

Wie betaalt supplementen in de Belgische gezondheidszorg? ¹

Diana De Graeve (UA), Ann Lecluyse (UA), Erik Schokkaert (KULeuven),
Tom Van Ourti (Erasmus Universiteit Rotterdam), Carine Van de Voorde
(KCE)

Abstract

Ondanks de genomen beschermingsmaatregelen (bv. de maximumfactuur) zijn de eigen betalingen voor gezondheidszorg van de patiënten gedurende de laatste jaren gestegen. Deze eigen betalingen bestaan uit remgelden en supplementen. In dit artikel onderzoeken we de sociale gevolgen van deze evolutie: we analyseren de omvang van de supplementen en vooral ook hun verdeling over de Belgische bevolking. De analyses gebeuren op basis van de administratieve gegevens van de terugbetalingen binnen de verplichte ziekteverzekering in 2003 voor een steekproef van 300.000 individuen.

We vinden dat 60% van de bevolking geen supplementen betaalt in 2003; gemiddeld betaalt men ook 'slechts' €60. Anderzijds zijn er echter toch heel wat patiënten met zeer hoge supplementen, die bovenop de te betalen remgelden komen. Zelfs rekening houdend met de maximumfactuur, hebben zo'n 830.000 patiënten eigen betalingen van meer dan €500. Een eenvoudige regressie-analyse toont dat er een U-vormig verband is met de leeftijd, met een verhoging voor vrouwen in de leeftijd 25-35. Verder zijn uitgaven groter voor patiënten in hun laatste levensjaar, invaliden, gehandicapten, mensen met primaire arbeidsongeschiktheid en chronisch zieken. Patiënten met voorkeurregeling blijken relatief goed beschermd. Tenslotte vinden we grote provinciale verschillen: wanneer patiënten supplementen moeten betalen, zijn deze significant hoger in Brussel, Waals-Brabant en Luik.

Meer gedetailleerde analyses bevestigen de relatieve kwetsbaarheid van chronisch zieken (inclusief de psychiatrische patiënten). Verder blijkt dat een niet-verwaarloosbaar deel van de personen die in 2003 veel supplementen betalen, ook reeds veel betaalden in 2002. Toekomstige beleidsmaatregelen zouden daarom rekening moeten houden met de duur van hospitalisatie en met herhaalde supplementen.

1. Inleiding

De eigen betalingen die patiënten maken voor gezondheidszorg zijn de laatste jaren sterk toegenomen. Deze eigen betalingen bevatten in de eerste plaats de wettelijk vastgelegde remgelden, d.w.z. het verschil tussen de door het RIZIV gehanteerde vergoedingsbasis en het terugbetalingstarief. Daarnaast bevatten ze ook de (minder gemakkelijk te definiëren) supplementen, d.w.z. de betalingen die nog bovenop de door het RIZIV gehanteerde vergoedingsbasis komen. Recente studies van de

¹ Dit artikel vat enkele resultaten samen van een bredere studie die werd uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: De Graeve D., Lecluyse A., Schokkaert E., Van Ourti T., Van de Voorde C. (2006), Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE Reports, vol. 50A. We zullen verder in dit artikel naar deze studie verwijzen als KCE 2006.

ziekenfondsen tonen aan dat de stijging van de eigen betalingen vooral te wijten is aan een stijging van deze supplementen. Di Zinno et al. (2006) berekenden dat de gemiddelde eigen betalingen voor een ziekenhuisopname in de periode 2002-2004 stegen van €354 tot €402, wat neerkomt op een cumulatieve groei van ongeveer 14%. De cumulatieve groei van supplementen over die periode was 21%, terwijl de totale remgelden per ziekenhuisopname slechts met 3% stegen.

In dit artikel willen we onderzoeken op welke wijze deze supplementen over de Belgische bevolking verdeeld zijn. Hoewel voor de patiënten natuurlijk in de eerste plaats de totale eigen betalingen van belang zijn, is het vanuit het standpunt van de toegankelijkheid toch interessant om de supplementen op een meer gedetailleerde wijze te bekijken. In de eerste plaats betreffen bestaande globale beschermingsmaatregelen zoals de maximumfactuur voornamelijk de remgelden en in veel mindere mate de supplementen. In de tweede plaats zijn de remgelden wettelijk vastgelegd en daarom ook beter gekend door de patiënt. De toestand met betrekking tot de supplementen is minder transparant: zowel voor de beleidsmakers als voor de patiënten is het niet altijd duidelijk in welke omstandigheden welke supplementen (kunnen) gevraagd worden. Mede daardoor is er over de verdeling van de supplementen tot nu toe ook minder onderzoek gebeurd.

De recente stijging van de supplementen kan samenhangen met de manier waarop ziekenhuizen en zorgverleners in België vergoed worden. Zo wordt er soms een verband gelegd met de mogelijke onderfinanciering van de Belgische ziekenhuizen. We willen in dit artikel niet ingaan op de oorzaken van de supplementenstijging, maar we richten ons uitsluitend op de mogelijke sociale gevolgen ervan. Hoe groot zijn de supplementen? Wie betaalt ze? Hoe hangen supplementen samen met remgelden?

Voor onze analyse beschikken we over gedetailleerde gegevens voor het jaar 2003. Omdat we ons richten op de verdeling van de supplementen over de bevolking, zijn alle gegevens in dit artikel gesitueerd op het niveau van het individu². We beschrijven deze gegevens in paragraaf 2. In paragraaf 3 gaan we in op het moeilijke probleem van de definitie van “supplementen” en overlopen we kort de regelgeving. We maken daarbij een onderscheid tussen de situatie van 2003 en de huidige toestand. In paragraaf 4 geven we dan een globaal beeld van de verdeling van eigen betalingen

² Eerdere studies (Di Zinno et al., 2005 en 2006) analyseren vooral de kosten die gepaard gaan met een individuele opname in een ziekenhuis. Wij hebben deze ook geanalyseerd in KCE 2006.

over de bevolking in 2003. De meest uitgesproken sociale effecten kunnen verwacht worden voor die patiënten die herhaaldelijk (en gedurende meer dan één jaar) met grote eigen betalingen worden geconfronteerd. Deze problematiek komt aan bod in paragraaf 5. In de analyse van de paragrafen 4 en 5 wordt geen rekening gehouden met de effecten van de zogenaamde tweede pijler, d.w.z. de aanvullende hospitalisatieverzekeringen. Onze resultaten moeten dan ook op de juiste wijze worden geïnterpreteerd, omdat bij verzekerde patiënten de eigen betalingen gedeeltelijk door hun aanvullende verzekering zullen gedekt worden. We belichten de impact van deze aanvullende verzekering in paragraaf 6. De laatste paragraaf bevat de conclusies. Hierbij gaan we ook in op enkele uitdagingen voor het beleid.

2. Beschrijving van de gegevens

Onze analyses zijn gebaseerd op een administratieve dataset van alle Belgische ziekenfondsen met informatie over een representatieve steekproef van ongeveer 300.000 personen voor 2003. De individuen werden met een kans van 1/40 uit de Belgische verzekerde bevolking getrokken. Om een duidelijker beeld te krijgen van de kenmerken van de oudere bevolking werd een extra steekproef getrokken van personen van 65 of ouder, opnieuw met een kans van 1/40. In totaal heeft deze groep van ouderen dus een kans van 1/20 om in de steekproef aanwezig te zijn. In al onze analyses werd gecorrigeerd voor deze oververtegenwoordiging van 65-plussers.

Het feit dat we konden werken met administratieve data heeft grote voordelen. Voor elk individu beschikten we over alle demografische en socio-economische informatie die in de bestanden van de ziekenfondsen aanwezig is. Bovendien hadden we gedetailleerde informatie over alle individuele uitgaven voor gezondheidszorg, in zoverre ze door de ziekenfondsen zijn geregistreerd: het gaat dan zowel over de terugbetalingen door het RIZIV, als over de betaalde remgelden en supplementen. Deze uitgavengegevens zijn bovendien uitgesplitst over ongeveer 250 zorgcategorieën. In vergelijking met de uitgavengegevens van de budgetenquête, van de PSBH of van de gezondheidsenquête, die gebruikt werden in eerder werk over de

toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg³, is ons gegevensbestand bijzonder rijk.

Aan het gebruik van deze administratieve data zijn echter ook nadelen verbonden. We hebben geen informatie over het inkomen van het individu of gezin noch over de beschikbaarheid van een aanvullende hospitalisatieverzekering. Ook de morbiditeitsinformatie blijft beperkt.

De situatie van de meeste zelfstandigen is atypisch, omdat ze in het verplichte systeem niet kunnen genieten van terugbetaling van kleine risico's. Voor hen worden enkel de grote risico's (vb ziekenhuisopname) geregistreerd in de dataset. Wanneer ze een vrije verzekering voor kleine risico's hebben afgesloten, worden hun kleine risico's door die vrije verzekering gedekt, maar betalen ze substantiële (en risicogerelateerde) premies. Wanneer ze geen vrije verzekering voor kleine risico's hebben afgesloten, horen al hun uitgaven voor kleine risico's bij hun eigen betalingen. Omdat zowel de ZIV-terugbetalingen als de eigen betalingen niet vergelijkbaar zijn met die van de andere individuen, nemen we de zelfstandigen zonder recht op kleine risico's in het verplichte systeem niet op in de analyses van dit artikel⁴.

De registratie van supplementen in het Belgische gezondheidszorgsysteem is ver van perfect. Dit is precies één van de grootste problemen. Toch bieden onze gegevens waarschijnlijk een zeer behoorlijk beeld van de ziekenhuissupplementen, omdat de informatie daarover grotendeels aan de ziekenfondsen wordt doorgegeven. De registratie van supplementen in de ambulante sector is echter veel minder betrouwbaar, omdat de registratie van ambulante supplementen in België niet verplicht is. Informatie over niet-verzekerde zorg in de ambulante sector (over-the-counter geneesmiddelen, acupunctuur, homeopathie,...) ontbreekt vanzelfsprekend volledig. Deze problemen hangen echter niet uitsluitend samen met onze gegevens: ze wijzen ook op de moeilijkheid om het concept "supplement" op een adequate wijze te definiëren.

³ Zie bijvoorbeeld Adriaenssen en De Graeve, 2000; De Graeve et al.; 2003; Schokkaert et al., 2003; van der Heyden et al., 2003.

⁴ Hun situatie wordt in meer detail beschreven in KCE 2006.

3. Definitie en regelgeving

a) Definitie

De beste definitie van “supplementen” hangt noodzakelijkerwijze samen met het doel waarvoor de definitie moet worden gebruikt. Supplementen in de enge zin kunnen gedefinieerd worden als “het verschil tussen het honorarium of de prijs die werkelijk door de patiënt betaald wordt en de door het RIZIV gehanteerde vergoedingsbasis” (zie figuur 1). Een groot gedeelte van de eigen betalingen van de patiënten wordt door deze definitie echter niet gedekt, meer bepaald alle kosten voor gezondheidszorg die door de patiënt gedragen worden maar die niet in het pakket van de verplichte ziekteverzekering zijn opgenomen. Hieronder vallen zowel de medische kosten buiten de ziekteverzekering (zoals sommige implantaten en geneesmiddelen in categorie D) als de diverse persoonlijke kosten voor niet-medische producten en diensten op de ziekenhuisfactuur, zoals televisie en telefoon. Hoewel het hier niet gaat om supplementen in de strikte zin – deze betalingen komen niet bovenop een door het RIZIV gehanteerde vergoedingsbasis –, kunnen in een breder perspectief deze betalingen toch ook als een supplement worden geïnterpreteerd. Ze horen in elk geval bij de eigen betalingen en vormen tegelijkertijd ook geen remgeld. Omdat wij ons in dit artikel richten op de situatie van de patiënten, zullen we in principe deze brede definitie van supplementen gebruiken (zie Figuur 1).

Supplementen kunnen zowel voor ambulante zorg als in het ziekenhuis gevraagd worden. In het ziekenhuis maakt men een onderscheid tussen honorariumsupplementen, kamersupplementen en materiaalsupplementen. Daarnaast zijn er ook betalingen voor geneesmiddelen en voor parafarmaceutische producten en diverse kosten waarvoor geen terugbetalingen voorzien zijn omdat ze niet opgenomen zijn binnen de nomenclatuur.

