

## Eigen bijdragen en remgelden als instrument om uitgaven te beheersen

Diana De Graeve en Ann Lecluyse  
(Departement algemene economie – Universiteit Antwerpen)

### ABSTRACT

Health care in Belgium is mainly financed by the government and is absorbing an increasing amount of public resources. An easy solution to maintain budgetary constraints is to introduce or increase cost-sharing. If patients pay more out-of-pocket, less health care will be consumed and the financial burden is partly shifted from public to private means. However, this may not always be desirable, especially if effective medical care is reduced or if some groups in the population suffer a high financial burden. In Belgium there has always been a concern to keep health care accessible and affordable. Therefore increased cost-sharing is accompanied with increased protection such as maximum billing, OMNIO etc. We put together evidence on the amount and distribution of out-of-pocket payments of the patient in Belgium. The results clearly show an unequal distribution and some groups of patients face a large financial burden due to out-of-pocket payments.

**Keywords:** Health insurance, cost-sharing, cost containment, equity.

**JEL classification code:**

H51 - Government Expenditures and Health

I11 - Analysis of Health Care Markets

I18 - Government Policy; Regulation; Public Health



## Inhoudsgave

---

1	De vraag naar gezondheidszorg: ziekteverzekering en eigen bijdragen.	222
1.1	Theoretische reflecties	222
1.2	Impact van eigen betalingen: internationale evidentie	223
1.2.1	Effecten voor verschillende types zorg	224
1.2.2	Effecten voor verschillende types patiënten	225
1.3	Billijkheid van eigen betalingen	225
2	Eigen bijdragen en remgelden in België: beknopte beschrijving van de regelgeving	227
3	Beschrijvende resultaten van eigenbijdragen voor België	230
3.1	Evoluties van de eigen bijdragen doorheen de tijd	230
3.2	Verdeling van de eigen bijdragen over de gezinnen: een momentopname voor 2004	232
3.2.1	De data	232
3.2.2	De resultaten	233
4	Discussie en conclusie	242
5	Referenties	243



In België wordt het grootste gedeelte van de gezondheidszorg gefinancierd uit publieke middelen. Het gaat om meer dan 70% van de totale gezondheidszorguitgaven. De omvang van de publieke middelen die hiervoor nodig zijn nemen bovendien steeds toe: in 1995 bedroegen de publieke uitgaven voor gezondheidszorg € 13,4 miljard en dit is opgelopen tot € 24,8 miljard in 2008. Niet alleen nominaal is de stijging groot, maar ook proportioneel is de stijging groter dan de toename van het BBP of van de overheidsuitgaven. Het aandeel publieke gezondheidszorguitgaven in het BBP steeg daardoor van 6,5% in 1995 naar 7,2% in 2008. Het aandeel publieke gezondheidszorguitgaven in de totale overheidsuitgaven steeg van 12,4% in 1995 naar 14,4 % in 2008 (WHO national health accounts op 6 april 2010 geraadpleegd op <http://www.who.int/nha/country/bel.xls>).

De vraag die bekeken wordt in deze bijdrage is of die relatieve toename niet verminderd of stopgezet zou kunnen worden door de publieke financiering terug te schroeven. Meer in het bijzonder zullen we nagaan of het optrekken van de eigen betalingen van de patiënt soelaas kan bieden. Dit lijkt wel een bijna vanzelfsprekende oplossing: als mensen meer moeten betalen voor een product, zullen ze er minder van kopen. Maar er zijn ook nadelen verbonden aan deze 'oplossing'. Het zou kunnen dat men effectieve medische zorg niet meer koopt en op die manier ernstige gezondheidsproblemen krijgt op lange termijn waardoor grotere uitgaven ontstaan. Het zou ook kunnen dat vooral sociaal zwakke individuen de consumptie van zorg zullen terugschroeven met als resultaat dat socio-economische ongelijkheden in gezondheid nog toenemen. Diverse onderzoeken tonen immers aan dat goede gezondheid voornamelijk in handen is van de rijkere. Wanneer de zwakke personen dan minder zorg kunnen kopen door de toegenomen prijs, is dat niet billijk.

In een eerste paragraaf bespreken we theoretisch en op basis van empirische bevindingen in de internationale literatuur wat de effecten zijn van het verhogen van eigen bijdragen op consumptie van medische zorg en op billijkheid. De situatie in België wat betreft regelgeving en empirische bevindingen wordt beschreven in de paragrafen 2 en 3. Tenslotte wordt een besluit geformuleerd in paragraaf 4.

## 1

## De vraag naar gezondheidszorg: ziekteverzekering en eigen bijdragen.

### 1.1 Theoretische reflecties

In het meest vereenvoudigde economische model zou men kunnen stellen dat mensen medische zorg consumeren tot de waarde van die zorg voor hen net gelijk is aan de prijs die ze ervoor moeten betalen. In een situatie van zuivere mededinging (en bij afwezigheid van externe effecten en publieke goederen) zal dan een welvaarts optimum bereikt zijn. Echter, de veronderstellingen van dit basismodel zijn veel te irrealistisch voor de markt voor gezondheidszorg. Dit is immers een specifieke sector met bijzondere kenmerken.

Gezondheidszorg is vooral nodig wanneer we ziek zijn. Wie zich ziek voelt, zal meestal een arts raadplegen om te vernemen wat er precies mis is. Vervolgens zal medische zorg gebruikt worden om de gezondheidstoestand (sneller) te verbeteren. Afhankelijk van het gezondheidsprobleem dat de arts vaststelt, kan de medische zorg die we 'nodig' hebben vrij beperkt zijn of juist erg omvangrijk. Dit zou ons in een benarde financiële situatie kunnen brengen: ziekte slaat immers vaak onverwacht toe en als het probleem ernstig is zal ons inkomen wellicht erg verminderen. Of in uitzonderlijke situaties zouden we misschien zelfs niet voldoende middelen ter beschikking hebben om de zorg te kunnen kopen. Dit is een typisch voorbeeld waar verzekering voor een verbetering kan zorgen. Economische theorie leert ons dat risico-averse individuen die geconfronteerd worden met een risico, een verzekering zullen afsluiten<sup>(1)</sup>. Net zoals we ons verzekeren tegen het risico op een auto-ongeval of een brand, zullen we ons ook verzekeren tegen het risico op ziekte. Ziekteverzekering verhoogt de welvaart van mensen door bescherming te bieden tegen financiële onzekerheid en ook door toegang te geven tot (zeer dure) zorg die we in uiterst zeldzame situaties misschien nodig hebben.

Verzekeringen hebben echter ook een minder gunstig 'neveneffect'. Verzekerden dragen immers niet meer de (volledige) financiële kost die gepaard gaat met het risico en dat kan aanleiding geven tot moral hazard. We zullen minder geneigd zijn om een gezondheidsrisico te vermijden door minder gezondheidsbevorderend gedrag, door minder preventieve activiteiten uit te oefenen. Daarnaast zullen we ook minder trachten om de schadelast van het risico te beperken: we consumeren meer en duurdere medische zorg. Een franchise of een eigen bijdrage per prestatie zijn dan instrumenten die in een verzekering geïntroduceerd worden om deze moral hazard te temperen en efficiëntere consumptie van de zorg te bevorderen.

Fundamenteel in de bovenstaande redenering is de veronderstelling dat de patiënt in staat is om de waarde van een bepaalde verstrekking of behandeling te

1 Dit is niet in alle omstandigheden het geval. Als verzekeringsmaatschappijen hoge extra kosten aanrekenen bovenop de actuariële faire premie, is verzekeren soms niet zinvol voor de consument. Anderzijds kunnen er situaties zijn waar geen aanbod van polissen zal zijn.

bepalen. Dat is misschien juist voor een aantal banale verstrekkingen of voor medische zorg die de patiënt heel veel consumeert. Maar de werkelijkheid voor het merendeel van de medische prestaties is anders: onze medische kennis is erg oppervlakkig en beperkt. Omwille van het informatietekort zullen we net te rade gaan bij een deskundige, de arts. Het zal dan de arts zijn die ons informeert over de waarde van de medische zorg. De arts bepaalt dus de vraag naar medische zorg die hij vaak ook zelf verstrekt. Als de informatieasymmetrie erg groot is, is het gevolg wellicht dat de patiënt weinig invloed uitoefent op de aard en omvang van de zorgconsumptie en hebben prijsprikkels voor de patiënt geen zin.

Tenslotte moet er nog aandacht besteed worden aan de billijkheid van de verdeling van de gezondheidszorguitgaven. Gezondheid is erg ongelijk verdeeld over de bevolking; de meeste mensen zijn vrij gezond en slechts een kleine fractie kampt met zware gezondheidsproblemen. Dit heeft als gevolg dat de meeste mensen ook niet veel medische zorg nodig hebben, terwijl een kleine fractie wel veel zorg nodig heeft. Doorgaans vinden we het als maatschappij onaanvaardbaar dat de verdeling van de financiële lasten van de zorg gerelateerd zou zijn aan de gezondheidstoestand van een individu en dus aan de consumptie van zorg. Dit is één van de motieven om ziekteverzekering te verplichten. Premies worden er niet gerelateerd aan het verwachte risico maar worden geheven in functie van draagkracht. Het optrekken van eigen bijdragen moet ook vanuit die invalshoek geëvalueerd worden.

We zullen in de volgende paragraaf nagaan welke theoretische verwachtingen ook empirisch bevestigd worden en in welke mate hierdoor de financiële bescherming en toegankelijkheid ondermijnd worden.

## 1.2 Impact van eigen betalingen: internationale evidentie

Het effect van eigen betalingen is uitgebreid empirisch onderzocht. We beperken ons in dit overzicht tot empirische resultaten in ontwikkelde landen en steunen ons op enkele literatuuroverzichten (Zweifel en Manning, 2000, Lecluyse, De Graeve en Van Ourti, 2010 en Remler en Greene, 2009).

