

Billijkheid in de financiering van gezondheidszorg: Samenvatting

Promotoren: Diana De Graeve[‡], Erik Schokkaert[¥], Bea Cantillon[‡],

Medewerkers♥: Guy Van Camp[¥], Tom Van Ourti[‡], Birgit Kerstens[‡]

Billijkheid met betrekking tot gezondheid, consumptie en financiering van medische zorg, wordt nationaal en internationaal aanzien als een belangrijk onderzoeksdomein (World Bank, 2000, World Health Organization, 2000, EU-projects ECUITY I, II en III¹). Daardoor is er al heel wat kennis over bepaalde aspecten van de problematiek, terwijl dit voor andere aspecten nog niet het geval is. Onderzoek naar billijkheid in gezondheid is relatief oud. Belgische zowel als internationale studies tonen zonder uitzondering aan dat ziekte en mortaliteit geconcentreerd zijn bij de lagere socio-economische klassen (o.m. De Graeve and Duchesne, 1997, Van Doorslaer, et al 1997). Dit betekent dat ook de behoefte aan medische zorg meer geconcentreerd is bij deze lagere klassen. Dit maakt de toegankelijkheidsproblematiek pertinent. Onderzoek naar de determinanten van de consumptie van medische zorg tonen echter aan dat billijkheid in de consumptie van medische zorg niet echt problematisch is in de meeste Europese gezondheidszorgsystemen, en ook niet in België (Van Doorslaer, et al 2000, De Graeve and Duchesne, 1997, Adriaenssen en De Graeve, 2000, Van Ourti, 2002). Eigen bijdragen bijvoorbeeld hebben weliswaar een negatieve impact op de consumptie van medische zorg, voornamelijk voor lagere inkomensgroepen. Wanneer nochtans de eigen bijdragen beperkt zijn en/of inkomensgerelateerd, zoals in Europa, verdwijnt grotendeels de differentiële impact volgens inkomen. Analoog geldt dat de invloed van (gezins)inkomen op medische consumptie, wanneer voldoende rekening gehouden wordt met andere determinerende factoren, weliswaar positief blijft, maar toch relatief beperkt is. In het algemeen is er weinig empirische evidentie die aantoont dat er onbillijkheid is in de consumptie van medische zorg ten voordele van de rijkere. Deze resultaten moeten weliswaar nog verder bevestigd worden voor kwaliteit van zorg en voor diverse types van zorg en van ziekten. Ze zijn bovendien onvoldoende fijnmazig om de precaire situatie van bepaalde marginale bevolkingsgroepen in kaart te brengen. Een eerste voorzichtige globale conclusie blijft evenwel dat de omvang van de consumptie van medische zorg in grote lijnen in overeenstemming is met de gezondheidstoestand van het individu.

Op basis van deze evidentie, kan men zich zorgen beginnen maken over de impact van de consumptie van medische zorg op de allocatie van het gezinsinkomen. Wanneer ziekte

‡ Faculteit TEW - Universiteit Antwerpen.

‡ Centrum voor Sociaal Beleid - Universiteit Antwerpen.

¥ Centrum voor Economische Studiën - Katholieke Universiteit Leuven.

♥ Met dank aan Karel Van den Bosch, Carine Van de Voorde en Gerlinde Verbist voor hun kritische opmerkingen en bijdragen.

1 Zie website: <http://www.eur.nl/bmg/ecuity>

voornamelijk geconcentreerd is bij de lagere socio-economische groepen en deze ziekte aanleiding geeft tot medische consumptie, dan moet het overduidelijk zijn dat ook de uitgaven voor gezondheidszorg niet gelijkmatig verdeeld zijn over de bevolking. Ongeveer 40% tot 50% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg wordt veroorzaakt door 2% van de bevolking (Socialistische Mutualiteiten, 2000). Ondanks socio-economische correcties (gereduceerde eigen bijdragen voor kwetsbare groepen, inkomensgerelateerde franchise), zijn eigen bijdragen gekoppeld aan uitgaven voor gezondheidszorg, en hebben ze dus ook een scheve verdeling. Tien procent van de bevolking, voornamelijk lagere socio-economische groepen, dragen ongeveer 50% van de totale eigen bijdragen (Socialistische Mutualiteit, 1998). Uit een Vlaamse studie bleek dat patiënten met betalingsmoeilijkheden voor ziekenhuisopnames (Adriaenssen en De Graeve, 2001) relatief hoge jaarlijkse gezondheidszorgkosten hebben, en relatief meer behoren tot zwakkere socio-economische groepen. Betalingsmoeilijkheden omwille van hoge zorgkosten zijn niet wenselijk; de maximumfactuur is juist in het leven geroepen om iedereen op een gelijke rechtvaardige manier te beschermen tegen een opeenstapeling van medische kosten. Maar de maximumfactuur dekt niet alle medische kosten (supplementen, geneesmiddelen D, ...) en geldt niet in dezelfde mate voor iedereen (zelfstandigen). Opvolging van de problematiek van zeer hoge uitgaven is dus zinvol. Daarnaast is er de ruimere bekommernis voor een rechtvaardige, billijke financiering van gezondheidszorg, waarbij die financiering hoofdzakelijk gekoppeld is aan draagkracht en niet aan consumptie. Het is de wens om de toegankelijkheid tot gezondheidszorg niet afhankelijk te maken van financiële draagkracht. Ondanks het belang dat men hecht aan de betaalbaarheid van gezondheidszorg, ontbreekt merkwaardig genoeg nagenoeg elke feitelijke informatie hierover. Uiteraard bemoeilijkt dit gebrek aan informatie de beleidsvoering rond betaalbaarheid.

