KCE REPORT 309As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

GLOBALE IMPACT EN VERDELINGSEFFECTEN VAN SOCIALE BESCHERMING TEGEN GEZONDHEIDSZORGUITGAVEN

VOORBEELDEN VAN HYPOTHETISCHE SIMULATIES





KCE REPORT 309As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

GLOBALE IMPACT EN VERDELINGSEFFECTEN VAN SOCIALE BESCHERMING TEGEN GEZONDHEIDSZORGUITGAVEN

VOORBEELDEN VAN HYPOTHETISCHE SIMULATIES

MARÍA-ISABEL FARFAN-PORTET, NICOLAS BOUCKAERT, STEPHAN DEVRIESE, CARL DEVOS, CARINE VAN DE VOORDE

VOORWOORD

Sinds 1963 worden in ons systeem van verplichte ziekteverzekering weduwen, invaliden en gepensioneerden vrijgesteld van het betalen van een persoonlijk aandeel. Deze maatregel was een unanieme wens van de Parlementaire Werkgroep van destijds, die stelde dat “ingevolge hun sociale toestand gepensioneerden, weduwen en invaliden op bepaalde hulpbronnen van de geneeskunde slechts een beroep zullen kunnen blijven doen indien hun daartoe de nodige materiële middelen worden verschaft".[a] De wetgever zag in dat een persoonlijk aandeel nuttig was om de patiënten bewust te maken van de kostprijs van gezondheidszorg, om op die manier de consumptie ervan te kunnen 'afremmen'. Tegelijkertijd wilde hij vermijden dat het persoonlijk aandeel de zorg minder toegankelijk zou maken voor minderbegoeden. Aan deze basisprincipes, die altijd een leidraad zijn gebleven voor de beleidsmakers, wordt al meer dan vijftig jaar niet getornd. De prijs die we vandaag voor deze rechtlijnigheid betalen is echter een systeem dat steeds complexer wordt. Ons huidige technisch document wil zich niet uitspreken over de ethische of sociale rechtvaardigheid van de maatregelen die de patiënten beschermen tegen een ‘ruïnering’ door te hoge zorgkosten. De ambitie van ons rapport is meer bescheiden: het stelt ‘enkel’ een reeks van scenario’s voor, die moeten zorgen voor meer coherentie of vereenvoudiging. Toch kan het zeer nuttig zijn voor diegenen die moeten beslissen over de evolutie van ons terugbetalingssysteem. Het geeft namelijk zeer nauwkeurig de budgettaire gevolgen van elke mogelijke aanpassing weer, en de bevolkingsgroepen op wie dit een impact zou hebben. Achter elke koele berekening gaan er immers mensen schuil.

Marijke EYSSEN
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD
Algemeen Directeur a.i.

[a] Wet van 9 augustus 1963 tot instelling van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD 1
SYNTHESE 2
1. INLEIDING 4
1.1. DE COMPLEXE STRUCTUUR VAN DE BELGISCHE ZIEKTEVERZEKERING 4
1.2. ONDERZOEKSVRAGEN EN SCOPE VAN DE STUDIE 5
1.3. CORRECTIES VOOR ECONOMISCH EN MEDISCH KWETSBARE GROEPEN 8
1.3.1. Bescherming voor economisch kwetsbare groepen 8
1.3.2. Bescherming voor medisch kwetsbare groepen 10
2. SOCIALE BESCHERMING VOOR WIE ZIEK IS (2012-2016) 13
2.1. OPNAME VAN HET RECHT OP VERHOOGDE TEGEMOETKOMING DOOR FINANCIEEL KWETSBARE GROEPEN 13
2.1.1. Wie maakt geen gebruik van het recht op het OMNIO-statuut? 13
2.1.2. Twee systemen worden één 17
2.2. EXTRA BESCHERMING VOOR CHRONISCH ZIEKEN 21
2.2.1. Maximumfactuur voor gehandicapte kinderen 21
2.2.2. De maximumfactuur voor chronisch zieken 21
2.2.3. Een nieuw statuut voor chronisch zieken 22
2.2.4. Wat is de samenhang tussen de beschermingsmaatregelen? 22
2.3. GLOBALE IMPACT VAN DE MAATREGELEN 23
3. PISTES VOOR EEN REDESIGN VAN BESCHERMINGSMAATREGELEN VOOR GEZONDHEIDSZORGUITGAVEN 25
3.1. BESCHERMING LANGDURIG ZIEKEN: UITBREIDING EN VEREENVOUDIGING 25
3.1.1. Beperken van de maximumfactuur chronisch zieken 25

3.1.2. Maximumfactuur voor langdurig psychiatrische patiënten 26
3.2. HET INKOMEN ALS MAATSTAF VOOR DRAAGKRACHT 28
3.2.1. Maximumfactuur: remgeldplafonds op basis van meer recente inkomensgegevens 28
3.2.2. Fiscale hervormingen: van belastingaftrek naar belastingvermindering 29
3.2.3. Welvaartsaanpassing van de inkomensgrenzen voor de maximumfactuur 30
3.2.4. Uitbreiding inkomensonderzoek voor recht op verhoogde tegemoetkoming 31
3.3. REMGELDPLAFONDS VAN DE MAXIMUMFACTUUR: INDEXERING EN VERMINDERING LAAGSTE PLAFOND 32
3.3.1. Indexering van de remgeldplafonds 32
3.3.2. Vereenvoudigde bescherming van lage inkomensgroepen: afschaffen sociale maximumfactuur maar extra remgeldplafond van € 250 33
3.4. GLOBALE IMPACT VAN DE MAATREGELEN 35
3.5. EIGEN RISICO OF MAXIMUMFACTUUR? 37
4. DISCUSSIE 40
■ **AANBEVELINGEN 43**
■ **REFERENTIES 45**

1. INLEIDING

1.1. De complexe structuur van de Belgische ziekteverzekering

Een solidair systeem

Elke ziekteverzekering, ook een private en vrijwillige verzekering, beschermt tegen de onvoorspelbaarheid van (potentieel hoge) ziektekosten. Mensen betalen een bijdrage, en wanneer ze ziek worden of wanneer een ziekenhuisopname nodig is, krijgen ze alle of een deel van de kosten terugbetaald. De Belgische verplichte ziekteverzekering is niet alleen een verzekering tegen ziektekosten, maar is ook een solidair systeem dat de ongelijkheid wil verminderen. De verplichte ziekteverzekering wil twee vormen van solidariteit teweegbrengen: inkomens- en risicosolidariteit.

Inkomenssolidariteit betekent dat mensen met een hoger inkomen meer bijdragen dan mensen met een lager inkomen. Risicosolidariteit heeft betrekking op de verdeling van de ziektekosten: mensen met een lager gezondheidsrisico betalen mee aan de zorg voor mensen met hogere risico's, ongeacht het inkomen. Zo betalen chronisch zieken niet meer voor de verplichte ziekteverzekering dan gezonde mensen. Wie weinig zorg gebruikt, betaalt dus mee aan de kosten van mensen die veel zorg nodig hebben. De zorgkosten zijn immers zeer ongelijk verdeeld: meer dan 50% van de RIZIV-uitgaven (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) wordt besteed aan 5% van de bevolking.[1] Een verplichte ziekteverzekering met risico- en inkomenssolidariteit wil ook voor deze 5% de zorg betaalbaar houden.

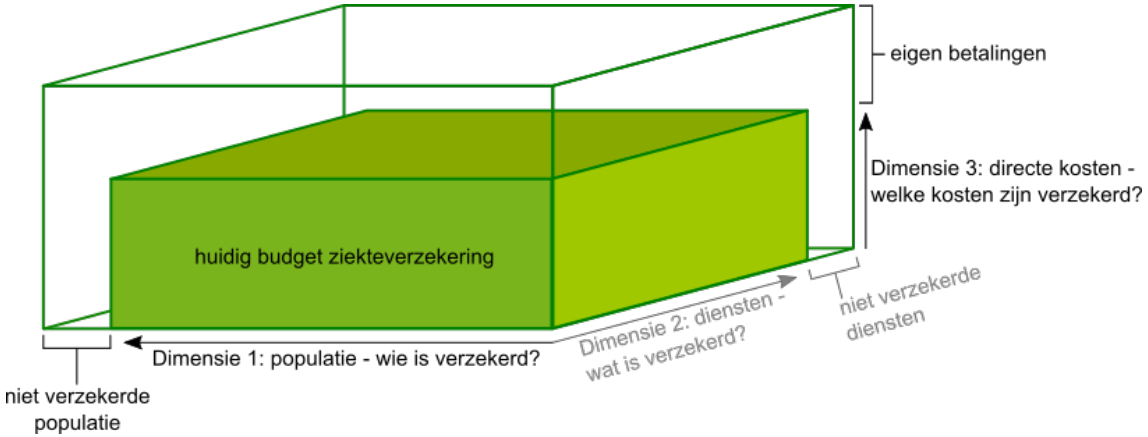
Met extra bescherming tegen hoge eigen betalingen

Een veel gebruikt kader om de dekking van gezondheidszorg door de ziekteverzekering voor te stellen, is het drie-dimensionele kader van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO).[2] De WGO maakt een onderscheid tussen de verzekerde populatie (dimensie 1), het verzekerde pakket (dimensie 2) en het aandeel van de kosten dat door de ziekteverzekering gedekt is (dimensie 3 in Figuur 1). Het Belgische systeem van verplichte ziekteverzekering wordt in dit kader gekenmerkt door een bijna volledige verzekerde populatie (99% van de populatie) met een brede waaier aan verzekerde diensten. Anderzijds betalen patiënten in België zelf een aanzienlijk deel van de kosten. Deze eigen betalingen bestaan uit een persoonlijk aandeel van het officiële RIZIV-tarief, meestal "remgeld" genoemd, en supplementen (zoals voor geneesmiddelen, medisch materiaal, prestaties, eenpersoonskamers in het ziekenhuis). Afhankelijk van de manier waarop ze berekend worden, bedragen de eigen betalingen gemiddeld 20-25% van de totale ziektekosten.[3]

Om de gezondheidszorg financieel toegankelijker te maken voor kwetsbare groepen met een laag inkomen en/of met hoge zorguitgaven, zijn er diverse sociale beschermingsmaatregelen om de eigen betalingen te beperken. Dit maakt de structuur van de verplichte verzekering complex. Deze complexe structuur weerspiegelt de verschillende en soms tegenstrijdige doelstellingen die een beleidsmaker nastreeft, en die kunnen samengevat worden als het aanbieden van zorg die financieel toegankelijk is zonder de duurzaamheid van het systeem te ondermijnen.

Naast beschermingsmaatregelen zijn er nog andere uitzonderingen op de algemene regel van kostendeling tussen de ziekteverzekering en de patiënt. Zo wordt er voor essentiële geneesmiddelen, zoals insuline, geen financiële tussenkomst van de patiënt gevraagd.

Figuur 1 – Drie dimensies van dekking van ziektekosten



1.2. Onderzoeksvragen en scope van de studie

Waarom deze studie?

De beschermingsmaatregelen in gezondheidszorg willen de financiële draaglast van ziekte verlichten. Sommige maatregelen zijn gericht op een specifieke doelgroep met een hoog gebruik van gezondheidszorg of met hoge zorguitgaven (bv. de categorieën van het zorgforfait – zie verder), andere zijn meer algemeen bedoeld voor gezinnen met beperkte middelen (bv. gezinnen die aan een inkomensvoorwaarde voldoen).

De beschermingsmaatregelen zijn gebaseerd op specifieke concepten voor inkomen, gezin, kosten of chroniciteit en ze hanteren daarbij (meestal) niet dezelfde definitie. Dit maakt het complex om de draagkracht en draaglast van gezinnen in beeld te brengen.

In deze studie, uitgevoerd op vraag van het RIZIV, berekenen we de budgettaire en verdelingseffecten van de beleidsmaatregelen (genomen tussen 2012 en 2016) die een impact hebben op de eigen betalingen van de patiënt (Hoofdstuk 2). Daarnaast onderzochten we de impact van een aantal recent doorgevoerde of hypothetische wijzigingen aan de huidige beschermingsmaatregelen (Hoofdstuk 3).

Vertaald in termen van Figuur 1 behandelt deze studie de eigen betalingen (dimensie 3) voor alle personen die aangesloten zijn bij een Belgisch ziekenfonds (dimensie 1). Het pakket aan verzekerde diensten (dimensie 2) is geen onderwerp van deze studie.

Wat werd concreet onderzocht?

Voor elke maatregel werd de globale budgettaire impact voor het RIZIV en voor de patiënten berekend. We hebben hier te maken met communicerende vaten: als patiënten na een hervorming meer (minder) remgeld moeten betalen, brengt dit voor het RIZIV eenzelfde minkost (meerkost) met zich mee. We geven voor elke simulatie de volgende variabelen:

- Totale remgelden (bruto remgeld)
- Terugbetaling in het kader van de maximumfactuur
- Totale remgelden na de maximumfactuur (netto remgeld).

Daarnaast berekenen we voor iedere maatregel de impact op de volgende aantallen:

- Aantal gezinnen met terugbetalingen voor de maximumfactuur
- Aantal extreme betalers
- Aantal personen met recht op verhoogde tegemoetkoming.

Naast de globale impact schetsen we een gedetailleerd profiel van de winnaars en verliezers van een maatregel. Winnaars zijn gezinnen die minder remgeld betalen, verliezers betalen meer remgeld.

Hervormingen van de supplementen worden hier niet bestudeerd. We definiëren supplementen als het verschil tussen de prijs die werkelijk betaald werd door de patiënt en de door het RIZIV gehanteerde vergoedingsbasis (bv. honorariumsupplementen) evenals het bedrag dat door de patiënt betaald wordt voor medische kosten die niet in het pakket van de verplichte ziekteverzekering zijn opgenomen (bv. geneesmiddelen categorie D). In het wetenschappelijk rapport tonen we ook de impact van elke maatregel op de totale eigen betalingen. Het bedrag van de supplementen is echter een onderschatting van de werkelijk betaalde supplementen, omdat supplementen die betaald worden buiten de ziekenhuiscontext niet (noodzakelijk) geregistreerd worden.

De resultaten voor de **extreme betalers** moeten met de nodige omzichtigheid worden geïnterpreteerd. Extreme betalers zijn in deze studie gezinnen die meer dan 10% van hun inkomen aan remgelden besteden. Gezinnen met een belastbaar inkomen gelijk aan € 0 die geen remgeld betalen, worden daardoor niet als extreme betalers beschouwd. Betalen ze wel remgeld, dan worden ze opgenomen in de groep van de extreme betalers. Meer dan 75% van de extreme betalers in onze basissimulatie (zie verder) blijkt volgens de fiscale gegevens geen netto belastbaar inkomen te hebben. Deze groep wordt dus nauwelijks bereikt door maatregelen die inkomensvoorwaarden veranderen, waardoor de globale effecten op de groep extreme betalers beperkt zijn. In het wetenschappelijk rapport wordt voor iedere simulatie meer detail gegeven over de effecten op extreme betalers naargelang hun inkomen.

Hoe gingen we te werk?

De budgettaire en verdelingseffecten van de beleidsmaatregelen tussen 2012 en 2016 werden berekend op basis van de techniek van microsimulatie (zie Tekstvak 1). Met dezelfde techniek werd ook het effect van een aantal hypothetische wijzigingen aan deze beschermingsmaatregelen geëvalueerd. De techniek werd eerder al gebruikt in KCE Rapport 80 (2008). Daarin werden de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en toegankelijkheid van gezondheidszorg onderzocht.[4]

Tekstvak 1 – De techniek van microsimulatie

Met microsimulatie kan **de impact van een beleidsmaatregel voor elk individueel gezin apart worden berekend**. Wanneer we bv. de impact uitdrukken in te betalen remgeld, kan met microsimulatie het remgeld van elk gezin voor en na de beleidsmaatregel worden berekend en kan men een gedetailleerd beeld schetsen van de winnaars en verliezers.[b]

We gebruiken een **statisch microsimulatiemodel**. Dit betekent dat er geen rekening wordt gehouden met mogelijke gedragswijzigingen in zorggebruik na de invoering van een beleidsmaatregel. Een verlaging of verhoging van het remgeld kan immers de vraag naar gezondheidszorg doen toenemen of verminderen. Wanneer mensen de financiële gevolgen van hun handelen niet meer (volledig) zelf moeten dragen maar kunnen afwentelen op een derde partij (bv. een verzekeraar), kan hun gedrag wijzigen. Een wijziging in het gebruik van gezondheidszorg na een prijsverandering kan ook te maken hebben met onderconsumptie die na een remgeldverlaging vermindert. Voor België bestaan er geen cijfers voor dit prijseffect.

Bovendien worden de inkomens, de bevolkingssamenstelling, de honoraria en prijzen constant gehouden. Dit betekent dat bv. het aandeel 75-plussers in onze dataset (2012) niet verandert doorheen de simulaties. We analyseren bijgevolg het effect van een maatregel die in 2016 genomen werd op de bevolkingssamenstelling van 2012 en in prijzen van 2012.

We pasten microsimulatie toe op een **gekoppeld bestand van fiscale en gezondheidszorggegevens** voor een gewogen steekproef van sociaal verzekerden (2012), aangevuld met hun de facto gezinsleden (alle personen die volgens het Rijksregister op 1 januari samenwonen op hetzelfde adres). De gewogen steekproef is representatief voor de Belgische verzekerde bevolking.

De resultaten worden gerapporteerd op het niveau van een de facto of Rijksregistergezin. De meeste variabelen in de dataset zijn echter geregistreerd op het niveau van een individu, zoals leeftijd, recht hebben op een leefloon of een chronische aandoening hebben. Deze individuele kenmerken worden “overgedragen” naar het gezin: van zodra een gezinslid recht heeft op een leefloon, heeft het gezin recht op een leefloon.

De synthese is gebaseerd op volgende documenten:

- een Technische Handleiding die een beschrijving van de gegevens, controles en bewerking van de gegevens bevat;
- een wetenschappelijk rapport met voor elke simulatie een technische fiche en tabellen met gedetailleerde resultaten;
- een bijlage met verdelingseffecten per simulatie.

