



## De financiering van de gezondheidszorguitgaven in België

2013/06

15 | 02 | 2013



MENSEN



WELVAART



BESCHERMING



Jos Kesenne  
LCM Brussel  
september 2012

De uitgaven voor gezondheidszorg (GZ-uitgaven) nemen vandaag in België een hap van iets meer dan 10% uit het Bruto Binnenlands Product (BBP, of de totale rijkdom van een land in euro uitgedrukt). Benaderend kunnen we spreken van 37 miljard uitgaven voor gezondheidszorg, op een BBP van 370 miljard euro in 2011. Het grootste deel daarvan wordt betaald door de ziekenfondsen en het RIZIV (Rijksinstituut voor de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering), de ziekteverzekering dus. Maar ook de federale overheid en de regionale over-

heden geven daarbovenop geld uit voor gezondheidszorg (schoolgeneeskunde, preventie, etc). En tenslotte betaalt ook de patiënt een belangrijk deel uit eigen zak, vooral via remgelden, supplementen, eigen betalingen voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen en voor hulpmiddelen en premies van aanvullende verzekeringen, vooral voor ziekenhuiskosten.

De laatste 20 jaar zijn de GZ-uitgaven verdrievoudigd terwijl de rijkdom van het land slechts is verdubbeld.

**TABEL I UITGAVEN VOOR  
GENEESKUNDIGE VERZORGING  
IN DE ZIEKTEVERZEKERING VAN  
1990 – 2011**

de rijkdom van het land. Dat was in het verleden zo en dat zal zeer waarschijnlijk ook zo zijn in de 20 jaren die komen. Economen spre-