Figuur 1: Definitie van supplementen

TOTAAL honorarium – verzekerde zorg		
CONVENTIE TARIEF		SUPPLEMENT
ZIV-TERUGBETALING	REMGELD	
TOTAAL honorarium–niet-verzekerde zorg		
SUPPLEMENT		

De concrete implementatie van deze brede definitie in onze analyse wordt vanzelfsprekend beperkt door de beschikbare gegevens, die reeds beschreven werden in de vorige paragraaf. Voor de ziekenhuissupplementen is het beeld vrij exhaustief. Voor de ambulante supplementen kunnen we echter slechts een onvolledig beeld geven. Zo ontbreekt alle informatie over niet-verzekerde zorg in de ambulante sector.

b) Regelgeving

De Belgische overheid heeft al verschillende maatregelen genomen om patiënten met hoge eigen betalingen te beschermen. Dit gebeurt op de eerste plaats via reglementering van remgelden en via correctiemaatregelen zoals de verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur. Daarnaast is er ook een toenemende reglementering van de supplementen bij ziekenhuisopname. Voor de ambulante sector ontbreekt die regelgeving grotendeels.

In tabel 1 geven we een korte samenvatting van de regelgeving van supplementen in het kader van een hospitalisatie. We richten ons daarbij op de situatie in 2003, omdat dat de periode is die in dit artikel zal worden geanalyseerd⁵. Bij een hospitalisatie zijn vooral de conventionering van de zorgverstrekker en de kamerkeuze door de patiënt bepalend voor het aanrekenen van supplementen.

⁵ Zie KCE 2006 voor een meer gedetailleerd overzicht.

Tabel 1: Samenvatting van de regelgeving met betrekking tot supplementen (2003)

Type supplement	Kamertype		
	Gemeenschappelijke kamer	Tweepersoonskamer	Eenpersoonskamer
Honorariumsupplementen			
Geconventioneerde arts	Neen	Neen	Ja
Niet-geconventioneerde arts	Ja, maar beschermde personen	Ja, maar beschermde personen	Ja
Geconventioneerde paramedicus	Neen	Neen	Neen
Niet-geconventioneerde paramedicus	Ja	Ja	Ja
Kamersupplementen	Neen	Ja, maar gelimiteerd	Ja
Materiaalsupplementen			
Artikel 28 Artikel 35 Artikel 35 bis	Neen, in het geval van forfaitaire terugbetaling; Ja in het andere geval, namelijk het verschil tussen aankoopprijs en terugbetaling met veiligheidsmarge.		
Andere supplementen voor gehospitaliseerde patiënten	Voor niet terugbetaalde zorg, voor gebruikte/bestelde producten		

Niet-geconventioneerde artsen kunnen *honorariumsupplementen* aanrekenen bij hospitalisatie in om het even welk kamertype, behalve aan zwakkere socio-economische groepen (in casu individuen met recht op verhoogde tegemoetkoming) als ze opgenomen zijn in een twee- of meerpersoonskamer. Geconventioneerde artsen daarentegen kunnen enkel supplementen aanrekenen in een éénpersoonskamer. Bij paramedici is de kamerkeuze niet relevant; hier kunnen uitsluitend niet-geconventioneerde paramedici supplementen aanrekenen en dan in om het even welk kamertype.

Kamersupplementen kunnen in een één- of tweepersoonskamer gevraagd worden, maar zijn beperkt in een tweepersoonskamer. Op 1 februari 2002 werd het maximum vastgelegd op €8.95, gekoppeld aan de consumptieprijsindex. Kamersupplementen kunnen niet gevraagd worden wanneer de patiënt om medische redenen in een éénpersoonskamer wordt opgenomen.

Materiaalsupplementen kunnen gevraagd worden voor het bedrag van het verschil tussen de aankoopprijs en de ZIV-terugbetaling. Er is gradueel meer bescherming gekomen door de terugbetaling van het materiaal op forfaitaire basis zonder supplementen en door veiligheidsmarges te specificeren die een maximumprijs inhouden. Er is echter geen bescherming van specifieke zwakke groepen.

Voor de medische kosten buiten de ziekteverzekering ontbreekt elke beschermende reglementering.

Sinds 2003 is de regelgeving rond de supplementen verder verstrengd en werd ook gewerkt aan een verruiming van de maximumfactuur. Deze wijzigingen hebben onder meer betrekking op de terugbetaling van endoscopisch en viscerosynthesemateriaal en op de regeling voor implantaten en voor bepaalde D-geneesmiddelen. Vanaf 2007 wordt een nieuwe terugbetalingsprocedure van kracht voor implantaten, die voor de patiënt minder nadelig uitvalt. Sedert juli 2006 zijn de kamersupplementen in twee- en meerpersoonskamers volledig afgeschaft voor mensen met verhoogde tegemoetkoming. Op de Ministerraad van 19 januari 2007 werden een aantal verdere concrete maatregelen goedgekeurd: betere informatieverstrekking aan opgenomen patiënten, verbod op honorariumsupplementen voor patiënten die omwille van medische redenen in een individuele kamer zijn opgenomen, reglementering van de supplementen bij rooming in (wanneer de ouder samen met een kind op de kamer verblijft), en een eerste aanzet tot een betere bescherming van chronisch zieken in een tweepersoonskamer.

Het moet dan ook duidelijk zijn dat het beeld voor 2003 zoals het in dit artikel wordt geschetst niet volledig representatief is voor de toestand in 2007. Zoals verder zal blijken, komen uit de gedetailleerde analyse van de gegevens van 2003 toch inzichten naar voor die hun relevantie niet verliezen door de wijzigingen in de regelgeving sinds 2003. Bovendien biedt onze analyse voor 2003 interessant materiaal om de opportuniteit van de sinds dan getroffen maatregelen te beoordelen.

4. De globale verdeling van de eigen betalingen in 2003

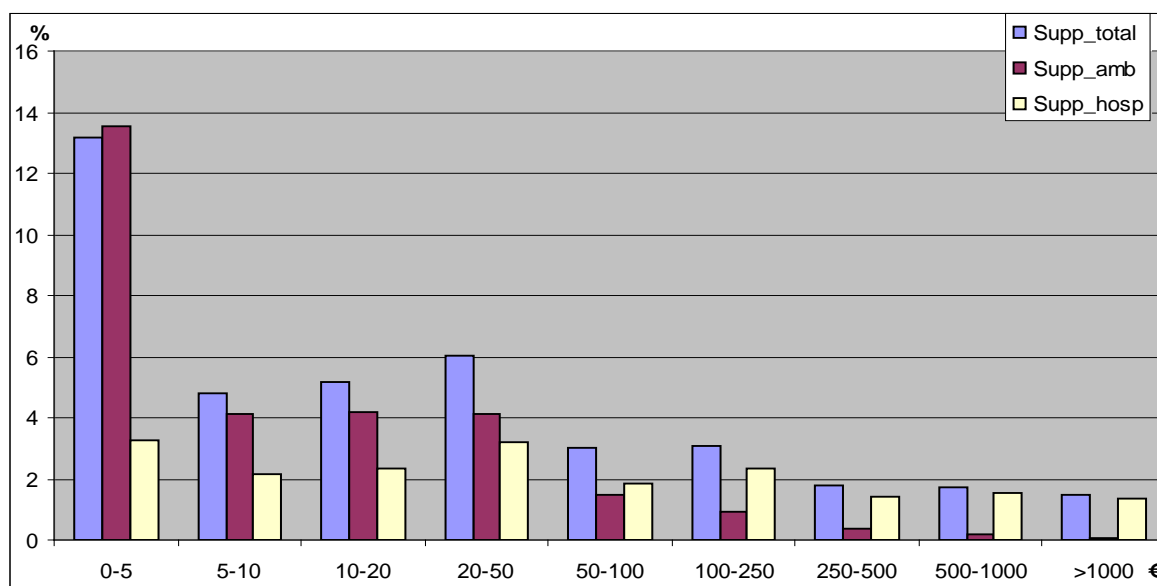
We geven eerst een globaal beeld van de omvang van de betaalde supplementen en remgelden in 2003. Vervolgens gaan we dieper in op de verdeling over verschillende sociale groepen en op de desaggregatie over verschillende soorten van supplementen. Om alle verwarring te vermijden, is het wellicht nuttig nog eens te benadrukken dat in deze cijfers geen rekening wordt gehouden met de mogelijke beschikbaarheid van een aanvullende hospitalisatieverzekering: we zullen de gevolgen daarvan verder bekijken in paragraaf 6.

a) De omvang van supplementen en remgelden in 2003

Figuur 2 geeft een algemeen beeld van de verdeling van de supplementen per jaar over de Belgische bevolking. De blauwe staven tonen de verdeling van de totale supplementen, de rode staven de verdeling van de supplementen in de ambulante sector en de gele staven de verdeling in de ziekenhuissector. Voor een groot deel van de bevolking is het bedrag dat in een jaar aan supplementen betaald wordt beperkt. Ongeveer 60% van de bevolking heeft in 2003 geen supplementen betaald (niet getoond op figuur 2). Daarnaast heeft 18% van de bevolking maximaal €10 aan supplementen betaald. Maar voor sommige mensen zijn de supplementen wel hoog. Zelfs de kleine percentages stellen een groot aantal personen voor: ongeveer 300.000 individuen betaalden meer dan €500 aan supplementen, en 137.000 individuen betaalden zelfs meer dan €1.000.

Figuur 2 geeft ook een idee over het relatieve belang van supplementen in de ambulante sector en de ziekenhuissector. De resultaten zijn niet verrassend: bij de ambulante supplementen gaat het relatief vaker om kleine bedragen, bij de ziekenhuissupplementen vinden wij een veel groter aantal observaties met hoge bedragen. Hoewel in onze gegevens de omvang van de ambulante supplementen allicht wordt onderschat, wijst deze verdeling toch ook op een maatschappelijke realiteit. Vooral bij een opname in het ziekenhuis moeten hogere supplementen worden betaald. Wij zullen verder in dit artikel meer in detail ingaan op het relatieve belang van de verschillende categorieën.

Figuur 2: Verdeling van de supplementen per jaar (2003)



Vanuit het standpunt van de patiënt wordt de financiële toegankelijkheid van het gezondheidszorgsysteem niet bepaald door de supplementen alleen, maar wel door de totale eigen betalingen, d.i. de som van remgelden en supplementen. Tabellen 2, 3 en 4 geven de verdeling van de supplementen en remgelden over de bevolking. De niet-gekleurde cellen geven het aantal mensen met eigen betalingen lager dan €500. De cellen in het geel geven het aantal mensen dat in de loop van 2003 tussen €500 en €1000 aan eigen betalingen gedaan heeft. De cellen in het bruin geven dezelfde informatie maar voor een bedrag aan eigen betalingen van minstens €1000.

Tabellen 2, 3 en 4 verschillen van elkaar in de manier waarop rekening gehouden is met de effecten van de maximumfactuur (MaF). Met de beschikbare data was het onmogelijk om de effecten van de MaF perfect te berekenen, omdat de informatie over de totale remgelden op het niveau van het sociologische gezin ontbrak. We weten wel of gezinnen het MaF-plafond overschreden hebben, maar we kunnen niet achterhalen welke uitgaven de individuele patiënten boven de grensbedragen van de MaF getild hebben. We tonen daarom de resultaten voor drie mogelijke scenario's.

De remgelden in tabel 2 zijn een overschatting van de werkelijk betaalde remgelden, omdat er geen enkele correctie voor de MaF werd doorgevoerd. Dit noemen we het 'pessimistische scenario'. Tabel 3 is het 'realistische scenario'. Hierin benaderen we op de best mogelijke manier het effect van de MaF op de werkelijk betaalde remgelden. Onze gedetailleerde uitgavengegevens maken het mogelijk om voor elk

individuele remgelden te splitsen in remgelden die in de MaF-teller zijn opgenomen en remgelden waarvoor dat niet het geval is (en die dus altijd door de patiënt zelf moeten gedragen worden). Bovendien weten we of iemand tot een gezin behoort dat in aanmerking komt voor MaF-terugbetalingen, en als dat zo is, met welk grensbedrag (€450 of €650). Voor gezinnen die in aanmerking komen voor de MaF-terugbetalingen, verminderen we de remgelden die in de MaF zitten tot het relevante grensbedrag (€450 of €650). Daarbij tellen we dan alle betaalde remgelden op voor prestaties die niet in de MaF zijn opgenomen. We kunnen echter geen rekening houden met de fiscale MaF omdat we niet beschikken over inkomensinformatie. In tabel 4 simuleren we de hypothetische situatie waarbij iedereen recht zou hebben op de MaF limiet van €450. We passen hierbij de remgelden aan zoals in de vorige situatie en noemen dit het 'optimistische scenario'.