Het uitgangspunt van de microsimulaties zijn de resultaten van de **basissimulatie** die zo goed mogelijk de realiteit van 2012[c] weergeeft. Deze basissimulatie vertrekt van de werkelijk geregistreerde gegevens uit 2012 maar met aanpassingen voor inconsistenties tussen sommige variabelen en met toevoeging van detailinformatie over de maximumfactuur (zie Technische Handleiding voor de gemaakte keuzes).

Technisch rapport

Deze synthese evenals de bijhorende documenten (wetenschappelijk rapport, Technische Handleiding, bijlage) moeten gelezen worden als een technisch rapport waarin geïllustreerd wordt op welke manier de resultaten van microsimulaties beleidsondersteunend kunnen gebruikt worden. De

[b] Zie Hoofdstuk 6 in KCE Rapport 80 over de evaluatie van de maximumfactuur voor een gedetailleerde uitleg van de techniek van microsimulatie.[4]

[c] In de Technische Handleiding (Hoofdstuk 4) worden de verschillende stappen van de ruwe data tot de basissimulatie in detail beschreven. De ruwe data (paragraaf 3.1.3 in de Technische Handleiding) en de resultaten van de basissimulatie (paragraaf 4.3) worden eveneens vergeleken met de RIZIV-statistieken.

getoonde resultaten zijn niet bedoeld als positieve of negatieve aanbevelingen van de voorgestelde maatregelen.

1.3. Correcties voor economisch en medisch kwetsbare groepen

De fundamenten van de huidige remgeldstructuur werden gelegd door de Wet op de Ziekteverzekering van 9 augustus 1963.[5] De wetgever voorzag toen reeds een verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor bepaalde verzekerden. Zij kregen een hogere terugbetaling van gezondheidskosten. Naast deze verhoogde verzekeringstegemoetkoming (1963) zijn ook de maximumfactuur (2002), het OMNIO-statuut (2007 tot 2014) en het statuut van persoon met een chronische aandoening (2014) maatregelen die de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg moeten waarborgen. De zorgforfaits voor chronisch zieken (1998) helpen chronisch zieken die hoge medische kosten hebben en sterk afhankelijk zijn van de hulp van derden.

In de paragrafen 1.3.1 en 1.3.2 worden deze maatregelen kort uitgelegd, met de nadruk op de huidige reglementering (2018). Sommige maatregelen zijn eerder gericht op economisch kwetsbare groepen, andere eerder op medisch kwetsbare groepen. Het overzicht bevat enkel die maatregelen waarvoor we met de beschikbare gegevens op basis van microsimulaties berekeningen konden maken. Zo blijft bij de (sociale) derdebetalersregeling het te betalen remgeld hetzelfde maar verandert enkel het “prijssignaal”: patiënten moeten niet eerst het volledige bedrag voorschieten maar betalen enkel het remgeld. Om de impact hiervan na te gaan moeten we beter zicht krijgen op mogelijke gedragswijzigingen (zie ook Tekstvak 1) maar dit behoort niet tot de scope van deze studie. Een evaluatie van de (sociale) derdebetalersregeling heeft aangetoond dat de maatregel de toegankelijkheid voor personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming vergroot, maar ook dat de maatregel slechts beperkt wordt toegepast en relatief ongekend is bij mensen met recht op het statuut van persoon met een chronische aandoening (zie verder).[6] Een meer gedetailleerde beschrijving van de maatregelen is beschikbaar op de website van het RIZIV.

1.3.1. Bescherming voor economisch kwetsbare groepen

Verhoogde tegemoetkoming en het OMNIO-statuut

Oorspronkelijk (1963) werd de verhoogde terugbetaling van ziektekosten alleen toegekend aan weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen (WIGW) en hun gezinsleden met een bruto belastbaar gezinsinkomen onder een bepaalde grens, het zogenaamde WIGW-statuut. In 1997 en 1998 werd het WIGW-statuut uitgebreid naar andere economisch kwetsbare groepen en werd de naam vervangen door verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming. Doorheen de jaren werd het systeem verder uitgebreid naar andere groepen, maar de rechthebbende moest wel altijd een bepaalde hoedanigheid hebben en een inkomensvoorwaarde vervullen (met uitzondering voor kinderen met een erkende handicap). Mogelijke hoedanigheden zijn: rechthebbende op een leefloon of inkomensgarantie voor ouderen, langdurig werkloos zijn of recht hebben op een tegemoetkoming voor personen met een handicap. Een laag inkomen was dus niet altijd voldoende (zie RIZIV (2016)[7] voor de historiek van de wetgeving op de verhoogde tegemoetkoming).

Dankzij het OMNIO-statuut (1 juli 2007) kregen gezinnen met een laag inkomen die niet voldeden aan de andere voorwaarden voor de verhoogde tegemoetkoming eveneens het recht op een lager remgeld, maar dit recht werd niet automatisch toegekend. Er werd na aanvraag steeds een inkomensonderzoek uitgevoerd door het ziekenfonds.

Beide systemen – verhoogde tegemoetkoming en het OMNIO-statuut – bestonden naast elkaar, maar ze hanteerden wel verschillende voorwaarden van inkomen en gezinssamenstelling. In 2014 werden beide systemen geïntegreerd, en sedertdien wordt enkel nog de term verhoogde tegemoetkoming gebruikt (zie Tekstvak 2). Paragraaf 5.3 van de Technische Handleiding beschrijft in detail de reglementering voor en na 2014 en de manier waarop de hervorming in de data geïmplementeerd werd.

Tekstvak 2 – Recht op verhoogde tegemoetkoming (2018)

Wat? Rechthebbenden op de verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming betalen minder remgeld.

Wie? Het recht op de verhoogde tegemoetkoming kan op drie manieren verkregen worden:

1. Het ziekenfonds kent de verhoogde tegemoetkoming automatisch toe indien iemand recht heeft op één van volgende sociale uitkeringen:
   - o het leefloon van het OCMW
   - o de inkomensgarantie voor ouderen
   - o tegemoetkoming voor personen met een handicap
   - o toeslag voor een kind met een erkende handicap van minstens 66%
2. Het ziekenfonds kent de verhoogde tegemoetkoming automatisch toe aan iemand met de hoedanigheid van:
   - o kind (jonger dan 25) dat bij het ziekenfonds ingeschreven is als gerechtigde in het statuut wees
   - o niet-begeleide minderjarige vreemdeling
3. Het ziekenfonds kent de verhoogde tegemoetkoming toe op basis van het inkomen na aanvraag bij het ziekenfonds en een inkomensonderzoek.

Gezinsconcept? De verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend aan de rechthebbende, de samenwonende partner, en aan hun personen ten laste voor manieren 1 en 2. Voor manier 3 wordt de verhoogde tegemoetkoming toegekend aan de titularis van de aanvrager (mogelijks maar niet noodzakelijk de aanvrager zelf), de samenwonende partner, en aan hun personen ten laste.

Inkomensconcept? In principe wordt rekening gehouden met het bruto belastbaar gezinsinkomen van het vorige jaar (“referentieperiode”). Bij stabiele inkomsten (bv. voor gepensioneerden) is dit het bruto belastbaar maandinkomen van de maand voorafgaand aan de aanvraag (deze situatie wordt ”indicator” genoemd en is gebaseerd op een verklaring op erewoord).

Beschouwde inkomen	*Inkomensvoorwaarde*
Bruto belastbaar gezinsinkomen van het vorige jaar	Inkomen kleiner of gelijk aan € 18 335,43 voor de aanvrager + € 3 394,38 per bijkomend gezinslid
Huidige inkomen, herrekend naar jaarbasis	Inkomen kleiner of gelijk aan € 18 730,66 voor de aanvrager + € 3 467,55 per bijkomend gezinslid

De maximumfactuur

De maximumfactuur bestaat uit vier types (zie ook paragraaf 1.3.2 voor vierde type), waarbij telkens een verschillend inkomens- en gezinsconcept gehanteerd wordt. Alle gezinnen hebben recht op één of meerdere types van de maximumfactuur (zie Tekstvak 3).

Het basisprincipe van de maximumfactuur (MAF) is dat het remgeldbedrag dat een gezin op jaarbasis betaalt een bepaald plafond niet mag overschrijden. Alle remgelden boven dit plafond worden door de ziekteverzekering volledig terugbetaald.

In het huidige systeem zit bijna alle door de ziekteverzekering terugbetaalde zorg in de MAF. Uitzonderingen hierop zijn onder andere de remgelden op bepaalde farmaceutische producten en voor langdurige verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis (zie ook sectie 4.1 in de Technische Handleiding). De wet van 14 juli 1994 (artikel 37sexies) geeft een opsomming van de grote categorieën van deze uitzonderingen, maar is onvoldoende gedetailleerd. Het ontbreken van een authentieke bron leidt tot verschillen in toepassing bij de ziekenfondsen (zie Technische Handleiding, paragraaf 4.1).

De bescherming tegen (hoge) ziektekosten die de maximumfactuur biedt, geldt alleen voor de remgelden maar niet voor supplementen en niet-medische ziektekosten.

Tekstvak 3 – De maximumfactuur (2018)

Sociale maximumfactuur

Het remgeldplafond bij de sociale maximumfactuur bedraagt € 468,18 per gezin. Personen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming hebben in principe ook recht op de sociale maximumfactuur. Dit is niet het geval als de verhoogde tegemoetkoming toegekend werd op basis van een integratietegemoetkoming voor personen met een handicap en de partner een inkomen heeft.

Inkomensmaximumfactuur

Voor de inkomensmaximumfactuur bestaat een gezin uit alle personen die volgens het Rijksregister op 1 januari samenwonen op hetzelfde adres (de facto gezin). Onder bepaalde voorwaarden kunnen personen in een zorgafhankelijke situatie echter als een apart gezin worden beschouwd, ook al wonen ze op hetzelfde adres.

Alle gezinnen of gezinsleden die geen recht hebben op de sociale maximumfactuur, hebben recht op de inkomensmaximumfactuur.

Het remgeldplafond is afhankelijk van het netto belastbaar gezinsinkomen drie jaar voor het jaar van aanvraag (t-3):

Inkomensschijf	*Remgeldplafond*
van € 0,00 tot € 18 620,31	€ 468,18
van € 18 620,32 tot € 28 625,25	€ 676,26
van € 28 625,26 tot 38 630,22	€ 1 040,40
van € 38 630,23 tot 48 218,29	€ 1 456,56
vanaf € 48 218,30	€ 1 872,72

Chronisch zieken, personen met een handicap of andere zorgafhankelijke personen die inwonen bij een gezin met een hoog inkomen en die een apart gezin vormen, kunnen dus genieten van een lager remgeldplafond.

Maximumfactuur voor kinderen

Het remgeldplafond voor kinderen jonger dan 19 jaar bedraagt € 676,26 ongeacht het gezinsinkomen. Indien het remgeldplafond van het gezin lager is dan € 676,26 geldt het plafond van het gezin. Het gaat om een individueel recht van het kind en is niet overdraagbaar naar de andere gezinsleden.

Sedert 2014 hebben kinderen met verhoogde kinderbijslag (66% handicap) onder bepaalde voorwaarden ook recht op de sociale maximumfactuur. Kinderen die reeds voor 4 juli 2002 een bijkomende kinderbijslag ontvingen en tijdens het betreffende kalenderjaar van uitgaven nog steeds recht hebben op bijkomende kinderbijslag genieten bovendien van een individueel, niet-geïndexeerd, plafond van € 450.

1.3.2. Bescherming voor medisch kwetsbare groepen

Ook voor chronisch zieken heeft de beleidsmaker extra beschermingsmaatregelen ingevoerd, bovenop de bescherming die de verplichte ziekteverzekering biedt. De diverse maatregelen hanteren hierbij elk een eigen definitie van “chronisch ziek” zijn, maar in grote lijnen kunnen twee soorten definities onderscheiden worden: op basis van gezondheidskosten (voor de patiënt of het RIZIV) en op basis van gebruik van (bepaalde types van) zorg. Tot de eerste groep behoren het recht op het “statuut van persoon met een chronische aandoening” en de maximumfactuur voor chronisch zieken, tot de tweede groep het recht op het zorgforfait.

De maximumfactuur voor chronisch zieken

Sedert 2009 biedt de maximumfactuur voor chronisch zieken extra bescherming tegen hoge remgelden.

Tekstvak 4 – De maximumfactuur voor chronisch zieken (2018)

Wat? De maximumfactuur voor chronisch zieken verlaagt automatisch het remgeldplafond met € 104,04 voor de sociale MAF, de inkomens-MAF en de MAF voor kinderen met een remgeldplafond van € 676,26. Chronisch zieken krijgen dus sneller een volledige tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering.

Wie? Voor elk gezin met minstens één chronisch zieke. Een chronisch zieke is

- een gezinslid dat gedurende de twee voorgaande kalenderjaren een minimumplafond aan remgeld heeft overschreden (€ 450 in 2016 en € 459 in 2017) of
- een gezinslid dat tijdens het lopende kalenderjaar het statuut van persoon met een chronische aandoening (zie verder) kreeg.

Gezinsconcept? Het gezinsconcept van de sociale MAF, inkomens-MAF of MAF voor kinderen is van toepassing, afhankelijk van het gezin waartoe de chronisch zieke behoort.

Inkomensconcept? Het inkomensconcept van de sociale MAF, inkomens-MAF of MAF voor kinderen is van toepassing, afhankelijk van het gezin waartoe de chronisch zieke behoort.

Statuut van persoon met een chronische aandoening

In 2014 werd het statuut van persoon met een chronische aandoening ingevoerd.

Tekstvak 5 – Statuut van persoon met een chronische aandoening (2018)

Wat? Dit statuut geeft recht op de derdebetalersregeling bij de huisarts of tandarts en een vermindering van het remgeldplafond (zie maximumfactuur voor chronisch zieken). In de derdebetalersregeling moet de patiënt enkel het remgeld en eventuele supplementen betalen aan de zorgverstrekker.

Wie?

Het statuut wordt automatisch door het ziekenfonds toegekend voor twee jaar (en is verlengbaar)

- indien iemand recht heeft op het zorgforfait (zie verder); of
- indien iemand gedurende acht opeenvolgende kwartalen (in twee kalenderjaren) minstens € 300 (geïndexeerd: € 307,68 in 2016 en € 315,40 in 2017) gezondheidszorguitgaven (RIZIV + remgeld) heeft.

Iemand die acht kwartalen minstens € 300 (geïndexeerd) aan gezondheidsuitgaven heeft en een zeldzame ziekte of weesziekte heeft kan het statuut voor een periode van vijf jaar i.p.v. de automatisch toegekende twee jaar aanvragen. Het ziekenfonds beoordeelt de aanvraag op basis van een medisch getuigschrift.

Gezinsconcept? De derdebetalersregeling is een individueel recht. Voor de remgeldvermindering is het gezinsconcept van de sociale MAF, inkomens-MAF of MAF voor kinderen van toepassing, afhankelijk van het gezin waartoe de rechthebbende op het statuut van persoon met een chronische aandoening behoort.

Inkomensconcept? Voor de remgeldvermindering is het inkomensconcept van de sociale MAF, inkomens-MAF of MAF voor kinderen van toepassing, afhankelijk van het gezin waartoe de rechthebbende op het statuut van persoon met een chronische aandoening behoort.

Het zorgforfait voor chronisch zieken

Het zorgforfait (1998) is een jaarlijkse tegemoetkoming voor chronisch zieken die sterk afhankelijk zijn van anderen.

Tekstvak 6 – Zorgforfait voor chronisch zieken (2018)

Wat? Het bedrag van de jaarlijkse tegemoetkoming wordt bepaald door de afhankelijkheidssituatie en wordt jaarlijks geïndexeerd. Het ziekenfonds kent de tegemoetkoming automatisch toe.

Wie? Er zijn twee voorwaarden: een verlies aan zelfredzaamheid en hoge remgelden

Verlies aan zelfredzaamheid

Tegemoetkoming van € 307,68

- minstens zes maanden erkend zijn als rechthebbende met een zware aandoening waarvoor kinesitherapie of fysiotherapie moet worden gevolgd
- in het betrokken of voorafgaande kalenderjaar samen, minstens zesmaal of gedurende minstens 120 dagen opgenomen zijn in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis
- voldoen aan de medische voorwaarden die recht geven op bijkomende kinderbijslag voor kinderen met een handicap of ernstige ziekte

Tegemoetkoming van € 461,55

- voldoen aan de afhankelijkheidsvoorwaarden voor de toekenning van de integratietegemoetkoming voor gehandicapten
- voldoen aan de afhankelijkheidsvoorwaarden voor de toekenning van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood met een handicap
- recht hebben op een tegemoetkoming voor hulp van derden (mindervaliden)
- als invalide met gezinslast, recht hebben op een tegemoetkoming voor hulp van derden
- als invalide zonder gezinslast, recht hebben op een uitkering als gerechtigde met gezinslast wegens een behoefte aan hulp van derden

Tegemoetkoming van € 615,38

- minstens drie maanden recht hebben op thuisverpleging waarvoor een forfait B of C wordt aangerekend (beide forfaits wijzen op een hoge mate van fysieke afhankelijkheid)

Hoge remgelden

Indien in het betrokken kalenderjaar en het kalenderjaar daarvoor telkens een totaal van € 450 (of € 365 bij verhoogde tegemoetkoming) aan remgelden is betaald. Er wordt enkel rekening gehouden met de remgelden van de chronisch zieke.

Gezinsconcept? Het recht op het zorgforfait is een individueel recht.

Inkomensconcept? Er is geen inkomensvoorwaarde.

2. SOCIALE BESCHERMING VOOR WIE ZIEK IS (2012-2016)

Paragrafen 2.1 en 2.2 geven een gedetailleerde beschrijving van de maatregelen die tussen 2012 en 2016 genomen zijn en van hun verdelingseffecten.

Een overzicht van de globale impact van deze maatregelen volgt in Tabel 1 en Figuur 7. Alle bedragen zijn uitgedrukt in euro (2012).

2.1. Opname van het recht op verhoogde tegemoetkoming door financieel kwetsbare groepen

In 2012 gaven twee parallelle systemen recht op een lager remgeld: de verhoogde tegemoetkoming en het OMNIO-statuut. De verhoogde tegemoetkoming werd automatisch toegekend aan personen met bepaalde sociale voordelen zoals een leefloon of een inkomensgarantie voor ouderen. Verzekerden met een specifieke hoedanigheid (bv. WIGW, of volledig langdurig werkloze van minstens 50 jaar) kregen het recht ook automatisch, maar pas na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds. Het OMNIO-statuut moest daarentegen aangevraagd worden bij het ziekenfonds dat vervolgens een inkomensonderzoek uitvoerde. Bovendien was ook de definitie van inkomen en gezin verschillend.