Een eerste belangrijke vaststelling is dat nagenoeg alle studies aangeven dat de zorgconsumptie afneemt bij een toename van de eigen bijdrage. Prijselasticiteiten zijn negatief waardoor we kunnen stellen dat het prijsmechanisme dus toch enigszins werkt. Meestal zijn die prijselasticiteiten wel erg beperkt; ze variëren overwegend tussen  $[-0,40, -0,05]$ . Ondanks de beperkte elasticiteit kan de impact op de totale uitgaven groot zijn. In het Rand Health Insurance Experiment (RHIE), een grootschalig gecontroleerd experiment uit de jaren '70 in de vs, berekende men dat het invoeren van een algemeen bijdragepercentage van 25% de totale uitgaven met 20% tot 25% doet afnemen (de gemiddelde prijselasticiteit over het interval is  $-0,17$ ). Bij het verder optrekken van de eigen bijdragen van 25% tot 50% stijgt de prijselasticiteit maar is de proportionele afname van de uitgaven beperkt tot 8% à 9%. Ook in niet-experimentele studies stelt men vast dat verminderde verzekeringsdekking resulteert in (veel) lagere uitgaven,

zelfs na controle voor zelf-selectie<sup>(2)</sup>. Effecten op de gezondheidstoestand van patiënten worden uiterst zelden vastgesteld; voornamelijk omdat studies de gezondheidsimpact niet nagaan, of onvoldoende lang opvolgen. In het RHIE dat de gezondheid van de deelnemers wel gedurende 3 tot 5 jaar opvolgde worden evenmin nauwelijks gezondheidseffecten vastgesteld. Alleen bij armen stelden ze een slechte mondgezondheid vast en problemen m.b.t. controle van hoge bloeddruk. Armen en zieken voelden zich beter in een plan zonder eigen bijdragen.

### 1.2.1 Effecten voor verschillende types zorg

Heel wat studies beschrijven de effecten van een bijdragestijging voor specifieke zorg. Het selectief verhogen van de eigen bijdragen voor specifieke zorg doet eveneens de uitgaven voor dat type zorg afnemen. Ambulante zorg, geneesmiddelen en geestelijke gezondheidszorg reageren daarbij prijsgevoeliger dan ziekenhuiszorg of meer gespecialiseerde zorg en spoedopname. Ook preventieve zorg wordt minder geconsumeerd bij prijsstijging; de omvang van het effect varieert.

Meerdere studies tonen echter ook aan dat er kruiselingse effecten ontstaan. Zo zijn er indicaties dat verhoging van de eigen bijdragen op geneesmiddelen leidt tot een toename van hospitalisaties en spoedopnames en zelfs tot een toename van de totale uitgaven. Verhoging van eigen bijdragen bij geestelijke gezondheidszorg heeft een gevoelige impact op de consumptie van deze zorg, en ook op herval (bv bij verslaving); de totale uitgaven verminderen. Bij een verhoging van de eigen bijdragen bij spoedopname daalde hoofdzakelijk het aantal minder dringende contacten en kon men geen kruiselingse effecten vaststellen.

Voor alle types zorg stelt men bovendien vast dat voornamelijk het aantal ziekte-episodes waarvoor men hulp zoekt beïnvloed wordt en veel minder of niet de omvang van de zorg per ziekte-episode.

In het RHIE stelde men bovendien vast dat zowel de consumptie van minder effectieve of zelfs ongepaste zorg als die van effectieve zorg daalde en dit in dezelfde mate. Deze bevindingen worden nog bevestigd in de meer recente studies, maar niet in alle omstandigheden. Zoals al aangehaald waren de effecten meest positief voor spoedopname: hoofdzakelijk het aantal minder dringende (onterechte) consultaties werd gereduceerd. Ook bij geneesmiddelen stelde men vast dat de daling van de consumptie meest uitgesproken was voor minder essentiële geneesmiddelen. Dit was echter niet het geval bij chronisch zieken, die ook de consumptie van essentiële geneesmiddelen verminderden met daardoor een stijging van andere zorgconsumptie en een verhoging van de uitgaven als resultaat.

2 Zelfselectie houdt in dat vooral mensen in relatief goede gezondheid een minder uitgebreide verzekering zullen kiezen.

### 1.2.2 Effecten voor verschillende types patiënten

De studies die effecten van eigen bijdragen vergelijken voor verschillende types patiënten zijn relatief beperkt en hebben nagenoeg allemaal betrekking op de VSA.

In het RHIE werd geen verschil in prijselasticiteit vastgesteld in functie van inkomen of gezondheidstoestand. Deze resultaten worden echter niet systematisch bevestigd in nieuwe studies. Bovendien zijn de recentere studies niet unaniem over de prijsgevoeligheid in de verschillende patiëntengroepen. We vinden zowel studies die grotere als kleinere, of geen effecten vinden voor verschillende inkomensgroepen. Bovendien zijn er zowel gunstige als minder gunstige gevolgen: enerzijds is er een groter effect op de onterechte spoedraadplegingen, anderzijds is er ook een groter effect op de effectieve preventieve zorg. Van de Voorde en collega's (2001) daarentegen vinden voor België voor de consultaties bij huisartsen en specialisten een lagere prijsgevoeligheid bij lagere inkomens. Aangezien de auteurs in deze studie niet controleren voor gezondheidstoestand kunnen deze resultaten ook gedeeltelijk het gevolg zijn van de slechtere gezondheidstoestand van deze mensen. Andere studies vinden tenslotte geen verschillend effect voor de verschillende inkomensgroepen.

Gelijkaardige gemengde resultaten vinden we terug voor gezondheidstoestand: zowel geringere als hogere prijsgevoeligheid wordt vastgesteld voor patiënten met een slechtere gezondheidstoestand. We kunnen dus enkel besluiten dat er onduidelijkheid is in welke mate verschillende patiëntengroepen anders reageren op bijdrageverhogingen, en dat alleszins lagere inkomensgroepen en chronisch zieken nauwlettend opgevolgd moeten worden.

### 1.3 Billijkheid van eigen betalingen

Een goede gezondheid is erg belangrijk in ons leven; zo belangrijk dat er een zekere maatschappelijke afkeer bestaat ten aanzien van ongelijkheden in gezondheid. Vermits gezondheidszorg nodig is om een goede gezondheid te verkrijgen of behouden, ontstaat er ook bezorgdheid over de rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg en de billijke financiering ervan. Hoe rechtvaardigheid of billijkheid begrepen moet worden is een normatieve kwestie. Zowel filosofen als economen hebben hierover theorieën ontwikkeld die erg uiteenlopend zijn. Sommigen gaan uit van een minimalistische invulling (bijvoorbeeld dat iedereen recht heeft op een absoluut minimum) terwijl anderen volledige gelijkheid aanhangen. Met betrekking tot de financiering van gezondheidszorg lijkt er een brede consensus over de normatieve standpunten dat betalingen voor gezondheidszorg gekoppeld moeten zijn aan draagkracht en gebruik van gezondheidszorg aan behoefte. Daarenboven moeten alle gezinnen beschermd worden tegen catastrofale financiële verliezen gerelateerd aan ziekte (WHO, 2000; Murray et al., 2003). Om billijkheid te meten, wordt nagegaan hoe de betalingen voor gezondheidszorg verdeeld zijn over de gezinnen. Enerzijds worden billijkheidsmaatstaven uit de belastingliteratuur toegepast om te meten in welke mate de betalingen progressief zijn en dus in functie van de financiële

draagkracht. Anderzijds wordt onderzocht voor wie de last erg hoog is, met gevaar voor verarming om op die manier de verdeling van de druk/last van gezondheidszorgbetalingen in kaart te brengen. De concrete maatstaven kunnen daarbij nog sterk variëren (wat nemen we bijvoorbeeld als maatstaf van draagkracht?) evenals de criteria waartegen ze afgetoetst worden (wanneer vinden we dat de last te hoog is?).

Sinds het einde van de jaren 80 zijn Wagstaff en Van Doorslaer gestart met vergelijkend onderzoek naar de progressiviteit van de financieringssystemen van enkele OECD-landen (Van Doorslaer, Wagstaff and Rutten, 1993, Wagstaff et al. 1999, De Graeve and Van Ourti, 2003). Het blijkt dat de totale gezondheidszorgbetalingen (som van belastingen, sociale zekerheidsbijdragen private betalingen) in 7 van de 14 onderzochte landen regressief was. Met uitzondering van de Verenigde Staten en Zwitserland was deze regressiviteit echter beperkt. België nam in de vergelijking een middenpositie in; de financiering was er noch regressief, noch progressief. Het belangrijkste resultaat dat verder uit deze studies naar voren komt, is de regressiviteit van eigen betalingen. Eigen bijdragen zijn immers gerelateerd aan consumptie en die is hoger in lage inkomensgroepen die ongezonder zijn. Eigen betalingen druisen dus in tegen het principe van betaling naar draagkracht. Dit is ook het geval in België. Deze regressiviteit van eigen betalingen wordt in België echter gecompenseerd door de uitgebreide publieke financiering (sociale bijdragen en belastingen) die progressief is.

Het bestaan van catastrofale betalingen is vooral onderzocht door de WHO (WHO, 2000). De WHO definieert gezondheidszorgbetalingen als catastrofaal wanneer eigen bijdragen voor gezondheidszorg van het gezin 40% of meer uitmaken van de betalingscapaciteit van het gezin. Omdat voor vele landen geen goede inkomensdata beschikbaar zijn, wordt betalingscapaciteit of draagkracht gemeten als niet-levensnoodzakelijke uitgaven. In het algemeen zijn de resultaten geruststellend voor de rijkere OECD-landen die een laag percentage gezinnen met catastrofale betalingen hebben. Het percentage is bv lager dan 0,1% in België, Canada, Tsjechië, Frankrijk, Duitsland, Roemenië, Slovakije, Slovenië, Zuid-Afrika en het Verenigd Koninkrijk. Ook op deze maatstaf scoren de Verenigde Staten en Zwitserland opmerkelijk slechter met respectievelijk 0,55% en 0,57% van de gezinnen met catastrofale uitgaven. Het zijn niet toevallig de landen waar de financiering van de gezondheidszorg meer dan in de andere OECD-landen met private middelen gebeurt.

De resultaten laten dus zien dat vooral eigen betalingen problematisch kunnen zijn als men een billijke verdeling van gezondheidszorguitgaven wenst te bereiken.

In het vervolg van deze bijdrage bekijken we nu de situatie in België van nabij. We beschrijven in de tweede paragraaf welke eigen bijdragen de patiënt in België moet betalen en welke mechanismen ingebouwd zijn om de negatieve effecten op billijkheid te verzachten. In een derde paragraaf wordt vervolgens cijfermatig geïllustreerd in welke mate gezinnen effectief beschermd zijn.

