voor wat er nog publiek wordt aangeboden (Thomson et al, 2009). Substitutering trekt de lage kost/hoge profits weg en leidt tot financiële regressiviteit van het publieke deel (Donaldson & Gerard, 2005). De kosten van de privé substitutie in Duitsland zijn drie maal zo hoog als die van de ziekenfondsen (Henke & Schreyogg, 2004). Substitutie kan ook meer publieke wachtlijsten en andere nadelen introduceren via perverse prikkels voor zorgverstrekkers die voor sommigen bijkomende supplementen kunnen aanrekenen en voor anderen niet (zie Australië, Frankrijk, Ierland, de UK en de US). Vooral dat laatste introduceert een risico op voorkeursbehandelingen (Colombo & Tapay, 2004; Van Doorslaer et al, 2004). Omwille van deze nadelen laten we een substituerende toepassing verder buiten beschouwing in dit rapport.

In Nederland heeft men een geheel van regelgeving die typisch is voor een sociale bijdrage systeem (community rating, risicoverevening, etc.; zie scenario 1) gecombineerd met het privé statuut dat traditioneel meer eigen is aan aanbieders van aanvullende verzekeringen. Zie Enthoven & Van de Ven (2007) en Schut & Van de Ven (2011a) voor een meer uitgebreide bespreking. Nederland vertrok immers vanuit een tweeledig systeem waarin beiden als substituit naast elkaar bestonden en beoogden een verdere integratie van beiden. De statuutkeuze was hoofdzakelijk politiek geïnspireerd, om alle betrokken actoren aan boord te houden en om te voldoen aan EU regelgeving. Men is er momenteel deels in geslaagd de negatieve gevolgen van een substituerend systeem ongedaan te maken met behulp van de hybride integratie (Schut & Van de Ven, 2011b). De huidige situatie in België verschilt grondig van het vertrekpunt waarvan Nederland uitging.

Scenario 4. Uitbreiding via sparen

Sparen werd in het verleden als mogelijk scenario meestal gelijkgesteld met de eigen bijdragen van de patiënt (zie scenario 5). De mogelijkheid tot sparen is immers sterk inkomensgebonden (hoge regressiviteit) en bouwt verder op individuele verantwoordelijkheid, zonder een element van collectieve solidariteit (Buchmueller, 2009; WHO, 2002). Bovendien is sparen vanuit een macro-economisch standpunt eerder een instrument om voorspelbare toekomstige uitgaven te dekken, zowel in voorkomen als in grootteorde van bedrag. Zorguitgaven zijn in beide opzichten echter onvoorspelbaar. Sparen voor de allerhoogste risico's zou bovendien een groot aandeel van het individueel inkomen vereisen en aldus de koopkracht en consumptie benadelen. Bij voorafbetaling via sociale bijdragen en verzekeringen (scenario 1 en 3) wordt de con-

sumptie enkel gereduceerd met de hoogte van bedragen die normaliter overeenkomen met de gemiddelde kost van zorg (Cutler & Zeckhauser, 2000). Sparen werd omwille van deze redenen meestal als mogelijk scenario enkel heel gericht benut. Tandzorg bij cariës bijvoorbeeld is een lage kost, voorspelbare zorgbehoefte met hoge vraagelasticiteit. In principe kan men hiervoor sparen zonder algemeen welvaartsverlies. Hetzelfde geldt voor welzijnszorg. Echter, bij acute medische zorg (vb. ziekenhuiszorg) en chronische zorg doet er zich een situatie voor van lage voorspelbaarheid, hogere risico's en lage vraagelasticiteit. De welvaartswinst ten gevolge van verzekeren is dan groter in vergelijking met sparen. Recentelijk gaan er ook meer stemmen op om ook aspecten zoals welzijns- en tandzorg te verzekeren, zelfs ten koste van enig efficiëntieverlies, opdat de financiële toegankelijkheid kan uitgebreid worden naar grotere groepen van de bevolking.

Echter, de introductie sinds de jaren 80 van 'health savings accounts' en 'health reimbursement accounts', waarbij vooral Singapore als voorbeeldland fungeert, maakt het de moeite waard om een spaarscenario binnen zulk opzet van meer nabij te bekijken. Vooraleer de voor- en nadelen te onderzoeken, leggen we kort de werking uit van dit instrument.

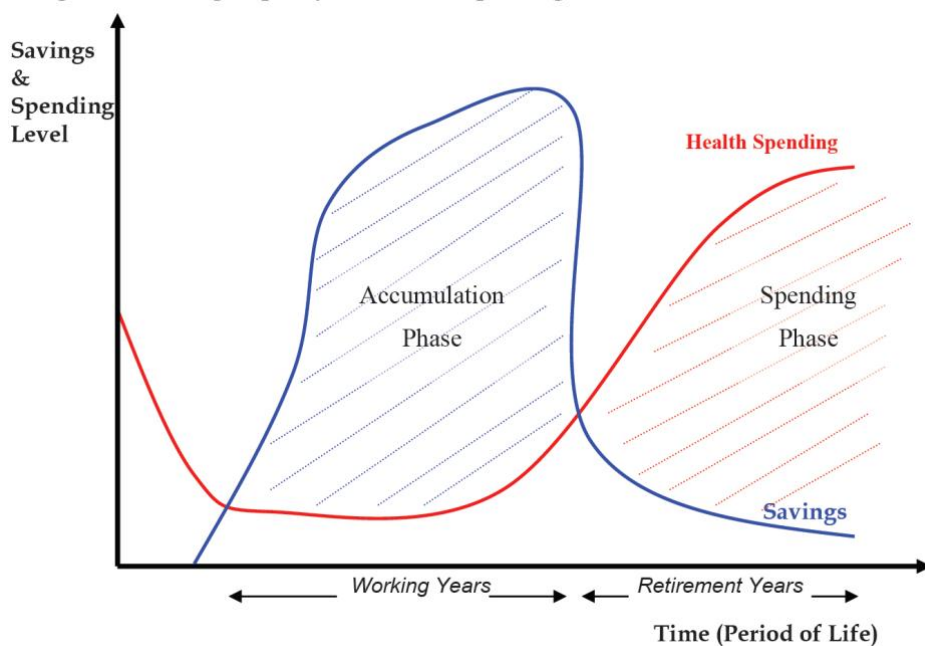
Het principe van een health savings account is dat men een individuele spaarrekening die enkel kan benut worden voor zorguitgaven, combineert met een verzekeringsplan met een relatief hoge franchise en dus lagere premie. Het verzekeringsplan, als aanvullende component naast de gerichte spaarcomponent, is er qua inhoud op gericht om enkel de klasse van de heel dure, en niet de goedkopere types van zorgverlening te dekken. Men gaat er dus vanuit dat een patiënt het spaargeld aanspreekt voor de kleine risi-