De doelstelling van het onderzoek bestond erin om informatie over de betalingen van gezondheidszorg in kaart te brengen en de verdeling ervan over de private sociologische gezinnen te analyseren.

Informatie over betalingen voor gezondheidszorg op gezinsniveau

Gezinnen dragen in België zowel op een directe als een indirecte manier bij aan de financiering van het gezondheidszorgsysteem. De directe bijdragen zijn de betalingen die gezinnen zelf dragen wanneer ze medische zorg consumeren. Het betreft bijvoorbeeld remgelden of supplementen die men betaalt bovenop het door de ziekteverzekering betaald deel of ook betalingen voor zorg die niet door de verzekering gedekt zijn. De indirecte bijdragen worden zowel gehaald uit sociale zekerheidsbijdragen, directe belastingen als indirecte belastingen.

Om de verdelingseigenschappen van al deze bijdragecomponenten te bestuderen, maken we gebruik van de HuishoudBudgetEnquête (HBE) van het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS). De HBE heeft, in vergelijking met een puur administratief bestand, een toegevoegde waarde om de verdelingseigenschappen van al de financieringscomponenten te bestuderen. In de HBE zit namelijk informatie over het volledige uitgavenpakket en over het inkomen van sociologische gezinnen. De inkomensinformatie laat toe de directe belastingen en sociale zekerheidsbijdragen betaald door ieder gezin te berekenen. Op basis van de totale uitgaven kunnen we indirecte belastingen berekenen. Omdat de HBE het volledige uitgavenpakket van gezinnen bevat, bevat deze databank ook informatie over items die onder uitgaven aan gezondheidszorg geklasseerd kunnen worden, maar waarvoor geen terugbetaling gebeurt in het kader van een verplichte of een aanvullende verzekering. Over de uitgaven aan deze goederen zit geen informatie in andere, meer administratieve, bestanden. Het RIZIV

bijvoorbeeld beschikt niet over deze informatie omdat ze noch de consumptie van gezondheidszorg die niet opgenomen is in de nomenclatuur, noch het aandeel dat de patiënt eventueel nog zelf betaalt als supplement naast officiële remgelden, noteert. Bovendien bevat de HBE (beperkte) informatie over de socio-economische karakteristieken van de gezinnen.

In de HBE van het NIS ontbreekt echter ook heel wat informatie die van belang is om de verdelingseigenschappen van de verschillende financieringscomponenten van het Belgische gezondheidszorgsysteem te bestuderen. We overlopen beknopt de belangrijkste problemen met de HBE en hoe we ze hebben trachten op te lossen. Alle datamanipulaties worden uitgebreid behandeld in De Graeve e.a. (2003, hoofdstuk 5).

Een *eerste probleem* betreft de registratieduur. In de recentere HBEs, registreren gezinnen slechts gedurende *één maand* alle kleine uitgaven (< 1900 Bcf) (en dus ook alle kleine uitgaven voor gezondheidszorg). Dit is een te korte periode omdat het net de opeenstapeling van uitgaven aan gezondheidszorg is die problemen geeft. Het NIS berekent jaargegevens door maandgegevens met 12 te vermenigvuldigen. Dit is geen probleem voor periodieke uitgaven (bv huur, waterverbruik) of voor frequente uitgaven (bv voeding) maar is problematisch voor gezondheidszorg omdat de meeste gezinnen juist slechts sporadisch die uitgaven hebben. We hebben zelf de ontbrekende uitgaven van een gezin (d.i. de maanden waarin het niet registreerde) aangevuld op basis van de uitgaven van het meest gelijkende gezin dat gedurende die maand wel registreerde. We beschikken op die manier over de totale uitgaven van het sociologisch gezin op jaarbasis aan (categorieën van) medische goederen.

Een *tweede probleem* is dat *niet alle uitgaven* die het gezin betaalt voor gezondheidszorg, ook *ten laste komen van dat gezin*. Vaak wordt voor gezondheidszorg gewerkt via het terugbetalingsstelsel: de patiënt betaalt de medische zorg eerst zelf, maar krijgt achteraf het bedrag van de mutualiteit terug. Daarenboven kan terugbetaling gebeuren in het kader van de sociale en fiscale franchise (vóór 2001), of het huidige stelsel van de maximumfactuur. De HBE neemt weliswaar informatie over de terugbetalingen van de mutualiteit op, maar men weet niet in welke mate de terugbetalingen betrekking hebben op de uitgaven waarvoor de directe betalingen genoteerd werden. We hebben daarom berekeningen uitgevoerd zodat de uitgaven konden opgesplitst worden in terugbetalingen, remgelden en supplementen. Verder werden de compensaties in het kader van de fiscale franchise, de sociale franchise en de maximumfactuur gesimuleerd.

Een *derde probleem* is dat we in de HBE *geen bruto inkomens* en *sociale zekerheidsbijdragen* observeren. Deze ontbrekende gegevens werden op twee verschillende manieren aangevuld. Een eerste aanvulmethode maakte gebruik van een simulatiemodel dat toeliet om op basis van de geobserveerde netto inkomens de bruto inkomens en de sociale zekerheidsbijdragen terug te rekenen. Een tweede methode maakte gebruik van een tweede bestand dat zowel bruto als netto inkomens bevat. Dit tweede bestand werd gekoppeld aan de HBE met behulp van een statistische koppelingstechniek. Statistische koppelingstechnieken zoeken in twee bestanden observatie-eenheden die het meest op elkaar gelijk zijn in termen van variabelen die voorkomen in beide bestanden.

Aangezien beide aanvulmethoden enigszins verschillende waarden opleverden en er geen overtuigende wetenschappelijke argumenten konden gevonden worden om één methode te

verkiezen, hebben we steeds verder gerekend met beide bestanden. We hebben het in deze samenvatting verder over respectievelijk de 'terugrekening' en de 'koppeling'.