<b>TABEL I: UITGAVEN Ziekteverzekering - Gezondheidszorg - BBP (in mio €) - gem. jaarlijkse groeivoeten</b>											
	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2000 - 2010	1990 - 2010	2011	2011/2010
								gem. jaarl. %	gem. jaarl. %		(in %)
								groei	groei (2)		
geneesmiddelen	1150,70	1703,92	2439,67	3330,98	3955,51	4120,42	4249,73	5,71	6,75	4397,25	3,47
bejaardenzorg(1)	482,96	968,32	1416,02	2323,89	2864,95	3072,32	3277,78	8,76	10,05	3502,34	6,85
artsenhonoraria	2944,84	3349,48	4102,87	5240,97	6141,22	6637,65	6665,92	4,97	4,17	6956,58	4,36
rdpl&bez.	689,87	787,97	933,37	1266,48	1595,11	1714,68	1713,18	6,26	4,65	1802,43	5,21
kl.bio+ beeldv.	1132,50	1177,36	1445,59	1844,46	2072,99	2271,53	2232,54	4,44	3,45	2302,76	3,15
overige	1122,47	1384,15	1723,91	2130,04	2473,12	2651,44	2720,20	4,67	4,53	2851,39	4,82
ziekenhuisverblijf	1789,50	2577,85	3103,47	3755,41	4379,68	4709,41	4833,93	4,53	5,09	5204,53	7,67
Tandzorg	230,01	332,24	404,53	522,99	671,83	733,99	756,41	6,46	6,13	775,56	2,53
Kinésithérapie	260,67	319,56	390,66	403,17	503,37	549,05	580,01	4,03	4,08	606,69	4,60
Implantaten	89,76	176,30	245,64	393,43	464,07	486,15	516,49	7,72	9,14	551,28	6,74
Psy VTH, Beschut wonen (2)		61,44	74,11	94,27	114,91	123,60	125,58	5,42	4,88	137,07	9,15
Maximumfactuur (2)		33,97	18,22	252,85	277,15	304,21	326,34	33,45	16,28	329,65	1,02
Revalidatie	48,14	150,22	225,67	334,54	417,34	446,29	474,63	7,72	12,12	499,95	5,33
<b>Totaal Geneeskundige zorg in de ziekteverzekering</b>	<b>7070,91</b>	<b>9936,62</b>	<b>12818,85</b>	<b>17250,20</b>	<b>20704,06</b>	<b>22123,42</b>	<b>22823,61</b>	<b>5,94</b>	<b>6,03</b>	<b>24078,00</b>	<b>5,50</b>
<b>Globale GZ-uitgaven (Oeso)</b> (2009, 2010 = ruwe schatting)	<b>12157,00</b>	<b>17105,00</b>	<b>21738,00</b>	<b>30640,00</b>	<b>35156,34</b>	<b>36000,00</b>	<b>37000,00</b>	<b>5,46</b>	<b>5,72</b>	<b>37500,00</b>	<b>1,35</b>
<b>BBP</b>	<b>163340,80</b>	<b>202173,60</b>	<b>252215,60</b>	<b>303435,10</b>	<b>346374,30</b>	<b>340777,00</b>	<b>356124,60</b>	<b>3,51</b>	<b>3,97</b>	<b>369836,40</b>	<b>3,85</b>
<b>inflatie</b>								<b>1,98</b>	<b>1,97</b>		<b>3,06</b>
ZIV in % van BBP	4,33	4,91	5,08	5,68	5,98	6,49	6,41			6,51	
Glob.GZ-uitg.in % v. BBP	7,44	8,46	8,62	10,10	10,15	10,56	10,39				
ZIV - inflatie								3,96	4,06		2,44
BNP - inflatie								1,53	2,00		0,79
ZIV - BBP								2,43	2,06		1,65
ZIV - infl. - 4,5%								-0,54	-0,44		-2,06
<b>Admin.kost.VI (GZ+Uitk)</b>	<b>493,98</b>	<b>585,57</b>	<b>670,28</b>	<b>832,36</b>	<b>929,16</b>	<b>972,55</b>	<b>1012,06</b>	<b>4,21</b>	<b>3,65</b>	<b>1034,65</b>	<b>2,23</b>
<b>Admin.kost.RIZIV (2)</b>		<b>57,79</b>	<b>74,06</b>	<b>107,01</b>	<b>112,47</b>	<b>108,86</b>	<b>118,00</b>	<b>4,77</b>	<b>4,87</b>	<b>119,00</b>	<b>0,85</b>
(1) Rusthuizen, Rust-en Verzorgingstehuizen en Thuisverpleging											
(2) Voor Psy VTH, Beschut Wonen, Maximumfactuur en Administratiekosten RIZIV betreft het een gemiddelde jaarlijkse groeivoet over de periode 1995 tot 2010										versie 03/09/2012	

Hoe die uitgaven voor gezondheidszorg de volgende 10 à 20 jaar gaan groeien kunnen we vandaag alleen maar schatten. Maar met een grote waarschijnlijkheid kunnen we wel stellen dat die uitgaven sneller gaan groeien dan de groei van

ken dan van 'superieure' goederen of diensten: in rijke landen groeien dergelijke uitgaven sneller dan de rijkdom van het land. Dat die groei groot zal blijven is hoofdzakelijk te wijten aan een aantal gekende ontwikkelingen. Ten eerste is er de fenomenale groei van de medische

technologie en innovatie en van de mogelijkheden van de moderne geneeskunde. Mede daardoor is ook de levensverwachting de laatste decennia enorm toegenomen. De vergrijzing is een onstuitbaar. Men gaat er van uit dat de meisjes die vandaag worden geboren gemiddeld 100 jaar kunnen worden. De groep van de oudere mensen gaat dus een steeds groter deel vormen van onze bevolking, en vermits zij meer gezondheidszorg gebruiken zal dit een meerkost betekenen in onze gezondheidszorg. Deze vergrijzing zal vooral in de sector van de chronische zorg meer uitgaven meebrengen. Daarnaast zijn er nog een aantal andere factoren die er zullen voor zorgen dat onze gezondheidszorgkosten een inflatoir verloop zullen kennen:

- Het arbeidsintensieve karakter van de gezondheidszorg, met als gevolg een lagere productiviteit dan de industrie, terwijl de lonen toch meestal gelijk zullen evolueren; deze situatie leidt tot inflatoire kostenstijgingen in de gezondheidszorg
- Het ruime aanbod van zorginfrastructuur en medische apparatuur
- Gezondheidszorg als consumptiegoed (estetiek met botox, zekerheid bv ivm cholesterolniveau, voor spelbaarheid, screening, etc)
- De steeds grotere individualisering van onze samenleving, met de verwachting dat het hele leven steeds maakbaarder wordt...

In dit artikel zullen we het verder niet meer hebben over de uitgavenzijde, maar willen we vooral onderzoeken waar de middelen in de toekomst vandaan zullen moeten komen om de GZ-uitgaven te kunnen blijven betalen. Om een systeem financieel gezond te houden en dus zijn toekomst te vrijwaren zijn er inderdaad slechts 2 mogelijke pistes: de uitgaven goed beheersen en/of er voor zorgen dat er voldoende middelen zijn. In dit stukje houden we ons niet bezig met de vraag hoe de uitgavenevoluitie beter kan beheerst worden. Daar gingen we in vroegere artikels op in (meer selectiviteit bij de voordelen, meer bestedings-efficiëntie, meer prikkels tot doelmatigheid, enz). Hier concentreren we ons eerder op de vraag: van waar moeten de middelen morgen komen:

- Moeten de sociale bijdragen worden verhoogd?
- Of moeten eerder de overheids-subsidies toenemen?
- Of nog andere financieringsbronnen, zoals in België de laatste 10 jaar de alternatieve financiering (vooral inkomsten uit indirecte belastingen)?
- Of moeten de patiënten nog meer remgelden betalen?
- Of kiest men eerder voor de ontwikkeling van een 2° pijler (collectieve aanvullende verzekeringen door de werkgevers) en/of een 3° pijler (individuele

aanvullende verzekeringen voor gezondheidszorgkosten)?

- Of nog andere initiatieven?

### Van waar komen vandaag de middelen van de Sociale Zekerheid in België ?

De financiering van de sociale zekerheid (SZ) heeft in haar lange geschiedenis van na de II WO een hele weg afgelegd. In essentie is de SZ onmiddellijk na de II WO ontstaan als een verzekeringssysteem voor werknemers, met als doel het behoud van de levensstandaard van de werknemers bij sociale tegenslagen (ziekte, werkloosheid, pensioen, arbeidsongeval, enz). Vanaf de zestiger jaren is het sys-

teem geleidelijk uitgebreid tot de zelfstandigen en vandaag is ongeveer 99% van de bevolking gedekt in het sociaal verzekeringssysteem.

De belangrijkste bron van inkomsten bij de werknemers zijn altijd de sociale bijdragen van de werknemers en werkgevers geweest. De sociale bijdragen worden berekend op het brutoloon en vertegenwoordigen voor bedienden iets meer dan 1/3 van de totale arbeidskost (= brutoloon + werkgeversbijdragen). In de totale middelen van de SZ hebben zij een gewicht van 60 à 70%.

TABEL II INKOMSTEN SOCIALE ZEKERHEID WERKNEMERS EN ZELFSTANDIGEN

TABEL II: Procentueel aandeel van de verschillende financieringsbronnen in de financiering van de sociale zekerheid vd werknemers																
	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2010	2011	2012	
Sociale bijdragen	70	68	71	74	68	61	62	70	75	72,5	69,33	68,15	64,11	62,3	62,37	
Subsidies Overheid	24	24	21	20	28	33	30	20	16	12	11,5	10,2	13,26	11,09	14,5	
Alternatieve Fin.	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8,5	14,03	16,5	17,21	20	17,45	
Overige	6	8	8	6	4	6	8	10	3	7	5,15	5,15	4,92	6,87	5,68	
Procentueel aandeel van de verschillende financieringsbronnen in de financiering van de sociale zekerheid vd zelfstandigen																
	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2010	2011	2012	
Sociale bijdragen										71,05	65,44		60,87		60,79	
Subsidies Overheid										11,97	13,78		11,64		14,51	
Alternatieve Fin.										16,48	19,65		21,88		19,28	
Overige										6,11	5,92		5,61		5,43	

bron: eigen berekeningen op basis van RSZ en RSVZ-documenten.