In de tabellen stellen we in het algemeen een positieve correlatie vast tussen de te betalen remgelden en de supplementen. Het aantal patiënten met hoge supplementen en lage remgelden (rechterbovenhoek in de tabel) is minimaal. Aan de andere kant zijn er echter wel veel individuen die relatief hoge remgelden hebben, maar slechts weinig supplementen.

Het is interessant om de resultaten van het pessimistische scenario (tabel 2) te vergelijken met deze van het realistische scenario (tabel 3). Dit geeft ons een indicatie van de effecten van de MaF: logischerwijze zijn die miniem voor lage remgelden, maar de effecten worden relatief belangrijk voor grote bedragen. Zonder de MaF zouden 559.460 patiënten meer dan €500 remgelden moeten betalen, in het realistische scenario vermindert dit aantal tot 452.900. Door de MaF is het aantal extreme betalende (>€1000; remgelden en supplementen samen) met 15% gedaald van 372.780 tot 317.460. In de hypothetische situatie waar iedereen recht heeft op de MaF limiet van €450 (tabel 4), wordt dit aantal patiënten verder verlaagd tot 259.640⁶. Het bestaan van de MaF verhoogt in zekere zin het belang van supplementen vanuit het standpunt van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, omdat er voor de supplementen geen limieten opgelegd worden.

⁶ Deze resultaten kunnen vergeleken worden met de analyse van de efficiëntie van de MaF in Schokkaert et al. (2003). Voor de constructie van de gegevens in dat artikel werd uitgegaan van de budgetenquête.

Tabel 2: Verdeling van supplementen en remgelden zonder correctie voor MaF in 2003 (aantal individuen) – het pessimistische scenario

Remgeld, €	Eigen betalingen*	Supplementen, €					Totaal
		0-100	100-250	250-500	500-1000	>1000	
0-100	Laag	5.192.420	27.060	8.120	0	0	5.227.600
	Hoog	0	0	1.980	3.780	0	5.760
	Extreem	0	0	0	360	3.900	4.260
100-250	Laag	2.164.520	72.600	13.920	0	0	2.251.040
	Hoog	0	0	22.360	20.840	0	43.200
	Extreem	0	0	0	6.460	13.420	19.880
250-500	Laag	787.540	41.440	0	0	0	828.980
	Hoog	29.760	55.240	51.500	20.680	0	157.180
	Extreem	0	0	0	41.920	38.680	80.600
500-1000	Laag	0	0	0	0	0	0
	Hoog	221.440	52.600	17.380	0	0	291.420
	Extreem	3.560	11.560	27.840	42.520	44.520	130.000
> 1000	Laag	0	0	0	0	0	0
	Hoog	0	0	0	0	0	0
	Extreem	36.640	21.360	21.180	22.420	36.440	138.040
Totaal	Laag	8.144.480	141.100	22.040	0	0	8.307.620
	Hoog	251.200	107.840	93.220	45.300	0	497.560
	Extreem	40.200	32.920	49.020	113.680	136.960	372.780

* Eigen betalingen (EB) omvat de som van remgeld en supplement. Laag , hoog en extreem hebben respectievelijk betrekking op $EB < €500$; $€500 \leq EB < €1000$ en $EB \geq €1000$.

Tabel 3: Verdeling van supplementen en remgelden in 2003 met aanpassing voor MaF indien overschrijding (aantal individuen) – het realistische scenario

Remgeld (correctie MaF), €	Eigen betalingen*	Supplementen, €					Totaal
		0-100	100-250	250-500	500-1000	>1000	
0-100	Laag	5.192.320	27.060	8.120	0	0	5.227.500
	Hoog	0	0	1.980	3.680	0	5.660
	Extreem	0	0	0	360	3.660	4.020
100-250	Laag	2.164.580	72.600	13.920	0	0	2.251.100
	Hoog	0	0	22.360	20.880	0	43.240
	Extreem	0	0	0	6.480	13.600	20.080
250-500	Laag	830.360	41.440	0	0	0	871.800
	Hoog	43.680	74.240	63.960	21.880	0	203.760
	Extreem	0	0	0	50.400	47.500	97.900
500-1000	Laag	0	0	0	0	0	0
	Hoog	186.680	50.800	19.960	0	0	257.440
	Extreem	1.600	6.420	24.180	44.220	51.040	127.460
> 1000	Laag	0	0	0	0	0	0
	Hoog	0	0	0	0	0	0
	Extreem	16.660	9.300	9.800	11.080	21.160	68.000
Totaal	Laag	8.187.260	141.100	22.040	0	0	8.350.400
	Hoog	230.360	125.040	108.260	46.440	0	510.100
	Extreem	18.260	15.720	33.980	112.540	136.960	317.460

* Eigen betalingen (EB) omvat de som van remgeld en supplement. Laag , hoog en extreem hebben respectievelijk betrekking op $EB < €500$; $€500 \leq EB < €1000$ en $EB \geq €1000$.

Tabel 4: Verdeling van supplementen en remgelden bij toekenning van MaF €450 aan iedereen (aantal individuen) – het optimistische scenario

Remgeld (correctie MaF), €	Eigen betalingen*	Supplementen, €					Totaal
		0-100	100-250	250-500	500-1000	>1000	
0-100	Laag	5.192.320	27.060	8.120	0	0	5.227.500
	Hoog	0	0	1.980	3.680	0	5.660
	Extreem	0	0	0	360	3.660	4.020
100-250	Laag	2.164.580	72.600	13.920	0	0	2.251.100
	Hoog	0	0	22.360	20.880	0	43.240
	Extreem	0	0	0	6.480	13.600	20.080
250-500	Laag	949.920	41.440	0	0	0	991.360
	Hoog	74.540	113.780	90.580	25.100	0	304.000
	Extreem	0	0	0	73.800	78.900	152.700
500-1000	Laag	0	0	0	0	0	0
	Hoog	53.000	25.460	17.000	0	0	95.460
	Extreem	140	700	8.920	26.900	36.980	73.640
> 1000	Laag	0	0	0	0	0	0
	Hoog	0	0	0	0	0	0
	Extreem	1.380	820	1.400	1.780	3.820	9.200
Totaal	Laag	8.306.820	141.100	22.040	0	0	8.469.960
	Hoog	127.540	139.240	131.920	49.660	0	448.360
	Extreem	1.520	1.520	10.320	109.320	136.960	259.640

* Eigen betalingen (EB) omvat de som van remgeld en supplement. Laag, hoog en extreem hebben respectievelijk betrekking op $EB < €500$; $€500 \leq EB < €1000$ en $EB \geq €1000$.

b) Welke groepen worden vooral getroffen?

Vanuit sociaal oogpunt is het vooral van belang te weten op welke wijze de supplementen over de bevolking verdeeld zijn en wie de extreme betalers zijn. Het is te verwachten dat personen met een grotere behoefte aan zorg hogere supplementen (en remgelden) zullen moeten betalen, maar we willen ook een beter inzicht krijgen in de spreiding over verschillende socio-economische groepen. Hiertoe maken we gebruik van een eenvoudig regressiemodel. De afhankelijke variabele is het betaalde bedrag aan supplementen. Als onafhankelijke variabelen nemen we binaire indicatoren op voor diverse subgroepen van de bevolking. Op basis van de geschatte coëfficiënten van deze regressie-analyse kan dan berekend worden hoeveel supplementen een specifieke bevolkingsgroep gemiddeld moet betalen. Het spreekt vanzelf dat het hier gaat om een louter beschrijvende oefening, die het mogelijk maakt de rijkdom aan informatie in de gegevens op een inzichtelijke wijze samen te vatten. Onze eenvoudige methodologie laat ons niet toe besluiten te trekken over mogelijke causale verbanden.

Men verkrijgt bijkomende inzichten door de verdeling van de supplementen te vergelijken met die van de ZIV-terugbetalingen en remgelden. Naast schattingen voor de supplementen, geven we daarom ook schattingen voor ZIV-terugbetalingen en remgelden. Omdat veel patiënten geen supplementen betalen, voeren we bovendien een aparte regressie uit voor de patiënten die wel degelijk een positief bedrag aan supplementen hebben. Het verschil tussen de schattingen inclusief en exclusief nulconsumptie geeft een indicatie van de determinanten van het al dan niet betalen van supplementen.

De resultaten zijn weergegeven in tabel 5. De eerste kolom in tabel 5 geeft de resultaten voor de totale ZIV-terugbetalingen, de tweede kolom voor de totale remgelden en de laatste twee kolommen voor de supplementen (de derde inclusief en de vierde exclusief nulconsumptie). De coëfficiënten in het vet zijn significant verschillend van nul ($p < 0,0001$). Merk op dat de R^2 (verklaarde variantie) veel kleiner is voor de supplementen dan voor de remgelden of ZIV-terugbetalingen. Dit kan het gevolg zijn van de grotere meetfouten bij de supplementen. Veel belangrijker is echter waarschijnlijk de grotere variatie in het gedrag van de zorgverstrekkers en in de eigen keuzes van de patiënt.

Vooraleer de resultaten te bespreken, geven we eerst een korte toelichting bij de gebruikte variabelen⁷:

- de variabele “prefreat” neemt de waarde 1 voor individuen met verhoogde tegemoetkoming. Deze variabele speelt een belangrijke rol in elke evaluatie van de effectiviteit van de bestaande sociale beschermingsmaatregelen.
- om regionale verschillen te capteren, introduceren we binaire variabelen voor de provincies.
- we hebben ervoor gekozen om de effecten van leeftijd en geslacht op te nemen door middel van een reeks van binaire variabelen (één per 5 jaar). Deze flexibele specificatie kan een complexe niet-lineaire relatie vatten en is net breed genoeg zodat een voldoende aantal observaties in alle cellen de statistische betrouwbaarheid van de schattingen garandeert.

⁷ Een meer volledige omschrijving van alle variabelen werd opgenomen in de bijlage van dit artikel. Voor de labeling van de variabelen gebruiken we dezelfde afkortingen als in KCE 2006.

- de variabelen died_q1 tot q4 geven aan of een persoon tijdens één van de vier kwartalen van 2003 gestorven is. Door een onderscheid te maken naargelang het kwartaal kunnen we rekening houden met het tijds patroon van de uitgaven tijdens de laatste levensmaanden. Bovendien is het zo dat iemand die tijdens het eerste kwartaal sterft, slechts uitgaven heeft voor dat eerste kwartaal en geen uitgaven voor de andere kwartalen. Dit leidt tot een mechanisch negatief effect op de uitgaven, waarvoor moet gecorrigeerd worden.
- de variabelen “nursing_pay_B” tot “lumpsum_thirdparty” en “subsidy_handic” geven aan dat het individu recht heeft op een forfait chronisch zieken (nursing_pay_B, nursing_pay_C en phys_E) of op een forfait voor gehandicapten⁸. De variabelen in deze groep kunnen beschouwd worden als indicatoren van een hogere morbiditeit. In de verdere analyse besteden we vooral aandacht aan de indicatoren “nursing_pay_B” en “nursing_pay_C”: het gaat hier over mensen die gedurende minstens drie maanden recht hebben op een forfait voor thuisverpleging omwille van hun hoge (voor categorie B) of zeer hoge (voor categorie C) score op de Katz-schaal voor zorgbehoefte.
- de variabele “work_incap” geeft weer dat de persoon minstens één dag arbeidsongeschikt was. Primaire arbeidsongeschiktheid verwijst naar de eerste periode van werkonbekwaamheid. Na een jaar arbeidsongeschiktheid krijgen mensen het statuut van invalide, in de data weergegeven door de variabele “inval”. A priori kunnen we verwachten dat een periode van initiële werkonbekwaamheid gepaard gaat met hogere gezondheidszorguitgaven.
- we hebben meerdere variabelen die betrekking hebben op de sociale status van het individu. De variabele “self_empl” heeft betrekking op de zelfstandigen die recht hebben op terugbetaling van kleine risico's binnen het verplichte systeem. Deze specifieke groep omvat hoofdzakelijk gehandicapten en in mindere mate gepensioneerden met een laag inkomen.

