

Maximumfactuur en kleine risico's: verdeling van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg in België¹

Erik Schokkaert[□], Diana De Graeve[‡], Guy Van Camp[□], Tom Van Ourtr[‡], Carine Van de Voorde[□]

1. Inleiding

Overall in Europa komt de financiering van publieke systemen van ziekteverzekering of gezondheidszorg onder druk door de sterke stijging van de uitgaven. België ontsnapt niet aan deze evolutie. De stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg lag bij ons zeker gedurende de laatste jaren zelfs duidelijk boven het Europese gemiddelde. Ondanks de grote maatschappelijke populariteit van ons systeem van verplichte ziekteverzekering, vormt het probleem van de kostenbeheersing toch steeds één van de belangrijkste discussiepunten tijdens de regeringsonderhandelingen. Wanneer de stijging van de uitgaven niet kan worden afgeremd, zullen in de toekomst ongetwijfeld fundamentele vragen over de organisatie van het systeem naar voor worden geschoven (Schokkaert en Van de Voorde, 2003).

Eén van de mogelijke pistes tot beheersing van de uitgaven is het introduceren van meer verantwoordelijkheid voor de individuele patiënt. Wanneer patiënten zelf een groter deel van de kost moeten betalen, heeft dit automatisch een remmend effect op de publieke uitgaven. Bovendien kan men verwachten dat een verhoging van de eigen bijdragen ook leidt tot een vermindering van de vraag en zo tot een vermindering van het probleem van "moral hazard". Beschikbare studies voor België suggereren nochtans dat de omvang van deze prijseffecten niet mag overdreven worden (Cockx en Brasseur, 2003; Van de Voorde et al., 2001). Bovendien rijst onmiddellijk de vraag naar de verdelingseffecten van een verhoging van de eigen bijdragen van de patiënten. Leidt deze verhoging niet tot een minder rechtvaardige verdeling van de last over rijken en armen en over zieken en niet-zieken?

Meer concreet hebben in dit verband vooral twee grote vragen de Belgische discussie gedomineerd. Wij kunnen veronderstellen dat ze ook in de nabije toekomst relevant zullen blijven.

In de eerste plaats is er de vraag naar de relatieve performantie van verschillende franchisesystemen. Tijdens de jaren negentig werden de remgelden voor artsenprestaties gevoelig opgetrokken. De bezorgdheid om de verdelingseffecten hiervan vertaalde zich in de invoering van de systemen van sociale en fiscale franchise. Deze franchisesystemen bevatten nochtans grote gaten omdat niet alle medische uitgaven en/of niet alle burgers ervoor in aanmerking kwamen (Diels, 1996). Gedurende de voorbije regeerperiode werd daarom het systeem van de maximale factuur (in het vervolg: MAF) ingevoerd. Aanvankelijk zag het er naar uit dat de MAF ook in de plaats ging komen van de bestaande systemen van verhoogde tegemoetkoming, maar uiteindelijk werd deze stap niet gezet. De MAF bleef beperkt tot een verfijning van de bestaande franchisesystemen. Wat is het effect geweest van de invoering van de MAF? En zou het systeem van de MAF inderdaad verder kunnen gebruikt worden om de voorkeurregeling af te schaffen?

¹ □ Centrum voor Economische Studiën, KULeuven

‡ Faculteit TEW en Centrum voor Sociaal Beleid, Universiteit Antwerpen

In de tweede plaats flakkert op geregelde tijdstippen opnieuw de discussie op over het specifieke regime van de zelfstandigen, en meer bepaald over de behandeling van de kleine risico's. Steeds meer observatoren vinden dat er geen goede redenen zijn om het onderscheid in verzekeringsdekking tussen de regeling voor zelfstandigen en de algemene regeling te behouden. Een volledige gelijkschakeling kan vanzelfsprekend op twee manieren gebeuren. Enerzijds zou men de verzekeringsdekking van de zelfstandigen tot de kleine risico's kunnen uitbreiden. Anderzijds echter zou men binnen de algemene regeling de verzekeringsdekking kunnen inkrimpen door iedereen verantwoordelijk te maken voor zijn eigen kleine risico's. Ofschoon deze laatste idee gedurende de laatste jaren door geen enkele politieke partij expliciet werd verdedigd, is ze toch vaak op de achtergrond aanwezig wanneer er gedacht wordt over een gedeeltelijke privatisering van het systeem van ziekteverzekering. Wij kunnen er rustig van uitgaan dat ze opnieuw de kop zal opsteken wanneer de beleidsmakers niet succesvol zijn in hun pogingen tot beheersing van de uitgaven. Bij de keuze tussen deze twee opties staan verdelingseffecten opnieuw centraal. Zou de eerste optie tot een vermindering van het aantal zelfstandigen met betalingsmoeilijkheden leiden? En zou de tweede optie inderdaad de dramatische verdelingseffecten hebben die door sommigen worden voorspeld?

Bij de analyse van de verdelingseffecten van eigen bijdragen kunnen twee onderzoekslijnen worden gevolgd.

In de eerste plaats kan men op een gedetailleerde wijze nagaan in welke mate het beleid heeft geleid tot problemen met de betaalbaarheid van de zorg voor sociaal zwakke risicogroepen. Hier zijn voor België reeds goede studies voorhanden (Adriaenssen en De Graeve, 2001; Beck, Vanroelen and Louckx, 2002). Deze benadering is uitermate geschikt voor het detecteren van pijnpunten en van de meest acute problemen. Ze levert echter geen globaal overzicht op en biedt daarom minder hulp bij het oplossen van vragen naar de globale design van het franchisesysteem of naar de optimale omvang van de verzekeringsdekking.

In de tweede plaats kan men ook proberen een globaal beeld van de situatie op te bouwen met behulp van grote databestanden, zo representatief mogelijk voor de hele bevolking. Deze benadering is nuttig voor het beantwoorden van vragen over de globale design van het systeem. De steekproef is echter zelden groot genoeg om gedetailleerde gegevens te bevatten over specifieke risicogroepen, zeker omdat de armste groepen van de samenleving meestal ondervertegenwoordigd zijn.

Beide onderzoekslijnen zijn dus complementair en ze zijn beide noodzakelijk. Het is dan ook te betreuren dat de tweede onderzoekslijn in het verleden in België amper werd geëxploreerd, in de eerste plaats omwille van het gebrek aan bruikbare gegevens. Zelfs over het globale belang van de eigen bijdragen in de financiering van de Belgische gezondheidszorg lopen de cijfers ver uiteen.

Om deze lacune op te vullen hebben wij geprobeerd om in het kader van een project gefinancierd door DWTC, op basis van de budgetenquête, een zo goed mogelijk gegevensbestand op te stellen. Over het globale project en over de concrete stappen in de constructie van de gegevens wordt elders meer uitvoerig gerapporteerd (De Graeve et al., 2003). In afdeling 2 geven wij daarvan slechts een bondige samenvatting. In deze tekst concentreren wij ons op enkele beleidsrelevante resultaten van deze studie. Als vertrekpunt schetsen wij in afdeling 3 in grote lijnen de verdeling van de eigen bijdragen in het huidige systeem mét maximumfactuur. Om redenen die verder duidelijk zullen worden stellen wij zelf meer vertrouwen in de resultaten van de beleidssimulaties die in de volgende afdelingen aan bod komen. Afdeling 4 bevat een analyse van de effecten van de invoering van de MAF en van de wenselijkheid om het principe van de MAF verder uit te breiden en de voorkeurregeling voor specifieke groepen af te schaffen. Afdeling 5 beschrijft de verdelingseffecten van de twee geschetste methodes om de algemene regeling en de regeling voor zelfstandigen te harmoniseren. Afdeling 6 is een besluit.