## 2

## Eigen bijdragen en remgelden in België:

## beknopte beschrijving van de regelgeving

België heeft een verplichte ziekteverzekering voor de gehele bevolking voor een ruim pakket zorg. De verzekering bestaat in zijn huidige vorm sinds 1963. Een goede toegang tot kwalitatief hoogstaande zorg, onafhankelijk van inkomen en financiële bescherming tegen gezondheidsrisico's waren belangrijke drijfveren bij het ontwikkelen van de verplichte ziekteverzekering.

Voor verzekerde zorg worden prijzen en terugbetalingstarieven onderhandeld tussen gezondheidszorgverstrekkers en ziekenfondsen. Patiënten betalen zelf het verschil tussen beide, dit is het remgeld. De eigen betalingen zijn weliswaar niet beperkt tot dit remgeld: artsen kunnen in sommige omstandigheden supplementen aanrekenen. Daarenboven zijn niet alle gezondheidszorgverstrekingen gedekt, zoals sommige geneesmiddelen of alternatieve geneeskunde. Tot voor kort waren de zelfstandigen ook niet verplicht om zich te verzekeren tegen kleine risico's (bv tandzorg, raadplegingen bij de huistarts en specialist of kinesitherapie). Dus, hoewel toegankelijkheid en billijkheid belangrijke waarden zijn in ons gezondheidszorgsysteem, is het ook een feit dat eigen bijdragen in de vorm van remgelden, supplementen of onverzekerde zorg een lange traditie kennen in België. Zij werden en worden nog steeds gebruikt als een instrument om rationeel gedrag te stimuleren.

Om meer billijkheid in het systeem te garanderen, is sinds de uitbouw van de ziekteverzekering een bescherming ingebouwd voor specifieke kwetsbare groepen. Het betreft de verhoogde verzekeringstegemoetkoming of voorkeurregeling. Een rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (rvv), betaalt op alle verstrekkingen lagere remgeldpercentages. Deze maatregel beschermt dus a priori bij elke consumptie (i.e. op het moment van betaling). Een rvv moet niet alleen een bruto belastbaar gezinsinkomen hebben dat een specifieke (jaarlijks aangepaste) limiet niet overschrijdt maar moet ook behoren tot een specifieke (kwetsbare) groep. De voorkeurregeling was aanvankelijk beperkt tot weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen (wigw). Stelselmatig is de regeling uitgebreid en werden nieuwe kwetsbare groepen toegevoegd (weliswaar steeds gekoppeld aan de inkomensgrens)(zie De Graeve en Lecluyse, 2008). Sinds 2007 geeft het OMNIO statuut een verhoogde terugbetaling aan alle gezinnen met een gezinsinkomen beneden de limiet, en dus niet langer gekoppeld aan een specifieke sociale categorie. Het OMNIO-statuuut wordt niet automatisch toegekend, maar moet zelf aangevraagd worden. Aanvankelijk waren er daardoor slechts een beperkt aantal rechthebbenden (slechts 47.000 in juli 2007); hun aantal is inmiddels steeds toegenomen en bedroeg in januari 2010<sup>3)</sup> al 260.000 (RIZIV-website <http://www.riziv.fgov.be/citizen/nl/medical-cost/general/omnio/beneficiary.htm> geraadpleegd op 10 maart 2010).

3 Voor 2010 betreft het de situatie zonder Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De maximumfactuur (MAF) is een tweede maatregel die erop gericht is de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging te vergroten. In tegenstelling tot RVV/OMNIO, treedt de MAF pas in werking wanneer individuen en/of hun gezin tijdens het kalenderjaar al een bepaald grensbedrag aan remgelden overschreden hebben. De oorsprong van de MAF, de franchiseregeling, trad in voege in 1994. De bedoeling van het systeem bestaat erin om de remgelden van de patiënt op jaarbasis te beperken tot een vooraf bepaald bedrag. Eens de patiënt dit bedrag aan remgelden betaald heeft, krijgt hij het verder betaalde remgeld achteraf terugbetaald. Het beschermingsmechanisme geïntroduceerd door de sociale en fiscale franchise was slechts gedeeltelijk omdat niet alle remgelden in aanmerking genomen werden voor de berekening van het franchiseplafond. Pijnpunten vormen ook de laattijdige terugbetaling van teveel betaalde remgelden voor wie gebruik moet maken van de fiscale franchise en het gezinsconcept dat gehanteerd wordt bij de franchiseregeling. Opeenvolgende aanpassingen zijn uitgewerkt om de problemen te verhelpen: de opgenomen remgelden zijn stelselmatig uitgebreid, de terugbetaling is nu voor alle gezinnen onmiddellijk en het sociologische gezin vormt de basis voor de berekeningen. De huidige regeling (2010) voorziet in een sociale MAF, een inkomens-MAF en een kind-MAF. De sociale MAF beperkt de remgelden tot € 450 voor personen met RVV, hun partner en de personen ten laste. De inkomens-MAF beperkt de remgelden van het sociologische gezin tot een bepaald plafond dat varieert in functie van het netto belastbaar gezinsinkomen van € 450 (laagste inkomens) tot € 1.800 (hoogste inkomens). De kind-MAF is een aanvullende bescherming voor kinderen jonger dan 19 jaar (individueel recht). Hier geldt een remgeldplafond van € 650, ongeacht het gezinsinkomen. Gezinnen met minstens 1 chronisch zieke worden ook beter beschermd in de MAF: voor hen wordt het plafond verlaagd tot 350 euro.

Tenslotte is ook de bescherming tegen supplementen bij een ziekenhuisopname stelselmatig uitgebreid. De toegenomen regelgeving heeft vooral betrekking op kamersupplementen en ereloosupplementen en is tamelijk complex (voor een volledig overzicht zie Vray, 2009 en De Graeve en Lecluyse, 2008). Kamersupplementen zijn supplementen die aangerekend kunnen worden per verblijfsdag van een ziekenhuisopname. Zij kunnen nooit aangerekend worden voor een verblijf in een gemeenschappelijke kamer. Sedert 1 januari 2010 mogen ook geen kamersupplementen aangerekend worden wanneer de patiënt in een tweepersoonskamer verblijft, voordien waren deze kamersupplementen in een tweepersoonskamer voor iedereen geplafonneerd en waren er beschermde personen (o.m. RVV, OMNIO, opname van een kind met ouder, chronisch zieken...) waarvoor geen kamersupplementen aangerekend mogen worden. Voor patiënten die in een éénpersoonskamer verblijven (en die daar uitdrukkelijk om gevraagd hebben) is er geen maximumbedrag, noch een bescherming op basis van de sociale situatie van de patiënt. Het aanrekenen van ereloosupplementen is eveneens afhankelijk van het kamertype dat de patiënt gekozen heeft. Verder is het van belang of er al dan niet een akkoord artsen-ziekenfondsen van kracht is en of de arts toegetreden is tot dat akkoord. In alle omstandigheden mogen aan "beschermde personen" die in een twee- of meerpersoonskamer verblijven geen ereloosupplementen aangerekend worden. Als er een akkoord bestaat en de arts is toegetreden tot het akkoord (geconventioneerd), dan geldt die bescherming ook voor andere patiënten. In de praktijk zijn kamer- en ereloosupplementen vooral relevant voor éénpersoonskamers.

Tenslotte kunnen ook nog materiaalsupplementen aangerekend worden in functie van het gebruikte materiaal (ongeacht het kamertype).

Samenvattend kunnen we stellen dat zowel remgelden als supplementen duidelijk aanvaard blijven in onze gezondheidszorg. Gelijktijdig is er voor zwakere groepen een toenemende bescherming uitgebouwd tegen remgelden en meer recent ook tegen supplementen en is er een algemene bescherming ingebouwd tegen hoge remgelden.

## 3 Beschrijvende resultaten van eigen bijdragen voor België

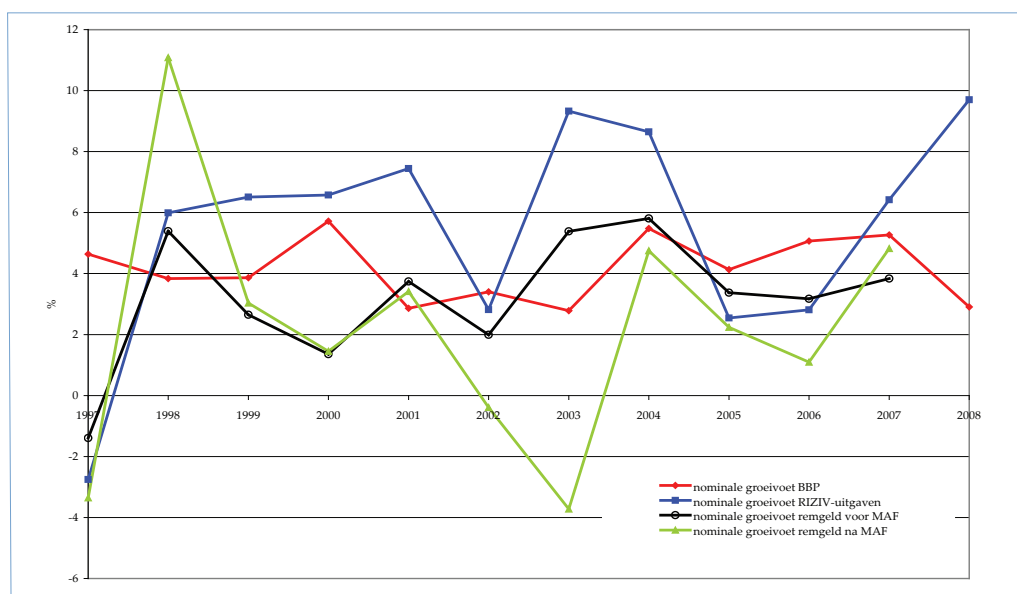
---

In deze paragraaf wordt de situatie van België weergegeven. We beperken ons tot een beschrijvende analyse. We bekijken eerst de evolutie van de eigen bijdragen doorheen de tijd. Nadien zoemen we in op de verdeling van de eigen bijdragen over de gezinnen in functie van hun inkomen en sociaal-economische positie.