⁸ We hebben de informatie met betrekking tot sommige andere forfaits die recht geven op bescherming tegen de betaling van supplementen niet apart opgenomen (forfait voor incontinentiemateriaal en forfait voor palliatieve zorg), omdat het aantal relevante observaties in onze steekproef erg klein was.

Zoals reeds vermeld, worden alle andere zelfstandigen niet opgenomen in de analyse.

- tewerkstellingsstatus wordt gevat door de variabelen “employed”, “parttime” en “early_retired”. Aanvullend wordt ook de variabele “ben_unempl” geïntroduceerd als indicator voor de langdurig werklozen (ouder dan 50 jaar en met werkloosheidsvergoedingen voor een periode langer dan 1 jaar).
- een lage socio-economische status wordt verder ook weergegeven door “res_lowY” (voor residenten met laag inkomen) en “guarant_Y” (voor mensen met een gewaarborgd inkomen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naargelang ze jonger of ouder zijn dan 60 jaar).

Op basis van de resultaten in tabel 5 kunnen we de gemiddelde waarde van de uitgaven voor een specifieke subgroep berekenen. Het intercept in kolom 3 (€13,67) moet geïnterpreteerd worden als het gemiddelde supplement betaald door een persoon met de volgende referentiekarakteristieken: een man, behorend tot de actieve bevolking (PUG/TIP), tussen 30 en 35 jaar oud, die in de provincie Antwerpen woont en niet gekenmerkt wordt door één van de andere indicatoren van morbiditeit en sociale kwetsbaarheid. Elke individuele coëfficiënt toont vervolgens hoe het gemiddelde voor de betreffende subgroep verschilt van dat referentiebedrag. We geven enkele voorbeelden: individuen met verhoogde tegemoetkoming (“prefreat”=1) betalen gemiddeld €26,81 minder, een individu met de referentiekarakteristieken maar dat in Waals-Brabant woont betaalt €26,81 meer, een vrouwelijke PUG/TIP tussen 85 en 90 jaar oud betaalt €107,25 meer. Combinatie van de verschillende coëfficiënten maakt het ook mogelijk om het gemiddelde bedrag aan betaalde supplementen te berekenen voor om het even welke subgroep. Het gemiddelde supplement dat betaald wordt door een man tussen 85 en 90 jaar oud, die in Henegouwen woont, met recht op verhoogde tegemoetkoming en forfait B voor chronische ziekte, bedraagt €275,55 ($=13,67 + 131,87 - 19,11 - 26,89 + 176,01$).

We kunnen uit de resultaten afleiden dat er een positieve correlatie is tussen ZIV-terugbetalingen en totale supplementen. Dit blijkt uit de sterke overlapping tussen de significante effecten in de eerste en derde kolom van tabel 5. Een meer gedetailleerde vergelijking toont aan welke groepen relatief (d.i. in vergelijking met de ZIV-

uitgaven) meer en welke relatief minder getroffen worden door de supplementen. Een niet-significant effect in de derde kolom suggereert dat deze groep relatief goed beschermd is in het huidige systeem (in de zin dat ze geen hogere supplementen moeten betalen dan de referentiepersoon) of dat de variatie in de supplementen voor die groep groot is en het aantal observaties te klein om een statistisch betrouwbare schatting te krijgen.

Welke zijn de belangrijkste conclusies die we uit tabel 5 kunnen trekken?⁹

- het leeftijds patroon van de totale terugbetalingen is volledig in lijn met wat normaal teruggevonden wordt in de literatuur: het is U-vormig met hogere uitgaven voor de jongeren en de ouderen, zowel voor mannen als voor vrouwen en met een verhoging voor vrouwen tussen 25 en 35, d.i. de leeftijd van zwangerschap. Rempgelden en supplementen volgen hetzelfde patroon. Voor de supplementen is de stijging zelfs relatief groter voor vrouwen tussen 25 en 35: dit reflecteert de grotere supplementen die betaald worden bij een verblijf in de materniteit¹⁰. Een ander interessant fenomeen vindt plaats op hogere leeftijd: terwijl er een sterke stijging is van de terugbetalingen, is het patroon veel vlakker voor de rempgelden en supplementen.
- onze resultaten bevestigen nog maar eens dat de laatste levensmaanden gepaard gaan met grote gezondheidsuitgaven. Zelfs individuen die overlijden tijdens het eerste en tweede kwartaal van het jaar hebben grotere ZIV-terugbetalingen (terwijl voor hen de betalingen slechts betrekking hebben op een fractie van een jaar). Ook de supplementen stijgen significant tijdens de laatste levensmaanden.
- mensen die recht hebben op verhoogde tegemoetkoming hebben grotere ZIV-terugbetalingen en lagere rempgelden. Hier spelen twee effecten die niet afgezonderd kunnen worden: een mechanisch effect omwille van een verschuiving van rempgelden naar terugbetalingen en een morbiditeits-

⁹ Bij alle interpretaties van de resultaten in Tabel 5 mag natuurlijk niet uit het oog verloren worden dat het steeds gaat om partiële effecten, waarbij gecontroleerd wordt voor alle andere opgenomen karakteristieken. Of, anders uitgedrukt, de coëfficiënt van elke afzonderlijke variabele geeft het effect weer van deze indicator voor een persoon die voor de rest alle kenmerken van de referentiepersoon heeft.

¹⁰ We kunnen in onze data niet expliciet het effect onderscheiden van rooming-in, d.i. wanneer ouders bij hun kinderen in het ziekenhuis verblijven. In principe zouden deze kosten gereflecteerd moeten zijn in de rekening van de kinderen. Onze resultaten suggereren dat het effect van rooming-in niet erg sterk is.

en/of moral hazard effect dat leidt tot grotere zorgconsumptie. Het is opvallend dat het negatieve effect domineert, ook voor de supplementen: ondanks een mogelijk (waarschijnlijk?) grotere zorgconsumptie, zijn de supplementen betaald door patiënten met voorkeurregeling gemiddeld €26,89 lager, en zelfs €3,96 lager als we de analyse beperken tot de positieve supplementen. Dit effect kon verwacht worden op basis van de beschermende regelgeving, maar kan ook verschillend gedrag van patiënten en verstrekkers reflecteren.

- de invaliden, de gehandicapten en mensen met primaire arbeidsongeschiktheid hebben grotere ZIV-terugbetalingen. Zij hebben ook hogere supplementen, maar de stijging in de supplementen is misschien iets kleiner dan men a priori zou kunnen verwachten. Hetzelfde geldt ontegensprekelijk voor de chronisch zieken (zoals aangegeven door `nursing_pay_B`, `nursing_pay_C` en `phys_E`) waar er een hoge stijging is in de terugbetalingen: opnieuw stijgen de supplementen significant, maar niet in verhouding tot de toename in de terugbetalingen. Merk op dat voor deze categorieën de coëfficiënten in de kolommen 3 en 4 vergelijkbaar zijn. Dit suggereert dat (in tegenstelling tot de meeste andere categorieën) nagenoeg iedereen in deze groepen supplementen betaalt. Een groot gedeelte van deze supplementen moet overigens in de ambulante sector gesitueerd worden. We komen in paragraaf 5 nog terug op de situatie van de chronisch zieken.
- socio-economische indicatoren – weergegeven door de variabelen voor residenten met laag inkomen (`res_lowY`), voor de langdurig werklozen (variabelen `unemployed`, `parttime`, `early_retired` en `ben_unempl`), en voor de individuen die recht hebben op een gewaarborgd minimum inkomen (variabelen `guarant_Y`) – hebben nauwelijks een significant effect op de terugbetalingen, noch op de remgelden en supplementen. Na controle voor alle andere variabelen, zijn de eigen betalingen van deze zwakkere socio-economische groepen dus niet groter dan die van de referentiepersoon. Zij worden inderdaad, tot op zekere hoogte, beschermd via dezelfde regelgeving als de personen met verhoogde tegemoetkoming. Toch mogen deze resultaten niet onmiddellijk leiden tot een overdreven optimisme. Het

is immers mogelijk dat de variabelen in de regressies niet voldoende verfijnd zijn om sociale kwetsbaarheid adequaat te vatten. Bovendien kan het beperkte effect ook wijzen op onderconsumptie. Vermits we geen betrouwbare indicatoren hebben van gezondheidsnoden, kunnen we hierover geen conclusies trekken. Tenslotte is het natuurlijk essentieel dat we het hier hebben over het absolute bedrag aan eigen betalingen. Een grotere economische kwetsbaarheid vertaalt zich ook in een lager inkomen, zodat hetzelfde absolute bedrag aan eigen betalingen een grotere relatieve last op het budget legt. Doordat we geen directe informatie hebben over de inkomens, kunnen we dit effect niet in rekening brengen.

- onze resultaten tonen een frappant regionaal patroon. In deze regressies kunnen regionale verschillen zowel wijzen op regionale variatie in niet-geobserveerde morbiditeit (m.n. morbiditeitsverschillen waarvoor niet gecontroleerd wordt door de opgenomen variabelen) als op regionale variatie in het gedrag van zorgverstrekkers en ziekenhuizen. De Vlaamse provincies zijn niet verschillend van Antwerpen, met uitzondering van Limburg waar de supplementen lager zijn. De resultaten voor Brussel en Luik zijn opmerkelijk: de gemiddelde supplementen zijn niet verschillend van die in Antwerpen, maar de supplementen groter dan nul (kolom 4) zijn significant hoger. Dit suggereert dat relatief minder patiënten supplementen betalen, maar degenen die er betalen, betalen (veel) hogere bedragen. Een gelijkaardig resultaat wordt gevonden in Waals-Brabant, alhoewel daar ook het gemiddelde hoger is. De resultaten voor Henegouwen zijn ook opvallend: de gemiddelde supplementen zijn lager, maar wanneer we de analyse beperken tot de positieve waarden, verdwijnen de verschillen. Dit suggereert dat minder patiënten supplementen betalen, maar dat er geen verschil is in het betaalde bedrag¹¹.

Tabel 5: Verdeling van de uitgaven voor gezondheidszorg over de bevolking

	Terugbetalingen inclusief 0	Remgelden inclusief 0	Supplementen inclusief 0	Supplementen exclusief 0
<i>N</i>	271.813	271.813	271.813	114.341

¹¹ Verschillen in het gedrag van de zorgverstrekkers komen meer uitgebreid aan bod in KCE 2006.