co's en het verzekeringsplan dekt voor de grote risico's. Bij een health savings account stort de patiënt en/of de werkgever geld op de gereserveerde spaarrekening. In Singapore gebeurt dit verplicht conform ons systeem van sociale bijdragen (inclusief taxatievoordelen), echter zonder pooling over personen heen. Het gespaarde bedrag blijft steeds eigendom van de patiënt. Een health reimbursement account verschilt hiervan in die zin dat enkel de werkgever bijdragen stort en dat het gespaarde bedrag eigendom van de werkgever blijft.

Voordelen:

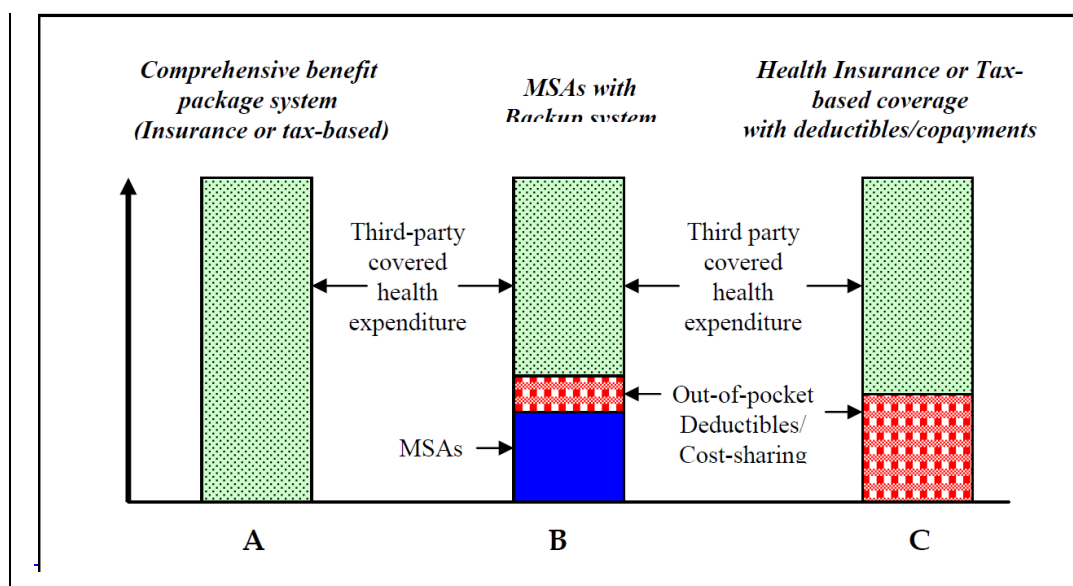
- De capaciteit van sparen doorheen de levenscyclus van een individu laat globaliter toe dat men spaarmiddelen kan opbouwen tijdens de jongere, actievere en gezondere jaren, die men nadien relatief meer kan besteden tijdens de latere levensfase (zie Figuur 7)(WHO, 2002).
- Een component van individuele verantwoordelijkheid (sparen) wordt gecombineerd met een component van pooling en eventuele solidariteit (één van de verzekeringsscenario's: 1 en/of 3).
- Dit instrument omvat een sterkere individuele buffer wat betreft financiële toegankelijkheid dan het scenario van eigen bijdragen en/of remgeld op het moment van zorg (scenario 5)(WHO, 2002). Zie Figuur 8.
- Door het reduceren van een pay-as-you-go systeem, wordt de intergenerationele last verminderd (WHO, 2002).
- Via de spaarcomponent creëert men via interest extra middelen die in het systeem geïntroduceerd worden.