In 2014 werd het OMNIO-statuut afgeschaft en werden de twee systemen geïntegreerd in de verhoogde tegemoetkoming (Koninklijk Besluit van 15 januari 2014[8]). De belangrijkste doelstelling was een vereenvoudiging van de toekenningsvoorwaarden voor verhoogde tegemoetkoming. Een uniform begrippenkader was hierbij een belangrijk instrument. De hervorming van 2014 voorzag, naast een uniform begrippenkader, een reeks andere maatregelen om het gebruik van het recht op de verhoogde tegemoetkoming verder te doen toenemen. De simulatie van deze hervorming wordt beschreven in paragraaf 2.1.2. In paragraaf 2.1.1 onderzoeken we de situatie voor deze hervorming. Op deze manier kan de impact van de hervorming in 2014 apart geanalyseerd worden van de impact van een volledige opname van het OMNIO-statuut.

2.1.1. Wie maakt geen gebruik van het recht op het OMNIO-statuut?

Bij de invoering van het OMNIO-statuut (2007) werd een inschatting gemaakt van het mogelijk aantal gebruikers. Omdat in 2010 het werkelijk aantal beduidend lager bleek te liggen, werd de klassieke verhoogde tegemoetkoming uitgebreid met drie groepen.[7] Indien aan de inkomensvoorwaarde voldaan werd, hadden vanaf 2010 verzekerden met de hoedanigheid van langdurig werkloze (zonder leeftijdslimiet), eenoudergezinnen en rechthebbenden op een toelage uit het Sociaal Verwarmingsfonds ook recht op de verhoogde tegemoetkoming.

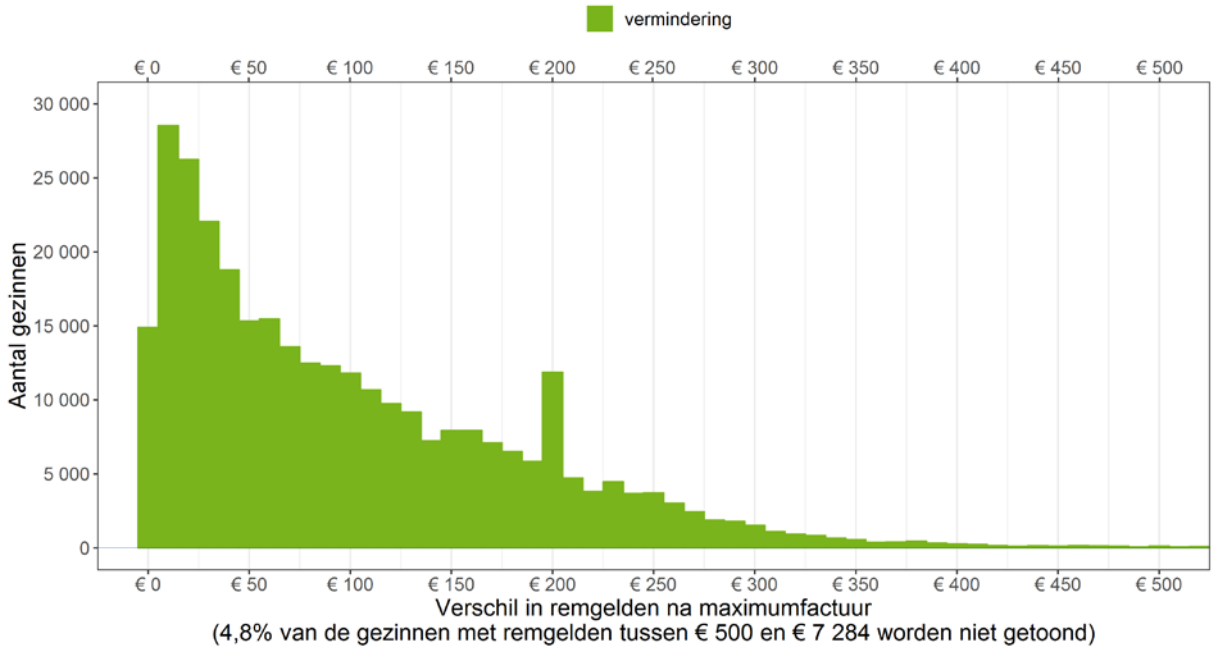
In tegenstelling tot de andere simulaties in Hoofdstuk 2 die de impact berekenen van een maatregel die in de periode 2012-2016 effectief is ingevoerd, wil de simulatie in deze paragraaf vooral een profiel schetsen van de verzekerden die recht hebben op het OMNIO-statuut maar dit niet opnemen. De resultaten worden vergeleken met de basissimulatie (N_0). We berekenen bijgevolg de globale impact van een **volledige opname van het OMNIO-statuut** (in 2012; simulatie N_1) en we vergelijken de kenmerken van de verzekerden die het OMNIO-statuut niet opnemen, met de kenmerken van zij die dat wel doen.

Globale impact van een volledige opname van het OMNIO-statuut

Een volledige opname van het recht op het OMNIO-statuut zou resulteren in een daling van de terugbetalingen voor de maximumfactuur door het RIZIV (met -6,85%), een daling van het totale netto remgeld (-1,86%), een daling van het aantal de facto gezinnen met MAF-terugbetalingen (-4,96%) en van het aantal extreme betalers (-5,53%) (zie Tabel 1 in het wetenschappelijk rapport). De daling in het aantal gezinnen met MAF-terugbetalingen en in het bedrag van de MAF-terugbetalingen kan verklaard worden doordat er minder gezinnen zijn die het remgeldplafond voor de MAF bereiken: 70% van de gezinnen die het OMNIO-statuut verkrijgen en gebruik maakten van de MAF in de basissimulatie, heeft geen MAF-terugbetalingen meer. De globale kost voor het RIZIV (verandering in netto remgeldbedrag) bedraagt 33,06 miljoen euro.

Het aantal personen met recht op verhoogde tegemoetkoming neemt bij een volledige opname toe met 43,99%. Het aantal de facto gezinnen met minstens één gezinslid dat recht heeft op het OMNIO-statuut neemt toe van 1,88% (N=93 560) naar 11,49% (N=572 350). Dit betekent dat 478 790 de facto gezinnen hun recht op het OMNIO-statuut niet opnemen. In 33 883 van deze gezinnen had minstens één persoon wel reeds recht op de verhoogde tegemoetkoming. Voor iets meer dan 66% van deze gezinnen (N=316 398) betekent het recht op het OMNIO-statuut ook dat ze minder remgeld moeten betalen. Gemiddeld genomen bedraagt de vermindering in remgeld € 104,49 per gezin (zie ook Figuur 2). De piek in Figuur 2 bij een vermindering van € 200 zijn gezinnen die nu recht hebben op het OMNIO-statuut en dus een remgeldplafond van € 450, terwijl ze voorheen een remgeldplafond van € 650 in de inkomensmaximumfactuur hadden.

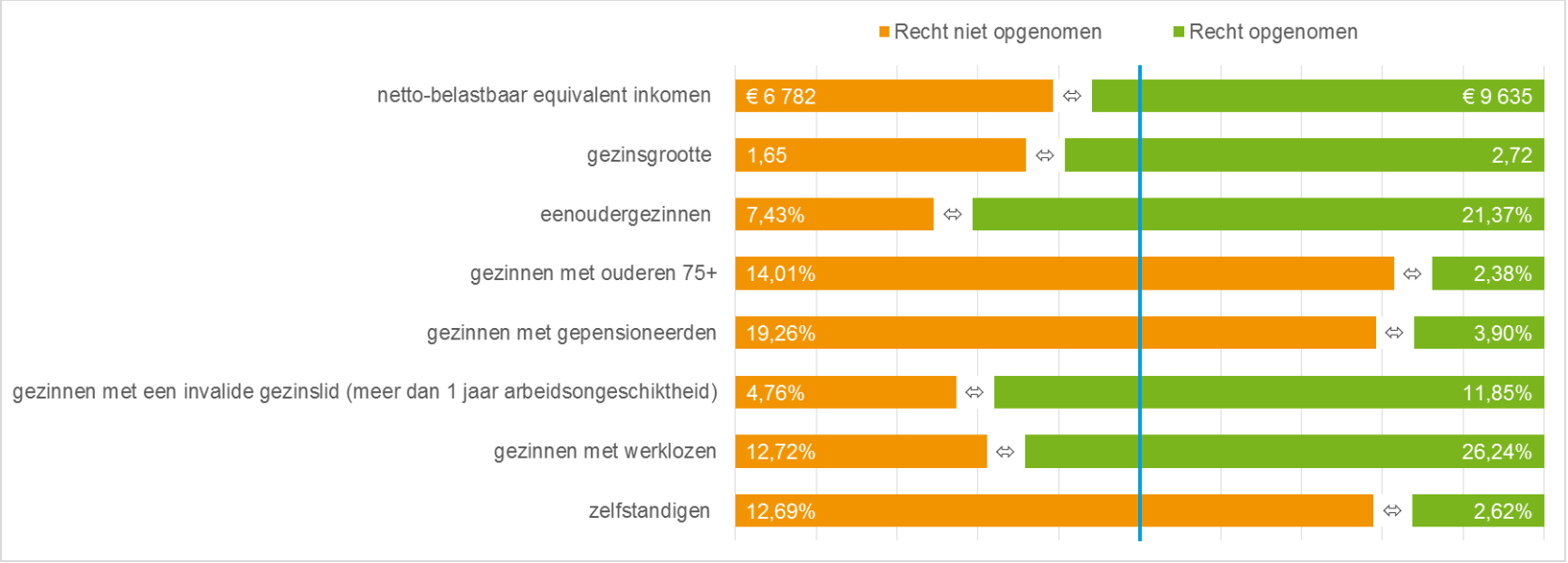
Figuur 2 – Aantal gezinnen per vermindering in remgeld bij opname OMNIO-statuut



Wie maakt geen gebruik van het recht op het OMNIO-statuut?

Wanneer we de gezinnen die geen gebruik maken van hun recht op het OMNIO-statuut (478 790 gezinnen) **vergelijken met de gezinnen die dat wel doen** (93 560 gezinnen), dan stellen we een aantal opvallende demografische en socio-economische verschillen vast (zie Figuur 3).

Figuur 3 – Demografische en socio-economische gezinskenmerken volgens opname OMNIO-statuut



Equivalent inkomen = gezinsinkomen gecorrigeerd voor gezinsgrootte. De verticale blauwe lijn geeft visueel weer waar beide groepen gelijk zouden zijn. De grootte van de oranje en groene balkjes kan enkel per variabele en niet tussen de variabelen vergeleken worden.

De gezondheids-gerelateerde kenmerken zijn minder verschillend tussen beide groepen (niet opgenomen in Figuur 3, zie Tabel 4 in het wetenschappelijk rapport). Het aandeel gezinnen dat voldoet aan één van de voorwaarden om recht te hebben op het zorgforfait voor chronisch zieken is nagenoeg gelijk in beide groepen, met uitzondering van het recht op verhoogde kinderbijslag. Het aandeel gezinnen met minstens één gezinslid met recht op het statuut van persoon met een chronische aandoening is kleiner in de groep van de gezinnen die hun recht niet opnemen (8,21% versus 10,39%). Het verschil tussen beide groepen is opvallend groter voor het recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken: in 5,13% van de gezinnen die het OMNIO-statuut niet opnemen heeft minstens één gezinslid recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken. In gezinnen die het OMNIO-statuut wel opnemen is dit slechts 1,52%.

Een andere indicator die wijst op hoge gezondheidskosten is het remgeldbedrag. Het gemiddelde remgeld (voor tussenkomst van de maximumfactuur) in een gezin dat het recht op OMNIO niet opneemt bedraagt € 135,50, in een gezin met OMNIO is dit € 198,17 euro. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is de kleinere gezinsgrootte (zie Figuur 3) in de eerste groep. Het remgeld op percentiel 90 (90% van de gezinnen betaalt minder remgeld en 10% betaalt meer remgeld) bedraagt € 377,14 voor de gezinnen die hun recht niet opnemen en € 441,67 voor de gezinnen die hun recht op OMNIO hebben opgenomen.

Voor een vergelijking met de **totale Belgische bevolking** van de gezinnen die bij een volledige opname ook minder remgeld moeten betalen (N=316 398), zie Tabel 4 in het wetenschappelijk rapport.

2.1.2. Twee systemen worden één

Vereenvoudigd systeem maar ook meer controles

Door de integratie van het OMNIO-statuut en het recht op de verhoogde tegemoetkoming in één systeem in 2014 wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming ofwel automatisch toegekend (op basis van een uitkering of hoedanigheid), ofwel gebeurt er eerst een inkomensonderzoek door het ziekenfonds (zie Tekstvak 2).

De doelstelling van elke sociale beschermingsmaatregel is dat de doelgroep zo goed mogelijk wordt bereikt. De hervorming in 2014 heeft de aanvraagprocedure voor het recht op de verhoogde tegemoetkoming sterk vereenvoudigd en toegankelijker gemaakt. Anderzijds wil men het recht op de verhoogde tegemoetkoming enkel toekennen aan gezinnen die aan de inkomensvoorwaarden voldoen. Daarom werden niet alleen de regels om het recht te openen aangepast, maar werden ook de controles hervormd. Het proces van de systematische controle werd geoptimaliseerd zodat potentiële rechthebbenden sneller hun recht kunnen openen. Voor gezinnen met een inkomen boven het plafond voor de verhoogde tegemoetkoming wordt het recht ook sneller stopgezet.

Proactieve acties om opname van het recht op verhoogde tegemoetkoming te verhogen

Om de beoogde doelgroep nog beter te bereiken werd bij de hervorming van 2014 ook beslist dat het RIZIV en de ziekenfondsen zelf actief op zoek moeten gaan naar potentiële rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming in plaats van een aanvraag van de verzekerden af te wachten. Dit initiatief dat de naam “proactieve flux” kreeg, betekent concreet dat er een uitwisseling gebeurt van het bruto belastbaar inkomen tussen enerzijds de Federale Overheidsdienst (FOD) Financiën en anderzijds het RIZIV en de ziekenfondsen. Het KB van 14 januari 2014 omschrijft de gezinnen voor wie deze gegevensuitwisseling niet moet gebeuren, bv. omdat het gezin in vorige jaren het recht op de verhoogde tegemoetkoming verloren heeft. De gezinnen met een inkomen onder het plafond voor verhoogde tegemoetkoming (maximaal 600 000 gezinnen) worden door het ziekenfonds gecontacteerd sedert november 2015. Deze proactieve gegevensstroom loopt nog steeds (september 2018).

Globale impact van de hervorming van het recht op de verhoogde tegemoetkoming in 2014

Het is onmogelijk om met de beschikbare gegevens de globale impact van elke maatregel, zoals bijvoorbeeld de proactieve flux, van de hervorming te berekenen. Hiervoor is aanvullend onderzoek nodig, zoals de studie die door de Christelijke Mutualiteiten in samenwerking met de Universiteit Antwerpen is uitgevoerd en waarbij het effect van het proactief contact van het ziekenfonds op gezinnen met een laag inkomen werd berekend.[9] In de groep die schriftelijk, telefonisch of per e-mail werd gecontacteerd lag het percentage gezinnen dat de verhoogde tegemoetkoming opnam drie tot vier maal zo hoog als in de controlegroep die niet gecontacteerd werd.

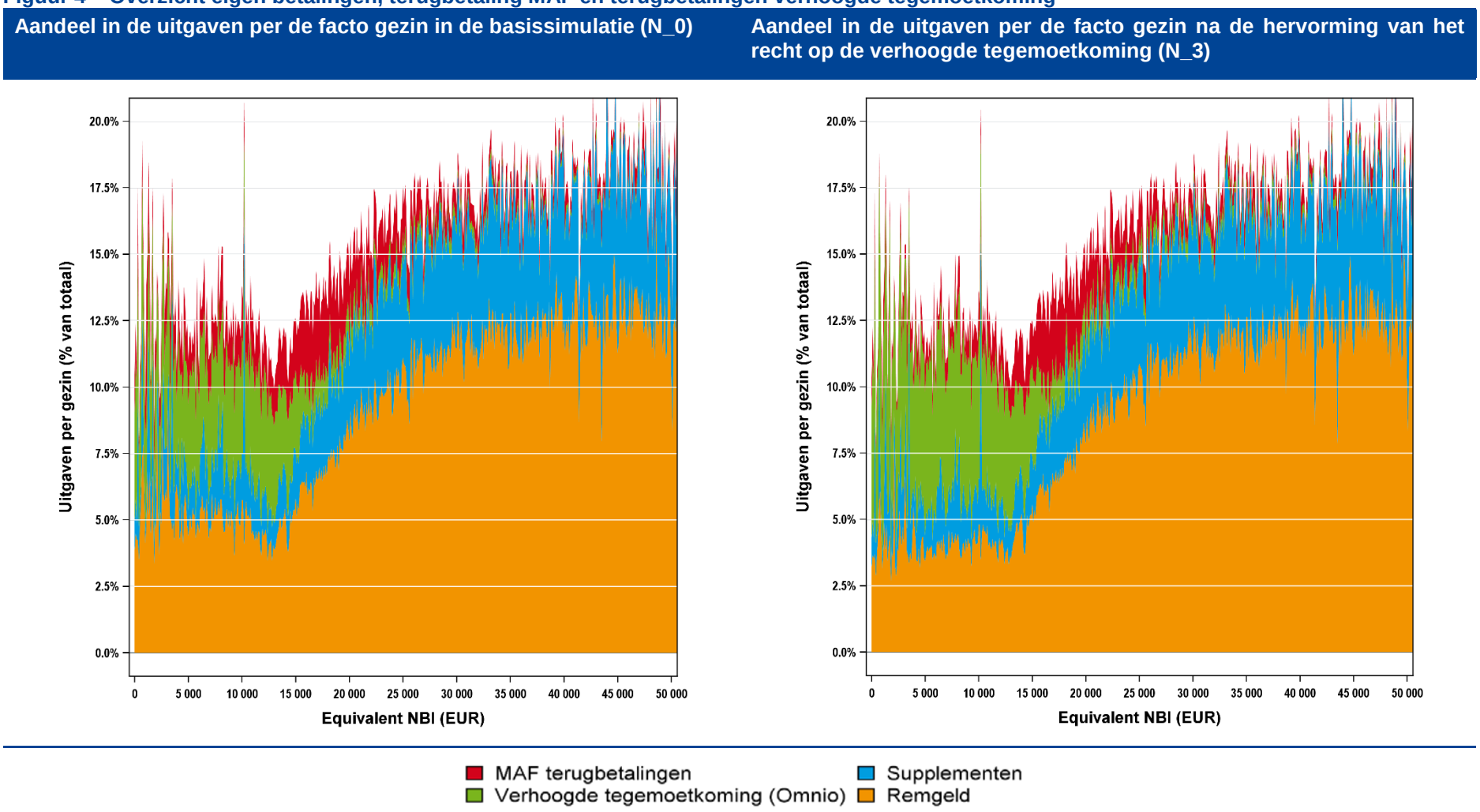
De resultaten in deze en volgende sectie (winnaars en verliezers) geven de gezamenlijke impact weer van het uniform maken van de gezinsdefinitie (aanvrager, partner en hun personen ten laste; simulatie N_2) en van een inkomenscontrole volgens de nieuwe gezinsdefinitie (simulatie N_3). In simulatie N_3 wordt de inkomenscontrole niet toegepast op gezinnen die voor 2014 recht hadden op de verhoogde tegemoetkoming en gezinnen die recht hadden op het OMNIO-statuut, waarbij het gezin toen ook bestond uit de rechthebbende, partner en hun personen ten laste: zij behouden zonder inkomenscontrole dit recht. Deze selectie van gezinnen die al dan niet een inkomenscontrole ondergaan, komt overeen met de overgangsmaatregelen die werden genomen bij de hervorming van 2014. De impact van een inkomenscontrole voor een ruimere selectie van gezinnen komt aan bod in paragraaf 3.2.4. We gaan opnieuw uit van een *volledige opname van het recht op de verhoogde tegemoetkoming*. De inkomenstoets (op basis van onze data) laat immers toe om na te gaan wie recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming maar niet om een onderscheid te maken tussen verzekerden die hun recht effectief opnemen of niet.