### 3.1 Evoluties van de eigen bijdragen doorheen de tijd

De meeste studies gaan ervan uit dat de financiële last van eigen bijdragen voor de gezinnen toegenomen is (e.g. Louckx, 1996, Vanroelen, 2002, Callens en Peer, 2003). De afgelopen decennia werden remgelden immers meermaals verhoogd – vaak onder druk van stijgende uitgaven. We kunnen meerdere voorbeelden aanhalen. In 1992-93 werden remgelden voor klinische biologie ingevoerd om consumptie af te remmen. Remgelden voor consultaties bij de huisarts en bij de specialist werden drastisch opgetrokken in 1994 om RIZIV-uitgaven te beperken. Ook remgelden voor merkgeneesmiddelen werden opgetrokken in vergelijking met generische geneesmiddelen om patiënten te stimuleren om meer generica te consumeren en zo de uitgaven te verminderen. Langs de andere kant werden ook verschillende maatregelen ingevoerd om de patiënt meer te beschermen tegen de toegenomen remgelden. Zo is er de introductie van de sociale en fiscale franchise in 1994, die sedert 2002 vervangen is door de maximumfactuur (MAF). Deze systemen beperken de totale omvang van de remgelden per kalenderjaar voor het individu en/of het gezin. Bovendien werd ook het aantal kwetsbare groepen met verminderde remgelden uitgebreid (binnen de regeling verhoogde tegemoetkoming en OMNIO). Het totale beeld voor de evolutie van de remgelden is dus niet zo duidelijk. Sinds 1996 wordt systematische informatie over de totale omvang van de remgelden verzameld door het RIZIV. De nominale groei van de remgelden is voorgesteld in figuur 1. De gemiddelde nominale stijging van de remgelden van 1997 tot 2007 bedroeg 3,2% per jaar indien we geen rekening houden met terugstortingen in het kader van de MAF-regeling en 2,2% na MAF-terugstortingen. Deze stijging is veel lager dan de stijging van de ZIV-uitgaven die gemiddeld 5,1% bedroeg en ook lager dan de gemiddelde stijging van het BBP van 4,3%.

Figuur 1 : Nominale groeiwoet van het BBP, RIZIV-uitgaven en remgelden voor en na terugbetalingen van de maximumfactuur: 1997-2008



Eigen betalingen bevatten echter niet enkel de remgelden, maar ook supplementen van verstrekkers en uitgaven voor niet-verzekerde zorg. Men gaat er vanuit dat een meer beperkte financiering van verstrekkers (voornamelijk ziekenhuizen) verstrekkers verplicht om meer supplementen aan te rekenen. Dit wordt bevestigd in een studie uitgevoerd door de socialistische mutualiteiten (Di Zinno, Huchon en Laasman, 2005). Di Zinno et al. (2005) vonden dat eigen bijdragen per patiënt per opname stegen met 4,7% gemiddeld per jaar van 1998 tot 2003. De remgeldstijging bedroeg slechts 2,5% per jaar, maar de andere eigen bijdragen (supplementen en niet-verzekerde zorg) stegen met gemiddeld 5,9%. Meer recente gegevens van de Christelijke mutualiteiten (Crommelynck et al., 2010) wijzigen echter dit beeld. In de periode van 2004 tot 2008 daalden de supplementen per opname (klassieke hospitalisatie, alle kamertypes samen) met gemiddeld 0,5% per jaar, maar is er een meer uitgesproken stijging van de remgelden met gemiddeld 5,3% per jaar. De situatie is verschillend naargelang het kamertype: in éénpersoonskamers stegen supplementen gemiddeld met 3,1% per jaar terwijl ze in twee- of meerpersoonskamers daalden met gemiddeld 7% per jaar. In 2008 is de eigen bijdrage per opname gemiddeld gelijk aan €1.211 in een éénpersoonskamer (83% supplementen, 17% remgeld) en aan €303 in een twee- of meerpersoonskamer (42% supplementen en 58% remgelden). Deze evoluties zijn te verklaren door de wijzigende regelgeving.

Informatie over de totale omvang (zowel ambulante als intra muros) van de eigen bijdragen wordt echter niet systematisch geregistreerd in officiële databanken. De OECD health data bevatten schattingen, maar Vander Stichele et al. (2003) vonden discrepanties tussen de schattingen in deze databank en hun eigen gedetailleerde schattingen m.b.t. eigen bijdragen voor geneesmiddelen. Sinds 2008 heeft men alle informatie voor België m.b.t. het aandeel publieke/private financiering geschrapt uit de databank. Een volledig en betrouwbaar beeld is er dus niet.

## 3.2 Verdeling van de eigen bijdragen over de gezinnen: een momentopname voor 2004<sup>(4)</sup>

### 3.2.1 De data

Om te onderzoeken of eigen betalingen billijk verdeeld zijn over de gezinnen, is informatie nodig over de eigen betalingen en over de draagkracht van de gezinnen. In 2004 is voor het eerst in België betrouwbare informatie over beide variabelen samengebracht (met bescherming van de privacy<sup>(5)</sup>) op het niveau van het sociologische gezin<sup>(6)</sup>. Dit gebeurde door voor een representatieve steekproef van de Belgische bevolking in 2004 de gegevens afkomstig van de ziekenfondsen te koppelen aan fiscale gegevens (aanslagjaar 2005). In het vervolg van het artikel wordt deze dataset gebruikt om gegevens over de betalingen van de gezinnen voor gezondheidszorg te beschrijven en te relateren aan het inkomen. Inkomen kan beschouwd worden als de meest natuurlijke indicator van de economische draagkracht. Het netto-belastbare gezinsinkomen, zoals bekend bij de fiscale administratie, is het gebruikte inkomensconcept. Als er geen aangifte gedaan werd (en het gezin dus ontbreekt in het fiscale bestand) werd het inkomen op nul gezet. We bekijken het inkomen op het niveau van het sociologische gezin omdat we ervan uitgaan dat inkomens tot op zekere hoogte gedeeld worden binnen het sociologische gezin. Indien nodig werden de inkomens van diverse fiscale gezinnen samengeteld tot op het niveau van het sociologische gezin.

Als we het verder hebben over eigen betalingen van de gezinnen moeten we wel nog benadrukken dat de informatie hierover in de dataset niet helemaal volledig is. De informatie over de betaalde remgelden bij de mutualiteiten is erg volledig en geeft dus een zeer betrouwbaar beeld. Dit is in mindere mate het geval voor de supplementen, die slechts betrouwbaar zijn voor wat betreft de ziekenhuissupplementen en erg onvolledig zijn voor ambulante zorg. Informatie over betalingen voor niet-verzekerde zorg ontbreekt volledig. Bovendien werden alle gezinnen met minstens één zelfstandige uit de analyse geweerd omdat zij in 2004 nog niet verplicht waren zich te verzekeren voor kleine risico's en alle eigen betalingen hieraan gerelateerd dus niet gekend zijn. Hen mee opnemen in de analyse zou bijgevolg het beeld vertekenen. De informatie is inmiddels minder relevant, aangezien ze sinds 1 januari 2008 wel verplicht verzekerd zijn voor zowel grote als kleine risico's. We weten evenmin of de gezinnen in de steekproef al dan niet gedekt zijn door een aanvullende ziekteverzekering. De eigen betalingen die we zullen weergeven, kunnen dus nog (gedeeltelijk) ten laste genomen worden door zo'n verzekering. De eigen bijdragen die we vermelden zijn wel steeds de 'netto-bedragen', na alle terugbetalingen in het kader van de maximumfactuur.

4 Deze paragraaf steunt op een onderzoek gefinancierd door het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) en uitgevoerd door onderzoeksequipes van het Intermutualistisch Agentschap, de Katholieke Universiteit Leuven en de Universiteit Antwerpen in samenwerking met het KCE (Schokkaert et al., 2008).

5 Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid; machtiging nr. 06/070.

6 Het sociologische gezin bestaat uit alle gezinsleden die onder hetzelfde dak wonen.

## 3.2.2 De resultaten

### 3.2.2.1 Omvang en verdeling van de eigen bijdragen

In 2004 betaalt een (sociologisch) gezin gemiddeld € 460 als eigen bijdrage voor gezondheidszorg (tabel 1). Het gaat vooral om remgelden (€ 314) en in mindere mate om supplementen (€ 147). Gemiddeld 2,17% van het inkomen wordt daarmee besteed aan eigen betalingen voor gezondheidszorg. De verdeling van de eigen bijdragen is rechtsscheef: een (relatief) beperkt aantal gezinnen heeft erg hoge betalingen die het gemiddelde sterk beïnvloeden. De mediane waarden zijn respectievelijk 'slechts' € 265 en 1,10% van het inkomen. Tien procent van de gezinnen heeft een eigen bijdrage die hoger is dan € 1.011 of dan 4,68% van het inkomen.

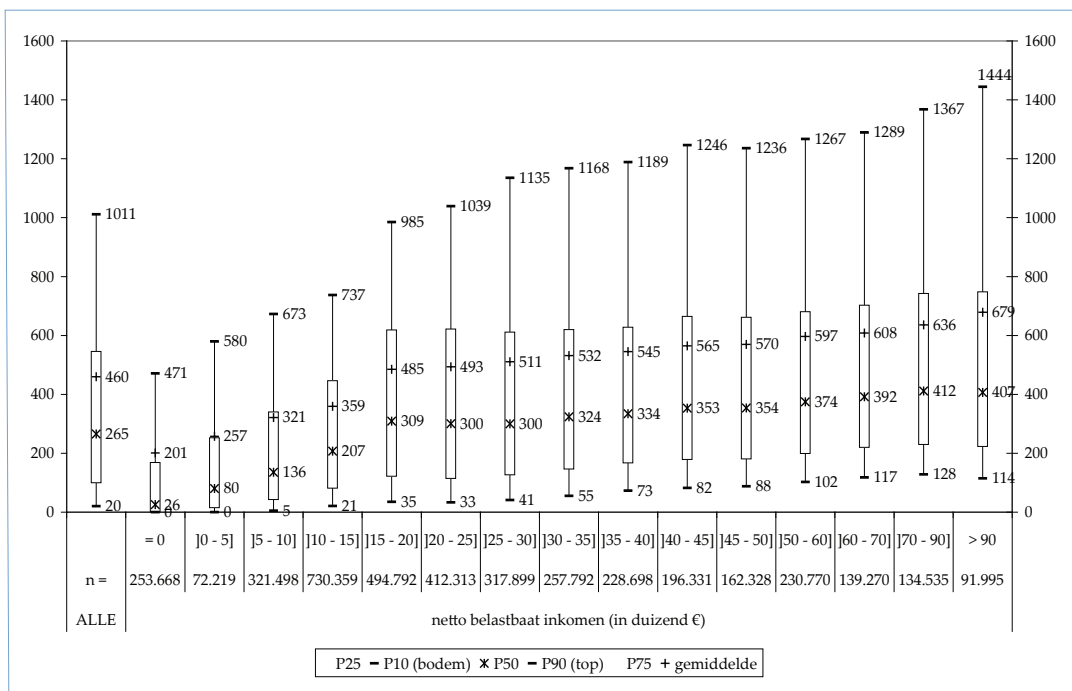
Tabel 1 : Eigen bijdragen, remgelden en supplementen per gezin (2004)

	per gezin per jaar in €			eigen bijdragen als % van netto belastbaar inkomen (inkomen > €5000)
	eigen bijdragen	remgelden	supplementen	
percentiel 10	20	19	0	0,16%
mediaan	265	239	3	1,10%
percentiel 90	1011	665	343	4,68%
gemiddelde	460	314	147	2,17%