De tweede belangrijkste financieringsbron zijn tot de laatste eeuwwisseling altijd de overheidssubsidies geweest. Zij werden via wetten vastgelegd (en geregeld aangepast) en schommelden tussen 1950 en 1973 tussen 20 en 25 % van de totale middelen. In de periode na de oliecrisis (1973 – 1985) daalden de sociale bijdragen onder druk van de economische crisis en stegen de overheidssubsidies ter compensatie. Daarna zijn de overheidssubsidies onder druk van de sanering van de overheidsfinanciën (Maastrichtnorm) terug in belang gaan afnemen tot een aandeel juist boven de 10%. De sociale bijdragen namen in die periode de fakkel weer over. Toch zijn de overheidssubsidies een rol van sluitpost blijven spelen in de SZ, vooral ook de laatste jaren.

In de periode tussen 1950 en 1995 hebben de sociale bijdragen en de overheidssubsidies samen dus meestal voor 90 à 95 % van de middelen gezorgd.

Vanaf 1993 zien we een nieuwe financieringsbron opduiken in de SZ, nl de alternatieve financiering. Deze nieuwe inkomstenbron ontstaat onder druk van de grote structurele werkloosheid die België kent in de jaren tachtig en negentig. Men hoopte met een verlaging van de werkgeversbijdragen in de SZ de tewerkstelling te kunnen opkrikken. De sociale bijdragen nemen in die periode in belang af van bijna 75 % naar juist boven de 60 %. De

alternatieve financiering bedraagt in 2011 20% van de middelen van de SZ en bestaat hoofdzakelijk uit BTW-opbrengsten. Daarnaast zijn er ook nog de inkomsten uit een aantal schuchtere heffingen op aandelen en andere financiële producten.

Zoals tabel II aantoont liggen de verhoudingen bij de zelfstandigen nog meer in de richting van meer alternatieve financiering en minder sociale bijdragen. De tendens van het werknemersstelsel wordt dus versterkt door het stelsel van de zelfstandigen.

### En van waar komen de middelen in de ziekteverzekering ?

Tot 1994 kenden de verschillende takken van de SZ een afzonderlijke financiering, vlg speciaal voor elke tak bedoelde bijdrage- en subsidiepercentages. Vanaf 1995 werd een globaal beheer van de middelen van de SZ ingevoerd, waarbij alle sociale bijdragen en subsidies verzameld worden in een globale pot, van waar uit die middelen dan verdeeld worden naar de verschillende takken volgens hun behoeften.

Het belangrijkste deel van de middelen van het Globaal Beheer van de SZ in de ziekteverzekering (ongeveer 75% van de middelen van de ziekteverzekering) bestaat benaderend voor 62 % uit sociale bijdragen, voor 14 % uit overheidssubsidies en voor 18 % uit

Alternatieve Financiering. Als we die laatste percentages toepassen op de eerst genoemde 75%, komen we voor dat deel van de middelen van de ziekteverzekering tot het volgende resultaat: 47 % is afkomstig van de sociale bijdragen, 11 % van overheidssubsidies en 13 % van alternatieve financiering. Daarmee is het grootste deel van 75 % van de middelen van de ziekteverzekering toegewezen.