2. De gebruikte gegevens

Om een samenhangend beeld te krijgen over de verdelingsaspecten van de financiering van de gezondheidszorg in België hebben wij een representatieve steekproef van de bevolking nodig met informatie over de uitgaven voor gezondheidszorg en over de gezinskenmerken die een invloed hebben op de betaalde belastingen. Er bestaat in België geen enkel gegevensbestand met al deze informatie. Na een onderzoek van de beschikbare gegevens zijn wij tot de conclusie gekomen dat het voor onze doeleinden het meest aangewezen was om te vertrekken van de huishoudbudgetenquête (verder: HBE), zoals die opgezet wordt door het NIS. Wij maakten daarbij gebruik van de enquête voor 1997-1998, de meest recent beschikbare op het ogenblik dat het project van start ging. Ook dit bestand is echter ver van volledig en moest worden aangevuld met informatie uit andere bronnen. Dit gebeurde ofwel door de bestaande wetgeving op de gegevens te implementeren, ofwel door de huishoudbudgetenquête (HBE) te koppelen aan andere bestanden.

Wij geven hier een ruwe schets van de gevolgde procedure:²

- a) door toepassing van de wettelijke regels werden de sociologische gezinnen van de HBE gesplitst in fiscale gezinnen, een concept dat wij nodig hebben voor de toepassing van de fiscale franchise en de MAF. Op een gelijkaardige wijze werden ook mutualistische gezinnen gevormd, noodzakelijk voor toepassing van de sociale franchise³. Waar nodig werden de gezondheidszorguitgaven op gezinsniveau toegewezen aan de verschillende gezinsleden. Hiertoe gebruikten wij de meest gedetailleerde verdeelsleutels die op basis van geaggregeerde informatie konden worden aangemaakt (en die een onderscheid maken naargelang de sociale groep en de soort van uitgaven).
- b) de HBE zegt niet of zelfstandigen al dan niet een vrije verzekering voor kleine risico's hebben genomen. Op basis van RIZIV-gegevens werd een vergelijking geschat die de beslissing om al dan niet een vrije verzekering te nemen verbindt met een reeks socio-economische kenmerken van de individuele zelfstandigen. Aan de zelfstandigen in de HBE werd dan op basis van deze vergelijking al dan niet een vrije verzekering toegekend op een zodanige wijze dat de geaggregeerde resultaten overeenkomen met de informatie die bekend is uit externe bronnen.
- c) om de gedetailleerde informatie die nodig is voor de berekening van de belastingen (en de fiscale franchise), aan te vullen, werden twee verschillende procedures gevolgd. Eén aanvulling is gebaseerd op koppeling van de HBE met fiscale records. Een andere aanvulling is gebaseerd op terugrekening, waarbij bruto-inkomens en belastingen berekend worden, vertrekkend van de netto-inkomens die in de HBE gegeven worden. De resultaten van beide aanvulprocedures waren grosso modo vergelijkbaar.⁴ In deze tekst tonen wij enkel resultaten die verkregen werden met de methode van koppeling.
- d) de HBE bevat gedetailleerde gegevens over de "grote" uitgaven voor één jaar en over de "kleine" uitgaven gedurende één maand. Alhoewel deze procedure door het NIS zelf wordt toegepast, heeft het –zeker ook voor gezondheidszorguitgaven- niet veel zin deze maandelijks uitgaven gewoon met twaalf te vermenigvuldigen om jaaruitgaven te verkrijgen. Ook hier hebben wij een meer verfijnde methode op basis van koppeling gevolgd.

² De gevolgde procedure wordt gedetailleerd beschreven in de technische nota's van het project. Deze technische nota's zijn beschikbaar op de volgende websites:

<http://www.econ.kuleuven.ac.be/ew/academic/econover/Members/GuyPubl.htm> en http://www.ufsia.ac.be/csb/publ_andere_nl.htm

³ Onder een "mutualistisch gezin" verstaan wij een gerechtigde in de ziekteverzekering met de van hem/haar afhankelijke rechthebbenden, of, plastischer uitgedrukt, alle mensen die samen op één ziekenboekje voorkomen. Wanneer beide partners werken, vormen ze elk apart een mutualistisch gezin.

⁴ Een meer uitgebreide discussie over beide methoden kan gevonden worden in de technische nota's.

- e) om de (vertekende) steekproef representatief te maken voor de populatie levert het NIS steekproefgewichten op het niveau van het sociologische gezin. Voor de weging van de aangemaakte fiscale en mutualistische gezinnen, bleken die NIS gewichten niet geschikt. Wij hebben met behulp van onze gegevens, gewichten aangemaakt voor de drie verschillende gezinsniveaus⁵.

Het spreekt vanzelf dat bij elk van deze afzonderlijke stappen vraagtekens kunnen worden geplaatst. Uiteindelijk werden de data voor een groot gedeelte geconstrueerd. De dataconstructie gebeurde echter op een coherente wijze en de geconstrueerde gegevens werden voortdurend met allerlei externe bronnen gecheckt. Volgens ons zijn de resultaten zeer behoorlijk en wij hebben er een redelijk vertrouwen in dat ons uiteindelijke bestand een behoorlijke afspiegeling is van de realiteit. Voorzichtigheid blijft echter geboden. Wij komen daar nog op terug.

Op basis van deze gegevens kunnen de progressiviteit en het herverdelend effect van de globale financiering van de gezondheidszorguitgaven worden berekend (zie Van Ourti en Van Camp, 2003). In deze tekst richten wij ons meer specifiek op de "out-of-pocket payments" van de gezinnen voor gezondheidszorg. Wij zijn vooral geïnteresseerd in de verdelingseffecten van de verschillende franchisesystemen en van mogelijke wijzigingen daarin. Het referentiepunt vormt hierbij steeds het bestaande systeem mét maximumfactuur, maar geïmplementeerd voor de gegevens van 1997-1998.

Daartoe moesten voor elk van de 2.213 private sociologische gezinnen de betaalde eigen bijdragen worden berekend. Deze eigen bijdragen kunnen niet als dusdanig uit de HBE worden afgeleid. Deze enquête geeft immers de rechtstreekse uitgaven weer zoals die door de gezinnen voor verschillende posten worden gerapporteerd. De terugbetalingen door de mutualiteit voor uitgaven waarvoor geen derde-betalerregeling geldt, worden geaggregeerd en zijn niet uitgesplitst beschikbaar. Voor uitgaven waar er wel een derde-betalerregeling geldt (zoals bijvoorbeeld de uitgaven in een ziekenhuis) wordt er geen onderscheid gemaakt tussen remgelden (die in aanmerking komen voor de franchisesystemen) en de supplementen die bovenop het remgeld moeten worden betaald. Toepassing van de wettelijke remgelden (vanzelfsprekend gedifferentieerd voor de verschillende sociale groepen) leverde ons voor elk gezin een schatting op van enerzijds de betaalde remgelden en anderzijds de totale eigen bijdragen. Noteer dat in dit laatste concept ook een reeks uitgaven werd opgenomen die niet onder de verplichte ziekteverzekering vallen, maar wel kunnen beschouwd worden als betalingen voor gezondheidszorg⁶: denk bijvoorbeeld aan koortsthermometers of aan geneesmiddelen die niet opgenomen zijn in het terugbetaalde pakket.

Zodra de eigen bijdragen (en vooral de remgelden) berekend waren, konden de franchisesystemen en de MAF worden geïmplementeerd. Ook hier lag de te volgen werkwijze voor de hand. Voor elk gezin apart werden de wettelijke regels toegepast. Dit gebeurde op een incrementele wijze. Eerst berekenden wij de gevolgen van de systemen van sociale en fiscale franchise, die in 1994 werden ingevoerd.