Figuur 7. Spaar- en zorguitgaven patroon doorheen de levensjaren



Bron: WHO, 2002

Figuur 8. Medical saving accounts (MSA) versus eigen bijdragen en/of remgeld

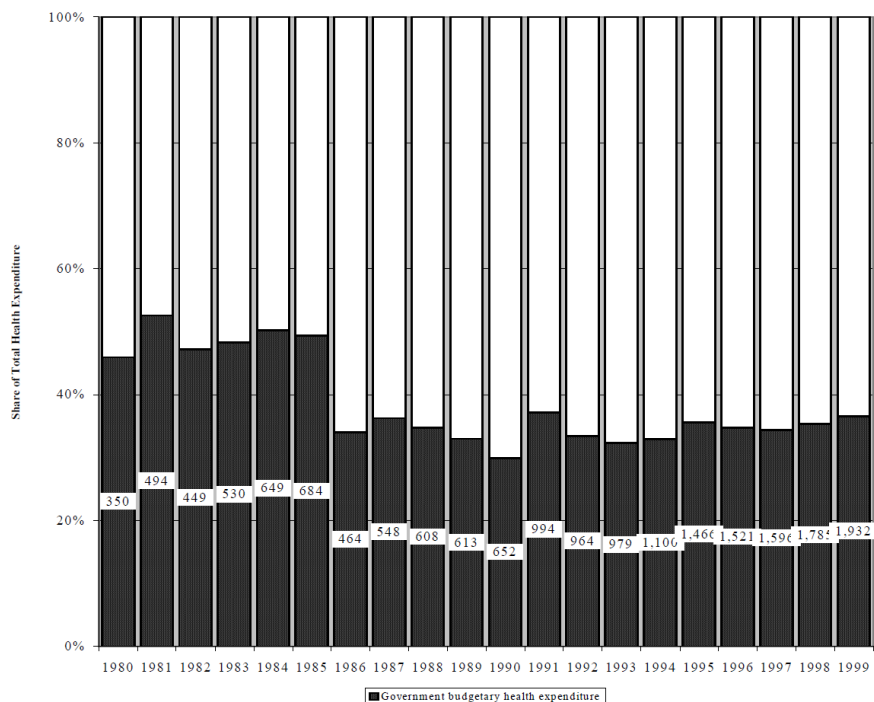


Bron: WHO, 2002

Nadelen:

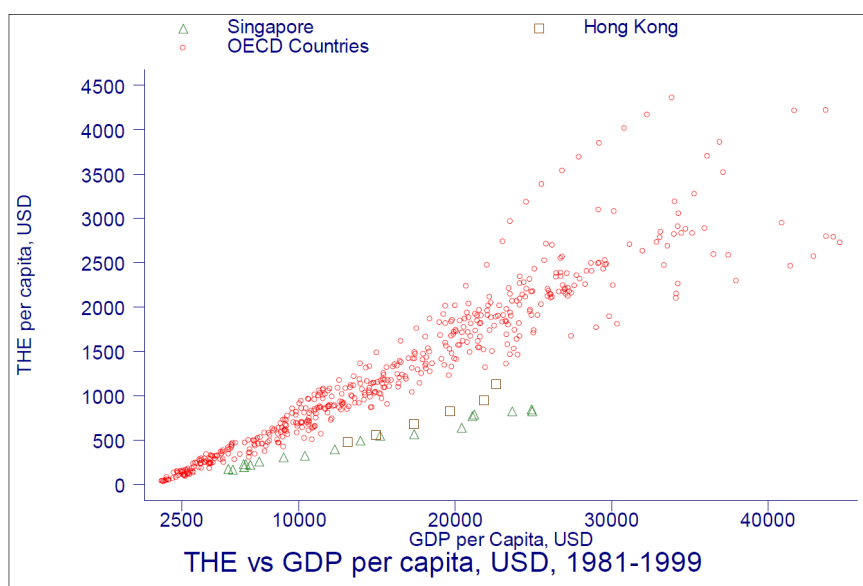
- Ervaring in de Verenigde Staten leert dat bij een vrijwillig aanbod van dit soort product, als één van meerdere verzekerings-opties, men als klant hier zelden voor kiest bij gebrek aan voldoende ervaring met dit product, en aldus een zeker wantrouwen (Mossialos et al, 2002). In Singapore wordt de health savings account gehanteerd als een verplicht onderdeel van de algemene ziekteverzekering.
- Er is slechts beperkte internationale ervaring met dit instrument. Bijkomend lokaal onderzoek is aangewezen, indien men zou overwegen dit in België in te voeren.
- Net zoals bij aanvullende verzekeringen (scenario 3), bestaat er indien zulk systeem niet wordt verplicht voor iedereen, een aanzienlijke risico op averechtse selectie, waarbij jongeren/meer gezonde personen dit product opnemen vanwege de lagere premies, en ouderen/kwetsbare personen ervoor kiezen om bij een meer omvattend traditioneel verzekeringsproduct te blijven. Hierdoor verschaalt de verzekeringspool voor de laatste categorie (Buchmueller, 2009; Colombo & Tapay, 2004; Marquis & Buntin, 2006; WHO, 2000). Daartegenover kan men argumenteren dat het voor dit type instrument sowieso de bedoeling is dat men hiermee op een voldoende jonge leeftijd mee van start gaat om nadien de meer kwetsbare periode met meer reservemiddelen te kunnen overbruggen. Het probleem stelt zich niet bij een geleidelijk ingevoerde verplichte opname.
- De literatuur over het effect op de globale zorguitgaven is niet eenduidig. Binnen een vrij systeem met risico op averechtse selectie volgt na een korte termijn besparing van 4 tot 6% op de globale zorguitgaven, een vertraagd toenemend effect. De gemiddelde uitgave per persoon is enkele jaren na invoering hoger. De studie die dit aantoont vermeldt wel ontwerp gebreken van het instrument dat werd onderzocht en een eerder symbolische in plaats van effectieve functie van de spaarrekening (Buchmueller, 2009). Een andere studie vond geen verschil in de globale zorguitgaven (Buchmueller, 2009). In Singapore, met verplichte deelname, stelt men echter vast dat de totale publieke zorguitgaven in de jaren na invoering wel degelijk een neerwaartse sprong kenden die gedurende meerdere jaren behouden bleef (WHO, 2002; zie Figuur 9). Bovendien stellen we vast dat de aangroei van totale zorguitgaven in verhouding tot de groei van het BNP tijdens de jaren na MSA invoering lager was dan de groei in andere OECD landen (WHO, 2002; zie Figuur 10).
- Ook in Singapore erkent de bevolking dat de health savings account als instrument niet dé oplossing is, maar dat het kan bijdragen tot het realiseren van de doelstellingen van het zorg financieringsmodel, in combinatie met andere scenario's (WHO, 2002).