Tenslotte ontbreken in de HBE de door het gezin *betaalde indirecte belastingen*. We kennen wel de uitgaven van de gezinnen voor verschillende goederen. Het ASTER-model werd gebruikt om vanuit deze uitgaven de indirecte belastingen te simuleren. Dit model werd op basis van de HBE geconcipieerd (Decoster, A., Schokkaert, E. en Van Dongen, H., 1994).

Al deze berekeningen en simulaties zijn nauwgezet uitgevoerd op de HBE van 1997-98. De aangevulde enquête bevat zo voor een staal van sociologische gezinnen een schatting van alle componenten die gebruikt worden om de gezondheidszorg te financieren. We beschouwen deze aanvulling van de HBE 1997-98 als een belangrijke bijdrage van heel het onderzoek. Het resultaat is immers dat de verdeling van de eigen bijdragen in België voor die periode nu kan bestudeerd worden.

Hoewel we de aanvulling van de HBE, voor de studie van de verdeling van de eigen bijdragen, als een zinvolle optie beschouwen, mag dit niet verhullen dat het aangevulde bestand ook heel wat beperkingen heeft. Bij het aanvullen moesten meermaals hypothesen geformuleerd worden, details veronachtzaamd of moest er gekozen worden tussen niet-coherent cijfermateriaal. Alle gemaakte keuzes zijn evenwel uitvoerig gedocumenteerd.

Daarnaast moet nog rekening gehouden worden met de steekproef van respondenten die deelneemt aan de HBE. De steekproef is relatief klein (2213 gezinnen), en het betreft uitsluitend niet-geïstitutionaliseerde respondenten. We missen daardoor een belangrijk deel van bejaarden, of langdurig gehospitaliseerde psychiatrische patiënten. Bovendien is de steekproef niet representatief. We hebben gepoogd dit te verhelpen door het aanmaken van steekproefgewichten. Dit neemt niet weg dat de HBE te beperkt is om betrouwbare informatie op te leveren over specifieke kwetsbare/marginale bevolkingsgroepen.

Verdelingskenmerken van de verschillende financieringsbronnen voor gezondheidszorg in België in internationaal vergelijkend perspectief

Nu we voor 1997-98 beschikken over de verschillende betalingen voor gezondheidszorg op gezinsniveau, kunnen we kijken naar de *verdelingskenmerken (verticale billijkheid, horizontale billijkheid en het effect op de inkomensongelijkheid) van deze financieringsbronnen*. Op internationaal niveau is hierover reeds onderzoek verricht. *We analyseren de Belgische situatie conform de internationale methodologie en plaatsen de resultaten in internationaal vergelijkend perspectief*. Een uitgebreide analyse staat in De Graeve e.a. (2003, hoofdstuk 3).

We analyseren eerst *verticale billijkheid*, d.i. de mate waarin medische zorg gefinancierd wordt naargelang draagkracht. Er is een vrij algemene overeenstemming bij de meeste mensen dat financiering van medische zorg naargelang draagkracht wenselijk is (Hurst, 1985, Wagstaff et al, 1999). Hier kijken we meer concreet naar de progressiviteit dan wel degressiviteit van deze financiering. Progressiviteit wil zeggen dat de betalingen in verband met gezondheidszorg als proportie van het inkomen toenemen met het inkomen. Degressiviteit is het omgekeerde: het aandeel ligt hoger bij de lagere inkomensgroepen.

Of gezondheidszorg al dan niet progressief gefinancierd wordt, hangt af van de progressiviteit van de verschillende financieringsbronnen en van hun relatief aandeel. Voor het Belgische gezondheidssysteem wordt gebruik gemaakt van vijf financieringsbronnen, zijnde indirecte en directe belastingen, sociale zekerheidsbijdragen, private verzekeringspremies en eigen

bijdragen. De publieke financieringsbronnen zijn goed voor ongeveer 80 percent van de totale uitgaven waarbij het belang van de sociale zekerheidsbijdragen enerzijds en de indirecte en directe belastingen anderzijds ongeveer gelijk is. Dit is in West-Europese context een atypische situatie omdat de publieke financiering ofwel voornamelijk via belastingen ofwel voornamelijk via sociale zekerheidsbijdragen gebeurt. Enkel in Italië is er een gelijkaardige situatie waar het belang van de belastingen en de sociale zekerheidsbijdragen ongeveer gelijk is. De private financiering gebeurt in België voornamelijk via eigen bijdragen (het aandeel van de private verzekeringspremies bedraagt minder dan 4 percent). In vergelijking met de andere landen is het belang van de private financieringsbronnen eerder beperkt, al is dit aandeel nog lager in Denemarken, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden.

De internationale evidentie met betrekking tot verticale billijkheid onderscheidt in het algemeen drie clusters van Europese financieringswijzen. Er is ten eerste een cluster van landen die gezondheidszorg in belangrijke mate financieren met belastingen wat resulteert in een financieringssysteem dat hoofdzakelijk progressief tot proportioneel is (Denemarken, Finland, Ierland, Portugal, het VK en Zweden). Een tweede cluster van landen omvat de VS en Zwitserland. Zij hebben een financieringssysteem dat erg degressief is omwille van het grote aandeel van de directe betalingen. Tenslotte is er een groep landen met sociale zekerheidsystemen (Frankrijk, Duitsland, Nederland) die vaak degressief zijn omwille van de uitsluiting van bepaalde groepen tot sociale verzekering of omwille van limieten op de bijdragen (Frankrijk vormt een uitzondering). Op basis van de meest recente cijfers, stelden we vast dat België – na Denemarken², Frankrijk, de Verenigde Staten en Zwitserland - de meest degressieve eigen bijdragen heeft. Wat betreft de private verzekeringspremies heeft België zelfs het meest degressieve systeem.³ Toch is het opvallend vast te stellen dat het totale Belgische systeem - d.i. de som van de financieringsbronnen – licht progressief is (op basis van de terugrekening) tot evenredig (op basis van de gekoppelde gegevens). Het Belgische systeem is progressiever dan het merendeel van de andere landen. Dit impliceert dat de degressieve private financiering gecompenseerd wordt door een progressieve publieke financiering. Het betekent dus dat in België het principe van financiering volgens draagkracht, in redelijke mate gerealiseerd is.