In vergelijking met de basissimulatie (N_0) is het aantal personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (N_3) toegenomen met 1 039 710 personen (in 715 500 de facto gezinnen). In meer dan 93% van deze gezinnen had voor de hervorming geen enkel gezinslid recht op de verhoogde tegemoetkoming. Het aantal extreme betalers neemt af met 5,7% (van 152 098 naar 143 343 gezinnen).

Voor het RIZIV betekent de hervorming (met een volledige opname) een daling van de MAF-terugbetalingen met € 27 120 274. In totaal ontvangen 33 848 gezinnen geen MAF-terugbetalingen meer. Het netto betaalde remgeld daalt met 2,88%.

Figuur 4 toont de veranderde structuur in de eigen betalingen (remgeld en supplementen apart), de terugbetalingen gerelateerd aan de verhoogde tegemoetkoming (en OMNIO) en de terugbetalingen in het kader van de maximumfactuur voor gezinnen met een equivalent belastbaar inkomen tot € 50 000. De effecten van een volledige opname van het recht op de verhoogde tegemoetkoming situeren zich hoofdzakelijk bij de laagste inkomens, tot een equivalent belastbaar inkomen van € 15 000. Voor deze groep daalt het betaalde remgeld (van gemiddeld 5,07% van hun gezondheidszorguitgaven in simulatie N_0 naar 4,15% in simulatie N_3) en stijgen de terugbetalingen in het kader van de verhoogde tegemoetkoming (van gemiddeld 4,00% naar 5,26%). De daling in het betaalde remgeld leidt ertoe dat minder gezinnen de plafonds van de maximumfactuur bereiken met een kleine daling in uitgaven tot gevolg (van 1,53% van de gezondheidsuitgaven naar 1,04%).

Figuur 4 – Overzicht eigen betalingen, terugbetaling MAF en terugbetalingen verhoogde tegemoetkoming



NBI = netto belastbaar inkomen

Wie wint en verliest bij een uniform gezinsconcept?

De globale impact van de hervorming verbergt de uiteenlopende gevolgen voor verschillende groepen. De winnaars van de hervorming zijn gezinnen die minder remgeld betalen (N=520 192), de verliezers (N=1 893) betalen meer remgeld. Tabel 9 in het wetenschappelijk rapport vergelijkt de kenmerken van de gezinnen die winnen en verliezen met de kenmerken van de algemene bevolking.

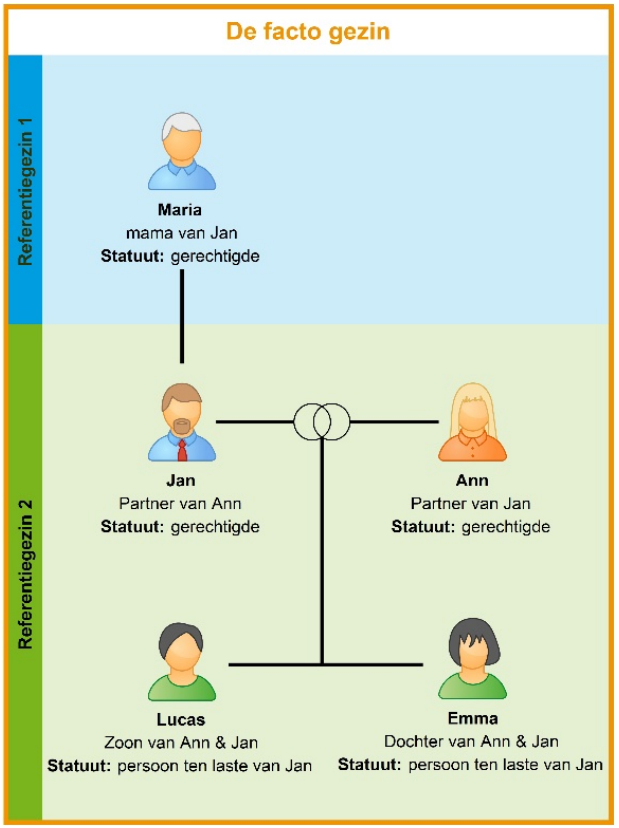
Het profiel van de winnaars kan vergeleken worden met het profiel van de verliezers, van de algemene bevolking en van de winnaars onder paragraaf 2.1.1 (gezinnen die minder remgeld betalen na opname OMNIO-statuut maar zonder aanpassing van het gezinsconcept en inkomenscontrole). We vergelijken in deze paragraaf de winnaars (N=520 192) met de winnaars onder paragraaf 2.1.1 (N=316 398); Tabel 9 van het wetenschappelijk rapport vergelijkt de winnaars met de twee andere groepen.

De winnaars van de hervorming van 2014 (N_3; bij volledige opname van het recht op verhoogde tegemoetkoming) hebben in vergelijking met de winnaars zonder een uniform gezinsconcept en aangepaste inkomenscontrole (N_1; maar eveneens met een volledige opname):

- een aanzienlijk hoger netto equivalent belastbaar inkomen (€ 17 363 versus € 8 457)
- meer gezinsleden (2,56 versus 1,88)
- minder werklozen (10,12% versus 15,35%)
- minder zelfstandigen (9,95% versus 14,84%).

Het verschil in inkomen is opvallend. Door de hervorming van 2014 wordt een ander gezinsconcept gehanteerd, en worden de inkomens gecontroleerd volgens de nieuwe gezinsdefinitie. Een de facto gezin in het oude systeem kan nu uit meerdere “referentiegezinnen” (rechthebbende, partner en hun personen ten laste) bestaan (zie Figuur 5). In tegenstelling tot simulatie N_1, kan in simulatie N_3 een de facto gezin met een belastbaar inkomen boven de inkomensgrens toch een (gedeeltelijk) recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, indien het de facto gezin bestaat uit meerdere kleinere referentiegezinnen die een lager inkomen hebben en hierdoor recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (bv. referentiegezin 1 in Figuur 5). Dit verklaart het hogere netto equivalent belastbaar inkomen van de winnende de facto gezinnen in simulatie N_3 in vergelijking met simulatie N_1.

Figuur 5 – Voorbeeld van de relatie tussen een de facto gezin en een referentiegezin



De gezondheids-gerelateerde kenmerken (zoals de categorieën voor het zorgforfait, recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken en het statuut van persoon met een chronische aandoening) zijn zeer vergelijkbaar voor de winnaars in simulatie N_1 en de winnaars in simulatie N_3 (zie Tabel 4 en Tabel 6 in het wetenschappelijk rapport).

2.2. Extra bescherming voor chronisch zieken

2.2.1. Maximumfactuur voor gehandicapte kinderen

Voor 2014 was een verlaagd remgeldplafond (niet-geïndexeerd plafond van € 450) van kracht voor kinderen met een recht op verhoogde kinderbijslag daterend van voor 4 juli 2002 (zie ook Tekstvak 3). In 2014 werd de verlaging van het remgeldplafond uitgebreid tot alle kinderen met een fysieke of mentale handicap van minstens 66% en die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (simulatie N_4). Voor deze groep wordt het remgeldplafond gelijkgesteld aan dat van de sociale maximumfactuur (€ 450, onderhevig aan indexatie).

Door de uitbreiding krijgen 9 681 extra gezinnen recht op een verlaagd remgeldplafond (toename met 57,9%). Voor 614 van deze gezinnen betekende dit ook hogere MAF-terugbetalingen. Voor een vergelijking van de winnaars van de hervorming (N=614) met alle gezinnen met een gehandicapt kind verwijzen we naar Tabel 16 in het wetenschappelijk rapport.

2.2.2. De maximumfactuur voor chronisch zieken

Vóór 2014 werden chronisch zieken extra beschermd door het zorgforfait en de maximumfactuur voor chronisch zieken. In beide systemen moet, naast andere voorwaarden, een bepaald bedrag aan remgeld betaald zijn om het recht te kunnen uitoefenen (zie paragraaf 1.3.2). Het recht op het statuut van persoon met een chronische aandoening (2014) is niet alleen gebaseerd op het remgeldbedrag maar op de totale ziektekosten (exclusief supplementen).

We berekenen eerst de impact van de maximumfactuur voor chronisch zieken. Vervolgens (paragraaf 2.2.3) bespreken we de impact van het statuut van persoon met een chronische aandoening.

Globale impact

Het vertrekpunt voor deze simulatie zijn de cumulatieve resultaten van simulaties N_1 t.e.m. N_4 (zie Tabel 1). Voor het RIZIV bedraagt de extra kost in termen van terugbetalingen voor de maximumfactuur iets meer dan 22 miljoen euro. Voor de gezinnen betekent de invoering van de maximumfactuur voor chronisch zieken dat:

- 8,37% van de gezinnen (N=416 590) in aanmerking komt voor deze maatregel
- 58,81% (N=236 667) van de gezinnen die in aanmerking komt het lagere remgeldplafond heeft bereikt en dus ook hogere MAF-terugbetalingen krijgt
- het gemiddeld bedrag aan remgeld daalt met € 93,75.

Wie betaalt minder remgeld?

De winnaars van de maximumfactuur voor chronisch zieken zijn de gezinnen die minder remgeld moeten betalen (N=236 667). Een vergelijking met de algemene bevolking toont dat deze gezinnen:

- een netto equivalent belastbaar inkomen hebben dat lager ligt dan het inkomen van de algemene bevolking (€ 20 116 versus € 24 828)
- een groter aandeel gezinnen met oudere gezinsleden hebben (30,78% versus 15,07% voor 65-74-jarigen en 49,88% versus 17,09% voor 75+) en daarmee samenhangend meer gepensioneerden (62,91% versus 26,79%)
- een groter aandeel gezinnen met invaliden hebben (15,07% versus 6,05%)
- aanzienlijk meer gezinnen tellen met recht op één van de categorieën van het zorgforfait (behalve voor verhoogde kinderbijslag).

Samenvattend kunnen we besluiten dat de maximumfactuur voor chronisch zieken vooral ouderen met een verlies aan zelfredzaamheid (cf. recht op het zorgforfait) ten goede komt.

2.2.3. Een nieuw statuut voor chronisch zieken

Globale impact

Gezinnen met een gezinslid dat recht heeft op het statuut van persoon met een chronische aandoening hebben een lager remgeldplafond (€ 100 lager in 2014). Het vertrekpunt voor deze simulatie zijn de cumulatieve resultaten van simulaties N_1 tot en met N_4 (zie Tabel 1). Voor het RIZIV bedraagt de extra kost in termen van terugbetalingen voor de maximumfactuur ongeveer 12,5 miljoen euro. 15,43% (N=765 402) van alle de facto gezinnen krijgt recht op het statuut; 57,24% daarvan had daarvoor nog geen recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken. 146 633 gezinnen betalen door het nieuwe recht ook effectief minder remgeld (=winnaars). Het gemiddeld bedrag aan remgeld daalt met € 85,09.

Wie betaalt minder remgeld?

De winnaars zijn gezinnen die minder remgeld betalen: zij hadden voor de invoering van het statuut geen recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken. Deze gezinnen hebben in vergelijking met de algemene bevolking:

- een lager netto equivalent belastbaar inkomen (€ 15 949 versus € 24 828)
- een groter aandeel oudere gezinnen, vooral 75-plussers (53,48% versus 17,09%)
- vaker een leefloon of inkomensgarantie voor ouderen (10,01% versus 4,57%)
- vaker een gezinslid dat invalide is (14,98% versus 6,05%)
- een substantieel groter aandeel gezinnen met recht op één van de categorieën van het zorgforfait.

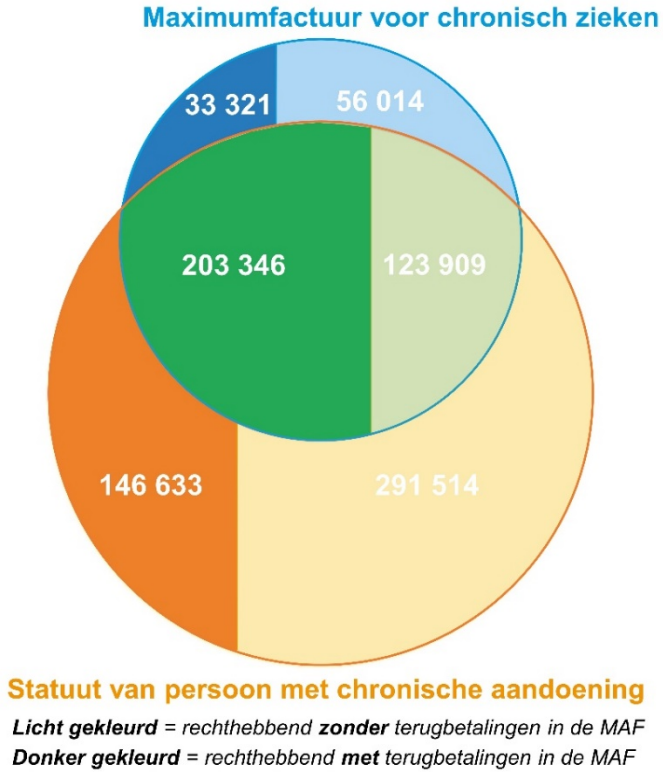
Net zoals bij de invoering van de maximumfactuur voor chronisch zieken zijn het vooral ouderen met een verlies aan zelfredzaamheid (cf. recht op het zorgforfait) die minder remgeld betalen door het nieuwe statuut. De kenmerken van de winnaars in beide maatregelen zijn in het algemeen goed vergelijkbaar, maar blijkbaar voldeden de gezinnen die nu genieten van een remgeldvermindering door het statuut niet aan de remgeldvoorwaarden voor de maximumfactuur voor chronisch zieken en zijn het de totale ziektekosten (remgeld + RIZIV tegemoetkoming) die extra beschermen door de invoering van het statuut van persoon met een chronische aandoening. Het grootste verschil tussen beide groepen van winnaars is het lagere netto equivalent inkomen en het groter aandeel gezinnen met een leefloon of inkomensgarantie voor ouderen in de gezinnen die door het statuut minder remgeld moeten betalen.

2.2.4. Wat is de samenhang tussen de beschermingsmaatregelen?

Door het hanteren van verschillende definities voor chronisch zieken in de beschermingsmaatregelen kunnen zowel gaten als overlap in bescherming ontstaan. Dit geldt eveneens voor de beschermingsmaatregelen voor financieel kwetsbare groepen. Figuur 6 toont de samenhang tussen de maximumfactuur voor chronisch zieken en het statuut van persoon met een chronische aandoening.

Van de 765 402 de facto gezinnen met minstens één gezinslid dat recht heeft op het statuut van persoon met een chronische aandoening hadden 327 255 gezinnen (42,76%) ook recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken voor de invoering van het statuut. Ongeveer in 80% van de gezinnen met recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken heeft een gezinslid recht op het statuut van persoon met een chronische aandoening. In totaal zijn er 854 737 gezinnen (17,16% van alle gezinnen) die in aanmerking komen voor een lager remgeldplafond. 44,92% betaalt ook effectief minder remgeld.