Figuur 9. Totale publieke zorguitgaven in Singapore voor en na invoering van MSA



Bron: WHO, 2002

Figuur 10. Evolutie van totale zorguitgaven versus stijging van BNP doorheen de tijd



Bron: WHO, 2002

Scenario 5. Uitbreiding via eigen bijdragen van de patiënt en/of remgeld

Zoals beschreven in de inleidende sectie maakt België reeds in grote mate gebruik van de eigen bijdrage van de patiënt en remgeld (een gedeeltelijke bijdrage van de patiënt). Bij aanvullende verzekeringen geldt er vaak ook een franchise, waarvan het bedrag variabel is, afhankelijk van welke polis dat men aanschafft. De doelstelling van een volledig eigen bijdrage van de patiënt is normaliter het ontraden van gebruik van zorg die niet geïndiceerd is. Op deze wijze bewaakt men ook het algemene budgettaire evenwicht. De doelstelling van remgeld en franchise is het ontraden van overconsumptie van zorg, door deels een individuele financiële last in te bouwen (WHO, 2006).

Een volledig eigen bijdrage die direct via het inkomen van de patiënt wordt gedragen, is het meest aangewezen bij relatief lage kosten van zorg, met een beperkte mate van onzekerheid (WHO, 2000). Tussenkost van een pool in deze is omwille van de administratiekosten in feite voor niemand de moeite waard. Echter, opvallend genoeg focussen zowel ziekenfondsen als privé verzekeraars zich in grote mate op een aanvullende dekking van dit segment. Dit wordt deels verklaard doordat men bij voor zulke zorgaspecten meer vrijheid heeft om actief op de voorkeuren van de consument in te spelen (WHO, 2000).

De uitgesproken remgeld strategie die doorheen de jaren in België veelvuldig werd gehanteerd is niet succesvol gebleken in het omkeren van de groei in zorguitgaven. Uiteraard weten we niet wat onze huidige totale uitgavenpositie zou zijn geweest met minder remgeld. Het instrument is wellicht deels effectief geweest. Immers, we weten vanuit veelvuldige studies dat remgeld

en franchise inderdaad de consumptie van zorg afremmen (Buchmueller, 2009; OECD, 2010). Echter, evenveel studies wijzen erop dat eigen bijdragen, remgeld en franchise grote risico's inhouden wat betreft de financiële toegankelijkheid van zorg en de kwaliteit van zorg (Mossialos et al, 2002). Deze strategie is de meest regressieve (een relatief groter aandeel gedragen door de lagere inkomens)(Schokkaert et al, 2005). Er vindt helemaal geen pooling plaats (WHO, 2000). Volgens de WHO (2006) zou out of pocket niet meer dan 15% mogen bedragen als aandeel van de totale zorguitgaven. Het probleem zit hem vooral in het feit dat dit instrument consumptie over de ganse lijn afremt, los van het al dan niet verantwoorde karakter van zorg. Men gaat niet gericht kiezen of beslissen als patiënt, men gaat minder zorg zoeken door consultaties en dergelijke uit te stellen of te vermijden (Buchmueller, 2009; WHO, 2000). Dit is een fenomeen dat in een ontwikkeld land voor velen onaanvaardbaar is, vooral omdat het vooral de meest kwetsbaren onder ons treft, i.e. het sterk stijgende patiëntenprofiel.

De optie om op klassieke wijze de eigen bijdrage van de patiënt en/of het remgeld te verhogen is dus moeilijk te overwegen binnen onze huidige context. Eerder een uitvlakken en eventuele gerichte reductie van deze strategie is aan de orde. We verwijzen hiervoor naar de andere scenario's die hiervoor kunnen compenseren. Remgeld is enkel nuttig daar waar er een overconsumptie is aangetoond (WHO, 2000). In sommige landen komt de invoering van een meer waardegerichte hantering van dit instrument op gang, ook als onderdeel van het ontwerp van verzekeringen (Choudry et al, 2010; OECD, 2009; Volpp et al, 2009). Op termijn is de beste oplossing de koppeling van remgeld aan de mate van kosten-effectiviteit van zorg, waarbij een meer intelligent systeem van remgeld wordt gebruikt

ter stimulering van essentiële zorg en afremming van overgebruik, in plaats van alles af te remmen (Braithwaite & Rosen, 2007).

Scenario 6. Uitbreiding via ontlenen en/of privé- investeringsmiddelen

Over geld ontlenen als bron voor zorguitgaven kunnen we kort zijn. Dit verhoogt immers de financiële belasting zoals beschreven in het vorige scenario in plaats van deze te verkleinen. Schuldenlast ten gevolge van zorg wordt gehanteerd als indicator van armoede, en is absoluut te vermijden.

Een andere optie betreft leningen en investeringsvehikels die meer rechtstreeks middelen in de zorgverlening pompen. Een voorbeeld hiervan zijn de publiek/private samenwerkingsverbanden die financiering aanleveren voor infrastructuurwerken in de zorg (Itinera, 2011). In welke mate is een uitbreiding van dit soort constructies wenselijk om ook de dagdagelijkse zorgverlening mee te ondersteunen? We komen hiermee op het terrein van for-profit zorgorganisaties, waarbij aandeelhouders kapitaal investeren in de zorg en in ruil hiervoor op termijn een rendement (return on investment) verwachten (Donaldson & Gerard, 2005). Enerzijds, wordt een zorgorganisatie hierdoor financieel geresponsabiliseerd. Anderzijds, is het de vraag of zulke financiële doelstellingen al dan niet samengaan met het behoud van de centrale waarden eigen aan de zorgverlening en het huidige financieringsmodel (gezondheidsuitkomst, solidariteit, enz.), en met het respecteren van algemene budgettaire beperkingen (Schokkaert & Van de Voorde, 2010). Over dit onderwerp kan men een volledig rapport uitschrijven, iets wat voorbijgaat aan de doelstellingen van deze nota.