Niet uitsluitend de verticale billijkheid is echter van belang. Even belangrijk is de horizontale billijkheid. Horizontale billijkheid verwijst naar de spreiding van de effectieve betalingen binnen elk inkomensniveau, naar de mate dus waarin individuen met dezelfde draagkracht, ook dezelfde bijdragen voor medische zorg betalen. Zo is het best mogelijk dat sociale zekerheidsbetalingen horizontaal onbillijk zijn, omdat huishoudens met een zelfde inkomen verschillende bijdragen betalen, omdat ze behoren tot andere stelsels (algemeen stelsel versus stelsel van de zelfstandigen). Hetzelfde kan gezegd worden van de directe betalingen: zij kunnen variëren tussen gezinnen met eenzelfde inkomen omwille van verschillen in sociaal verzekeringsstatuut, verschillende keuzes met betrekking tot private verzekering en/of verschillen in voorkomen van ziekte. Met betrekking tot horizontale billijkheid toont de empirische evidentie uit de andere Europese landen aan dat de horizontale onbillijkheid relatief

2 Dit geldt enkel voor de cijfers van de “Terugrekening” in De Graeve e.a. (2003, hoofdstuk 3).

3 De private verzekeringspremies in de Verenigde Staten en Zwitserland zijn pro-/degressiever verdeeld al naargelang men de cijfers van de “Terugrekening” of “Koppeling” in De Graeve e.a. (2003, hoofdstuk 3) bestudeert.

onbelangrijk is in vergelijking met de verticale onbillijkheid. Als we kijken naar de afzonderlijke financieringsbronnen, dan zien we dat horizontale ongelijkheden in het algemeen meer aanwezig zijn bij private betalingen. Dit ligt in de lijn van de verwachtingen omdat voornamelijk de gezondheidstoestand en niet het inkomen de omvang van de betalingen determineert. De resultaten voor België bevestigen dat horizontale ongelijkheid niet groot is. Voor België zijn ook de berekende resultaten met betrekking tot horizontale ongelijkheid van de private betalingen beperkt. Dit resultaat wordt wellicht veroorzaakt door de aanvulprocedure die gebruikt werd om over te gaan van maandgegevens naar jaargegevens, die gebaseerd is op het zoeken naar gelijkaardige gezinnen.

Tenslotte staan we nog stil bij het herverdelend effect van de betalingen voor gezondheidszorg, dat wil zeggen, het verschil in inkomensongelijkheid voor en na betalingen aan gezondheidszorg. Zowel de progressiviteit, als het gemiddeld budgetaandeel van de betalingen aan gezondheidszorg, als de horizontale ongelijkheden in deze betalingen en de wijzigingen omwille van de gezondheidsbetalingen in de rangschikking van de huishoudens naar inkomen bepalen de omvang van dit effect.

De resultaten met betrekking tot het herverdelend effect bevestigen de analyse van de progressiviteit. Voor België noteren we dat de totale herverdeling gebeurt ten gunste van de lagere inkomensklassen (terugrekening) tot afwezig is (koppeling). De eigen bijdragen herverdelen ten gunste van de hogere inkomensgroepen, maar dit wordt (meer dan) gecompenseerd door de herverdelende werking van de publieke financieringsbronnen ten voordele van de lagere inkomensgroepen.

Wie wordt in het huidige systeem belast door de eigen bijdragen?

Alhoewel in 1997-98 het huidige systeem van de maximumfactuur nog niet bestond, kunnen we berekenen hoe de eigen bijdragen van de gezinnen er dan zouden uitgezien hebben. Met behulp van de geschatte eigen bijdragen van het sociologisch gezin schetsen we een aantal eigenschappen van de gezinnen met veel en weinig eigen bijdragen in het huidige systeem. Voor deze gezinnen kijken we naar het globaal gezinsinkomen en een aantal inkomenscomponenten zoals inkomen uit arbeid, inkomen uit een zelfstandige activiteit, vervangingsinkomen en onroerend inkomen. Naast deze inkomensgegevens bestuderen we ook gezinskenmerken zoals gezinsomvang, gezinsleeftijd, regio waarin het gezin woont en opleidingsniveau van de referentiepersoon. Het verloop van deze variabelen wordt zowel met een absoluut als met een relatief concept van eigen bijdragen beschreven. Een uitgebreide beschrijving van de resultaten staat in De Graeve e.a. (2003, hoofdstuk 4), en in Schokkaert e.a. (2003). Enkele belangrijke vaststellingen:

- De samenhang tussen de hoogte van de *absolute eigen bijdragen* en het gezinsinkomen is positief. Ook alle inkomenscomponenten hangen positief samen met de absolute eigen bijdragen. Hogere absolute eigen bijdragen hangen verder positief samen met een grotere gezinsomvang en een hoger opleidingsniveau van de referentiepersoon. Er is geen uitgesproken samenhang met de regio waarin het gezin woont en de gemiddelde gezinsleeftijd.
- *Eigen bijdragen uitgedrukt als percentage van het gezinsinkomen* hangen negatief samen met de hoogte van het gezinsinkomen. Wanneer deze relatieve eigen bijdragen toenemen, neemt het belang van vervangingsinkomen in het globaal gezinsinkomen toe. Het aandeel van eigen bijdragen als percentage van het inkomen is positief gecorreleerd

met de gemiddelde gezinsleeftijd en negatief met het opleidingsniveau van de referentiepersoon. Er is geen éénduidige samenhang tussen deze relatieve eigen bijdragen en de gezinsomvang of de regio waarin het gezin woont.