Figuur 6 – Samenhang tussen beschermingsmaatregelen voor chronisch zieken



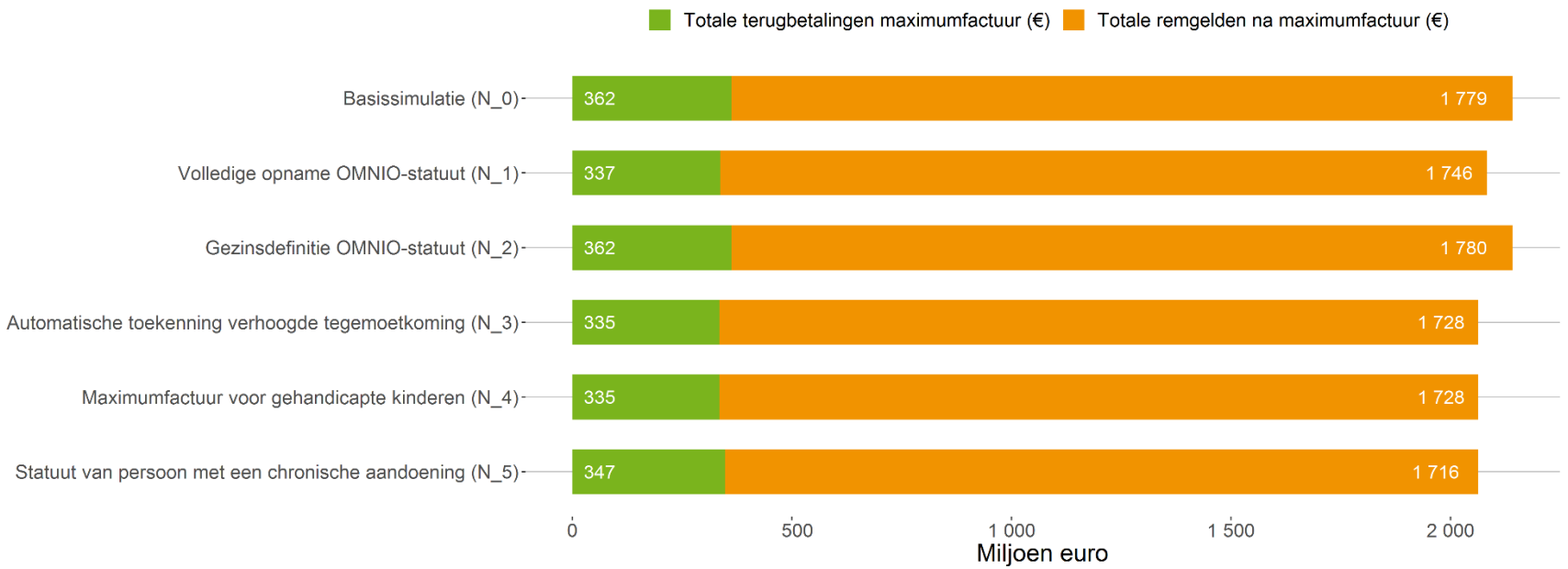
Tabel 19 in het wetenschappelijk rapport vergelijkt het profiel van de verschillende groepen (geen recht, alleen recht op maximumfactuur voor chronisch zieken, alleen recht op statuut van persoon met een chronische aandoening, recht op beide voordelen, alle gezinnen met recht op maximumfactuur voor chronisch zieken en alle gezinnen met recht op statuut van persoon met een chronische aandoening). Opvallend is dat de gezinnen die geen recht hebben op de maximumfactuur voor chronisch zieken maar wel een gezinslid hebben met recht op het statuut van persoon met een chronische aandoening:

- meer 75-plussers tellen
- een iets lager equivalent netto belastbaar gezinsinkomen hebben
- meer beroep doen op het leefloon of inkomensgarantie voor ouderen
- vaker recht hebben op de categorieën van het zorgforfait (zie Tekstvak 6).

2.3. Globale impact van de maatregelen

De globale impact van de maatregelen die tussen 2012 en 2016 genomen zijn, wordt weergegeven in Tabel 1 en Figuur 7. De budgettaire kost voor het RIZIV is gelijk aan de verandering in het netto remgeldbedrag. Alle bedragen zijn uitgedrukt in euro (2012).

Figuur 7 – Totale remgelden opgedeeld naar maximumfactuur terugbetalingen en resterende remgelden per simulatie 2012-2016



Tabel 1 – Impact van sociale beschermingsmaatregelen (2012-2016)

Maatregel (Nummer simulatie)	Aantal de facto gezinnen met terugbetalingen maximumfactuur (N)	Aantal extreme betalers (N)	Aantal personen met verhoogde tegemoetkoming (N)
Basissimulatie (N_0)	650 180	152 098	1 667 038
Volledige opname OMNIO-statuut (N_1)	617 961	143 686	2 400 406
Gezinsdefinitie OMNIO-statuut (N_2)	650 393	152 109	1 662 664
Automatische toekenning verhoogde tegemoetkoming (N_3)	616 332	143 434	2 706 748
Maximumfactuur voor gehandicapte kinderen (N_4)	616 467	143 434	2 706 748
Statuut van persoon met een chronische aandoening (N_5)	657 171	143 020	2 706 748

3. PISTES VOOR EEN REDESIGN VAN BESCHERMINGSMAATREGELEN VOOR GEZONDHEIDSZORGUITGAVEN

Waarom deze beleidsmaatregelen?

Een microsimulatiemodel laat niet alleen toe om bestaande maatregelen te evalueren, maar het is ook een belangrijk instrument om de huidige maatregelen te verbeteren of te verfijnen en om nieuwe maatregelen te ontwikkelen.

Op vraag van het RIZIV werd in dit rapport de impact nagegaan van zowel een aantal recent genomen als van potentieel nieuwe maatregelen of van een verfijning van de bestaande maatregelen. Ook voor deze maatregelen is de globale impact voor het RIZIV en de patiënten, en de impact voor specifieke groepen berekend. Het is evident dat deze selectie van maatregelen niet exhaustief is: elke mogelijke beleidswijziging waarvoor de variabelen in het gekoppelde bestand (gezondheidszorggegevens en fiscale gegevens) beschikbaar zijn, kan in principe doorgerekend worden.

De selectie van potentieel nieuwe maatregelen die in deze studie worden uitgerekend, is louter exemplarisch. De keuze voor specifieke beleidswijzigingen moet door de beleidsmakers gemaakt worden. Het berekenen van de impact van een beleidswijziging via de techniek van microsimulatie laat wel toe om de grootteorde van de globale financiële impact in te schatten en om na te gaan of de beoogde doelgroepen van de maatregel bereikt worden.

De resultaten van de simulaties in paragrafen 3.1 tot en met 3.4 worden vergeleken met de resultaten van simulatie N_5 uit het vorige hoofdstuk.

3.1. Bescherming langdurig zieken: uitbreiding en vereenvoudiging

3.1.1. Beperken van de maximumfactuur chronisch zieken

Chronisch zieken worden extra beschermd door de maximumfactuur voor chronisch zieken en door het statuut van persoon met een chronische aandoening. Figuur 6 toont dat de overlap tussen beide systemen groot is.

De bescherming van chronisch zieken zou kunnen vereenvoudigd worden door enkel de vermindering van het remgeldplafond toe te kennen aan gezinnen met minstens één persoon die recht heeft op het statuut van persoon met een chronische aandoening en niet meer op basis van de huidige maximumfactuur voor chronisch zieken. Door deze maatregel zouden 89 335 gezinnen (zie Figuur 6) hun recht op een lager remgeldplafond verliezen, en ongeveer één derde van deze gezinnen verliest niet alleen het recht op een lager plafond maar zou ook effectief meer remgeld moeten betalen.

Globale impact

De globale budgettaire impact van dergelijke maatregel bedraagt iets meer dan 3 miljoen euro. Dit bedrag is niet langer ten laste van het RIZIV via terugbetalingen voor de maximumfactuur, maar wordt gedragen door de patiënten voor een gemiddeld jaarbedrag van € 90,62 per getroffen gezin.

Wie zijn de verliezers?

De verliezers zijn de gezinnen die meer remgeld moeten betalen door het verlies van hun recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken (N=33 321). Tabel 19 en Tabel 24 in het wetenschappelijk rapport laten toe om deze groep te vergelijken met de algemene bevolking en met de verschillende groepen die al dan niet exclusief recht hebben op de maximumfactuur voor chronisch zieken of op het statuut van persoon met een chronische aandoening. Wanneer we de verliezers vergelijken met de gezinnen met een gezinslid dat recht heeft op het statuut van persoon met een chronische aandoening (N=765 402), dan zitten er in de groep van de verliezers:

- relatief minder gezinnen met recht op het leefloon of inkomensgarantie voor ouderen (1,61% versus 6,32%)
- minder gezinnen met recht op één van de categorieën van het zorgforfait (met uitzondering van de categorie minstens zes ziekenhuisopnames)
- meer gepensioneerden (61,49% versus 50,92%) terwijl het aandeel gezinnen met ouderen (75+) nagenoeg identiek is. Het zijn vooral gezinnen met ouderen tussen 65 en 74 jaar die meer voorkomen bij de verliezers (31,83% versus 23,38%).

Opvallend is dat de (kleine) groep van de verliezers een vergelijkbaar profiel heeft als de algemene bevolking, met uitzondering van het aandeel ouderen en gepensioneerden en de categorie minstens zes ziekenhuisopnames voor het zorgforfait.

3.1.2. Maximumfactuur voor langdurig psychiatrische patiënten

Bij een opname in een psychiatrisch ziekenhuis van maximum één jaar wordt het remgeld verbonden aan de verblijfskosten meegerekend voor de maximumfactuur. Vanaf het tweede jaar opname is dat niet meer het geval en moet de patiënt het remgeld zelf betalen, ook als het gezin zijn remgeldplafond bereikt heeft. Op jaarbasis kan dit bedrag oplopen tot € 2 066 (bedrag per dag bedraagt € 5,66 sedert 1 januari 2018) voor patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en tot € 5 814 (€ 15,93 per dag) voor patiënten zonder dit recht. Dit bedrag per dag neemt verder toe wanneer de opname meer dan zes jaar bedraagt (respectievelijk € 15,93 en € 26,55).

Globale impact

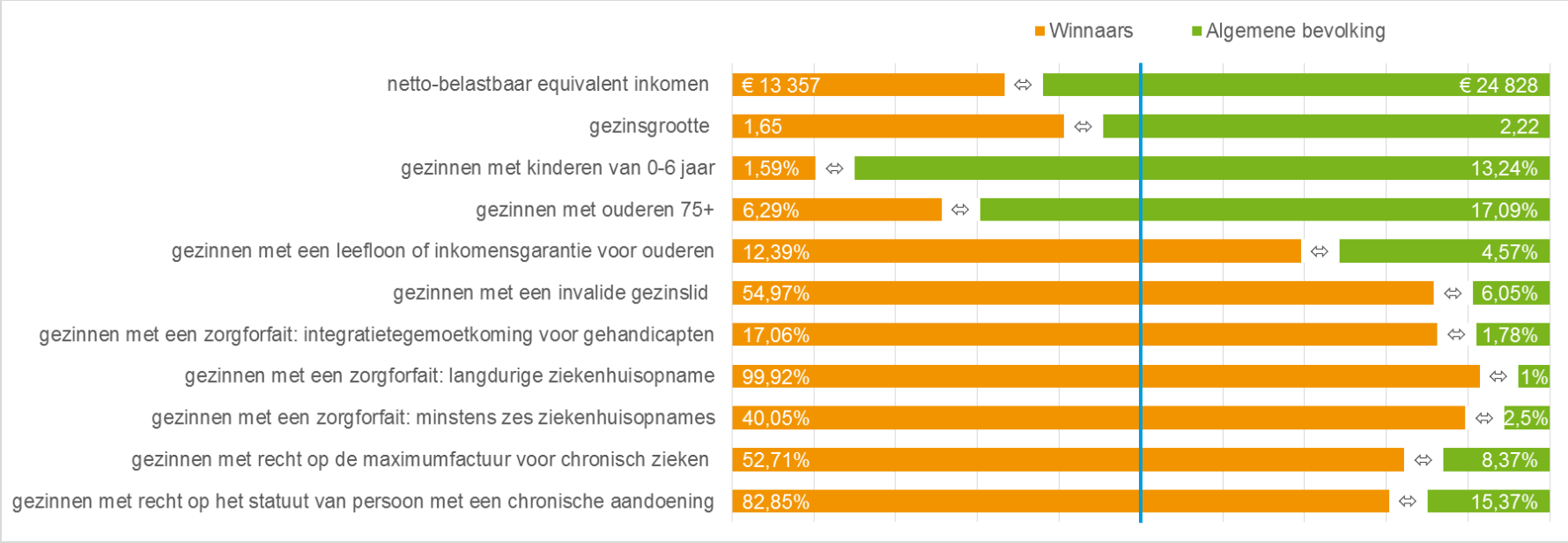
5 572 gezinnen hadden in 2012 minstens één gezinslid met een langdurige (één tot zes jaar) opname in een psychiatrisch ziekenhuis (in totaal 5 576 personen). Ongeveer één derde betaalde geen remgeld.

Wanneer de verblijfskosten worden meegerekend voor de maximumfactuur, nemen de MAF-terugbetalingen van het RIZIV toe met ongeveer 3,9 miljoen euro. Bijna 4 000 gezinnen krijgen hogere terugbetalingen waarvan ongeveer 1 600 gezinnen zonder de maatregel hun remgeldplafond niet bereiken. In vergelijking met andere potentiële nieuwe maatregelen is het gemiddeld bedrag van het lagere remgeld zeer hoog, namelijk € 973,76. Voor de 10% gezinnen met het hoogste remgeldbedrag voor de verblijfskosten neemt dat bedrag af met minstens € 1 699,75.

Wat is het profiel van de winnaars?

Bij de patiënten zijn er alleen winnaars: ofwel bereikt het gezin met een langdurig psychiatrische patiënt na de maatregel nog steeds het remgeldplafond niet en blijft het remgeldbedrag hetzelfde, ofwel wordt het remgeldplafond wel bereikt en moet enkel dat plafond betaald worden. Het aantal extreme betalers onder de langdurig psychiatrische patiënten neemt af van 53% naar 19% (N=1 321). Figuur 8 vergelijkt de kenmerken van de winnaars met de algemene bevolking.

Figuur 8 – Vergelijking gezinskenmerken van de algemene bevolking en de winnaars bij opname remgeld langdurig psychiatrisch verblijf in de maximumfactuur



De verticale blauwe lijn geeft visueel weer waar beide groepen gelijk zouden zijn. De grootte van de oranje en groene balkjes kan enkel per variabele en niet tussen de variabelen vergeleken worden.

3.2. Het inkomen als maatstaf voor draagkracht

Diverse beschermingsmaatregelen zijn gebaseerd op het gezinsinkomen om een bepaald recht al dan niet toe te kennen of de hoogte ervan te bepalen: het OMNIO-statuut (tot 2014), de maximumfactuur, de verhoogde tegemoetkoming (ook via de inkomenstoets bij de toekenning van rechten buiten de ziekteverzekering), enz. Ondanks de inspanningen van de laatste jaren om het inkomensconcept van de verschillende maatregelen beter op elkaar af te stemmen, blijven verschillende definities naast elkaar gebruikt worden: netto versus bruto belastbaar inkomen, verschillende referentieperiodes (jaar of maand waarvoor een inkomenscontrole gebeurt), al dan niet keuze voor welvaartsaanpassing, enz. In paragraaf 3.2 bespreken we de impact van een aantal mogelijke maatregelen die een aanpassing inhouden van de inkomensgrenzen, het gehanteerde inkomensconcept, of een controle ervan.

3.2.1. Maximumfactuur: remgeldplafonds op basis van meer recente inkomensgegevens

De inkomensgrenzen voor de inkomensmaximumfactuur zijn gebaseerd op het netto belastbaar gezinsinkomen van drie jaar geleden (t-3). In een periode van drie jaar kan het inkomen van een gezin natuurlijk sterk fluctueren. Onze simulatie berekent de impact van inkomensgrenzen voor de inkomensmaximumfactuur die gebaseerd zijn op het netto belastbaar gezinsinkomen van het voorgaande jaar (t-1). Dus zowel voor het inkomen als voor de inkomensgrenzen worden de bedragen van 2011 genomen in plaats van 2009. Aangezien de verhoogde tegemoetkoming op basis van een ander inkomensconcept wordt toegekend, verandert er niets voor de gezinnen die recht hebben op de sociale maximumfactuur. Deze simulatie houdt geen rekening met de administratieve haalbaarheid om fiscale gegevens van jaar t-1 te gebruiken.

Globale impact

Bij 96% van de bevolking verandert het netto belastbaar gezinsinkomen tussen t-3 en t-1; bijna alle gezinnen waarbij het inkomen stabiel bleef hebben een netto belastbaar gezinsinkomen gelijk aan nul. Voor 22,8% van alle gezinnen (N=922 961) leidt het nieuwe gezinsinkomen ook tot een ander remgeldplafond: 36,1% (63,9%) van hen heeft een lager (hoger) remgeldplafond. Voor 12,7% (N=117 168) van de 922 961 gezinnen met een ander remgeldplafond, wijzigen ook de MAF-terugbetalingen:

- 35,4% krijgt een hoger bedrag aan MAF-terugbetalingen
- de gemiddelde toename bedraagt € 280,3 (10^{de} percentiel = € 49,5; 90^{ste} percentiel = € 400), de gemiddelde afname bedraagt € 237,2 (10^{de} percentiel = € 42,7; 90^{ste} percentiel = € 400).

Wanneer voor het meten van de financiële draagkracht van een gezin meer recente gegevens worden gebruikt (jaar t-1 in plaats van jaar t-3) dan is de budgettaire impact voor het RIZIV een vermindering van de MAF-terugbetalingen met € 6 339 877. Dit bedrag komt volledig ten laste van de patiënten. De globale impact is dus relatief beperkt, maar voor de gezinnen die winnen of verliezen is het verschil in remgeldbedrag wel groot.

Wie zijn de winnaars en verliezers?

De groep van extreme betalers gaat erop vooruit: bij de groep van de verliezers (zij die meer remgeld moeten betalen) komen er nauwelijks gezinnen hierdoor bij de extreme betalers terecht. Omgekeerd zijn er bij de winnaars ongeveer 1 700 gezinnen die dankzij de extra MAF-terugbetalingen geen extreme betaler meer zijn.

We vergelijken het profiel van de winnaars (betalen minder remgeld) en verliezers. Er zijn meer gezinnen die verliezen (N=75 719) dan gezinnen die winnen (N=41 449) wat betekent dat het netto belastbaar inkomen gemiddeld sneller toeneemt tussen 2009 en 2011 dan de geïndexeerde inkomensgrenzen. De winnaars hebben:

- een lager equivalent netto belastbaar inkomen (€ 18 402 versus € 23 641)
- meer gezinnen met een gezinslid met vervroegd pensioen (6,07% versus 1,16%)
- iets meer gezinnen met recht op een categorie van het zorgforfait (met uitzondering van de categorie hulp aan ouderen)

- meer gezinnen met recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken (36,41% versus 26,34%) en met recht op het statuut van persoon met een chronische aandoening (39,31% versus 31,40%).