Een meer algemeen aanvaarde optie is het

beleggen van spaarmiddelen (deel scenario 4) of reserves (deel scenario 3), waarbij het rendement dus als extra financiering naar de zorgverlening vloeit. Dit brengt dan weer het risico mee van te risicovolle beleggingen, zoals recente ervaring ons leert.

Scenario's in de praktijk: recente en huidige hervormingen van het financieringsmodel tegen het licht gehouden

Het Belgische financieringsmodel wordt vooral gekenmerkt door sociale bijdragen, belastingen en eigen bijdragen/remgeld als contributiemechanismen. Daarnaast hebben degenen die zich bewust zijn van de toenemende financiële risico's van zorg ook in toenemende mate een aanvullende verzekering, via een ziekenfonds en/of via een privéverzekeraar. Internationaal stellen we in verschillende landen vooral een diversificatiestrategie vast om de stijgende zorguitgaven via een bredere variëteit van bronnen te kunnen blijven dekken en om ongewenste neveneffecten zoveel als mogelijk te voorkomen (bv. een daling van financiële toegankelijkheid) (Figueras & McKee, 2012; WHO, 2006).

Het is duidelijk dat zulke diversificatie, waarbij aanvullende verzekeringen en sparen (indien positief bevonden in toekomstig lokaal onderzoek) een groter aandeel zouden krijgen in de totale pot, een sterk toenemende mate van regulering vereist (Schokkaert & Van de Voorde, 2010). Dit proces is ook in België reeds ingezet, maar zeker nog niet afgerond. Een verplichte deelname gecombineerd met risicoverevening is een tendens die we internationaal in toenemende mate vaststellen, die de potentieel grootste risico's (averechtse selectie en risicoselectie) in grote mate helpt voorkomen. Het is de vraag of ziekenfondsen/verzekeraars bereid zullen zijn om vanuit hun huidige business model,

waarbij risicodifferentiatie deels centraal staat, zulke overstap te maken. Vanuit de sector zijn er echter wel signalen dat men hiervoor open staat.

De contributiemechanismen waarvan het gewicht internationaal stijgt, hebben enerzijds een grotere individuele verantwoordelijkheidscomponent dan de sociale bijdragen en taxatie waaraan we in België gewend zijn, terwijl men solidariteit via aanvullende regelgeving versterkt. Anderzijds is het vreemd dat we in België als burger heel wat minder weerstand hebben tegen eigen bijdragen en remgeld in ons land, daar waar premies/voorafbetalingen internationaal als een betere beschermingsmaatregel worden beschouwd. In welke mate kunnen we op de sociale bijdragen en taxatie blijven rekenen, indien we nu reeds een sluipende verschuiving vaststellen voor degenen die het zich kunnen veroorloven? De huidige sociale bijdragen worden immers reeds volledig geconsumeerd wat betreft zorgverlening, en taxatie als bron van inkomsten staat in toenemende mate onder druk. Bovendien is een voorafbetaling ook een beter instrument om op voorhand de hoogte te kunnen differentiëren in functie van wat voor levensstijl iemand wenst op te nemen. Als iemand bijvoorbeeld wenst te roken en daarvoor de financiële verantwoordelijkheid op dragelijke wijze dient op te nemen, is dit realiseerbaar via voorafbetaling. Indien dezelfde persoon hiervoor echter enkel de hoge rekening gepresenteerd krijgt via eigen bijdrage, nadat hij zorg heeft verkregen, kan dit niet meer responsabiliserend werken en valt de financiële bescherming weg.

Indien we de internationale tendens volgen, zou België het aandeel eigen bijdrage/remgeld afbouwen waar er geen directe verantwoordingsbasis is voor afremming van consumptie via een verschuiving naar sociale bijdragen en/of taxatie, en burgers zich op een meer veilige

wijze bijkomend individueel laten indekken tegen risico's met behulp van voorafbetalingen. Zoals in Frankrijk, waar er een publieke aanvullende verzekering werd ingevoerd om de mate van financiële toegankelijkheid van voorafbetalingen te ondersteunen (CMU), kunnen de ouderen en meer kwetsbaren hiertoe eventueel specifieke subsidies ontvangen (Colombo & Tapay, 2004; Mossialos & Thomson, 2004). In vele landen (Duitsland, Nederland, Zwitserland) verplicht men de aanbieder van een verplicht aanvullend basispakket tegen een vastgelegde maximumpremie (Colombo & Tapay, 2004; Van Doorslaer & Schut, 2000). Dit alles betreft echter keuzes die een publiek debat behoeven binnen de lokale context van een land. We kunnen wel reeds de keuzes van beleidsmakers evalueren die momenteel en in het recente verleden gemaakt werden om na te gaan in welke mate er een antwoord geboden wordt op de toekomstige uitdagingen.