Binnen de totale bevolking vormt de groep, waarvan de eigen bijdragen als percentage van het gezinsinkomen hoog zijn, een extra kwetsbare groep. De eigenschappen van deze groep werden daarom van naderbij bekeken. Omdat niet exact kan omschreven worden wat veel of weinig eigen bijdragen zijn, werd eerst gekeken naar de groep van alle gezinnen waarvoor de eigen bijdragen als percentage van het inkomen 5% of meer bedragen. Vervolgens werd verder gefocust op de groep waarvoor de eigen bijdragen als percentage van het inkomen 10% of meer bedragen. We kunnen voor het huidige systeem het volgende vaststellen:

- In vergelijking met de totale bevolking, hebben gezinnen waarvoor de eigen bijdragen 5% of meer van het inkomen bedragen, een minder dan gemiddeld inkomen en een hoog aandeel aan vervangingsinkomen in hun gezinsinkomen. Deze gezinnen zijn gemiddeld ook kleiner, ouder en minder opgeleid dan alle gezinnen van de totale bevolking samen.
- In de groep van gezinnen waarvoor de eigen bijdragen 5% of meer van het inkomen bedragen, zitten proportioneel nagenoeg evenveel gezinnen uit iedere regio als in de totale bevolking. In de groep waarvoor de eigen bijdragen 10% of meer van het inkomen bedragen zitten relatief veel Waalse gezinnen en relatief weinig Vlaamse gezinnen.
- Het aandeel van het vervangingsinkomen in het totaal gezinsinkomen is doorheen de decielen van deze 5% en 10% groep telkens relatief hoog. De andere gezinskarakteristieken vertonen geen eenduidig patroon doorheen deze decielen.
- Er is dus wel een duidelijk verschil tussen de gemiddelde gezinskarakteristieken van beide groepen en die van de totale bevolking. Binnen iedere groep is er echter geen eenduidige samenhang tussen deze karakteristieken en de hoogte van het aandeel eigen bijdragen in het gezinsinkomen.

De eigen bijdragen, waarop alle voorgaande conclusies gebaseerd zijn, zijn maar één aspect van de private uitgaven aan gezondheidszorg. Voor de sociologische gezinnen in de HBE9798 observeren we ook de premies die betaald werden voor de verzekering tegen bepaalde gezondheidsrisico's. Deze premies zijn ongelijk verdeeld over alle gezinnen. Het al dan niet in rekening brengen ervan, zou de voorgaande conclusies dus kunnen wijzigen. Alle voorgaande variabelen werden opnieuw bestudeerd voor eigen bijdragen plus betaalde premies. De conclusies verschillen echter niet van diegene op basis van de eigen bijdragen alleen.

Simulatie van mogelijke hervormingen van het gezondheidssysteem: evaluatie van het effect op de eigen bijdragen

De betaalbaarheid van gezondheidszorg voor het individu of gezin is steeds een belangrijk element geweest in ons gezondheidszorgsysteem. Vandaar dat we in ons land opteeden voor een verplichte sociale verzekering, met extra gunstige regelingen voor zwakke socio-economische groepen, en dat het systeem van de maximumfactuur met maximum plafonds voor eigen betalingen ingevoerd is. Anderzijds kampt het systeem ook sinds jaar en dag met problemen wat betreft uitgaven-beheersing. Daarom ook zijn frequent remgeldverhogingen geïntroduceerd en duiken vragen op om te sleutelen aan het systeem. We zullen nu nagaan wat de billijkheidsgevolgen zijn van een aantal mogelijke beleidsopties in vergelijking met het

nu bestaande (en in de vorige paragraaf beschreven) systeem van de maximumfactuur. We bekijken vier opties: 1) (her)introdactie van fiscale en sociale franchise; 2) afschaffing van de voorkeurregeling met aanwending van de vrijgekomen gelden voor het verlagen van de remgeldplafonds in de maximumfactuur; 3) uitbreiding van de regeling binnen het algemeen stelsel tot alle verzekerden en 4) schrapping van de kleine risico's uit de verplichte verzekering.

Op basis van de vergelijking van de eigen bijdragen in het huidige systeem en in de gesimuleerde hervormingen wordt een beeld geschetst van de mogelijke winnaars en verliezers van een overstap van het gesimuleerde systeem naar het huidige systeem. De winnaars en verliezers worden aangeduid in relatieve termen, i.e. het verschil in eigen bijdragen tussen beide systemen, als percentage van het inkomen. Een uitgebreide beschrijving van de resultaten staat in De Graeve e.a. (2003, hoofdstuk 4), en in Schokkaert e.a. (2003).

In een eerste simulatie wordt het *systeem van vóór de maximumfactuur* gesimuleerd. In dit vroegere systeem werden geen remgeldcompensaties uitgevoerd op het niveau van het sociologische gezin en werden geneesmiddelen niet opgenomen in de remgeldteller. De winnaars van de invoering van de maximumfactuur blijken gezinnen die, in vergelijking met de totale bevolking, een lager dan gemiddeld inkomen hebben en een relatief hoog aandeel van vervangingsinkomen. De gemiddelde omvang en leeftijd van deze gezinnen is groter dan het gemiddelde van de totale bevolking. Bij de winnaars zitten relatief veel Waalse gezinnen en relatief weinig Vlaamse gezinnen. Het terugschroeven van de maximumfactuur naar een sociale en fiscale franchise zou dus voor een niet gering aantal gezinnen tot een duidelijke verslechtering van de situatie leiden, voornamelijk voor risicogroepen.