Het principe van de *sociale franchise* hield in dat aan mutualistische gezinnen met specifieke kenmerken (met recht op een verhoogde tegemoetkoming of waarvan de gerechtigde langdurig werkloos is) geen remgelden worden aangerekend boven een limiet van 15.000 BEF. Geneesmiddelen werden in de remgeldteller niet opgenomen en verblijfskosten in ziekenhuizen slechts gedeeltelijk. Omdat wij in onze cijfers niet kunnen bepalen welk gedeelte van de verblijfskosten voor de sociale franchise in aanmerking komt, zijn wij ervan uitgegaan dat de verblijfskosten volledig werden opgenomen in de remgeldteller. Dit leidt in

⁵ De HBE bevat geen gegevens over zogenaamde "collectieve gezinnen" en dus ook niet over mensen die langdurig in ziekenhuizen of rusthuizen verblijven. Dit probleem wordt door de weging natuurlijk niet opgelost.

⁶ Meer bepaald gebruiken wij alle uitgavenitems die door het NIS als "uitgaven aan gezondheidszorg" gedefinieerd worden, met uitzondering van de "uitgaven aan rusthuizen door derden".

onze berekeningen tot een (lichte) overschatting van het aantal mensen dat kan genieten van de sociale franchise.⁷

Voor de *fiscale franchise* telt men de remgelden per fiscaal gezin op en vergelijkt het totale betaalde bedrag met een grensbedrag dat varieert met het belastbaar netto inkomen. Deze grensbedragen worden samengevat in Tabel 1. Wanneer de betaalde remgelden van het gezin uitstijgen boven het grensbedrag wordt de overschrijding terugbetaald.

Tabel 1: Remgeldbarema's voor de fiscale franchise (gegevens in BEF voor periode 1997-98)

Belastbaar netto-inkomen van het fiscaal gezin in BEF	Grensbedrag remgelden in BEF
van 0 tot en met 537.999	15.000
van 538.000 tot en met 828.999	20.000
van 829.000 tot en met 1.119.999	30.000
van 1.120.000 tot en met 1.410.999	40.000
1.411.000 of meer	50.000

In 2002 werden deze franchisesystemen aangevuld met het principe van de maximale factuur. De MAF hield vooral twee belangrijke wijzigingen in. Ten eerste werden de remgelden voor noodzakelijke geneesmiddelen (type A en B) mee in de remgeldteller opgenomen⁸. Ten tweede worden voor een aantal gezinnen –de lage inkomens en de groepen die vroeger in aanmerking kwamen voor de sociale franchise- alle remgelden op het niveau van het sociologische (in plaats van mutualistische of fiscale) gezin samengeteld om na te gaan of het recht op terugbetaling wordt geopend. Beide wijzigingen werden door ons voor de gezinnen van de steekproef geïmplementeerd.

Al deze berekeningen (op het niveau van elk gezin afzonderlijk) leveren ons uiteindelijk een globaal beeld op van de betaalde eigen bijdragen wanneer het huidige systeem van de MAF toegepast wordt op de structuur van de uitgaven voor gezondheidszorg in 1997/1998. Dit statische beeld wordt geschetst in afdeling 3. Voor de beleidsmaker is echter een meer dynamische vraagstelling relevanter: op welke wijze *verandert* dit globale beeld wanneer specifieke wijzigingen in het beleid worden doorgevoerd? Of: wat is de impact van concrete beleidsmaatregelen? Om deze vraag te beantwoorden hebben wij gebruik gemaakt van de methode van microsimulatie. Nadat wij de beleidswijziging concreet hebben gedefinieerd, passen wij ze vervolgens toe op het basismateriaal van elk van de 2.213 gezinnen. De resultaten van deze oefening kunnen dan direct met de referentieoplossing worden vergeleken. Dit gebeurt in de afdelingen 4 en 5.

Simulaties van beleidswijzigingen zijn niet alleen relevanter vanuit het beleidsstandpunt. Zij hebben ook methodologische voordelen. Wanneer wij twee beleidsmaatregelen met elkaar vergelijken, passen wij ze immers toe op dezelfde basisgegevens. De kenmerken van de gezinnen worden dus als het ware constant gehouden. Wanneer de verdeling van die gezinskenmerken in de geconstrueerde steekproef niet perfect overeenkomt met de realiteit (en dat is ongetwijfeld het geval), dan zal de daaruit volgende vertekening zwaarder doorwegen bij een directe beschrijving van één gegeven toestand dan bij een analyse van de effecten van beleidsmaatregelen waarbij steeds met een constant gehouden referentietoestand wordt vergeleken.

Dat belet niet dat voor de juiste interpretatie van onze resultaten rekening moet worden gehouden met de beperkingen –of de specifieke keuzes- in onze analyse:

- a) alle beleidsmaatregelen werden gesimuleerd op een steekproef voor 1997/1998. Ze zijn slechts relevant voor de analyse van de huidige situatie wanneer er zich sinds dan geen al te grote wijzigingen hebben voorgedaan in de sociale structuren of in het niveau en de samenstelling van de uitgaven voor gezondheidszorg.

⁷ Om de sensitiviteit van onze resultaten na te gaan, hebben wij ook gewerkt met de alternatieve extreme veronderstelling waarbij de geobserveerde verblijfskosten helemaal niet in de remgeldteller werden opgenomen. Het beeld van de verdelingseffecten werd daardoor niet gevoelig gewijzigd.

⁸ Vanaf 1 januari 2003 werden ook de geneesmiddelen van type C mee opgenomen. Deze verdere uitbreiding werd in onze berekeningen nog niet verwerkt.

- b) wij gaan er in de simulaties van uit dat de gezondheidszorguitgaven zelf niet veranderen wanneer de structuur van de terugbetalingen wordt gewijzigd. Zoals reeds gezegd, worden eigen bijdragen nochtans vaak ingevoerd precies om het gedrag te beïnvloeden. Hoewel het beschikbare empirische materiaal suggereert dat de effecten van de prijswijzigingen op de medische uitgaven niet moeten overdreven worden (Cockx en Brasseur, 2003; Van de Voorde et al., 2001), kan toch aangenomen worden dat deze effecten sterker zullen zijn in sommige van onze scenario's met zeer ingrijpende wijzigingen.
- c) alle berekeningen slaan enkel op de "out-of-pocket" uitgaven van de gezinnen. De financiering van de ziekteverzekering via sociale bijdragen en belastingen wordt verwaarloosd. Ook de betaalde premies in vrije en aanvullende verzekeringen werden niet in onze analyse verwerkt⁹. Het verwaarlozen van de financieringszijde vormt vanzelfsprekend een beperking. Wij komen daar nog op terug. Ze heeft echter het voordeel dat de resultaten op een ondubbelzinnige wijze kunnen worden geïnterpreteerd.

3. Verdelingsaspecten van het bestaande systeem

In deze afdeling schetsen wij op welke wijze de eigen bijdragen thans –in het systeem na invoering van de MAF- over de gezinnen verdeeld zijn. Rekening houdend met het voorbehoud dat wij zelf gemaakt hebben in verband met de dataconstructie, kunnen deze resultaten gezien worden als een startpunt in het licht waarvan de verschillende beleidsscenario's in de volgende afdelingen beter kunnen worden geïnterpreteerd. Omdat er tot nu toe voor België geen meer betrouwbare informatie voorhanden is, is het toch wellicht nuttig er iets meer gedetailleerd op in te gaan. Maar voorzichtigheid is geboden.