Op federaal niveau werd er een OMNIO statuut en de maximumfactuur van zorg ingevoerd. Beide instrumenten betreffen scenario 1 en 2, gericht op kwetsbare groepen. Deze bijsturingen worden in het huidige regeerakkoord verder versterkt, en aangevuld met plannen voor de versterking van de financiële ondersteuning van chronisch zieken, al dan niet binnen een afzonderlijk statuut. Indien er echter druk ontstaat om dit mechanisme te veralgemenen naar grotere groepen van de bevolking omdat deze zich achtergesteld voelen, zijn zulke instrumenten onvoldoende. Overigens blijft men federaal vasthouden aan de sociale bijdrage (scenario 1), taxatie (scenario 2) en eigen bijdrage/remgeld (scenario 5) mechanismen zonder verdere diversificatie. Zoals hierboven aangegeven kan men zich de vraag stellen waarom scenario 5 (eigen bijdragen/remgeld) niet meer rechtstreeks wordt afgebouwd, met compensatie van de hierdoor toenemende publieke uitgaven via de niet

gestimuleerde scenario's (aanvullend verzekeren en/of sparen). Ook de jaarlijkse 3% groei vanaf 2014 vangt men binnen de huidige planning op met scenario 1 en 2. De federale overheid stapt voorlopig niet mee in het internationale diversificatieverhaal, en behoudt haar eigen mix van hoog aandeel sociale bijdragen en belastingen, hoog aandeel eigen bijdrage patiënt/remgeld en laag aandeel aanvullende verzekering en sparen.

Op regionaal niveau treffen we initiatieven aan bij Vlaanderen, voorlopig niet bij Brussel en Wallonië, die dit als een federale bevoegdheid beschouwen. De Vlaamse zorgverzekering, de kindpremie, een maximumfactuur voor thuiszorg, een Vlaamse hospitalisatieverzekering en een begrenzing op de privéuitgaven voor residentiële zorg voor ouderen zijn allen onderdeel van de Vlaamse sociale beschermingsstrategie. Een opvallend verschil met het federale beleid is dat men de voordelen van deze maatregelen ten goede laat komen aan alle Vlaamse burgers, met uitzondering van de maximumfactuur voor thuiszorg. Ook het eerder forfaitaire (en dus meer regressieve) karakter van individuele bijdragen tot de zorgverzekering en de (voorstellen van) hospitalisatieverzekering is opvallend. Het is vreemd dat men een rechtstreekse mate van inkomensafhankelijkheid schuwt, daar waar men zulke gradiënt internationaal doorheen de meeste scenario's heen ziet toenemen. Daartegenover staat wel dat er ook efficiëntiendelen zijn aan inkomensafhankelijke heffingen. Een beperkte forfaitarisering kan dus een zinvolle diversificatie zijn.

Op het eerste zicht lijken de begrippen Vlaamse zorgverzekering en hospitalisatieverzekering op een toenemende graad van diversificatie te wijzen. Dit klopt voor wat betreft de pooling en zorgaankoop functies, maar in een minieme mate wat betreft het achterliggende contributie-

mechanisme zelf. Immers, voor de zorgverzekering betaalt een Belg 25 euro aan voorafbetaling. Voor een Vlaamse hospitalisatieverzekering zal dit wellicht oplopen tot een bedrag tussen 40 en 100 euro, dat nog verder moet verdeeld worden over de burger en de overheid. Zulke jaarlijkse bedragen als individuele voorafbetaling zijn heel beperkt, indien we dit internationaal vergelijken. De grote hoofdbrok kan dus niet anders dan te komen vanuit Vlaamse belastingmiddelen (scenario 2). De Vlaamse overheid geeft duidelijk een eerste aanzet tot verdere diversificatie. Echter, het daadwerkelijk benutten van voorafbetalingen en sparen als diversifiërende instrumenten is ook op dit niveau (nog) niet aan de orde.

Besluit en aanbevelingen

Er bestaat geen pasklaar antwoord op de lange termijn uitdaging van betaalbaarheid van zorg, zowel voor de samenleving als collectief als voor de burger als individu. Scenario's die het financieringsmodel van zorg bijsturen, kennen allen hun voor- en nadelen. De kunst is om de diverse scenario's onderling zo te combineren dat de voordelen van het ene de nadelen van het andere ongedaan helpen maken, en dat de voordelen elkaar versterken. België heeft hier reeds ervaring in, met een sterke nadruk op sociale bijdragen, taxatie en eigen bijdragen/remgeld; in mindere mate ook met aanvullende verzekeringen. Het zal met de tijd meer en meer noodzakelijk worden om alle beschikbare bronnen voor zorgfinanciering zo evenwichtig mogelijk te benutten. Dit vereist grondige hervormingen die men niet van de ene op de andere dag kan implementeren, maar die op lange termijn echter wel voorbereid dienen te worden. Gezien de uitdagingen waarmee we geconfronteerd worden, kunnen we een breed gedragen publiek debat over de mogelijke oplossingen niet verder uitstellen.

De patiënt in de toekomst zal eerder de oudere patiënt zijn, met eventuele chronische aandoeningen en een verhoogde financiële kwetsbaarheid, die verzorgd wordt in een ambulante setting. Sommige beleidsmaatregelen van de overheid die het financieringsmodel bijsturen, spelen hier reeds op in, andere maatregelen slagen de bal grotendeels mis. Ook de andere actoren die de zorgfinanciering mee beheren (ziekenfondsen en privé verzekeraars) zullen hun toekomstig aanvullend aanbod in functie van deze evolutie moeten hertekenen, indien ze hun producten willen laten aansluiten op de domeinen waar de grootste maatschappelijke noden zich bevinden. Hiervoor zijn de juiste regulering en de juiste financiële

prykkels nodig, bijvoorbeeld via risicoverevening, die echter een paradigmashift met zich meebrengen voor sommige van de betrokken actoren.