3.2.2. *Fiscale hervormingen: van belastingaftrek naar belastingvermindering*

Door de 6de Staatshervorming zijn een aantal federale bevoegdheden inzake fiscaal beleid overgedragen van de federale overheid naar de gewesten. Om dit te faciliteren zijn nagenoeg alle belastingaftrekken (zoals voor giften, pensioensparen, dienstencheques) vervangen door belastingverminderingen. Hierdoor nam het netto belastbaar inkomen van een gezin dat recht had op dergelijke belastingaftrek, toe.[10]

Deze maatregel werd gesimuleerd via de aanpassing van een aantal belastingcodes voor het inkomen van jaar t-3. Aangezien de verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend op basis van het bruto belastbaar inkomen, heeft deze fiscale wijziging geen impact op gezinnen die recht hebben op de sociale MAF.

Globale impact

- Het netto belastbaar inkomen neemt toe voor 34,32% van de gezinnen (N=1 709 027).
- De terugbetalingen in het kader van de inkomensmaximumfactuur nemen af met € 3 664 168. Dit komt neer op een gemiddelde daling van € 216 per getroffen gezin (10de percentiel = € 36,77; 90ste percentiel = € 400).
- Alle getroffen gezinnen hadden recht op MAF-terugbetalingen maar door de hervorming krijgen 54% geen terugbetalingen meer (met andere woorden het bedrag aan remgeld wordt nu lager dan het remgeldplafond). De resterende 46% ontvangt lagere terugbetalingen en betaalt nu zelf het verschil tussen het oude en het nieuwe plafond.

Wie moet meer remgeld betalen?

De hervorming heeft geen impact op het remgeldbedrag van volgende gezinnen:

- gezinnen met recht op de sociale maximumfactuur
- gezinnen van de hoogste inkomensklasse (ongeacht of hun inkomen wijzigt of niet) want voor deze groep kunnen het remgeldplafond (€ 1 800) en het remgeldbedrag niet meer toenemen
- gezinnen met een hoger inkomen, maar met eenzelfde remgeldplafond als voor de fiscale hervorming
- gezinnen met een hoger inkomen en een hoger remgeldplafond, maar zonder impact op het betaalde remgeldbedrag omdat ze voor de hervorming hun remgeldplafond niet bereikten.

Voor minder dan 1% (N=16 968) van de gezinnen heeft dergelijke fiscale hervorming tot gevolg dat meer remgeld moet betaald worden.

Tabel 40 in het wetenschappelijk rapport geeft een gedetailleerde beschrijving van de verschillende groepen. We geven hier enkel een aantal opvallende kenmerken van de (kleine) groep gezinnen voor wie het remgeldbedrag toeneemt na de fiscale hervorming. Deze gezinnen:

- hebben een relatief lager equivalent netto belastbaar inkomen (€ 19 109) dan alle andere groepen.
- tellen meer gezinsleden dan de andere groepen (3,11 versus 1,89 tot 2,81).
- hebben een hoger aandeel gezinnen met jonge kinderen tot 6 jaar (39,70%).
- hebben een lager aandeel gezinnen met ouderen (75+) (8,45% tegenover 17,09% in de globale bevolking). Voor de gezinnen met een hoger inkomen maar zonder verandering van remgeldplafond en met verandering van remgeldplafond maar zonder impact op het remgeldbedrag zijn de percentages respectievelijk 9,41% en 2,23%.

- hebben een groter aandeel gezinnen met één van volgende categorieën van het zorgforfait: kinesitherapie of fysiotherapie voor een zware aandoening, meerdere ziekenhuisopnames, verhoogde kinderbijslag.
- hebben ook een groter aandeel gezinnen met recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken en op het statuut van persoon met een chronische aandoening.

3.2.3. *Welvaartsaanpassing van de inkomensgrenzen voor de maximumfactuur*

De inkomensgrenzen voor de maximumfactuur worden jaarlijks aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen. Een indexatie van uitkeringen of sociale beschermingsmaatregelen volstaat echter niet (noodzakelijk) om de evolutie van de algemene welvaart te volgen. Welke impact heeft een aanpassing van de inkomensgrenzen voor de inkomensmaximumfactuur bovenop de inflatie, aan een reële welvaartsevolutie van bijvoorbeeld 2%? Voor de sociale maximumfactuur is er geen aanpassing doorgevoerd.

Globale impact

De budgettaire impact op macroniveau is relatief beperkt:

- de MAF-terugbetalingen voor het RIZIV nemen toe met 5,9 miljoen euro
- 3,05% (N=151 701) van alle gezinnen krijgt een lager remgeldplafond
- 16% van deze gezinnen (N=24 615) betaalt ook minder remgeld voor een gemiddeld bedrag van € 239,6, maar de 10% gezinnen met de grootste daling betalen minstens € 400 minder remgeld. Deze gezinnen hebben voornamelijk een laag inkomen (73,1% heeft een remgeldplafond van € 450 or € 650).

Wie wint bij een welvaartsaanpassing?

De gezinnen die minder remgeld betalen, hebben

- een lager gemiddeld netto equivalent belastbaar inkomen dan de globale bevolking (€ 21 490 versus € 24 828). Omdat in deze simulatie de welvaartsaanpassing geen impact heeft op de gezinnen met recht op de sociale maximumfactuur, behoren de winnaars niet tot de staart van de inkomensverdeling.
- een groter aandeel oudere gezinnen (65-74: 31,02% versus 15,07% en 75+: 39,10% versus 17,09%) en bijgevolg ook meer gepensioneerden (56,01% versus 26,79%).
- voor alle categorieën die recht geven op het zorgforfait is er een groter aandeel gezinnen met dergelijk recht. Het verschil tussen de winnaars en de globale bevolking is het grootst bij de categorie “minstens zesmaal opgenomen zijn in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis” (11,34% versus 2,53%).
- in 39,54% van de gezinnen recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken en in 45,93% van de gezinnen recht op het statuut van persoon met een chronische aandoening. In de globale bevolking bedragen deze percentages respectievelijk 8,37% en 15,37%.

3.2.4. *Uitbreiding inkomensonderzoek voor recht op verhoogde tegemoetkoming*

Bij de integratie van het OMNIO-statuut en het recht op de verhoogde tegemoetkoming in 2014 werden een aantal overgangsmaatregelen ingevoerd voor het inkomensonderzoek (zie paragraaf 2.1.2). Na verloop van tijd werd het inkomensonderzoek uitgebreid. De automatische toekenning van het recht op verhoogde tegemoetkoming bleef bestaan voor personen (en hun partner en personen ten laste) die recht hebben op een leefloon of inkomensgarantie voor ouderen, een inkomensvervangende tegemoetkoming, integratietegemoetkoming en tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden en gehandicapte kinderen.[7] Voor alle andere gezinnen of gezinsleden werd en wordt nog steeds het recht op de verhoogde tegemoetkoming enkel toegekend indien ze voldoen aan de inkomensvoorwaarden. Na het verstrijken van de overgangsmaatregelen, werd het inkomen van gezinnen die recht hebben verkregen op de verhoogde tegemoetkoming op basis van hun inkomen systematisch gecontroleerd. De inkomenscontrole laat toe om het recht te verlengen of stop te zetten (eventueel na bijkomend onderzoek door het ziekenfonds).

Onze simulatie is een benadering van deze hervorming. De inkomenscontrole gebeurt in de simulatie op basis van het inkomen van jaar t-1, terwijl dit in realiteit gebeurt op basis van t-2. Daarnaast verkrijgen en verlengen een groot aantal gezinnen het recht op verhoogde tegemoetkoming op basis van een verklaring op erewoord met een referentieperiode voor het inkomen van één maand.

Globale impact

Het toepassen van de inkomensgrenzen voor alle gezinnen die geen automatisch recht op de verhoogde tegemoetkoming hebben, maakt dat 199 212 personen in 118 924 gezinnen hun huidige recht op de verhoogde tegemoetkoming zouden verliezen. Zij verliezen ook het recht op de sociale maximumfactuur. 41,9% van deze gezinnen krijgt een remgeldplafond van € 450 voor de inkomensmaximumfactuur, 39,4% krijgt een plafond van € 650. De resterende 18,7% komt terecht bij de hogere remgeldplafonds van € 1 000 tot € 1 800.

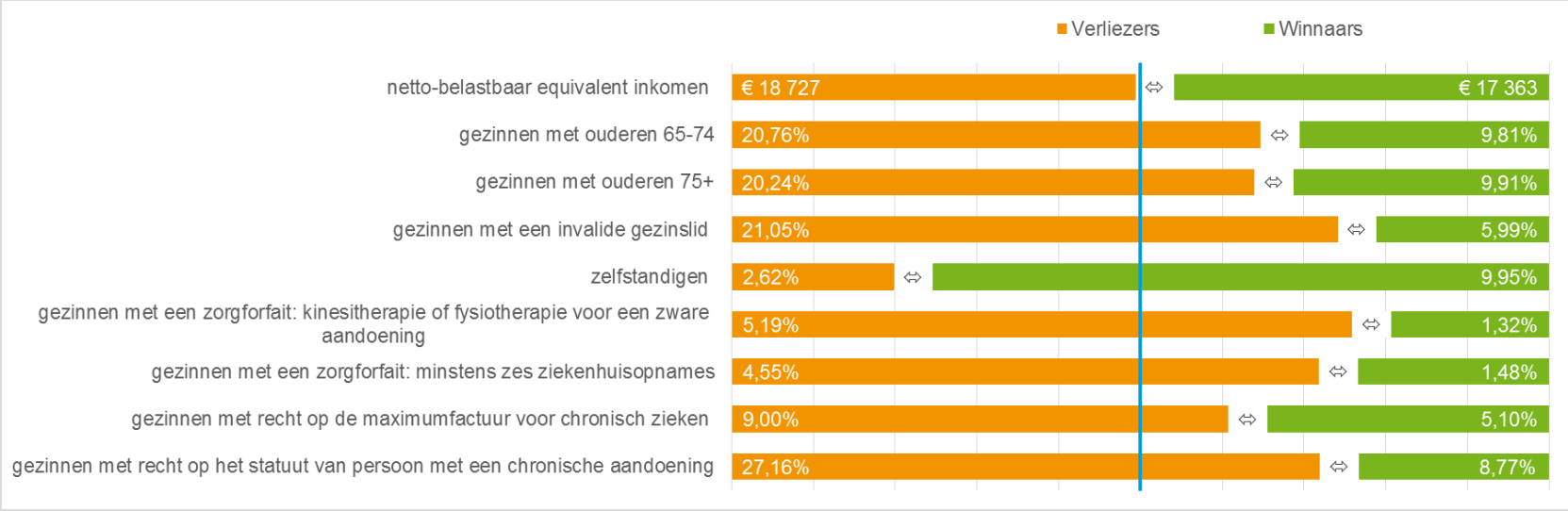
Voor deze gezinnen is er nagenoeg een verdubbeling van het (bruto) remgeldbedrag: van 46,8 miljoen euro naar 86,3 miljoen euro (+39.5 miljoen euro). De toename van de remgelden zorgt echter ook voor een stijging van de MAF-terugbetalingen voor het RIZIV (toename van 14,2 miljoen euro naar 32,9 miljoen euro) waardoor de werkelijk betaalde remgelden toenemen met ongeveer 20,8 miljoen euro. Dit komt neer op een gemiddeld bedrag van ongeveer € 200 per gezin maar dit bedrag loopt op tot € 394 of meer voor de 10% gezinnen waarvoor de grootste toename geldt (P90).

Wie verliest het recht op verhoogde tegemoetkoming en betaalt ook meer remgeld?

Van de 118 924 gezinnen die hun recht op de verhoogde tegemoetkoming verliezen, betaalt meer dan 87% (N=103 898) effectief ook meer remgeld. Tabel 28 in het wetenschappelijk rapport vergelijkt de kenmerken van deze gezinnen met de algemene bevolking. Het verlies van het recht op de verhoogde tegemoetkoming en het hogere remgeld zijn het gevolg van het toepassen van een inkomenscontrole op alle gezinnen, met uitzondering van gezinnen die genieten van bepaalde uitkeringen of met gehandicapte kinderen en niet alleen op gezinnen waarvoor de gezinsdefinitie is veranderd zoals in simulatie N_3. Figuur 9 toont een vergelijking van de verliezers in deze simulatie (N_8, N=103 898) met de winnaars in simulatie N_3 (N=520 192).

De gezinnen die het recht op de verhoogde tegemoetkoming verliezen en meer remgeld betalen bij een inkomenscontrole zijn oudere gezinnen waarvan meer dan 20% een invalide gezinslid heeft.

Figuur 9 – Vergelijking gezinskenmerken van de winnaars en verliezers van de uitbreiding van het inkomensonderzoek



De verticale blauwe lijn geeft visueel weer waar beide groepen gelijk zouden zijn. De grootte van de oranje en groene balkjes kan enkel per variabele en niet tussen de variabelen vergeleken worden.

3.3. Remgeldplafonds van de maximumfactuur: indexering en vermindering laagste plafond

3.3.1. Indexering van de remgeldplafonds

Sedert 1 januari 2017 worden ook de remgeldplafonds van de maximumfactuur geïndexeerd; gezinnen moeten dus een hoger bedrag aan remgeld zelf betalen vooraleer de maximumfactuur tussenkomt. De indexering geldt voor alle types van de maximumfactuur (sociale MAF, inkomens-MAF, MAF voor kinderen en voor chronisch zieken). Voor de MAF chronisch zieken wordt ook het minimumbedrag aan remgeld dat in de vorige twee kalenderjaren moeten betaald worden, geïndexeerd.

Globale impact

Voor 86,82% van alle gezinnen heeft de indexatie van de remgeldplafonds geen enkele impact. De resterende 13,18% (N=656 192) betaalt € 7 903 153 meer remgeld, de terugbetalingen voor de maximumfactuur door het RIZIV verminderen met hetzelfde bedrag. Voornamelijk gezinnen met recht op de sociale maximumfactuur of met een remgeldplafond van € 450 of € 650 voor de inkomensmaximumfactuur betalen een hoger remgeldbedrag. De impact per gezin is echter beperkt: de gemiddelde toename in remgeld bedraagt € 12,04 (10de percentiel = € 7; 90ste percentiel = € 20).

Wie zijn de verliezers?

De 656 192 gezinnen die meer remgeld betalen, hebben in vergelijking met de algemene bevolking:

- een iets lager equivalent netto belastbaar inkomen (€ 18 730 versus € 24 828)
- een kleiner aandeel gezinnen met jonge kinderen (7,5% versus 13,24%)
- een groter aandeel gezinnen met ouderen (bv. 75+: 43,19% versus 17,09%)
- meer gezinnen met een invalide gezinslid (12,84% versus 6,05%)
- een aanzienlijk groter aandeel gezinnen met recht op één van de categorieën van het zorgforfait, de maximumfactuur voor chronisch zieken en het statuut van persoon met een chronische aandoening.

3.3.2. Vereenvoudigde bescherming van lage inkomensgroepen: afschaffen sociale maximumfactuur maar extra remgeldplafond van € 250

De hervorming van de verhoogde tegemoetkoming in 2014 had als doel een vereenvoudiging van de aanvraagprocedure en toekenningsvoorwaarden. Ook de maximumfactuur zou kunnen vereenvoudigd worden door de sociale maximumfactuur af te schaffen en enkel de inkomensmaximumfactuur (naast de MAF voor kinderen en chronisch zieken) te behouden.

Wanneer we de remgeldplafonds (geldig vanaf 1/1/2018) delen door de inkomensgrenzen, dan betaalt elk gezin maximaal tussen 3,63% en 3,88% van zijn netto belastbaar gezinsinkomen aan remgeld (met uitzondering van de remgelden die niet in de maximumfactuur zitten). Dit geldt niet voor de laagste inkomensgroep: bv. een gezin met een netto belastbaar inkomen van € 10 000 betaalt dus maximaal 4,68% van zijn inkomen aan remgeld (geïndexeerd remgeldplafond van € 468,18 in 2018). Een bijkomend remgeldplafond dat lager is dan € 450 kan de laagste inkomensgroepen (met een netto belastbaar gezinsinkomen lager dan € 10 000) extra bescherming bieden.

Wat is de impact van een extra remgeldplafond van € 250 en de afschaffing van de sociale maximumfactuur? Het plafond van € 250 is arbitrair gekozen. We berekenen het recht op de inkomensmaximumfactuur op basis van het inkomen van jaar t-3 (zoals in de huidige reglementering). Paragraaf 3.7.2 in het wetenschappelijk rapport toont de impact van eenzelfde simulatie maar op basis van het inkomen van jaar t-1.

Globale impact

Door de afschaffing van de sociale maximumfactuur krijgen deze gezinnen een remgeldplafond in functie van hun inkomen. In totaal komen 588 217 de facto gezinnen in aanmerking voor het lagere remgeldplafond: 84% van hen had recht op de sociale MAF, 16% op de inkomens-MAF met een remgeldplafond van € 450. Voor 174 152 van deze gezinnen heeft de maatregel ook een impact op het remgeld: 55% (N=96 003) moet minder remgeld betalen, 45% (N=78 149) meer.

De grote meerderheid (86,32%) van de gezinnen die voorheen uitsluitend recht hadden op de sociale maximumfactuur, krijgen nu een lager (€ 250) of gelijk (€ 450) plafond voor de inkomensmaximumfactuur. Voor 10,26% van deze gezinnen stijgt het remgeldplafond tot € 650, de rest (3,39%) komt in de hoogste categorieën terecht. Bijna 26% van de gezinnen die recht hadden op de inkomensmaximumfactuur met een plafond van € 450, heeft nu een lager plafond van € 250.

Voor het RIZIV zou dergelijke maatregel leiden tot een vermindering van de MAF-terugbetalingen met iets meer dan 4.1 miljoen euro. Dit bedrag is het resultaat van twee effecten die in de tegenovergestelde richting gaan:

- 96 003 gezinnen krijgen hogere MAF-terugbetalingen door de invoering van de lagere remgelddrempel van € 250. Iets meer dan 50% onder hen had voorheen geen MAF-terugbetalingen: hun remgeldbedrag was dus meer dan € 250 maar minder dan € 450. Het totale bedrag aan extra MAF-terugbetalingen bedraagt 13,3 miljoen euro met een gemiddeld bedrag van € 138 per rechthebbend gezin (10de percentiel = € 26,5; 90ste percentiel = € 200). Deze maatregel zorgt voor een daling met iets meer dan 2 000 extreme betalers.