In een tweede scenario wordt de *verhoogde tegemoetkoming afgeschaft*. Deze afschaffing werd gecompenseerd door de remgeldbarema's binnen de maximumfactuur te verlagen en de remgeldcompensaties telkens toe te passen op het niveau van het sociologische gezin. De verliezers van de afschaffing van de verhoogde tegemoetkoming bleken vooral gezinnen met een laag inkomen en veel vervangingsinkomen die bovendien relatief klein, oud en minder opgeleid zijn. De winnaars in dit tweede scenario hebben eveneens een laag gemiddeld inkomen en een hoog aandeel vervangingsinkomen, maar de andere gezinskenmerken verschillen weinig van het globale gemiddelde. Uit de vergelijking van de winnaars en de verliezers bleek dat de verliezers van de afschaffing van de verhoogde tegemoetkoming kwetsbaarder zijn dan de gezinnen die winnen door het verlagen van de remgeldbarema's en het overstappen van het mutualistisch gezinsconcept naar het sociologisch gezinsconcept. Dit betekent dus dat het bestaande systeem van verhoogde tegemoetkomingen wel degelijk een functie heeft en niet zomaar kan vervangen worden door een verdere uitbreiding van het systeem van de maximumfactuur.

In een derde scenario wordt het *onderscheid tussen zelfstandigen en rechthebbenden uit het algemeen stelsel opgeheven*. In het gesimuleerde systeem werden alle rechthebbenden zonder (met) verhoogde tegemoetkoming behandeld zoals rechthebbenden zonder (met) verhoogde tegemoetkoming in het huidige algemeen stelsel. De winnaars van deze gelijkstelling hebben een meer dan gemiddeld inkomen. Verder zijn de gezinskenmerken van deze winnaars zeer gelijkend met het globale gemiddelde. Vanuit verdelingsstandpunt vormt een harmonisering tussen de algemene regeling en de regeling voor zelfstandigen dus geen prioriteit.

In een laatste scenario worden de *kleine risico's* uit de verplichte verzekering van rechthebbenden uit het algemeen stelsel *geschrap*t. De grootste verliezers van deze ingreep zijn gezinnen met een laag inkomen en relatief veel vervangingsinkomen. De verliezen zijn ook negatief gecorreleerd met het opleidingsniveau van de referentiepersoon en positief met de gemiddelde leeftijd. Er is geen eenduidig verband tussen de verliezen enerzijds en gezinsomvang of regio anderzijds. Het verminderen van de dekking in de algemene regeling van de verplichte ziekteverzekering door iedereen zelf te laten instaan voor zijn kleine risico's dreigt dus dramatische verdelingseffecten te hebben. De huidige risicogroepen zouden door deze ingreep zwaar worden getroffen.

Evolutie van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg doorheen de tijd (1979-1997).

In het bovenstaande hebben we de billijkheidskarakteristieken van het huidige systeem geanalyseerd alsook effecten van beleidsalternatieven gesimuleerd. We kunnen nu verder nog terugkijken naar het verleden: hoe zijn de financiële last die de consumptie van gezondheidszorg met zich meebrengt voor de gezinnen en de verdelingskenmerken ervan doorheen de tijd geëvolueerd? Vandaar dat we getracht hebben om de evolutie van de eigen bijdragen doorheen de tijd in kaart te brengen aan de hand van de HBEs van 1978-79, 1987-88 en 1997-98 van het NIS.

Zoals in de eerste paragraaf uiteengezet zijn er een aantal tekortkomingen aan de gegevens uit de HBE. Voor de analyse doorheen de tijd zijn er nog additionele problemen door wijzigingen in de methodologie van de enquête in die tijdsperiode. Voor 1997-98 zijn er uitgebreide datamanipulaties uitgevoerd om een zo goed mogelijke oplossing te bieden voor de problemen. Het werk dat hiervoor nodig was, is echter zo intensief, dat het niet herhaald kon worden voor de 2 andere enquêtes. Om de analyses consistent doorheen de tijd te maken, zijn een aantal essentieel geachte aanpassingen op de oorspronkelijke data doorgevoerd en gedocumenteerd in De Graeve e.a. (2003, hoofdstuk 2). Het moet wel duidelijk zijn dat de benaderingen hier veel ruwer zijn. Het detailbeeld van de analyses beperken we daarom ook slechts tot het decielniveau en gaat niet verder tot het individueel niveau, juist om consistentie beter te garanderen. Maar ook dan blijft het belangrijk bij het aangeleverde cijfermateriaal de nodige omzichtigheid te hanteren.

De informatie in de HBEs stelde ons in staat een indicator op te stellen van de gezinswelvaart, zijnde de totale bestedingen⁴ van het sociologisch gezin, en deze te relateren aan de eigen bijdragen voor gezondheidszorg per sociologisch gezin, zijnde de som van remgelden, supplementen en uitgaven aan medische goederen/diensten die niet gedekt worden door de verplichte ziekteverzekering. De constructie van beide variabelen is een complexe aangelegenheid en wordt daarom nauwgezet beschreven in De Graeve e.a. (2003, hoofdstuk 2).

Op basis van de berekende gegevens gaan we ten eerste na hoe het gemiddeld budgetaandeel van de eigen bijdragen evolueerde doorheen de tijd. Deze feitelijke informatie is belangrijk. Een recente analyse van de gezondheidszorg in België, geeft aan dat de limiet voor eigen bijdragen bereikt is (Peers, 1999). Dergelijke conclusie is allicht gebaseerd op kwalitatieve inzichten. We kunnen ze dan ook met kwantitatieve informatie ondersteunen (of desgevallend tegenspreken).