Naast de sociale bijdragen via het Globaal Beheer zijn er ook nog de sociale bijdragen van de gepensioneerden voor de ziekteverzekering (3,55% op het legaal en extralegaal pensioen; enkel voor gepensioneerden boven een bepaald inkomensniveau). Deze sociale bijdragen betekenen om en bij de 3 % van de

ciëring omschreven worden.

Deze globale verhoudingen in de financiering van de sociale zekerheid en de ziekteverzekering leveren ons het volgende beeld op van de herkomst van de middelen in de ziekteverzekering: 50% sociale bijdragen, 11% overheidssubsidies en 29% alternatieve financiering. Samen telt dat op tot 90% van de middelen. Daarbovenop zijn er nog enkele andere financieringsbronnen (revalidatietransferten, taks op de autoverzekering, hospitalisatieverzekering, heffing op de farmaceutische industrie, internationale overeenkomsten) die samen 10% van de middelen in de ziekteverzekering voorstellen. Daarmee is het beeld volledig.

Tabel III

TABEL III AFKOMST VAN DE MIDDELEN VAN DE ZIEKTEVERZEKERING IN BELGIË IN 2011

Sociale bijdragen	50 %
Subsidies	11%
Alternatieve financiering	29 %
Overige	10%

middelen in de ziekteverzekering. Samen met de 47 % in de vorige paragraaf betekent dit dat 50 % van de middelen van de ziekteverzekering van de sociale bijdragen komen.

Daarnaast kan nog 16 % van de middelen in de ziekteverzekering als rechtstreekse alternatieve finan-

Met 40 % van de financieringsmiddelen in de ziekteverzekering die komen van directe of indirecte belastingen, kunnen we zonder overdrijving spreken van een tendens naar fiscalisering van de financiering van de ziekteverzekering. Deze tendens kan niet vreemd genoemd worden in een land waar

het sociaal beschermingssysteem in de gezondheidszorg veel sneller groeit dan de rijkdom van het land.

## Hoe moet het morgen verder met de financiering van de gezondheidszorg?

### **Meer sociale bijdragen ?**

In een tijd dat de regering al verschillende keren maatregelen heeft genomen om de patronale SZ-bijdragen te verlagen met de bedoeling de arbeidskost te verlagen en zo tewerkstelling aan te moedigen zou het vreemd zijn de SZ-bijdragen te verhogen. De problematiek van de concurrentiekracht van onze bedrijven en de plaats daarin van onze arbeidskost is genoegzaam bekend. Een recente studie van de denktank VKW-Metena legde nog eens de vinger op de wonde: onze absolute arbeidskost ligt anno 2011 42 % hoger dan het gemiddelde van de eurozone en 30% hoger dan Duitsland, de locomotief van de economische groei in Europa. Zelfs als maar de helft van deze studie waar zou zijn, is er een probleem. Bovendien wordt het veel aangehaalde argument van onze hoge arbeidsproductiviteit ondertussen afgezwakt door de vaststelling dat onze productiviteit recentelijk minder snel groeit dan in de rest van Europa. Op de loonkost van de andere continenten in de mondialiseringsgolf gaan we hier niet verder in.

### **Meer overheidssubsidies ?**

Historisch gezien hebben de overheidssubsidies altijd een belangrijke rol gespeeld in financiering van de SZ en de ziekteverzekering, nl die van een overheid die de middelen aanbrengt die de sociale uitkeringstrekkers niet kunnen bijdragen gezien hun laag inkomensniveau. Vandaag zijn die middelen gewoon onderdeel van het Globaal Beheer van de sociale zekerheid, en bovendien speelt de overheid de rol van financieel sluitstuk in de sociale zekerheid.

De federale overheid heeft zeker de intentie die rol te blijven spelen, maar met een overheidsschuld van 100 % van het BBP kan de speelruimte van de Belgische overheid straks zeer krap worden. Veel hangt af van de groei van het BBP en de hoogte van de lange termijn rente de volgende decennia. Elke verhoging van de overheidssubsidie aan de ziekteverzekering zal in concurrentie komen met de andere takken van de SZ en van alle andere federale overheidsuitgaven (veiligheid, defensie, justitie, etc).