Volgens onze berekeningen (Van Ourti en Van Camp, 2003) financieren de eigen bijdragen iets meer dan 15% van de uitgaven voor gezondheidszorg. Zoals in andere landen vormen deze "out-of-pocket"-betalingen ook in België een regressief element in de financieringsmix in de zin dat zij voor de rijkere gezinnen een relatief kleiner deel van hun inkomen uitmaken. Overigens blijkt uit een vergelijking van de budgetenquêtes van 1978-1979, 1987-1988 en 1997-1998 dat de gezinnen gemiddeld een steeds groter deel van hun budget aan directe betalingen voor gezondheidszorg moeten besteden (Van Ourti et al., 2003): van ongeveer 2% in de eerste periode tot meer dan 3% in de laatste.

De verdeling van de eigen bijdragen wordt meer gedetailleerd voorgesteld in Tabel 2 en Tabel 3. Tabel 2 geeft de decielverdeling van de absolute bedragen: dat betekent dat de eigen betalingen van alle gezinnen gerangschikt worden van klein naar groot en dat de steekproef daarna in tien gelijke delen wordt verdeeld. Gemiddeld betaalden de Belgische gezinnen per jaar meer dan 25.000 BEF aan eigen bijdragen voor gezondheidszorg¹⁰. De verdeling ervan is echter zeer ongelijk. De eerste kolom van Tabel 2 toont dat het laagste deciel (de 10% van de gezinnen met de laagste eigen bijdragen) gemiddeld ongeveer 3.600 BEF moest besteden, terwijl dit voor het tiende deciel (de 10% van de gezinnen met de hoogste eigen bijdragen) oploopt tot gemiddeld meer dan 78.000 BEF. De kenmerken van die decielen worden verder gegeven in de volgende kolommen¹¹. Hogere eigen bijdragen worden betaald door grotere gezinnen met een gemiddeld hoger inkomen en een hoger scholingsniveau van het gezinshoofd.

⁹ De HBE bevat wat informatie over premies en terugbetalingen in de aanvullende verzekeringen. Die informatie lijkt echter veel minder betrouwbaar dan die over de medische uitgaven. Wij hebben alle berekeningen die in deze paper worden beschreven overgedaan met de aanvullende verzekeringen opgenomen in het concept "eigen bijdragen". Onze resultaten bleven daarbij nagenoeg ongewijzigd.

¹⁰ Voor de interpretatie van dit absolute bedrag moet men zich wel realiseren dat wij vertrokken zijn van de HBE van 1997-1998 en dat de absolute bedragen dus zeker verschillen van de huidige situatie. Hetzelfde voorbehoud moet worden aangebracht bij alle absolute bedragen die verder in deze paper nog worden vermeld.

¹¹ De afkortingen van de variabelen worden toegelicht in Bijlage 1.

Vanuit welvaartsstandpunt zijn deze absolute bedragen wellicht niet zo relevant. Interessanter is het ons te richten op de budgetaandelen, d.w.z. de eigen bijdragen als percentage van het gezinsinkomen. De informatie daarover wordt samengevat in Tabel 3, die op een gelijkaardige wijze is geconstrueerd als Tabel 2. Wij constateren dat het aandeel van de eigen bijdragen in het gezinsbudget gemiddeld iets meer dan 3% bedraagt. Ook hier is er echter een grote spreiding. Naarmate het gezinsinkomen daalt en de leeftijd van het gezinshoofd stijgt, stijgt ook het aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg. Vlaamse gezinnen zijn sterker vertegenwoordigd in het laagste deciel, Waalse gezinnen in het hoogste.

Tabel 2: Decielverdeling eigen bijdragen – absolute bedragen

Label	Bedrag eigen bijdragen	Netto gezinsinkomen	Aantal gezinsleden	Leeftijd referentie persoon	% gezinnen uit VI.	% gezinnen uit W.	% gezinnen uit BR	Diploma referentie persoon
1	3.634	581.314	1,24	45,21	0,58	0,26	0,17	2,55
2	7.046	729.474	1,70	52,16	0,53	0,35	0,12	2,48
3	10.825	903.329	2,15	52,81	0,62	0,31	0,07	2,49
4	14.557	871.557	2,54	51,66	0,54	0,35	0,10	2,70
5	18.227	1.072.497	2,65	51,50	0,60	0,33	0,07	2,57
6	22.151	980.789	2,53	52,72	0,56	0,30	0,14	2,65
7	26.774	1.237.020	2,71	51,19	0,54	0,34	0,12	3,04
8	32.450	1.156.382	2,75	53,63	0,56	0,32	0,12	2,81
9	42.290	1.213.422	2,86	53,09	0,55	0,31	0,14	3,10
10	78.096	1.347.858	2,90	52,80	0,56	0,37	0,07	3,16
Totaal	25.624	1.009.434	2,40	51,68	0,56	0,32	0,11	2,75

Tabel 3: Decielverdeling eigen bijdragen - budgetaandelen

Label	Aandeel eigen bijdragen	Netto gezinsinkomen	Aantal gezinsleden	Leeftijd referentie persoon	% gezinnen uit VI	% gezinnen uit W.	% gezinnen uit BR	Diploma referentie persoon
1	0,496	1.828.158	2,14	43,08	0,73	0,22	0,05	3,20
2	0,960	1.138.779	2,22	44,95	0,52	0,29	0,18	3,08
3	1,349	1.018.236	2,48	49,01	0,50	0,39	0,11	2,69
4	1,718	1.018.496	2,77	50,27	0,63	0,25	0,13	2,71
5	2,120	988.164	2,64	51,33	0,56	0,35	0,09	2,79
6	2,531	974.199	2,64	49,95	0,52	0,37	0,11	2,78
7	3,046	911.483	2,65	53,62	0,60	0,31	0,09	2,63
8	3,876	802.492	2,32	56,12	0,50	0,40	0,11	2,67
9	5,238	781.665	2,27	56,33	0,54	0,30	0,16	2,63
10	9,967	639.948	1,91	62,08	0,55	0,36	0,08	2,35
Totaal	3,135	1.009.434	2,40	51,68	0,56	0,32	0,11	2,75

De maatschappelijke onrust concentreert zich minder op deze globale verdelingsaspecten en meer op die gezinnen die omwille van ziekte een overdreven groot aandeel van hun budget aan gezondheidszorguitgaven moeten besteden. Dat betekent dat de aandacht in de eerste plaats gaat naar de hoogste decielen in Tabel 3. Hierbij rijst natuurlijk onmiddellijk de vraag: wat is een "overdreven" aandeel in het budget? Wij ontwijken deze moeilijke vraag en nemen voor de gemakkelijheid twee drempelwaarden: 5% en 10%.¹²

¹² Een grondiger discussie van deze benadering –inclusief een beschrijving van enkele meer gesofistikeerde maatstaven- kan gevonden worden in Wagstaff en Van Doorslaer (2003). Zo zou men bv. kunnen nagaan welk percentage van de bevolking omwille van de eigen

In de tweede kolom van Tabel 4 geven wij de kenmerken van de gezinnen waarvoor de eigen bijdragen in het huidige systeem meer dan 5% van hun budget uitmaken.¹³ Dit kan volgens ons geïnterpreteerd worden als een relatief zware belasting van het budget. De eerste rij geeft het aandeel van deze gezinnen in de bevolking. Het blijkt dat iets meer dan 16% van de gezinnen meer dan 5% van zijn budget aan eigen bijdragen moet besteden. De kenmerken van die gezinnen worden verder in de kolom samengevat. Ter vergelijking geven wij in de eerste kolom de gemiddelde waarden van diezelfde kenmerken voor de globale steekproef. Op die wijze wordt onmiddellijk duidelijk waarin de >5%-groep van de rest van de bevolking verschilt. Het is niet echt verrassend om te constateren dat het hier vooral gaat om mensen die genieten van een vervangingsinkomen, die gemiddeld ouder zijn dan de globale bevolking en lager geschoold zijn. Zij leven in relatief kleine huishoudens. Gepensioneerden vormen een grote groep. Er blijken geen sterke regionale verschillen aanwezig.