- 78 149 gezinnen krijgen lagere MAF-terugbetalingen door de afschaffing van de sociale maximumfactuur. Zij hebben nu recht op de inkomensmaximumfactuur, maar op basis van een remgeldplafond dat groter is dan € 450 omdat hun inkomen te hoog is voor een remgeldplafond van € 450 in de inkomensmaximumfactuur. Ongeveer 56% van deze gezinnen krijgt niet langer MAF-terugbetalingen; het aantal extreme betalers neemt toe met 1 173 gezinnen. De budgettaire impact voor het RIZIV bedraagt 17,4 miljoen euro. Het gemiddeld bedrag per getroffen gezin is gelijk aan € 222,2 euro (10de percentiel = € 32,7; 90ste percentiel = € 516,6).

Wie zijn de winnaars en verliezers van deze vereenvoudiging?

De gezinnen die winnen (betalen minder remgeld) en die verliezen zijn vergelijkbaar in omvang (96 003 winnaars versus 78 149 verliezers), maar ze hebben een zeer verschillend profiel. Voor een vergelijking met de globale bevolking verwijzen we naar Tabel 43 in het wetenschappelijk rapport.

De winnaars hebben in vergelijking met de verliezers

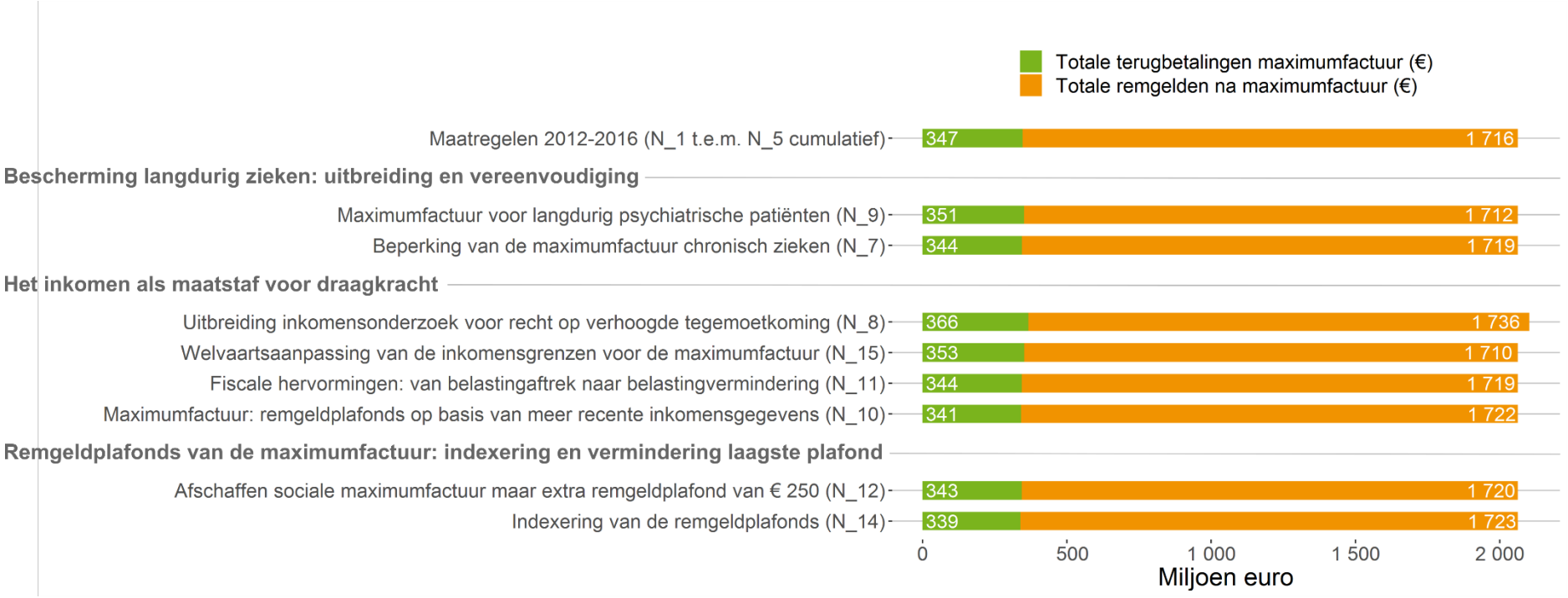
- een veel lager equivalent netto beschikbaar inkomen (€ 10 344 versus € 18 932). Globaal zijn er door de maatregel minder extreme betalers (-2 090 versus +1 173). Het aandeel extreme betalers in de startsituatie is in de groep van de winnaars wel zeer groot (27,08% versus 2% bij de verliezers).
- meer gezinnen met een leefloon of inkomensgarantie voor ouderen (20,09% versus 9,04%). In de algemene bevolking ontvangen 4,57% van de gezinnen dergelijke uitkering.
- minder gezinsleden (1,43 versus 2,89) en er zijn ook minder gezinnen met kinderen van 0 tot 6 jaar (5,68% versus 11,50%) en minder ouderen (65-74: 14,42% versus 27,93% en 75+: 29,36% versus 42,03%). Vooral gezinnen met ouderen verliezen bij een afschaffing van de sociale MAF, ook als die gecompenseerd wordt door de invoering van een lager remgeldplafond.
- een lager aandeel gezinnen met een invalide gezinslid (10,03% versus 23,12%).
- meer zelfstandigen (10,57% versus 4,68%).
- voor de meeste categorieën die recht geven op het zorgforfait een lager aandeel gezinnen met dergelijk recht.
- in 16,86% van de gezinnen recht op de maximumfactuur voor chronisch zieken en in 47,07% van de gezinnen recht op het statuut van persoon met een chronische aandoening. Bij de verliezers bedragen deze percentages respectievelijk 31,68% en 62,61%.

De winnaars (door het lagere plafond) zijn globaal genomen gezinnen met een laag inkomen of leefloon/inkomensgarantie voor ouderen, maar met minder chronische problemen dan de verliezers. De afschaffing van de sociale maximumfactuur treft vooral ouderen (75+) en invaliden met meer gezondheidsproblemen, maar ook met een hoger netto belastbaar gezinsinkomen dan de winnaars. Ouderen die recht hadden op de sociale MAF met een remgeldplafond van € 450 omdat ze recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, komen nu bij een hoger plafond terecht. Het inkomensconcept bij de verhoogde tegemoetkoming houdt rekening met de gezinsgrootte, maar bij de inkomensmaximumfactuur is dat niet het geval. Bovendien houdt de verhoogde tegemoetkoming rekening met het bruto belastbaar inkomen en de maximumfactuur met het netto belastbaar inkomen. Concreet betekent dit dat een gezin dat bijvoorbeeld bestaat uit twee 75-plussers onder de inkomensgrens voor de verhoogde tegemoetkoming kan blijven (€ 18 730,66 euro per jaar, verhoogd met € 3 467,55 per gezinslid in 2018), maar omdat voor gepensioneerden bruto en netto inkomens zeer vergelijkbaar zijn, komt een netto belastbaar inkomen van € 22 198,21 overeen met een remgeldplafond van € 676,26.

3.4. Globale impact van de maatregelen

De globale impact wordt per simulatie weergegeven in Figuur 10 en Tabel 2.

Figuur 10 – Totale remgelden opgedeeld naar maximumfactuur terugbetalingen en resterende remgelden per simulatie



Tabel 2 – Impact voor patiënten van aanpassingen aan de sociale beschermingsmaatregelen

Maatregel (Nummer simulatie)		Aantal de facto gezinnen met terugbetalingen maximumfactuur (N)	Aantal extreme betalers (N)	Aantal personen met verhoogde tegemoetkoming (N)
	Maatregelen 2012-2016 (N_1 t.e.m. N_5 cumulatief)	657 171	143 020	2 706 748
Bescherming langdurig zieken: uitbreiding en vereenvoudiging	Beperken van de maximumfactuur chronisch zieken (N_7)	651 107	143 116	2 706 748
	Maximumfactuur voor langdurig psychiatrische patiënten (N_9)	658 783	141 698	2 706 748
Het inkomen als maatstaf voor draagkracht	Maximumfactuur: remgeldplafonds op basis van meer recente inkomensgegevens (N_10)	636 941	141 378	2 706 748
	Fiscale hervormingen: van belastingaftrek naar belastingvermindering (N_11)	648 043	143 606	2 706 748
	Welvaartsaanpassing van de inkomensgrenzen voor de maximumfactuur (N_15)	667 624	142 805	2 706 748
	Uitbreiding inkomensonderzoek voor recht op verhoogde tegemoetkoming (N_8)	673 214	143 203	2 507 536
Remgeldplafonds van de maximumfactuur: indexering en vermindering laagste plafond	Indexering van de remgeldplafonds (N_14)	639 370	143 324	2 706 748
	Afschaffen sociale maximumfactuur maar extra (lager) remgeldplafond van € 250 (N_12)	661 873	142 103	2 706 748

3.5. Eigen risico of maximumfactuur?

Wat is een eigen risico of "*deductible*"?

De termen eigen risico, franchise of het Engelse "*deductible*" worden wel eens gebruikt voor het remgeldbedrag dat een individu of gezin eerst zelf moet betalen vooraleer de maximumfactuur tussenkomt (plafondbedrag). Dit is echter niet volledig correct. Het verschil tussen de maximumfactuur en de andere concepten heeft te maken met de wijze waarop het plafondbedrag berekend wordt: bij de maximumfactuur bestaat het bedrag dat je eerst zelf moet betalen enkel uit remgeld en bij de andere concepten uit de totale ziektekost. Een concreet voorbeeld kan het verschil verduidelijken: voor een raadpleging bij een geaccrediteerde huisarts tijdens de kantooruren betaalt een patiënt met een globaal medisch dossier € 25,43 (augustus 2018). Indien deze patiënt recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming krijgt hij € 24,43 terugbetaald door het ziekenfonds, zonder verhoogde tegemoetkoming bedraagt de terugbetaling € 21,43. Of, het remgeld bedraagt respectievelijk € 1 en € 4. In het systeem van de maximumfactuur wordt alleen het remgeldbedrag (dus € 1 of € 4) meegeteld bij de berekening van het plafondbedrag, bij een franchise of eigen risico of "*deductible"* is dat de totale ziektekost, zijnde € 25,43. Er is in dit systeem natuurlijk geen sprake meer van de verhoogde tegemoetkoming.

Een paradigmaverschuiving binnen de ziekteverzekering

De recent doorgevoerde of hypothetische maatregelen in de vorige paragrafen kaderen binnen de huidige contouren van de ziekteverzekering: een verzekering met een verplicht remgeld dat door de patiënt moet betaald worden op het moment dat gebruik gemaakt wordt van zorg. De beschermingsmaatregelen zijn gericht op een beperking van het remgeldbedrag, ofwel bij elk contact met de gezondheidszorg (bv. de verhoogde tegemoetkoming), ofwel als een plafond (zoals de maximumfactuur).

In een systeem van een eigen risico wordt eveneens een plafond ingevoerd, maar op de totale kosten in plaats van op het remgeld. De notie "remgeld" verdwijnt als basis van de beschermingsmaatregel.

Opzet van de simulatie

Om de kost voor het RIZIV en de bescherming van de patiënt door de maximumfactuur (remgeld na tussenkomst van de maximumfactuur) te vergelijken met een verzekeringssysteem met eigen risico, is de simulatie als volgt opgezet:

- de kost voor het RIZIV in termen van terugbetalingen na het bereiken van het plafondbedrag bij het eigen risico is dezelfde als bij de huidige maximumfactuur (data 2012 met inbegrip van de maatregelen die beschreven zijn in Hoofdstuk 2). De simulatie is dus budgetneutraal voor het RIZIV.
- de progressiviteit inherent in het huidige systeem waarbij de hoogte van de plafonds afhangt van het inkomen, werd behouden. Concreet zijn er 10 plafondbedragen ("*deductibles*") berekend in functie van de decielen van het netto belastbaar inkomen van jaar t-3. Deze variëren tussen € 85,01 voor de laagste inkomensgroep tot € 966,14 voor de hoogste inkomensgroep (zie Tabel 3).
- het eigen risico is niet van toepassing op de uitgaven voor de bezoeken en raadplegingen van de huisarts, om eerstelijnszorg en preventie aan te moedigen. Dit is in lijn met de ziekteverzekering in Nederland die een *deductible* specifieert met uitsluiting van raadplegingen bij de huisarts (zie Tekstvak 7). Deze uitgaven zijn volledig ten laste van het RIZIV, en tellen dus niet mee in de berekening van de plafondbedragen. Zoals eerder aangegeven is de simulatie budgetneutraal voor het RIZIV: dit is met inbegrip van de extra uitgaven voor bezoeken en raadplegingen van de huisarts.

Tabel 3 – Eigen risico's en inkomensgrenzen

Netto belastbaar inkomen jaar t-3		Eigen risico
Ondergrens	Bovengrens	
€ 0,00	€ 8 635,50	€ 85,01
€ 8 635,51	€ 12 869,75	€ 130,00
€ 12 869,76	€ 16 493,73	€ 165,01
€ 16 493,74	€ 21 114,61	€ 210,01
€ 21 114,62	€ 26 369,29	€ 265,01
€ 26 369,30	€ 32 849,49	€ 330,02
€ 32 849,50	€ 41 210,30	€ 410,02
€ 41 210,31	€ 51 298,77	€ 515,04
€ 51 298,78	€ 67 667,50	€ 675,04
€ 67 667,51		€ 966,14

Bron: Eigen berekeningen via optimalisatiealgoritme met budgetneutraliteit

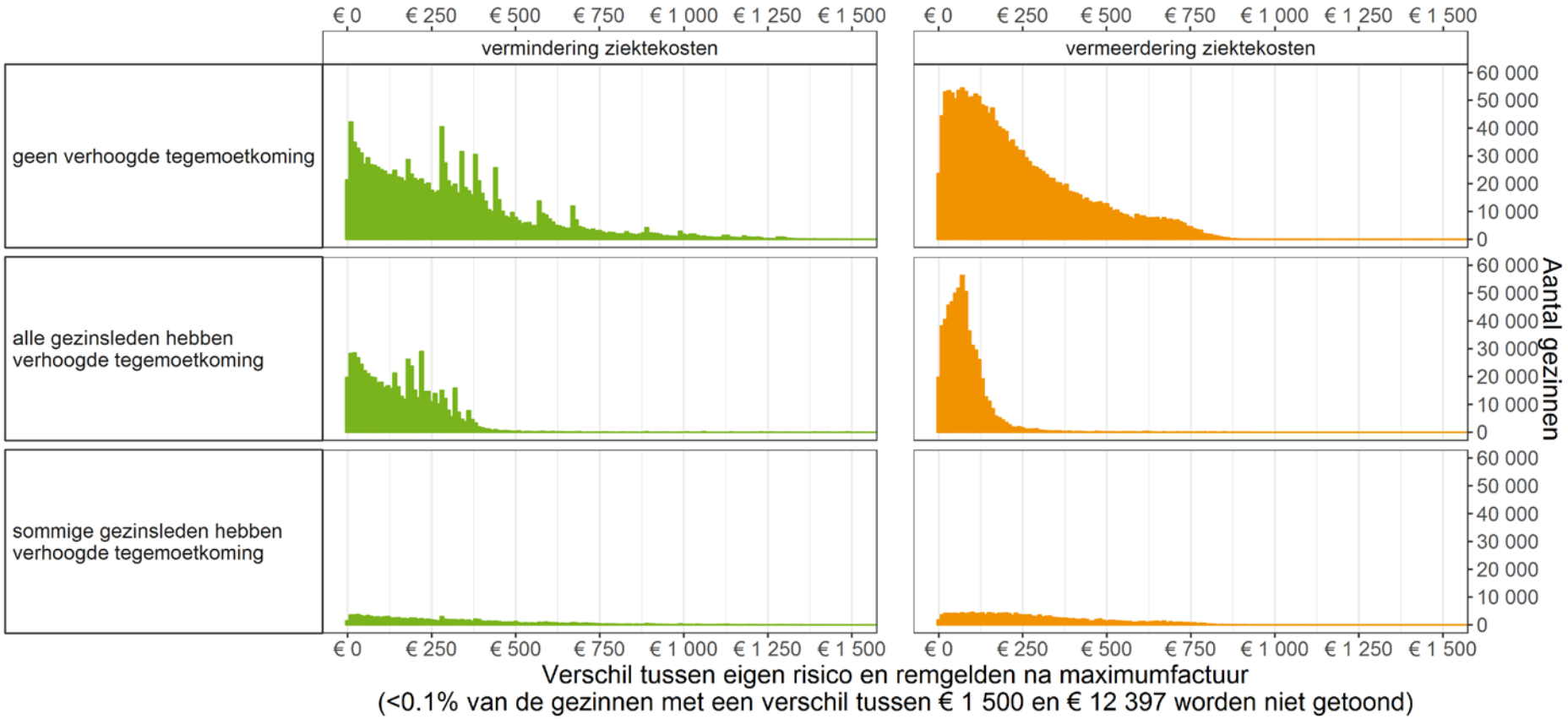
Tekstvak 7 – Eigen risico in Nederland

- Het eigen risico is een bedrag aan zorgkosten dat per individu (minstens 18 jaar) jaarlijks eerst zelf moet betaald worden vooraleer de zorgverzekeraar tussenkomt. In 2018 bedraagt het eigen risico € 385.
- Het verplichte eigen risico kan op vrijwillige basis verhoogd worden om een lagere premie voor de basisverzekering te betalen.
- Bepaalde zorg, zoals huisartsenzorg, is uitgesloten van het eigen risico. De kosten voor deze uitzonderingen worden volledig gedragen door de basisverzekering.

Globale impact

Voor het RIZIV is deze maatregel (bij constructie) budgetneutraal: de terugbetalingen zijn identiek aan de terugbetalingen bij de maximumfactuur. Bij 54,5% van de gezinnen neemt het bedrag aan ziektekosten toe (N=2 665 334) voor een gemiddeld bedrag van € 199, bij 41% (N=2 092 29) neemt het bedrag af met gemiddeld € 264. Deze gemiddelde bedragen verbergen echter een grote spreiding (zie Figuur 11).