	Terugbetalingen inclusief 0	Remgelden inclusief 0	Supplementen inclusief 0	Supplementen exclusief 0
Mean	1.438,43	157,09	60,77	151,18
Adj R ²	0,25	0,23	0,03	0,04
Intercept	232,61	60,12	13,67	33,18
prefreat	393,84	-132,37	-26,89	-63,96
VI_Brab	-36,96	-5,39	-2,01	8,32
W_VI	106,92	-1,18	-4,15	-16,35
O_VI	55,68	2,84	-0,03	0,75
Limburg	2,47	-6,45	-13,79	-29,32
Brussels	6,80	-7,61	10,24	114,09
Brab_W	97,36	12,64	26,81	91,58
Hainaut	155,82	19,16	-19,11	0,54
Liège	125,35	22,09	1,46	57,41
Luxemb	8,15	9,31	-7,26	11,77
Namur	75,97	15,83	-8,88	12,06
M_0	732,04	40,84	12,28	13,47
M_1-4	241,59	31,70	12,32	7,40
M_5-9	124,00	5,51	0,57	-9,70
M_10-14	50,73	5,22	4,06	1,75
M_15-19	18,62	0,99	8,35	13,20
M_20-24	-48,99	-9,49	-0,32	0,14
M_25-29	-15,70	-6,74	0,67	4,78
M_35-39	60,75	6,10	1,43	6,79
M_40-44	61,18	14,64	6,40	20,55
M_45-49	238,08	28,89	12,84	34,98
M_50-54	483,56	62,80	25,61	66,68
M_55-59	781,13	91,01	44,50	101,84
M_60-64	896,53	98,41	61,37	132,03
M_65-69	1,589,39	152,11	84,48	153,31
M_70-74	1,994,95	199,31	96,19	166,90
M_75-79	2,373,73	236,93	98,80	160,39
M_80-84	2,721,51	242,73	98,78	157,59
M_85-89	3,311,12	252,38	131,87	208,18
M_90-94	2,882,97	204,45	67,75	102,89
M_95+	3,871,04	201,25	156,92	272,56
F_0	513,40	25,48	9,69	11,54
F_1-4	131,94	18,09	8,56	4,37
F_5-9	43,79	-5,06	-1,08	-12,73
F_10-14	45,05	2,07	6,50	8,47
F_15-19	119,61	23,79	14,23	24,93
F_20-24	126,89	39,23	21,09	39,96
F_25-29	396,12	67,68	82,85	162,08
F_30-34	389,69	71,04	86,79	173,50
F_35-39	312,78	59,06	47,51	94,46
F_40-44	310,13	63,77	31,04	57,44
F_45-49	374,30	73,31	31,14	56,06
F_50-54	552,64	104,46	40,69	70,91
F_55-59	706,61	112,93	51,04	93,03
F_60-64	1,037,80	135,73	68,26	117,39
F_65-69	1,383,50	169,55	73,08	120,44
F_70-74	1,768,16	209,57	102,19	175,38

	Terugbetalingen inclusief 0	Remgelden inclusief 0	Supplementen inclusief 0	Supplementen exclusief 0
F_75-79	2,480,82	255,64	111,26	178,85
F_80-84	2,976,24	275,78	113,89	179,75
F_85-89	4,044,74	264,35	107,25	166,09
F_90-94	4,310,71	203,48	55,71	103,10
F_95+	5,963,65	190,33	46,46	131,23
died_q1	132,89	-109,26	75,71	56,43
died_q2	3,870,64	69,74	188,51	158,35
died_q3	7,240,61	225,74	245,14	219,64
died_q4	10,832,00	416,86	348,79	332,94
res_not lowY	-204,06	36,97	-3,05	-22,78
res_lowY	275,80	32,35	4,40	6,86
inval_tit	2,492,93	238,85	73,15	109,82
inval_dep	21,08	54,13	5,32	9,74
handic_tit	85,24	71,07	39,31	100,94
handic_dep	-214,87	61,28	24,66	91,56
retired	171,61	54,53	13,75	39,32
widow	493,79	68,99	17,21	50,10
orphan	1,905,94	72,36	150,39	248,27
self_empl	-158,57	-30,68	11,49	2,08
unemployed	17,81	0,54	-8,98	-17,23
parttime	-189,42	-14,77	-21,73	-40,48
early_retired	75,67	15,43	16,82	36,55
nursing_pay_B	8,102,95	350,45	176,01	184,58
nursing_pay_C	9,978,22	330,31	142,60	171,41
phys_E	4,331,96	328,14	102,66	110,03
incr_child_ben	3,199,96	69,48	78,28	183,33
integr_handic	2,036,10	155,30	51,30	93,31
help_elderly	4,661,59	66,32	1,71	-18,75
help_thirdparty	594,93	-29,58	-8,23	-25,64
ben_invalidity	722,72	-80,00	-12,72	-20,00
lumpsum_thirdparty	1,072,65	-57,91	-94,75	-146,10
guarant_Y_-60	116,09	40,66	-0,23	10,01
guarant_Y_+60	-10,15	-27,11	-14,62	-19,13
subsidy_handic	1,469,81	23,96	9,59	15,31
ben_unempl	-19,65	-1,25	-13,19	-27,97
work_incap	1,966,49	201,23	158,36	203,55

Tabel 5 geeft informatie over de gemiddelden per bevolkingsgroep. Speciale aandacht moet natuurlijk uitgaan naar de zogenaamde extreme betalers, d.w.z. de mensen die een hoog bedrag aan eigen betalingen hebben, en meer specifiek voor dit artikel naar degenen die hoge eigen betalingen hebben *omwille van de door hen betaalde supplementen*. In KCE 2006 onderzoeken we in meer detail de kenmerken van de groepen die meer dan €500 of meer dan €1000 eigen betalingen en/of supplementen per jaar moeten dragen. Het blijkt dat de resultaten in grote lijnen samenvallen met de verdeling in de laatste kolom van Tabel 5. Oudere mensen, primair

arbeidsongeschikten en chronisch zieken hebben een grotere kans om tot de extreme betalings te behoren. Economische kwetsbaarheid (rekening houdend met de caveats die hierboven reeds werden aangebracht) verhoogt het risico op extreme betalingen niet.

c) Ambulante en ziekenhuissupplementen

In de vorige paragraaf hebben we ons geconcentreerd op de verdeling van de supplementen over de verschillende bevolkingsgroepen. Omdat we beschikten over gedetailleerde uitgavengegevens konden we supplementen en remgelden ook uitsplitsen over verschillende uitgavencategorieën. Tabel 6 beschrijft de resultaten van deze uitsplitsing. Zoals in de vorige afdelingen gaat het bij de uitgaven over gemiddelden per persoon en per jaar. We geven een beknopte omschrijving van de categorieën in de bijlage van dit artikel, een meer gedetailleerde omschrijving is terug te vinden in KCE 2006. Merk op dat de suffix_a verwijst naar ambulante diensten, terwijl de suffix_h verwijst naar ziekenhuisdiensten. De meeste benamingen spreken voor zich, maar drie categorieën zijn het vermelden waard. ‘Physspec_a’ omvat alle consultaties van een algemeen specialist, terwijl ‘Special_a’ de verzorging omvat van interne geneeskunde, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, pediatrie en bezoeken tegen verhoogd tarief. We onderscheiden deze twee categorieën omdat de gemiddelde supplementen die betaald worden verschillend zijn. De variabele ‘Nursing day_h’ verwijst naar de verpleegdagprijzen en dus naar de kamersupplementen.

De tweede kolom in tabel 6 geeft de aantallen van mensen in de steekproef met positieve consumptie voor de betrokken categorieën, d.w.z. waarvoor de som van de ZIV-terugbetalingen en de remgelden groter is dan nul¹². Deze aantallen kunnen vergeleken worden met het totaal aantal personen in de steekproef, d.w.z. 271.813. De derde kolom geeft het aantal personen dat voor de betrokken categorie positieve supplementen betaalt. De uitgaven worden getoond in de twee volgende kolommen: de vierde kolom geeft het gemiddelde bedrag aan betaalde supplementen voor de verschillende categorieën en voor de totale bevolking, de vijfde kolom geeft dezelfde informatie maar nu wordt het gemiddelde genomen uitsluitend over de individuen met positieve supplementen voor die specifieke categorie. In kolom 6 tenslotte geven we voor die gevallen waarbij de betaalde supplementen positief zijn, het bedrag van de

¹² Deze aantallen zijn ongewogen en geven dus het aantal personen in de steekproef weer.

supplementen als een percentage van de som van de ZIV-terugbetalingen en de remgelden voor de relevante categorie¹³.

Tabel 6 bevestigt de bevindingen van figuur 2, namelijk dat de ziekenhuissupplementen veel hoger zijn dan de ambulante supplementen. De vergelijking van kolommen 2 en 3 suggereert dat slechts een klein gedeelte van de patiënten met positieve consumptie voor de verschillende ambulante categorieën ook supplementen betaalt. We wezen er echter reeds op dat onze gegevens over de ambulante supplementen minder betrouwbaar zijn en zeer waarschijnlijk een onderschatting vormen. Sommige van onze resultaten worden dan eigenlijk nog meer opvallend. Inderdaad, alhoewel de gemiddelden over de globale bevolking in het algemeen erg klein zijn voor alle ambulante categorieën, verandert het beeld enigszins als we ons richten op de personen met positieve supplementen. Paramedische kosten bijvoorbeeld worden dan eerder belangrijk: 3.153 individuen die paramedische supplementen betalen, betalen gemiddeld €130, wat overeenkomt met 49,5% van de paramedische ZIV-terugbetalingen plus remgelden¹⁴.

De gemiddelde ziekenhuissupplementen worden gedomineerd door honorarium- en kamersupplementen. Zoals verwacht zijn gemiddelden met en zonder nullen altijd erg verschillend omdat slechts een kleine fractie van de populatie gehospitaliseerd wordt. Daarom zijn ook alle gemiddelden in kolom 4 redelijk klein. Tegelijkertijd echter tonen de kolommen 2 en 3 dat een relatief groot deel van de opgenomen patiënten supplementen betaalt. Voor degenen die supplementen moeten betalen, kunnen de te betalen bedragen hoog oplopen (kolom 5): gemiddeld €546 voor honorariumsupplementen, €118 voor kamersupplementen, €208 voor materiaalsupplementen en €55 voor diverse kosten. Ook de proportionele aandelen in kolom 6 blijken relatief groot te zijn. Chirurgische supplementen bijvoorbeeld zijn ongeveer even hoog als de ZIV-terugbetalingen + remgelden (97,6%) en supplementen van gynaecologen zijn gemiddeld 114% van ZIV-terugbetalingen + remgelden¹⁵.

¹³ Het aantal gebruikte observaties voor kolom 6 is meestal iets kleiner dan de aantallen in kolom 3, omdat de procentuele prijzen niet konden berekend worden in geval de noemer (remgeld +ZIV) nul wordt.

¹⁴ Niet alle paramedische beroepsgroepen rekenen in dezelfde mate supplementen aan, maar een verdere opsplitsing was met onze gegevens niet zinvol omdat het aantal observaties per categorie dan te klein werd.

¹⁵ Voor de implantaten categorie 35bis tonen onze resultaten zelfs een gemiddeld materiaalsupplement van 243%. Dit cijfer moet nochtans gerelativeerd worden, omdat het gebaseerd is op een zeer beperkt aantal observaties.

Tabel 6: Supplementen voor subcategorieën van uitgaven: bedragen per patiënt per jaar en procentueel t.o.v. remgelden + terugbetalingen

	N met remgeld+ZIV>0	N met supp>0	Gemiddeld supplement (globale bevolking, N= 271.813)	Gemiddeld supplement als supp>0	% (supp/(remgeld+ZIV)) als supp >0
drugs_a	224.650	1.982	0,2	28,54	39,50%
GP_a	221.993	40.630	0,78	5,72	5,30%
special_a	149.251	26.717	1,34	14,54	8,20%
physspec_a	141.914	28.836	0,95	9,29	15,60%
surgery_a	80.703	13.656	1,37	30,04	19,50%
physioth_a	35.556	3.552	0,51	43,47	9,60%
paramedical_a	39.380	3.153	1,45	129,79	49,50%
dental_a	109.955	20.340	1,17	14,87	8,40%
clinical_a	141.143	2.844	0,02	2,13	6,00%
other_a	120.796	17.880	1,03	16,07	10,20%
medical fee_h	43.235	7.566	5,12	203,53	34,70%
surgical fee_h	24.281	6.058	11,02	527,98	97,60%
physio fee_h	11.858	215	0,04	53,58	60,00%
gynaec fee_h	3.629	1.842	2,75	354,55	113,90%
radio fee_h	35.628	5.278	1,02	60,40	21,00%
clinical fee_h	36.006	1.903	0,26	40,30	28,60%
<i>totaal honorarium-supplementen</i>	<i>43.259</i>	<i>10.964</i>	<i>20,21</i>	<i>545,76</i>	<i>44,37%</i>
drugs_h	36.449	32.273	4,66	45,52	54,00%
impl28_h	5.921	3.909	2,41	207,51	131,70%
impl35_h	5.285	3.268	1,49	185,68	96,30%
impl35bis_h	6.068	456	0,17	130,02	243,10%
implnon-reimb_h	0	3.291	1,76	158,40	
delivery impl_h	10.965	0	0	0,00	
<i>totaal materiaal-supplementen</i>	<i>12.687</i>	<i>9.460</i>	<i>5,83</i>	<i>207,84</i>	<i>120,07%</i>
nursing day_h	55.462	17.288	12,18	218,34	11,60%
divcost_h	0	44.262	8,24	55,35	
paramedical_h	0	10.494	0,83	23,28	
other_h	3.699	181	0,03	46,03	79,90%
<i>Total</i>	<i>257.189</i>	<i>114.341</i>	<i>60,79</i>	<i>151,18</i>	<i>5,55%</i>

5. Herhaalde betalingen en de situatie van de chronisch zieken

Vanuit het standpunt van de patiënt worden eigen betalingen vooral problematisch, wanneer ze op een geregelde basis terugkomen. Dit suggereert dat ze vooral voor chronisch zieken een bedreiging kunnen vormen. Onze gegevens bevatten geen directe diagnostische informatie. Bovendien beschikten we ook niet over de individuele nomenclatuurverstrekkingen, noch over voorgeschreven geneesmiddelen.