### **Meer alternatieve financiering ?**

Waar de middelen van de ziekteverzekering in de vorige eeuw vooral bestonden uit sociale bijdragen en overheidssubsidies, is de alternatieve financiering, vooral BTW-opbrengsten, in de 21<sup>e</sup> eeuw een belangrijke plaats gaan inne-

men. Een verdere toename van de alternatieve financiering is niet vanzelfsprekend. Uiteindelijk betekenen hogere BTW-opbrengsten dat loontrekkenden en uitkeringstrekkers meer betalen voor hun producten en diensten die ze kopen. De koopkracht van hun uitkeringen zal dus dalen, wat gelijk staat met minder netto-uitkeringen. Dan kan toch niet de bedoeling zijn. Indirecte belastingen op de consumptie zijn altijd minder solidair dan sociale bijdragen of belastingen op het inkomen.

Een andere mogelijke alternatieve financiering zou kunnen bestaan uit een milieubelasting, bv op het gebruik van fossiele brandstoffen, en andere vervuilende activiteiten.

### **Meer remgelden ?**

Remgelden worden verdedigd vanuit de noodzaak de patiënt ook voor een stuk te responsabiliseren bij de consumptie van gezondheidszorg. Dat is verantwoord. Evenwel, de meeste en de duurste beslissingen in de gezondheidszorg worden genomen door de artsen en niet door de patiënten. En omdat de patiënten in de Belgische gezondheidszorg al meer dan 25 % van de kosten dragen via remgelden, supplementen, niet-terugbetaalde geneesmiddelen en materialen enz, is het geen goed idee de patiënt nog meer remgelden te laten betalen.

### **Een 2° en 3° pijler in de gezondheidszorg ?**

Zoals in de meeste Europese landen is de 2° en 3° pijler in de gezondheidszorg ook in België al een realiteit, die de verzekerden meer flexibiliteit en keuzemogelijkheden biedt bovenop de verplichte ziekteverzekering. De aanvullende private collectieve en individuele verzekeringen in de 2° en 3° pijler kunnen op 1,5 miljard euro worden geschat, wat ongeveer overeenkomt met 4 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in België.

Ook al is er nog altijd groei in de 2° en 3° pijler in de gezondheidszorg, toch kan worden gesteld dat een verdere uitbreiding van de 2° en 3° pijler in de ziekteverzekering minder vanzelfsprekend is als in de pensioenen. Het wordt algemeen aanvaard in onze westerse samenlevingen dat er inkomensverschillen bestaan, ook al moeten die verschillen redelijk blijven. De superbonus van ontslagen en jobhoppende bedrijfsleiders worden steeds kritischer onthaald, maar verhoudingen van 1 tot 6 in de lonen en vergoedingen worden aanvaard ifv diploma's, competenties, verantwoordelijkheden, leeftijd, ervaring, etc. Het is niet abnormaal dat een bedrijfsleider een veelvoud verdient van het loon van de laagste bediende of arbeider in een bedrijf. En ook de pensioenen, vooral via groepsverzekeringen en andere aanvullende pensioensystemen, kunnen overeenkomstig die verhoudingen verschillen. Dit wordt min of meer algemeen aanvaard. Daarentegen



wordt het veel minder aanvaard dat er straks een steeds groter deel van de moderne gezondheidszorg niet toegankelijk zou zijn voor mensen met een kleine geldbeugel. Het wordt niet aanvaard in Europese democratische samenlevingen dat het pakket van de verplichte sociale bescherming in de gezondheidszorg steeds onvollediger wordt en er steeds meer facultatief aanvullend moet verzekerd worden. In de gezondheidszorg is en blijft het criterium voor toekenning van solidaire zorg uiteindelijk de individuele behoefte aan zorg, en die is zeker niet gelijklopend met het inkomen van mensen, integendeel zelfs. Deze specificiteit van de gezondheidszorg wordt ook in de toepassing van de verplichte sociale bescherming geïllustreerd doordat in de ziekteverzekering de toekenning van zorg of van een terugbetaling gebeurt in functie van de door de artsen geïndiceerde noodzakelijke zorg en dus ifv de behoefte aan zorg; de hoogte van de bijdrage en dus van het inkomen van de patiënt speelt daar geen rol. En dit in tegenstelling met alle andere takken van de sociale zekerheid waar de uitkering meestal berekend wordt ifv de bijdrage en dus het vroeger inkomen!