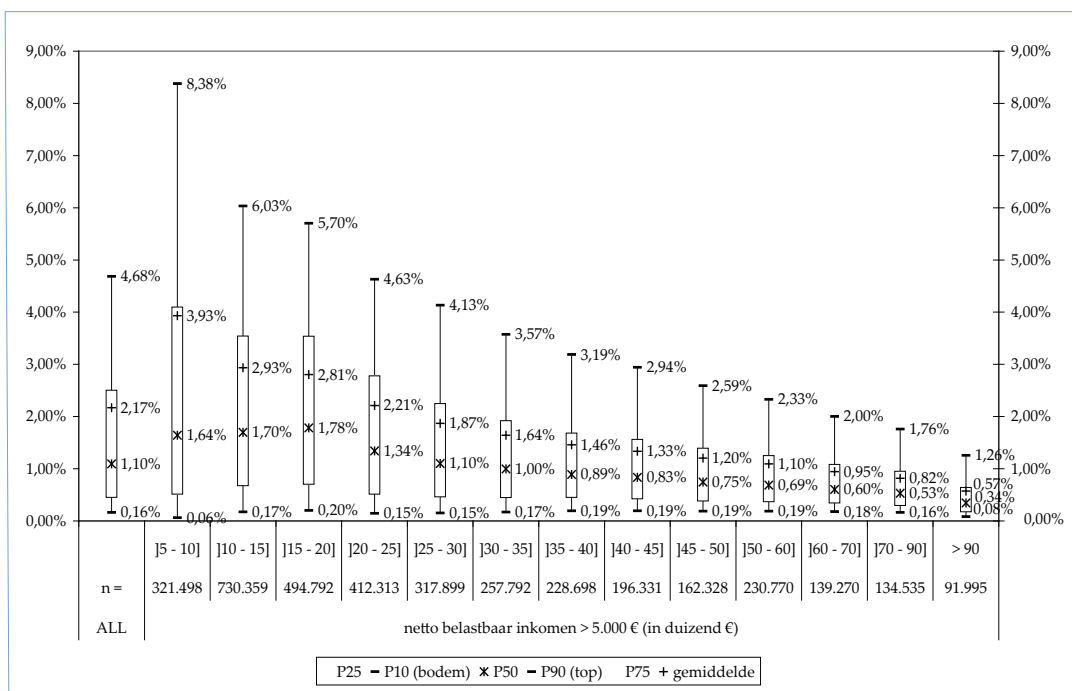
Figuur 2 toont de verdeling van de eigen bijdragen voor verschillende inkomensklassen. De gezinnen die geen fiscale aangifte indienden, en daarom een nul-inkomen toegewezen kregen, hebben gemiddeld de laagste eigen bijdrage: € 201. Bij toename van het gezinsinkomen stijgt aanvankelijk deze gemiddelde bijdrage nogal sterk (tot het inkomen minimum € 20.000 bedraagt) waarna ze nog steeds toeneemt, maar minder uitgesproken. De gemiddelde eigen bijdrage is het hoogst in de hoogste inkomensgroep (inkomen > € 90.000) en bedraagt er € 679.

Een heel ander beeld krijgen we als we de eigen bijdragen uitdrukken als percentage van het gezinsinkomen: het percentage van het inkomen dat besteed wordt aan eigen bijdragen daalt continu bij toename van het inkomen (figuur 3). Wie een inkomen heeft tussen € 5.000 en € 10.000 besteedt 3,93% van zijn inkomen aan eigen bijdragen voor gezondheidszorg; in de hoogste inkomensgroep (inkomen > € 90.000) is dat nog slechts 0,57%. Het wordt dan duidelijk dat de laagste inkomensgroepen weliswaar minder eigen bijdragen betalen maar toch relatief gezien de zwaarste last dragen: er is dus geen betaling volgens draagkracht. Of hierdoor de toegankelijkheid van de zorg voor de laagste inkomensgroepen een probleem is, kan niet aangetoond worden met de cijfers, maar wordt wel enigszins gesuggereerd. Onderzoek toont immers aan dat de laagste inkomensgroepen gemiddeld genomen zieker zijn; de lagere eigen betalingen zouden dus kunnen wijzen op onderconsumptie.

Figuur 2 : Omvang en verdeling van de eigen bijdragen per gezin voor verschillende inkomensgroepen (2004)



Figuur 3 : Eigen bijdragen als percentage van het inkomen voor verschillende inkomensgroepen (2004)

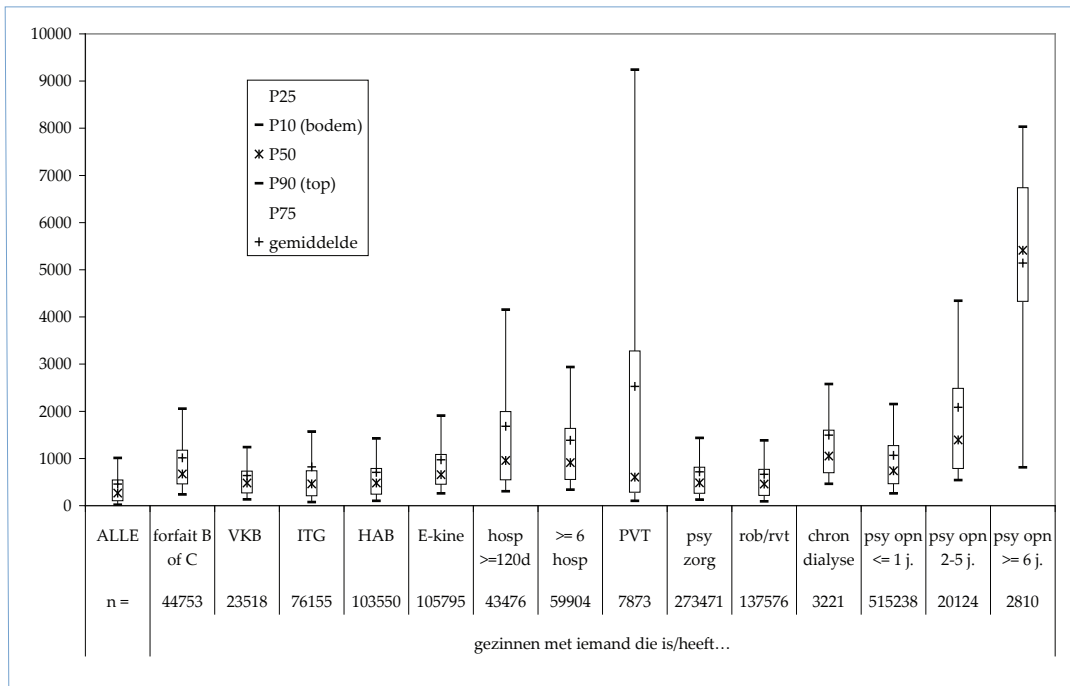


Er kan ook gekeken worden naar de (verdeling van) de eigen bijdragen bij gezinnen met bepaalde socio-economische kenmerken. Op basis van de gegevens konden we o.m. de volgende gezinnen selecteren: éénoudergezinnen, gezinnen met een werkloze, gezinnen met iemand op brugpensioen, gezinnen met een gepensioneerde, gezinnen met uitkeringen voor gewaarborgd inkomen, gezinnen met rrv en gezinnen met een invalide of met iemand in het eerste jaar invaliditeit. Voor deze socio-economische groepen zijn de eigen bijdragen vrij gelijkaardig aan die van het gemiddelde gezin – in de meeste gevallen zijn ze zelfs wat lager. Er zijn drie uitzonderingen: gezinnen met een invalide hebben gemiddeld € 672 eigen bijdragen, gezinnen met een gepensioneerde € 633 en gezinnen met een vervroegd gepensioneerde € 533. Maar ook hier ziet de situatie er anders uit als we de bedragen uitdrukken als percentage van het netto-inkomen. De geselecteerde socio-economische groepen hebben veelal een lager dan gemiddeld inkomen en dragen daarom relatief gezien een hogere last: dat is het geval voor de gezinnen met gewaarborgd inkomen (3,22%) met voorkeurtarief (3,27%), met een invalide (4,56%) en met een gepensioneerde (3,22%).