Daardoor was de mogelijkheid om specifieke patiëntengroepen met een chronische pathologie te definiëren erg beperkt. We konden echter wel een beperkt aantal chronisch zieken duidelijk definiëren. De resultaten voor deze groepen komen aan bod in afdeling 5a. In afdeling 5b onderzoeken we de persistentie van de eigen betalingen door te kijken naar de samenhang tussen de supplementen betaald in 2003 met deze betaald in 2002.

a) Supplementen voor gerechtigden op forfait verpleegkundige zorg B of C en voor specifieke ziekten

Zoals hoger reeds beschreven, kunnen patiënten met recht op het forfait B of C voor verpleegkundige zorg zeker aangeduid worden als zorgbehoevend, omdat het recht op dat forfait samenhangt met hun score op de Katz-schaal. Daarnaast konden we nog drie specifieke pathologiegroepen definiëren: diabetespatiënten, dialysepatiënten en patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. We selecteerden de diabetespatiënten op basis van positieve ZIV-terugbetalingen voor ten minste één van de volgende items: opgenomen zijn in de RIZIV/INAMI conventie, insuline injecties gekregen hebben, recht hebben op een forfait voor diabetische verpleegzorg of op een diabetes paspoort. We verwaarloosden dus diabetespatiënten die uitsluitend kunnen geïdentificeerd worden op basis van de voorgeschreven geneesmiddelen¹⁶. De dialysepatiënten werden geïdentificeerd als personen met positieve ZIV-terugbetalingen voor medische honoraria voor dialyse, haemodialyse thuis, dialyse in een collectief auto-dialyse centrum, peritoneale dialyse thuis, vervoersuitgaven of forfait per ligdag¹⁷. Patiënten in psychiatrische ziekenhuizen werden geïdentificeerd op basis van de karakteristieken van het ziekenhuis, en niet op basis van specifieke ZIV-terugbetalingen. Hierdoor selecteerden we 29.160 psychiatrische patiënten.

Tabel 7 geeft voor 2003, voor de totale bevolking en voor elk van de vier groepen van chronische patiënten het percentage met positieve supplementen en de gemiddelde supplementen op jaarbasis. We tonen enkel de resultaten voor de totale supplementen, de ziekenhuissupplementen en de ambulante supplementen. Het aantal patiënten in de specifieke groepen is immers te klein om betrouwbare resultaten te krijgen voor de meer gedetailleerde subcategorieën.

¹⁶ Volgens Ceuppens, et al. (2005) waren er ongeveer 250.000 diabetes patiënten in België in 2002. We identificeerden slechts 153.500 van hen.

¹⁷ We identificeerden 11.020 dialyse patiënten. We vonden geen vergelijkbare data voor de Belgische populatie. Volgens NBVN (2004) was het aantal patiënten in Vlaanderen gelijk aan 3.154 in 2003.

Tabel 7 Supplementen voor chronisch zieken met zorgforfait B of C, diabetes patiënten, dialyse patiënten en psychiatrische patiënten

		Totale bevolking	Zorgforfait B of C	Diabetes patiënten	Dialyse patiënten	Psychiatrische patiënten
Totaal	% observaties met supp > 0	42,07	76,58	52,85	93,10	89,28
	Gemiddelde, €	151,18	363,27	294,73	826,91	525,44
Totaal Ziekenhuis	% observaties met supp > 0	21,28	61,82	41,59	88,02	86,30
	Gemiddelde, €	267,15	333,91	350,61	844,80	514,27
Totaal Ambulant	% observaties met supp > 0	29,92	47,37	25,59	39,56	30,00
	Gemiddelde, €	30,40	29,51	38,94	67,31	11,18

Personen met recht op een forfait B of C krijgen een vast bedrag van €248 (in 2003) dat in principe in mindering zou moeten gebracht worden om een correcte inschatting te maken van hun eigen betalingen. Tabel 7 toont nochtans dat deze subsidie gemiddeld enkel voldoende is om de door hen extra betaalde supplementen te dekken. Dit resultaat gaat in dezelfde richting als de resultaten die eerder in tabel 5 werden getoond. Hieruit bleek immers reeds dat de subsidie gemiddeld genomen niet groot genoeg is om de bijkomende remgelden en supplementen te betalen die met de grotere zorgbehoefendheid samenhangen, zelfs wanneer gecontroleerd wordt voor alle variabelen die verder in de regressies worden opgenomen. Wanneer we deze bevindingen vergelijken met degene die we verkrijgen voor de personen met verhoogde tegemoetkoming, kunnen we als redelijke hypothese formuleren dat de bescherming voor de chronisch zieken minder doeltreffend is dan die voor de personen met verhoogde tegemoetkoming.

Tabel 7 toont ook hoge totale supplementen voor elk van de geselecteerde pathologiegroepen, en zeker voor de dialysepatiënten. Vooral de ziekenhuissupplementen zijn hoog. Dit is enigszins verrassend voor de psychiatrische patiënten omdat de supplementen in psychiatrische ziekenhuizen gemiddeld aan de lage kant zijn. Het effect moet dan ook volledig toegeschreven worden aan hun zeer lange verblijfsduur (zie KCE 2006).

b) Persistentie van supplementen doorheen de tijd

Een alternatieve methode om de persistentie van de supplementen te bekijken, is de eigen betalingen in 2003 te vergelijken met die in 2002. Het is algemeen bekend dat er een sterke correlatie is tussen de gezondheidszorguitgaven over verschillende jaren. Eenvoudige regressies met de uitgaven in 2003 als afhankelijke variabele en de uitgaven in 2002 als onafhankelijke variabele bevestigen deze vaststelling:

$$\begin{aligned} \text{ZIV-uitgaven 2003} &= 579,37 + 0,72 (\text{ZIV-uitgaven 2002}) & R^2 = 0,37 \\ & (6,89) \quad (0,002) \\ \text{Remgelden 2003} &= 57,50 + 0,69 (\text{Remgelden 2002}) & R^2 = 0,41 \\ & (0,46) \quad (0,002) \\ \text{Supplementen 2003} &= 50,17 + 0,21 (\text{Supplementen 2002}) & R^2 = 0,03 \\ & (0,72) \quad (0,002) \end{aligned}$$

De vergelijking van de statistische performantie van deze primitieve regressies met deze van het model in tabel 5, toont onmiddellijk dat de uitgaven in 2002 een betere voorspeller zijn van de uitgaven in 2003 dan de hele lijst van regionale, socio-economische, institutionele, demografische en morbiditeitsvariabelen. Tegelijkertijd (en ook in overeenstemming met wat voordien gevonden is) is het verklaarde deel van de variatie in de supplementen veel kleiner dan voor de andere componenten van gezondheidszorguitgaven. Dit kan deels te wijten zijn aan de veranderingen doorgevoerd in de regelgeving eind 2002, maar het relatief grote aandeel onverklaarde variatie in de supplementen was ook reeds één van de bevindingen in Tabel 5.

De samenhang tussen de supplementen in 2002 en 2003 wordt in meer detail getoond in tabel 8 die op dezelfde manier geïnterpreteerd moet worden als de tabellen 2-4¹⁸. Deze tabel suggereert dat er inderdaad enige correlatie is van de supplementen doorheen de tijd. Verontrustend is dat een niet-verwaarloosbare fractie van de bevolking hoge supplementen moet betalen in opeenvolgende jaren. 16.020 individuen kunnen persistente extreme betalende genoemd worden vermits ze meer dan €1.000 aan supplementen moesten betalen, zowel in 2002 als in 2003. Bovendien moesten 40.820 individuen meer dan €500 aan supplementen betalen zowel in 2002 als in 2003.

¹⁸ Merk op dat de supplementen in 2003 lichtjes verschillend zijn in de tabellen 2-4 en 8. De reden hiervoor is dat tabel 8 enkel betrekking heeft op de individuen die zowel aanwezig zijn in 2002 als in 2003. De eerste tabellen bevatten gegevens over alle individuen die in de databank van 2003 aanwezig zijn. Het is duidelijk dat beide datasets verschillen omwille van geboortes, overlijdens en migraties.

Tabel 8: Gezamenlijke verdeling van de supplementen in 2002 en 2003

Supplementen 2002, €	Supplementen 2003, €					
	0-100	100-250	250-500	500-1000	>1000	Totaal
0-100	7.751.960	214.640	123.020	122.880	96.420	8.308.920
100-250	195.680	28.880	13.720	9.580	8.780	256.640
250-500	112.500	13.660	11.780	7.600	6.400	151.940
500-1000	106.560	9.980	7.260	9.940	7.900	141.640
>1000	76.900	7.940	5.280	6.960	16.020	113.100
Totaal	8.243.600	275.100	161.060	156.960	135.520	8.972.240

Zoals we reeds gezien hebben zijn supplementen in belangrijke mate gekoppeld aan een ziekenhuisopname. Persistentie in supplementen kan daarom veroorzaakt zijn door herhaalde ziekenhuisopnames. Inderdaad werd ongeveer een derde van de 1.048.940 individuen die in 2003 gehospitaliseerd werden, ook al in 2002 gehospitaliseerd (308.240 individuen). Meer algemeen blijkt dat degenen die in 2003 opgenomen werden ook voordien al hogere gezondheidszorguitgaven hadden. Dit wordt duidelijk in tabel 9 die toont hoe de ZIV-terugbetalingen, remgelden en supplementen in 2002 en 2003 verschillen tussen de individuen die wel en niet gehospitaliseerd werden in 2003.

Patiënten die hoge supplementen moeten betalen in twee (of meer) opeenvolgende jaren dragen een zware financiële last. Bovendien refereren de cijfers in tabel 8 uitsluitend naar de supplementen. Om de totale eigen betalingen van deze mensen in rekening te brengen moeten hierbij ook nog de remgelden opgeteld worden. Zoals aangetoond in de tabellen 2-4 hangen hoge supplementen vaak samen met hoge remgelden.

Tabel 9: Gezondheidszorguitgaven in 2002, in functie van hospitalisatie in 2003

Gehospitaliseerd in 2003	N	Variabele	Gemiddelde, €
neen	229.834	Terugbetalingen 2003	697,41
		Terugbetalingen 2002	897,78
		Remgelden 2003	109,36
		Remgelden 2002	122,53
		Supplementen 2003	12,03
		Supplementen 2003	41,64
ja	35.587	Terugbetalingen 2003	7.084,41
		Terugbetalingen 2002	3.486,35
		Remgelden 2003	524,60
		Remgelden 2002	312,81
		Supplementen 2003	433,58
		Supplementen 2002	140,85

6. Het effect van aanvullende verzekeringen: een ruwe schets

Zoals we van in het begin hebben benadrukt, hebben alle gegevens in de vorige afdelingen betrekking op supplementen en remgelden die aan patiënten aangerekend worden. Het hoeft echter niet zo te zijn dat de patiënten deze bedragen ook effectief zelf betalen. Voor mensen met een aanvullende hospitalisatieverzekering kan het risico op grote eigen betalingen bij ziekte immers aanzienlijk verminderen. Dat betekent echter niet dat het probleem van de toegankelijkheid volledig verdwijnt. Op dit ogenblik is er een duidelijke socio-economische vertekening in de dekking van de bevolking door aanvullende hospitalisatieverzekeringen (Berghman en Meerbergen, 2005; KCE 2006). Bovendien impliceert het toenemende belang van hospitalisatieverzekeringen dat een groter gedeelte van de uitgaven voor gezondheidszorg gedekt wordt door risicogerelateerde premies. De resultaten in de vorige afdelingen geven dan een goed idee over de manier waarop het te dekken risico op eigen betalingen over de bevolking verdeeld is. Op een ongereguleerde markt zal er een tendens zijn dat groepen met hoge eigen betalingen ook hogere verzekeringspremies moeten betalen.