Een verdere groei van een 2° en/of 3° pijler in de gezondheidszorg zal zeer waarschijnlijk sluipend plaats grijpen, en niet als gevolg van expliciete politieke besluitvorming. De belangrijkste reden daarvoor

is het gebrek aan sociale middelen als gevolg van een te sterke groei van de uitgaven en/of onvoldoende economische groei.

### **Meer solidariteit en verantwoordelijkheid via een nominale premie ?**

We zullen dus meer inventiviteit aan de dag moeten leggen om de financiering van de sociale bescherming in de gezondheidszorg naar de toekomst toe te vrijwaren. Het hierna volgend voorstel is een poging hiertoe.

Laten we aannemen dat de begroting voor geneeskundige verstrekkingen in de ziekteverzekering voor 2013 25,5 miljard euro bedraagt en dat de officiële remgelden daarbovenop 2 miljard euro bedragen. In zo'n scenario zou bv 1,5 miljard euro van de RIZIV-uitgaven en RIZIV-terugbetalingen voor geneeskundige verstrekkingen en 0,25 miljard euro remgelden kunnen afgezonderd worden; deze 1,75 miljard euro zouden we niet meer financieren via de klassieke financieringsmiddelen van de ziekteverzekering (vooral middelen van het Globaal Beheer van de SZ) en via de patiënt (remgeld), maar op een alternatieve manier, nl via een nominale premie. Een nominale premie is een forfaitaire premie per hoofd. Met ongeveer 7,3 miljoen titularissen of gerechtigden (dat zijn werkenden die een sociale bijdrage betalen) in de ziekteverzekering zou dat neerkomen op ongeveer 20 euro per

maand per titularis of gerechtigde. Voor een gezin met 2 werkende volwassenen en één of meerdere kinderen zou dat 40 euro per maand betekenen.

Voor de laagste inkomens kan een specifieke subsidie er voor zorgen dat de nominale premie draaglijk is. Deze subsidie zal het netto-resultaat van deze operatie enigszins verminderen.

De nominale premie kan vermeerderd of verminderd worden ifv van de resultaten van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen: een ziekenfonds met een positief resultaat kan zijn nominale premie verlagen, terwijl een ziekenfonds met een tekort zijn nominale premie verhoogd ziet. Door de zichtbaarheid van een nominale premie van rond de 20 euro per maand, verhoogd of verlaagd met het financieel resultaat in de financiële verantwoordelijkheid, hebben de ziekenfondsen een belangrijke prikkel om de uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen goed te beheersen. De verzekerden kunnen de premies vergelijken en stemmen met de voeten. Uiteraard dienen de collectieve middelen zo verdeeld tussen de ziekenfondsen dat er een globale risicoverevening ontstaat, dwz dat de ziekenfondsen met meer zieke en bejaarde leden daarvoor financieel gecompenseerd worden. Dit is vandaag al het geval door de toepassing van de normatieve formule bij de verdeling van het nationaal budget van

de ziekteverzekering over de landsbonden van ziekenfondsen.