Tabel 4: Eigen bijdragen meer dan 5%

Label	Totale steekproef	Eigen bijdragen als percentage van het inkomen >= 5%				
		Huidig systeem	Voor MAF	Na afschaffing voorkeur regeling	Zelfstand. in Algemene Regeling	Kleine risico's uit Algemene Regeling
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Percentage Gezinnen	100,0	16,1	16,7	15,9	15,5	42,6
% Gez. Met Arbeidsinkomen	61,4	42,8	43,7	39,8	43,5	55,1
Gemidd. Arbeidsinkomen <> 0	726.133	416.539	427.509	379.856	418.902	595.854
% Gez met Zelfst.	13,5	13,8	13,6	12,9	10,2	7,5
Gemidd. inkomen uit Zelf. <> 0	1.298.014	243.907	241.041	250.637	47.994	247.980
% gezinnen met Vervang.	61,7	85,5	85,7	88,1	86,1	76,3
Gemidd. Vervang.inkomen <> 0	424.568	477.105	482.370	456.896	476.961	464.937
% Gez.met Pens.Ink. <> 0	38,3	63,5	63,4	66,3	63,6	54,3
% Gez.met Werkl.Ink. <> 0	22,1	18,0	18,4	18,0	18,4	21,1
% Gez.met ArbOng.Ink. <> 0	11,4	15,0	15,3	15,5	15,6	13,4
Netto gezinsinkomen	1.009.434	675.767	690.295	634.899	646.202	790.553
Gezinsomvang	2,4	2,0	2,1	1,9	2,0	2,3
Equivalent gezinsinkomen	615.328	463.143	465.122	446.169	443.088	500.900
Leeftijd Referentiepersoon.	51,7	60,1	59,8	60,9	60,0	57,1
Gemiddelde leeftijd gezin	45,7	56,7	56,3	57,9	56,6	51,9
% gezinnen uit Vlaanderen	56,3	54,0	53,8	54,2	55,4	55,3
% gezinnen uit Wallonië	32,5	34,8	34,4	34,0	34,1	33,4
% gezinnen uit. Brussel	11,2	11,3	11,8	11,8	10,6	11,2
Diploma Referentiepersoon	2,8	2,5	2,5	2,3	2,4	2,6

Tabel 5 geeft gelijkaardige resultaten voor de drempelwaarde van 10%. Vanaf deze waarde komt men ongetwijfeld in de sfeer waar de omvang van de eigen bijdragen als problematisch kan worden aanzien. Op het eerste gezicht gaat het hier om een kleine groep mensen (2,2%), maar men moet zich wel realiseren dat die 2,2% staat voor iets meer dan 90.000 gezinnen¹⁴. De kenmerken van die probleemgroep zijn opvallend. Ze bestaat voor een nog groter

bijdragen voor gezondheidszorg onder de armoedegrens wordt getrokken. Wij hebben deze idee niet verder uitgewerkt.

¹³ In Bijlage 1 geven wij een verklaring voor de afkortingen die in de kolom Label gebruikt worden. Noteer het belangrijke verschil in interpretatie tussen de percentages in de eerste rij, die weergeven welk percentage van alle gezinnen meer dan 5% van hun budget uitgeven in de verschillende beleidsscenario's, en de percentages in de andere rijen, die weergeven hoe vaak een gezinskarakteristiek voorkomt binnen de specifieke groep van gezinnen met bijdragen van meer dan 5%. Een analoge opmerking geldt voor Tabel 5.

¹⁴ Onze steekproef stelt een populatie voor van 4.178.681 sociologische gezinnen.

gedeelte uit oudere mensen met een vervangingsinkomen. Bovendien is er nu een veel grotere concentratie in Wallonië, iets wat in het licht van de armoedestatistieken geen verbazing kan wekken. Tenslotte valt op dat zelfstandigen relatief oververtegenwoordigd zijn: dit hangt wellicht samen met het niet-verzekerd zijn tegen kleine risico's. Daarop gaan wij in afdeling 5 dieper in. Laat ons nu reeds voorzichtig als besluit formuleren dat er, ondanks de MAF, nog steeds een niet-verwaarloosbaar aantal gezinnen geconfronteerd wordt met zeer forse eigen bijdragen. Wij zullen deze groep verder in onze analyses niet uit het oog verliezen. Toch moeten hier nog meer dan elders onze resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat ze gebaseerd zijn op een gering aantal observaties in de steekproef.

Tabel 5: Eigen bijdragen meer dan 10%

Label	Totale steekproef	Eigen bijdragen als percentage van het inkomen $\geq 10\%$				
		Huidig systeem	Voor MAF	Na afschaffing voorkeur regeling	Zelfstand. in Algemene Regeling	Kleine risico's uit Algemene Regeling
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Percentage Gezinnen	100,0	2,2	2,7	2,3	2,0	13,2
% Gez. Met Arbeidsinkomen	61,4	22,7	24,9	21,2	24,5	41,8
Gemidd. Arbeidsinkomen ≤ 0	726.133	81.300	85.556	82.863	66.636	412.175
% Gez met Zelfst.	13,5	24,3	21,3	23,4	15,8	7,7
Gemidd. inkomen uit Zelf. ≤ 0	1.298.014	752.767	699.810	752.767	-23.350	433.670
% gezinnen met Vervang.	61,7	90,5	92,3	90,9	95,4	86,4
Gemidd. Vervang.inkomen ≤ 0	424.568	482.303	486.076	471.161	488.552	482.591
% Gez. met Pens. Ink. ≤ 0	38,3	65,8	68,2	66,5	67,9	63,7
% Gez. met Werkl. Ink. ≤ 0	22,1	13,0	15,5	12,5	14,5	19,1
% Gez. met ArbOng. Ink. ≤ 0	11,4	17,7	15,0	17,0	19,7	15,5
Netto gezinsinkomen	1.009.434	709.715	690.187	695.642	514.435	681.595
Gezinsomvang	2,4	1,6	1,6	1,6	1,6	2,0
Equivalent gezinsinkomen	615.328	530.061	511.270	522.854	401.829	463.880
Leeftijd Referentiepersoon.	51,7	63,5	64,8	63,9	64,0	60,3
Gemiddelde leeftijd gezin	45,7	61,7	63,2	62,2	61,9	56,7
% gezinnen uit Vlaanderen	56,3	39,8	44,0	46,7	39,0	50,9
% gezinnen uit Wallonië	32,5	55,9	51,9	49,7	56,9	36,7
% gezinnen uit. Brussel	11,2	4,3	4,0	3,6	4,1	12,4
Diploma Referentiepersoon	2,8	2,4	2,5	2,4	2,2	2,4

4. Design van de maximumfactuur

In het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw werden om besparingsredenen de remgelden voor artsenconsultaties sterk opgetrokken. Omwille van de bekommernis om de verdelingseffecten van deze maatregel, werden tegelijkertijd de sociale en fiscale franchise ingevoerd, die beschreven werden in afdeling 2. Om de onvolkomenheden van deze franchisesystemen op te vangen lanceerde de vorige regering het principe van de maximumfactuur. Wij hebben reeds vermeld dat deze vooral twee belangrijke maatregelen bevatte: een uitbreiding van het aantal verstrekkingen dat in de remgeldteller werd opgenomen en een (gedeeltelijke) overschakeling op het concept van het sociologische gezin. In afdeling 4a proberen wij de effecten van de MAF in te schatten.