We moeten er echter voor beducht zijn dat zulke hervormingen, die bescherming tegen zorgrisico's en solidariteit mee helpen ondersteunen, tegelijkertijd de andere doelstellingen van een financieringsmodel van zorg niet in het gedrang brengen, meer bepaald de meerwaarde wat betreft keuzevrijheid, flexibiliteit en innovatie. Als enige bron van middelen, zal de bevolking op termijn niet voorbij kunnen gaan aan een uitbreiding van bijdrageverplichtingen, via de diverse scenario's gecombineerd. Indien de noodzaak hiertoe duidelijk wordt gecommuniceerd, is de gezamenlijke wil tot bijdrage vermoedelijk groter dan gedacht. Echter, indien er meer van elk van ons wordt gevraagd, als solidaire en in toenemende mate kritische en mondige burgers, verwachten we in ruil geen eenheidsworst, geen gebrek aan transparantie en geen afschermingen van deelmarkten die ertoe kunnen leiden dat de financiële beheerders de middelen inefficiënt besteden, bij gebrek aan daadwerkelijke concurrentie. Heel wat van de nadelen van de beschreven scenario's zouden elk op hun beurt aangepakt kunnen worden met gerichte beleidscorrecties. Elke geïnteresseerde organisatie zou het toegestaan moeten zijn om de publieke, algemene ziekteverzekering aan te bieden, om aan eender wie (niet enkel de eigen leden) een aanvullende verzekering aan te bieden, om een collectieve verzekering aan te bieden. Zolang men zich aan de geëigende spelregels houdt. De onderlinge koppeling van polispakketten, vb. basis en aanvullend, zou verboden moeten worden, tenzij men de deelprijzen transparanter maakt. Zulke maatregelen maken een meer kritische evaluatie door de burger mogelijk, die op termijn mede kan bepalen welke combinatie van scenario's de beste is.

We ronden deze analyse af met de volgende stellingen die het debat over het Belgische financieringsmodel van zorg kunnen voeden:

- De Belgische zorgfinanciering is vandaag onvoldoende afgestemd op het kwetsbare doelpubliek van ouderen met een chronische zorgbehoefte, i.e. de patiënt van de toekomst. Uitbreiding van omnio en maximumfacturen zijn op korte termijn goede maatregelen, maar zullen op lange termijn steeds meer bijkomende belastingmiddelen verbruiken. Het verhoogt de druk op het financieringsmodel i.p.v. deze te verlichten, in een tijd van beperkte budgettaire marges vanwege de overheid.
- We zitten reeds in een situatie van een toenemende mate van complementaire financiering en dit zal enkel nog verder uitgebouwd worden. In plaats van dit te willen afremmen of de ogen ervoor te sluiten, kan de overheid best regulerend optreden en de diversificatie aangrijpen als een middel om ervoor te zorgen dat dit tot geen tweesporen zorgverlening leidt. Gegeven de beperkte publieke middelen is het vooral frappant dat we zoveel private uitgaven accepteren of eerder het bestaan ervan proberen te minimaliseren, zodat iedereen op zichzelf terugvalt. Als men zou erkennen dat er al zulk groot aandeel private financiering is, dan zou men beseffen dat aanvullend verzekeren alvast beter is dan zelf voor catastrofale risico's te moeten opdraaien.
- Er wordt in toenemende mate een lange termijn risico geïntroduceerd op regiogebonden financiële ontogankelijkheid van zorg. Dit is momenteel nog niet zozeer het gevolg van bijkomende dekkingsmaatregelen die sommige regio's introduceren en anderen niet (vb. de Vlaamse hospitalisatieverzekering), vermits het hierbij voorlopig nog hoofdzakelijk symbolische bedragen betreft. De oorzaak is dat de regio's niet dezelfde budgettaire middelen hebben om de uitbreiding van zorgmateries binnen de gedefederaliseerde bevoegdheden naar de toekomst toe in dezelfde mate te kunnen blijven dekken. Het is uiteraard aan de politiek om te oordelen hoe zulke middelen verdeeld worden.
- De huidige wederzijds (deels) afgeschermd markt van de publieke en aanvullende zorgverzekering dient verder vrijgemaakt te worden om keuzevrijheid en efficiëntie aan te moedigen. Elke potentiële aanbieder moet naar de burger toe vrij zijn om te kunnen bewijzen, in onderlinge concurrentie los van statuten, dat hij de beste keuze is wat betreft kwaliteitsvolle en betaalbare risicodekking.
- De toekomstige financiers, in al hun verscheidenheid, dienen zelf financieel daadwerkelijk geresponsabiliseerd te worden voor kwaliteit en betaalbaarheid, in tegenstelling tot de huidige constructie geldig voor ziekenfondsen (zie kaderstuk). op hun beurt moeten de financiers ook de mogelijkheid te krijgen om in het finale stadium van zorgaankoop de verstrekkers financieel te responsabiliseren voor een goede en efficiënte zorgverlening (via managed competition, selectieve contractering, kwaliteitssturing, etc. zie kaderstuk). Zonder deze rol zullen de aanbieders van verzekeringen in toenemende mate geconfronteerd worden met een existentieel vraagstuk ten gevolge van een toenemende druk vanuit de publieke opinie tot een efficiënter beheer (bij wijze van illustratie: "waarom heb je meerdere spelers nodig als ze net hetzelfde (mogen) doen en hoofdzakelijk een administratief doorgeefluik omvatten, zonder meer?" Immers, de pooling functie op zich kan ook meer gecentraliseerd worden georganiseerd (scenario 2).

Tegenover deze stelling staat dat het vanuit hoofde van de overheid in toenemende mate onverantwoord wordt dat ze de aanbieders van verzekeringen ook niet toelaat om een geresponsabiliseerde en responsabiliserende zorgaankoop rol op te nemen.