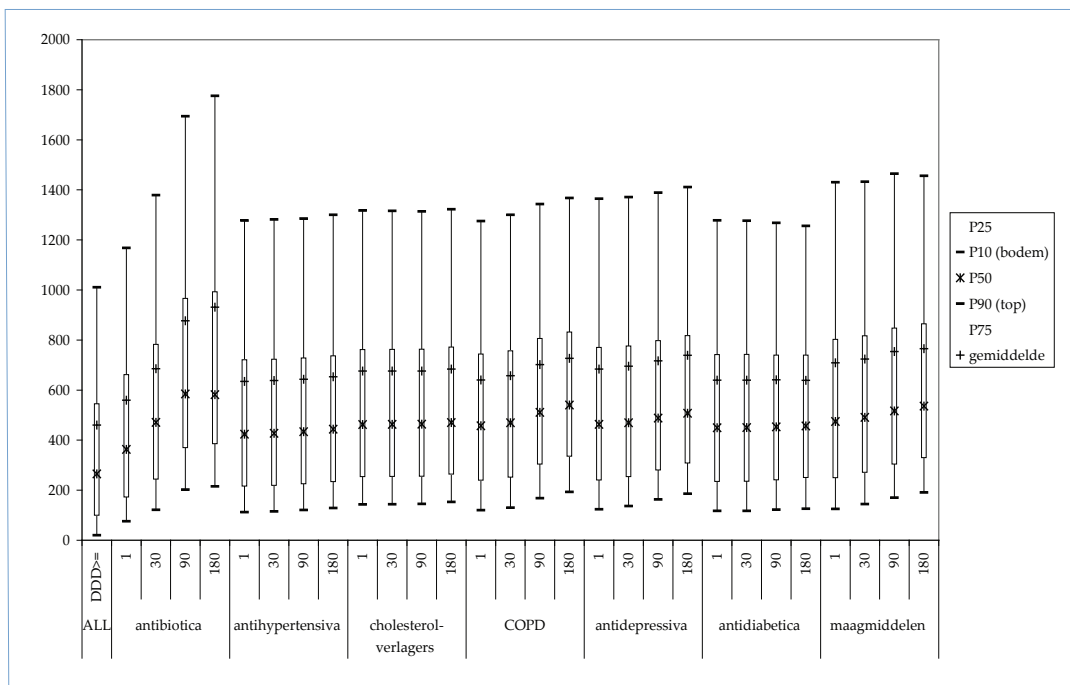
Tenslotte kan de verdeling van de eigen bijdragen bij gezinnen met een lid met een specifieke morbiditeit bestudeerd worden. Gezondheidsinformatie is in de databank echter alleen indirect aanwezig: op basis van tegemoetkomingen (bv patiënten die een forfait B of C ontvangen voor verpleegkundige verzorging) of op basis van consumptie (bv opname in een psychiatrisch ziekenhuis, gebruik van specifieke geneesmiddelen). Zoals a priori kon verwacht worden, betalen al deze gezinnen hogere eigen bijdragen (figuur 4 en 5). Binnen de morbiditeitsgroepen zijn eigen bijdragen nog meer uitgesproken voor gezinnen met iemand die een langdurige of meervoudige ziekenhuisopnames had en in geval van psychiatrische verzorging. Opvallend bij de selectie op basis van consumptie van specifieke geneesmiddelen is dat de omvang van de consumptie (gemeten op basis van DDDs<sup>(7)</sup>) geen invloed uitoefent op de hoogte van de eigen betalingen: hogere eigen bijdragen vinden we zowel terug bij iemand die 1 DDD antihypertensiva consumeert, als bij iemand die er 30, 90 of 180 consumeert. Alleen bij antibiotica stijgen de eigen bijdragen naarmate men meer DDDs consumeert.

7 DDD staat voor Defined Daily Dose (Standaarddagdosering). Het is de theoretische hoeveelheid van een geneesmiddel, vastgesteld door de WHO, die door volwassenen per dag voor de hoofdindicatie wordt gebruikt.

**Figuur 4 : Omvang en verdeling van de eigen bijdragen per gezin voor gezinnen met een ziek lid (gedefinieerd op basis van uitkeringen of bepaalde zorgconsumptie) (2004)**



**Figuur 5 : Omvang en verdeling van de eigen bijdragen per gezin, voor gezin met een ziek lid (gedefinieerd op basis van geneesmiddelenconsumptie) (2004)**



### 3.2.2.2 Risico op catastrofale eigen bijdragen

In de vorige alinea was de aandacht gericht op de totale omvang en verdeling van de eigen bijdragen. We bekijken nu de bescherming tegen catastrofale eigen bijdragen. We beschouwen eigen betalingen als catastrofaal als ze minstens € 250 bedragen en meer dan 5% of 10% uitmaken van het netto-belastbaar gezinsinkomen<sup>(8)</sup>. De resultaten zijn samengevat in tabel 2.

Tabel 2 : Kwetsbaarheid van verschillende socio-economische en morbiditeitsgroepen voor catastrofale eigen bijdragen (2004)

		(1)	(2)		(3)	= (2) / (1)	= (3) / (1)	
		# gezinnen	eigen bijdragen					
			> 5 % NBI	> 10 % NBI				
<b>ALLE</b>		<b>4.044.468</b>	<b>397.414</b>	<b>164.595</b>		<b>9,83%</b>	<b>4,07%</b>	
socio-economische en morbiditeitsgroepen	éénoudergezinnen	194.673	23.780	10.473		12,22%	5,38%	
	1 <sup>ste</sup> jaar invaliditeit (>180dagen)	29.170	8.071	2.951		27,67%	10,11%	
	invaliditeit	295.055	57.035	29.418		19,33%	9,97%	
	RVV	905.806	158.683	82.447		17,52%	9,10%	
	gegarandeerd inkomen	197.535	33.825	20.653		17,12%	10,46%	
	werkloos	250.695	26.389	8.428		10,53%	3,36%	
	vervroegd pensioen	110.091	8.153	2.273		7,41%	2,06%	
	pensioen	1.099.495	178.509	68.465		16,24%	6,23%	
	forfait B of C	44.753	17.543	7.875		39,20%	17,60%	
	Verhoogde kinderbijslag	23.227	3.227	1.117		13,89%	4,81%	
	Integratietegemoetkoming gehandicapten	76.155	19.754	11.583		25,94%	15,21%	
	hulp aan bejaarden	103.550	32.785	13.958		31,66%	13,48%	
	E-kine	105.587	31.128	12.957		29,48%	12,27%	
	langdurige opname (>=120 d)	43.476	26.345	16.101		60,60%	37,03%	
	meervoudige opname (>=6)	59.862	29.656	14.362		49,54%	23,99%	
	PVT	7.873	4.718	3.637		59,92%	46,20%	
	psychoterapieën	272.723	55.592	23.048		20,38%	8,45%	
	rob/rvt	137.576	44.988	21.207		32,70%	15,41%	
	chronische dialyse	3.221	2.067	962		64,17%	29,87%	
	psychiatrische opnames	<= 1 j.	29.863	14.514	6.979		48,60%	23,37%
2 - 5 j.		4.175	3.458	2.700		82,83%	64,67%	
>= 6 j.		2.810	2.736	2.627		97,36%	93,48%	
morbiditeit op basis van genesmiddelenconsumptie	1	1.583.280	205.300	80.016		12,97%	5,05%	
	antibiotica DDD>=	30	375.202	73.185	28.013	19,51%	7,47%	
	90	43.240	13.970	5.161		32,31%	11,94%	
	180	9.489	3.327	1.403		35,07%	14,79%	
	1	1.087.277	193.948	76.138		17,84%	7,00%	
	antihypertensiva DDD>=	30	1.028.138	185.508	72.945		18,04%	7,09%
	90	935.794	171.991	67.410		18,38%	7,20%	
	180	806.612	151.823	58.968		18,82%	7,31%	
	1	373.842	63.900	23.485		17,09%	6,28%	
	cholesterolverlagers DDD>=	30	372.488	63.650	23.372		17,09%	6,27%
	90	362.587	61.916	22.575		17,08%	6,23%	
	180	313.277	53.654	19.328		17,13%	6,17%	
	1	417.800	75.165	28.706		17,99%	6,87%	
	copd DDD>=	30	325.271	62.336	23.946		19,16%	7,36%
	90	167.159	37.441	14.419		22,40%	8,63%	
	180	108.914	26.472	10.282		24,31%	9,44%	
	1	554.013	116.545	48.193		21,04%	8,70%	
	antidepressiva DDD>=	30	464.017	99.584	40.621		21,46%	8,75%
	90	341.305	76.868	31.159		22,52%	9,13%	
	180	242.424	58.026	23.138		23,94%	9,54%	

8 Een aantal gezinnen in de databank hebben een zeer beperkt (soms zelfs 0) netto belastbaar gezinsinkomen; ze zouden daardoor nagenoeg steeds meer dan 5% of 10% van het inkomen besteden aan gezondheidszorg. We sluiten deze gezinnen niet uit uit de analyse, maar leggen bijkomend op dat eigen betalingen minimum €250 per jaar moeten bedragen vooraleer ze als catastrofaal aan te duiden.

	antidiabetica DDD>=	1	213.794	41.911	16.169	19,60%	7,56%
		30	207.916	40.711	15.728	19,58%	7,56%
		90	181.659	35.668	13.642	19,63%	7,51%
		180	145.821	28.329	10.666	19,43%	7,31%
	maagmiddelen DDD>=	1	592.653	126.138	51.676	21,28%	8,72%
		30	443.062	98.156	39.463	22,15%	8,91%
		90	308.928	74.828	29.415	24,22%	9,52%
		180	208.500	52.358	19.881	25,11%	9,54%
	crohn DDD>=	1	22.509	4.244	1.750	18,86%	7,77%
		30	19.658	3.672	1.472	18,68%	7,49%
		90	15.426	2.737	1.087	17,74%	7,05%
		180	11.039	1.928	662	17,46%	6,00%
netto belastbaar inkomen (NBI)	] 0 € - 5.000 €]</td <td>325.887</td> <td>65.672</td> <td>63.050</td> <td>20,15%</td> <td>19,35%</td>	325.887	65.672	63.050	20,15%	19,35%	
	] 5.000 € - 10.000 €]</td <td>321.498</td> <td>65.339</td> <td>25.687</td> <td>20,32%</td> <td>7,99%</td>	321.498	65.339	25.687	20,32%	7,99%	
	] 10.000 € - 15.000 €]</td <td>730.359</td> <td>101.244</td> <td>31.705</td> <td>13,86%</td> <td>4,34%</td>	730.359	101.244	31.705	13,86%	4,34%	
	] 15.000 € - 20.000 €]</td <td>494.792</td> <td>63.725</td> <td>18.360</td> <td>12,88%</td> <td>3,71%</td>	494.792	63.725	18.360	12,88%	3,71%	
	] 20.000 € - 25.000 €]</td <td>412.313</td> <td>35.726</td> <td>10.554</td> <td>8,66%</td> <td>2,56%</td>	412.313	35.726	10.554	8,66%	2,56%	
	] 25.000 € - 30.000 €]</td <td>317.899</td> <td>22.129</td> <td>6.153</td> <td>6,96%</td> <td>1,94%</td>	317.899	22.129	6.153	6,96%	1,94%	
	] 30.000 € - 35.000 €]</td <td>257.792</td> <td>14.427</td> <td>3.608</td> <td>5,60%</td> <td>1,40%</td>	257.792	14.427	3.608	5,60%	1,40%	
	] 35.000 € - 40.000 €]</td <td>228.698</td> <td>9.833</td> <td>2.060</td> <td>4,30%</td> <td>0,90%</td>	228.698	9.833	2.060	4,30%	0,90%	
	] 40.000 € - 45.000 €]</td <td>196.331</td> <td>6.480</td> <td>1.141</td> <td>3,30%</td> <td>0,58%</td>	196.331	6.480	1.141	3,30%	0,58%	
	] 45.000 € - 50.000 €]</td <td>162.328</td> <td>4.341</td> <td>784</td> <td>2,67%</td> <td>0,48%</td>	162.328	4.341	784	2,67%	0,48%	
	] 50.000 € - 60.000 €]</td <td>230.770</td> <td>4.935</td> <td>964</td> <td>2,14%</td> <td>0,42%</td>	230.770	4.935	964	2,14%	0,42%	
	] 60.000 € - 70.000 €]</td <td>139.270</td> <td>1.924</td> <td>361</td> <td>1,38%</td> <td>0,26%</td>	139.270	1.924	361	1,38%	0,26%	
	] 70.000 € - 90.000 €]</td <td>134.535</td> <td>1.276</td> <td>139</td> <td>0,95%</td> <td>0,10%</td>	134.535	1.276	139	0,95%	0,10%	
> 90.000 €	91.995	363	29	0,39%	0,03%		

Tabel 2 toont dat – ondanks alle beschermingsmaatregelen – nagenoeg 10% van alle gezinnen (397.414) meer dan 5% van hun netto-belastbaar inkomen besteden aan eigen bijdragen voor gezondheidszorg. Vier procent van de gezinnen (164.595) besteedt zelfs meer dan 10% van het inkomen aan eigen betalingen. De tabel toont verder de proportie van gezinnen met catastrofale uitgaven binnen verschillende subgroepen. Door de proporties binnen deze subgroepen te vergelijken met het algemeen gemiddelde, kunnen we afleiden welke groepen voornamelijk getroffen worden.