Op zichzelf is het principe van de MAF eenvoudig en aantrekkelijk: geen enkel gezin mag meer betalen dan een maximumbedrag aan remgelden, waarbij dat maximumbedrag varieert met het inkomen van het gezin. Op het eerste gezicht blijft er in een systeem met MAF geen enkele reden over om nog verder te differentiëren tussen gezinnen die hetzelfde inkomen hebben, enkel omdat ze tot een verschillende sociale groep behoren. Verder redenerend in

die logica, zou het bestaande systeem van voorkeurregeling, d.w.z. van verhoogde tegemoetkomingen voor WIGW's met een laag inkomen en enkele andere zeer kwetsbare socio-economische groepen, dan beter worden afgeschaft. Wanneer de betreffende gezinnen boven de maximumdrempel uitkomen, zouden ze immers zoals iedereen van de MAF kunnen genieten. Wanneer ze niet boven de maximumdrempel uitkomen, lijkt er geen reden om hun een voorkeurbedeling te geven in vergelijking met andere gezinnen met een even laag inkomen. De regering heeft deze logica niet gevolgd en het systeem van de verhoogde tegemoetkoming niet afgeschaft. De invoering van de MAF werd daardoor niet de revolutionaire omwenteling waarvoor ze soms moest doorgaan. In afdeling 4b onderzoeken wij of dit een verdedigbare optie is geweest dan wel of in de toekomst werk moet worden gemaakt van een verdere harmonisering van het systeem.

a) Wat is het effect van de maximumfactuur?

Om het effect van de MAF te berekenen hebben wij voor alle gezinnen in de steekproef gesimuleerd wat hun eigen bijdrage zou geweest zijn in de situatie vóór invoering van de MAF, maar rekening houdend met de sociale en fiscale franchise. Bij de bespreking van de resultaten concentreren wij ons niet zozeer op de globale verdeling van de bijdragen vóór de MAF, maar wel op de wijzigingen in de verdeling, d.w.z. op de impact van de MAF zelf.

Vermits wij de financieringszijde buiten beschouwing laten in onze simulatie-oefeningen is er vanzelfsprekend niemand op achteruit gegaan door de invoering van de MAF. De tweede kolom van Tabel 6 schetst een portret van de winnaars.¹⁵ Dank zij de introductie van de MAF betalen bijna 10% van de gezinnen een kleiner bedrag aan eigen bijdragen. In absolute termen uitgedrukt gaat het om iets meer dan 400.000 gezinnen. De gemiddelde vermindering in eigen bijdragen bedraagt voor deze mensen 5.500 BEF, met een uitschieter tot bijna 40.000 BEF.

Het profiel van die winnaars kan afgeleid worden door de vergelijking van hun kenmerken in de tweede kolom van Tabel 6 met de gemiddelde gegevens voor die zelfde kenmerken in de globale steekproef (eerste kolom). Mensen met een vervangingsinkomen en vooral ouderen zijn oververtegenwoordigd bij de winnaars. Gezien de verdeling van de medische uitgaven is dit niet verrassend. De winnaars hebben gemiddeld genomen een lager inkomen en ze zijn sterker in Wallonië geconcentreerd. Het meest opvallende resultaat is wellicht dat relatief veel grotere gezinnen bij de winnaars horen. Dit hangt ongetwijfeld samen met de overschakeling van mutualistische naar sociologische gezinnen. Over het algemeen lijkt het in elk geval zo te zijn dat de invoering van de MAF inderdaad gunstige gevolgen heeft gehad voor relatief zwakke groepen in de samenleving.

De eerste bedoeling van de franchisesystemen is echter het vermijden van voor de gezinnen catastrofale uitgaven. Daarvoor keren wij terug naar Tabel 4 en Tabel 5, waar in de derde kolom de situatie vóór invoering van de MAF wordt geschetst. Nuttige informatie wordt nu verkregen door een vergelijking met de kenmerken van de totale steekproef in de eerste kolom en vooral met de cijfers in de tweede kolom die slaan op de huidige situatie. Door de MAF is 0,6% van de populatie (ongeveer 25.000 gezinnen) beneden de >5%-grens voor de eigen bijdragen geraakt. Dit kan een relatief klein aandeel lijken, maar het effect ervan mag toch niet worden onderschat. Deze positieve indruk wordt versterkt door het resultaat in Tabel 5, waaruit blijkt dat de MAF er ook in is geslaagd ongeveer een zelfde aantal gezinnen beneden de >10%-grens te brengen.

¹⁵ Tabel 6 bevat drie extra gegevens in vergelijking met de gegevens in Tabel 4 en Tabel 5. In de tweede lijn van Tabel 6 wordt de gemiddelde winst in BEF gegeven, in de derde lijn staat het gemiddelde van winst uitgedrukt als een percentage van het gezinsinkomen en in de vierde lijn het absoluut verschil tussen de grootste en de kleinste winst.

Tabel 6: Portret van winnaars en verliezers

	Totale steekproef	Invoering MAF	Afschaffing voorkeurregeling		Zelfstand. in Algemene Regeling
		Winnaars	Winnaars	Verliezers	Winnaars
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Percentage Gezinnen		9,8	15,1	18,8	7,1
Gemiddelde winst		5.542	4.388	-3.139	12.133
Gemiddelde van procentueel aandeel winst/inkomen		0,6	0,5	-0,7	0,9
Range winst of verlies		39.329	24.683	8.528	482.280
% Gez. met Arbeidsinkomen	61,4	56,8	61,4	32,0	27,5
Gemidd. Arbeidsinkomen <>0	726.133	599.896	624.318	207.844	489.196
% Gez. met Zelfst.	13,5	11,0	7,9	11,0	100,0
Gemidd. Inkomen uit Zelf.<>0	1.298.014	495.156	483.423	193.106	697.141
% Gez.met Vervang.	61,7	84,7	79,8	97,7	52,5
Gemidd.Vervang.inkomen<>0	424.568	528.906	508.996	411.449	444.893
%Gez. met Pens.Ink.	38,3	51,5	49,1	87,6	43,5
%Gez. met Werkl.Ink.	22,1	22,3	24,5	7,8	8,8
%Gez. met ArbOng.Ink.	11,4	26,4	21,2	13,3	1,1
Netto gezinsinkomen	1.009.434	982.129	971.046	577.912	1.254.449
Gezinsomvang	2,4	2,6	2,6	1,7	2,5
Equivalent gezinsinkomen	615.328	573.989	568.666	429.270	741.814
Leeftijd Referentiepersoon	51,7	56,3	54,8	66,9	55,8
Gemiddelde leeftijd gezin	45,7	50,2	48,5	65,5	50,5
% gezinnen uit Vlaanderen	56,3	50,4	49,8	53,4	42,5
% gezinnen uit Wallonië	32,5	39,4	34,9	37,3	43,4
% gezinnen uit Brussel	11,2	10,2	15,3	9,3	14,1
Diploma Referentiepersoon	2,8	2,7	2,8	1,9	2,8

Tabel 4 (met de >5%-bijdragen) toont weinig frappante verschillen in de situatie voor en na de MAF. Ook in Tabel 5 (>10%) zijn de verschillen niet zeer uitgesproken, maar omwille van het intrinsieke belang van deze groep gaan wij er toch iets dieper op in. De MAF blijkt vooral gezinnen met een arbeidsinkomen uit de moeilijkheden te hebben gehaald, waardoor het aandeel van zelfstandigen in de probleemgroep is gestegen. De kleine risico's zijn daaraan weer niet vreemd. Ondanks het feit dat er meer winnaars waren in Wallonië (Tabel 6), heeft de MAF in de staart van de verdeling toch meer uitgesproken gunstige effecten gehad in Vlaanderen. Opvallend is ook dat na de invoering van de MAF de gezinnen met zeer grote eigen bijdragen gemiddeld genomen een hoger inkomen hebben dan daarvoor. Onze resultaten suggereren ook hier dat de MAF inderdaad sterk gericht is geweest op de laagste inkomensgroepen.

b) Naar een vereenvoudiging van het systeem van de voorkeurregeling?