Een belangrijk aandachtspunt in dit verband is de noodzaak van meer reële beheersinstrumenten voor de ziekenfondsen. Vandaag kunnen de ziekenfondsen onvoldoende ingrijpen in het uitgavenproces; noch op de prijs, de kwaliteit of de volumes hebben de ziekenfondsen een reële impact. Vandaag hopen de ziekenfondsen alleen via doorgedreven controles op de ziekenhuisfacturen de uitgaven enigszins te beheersen. Ziekenfondsen zouden bv de eerste lijn en preventie meer moeten kunnen promoten via ingrepen in de regels van de ziekteverzekering. Sommige ziekenhuizen met onvoldoende kwaliteit (bv wegens onvoldoende ingrepen) zouden moeten kunnen worden ontraden bij de leden.

Doordat de remgelden met 250 miljoen euro verminderen is dit bovendien een zeer solidaire operatie: 250 miljoen euro wordt weggenomen bij de remgelden van de patiënten en verdeeld over alle verzekerden. De remgeldverminderingen kunnen op verschillende manieren over de patiënten worden verdeeld, bv door selectief de zwaarst zieken te bevoordelen.

Met de 1,5 miljard euro nominale premie kunnen voor de helft de werkgeversbijdragen worden verminderd en voor de andere helft de sociale bijdragen van de werknemers. Op die manier wordt zowel

de arbeidskost voor de werkgever verlaagd als het beschikbare inkomen van de werknemers verhoogd. Beiden kunnen een stimulerend effect hebben op de economie.

### **Een verplichte aanvullende verzekering voor gezondheidszorg ?**

Een andere weg om alternatieve financieringsbronnen aan te boren is een verplichte aanvullende verzekering voor gezondheidszorg, naast of bovenop de verplichte ziekteverzekering. Een dergelijke aanvullende verzekering zou kunnen uitgevoerd worden door de ziekenfondsen, of door ziekenfondsen in concurrentie met private verzekeraars (zoals de huidige Vlaamse zorgverzekering). Het zijn die ziekenfondsen en/of verzekeraars ook die de premies van een dergelijke aanvullende verzekering zouden innen bij hun leden. Uiteraard zou er risicoverevening worden toege-

past zodat ziekenfondsen of verzekeraars met zwaardere dan gemiddelde risico's daarvoor gecompenseerd worden. De uitvoerders van die verzekering zouden 100 % financieel verantwoordelijk zijn en verregaande vrijheden hebben op het vlak van beheersinstrumenten. In een dergelijke aanvullende verzekering zouden nieuwe producten of diensten in de gezondheidszorg kunnen opgenomen worden (bv toegespitste chronische zorg, nieuwe hulpmiddelen, preventieve gezondheidszorg, meer ambulante psychische zorg, etc), ofwel zouden sommige sectoren uit de verplichte ziekteverzekering kunnen overgeheveld worden (bv tandzorg, kinésithérapie, etc). Een dergelijke aanvullende verzekering zou een oefenterrein kunnen zijn voor meer beheersverantwoordelijkheid van de ziekenfondsen in de verplichte ziekteverzekering.

## Besluit

Als de uitgaven voor gezondheidszorg in de ziekteverzekering de volgende 10 à 20 jaar blijven groeien zoals de voorbije 2 decennia, en de kans daartoe is niet klein gezien de vergrijzing en de voortdurende innovatie in de geneeskunde, is ook in de toekomst een economische groei nodig van 2 à 3 % per jaar om dergelijke begrotingen te kunnen aanhouden. Tegen de achtergrond van de eurocrisis en de stagnerende economieën in Europa

enerzijds en de verder evoluerende mondialisering anderzijds is het zeer de vraag of dergelijke verwachtingen realistisch zijn. En dus is de vraag of meer sociale bijdragen, meer subsidies en alternatieve financiering niet gewoon meer van hetzelfde is, en dus moeilijk haalbaar. Een betere beheersing van de uitgaven via meer doelmatigheid enerzijds en meer inventiviteit aan de middelenkant anderzijds is dan absoluut noodzakelijk. Men zal moeten durven nieuwe wegen te bewandelen.

Voor duurzame economische groei  
en sociale bescherming.