De resultaten zijn nogal schokkend. Nagenoeg alle zwakkere socio-economische groepen en alle morbiditeitsgroepen worden meer dan gemiddeld getroffen door catastrofale eigen bijdragen. Alleen voor gezinnen met een vervroegd gepensioneerde is het risico op catastrofale eigen bijdragen (5% en 10% grens) lager dan voor een willekeurig gezin; hetzelfde geldt voor een gezin met een werkloze, maar dan uitsluitend voor catastrofale uitgaven die meer dan 10% van het inkomen bedragen. Voor éénoudergezinnen en gezinnen met verhoogde kinderbijslag is de kans op catastrofale eigen bijdragen licht hoger in vergelijking met een gemiddeld gezin. De andere zwakkere socio-economische groepen zien het risico op catastrofale eigen bijdragen ongeveer verdubbeld. De situatie is nog erger bij de morbiditeitsgroepen. Bij de morbiditeitsgroepen op basis van geneesmiddelenconsumptie varieert het risico op catastrofale eigen bijdragen hoger dan 5% van het inkomen van 13% tot 25% (en zelfs 35% bij hoog antibioticagebruik) en op catastrofale eigen bijdragen hoger dan 10% van het inkomen van 5% tot bijna 10% (en zelfs 15% bij hoog antibioticagebruik). De risico's zijn nog hoger bij de andere morbiditeitsgroepen (forfait B en C, integratietegemoetkoming voor gehandicapten, kinesitherapie E, rvt): 12% tot 18% van de gezinnen heeft eigen bijdragen hoger dan 10% van het inkomen

en 25% tot 40% van de gezinnen hoger dan 5%. Gezinnen met een lid met een lang verblijf in een algemeen ziekenhuis of met meervoudige opnames of met chronische dialyse of met verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis of een psychiatrisch opname <1 jaar lopen 30% tot 60% kans om meer dan 5 % van het inkomen aan eigen bijdragen te besteden en 24% tot 46% kans op meer dan 10%. Het meest dramatisch is de situatie bij langdurige (> 2 jaar) psychiatrische opname: 65% tot 94% besteedt hier meer dan 10% van het inkomen aan eigen bijdragen en 83% tot 97% meer dan 5%.

We vinden ook grote verschillen naargelang de inkomensklasse. Zodra het netto-belastbaar inkomen hoger is dan €20.000 is de kans op catastrofale eigen bijdragen lager dan gemiddeld.

### 3.2.2.3 Multivariate resultaten

In de voorgaande paragrafen toonden we uitsluitend bivariate resultaten voor de omvang van de eigen bijdragen en de kans op catastrofale eigen bijdragen. We verfijnen dit beeld nu enigszins door alle categorieën samen te brengen in een multivariaat regressiemodel. Op die manier krijgen we meer inzicht in de bijdrage van een specifieke risicofactor terwijl andere factoren constant gehouden worden.

We vullen de resultaten ook aan met schattingen over de omvang van de remgelden en het risico op catastrofale remgelden. Uiteraard zijn de totale eigen bijdragen meest relevant voor het gezin. Maar zoals al voordien gezegd, hebben we geen informatie over aanvullende (hospitalisatie)verzekeringen die hoofdzakelijk remgelden en supplementen in geval van hospitalisatie dekken. Daardoor overschatten we bij aanvullend verzekerden eigen bijdragen indien er een hospitalisatie plaatsvond. Bovendien zijn supplementen hoofdzakelijk verbonden aan de keuze van een éénpersoonskamer bij hospitalisatie en kunnen ze dus beter dan remgelden door persoonlijke keuze beïnvloed worden. We krijgen daarom een interessant aanvullend beeld door uitsluitend de aandacht te richten op remgelden.

Tabel 3 laat de resultaten zien van de lineaire multivariate schattingen m.b.t. de omvang van de eigen bijdragen (kolom 2) en van de remgelden (kolom 3). Als verklarende variabelen nemen we alle indicatoren op die een aanduiding geven of een lid van het gezin behoort tot een specifieke socio-economische of morbiditeitsklasse. We nemen tevens de leeftijds-geslachtsverdeling op (bv M<sub>0</sub> en V<sub>0</sub> geeft respectievelijk het aantal mannelijke en vrouwelijke gezinsleden < 1 jaar). Ook regiovariabelen en een variabele die weergeeft of er voor een ziekenhuisverblijf in een éénpersoonskamer gekozen werd, zijn toegevoegd. Met uitzondering van de inkomensvariabele zijn alle verklarende variabelen discrete variabelen. De coëfficiënten bij deze variabelen geven dus het bedrag aan eigen bijdragen of remgelden dat een gezin meer of minder moet betalen als het behoort tot de specifieke categorie (na controle voor alle andere factoren). De laatste twee kolommen geven de odds ratio van een multivariate logistische schatting voor de kans dat het gezin respectievelijk meer dan 5% van het netto-belastbaar inkomen besteedt aan eigen bijdragen (kolom 4) of remgelden (kolom 5). Een odds ratio die groter is dan 1 duidt aan dat het gezin dat behoort tot de specifieke categorie een grotere kans heeft op catastrofale bijdragen. Uitsluitend de significante effecten (5% significantieniveau) worden getoond in de tabel.

Tabel 3 : Multivariate analyse: determinanten van de omvang van eigen bijdragen en remgelden en van de kans op catastrofale eigen bijdragen en remgelden (2004)

	Eigen bijdragen schatting coëfficiënt	Remgelden schatting coëfficiënt	Catastrofale eigen bijdragen odds ratio	Catastrofale remgelden odds ratio
gemiddelde betalingen (kolom 2,3)	464	316		
% catastrofale betalingen (kolom 4,5)			11,34	3,31
aangepaste R <sub>2</sub> (kolom 2,3)	0,36	0,24		
% concordante paren (kolom 4,5)			79,4	81,6
intercept	-41	-35		
éénoudergezin	19	15	1,2	
werkloos	-10		1,1	0,8
> 6 maanden werkloos	-41	-26	1,2	2,1
gewaarborgd inkomen	-19		1,3	1,3
invaliditeit		43		2,1
RVV	-104	-87	1,1	1,9
psychiatrische opname > 1 j.	2075	1833	*	45,7
psychiatrische opname < 1 j.	149	129	4,3	4,7
rob/rvt	82	44	1,8	1,8
psychoteherapieën	153	100	1,7	1,6
PVT	1800	1422	6,9	5,9
forfait B of C	145	58	1,8	1,9
E-kine	255	161	1,7	1,8
Verhoogde Kinderbijslag	117	82	1,4	1,3
Integratietegmoetk. gehandicapt	135	85	2	2,3
Hulp Aan Bejaarden			1,1	1,8
hospitalisatie >=120d	518	123	5,5	2,1
>= 6 hospitalisaties	555	158	5,1	1,4
antibiotica DDD>180	240	119	1,9	1,9
antihypertensiva DDD>180	109	87	1,4	1,4
cholesterolverlagers DDD>180	86	70	1,2	1,2
COPD DDD>180	132	133	1,8	2,1
Crohn DDD>180	183	146	1,7	1,8
insuline DDD>180	18	39	1,1	1,3
antidepressiva DDD>180	125	111	1,5	1,6
maagmiddelen DDD>180	151	114	1,7	1,7
M_0	634	242	6	1,8
M_1-4	99	78	1,5	1,3
M_5-9	54	54	1,3	2,3
M_10-14	61	54	1,2	1,8
M_15-19	72	57	1,1	
M_20-24	69	58	0,6	0,5
M_25-29	82	74	0,4	0,3
M_30-34	107	86	0,3	0,3
M_35-39	95	82	0,3	0,2
M_40-44	110	95	0,4	0,3
M_45-49	122	102	0,4	0,3
M_50-54	166	132	0,5	0,3
M_55-59	206	150	0,6	0,4
M_60-64	239	166	0,8	0,4
M_65-69	264	185	1,1	0,6
M_70-74	313	213	1,4	0,7
M_75-79	351	237	1,5	0,9
M_80-84	367	244	1,5	0,8
M_85-89	400	256	1,7	
M_90-94	340	243	1,5	
M_95+	358	257	1,9	
V_0	630	230	5,7	3,4
V_1-4	80	64	1,4	1,4
V_5-9	41	42	1,2	1,2
V_10-14	65	52	1,3	1,3
V_15-19	86	73	1,2	
V_20-24	121	103	0,8	0,7
V_25-29	161	128	0,6	0,6
V_30-34	196	144	0,7	0,5
V_35-39	197	147	0,7	0,5
V_40-44	196	149	0,6	0,5
V_45-49	201	153	0,7	0,5
V_50-54	220	168	0,8	0,5
V_55-59	217	166	0,8	0,5
V_60-64	244	174	0,9	0,5
V_65-69	272	183		0,5
V_70-74	303	203	1,1	0,5
V_75-79	339	217	1,3	0,7
V_80-84	349	228	1,5	1,4
V_85-89	358	232	1,5	1,4
V_90-94	288	224	1,2	
V_95+	242	209		
éénpersoonskamer	1304	208	12,3	0,8
Brussel	32	37	1,1	1,4
Luik	53	14	1,2	1,2
Vlaams-Brabant	16	21		
Waals-Brabant	70	24		
Limburg	-32			0,8
Namen		24	0,9	
Henegouwen		28	0,9	
West-Vlaanderen	-15			
Oost-Vlaanderen	15	8		
Luxemburg		19		
buitenland/onbekend	-102	-85	1,2	2,3
inkomen (in € 1000)	1,2	0,5	**	**

\* kon niet geschat worden

\*\* niet opgenomen

Voor de eigen bijdragen komen de resultaten van de multivariate analyse grotendeels overeen met de bevindingen op basis van de bivariate analyse.