- Rengeld voor patiënten moet verschuiven naar een rengeld gekoppeld aan niet verantwoorde zorg. Daarnaast is een verschuiving naar verplichte aanvullende voorafbetaling op zijn plaats, met een variabele premiehoogte per aanbieder. Enkel zulke verschuiving zal de burger aanzetten tot meer gerichte keuzes van aansluiting, op basis van premiehoogtes die relevanter en realistischer zijn binnen zijn jaarlijks beschikbare inkomen.
- Innovatieve financieringsmechanismen, zoals een health savings account, bieden interessante perspectieven, maar dienen verder onderzocht te worden binnen een Belgische context.

Referenties

Braithwaite S, Rosen A. Linking cost-sharing to value: an unrivaled yet unrealized public health opportunity. *Annals of Internal Medicine* 2007;146:602-5.

Buchmueller T. Consumer-oriented health care reform strategies: a review of the evidence on managed competition and consumer-directed health insurance. *Milbank Quarterly* 2009;87:820-41.

Choudhry N, Rosenthal M, Milstein A. Assessing the evidence for value based insurance design. *Health Affairs* 2010;29:1988-94.

Colombo F, Tapay N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. *OECD Health working papers*, 2004.

Cutler & Zeckhauser. The anatomy of health insurance. In Culyer A, Newhouse J (Eds.). *Handbook of health economics*. Elsevier: Amsterdam, 2000.

Donaldson C, Gerard K. *Economics of health care financing. The visible hand*. Palgrave MacMillan: New York, 2005.

Enthoven A, Van de Ven W. Going Dutch – Managed competition health Insurance in the Netherlands. *New England Journal of Medicine* 2007;357:2421-23.

Figueras J, McKee M. *Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems*. European observatory on health systems and policies. McGraw-Hill: New York, 2012.

Henke K, Schreyogg J. *Towards sustainable health care systems: strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands; a comparative study*. Leibniz information centre for economics, 2004.

Itinera Institute. *Babyboomers kunnen bouw rusthuizen mee bekostigen*, 2011.

Itinera Institute. *Private expenditure on health in Belgium*, 2012.

Lako C, Rosenau P, Daw C. *Switching health insurance plans: results from a health survey*. *Health Care Analysis* 2011;19:312-28.

Lu M, Jonsson E. *Financing health care. New ideas for a changing society*. Wiley: Weinheim, 2008.

Maarse H, Paulus A. *The politics of healthcare reform in the Netherlands since 2006*. *Health economics, Policy and Law* 2011;6:125-34.

Maarse H, Ter Meule R. *Consumer choice in Dutch health Insurance after reform*. *Health Care Analysis* 2006;14:37-49.

Marquis S, Buntin M. *How much risk pooling is there in the individual insurance market?* *Health Services Research* 2006;41:1782-800.

Mathauer I, Nicolle E. *A global overview of health insurance administrative costs : what are the reasons for variations found?* *Health Policy* 2011;102:235-46.

Mossialos E, Thomson S. *Voluntary health insurance in the European Union*. European observatory on health systems and policies, 2004.

Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European observatory on health care systems. Open university press: Buckingham, 2002.

OECD. Achieving better value for money in health care, 2009.

OECD. Health care systems: efficiency and institutions, 2010.

OECD. Taxing wages, 2010.

Saltman R, Busse R, Figueras J. Social health insurance systems in western Europe. European health observatory on health systems and policies. Open University press: New York, 2004.

Schokkaert E, Dhaene G, Van de Voorde C. Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk selection: an application of the theory of fair compensation. Health Economics 1998;7:465-80.

Schokkaert E, Van de Voorde C. Belgium's health care system: should the communities/regions take it over? Or the sickness funds? Re-Bel Initiative, 2010.

Schokkaert E, Van de Voorde C. Health care reform in Belgium. Health Economics 2005;14:S25-39.

Schokkaert E, Van de Voorde C. Risk adjustment and the fear of markets: the case of Belgium. Health Care Management Science 2000;3:121-30.

Schut F, Van de Ven W. Health care reform in the Netherlands: the fairest of all? Journal of Health Services Research and Policy 2011a;16:3-4.

Schut F, Van de Ven W. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? Health Economics, Policy and Law 2011b;6:109-23.

Stam P, Van de Ven W. De harde kern in de risicoverevening. ESB 22 februari 2008;104-107.

Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndova L. Addressing financial sustainability in health systems. European observatory on health systems and policies, 2009.

Tuohy C, Flood C, Stabile M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. Journal of Health Politics, Policy and Law 2004;23:360-96.

Van de Ven W. Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done? Health Economics, Policy and Law 2011;6:147-56.

Van Doorslaer E, Schut F. Belgium and the Netherlands revisited. Journal of Health Politics, Policy and Law 2000;25:876-87.

Van Doorslaer E, Masseria C, et al. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. In Towards high performing health systems: policy studies from the OECD health project. OECD, Paris, 2004.

Volpp K, Troxel A, Pauly M, et al. A randomized controlled trial of financial incentives for smoking cessation. New England Journal of Medicine 2009;360:699-709.

WHO. Chapter 5. Who pays for health systems? Geneva, 2000;93-115.

WHO. Medical savings accounts: lessons learned from limited international experience. Discussion paper number 3, Geneva, 2002.

WHO. Tax-based financing for health systems: options and experiences. Discussion paper number 4, Geneva 2004.

WHO. Approaching health financing policy in the WHO European region. Denmark, 2006.

WHO. Technical brief for policy makers. Thinking of introducing social health insurance? Ten Questions. Number 4, 2009.

Voor duurzame economische groei
en sociale bescherming.