4 We gebruiken hier niet langer het inkomen als welvaartsindicator omdat het minder consistent gemeten kon worden doorheen de tijd.

Meer bepaald kunnen we zien welke financiële last de consumptie van gezondheidszorg voor de gezinnen meebrengt en in welke mate deze last in 1997/98 verhoudingsgewijs omvangrijker geworden is dan 10 of 20 jaar geleden. De cijfers tonen dat het budgetaandeel van de eigen bijdragen is toegenomen tussen 1978-79 en 1997-98 van 2,1 percent tot 3,4 percent.

Ten tweede gaan we na of deze evolutie gelijkaardig of verschillend verlopen is voor onderscheiden socio-economische groepen, door de evolutie van de gemiddelde budgetaandelen per bestedingsdeciël te analyseren. De toename van het gemiddeld budgetaandeel is vergelijkbaar over de decielen, behalve voor deciel 7 en 10. Deze laatste twee decielen (met relatief hoge inkomens) kenden een meer uitgesproken stijging, maar de oorzaak hiervoor hebben we niet kunnen achterhalen.

Tot slot analyseerden we de spreiding/ongelijkheid van de budgetaandelen van de eigen bijdragen over de bestedingsdecielen en de evolutie van deze spreiding/ongelijkheid doorheen de tijd. We gebruikten twee maatstaven. Als eerste maatstaf, voor het meten van verticale billijkheid, berekenen we de Kakwani-index. Deze maatstaf toont aan dat de eigen bijdragen degressief verdeeld zijn in elk jaar. Dit wil zeggen dat het budgetaandeel van de eigen bijdragen toeneemt naarmate de totale bestedingen afnemen. Net zoals voor de gedetailleerde analyse in 1997 vinden we dus dat voor de eigen bijdragen het principe van betalingen in functie van draagkracht niet opgaat. Dit is zo voor heel de tijdperiode. De degressiviteit van de eigen bijdragen daarentegen neemt wel af doorheen de tijd. Een tweede maatstaf die we analyseren is het herverdelend effect. Het herverdelend effect van de eigen bijdragen is, net zoals bij de gedetailleerde analyse voor 1997, steeds ten gunste van de meer vermogenden. De verdeling van de bestedingen na betalingen voor gezondheidszorg is ongelijker dan zonder deze betalingen in heel de periode. Maar deze toename in de ongelijkheid blijft vrij constant doorheen de tijd. Samengevat kunnen we dus stellen dat de gemiddelde budgetaandelen van de eigen bijdragen zijn toegenomen, maar dat de degressiviteit van de eigen bijdragen is afgenomen tussen 1978-79 en 1997-98, zodat het herverdelend effect vrij constant bleef doorheen de tijd.

Tot slot, benadrukken we dat we niet hebben gezocht naar een verklaring van de toename van het gemiddeld budgetaandeel en de afname van de degressiviteit. Wellicht betreurt de geïnteresseerde lezer deze afwezigheid, maar voor zover we correct geïnformeerd zijn is dit de eerste studie waarin op een consistente manier systematische informatie over de eigen bijdragen verzameld werd. Verder moeten we ook benadrukken dat de evolutie in het verleden, geen voorspellende waarde heeft voor het heden. De analyse stopt in 1997. Ondertussen kunnen al heel wat wijzigingen het beeld aanzienlijk veranderd hebben.

Samenvatting

Voorliggende studie geeft een beeld van de verdelingskenmerken van de betalingen voor gezondheidszorg tot 1998. Er werd een vergelijking gemaakt met de situatie in andere (Europese) landen, de impact van beleidsalternatieven op eigen bijdragen werd gesimuleerd en een beperkte vergelijking doorheen de tijd werd ondernomen. De belangrijkste conclusies zijn als volgt:

- Het Belgische systeem van financiering van gezondheidszorg - d.w.z. de som van zowel verplichte als vrijwillige betalingen in verband met gezondheidszorg - is evenredig of licht progressief. Alle inkomensgroepen besteden dus gemiddeld een gelijk aandeel van hun inkomen aan gezondheidszorg. Hiermee kent België een progressiever systeem in

vergelijking met de meeste andere landen. Nochtans zijn de eigen bijdragen van de gezinnen (o.a. remgelden, supplementen en niet door de verzekering gedekte betalingen) in België degressiever verdeeld dan in de meeste landen. Dit wordt echter gecompenseerd door een progressieve publieke financiering middels sociale bijdragen en belastingen. (De publieke financiering is met een aandeel van ongeveer 80 percent in de totale financieringsinspanning ook veel belangrijker dan de eigen bijdragen.)

- De gezinnen voor wie de eigen bijdragen een groot deel van het inkomen opslopen vormen een extra kwetsbare groep. In vergelijking met de totale bevolking hebben gezinnen waarvoor de eigen bijdragen 5% of meer van het inkomen bedragen, een lager dan gemiddeld inkomen en genieten zij in grotere mate dan gemiddeld een vervangingsinkomen. Deze gezinnen zijn gemiddeld ook kleiner, ouder en minder opgeleid dan andere gezinnen.
- Over de tijd heen is het aandeel van de eigen bijdragen tussen 1978-79 en 1997-98 toegenomen van 2,1 percent naar 3,4 percent. Tegelijk lijken deze bijdragen in het laatste jaar wat minder degressief verdeeld te zijn dan in het eerste.
- De simulaties toonden aan dat geen van de voorgestelde beleidsalternatieven kunnen worden aanbevolen vanuit verdelingsoogpunt.
- Het terugschroeven van de maximumfactuur naar het oude systeem van sociale en fiscale franchise zou voor een niet gering aantal gezinnen tot een duidelijke verslechtering van de situatie leiden, voornamelijk voor risicogroepen.
- Een tweede simulatie toonde aan dat het bestaande systeem van verhoogde tegemoetkomingen een belangrijke functie heeft ter bescherming van gezinnen met een laag inkomen, en niet zomaar kan vervangen worden door een verdere uitbreiding van het systeem van de maximumfactuur.
- Een afschaffing van de dekking van de kleine risico's uit de verplichte verzekering zou huidige risicogroepen zwaar treffen, en ook een zware last leggen op thans relatief goed beschermde groepen (vooral gezinnen met een laag arbeidsinkomen).