Toch is het ook interessant om te onderzoeken hoeveel de mensen zelf moeten betalen op het moment dat ze effectief gezondheidsproblemen hebben. Onze gegevens bevatten echter geen informatie over het feit of mensen al dan niet een aanvullende hospitalisatieverzekering hebben. Om toch een idee te krijgen over de effecten van die aanvullende hospitalisatieverzekering, imputeren we de beschikbaarheid van een

dergelijke verzekering in onze ziekenfondsgegevens. Vervolgens simuleren we voor de individuen in onze steekproef de effecten op de eigen betalingen.

Voor de imputatie hebben we twee methodes onderzocht. De eerste methode vertrekt van de resultaten van een schatting uitgevoerd op de gezondheidsenquête van 2001. In die enquête werd aan de respondenten gevraagd of ze een aanvullende hospitalisatieverzekering hebben bij een private verzekeraar of bij een ziekenfonds, zowel zelf betaald als betaald door hun werkgever: 61% van de respondenten beantwoordde deze vraag bevestigend. Wij hebben de kenmerken van deze mensen geanalyseerd met een binaire logistische regressie. Om imputatie mogelijk te maken, werden de onafhankelijke variabelen in de analyse beperkt tot variabelen die ook in onze gegevens beschikbaar zijn: geslacht, leeftijd, verhoogde tegemoetkoming, sociale status en provincie¹⁹. Door het combineren van de geschatte coëfficiënten uit het logistische model met de informatie over geslacht, leeftijd, verhoogde tegemoetkoming, sociale status en provincie, hebben we voor elke volwassene in onze steekproef de kans berekend op het hebben van een aanvullende hospitalisatieverzekering. Vervolgens hebben we een willekeurig getal uit de logistische verdeling getrokken om de aanvullende verzekering al dan niet toe te wijzen: een volwassene heeft een (geen) aanvullende hospitalisatieverzekering als het willekeurig getal kleiner (groter) is dan de voorspelde kans uit de vorige stap. Vermits de meerderheid van de Belgische hospitalisatieverzekeringsspolissen in een gezinsdekking voorziet, veronderstellen we dat kinderen gedekt zijn als hun MaF gezinshoofd dat is.

De tweede methode kan gezien worden als een test voor de robuustheid van de (imperfecte) imputatieprocedure. Omdat kan verondersteld worden dat de keuze voor een éénpersoonskamer (waar ook de hoogste supplementen moeten worden betaald) samenhangt met het hebben van een hospitalisatieverzekering, veronderstellen we dat alle mensen die in een éénpersoonskamer verblijven een aanvullende hospitalisatieverzekering hebben. Voor de overblijvende personen wijzen we de

¹⁹ In KCE 2006 proberen we het hebben van een hospitalisatieverzekering zo goed mogelijk te verklaren aan de hand van alle variabelen die in de gezondheidsenquête 2001 beschikbaar zijn. We vinden enige zwakke evidentie voor negatieve selectie op basis van gezondheidsstatus. Scholing en inkomen echter hebben een duidelijk positief effect. Beide variabelen ontbreken in onze ziekenfondsgegevens. De sociale stratificatie is dus meer uitgesproken in het betere model dan in het vereenvoudigde model dat voor de imputatie werd gebruikt. Meer informatie over de schattingsresultaten van beide modellen kan gevonden worden in KCE 2006.

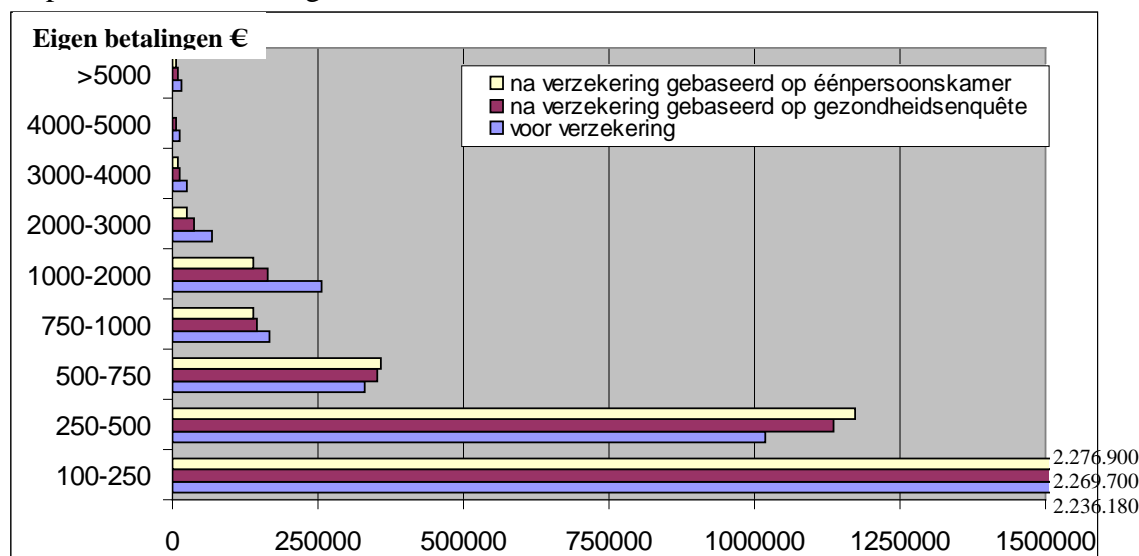
aanvullende hospitalisatieverzekering op toevallige wijze toe, zodat in totaal 61% van de mensen een aanvullende hospitalisatieverzekering heeft.

In de volgende stap pasten we de eigen betalingen naar beneden aan voor de personen waarvoor we simuleerden dat ze over een aanvullende hospitalisatieverzekering beschikken. De neerwaartse aanpassing is dezelfde in beide simulaties en is gebaseerd op een standaard verzekeringscontract in België. Concreet betekent dit dat we veronderstellen dat de eigen betalingen in het ziekenhuis (maar niet in dagcentra) gedekt zijn met uitzondering van (a) diverse kosten, niet-terugbetaalde implantaten en paramedische materialen en (b) eigen betalingen in psychiatrische en chronische ziekenhuizen. Er geldt een franchise van €150. De ambulante eigen betalingen hebben we niet aangepast. Hierdoor houden we geen rekening met de praktijk waarbij een deel van deze ambulante eigen betalingen (voor en na een ziekenhuisverblijf) vergoed wordt door de verzekeraar.

Hoewel de resulterende eigen betalingen met grote voorzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden, geven ze toch een ruwe schatting van de effecten van de aanvullende hospitalisatieverzekering op het totaal van de eigen betalingen. Deze resultaten zijn weergegeven in figuur 3. Merk op dat we nu, in tegenstelling tot de vorige paragrafen, de verdeling van supplementen en remgelden niet meer afzonderlijk beschouwen, vermits aanvullende hospitalisatieverzekeringen ook remgelden dekken. De blauwe staafjes in de figuur verwijzen naar de eigen betalingen (ambulant en hospitalisatie) vóór de imputatie van de aanvullende hospitalisatieverzekering, de rode staafjes naar de eigen betalingen na imputatie gebaseerd op de schattingen uit de gezondheidsenquête 2001 en de gele staafjes naar de eigen betalingen na imputatie gebaseerd op de 'één-persoonskamer assumptie'. We tonen de resultaten enkel voor eigen betalingen vanaf het interval €100-€250, vermits er geen veranderingen zijn in de lagere intervallen, gegeven de franchise van €150. Daarenboven is de schaal van de frequenties beperkt tot 1.500.000; de frequenties van de groepen met eigen betalingen tussen €100-€250 zijn naast de staafjes vermeld. Het is duidelijk dat door toepassing van beide imputatiemethodes het aantal betalers in de hoogste categorieën veel kleiner wordt en dat dit effect iets sterker is bij de toewijzing van de verzekering aan personen die in een éénpersoonskamer verblijven. Omgekeerd merken we dat het aantal mensen met eigen betalingen tussen €100 en €750 stijgt. Bij de imputatie op basis van de schattingen van de gezondheidsenquête, daalt het aantal

extreme betalers (>€1,000) van ongeveer 373.000 individuen tot ongeveer 225.160 individuen. Voor de ‘één-persoonskamer assumptie’ daalt dat aantal verder tot 180.020. Dit zijn natuurlijk zeer significante effecten, maar toch is het opvallend dat ook in deze “optimistische” veronderstelling het aantal extreme betalers niet-verwaarloosbaar blijft.

Figuur 3: Eigen betalingen rekening houdende met aanvullende hospitalisatieverzekering



7. Besluit

In 2003 bedroeg het gemiddelde supplement ongeveer €60. Dit relatief laag gemiddelde verbergt echter grote verschillen tussen de patiënten. Zestig procent van de bevolking betaalt geen supplementen maar ongeveer 296.000 patiënten betalen meer dan €500 en 137.000 patiënten zelfs meer dan €1.000. Voor een niet-verwaarloosbaar deel van de bevolking zijn supplementen dus wel degelijk belangrijk. Bovendien komen hoge supplementen vaak bovenop hoge remgelden (waarvan sommige niet in de MaF opgenomen zijn). Zelfs wanneer op een realistische manier rekening gehouden wordt met de bescherming van de maximumfactuur, hebben nog steeds bijna 830.000 patiënten meer dan €500 aan eigen betalingen.

Vooralsupplementen aangerekend bij een ziekenhuisopname kunnen hoog oplopen. Voor sommige patiënten zijn echter ook de ambulante supplementen aanzienlijk. Deze bevinding is des te opvallender gegeven dat de ambulante supplementen (in

tegenstelling tot de ziekenhuissupplementen) minder volledig geregistreerd kunnen worden in de gegevens van de ziekenfondsen waarop onze analyses gebaseerd zijn. De supplementen in de ambulante sector zijn tot nu toe onvoldoende onderzocht en er wordt ook in de regelgeving amper rekening mee gehouden.

Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming worden door de regelgeving effectief beschermd tegen supplementen. Dit heeft een milderend effect op de betalingen voor deze groep. De beschermende regelgeving houdt echter geen rekening met het chronische karakter van sommige gezondheidstoestanden en dus met het persistente karakter van de bijhorende supplementen. Preliminair analyses voor enkele groepen chronische patiënten geven aan dat de supplementen die zij betalen veel hoger liggen dan die in de algemene bevolking. Bovendien tonen onze analyses dat een niet-verwaarloosbaar deel van de personen die in 2003 veel supplementen betaalden ook in 2002 reeds veel betaalde. Ongeveer een derde van de gehospitaliseerden in 2003 was ook reeds in 2002 gehospitaliseerd. Op die manier valt het gunstige effect van de beschermende maatregelen grotendeels weg omdat deze patiënten vaker worden opgenomen of langer in het ziekenhuis verblijven. Bovendien betalen chronisch zieken die niet bij de zwakkere sociaal-economische groepen behoren, ook hogere supplementen en zij werden tot nu toe niet speciaal beschermd. Toekomstige beleidsmaatregelen mogen de bescherming tegen hoge supplementen niet enkel laten afhangen van socio-economische criteria, maar moeten ook rekening houden met de duur van de ziekenhuisopname en met herhaalde supplementen.

Tenslotte moet ook de cruciale rol van de aanvullende hospitalisatieverzekeringen beter worden onderzocht. Een beschrijving van de aangerekende supplementen en remgelden op basis van administratieve gegevens, geeft een vertekend beeld omdat patiënten met een aanvullende hospitalisatieverzekering slechts een fractie hiervan zelf moeten betalen. Onze eenvoudige simulaties suggereren dat de aanvullende verzekering duidelijk het aantal individuen met hoge eigen betalingen vermindert, maar het aantal extreme betalende blijft toch niet-verwaarloosbaar. Bovendien beschikken vooral de hogere socio-economische groepen over een aanvullende hospitalisatieverzekering.