Wanneer wij als voorlopig besluit aanvaarden dat de MAF alles bij elkaar genomen er relatief goed in geslaagd is om de zwakste groepen in onze samenleving te bereiken, dringt de principiële vraag die wij hebben gesteld zich nog nadrukkelijker op. Zou het vanuit verdelingsoogpunt niet wenselijk zijn om de MAF verder uit te breiden en het systeem van verhoogde tegemoetkoming af te schaffen? Om een beter inzicht in deze vraag te krijgen hebben wij het volgende beleidsscenario gesimuleerd. In de eerste plaats werd de verhoogde tegemoetkoming afgeschaft. Dit leidt vanzelfsprekend tot een vermindering van de overheidsuitgaven in de verplichte ziekteverzekering, vermits een groter gedeelte van de kosten door de verzekerden zelf gedragen wordt. Deze vrijkomende middelen werden gebruikt om het franchisesysteem volledig op het niveau van het sociologische gezin toe te passen en om de remgeldbarema's in het systeem van de MAF te verminderen - waardoor een groter aantal gezinnen voor terugbetaling in aanmerking komt. De nieuwe

remgeldbarema's (gegeven in Tabel 7) liggen 25% lager dan die in de simulatie van het huidige systeem (Tabel 1). Deze 25% werd zo gekozen dat de hele hervormingsoperatie kan worden doorgevoerd zonder een budgettaire meerkost te veroorzaken.

Tabel 7: Remgeldbarema's voor de MAF na afschaffing van de verhoogde tegemoetkomingen

Belastbaar netto-inkomen van het fiscaal gezin in BEF	Grensbedrag remgelden in BEF
van 0 tot en met 537.999	11.250
van 538.000 tot en met 828.999	15.000
van 829.000 tot en met 1.119.999	22.500
van 1.120.000 tot en met 1.410.999	30.000
1.411.000 of meer	37.500

De voorspelde gevolgen van deze beleidswijziging kunnen opnieuw afgelezen worden in Tabel 4 tot en met Tabel 6. Natuurlijk vinden wij nu in Tabel 6 zowel winnaars als verliezers: ongeveer 15% winnaars, iets minder dan 19% verliezers. Gemiddeld genomen gaat het om relatief kleine bedragen. Het gemiddelde verlies bedraagt iets meer dan 3.000 BEF, het maximale verlies is niet groter dan 8.500 BEF. Dit is niet te verwonderen: voor de verliezers blijft de omvang van het verlies immers noodzakelijkerwijze beperkt tot de drempelwaarde van de MAF. Voor de winnaars gaat het gemiddeld om iets grotere bedragen, met een maximum van meer dan 24.000 BEF.

Het profiel van winnaars en verliezers ligt in de lijn van wat kon verwacht worden. De verliezers zijn duidelijk omschreven: dat zijn degenen die het recht op een verhoogde tegemoetkoming verliezen, terwijl ze tegelijkertijd een totaal bedrag aan remgelden betalen dat beneden de (verlaagde) barema's van de MAF blijft. Het gaat vooral om kleine gezinnen met een laag inkomen, een ouder en lager geschoold gezinshoofd en een belangrijke component vervangingsinkomen. De winnaars vormen een heterogene groep van gezinnen die in het huidige systeem niet in aanmerking komen voor de MAF maar door de verlaging van de barema's en de verruiming van het gezinsconcept wél aan de voorwaarden voldoen. Het gaat gemiddeld om relatief grote gezinnen. Hun inkomen (al dan niet gecorrigeerd voor gezinsgrootte) is iets kleiner dan het gemiddelde in de globale steekproef maar duidelijk groter dan dat van de verliezers. Brussel is bij de winnaars oververtegenwoordigd.

Op zichzelf zeggen deze resultaten niet veel. De uitbreiding van de MAF zou in de eerste plaats als bedoeling hebben om het aantal gezinnen te verminderen voor wie de uitgaven aan gezondheidszorg een belangrijke belasting van hun budget betekenen. In dit opzicht zijn de resultaten eerder verrassend en ontgoochelend. Tabel 4 toont dat de groep met eigen bijdragen van meer dan 5% van het inkomen slechts licht afneemt. In vergelijking met het huidige systeem verdwijnen vooral relatief jonge, grote gezinnen met een arbeidsinkomen uit de probleemgroep maar het effect blijft eerder klein. Het aantal échte probleemgevallen met uitgaven groter dan 10% van het budget stijgt zelfs: van 2.2% tot 2.3% (Tabel 5). Deze stijging is weliswaar zeer klein maar ze staat wel in schril contrast met de daling die wij hadden verhoopt. Zij kan enkel verklaard worden doordat een gedeelte van de huidige WIGW's met voorkeurregeling (voor wie het totale bedrag aan remgelden ook na de afschaffing van de voorkeurregeling lager is dan de remgeldteller van de MAF) bovenop die remgelden nog andere uitgaven voor gezondheidszorg hebben die niet in de remgeldteller worden opgenomen. Die groep lijkt overigens vooral in Vlaanderen vertegenwoordigd te zijn.

Globaal is het beeld van de herverdelingsaspecten bij dit beleidsscenario niet zeer duidelijk. De afschaffing van de verhoogde tegemoetkomingen lijkt zeker niet automatisch tot een meer transparante en efficiënte herverdeling te leiden. Bovendien moet de hele discussie wellicht ook in een breder kader worden gezien. In een optimaal terugbetalingssysteem moeten twee soorten van effecten tegenover elkaar afgewogen worden (Lipscyz en Marchand, 1999). Enerzijds hebben franchisesystemen het voordeel dat ze de last van eigen bijdragen voor de gezinnen met zieken verminderen. Anderzijds hebben ze ook tot gevolg dat het remmend effect van de remgelden boven de drempel volledig verdwijnt, waardoor er mogelijk een probleem van overconsumptie ontstaat. Dit moral hazard-effect zal groter zijn naarmate de prijselasticiteit van de vraag naar gezondheidszorg groter wordt. Deze prijselasticiteit is zeer waarschijnlijk echter niet dezelfde voor alle sociale groepen. In de lijn van resultaten in andere landen (Manning et al., 1987) werd ook voor België gevonden dat de WIGW's een lagere prijselasticiteit hebben dan de andere sociale groepen (Van de Voorde et al., 2001).

Dat betekent dus dat het moral hazard-effect van verhoogde tegemoetkomingen kleiner is wanneer die gericht worden op deze specifieke risicogroepen. Deze effecten werden in onze simulaties natuurlijk niet meegenomen – maar zij vormen wel een bijkomend argument voor de stelling dat het afschaffen van de voorkeurregeling (en de vervanging door de MAF) met enige voorzichtigheid moet bekeken worden. Er is zeker meer theoretisch en empirisch onderzoek nodig om een beter inzicht op te bouwen in de relatieve voor- en nadelen van al dan niet sociaal gedifferentieerde terugbetalingssystemen.