Aanbeveling voor verder onderzoek

Niet zozeer het uitvoeren van de analyses, maar wel het gebruiksklaar maken van de gegevens slorpte de meeste energie op. Wanneer we gebruik hadden kunnen maken van administratieve gegevens, zouden wij wellicht meer tijd hebben kunnen besteden aan inhoudelijke analyses, met daarenboven betrouwbaarder resultaten. Het is voor ons niet duidelijk of het technisch en juridisch mogelijk is om administratieve gegevens aan de gegevens uit de HBE te koppelen. Bij aanvang van het project werd deze piste in beperkte mate afgetast. Onze inschatting was dat de kans op een succesvolle exacte koppeling tussen de HBE enerzijds en administratieve bestanden anderzijds, binnen de looptijd van het project, nagenoeg nul was. De hoeveelheid veronderstellingen en het tijdsintensieve karakter van onze aanvulmethode maken hopelijk wel duidelijk dat toekomstig onderzoek, naar de verdelingseigenschappen van de financieringscomponenten van het Belgische gezondheidszorgsysteem, gebaat zou zijn met een exacte koppeling tussen de HBE en een aantal administratieve bestanden.

Zelfs met een koppeling tussen de HBE en een aantal administratieve bestanden is enkel een studie van de globale verdeling van de eigen bijdragen aan gezondheidszorg mogelijk. Dergelijke globale analyse moet aangevuld worden met gericht onderzoek naar de situatie van

risicogroepen zoals de allerarmsten en de chronisch zieken aangezien deze groepen vaak ondervertegenwoordigd zijn in enquêtes.

We hopen dat deze studie een aanzet vormt tot het verzamelen van meer betrouwbare informatie omtrent de eigen bijdragen aan gezondheidszorg. Het is niet uitgesloten dat met nieuwe gegevens sommige van onze conclusies zullen moeten gerelativeerd worden. Wat niet zal moeten gerelativeerd worden is het belang van de techniek van microsimulaties. Deze techniek is absoluut noodzakelijk om een samenhangend beeld te krijgen over de verdeelingsaspecten van concrete beleidsmaatregelen.

Referenties

Adriaenssen, I. en De Graeve, D. (2000), Socio-economische determinanten van medische consumptie. Analyse Gezondheidsenquête 1997, *Onderzoeksrapport UA*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

Adriaenssen, I. en De Graeve, D. (2001), Wie valt er door de mazen van het net? Verkennend profiel van de patiënt met betalingsproblemen in het ziekenhuis, *Onderzoeksrapport UA*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

Decoster, A., Schokkaert, E. en Van Dongen, H. (1994), Een Microsimulatiemodel voor Indirecte Belastingen in België, *Eindrapport Project PE/01/008*, Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Economische Studiën.

De Graeve, D. and Duchesne, I. (1997), Equity in health and in medical care consumption in Belgium, *Rapport 341*, Antwerpen: UFSIA, Studiecentrum voor Economisch en Sociaal Onderzoek.

De Graeve, D., Cantillon, B., Schokkaert, E., Kerstens, B., Van Camp, G., en Van Ourti, T. (2003), Billijkheid in de financiering van medische zorg, *Eindrapport DWTC-project SO/01/005*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen. Op: <http://www.ufsia.ac.be/csb/index.html>

Hurst, J. (1985), Financing health services in the United States, Canada and Britain, London: King Edward's Hospital Fund.

Peers, J. (1999), Gezondheidszorg in België. Uitdagingen en opportuniteiten, (Health care in Belgium. Challenges and opportunities) 227 p.

Schokkaert, E., De Graeve, D., Van Camp, G., Van Ourti, T. en Van de Voorde C. (2003), Maximumfactuur en kleine risico's: verdeling van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg in België, Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Economische Studiën.

Socialistische Mutualiteit, (1998), Strijden voor een toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle sociale zekerheid, *Schrift mutualistische verkiezingen 1998*, 46 p.

Socialistische mutualiteiten, (2000), De Socialistische Mutualiteiten nu en morgen. Reflecties aan de vooravond van de eeuwwisseling, *Schrift congreseditie 2000*, 112 p.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., et al. (1997), Socioeconomic inequalities in health: some international comparisons, *Journal of Health Economics*, 16, 1, 93-112.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. et al (2000), Equity in the delivery of health care in Europe and the US, *Journal of Health Economics*, 19, 5, 553-583.

Van Ourti, T., (2002), Measuring horizontal inequity in health care using Belgian panel data. *Onderzoeksrapport UA*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Calonge, S. et al (1992), Equity in the finance of health care: some cross-country comparisons, *Journal of Health Economics*, 11, 4, 361-387.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van der Burg, H., et al, (1999), Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, vol 18, 263-290

World Bank (2000), *World Development report 2000/2001: Attacking Poverty*. Oxford: Oxford University Press.

World Health Organization (2000), *The World Health report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: The World Health Organization.