Figuur 11 – Verschil in ziektekosten tussen eigen risico en terugbetalingen bij de maximumfactuur, per status verhoogde tegemoetkoming



Wie zijn de winnaars en de verliezers?

Zowel de winnaars (de gezinnen die minder ziektekosten betalen) als de verliezers bestaan uit een zeer groot aantal gezinnen. De vervanging van de maximumfactuur door een eigen risico verandert het bedrag aan ziektekosten voor meer dan 95% van alle gezinnen.

De winnaars hebben in vergelijking met de verliezers:

- een lager equivalent netto belastbaar gezinsinkomen (€ 20 230 versus € 29 528). Het gemiddeld inkomen voor de algemene bevolking bedraagt € 24 828. De verliezers behoren dus tot de hogere inkomensgroepen.
- meer oudere gezinnen (65-74: 21,67% versus 10,39% en 75+: 28,87% versus 8,56%). De verliezers hebben minder oudere gezinnen dan de algemene bevolking.
- meer gezinnen met een invalide gezinslid (9,67% versus 3,51%).
- voor alle categorieën van het zorgforfait meer gezinnen met recht op die categorie. Dit geldt eveneens voor de maximumfactuur voor chronisch zieken (17,53% versus 1,87%) en voor het statuut van persoon met een chronische aandoening (29,83% versus 5,29%).

Globaal kunnen we besluiten dat vooral gezinnen met lagere inkomens en met hogere gezondheidskosten minder ziektekosten zelf moeten betalen bij een eigen risico in vergelijking met de maximumfactuur.

4. DISCUSSIE

Ziekteverzekering en herverdeling

De eerste doelstelling van elke ziekteverzekering is het beschermen tegen de onvoorspelbaarheid van (potentieel hoge) ziektekosten. Een ziekteverzekering en dan vooral de manier van financieren kan ook bijdragen aan een herverdeling van middelen. De Belgische beleidsmaker heeft vanaf het ontstaan van de verplichte ziekteverzekering gekozen voor een solidair systeem, waarbij de hogere inkomens meer bijdragen en belastingen betalen dan de lagere inkomens ter financiering van de ziekteverzekering. Bovendien zijn deze bijdragen en belastingen losgekoppeld van de gezondheidstoestand van de verzekerden.

Anderzijds betalen patiënten op het moment dat ze gebruik maken van de gezondheidszorg in België 20 tot 25% van de kosten zelf. Diverse extra maatregelen beschermen patiënten tegen (te) hoge kosten. Concreet betekent dit dat de Belgische ziekteverzekering niet alleen herverdeelt door de manier waarop ze gefinancierd wordt, maar ook wanneer zorg geconsumeerd wordt.

De concrete uitwerking van de beschermingsmaatregelen zoals de verhoogde tegemoetkoming of de maximumfactuur weerspiegelt de achterliggende ethische keuzes van deze herverdeling. Bijvoorbeeld, de maximumfactuur is een beschermingsmaatregel op het niveau van een gezin (met een verschillende samenstelling voor de sociale en de inkomensmaximumfactuur) en niet op het niveau van een individu. Deze keuze kan verklaard worden door het feit dat het gezin de economische eenheid is waarbinnen inkomsten en uitgaven gepoold worden. De simulatie waarbij de sociale maximumfactuur wordt afgeschaft en enkel de inkomensmaximumfactuur wordt behouden met een extra plafond van € 250 toont ook de impact van het al dan niet rekening houden met de gezinsgrootte. Omdat de inkomensgrens om recht te krijgen op de verhoogde tegemoetkoming stijgt in functie van de gezinsgrootte en de inkomensvoorwaarde van de inkomensmaximumfactuur dezelfde is voor grote en kleine gezinnen, stellen we vast dat gezinnen met oudere gezinsleden en grote gezinnen een hoger remgeldplafond (€ 676,26 in plaats van € 468,18) zouden krijgen.

Een ander belangrijk kenmerk van de maximumfactuur betreft de relatieve last (remgeld in functie van het inkomen). De remgeldplafonds uitgedrukt als een percentage van het netto belastbaar inkomen zijn voor alle inkomensgroepen (behalve voor de laagste en de hoogste inkomens) ongeveer gelijk en liggen tussen 3,63% en 3,88%. Voor een gezin met een netto belastbaar inkomen van (lager dan) € 10 000 kan de relatieve last echter oplopen tot (meer dan) 4,68% van het inkomen. De keuze voor een extra (geïndexeerd) remgeldplafond van € 250, wat neerkomt op een relatieve last van 2,5%, zou betekenen dat de maximumfactuur niet alleen beschermt tegen hoge kosten, maar ook bijkomend herverdeelt van hogere naar lagere inkomens, bovenop de herverdeling inherent aan de verplichte ziekteverzekering. De keuze voor de mate waarin de verplichte ziekteverzekering herverdeelt, niet alleen via de financiering ervan maar ook wanneer zorg wordt geconsumeerd, is een keuze die door de beleidsmakers moet genomen worden.

Duurzaamheid van het systeem

Naast ethische overwegingen spelen ook economische factoren een rol bij het uittekenen van sociale bescherming. Een uitbreiding van de bescherming door de maximumfactuur (bijvoorbeeld voor langdurige opnames in een psychiatrisch ziekenhuis) weegt extra op het budget van de ziekteverzekering. Ofwel moet het budget uitgebreid worden, ofwel moet ergens anders bespaard worden. Het invoeren van een remgeld is op zich al een middel om het ziekteverzekeringssysteem betaalbaar te houden.

Welke keuzes in sociale bescherming?

Het voorbeeld van de langdurige opnames in een psychiatrisch ziekenhuis illustreert de keuzes die beleidsmakers (kunnen) maken. De extra kost voor het RIZIV bedraagt ongeveer 3,9 miljoen euro. Hierdoor betalen slechts 4 000 gezinnen minder remgeld, maar het gemiddeld bedrag dat ze minder betalen bedraagt € 973,76. En voor de 10% gezinnen met het hoogste remgeldbedrag neemt dat bedrag af met minstens € 1 699,75. Deze gezinnen hebben een netto belastbaar equivalent inkomen van € 13 357 wat substantieel lager ligt dan het gemiddeld inkomen van de algemene bevolking (€ 24 828). Ongeveer hetzelfde budget (3 miljoen euro) kan bespaard worden door de maximumfactuur voor chronisch zieken enkel toe te kennen aan gezinnen met een gezinslid dat recht heeft op het statuut van persoon met een chronische aandoening. Deze maatregel treft 33 321 gezinnen voor een gemiddeld remgeldbedrag van € 90,62. Het netto belastbaar equivalent inkomen van deze gezinnen bedraagt € 20 576.

Dit willekeurig voorbeeld illustreert dat eenzelfde budget enerzijds de financiële last van ziekte voor een klein aantal gezinnen aanzienlijk kan verlichten, maar anderzijds een groter aantal gezinnen kan bereiken voor een kleiner bedrag. Deze vaststelling is natuurlijk niet nieuw, maar de techniek van microsimulaties laat toe om de demografische, socio-economische en gezondheids-gerelateerde kenmerken van deze gezinnen in kaart te brengen. Anderzijds, indien de beleidsmakers een specifieke doelgroep door ogen hebben om extra te beschermen tegen zorgkosten, dan laten de resultaten van de microsimulaties toe om na te gaan welke beleidsmaatregel dit het best kan realiseren.

In de simulatie waarbij de maximumfactuur vervangen wordt door een eigen risico, is het eigen risico niet van toepassing op de uitgaven voor de bezoeken en raadplegingen van de huisarts. De keuze om huisartsenzorg al dan niet volledig te verzekeren moet echter door beleidsmakers genomen worden. De resultaten van microsimulaties bieden wel een empirische basis voor een maatschappelijke discussie.

Vereenvoudiging en transparantie

Opeenvolgende beleidskeuzes liggen aan de basis van de huidige complexe structuur van de ziekteverzekering, remgeld en beschermingsmaatregelen. De laatste jaren zijn een reeks maatregelen genomen om de transparantie en coherentie in het systeem te verbeteren. De hervorming van de verhoogde tegemoetkoming in 2014 had als expliciete doelstelling om de toekenningsvoorwaarden te vereenvoudigen, met als belangrijk instrument een uniform begrippenkader.

Ondanks de inspanningen die geleverd zijn om de structuur van de ziekteverzekering (met inbegrip van de beschermingsmaatregelen) zo transparant en “leesbaar” mogelijk te maken, blijft een zekere complexiteit bestaan door de verschillende definities van economisch en medisch kwetsbare groepen in de huidige maatregelen. Bijvoorbeeld voor medisch kwetsbare groepen of chronisch zieken worden de volgende proxy-variabelen gebruikt: gebruik van zorg, invalide, mindervalide (sommige

categorieën van het zorgforfait), een bepaald bedrag aan remgeld (zorgforfait of maximumfactuur voor chronisch zieken) of een bepaald bedrag aan ziektekosten (remgeld en RIZIV – statuut van persoon met een chronische aandoening). Figuur 6 heeft aangetoond dat hierdoor zowel gaten als overlap in bescherming kunnen ontstaan.

De effectiviteit van het beleid

De doelstelling van elke sociale beschermingsmaatregel is dat de doelgroep zo goed mogelijk wordt bereikt. De mate waarin rechten al dan niet opgenomen worden, kan geïnterpreteerd worden als een maatstaf voor de effectiviteit van het beleid. Meerdere simulaties in het rapport hebben zowel de omvang van de niet-opname van het recht op verhoogde tegemoetkoming berekend als een beeld geschetst van de kenmerken van de gezinnen die dit recht niet opnemen. Simulatie N_1 toont bijvoorbeeld dat een grote groep gezinnen geen gebruik maakte van het oude OMNIO systeem, hoewel ze hier recht op had. In vergelijking met gezinnen die wel hun recht opnamen, waren het vooral de kleinere gezinnen met ouderen en gepensioneerden die hun recht niet opnamen. Gezinnen die wel hun recht opnamen waren vaker eenoudergezinnen, met een werkloos of invalide gezinslid.

Via het proactief contact van het ziekenfonds of andere maatregelen die het recht op de verhoogde tegemoetkoming automatiseren kan deze groep in belangrijke mate gereduceerd worden.

Beperkingen van deze studie

- Alle resultaten zijn uitgedrukt in prijzen van 2012. De gewogen steekproef is naar omvang en samenstelling (bv. leeftijd, geslacht, gezinsgrootte) representatief voor de Belgische verzekerde bevolking in 2012. Bijgevolg is de impact van de gesimuleerde maatregelen in termen van budget of aantal gezinnen niet onmiddellijk transfereerbaar naar 2018. De vermelde bedragen en aantallen geven wel een indicatie van de grootteorde van die impact. Dit doet geen afbreuk aan het geschetste socio-demografische profiel van de winnaars en verliezers van een beleidsmaatregel.
- Hoofdstuk 3 bevat slechts een selectie van maatregelen die kunnen gesimuleerd worden. De selectie van potentieel nieuwe maatregelen is exemplarisch en is geen weerspiegeling van de huidige beleidsplannen. In principe kan elke beleidswijziging waarvoor de variabelen in het gekoppelde bestand (gezondheidszorggegevens en fiscale gegevens) beschikbaar zijn, doorgerekend worden. De keuze voor specifieke beleidswijzigingen moet door de beleidsmakers gemaakt worden.

AANBEVELINGEN[d]

Aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

- **Een microsimulatiemodel op basis van gekoppelde gegevens over gezondheidszorguitgaven en inkomens laat toe om zowel een ex post evaluatie van beschermingsmaatregelen uit te voeren als om de impact van nieuwe maatregelen in te schatten. Toekomstige beleidsvoorstellen zouden op een coherente wijze moeten kunnen geanalyseerd worden op basis van een koppeling op permanente basis, wat ook zou toelaten om het microsimulatiemodel verder te verfijnen en andere maatregelen die genomen worden binnen de ziekteverzekering te monitoren. Om deze opdracht te kunnen uitvoeren, zouden de nodige personele en financiële middelen ter beschikbaar moeten gesteld worden van het RIZIV.**
- **Het Koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming definieert onder meer de gezinsnotie die wordt toegepast in het kader van de verhoogde tegemoetkoming en de werking van de proactieve stroom die als doel heeft rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (op basis van een inkomenstoets) te identificeren. Een referentiegezin bestaat uit de samenwonende partners en hun personen ten laste. De samenwonende partners zijn twee personen die een feitelijk gezin vormen, wat ruimer is dan de wettelijke partners. Deze informatie is niet beschikbaar bij het ziekenfonds. Om de werking van de proactieve stroom te verbeteren en de identificatie van rechthebbenden en hun gezin te faciliteren, zou de informatie over de samenwonende partner systematisch door het ziekenfonds bevraagd moeten worden.**
- **Eén van de verwezenlijkingen van de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming was het creëren van een uniform begrippenkader en meer specifiek een aanpassing van het gezinsconcept. Een verdere uniformering tussen het begrippenkader (zoals inkomen, gezin) van de inkomensmaximumfactuur en de verhoogde tegemoetkoming kan de transparantie verder vergroten. Ook het hanteren van een uniforme definitie van een chronisch zieke patiënt in diverse beschermingsmaatregelen zal de transparantie en coherentie vergroten.**

[d] Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

Aan het RIZIV

- **Artikel 37sexies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 geeft een opsomming van de grote categorieën van remgelden die niet in aanmerking worden genomen voor het berekenen van het remgeldplafond van de maximumfactuur. Deze opsomming laat niet toe om een exhaustieve lijst van nomenclatuurcodes op te stellen die op uniforme manier door de ziekenfondsen kan toegepast worden. Er zou een register moeten opgesteld worden met de historiek van de nomenclatuurcodes die niet in aanmerking genomen worden voor de berekening van het remgeldplafond van de maximumfactuur, conform artikel 37sexies van de wet van 14 juli 1994.**
- **In deze studie wordt de impact van beleidsmaatregelen op het remgeld en op de totale eigen betalingen (remgeld plus supplementen) berekend, maar er werd geen beleid ten aanzien van supplementen bestudeerd. Om een correcter beeld van de totale eigen betalingen te hebben, zouden de ambulant aangerekende supplementen moeten geregistreerd en opgenomen worden in de gegevens van de ziekenfondsen.**

In deze studie werden de budgettaire en verdelingseffecten van beleidsmaatregelen met een impact op het remgeld van de patiënt berekend. Deze beleidsmaatregelen omvatten zowel maatregelen die in het verleden genomen zijn als hypothetische wijzigingen aan de huidige beschermingsmaatregelen. De keuze om bepaalde wijzigingen door te voeren is een keuze die door de beleidsmakers moet gemaakt worden. Bijgevolg worden hieromtrent geen aanbevelingen geformuleerd.

REFERENTIES

1. Guillaume J, Avalosse H. Concentratie van gezondheidszorguitgaven binnen de populatie rechthebbenden verplichte ziekteverzekering. IMA-AIM; 2014.
2. WHO. Health financing for universal coverage [Web page]. [cited 10 November 2017]. Available from: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/
3. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 12/1/2016. KCE Reports 259 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259C_performancereport2015.pdf
4. Schokkaert E, Guillaume J, Lecluyse A, Avalosse H, Cornelis K, De Graeve D, et al. Effects of the Maximum Billing system on health care consumption and financial access to health care. Equity and Patient Behaviour (EPB). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 01/07/2008. KCE Reports 80 Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/effects-of-the-maximum-billing-system-on-health-care-consumption-and-financial-ac
5. Farfan-Portet M-I, Devos C, Devriese S, Cleemput I, Van de Voorde C. Simplification of patient cost sharing : the example of physician consultations and visits. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 180C (D/2012/10.273/38) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_180C_simplification_patient_cost_sharing_second%20print.pdf
6. RIZIV-INAMI. Rapport evaluatie derdebetalersregeling. Nota CGV 2018/070. Brussel: RIZIV-INAMI; 2018.
7. RIZIV-INAMI. Implementatie van de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming. Brussel: RIZIV-INAMI; 2016.

8. Koninklijk Besluit van 15 januari betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. 19 januari 2014.

9. Goedemé T, Van Gestel R, Janssens J, Lefevere E, Lemkens R, De Spiegeleer T. De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren. CM-Informatie. 2017(270):19-25.

10. Wellens J. Zesde staatshervorming: aardverschuiving in de personenbelasting. Mechelen: Wolters Kluwer; 2014.

COLOFON

Titel:	Globale impact en verdelingseffecten van sociale bescherming tegen gezondheidszorguitgaven – Synthese
Auteurs:	Maria-Isabel Farfan-Portet (ex-KCE), Nicolas Bouckaert (KCE), Stephan Devriese (KCE), Carl Devos (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Project coördinator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Irina Cleemput (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Christian Léonard (KCE)
Externe experten:	Brigitte Dormont (Université Paris Dauphine), Erik Schokkaert (KU Leuven), Frank Vandenbroucke (Universiteit van Amsterdam)
Externe validatoren:	Hervé Avalosse (Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV), Joanna Geerts (Federaal Planbureau)
Acknowledgements:	We willen expliciet de vele medewerkers van het RIZIV en de Christelijke en Socialistische Mutualiteiten bedanken voor hun constructieve bijdrage aan dit rapport.
Gemelde belangen:	Alle experten en stakeholders die in deze studie werden geconsulteerd, zijn geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie, namelijk eigen betalingen en beschermingsmaatregelen. Bijgevolg kunnen ze potentieel belangen hebben van diverse aard met betrekking tot het onderwerp van deze studie.
Layout:	Ine Verhulst
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	21 maart 2019

Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Financing, Personal; Insurance Coverage; Health Services Accessibility; Cost Sharing; Health Expenditures
NLM classificatie:	W74
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2019/10.273/14
ISSN:	2466-6432
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.



Hoe refereren naar dit document?

Farfan-Portet M.I, Bouckaert N, Devriese S, Devos C, Van de Voorde C. Globale impact en verdelingseffecten van sociale bescherming tegen gezondheidszorguitgaven – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 309As. D/2019/10.273/14.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.