Zwakkere socio-economische groepen betalen geen significant hogere eigen bijdragen, of zelfs in beperkte mate significant lagere eigen bijdragen. Effecten van morbiditeitsindicatoren hebben wel een positief effect op de omvang van de eigen bijdragen. De grootste effecten komen voor bij indicatoren die verwijzen naar hospitalisatie en nog veel meer bij langdurige (> 1 jaar) psychiatrische hospitalisatie of opname in een psychiatrisch verzorgingstehuis. De leeftijds-geslachtsverdeling volgt het typische patroon: de eigen bijdragen zijn hoog bij kinderen tot 1 jaar dalen vervolgens tot de leeftijd 20-25 jaar en stijgen dan opnieuw (met uitzondering van de allerhoogste leeftijdsklassen). Het inkomen heeft een positief effect op de omvang van de eigen bijdragen: een toename van het inkomen met €1.000 verhoogt de eigen bijdragen met €1,2. Heel opvallend is het effect van de keuze voor een eenpersoonskamer: die verhoogt de eigen bijdragen met liefst €1.304. Tenslotte is er een zeer beperkt effect van regionale variabelen.

De richting van het effect van een specifieke variabele op de omvang van de eigen bijdragen en op de omvang van de remgelden is nagenoeg steeds gelijkwaardig. Gemiddeld bedragen remgelden ongeveer 70% van de eigen bijdragen. Het aandeel van de remgelden is opvallend lager bij meer dan 180 DDDs antibioticagebruik, bij langdurige of meervoudige hospitalisatie, bij de leeftijd tot 1 jaar en vooral bij de keuze voor een éénpersoonskamer. Ook bij toename van het inkomen is er een verhoudingsgewijs kleiner effect op remgelden. Bij de psychiatrische morbiditeitsvariabelen is het effect op remgelden dan weer relatief belangrijker dan op eigen bijdragen.

Ook de multivariate logistische schatting van de kans op catastrofale eigen bijdragen bevestigt het bivariate beeld. Zowel de indicatoren voor de zwakkere socio-economische groepen als voor de morbiditeit hebben een odds-ratio groter dan 1: deze groepen hebben dus een groter risico op catastrofale eigen bijdragen. Uitschieters zijn psychiatrische hospitalisatie (odds ratio 4,3), opname in psychiatrisch verzorgingstehuis (odds ratio 6,9) en langdurige of meervoudige hospitalisatie (odds ratio 5,5 en 5,1). Ook gezinnen met < 1-jarigen hebben een veel grotere kans op catastrofale eigen bijdragen (odds ratio = 6) evenals wie kiest voor een éénpersoonskamer (odds ratio 12). Als we uitsluitend kijken naar catastrofale remgelden, dan vinden we voornamelijk dezelfde groepen terug die een verhoogde kans hebben. Het aantal uitschieters beperkt zich nu echter tot de psychiatrische patiënten. Een opvallende uitzondering is de indicator voor wie koos voor een éénpersoonskamer: de kans op catastrofale remgelden is kleiner. Ook bij de hogere leeftijdsgroepen (vanaf 65 jaar) is de odds voor catastrofale remgelden kleiner dan 1 terwijl het voor de eigen bijdragen groter was.

## 4

**Discussie en conclusie**

We stelden in deze bijdrage de vraag of (de toename van) de omvang van de publieke middelen voor gezondheidszorg niet kan verminderd worden door het optrekken van de eigen bijdragen. De wenselijkheid hiervan moet beoordeeld worden op basis van de mate waarin eigen betalingen consumptie van onnodige of weinig effectieve zorg afremmen zonder daarbij de consumptie van effectieve zorg te belemmeren. Bovendien is het wenselijk dat de lasten van de eigen bijdragen gezinnen niet onredelijk treffen.

Internationale empirische evidentie toont duidelijk aan dat het verhogen van eigen bijdragen vaak de totale uitgaven doen verminderen en dus zeker de publieke uitgaven zullen beperken. Maar de effecten zijn tamelijk blind. Zowel effectieve zorg als minder effectieve zorg wordt verminderd. De effecten variëren ook in functie van het type medische zorg en van het type patiënt. Vooral bij lagere inkomensgroepen en chronische patiënten kan het voorkomen dat bij verhoging van eigen bijdragen ook echt nodige zorg niet meer geconsumeerd wordt. Als we niet uitsluitend kosten willen verschuiven, maar ook aan efficiëntie willen winnen, dan moeten we dus wellicht eigen bijdragen laten variëren in functie van de waarde van de zorg en van de gevoeligheid van de zorg en het individu voor de prijs. De complexiteit van dergelijk beleid zou echter moeilijk te vatten zijn door de consument en zou bovendien erg hoge implementatiekosten met zich meebrengen. Daarnaast zijn eigen bijdragen een regressief financieringsinstrument. Bij landen die gezondheidszorg meer financieren met eigen bijdragen, is de financiering minder in functie van draagkracht en worden relatief meer gezinnen getroffen door catastrofale uitgaven.

De positie van België t.a.v. financiering op basis van eigen bijdragen is genuanceerd. Enerzijds kennen we sinds het ontstaan van de ziekteverzekering een grote traditie van eigen bijdragen in de vorm van remgelden, supplementen en niet-verzekerde zorg. Anderzijds is er een grote bezorgdheid over de toegankelijkheid van onze zorg, die zich vertaalt in een verdergaande bescherming van zwakkere socio-economische groepen en in een plafonnering van de omvang van de remgelden. Alhoewel deze bescherming werkt, neemt ze niet alle ongelijkheden weg: wie ziek is blijft nog steeds meer getroffen door eigen bijdragen. Voor 2004 is het duidelijk dat een gezin met een gezinslid dat getroffen wordt door ziekte, meer eigen bijdragen betaalt, en een (veel) groter deel van het gezinsinkomen moet besteden aan eigen bijdragen. De kans van deze gezinnen op eigen bijdragen van meer dan 5% of 10% van het netto belastbaar gezinsinkomen is significant hoger.

We weten dus dat het verhogen van de eigen bijdragen, de situatie voor de zieken niet zal verbeteren. Bovendien zal het niet eenvoudig zijn om hiermee efficiëntiewinsten te realiseren. Optrekken van eigen bijdragen lijkt dan ook geen instrument dat algemeen kan aangewend worden om de publieke uitgaven voor gezondheidszorg te verminderen.

## 5 Referenties

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

Crommelynck, A., Fransen, A., Cornez, A. en Wantier, M., 2010, De kosten voor rekening van de ziekenhuispatiënten in 2008: de factuur daalt, de ereloonsupplementen nemen toe!, *CM-Informatie*, 239, 3-12.

De Graeve, D. and Lecluyse, A., 2008, Eigen betalingen patiënten, in *Handboek gezondheidseconomie: 2*, (Kluwer, Mechelen), 117-157

De Graeve, D. and Van Ourti, T., 2003, The Distributional Impact of Health Financing in Europe: a Review, *The World Economy*, 26(10), 1459-1479.

Di Zinno, T., Huchon, J., Laasman, J.-M., 2005, Coûts hospitaliers: Nature, ampleur et évolution des frais à charge du patient hospitalisé en hôpital général, (Union Nationale de Mutualités Socialistes, Bruxelles).

Lecluyse, A., De Graeve, D. and Van Ourti, T., 2010, Behavioral Impact Of Out-Of-Pocket Payments: A Literature Survey, in Lecluyse A., *Essays on inequality in health and health care in Belgium* (Universiteit Antwerpen, Antwerpen), 13-50.

Louckx, F., 1996, Seuils financiers d'accessibilité dans le domaine des soins de santé. Playdoyer pour une remise en question sociale. in: Louckx F. (eds). *Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence? Inégalités d'accès aux soins de santé*, (VUBPRESS, Brussel), 11-29.

Murray, C., Xu, K., Klavus, J., Kawabata, K., Hanvoravongchai, P., Zeramdini, R. et al., 2003, Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application, in Murray, C.J.L., Evans, D.B., eds., *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, (Geneva: World Health Organization), 513-531.

Remler, D. and Greene, J., 2009, Cost-Sharing: A Blunt Instrument, *Annu. Rev. Public Health*, 30, 293-311.

Schokkaert, E., Guillaume, J., Lecluyse, A., Avalosse, H., Cornelis, K., De Graeve, D., Devriese, S., Vanoverloop, J. and van de Voorde, C., 2008, *Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg*, (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Brussel).

Vander Stichele, R., Peys, F., Van Thielen, R., Van Eeckhout, H., van Essche, O. and Seys, B., 2003, A Decade of Growth in Public and Private Pharmaceutical Expenditures: the Case of Belgium 1990-1999, *Acta Clinica Belgica*, 58(5), 279-289.

Van de Voorde, C., van Doorslaer, E., and Schokkaert, E., 2001, Effects of Cost-Sharing on Physician Utilization under Favourable Conditions for Supplier-induced Demand, *Health Economics*, 10(5), 457-71.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F., 1993, *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspective*, (Oxford Medical Publications, Oxford).

Vanroelen, C., 2002, *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg: een voorbereidende studie*, (VUB, Brussel).

Vray P, 2009, De kamersupplementen en de ereloonsupplementen bij een opname in een algemeen ziekenhuis, *Informatieblad*, 2, 148-178.

De Graeve D. en Lecluyse A. 2008, Eigen betalingen patiënten, in *Handboek gezondheidseconomie*, (Kluwer, Mechelen), 117-157.

Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G. et al., 1999, Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons, *Journal of Health Economics*, 18(3), 263-290.

WHO national health accounts op 6 april 2010 geraadpleegd op <http://www.who.int/nha/country/bel.xls>

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

Zweifel, P., and Manning, W., 2000, Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care, in Culyer, A. and Newhouse, J., eds., *Handbook of Health Economics* (Elsevier, Amsterdam), 409-459.