Het groeiende belang van supplementen (en dus van een grotendeels vrije prijszetting) en van de aanvullende hospitalisatieverzekeringen suggereert dat een bredere reflectie noodzakelijk is over de globale financieringsstructuur van het Belgische systeem van gezondheidszorg. Zolang niet-terugbetaalde kosten betrekking hebben op medisch

niet-noodzakelijke zorg vormen zij wellicht geen directe bedreiging voor de billijkheid in de ziekteverzekering. In het andere geval wordt de idee van een solidaire sociale zekerheid echter ernstig ondergraven. In elk geval moet het debat hierover gevoerd worden.

Referenties

Adriaenssen I and De Graeve D. (2000). Socio-economische determinanten van medische consumptie. UFSIA Antwerpen: Research Report.

Berghman J, Meerbergen E. (2005). Aanvullende sociale voorzieningen in de tweede en derde pijler. Report. Brussel: Federaal Wetenschapsbeleid. Available from: http://www.belspo.be/belspo_off/home/publ/pub_ostc/agma/ragff084_nl.pdf

Ceuppens A, Corveleyn T, Degauquier K, Vandermeersch G, Vanoverloop J, Widera I. (2005). De diabetes conventie. Report. Brussel: IMA-AIM. Available from: <http://www.nic-ima.be/library/documents/evaluation/diabetes/DIAB%20rapport%20NL%20200601.pdf>

De Graeve D, Cantillon B, Schokkaert E, Kerstens B, Van Camp G, Van Ourti T. (2003). Billijkheid in de financiering van medische zorg. Universiteit Antwerpen, KULeuven: Eindrapport DWTC-project SO/01/005.

De Graeve D, Lecluyse A, Schokkaert E, Van Ourti T, Van de Voorde C. (2006). Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. KCE Reports vol. 50A.

Di Zinno T, Huchon J, Laasman J-M, Vanoverloop J. (2006). Coûts hospitaliers: nature, ampleur et évolution des frais à charge du patient hospitalisé en hôpital général. Report. Bruxelles: UNMS. Etudes et analyses Available from: http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/40085978-12E4-4C5B-A19D-582A46F7A0D5/0/couts_hospitaliers2006.pdf

Di Zinno T, Huchon J, Laasman J-M. (2005). Coûts hospitaliers : nature, ampleur et évolution des frais à charge du patient hospitalisé en hôpital général. Report. Bruxelles: UNMS. Etudes et analyses. Available from: <http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/EB601C3F-C7EC-43C2-B567-0D3A2F04E94B/0/Etudesupplementhopitaux2005.pdf>

Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie. (2004). Jaarverslag 2003. Report. Edegem: NBVN. Available from: <http://intranet.nbvn.be/file?fle=178#search=%22jaarverslag%202003%20nefrologie%22>.

Schokkaert E, De Graeve D, Van Camp G, Van Ourti T, Van de Voorde C. (2004). Maximumfactuur en kleine risico's: verdeling van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg in België. Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid 46(2):221-246.

Van der Heyden J, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H. (2003). Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. Health Policy 65(2):153-165.

BIJLAGE: GEDETAILLEERDE BESCHRIJVING VAN DE VARIABELEN

Variabele	Omschrijving
<i>Verhoogde tegemoetkoming</i>	
prefreat	1 als recht op verhoogde tegemoetkoming
<i>Provincie</i>	
Antwerpen	1 als Antwerpen [referentie]
Vl_Brab	1 als Vlaams-Brabant
W_Vl	1 als West-Vlaanderen
O_Vl	1 als Oost-Vlaanderen
Limburg	1 als Limburg
Brussels	1 als Brussel
Brab_W	1 als Waals-Brabant
Hainaut	1 als Henegouwen
Liège	1 als Luik
Luxemb	1 als Luxemburg
Namur	1 als Namen
<i>Leeftijd*Geslacht</i>	
M_0	1 als Man en $0 \leq \text{leeftijd} < 1$
M_1-4	1 als Man en $1 \leq \text{leeftijd} < 5$
M_5-9	1 als Man en $5 \leq \text{leeftijd} < 10$
M_10-14	1 als Man en $10 \leq \text{leeftijd} < 15$
M_15-19	1 als Man en $15 \leq \text{leeftijd} < 20$
M_20-24	1 als Man en $20 \leq \text{leeftijd} < 25$
M_25-29	1 als Man en $25 \leq \text{leeftijd} < 30$

Variabele	Omschrijving
M_30-34	1 als Man en $30 \leq \text{leeftijd} < 35$ [referentie]
M_35-39	1 als Man en $35 \leq \text{leeftijd} < 40$
M_40-44	1 als Man en $40 \leq \text{leeftijd} < 45$
M_45-49	1 als Man en $45 \leq \text{leeftijd} < 50$
M_50-54	1 als Man en $50 \leq \text{leeftijd} < 55$
M_55-59	1 als Man en $55 \leq \text{leeftijd} < 60$
M_60-64	1 als Man en $60 \leq \text{leeftijd} < 65$
M_65-69	1 als Man en $65 \leq \text{leeftijd} < 70$
M_70-74	1 als Man en $70 \leq \text{leeftijd} < 75$
M_75-79	1 als Man en $75 \leq \text{leeftijd} < 80$
M_80-84	1 als Man en $80 \leq \text{leeftijd} < 85$
M_85-89	1 als Man en $85 \leq \text{leeftijd} < 90$
M_90-94	1 als Man en $90 \leq \text{leeftijd} < 95$
M_95+	1 als Man en $95 \leq \text{leeftijd}$
F_0	1 als Vrouw en $0 = \text{leeftijd} < 1$
F_1-4	1 als Vrouw en $1 = \text{leeftijd} < 5$
F_5-9	1 als Vrouw en $5 = \text{leeftijd} < 10$
F_10-14	1 als Vrouw en $10 \leq \text{leeftijd} < 15$
F_15-19	1 als Vrouw en $15 \leq \text{leeftijd} < 20$
F_20-24	1 als Vrouw en $20 \leq \text{leeftijd} < 25$
F_25-29	1 als Vrouw en $25 \leq \text{leeftijd} < 30$
F_30-34	1 als Vrouw en $30 \leq \text{leeftijd} < 35$
F_35-39	1 als Vrouw en $35 \leq \text{leeftijd} < 40$
F_40-44	1 als Vrouw en $40 \leq \text{leeftijd} < 45$
F_45-49	1 als Vrouw en $45 \leq \text{leeftijd} < 50$
F_50-54	1 als Vrouw en $50 \leq \text{leeftijd} < 55$
F_55-59	1 als Vrouw en $55 \leq \text{leeftijd} < 60$
F_60-64	1 als Vrouw en $60 \leq \text{leeftijd} < 65$
F_65-69	1 als Vrouw en $65 \leq \text{leeftijd} < 70$
F_70-74	1 als Vrouw en $70 \leq \text{leeftijd} < 75$
F_75-79	1 als Vrouw en $75 \leq \text{leeftijd} < 80$
F_80-84	1 als Vrouw en $80 \leq \text{leeftijd} < 85$
F_85-89	1 als Vrouw en $85 \leq \text{leeftijd} < 90$
F_90-94	1 als Vrouw en $90 \leq \text{leeftijd} < 95$

Variabele	Omschrijving
F_95+	1 als Vrouw en 95<=leeftijd
<i>Gestorven</i>	
died_q1	1 als persoon gestorven in 1 ^e kwartaal
died_q2	1 als persoon gestorven in 2 ^e kwartaal
died_q3	1 als persoon gestorven in 3 ^e kwartaal
died_q4	1 als persoon gestorven in 4 ^e kwartaal
<i>Sociaal Statuut</i>	
res_not lowY	1 als resident en geen laag inkomen*
res_lowY	1 als resident en laag inkomen *
employee	1 als actieve werknemer [referentie]
inval_tit	1 als invalide en titularis
inval_dep	1 als invalide en persoon ten laste
handic_tit	1 als gehandicapt en titularis
handic_dep	1 als gehandicapt en persoon ten laste
retired	1 als gepensioneerd
widow	1 als weduwe/weduwenaar
orphan	1 als wees
self_empl	1 als zelfstandige met recht op terugbetaling voor kleine risico's in het verplichte systeem
<i>Tewerkstellingsstatus</i>	
empl¬ work	1 als werknemer of niet-werkend [referentie]
unemployed	1 als werkloos
parttime	1 als part-time werknemer
early_retired	1 als vervroegd pensioen
<i>Forfaits</i>	
nursing_pay_B	1 als forfait B verpleegkundige zorgen (chronische ziekte)
nursing_pay_C	1 als forfait C verpleegkundige zorgen (chronische ziekte)
phys_E	1 als kinesitherapie E of fysiotherapie
incr_child_ben	1 als verhoogde kinderbijlagen
integr_handic	1 als toelage voor de integratie van gehandicapten (cat III of IV)
help_elderly	1 als toelage voor hulp aan ouderen (cat III, IV of V)

Variabele	Omschrijving
help_thirdparty	1 als uitkering hulp aan derden
ben_invalidity	1 als uitkering voor primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeitsuitkering
lumpsum_thirdparty	1 als forfaitaire uitkering hulp aan derden
guarant_Y_-60	1 als recht op gewaarborgd inkomen, inkomensgarantie voor oudere of op het leefloon
guarant_Y_+60	idem maar leeftijd >=60
subsidy_handic	1 als recht op toelage van gehandicapten
ben_unempl	1 als meer dan 6 maanden werkloosheidsuitkering
work_incap	1 als tenminste 1 dag arbeidsongeschikt

* laag inkomen wordt gedefinieerd als: personen met een bestaansminimum of gelijkwaardig voordeel; personen met een inkomen ≤ 12 keer het bestaansminimum voor gezinshoofden; personen die een volledige bijdrage betalen; personen met een jaarlijks belastbaar bruto-gezinsinkomen <1.000.000 BEF (ongeveer €25.000); personen met een inkomen < dan grensbedrag voor WIGW's.

Variabele	Omschrijving
<i>Aggregatiecategorieën voor medische uitgaven**</i>	
drugs_a	Geneesmiddelen categorieën A, B, C, Cs and Cx en andere terugbetaalbare farmacie-items in de ambulante sector
GP_a	Diensten van de huisarts in de ambulante sector
special_a	Raadplegingen van een specialist inwendige geneeskunde, neuroloog, psychiater, neuropsychiater, kinderarts, cardioloog, psychotherapie en technische verstrekkingen in de ambulante sector
physspec_a	Raadplegingen van een geneesheer-specialist in de ambulante sector
surgery_a	Heelkundige ingrepen in de ambulante sector
physioth_a	Kinesitherapie in de ambulante sector
paramedical_a	Paramedische diensten in de ambulante sector
dental_a	Verzorging tandheelkundigen in de ambulante sector
clinical_a	Klinische biologie in de ambulante sector
other_a	Andere terugbetaalde diensten in de ambulante sector
medical fee_h	Medische honoraria bij ziekenhuisopname
surgical fee_h	Honoraria heelkunde bij ziekenhuisopname
physio fee_h	Honoraria kinesitherapeuten bij ziekenhuisopname
gynaec fee_h	Honoraria gynaecologen bij ziekenhuisopname
radio fee_h	Medische beeldvorming

Variabele	Omschrijving
drugs_h	Geneesmiddelen (alle categorieën) en andere terugbetaalbare farmacie-items bij ziekenhuisopname
impl28_h	Implantaten artikel 28
impl35_h	Implantaten artikel 35
impl35bis_h	Implantaten artikel 35bis
implnon-reimb_h	Niet-terugbetaalbare implantaten
delivery impl_h	Afleveringsmarge voor implantaten
nursing day_h	Verpleegdagprijs exclusief niet-medische 'luke' items zoals telefoon, televisie, kluis..
divcost_h	Diverse kosten (i.e. niet-medische 'luke' items)
paramedical_h	Niet –terugbetaalbare paramedische items bij ziekenhuisopname
clinical fee_h	Honoraria klinische biologie bij ziekenhuisopname
other_h	Andere behandelingen bij ziekenhuisopname

** een meer gedetailleerde beschrijving van de zorgcategorieën is beschikbaar in KCE 2006.