5. Kleine risico's en het pakket in de verplichte ziekteverzekering

De problematiek van de eigen bijdragen brengt ons onmiddellijk bij de vraag naar de omvang van de dekking in het verplichte systeem van ziekteverzekering. Wij hebben er reeds op gewezen dat ons concept van “uitgaven voor gezondheidszorg” ook posten bevat die niet in het systeem van verplichte ziekteverzekering zijn opgenomen en waarvoor de eigen bijdragevoet dus 100% bedraagt. Het belang daarvan is echter niet zeer groot, omdat België vanuit een internationaal perspectief een zeer brede verzekeringsdekking heeft. Hierop bestaat thans één grote uitzondering: het verplichte systeem dekt niet de kleine risico's voor zelfstandigen. Zelfstandigen kunnen wel een (gesubsidieerde) vrije verzekering nemen voor de kosten van die kleine risico's en de grote meerderheid (64%) maakt ook gebruik van deze mogelijkheid.

Het onderscheid tussen werknemers en zelfstandigen heeft historische wortels maar wordt nu in het algemeen als een anachronisme beschouwd. Er wordt dan ook reeds sinds lang gepleit voor de harmonisering van de sociale zekerheidsstelsels van werknemers en zelfstandigen, en meer specifiek in de ziekteverzekering voor de integratie van de algemene regeling en de regeling voor zelfstandigen. Een dergelijke integratie kan natuurlijk in twee richtingen gebeuren. Een eerste mogelijkheid bestaat erin de verzekeringsdekking voor de zelfstandigen uit te breiden. Dit is de meest besproken optie. De gevolgen daarvan worden gesimuleerd in afdeling 5a. Anderzijds zou men echter ook de kleine risico's uit het systeem van de algemene regeling in de verplichte ziekteverzekering kunnen halen. Hoewel deze idee nog niet vaak openlijk wordt verdedigd past ze wel in een beweging tot kostenbesparing door gedeeltelijke privatisering, waarbij de minder dure en/of minder noodzakelijke tussenkomsten niet meer via het overheidssysteem zouden worden terugbetaald. Wij wezen er reeds op dat de verzekeringsdekking in België thans ruimer is dan in de meeste ons omringende landen. In deze paper kunnen wij natuurlijk geen enkele uitspraak doen over de wenselijkheid van een dergelijke ingreep vanuit besparingsoogpunt. Wij kunnen wel een idee geven over de verdelingseffecten ervan. Deze komen aan bod in afdeling 5b.

a) Een uitbreiding van de verzekeringsdekking voor zelfstandigen?

Om de eerste optie te simuleren hebben wij verondersteld dat de regeling voor zelfstandigen volledig gelijkgesteld wordt aan de algemene regeling, inclusief de systemen van verhoogde tegemoetkoming en de definitie van de remgeldteller in de MAF. Hoewel dit beleidsscenario er eenvoudig uitziet, is het voor een juist begrip toch belangrijk rekening te houden met de wijze waarop de vrije verzekering in onze berekeningen werd opgenomen. In de geconstrueerde dataset heeft 64% van de zelfstandigengezinnen een vrije verzekering voor kleine risico's afgesloten. *De door hen betaalde premies zitten echter niet in ons concept van eigen bijdragen.* Anderzijds zou men kunnen veronderstellen dat een uitbreiding van de verzekeringsdekking niet volledig met belastingmiddelen kan gefinancierd worden en ook een verhoging van de premies in de verplichte verzekering zou noodzakelijk maken. *Deze verhoging werd evenmin in de simulaties opgenomen.* Zoals bij de andere simulaties gaat het dus enkel om het rechtstreeks effect op de “out-of-pocket” betalingen voor gezondheidszorg.

Binnen deze veronderstellingen vinden wij in Tabel 6 enkel winnaars. In het totaal gaat het om ongeveer 7% van de steekproef¹⁶. Hun gemiddelde winst is niet gering: meer dan 12.000 BEF per jaar. Natuurlijk hebben al deze winnaars een zelfstandigenstatuut. Wallonië is relatief oververtegenwoordigd. Het loont de moeite om iets dieper in te gaan op de overige kenmerken van deze gezinnen. In niet geringe mate combineren zij een zelfstandigen- met een arbeidsinkomen. Onder meer daardoor ligt hun gemiddeld inkomen (zowel gecorrigeerd als niet gecorrigeerd voor gezinsgrootte) duidelijk boven het gemiddelde. Op het eerste gezicht kan deze vereenvoudiging van het systeem dus moeilijk gerechtvaardigd worden met verdelingsargumenten.

Tabel 4 en Tabel 5 zwakken dit oordeel misschien enigszins af. Uit Tabel 4 blijkt dat ongeveer 25.000 zelfstandigengezinnen (0,6% van het totaal aantal gezinnen) onder de >5%-grens getrokken worden. Ook het aantal zelfstandigen met een uitgesproken zware last (>10%) neemt enigszins af. Het gaat hierbij ongetwijfeld om zelfstandigen die thans geen vrije verzekering hebben afgesloten.

Een uitbreiding van de verzekeringsdekking voor zelfstandigen kan dus inderdaad voor een relatief klein aantal acute probleemgevallen een oplossing bieden. Anderzijds zal ze echter ook ten goede komen aan een niet gering aantal gezinnen die niet bij de zwakkere groepen kunnen gerekend worden. De verdelingseffecten van deze maatregel zijn dus eerder gemengd. Op zichzelf hoeft dit resultaat niet te impliceren dat het onderscheid tussen de algemene regeling en de regeling voor zelfstandigen in de toekomst moet blijven verder bestaan. Dat onderscheid is immers inderdaad een anachronisme. Wanneer men prioriteit wenst te geven aan de zwakkere groepen in onze samenleving, moet bij de concrete uitwerking van een harmoniseringsoperatie echter terdege rekening worden gehouden met de financieringsaspecten.

b) Kleine risico's uit de verplichte ziekteverzekering?

Tenslotte hebben wij ook de gevolgen gesimuleerd van een beleidsscenario waarbij voor alle Belgen de persoonlijke bijdragevoet voor uitgaven kleine risico's 100% zou bedragen. Opnieuw is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten. Wanneer de kleine risico's uit het verzekerde pakket in de ziekteverzekering worden gehaald zal dit (ceteris paribus) een verlaging van de premies of een vermindering van de overheidstoelage aan de ziekteverzekering mogelijk maken. Het is niet duidelijk welk gedeelte hiervan uiteindelijk zal gereflecteerd worden in een verhoging van het beschikbaar inkomen van de gezinnen. Dat hangt niet enkel af van de concrete design van de hervorming, maar ook van de mate van afwenteling van premies en belastingen op de arbeidsmarkt (Ooghe et al., 2003). In elk geval zal deze verhoging van het beschikbaar inkomen niet lineair verdeeld zijn over alle gezinnen. Zoals reeds gezegd, worden deze financieringsaspecten in onze berekeningen volledig verwaarloosd.

Anderzijds kan zeker verondersteld worden dat het grootste gedeelte van de gezinnen vragende partij zal zijn om zich tegen de kleine risico's te verzekeren. Het is echter moeilijk te voorspellen op welke wijze deze verzekeringsmarkt zal georganiseerd en gereguleerd worden. Zullen private verzekeraars toegelaten worden? Zo ja, zullen ze op gelijke basis kunnen concurreren met de Belgische ziekenfondsen (wat thans in de vrije verzekering voor zelfstandigen zeker niet het geval is)? Ook zonder een gedetailleerd antwoord op die vragen te geven, kunnen wij toch veronderstellen dat de verzekeringspremies op deze markt zullen variëren volgens de risico's van de verzekerden, zodat de groepen met een groter gezondheidsrisico ook hogere premies zullen moeten betalen.¹⁷ Ondanks hun beperkingen geven onze simulaties in deze context toch nuttige informatie, omdat ze aanduiden op welke wijze die gezondheidsrisico's over de bevolking verdeeld zijn. Ze geven dus een eerste inzicht in de vraag welke groepen in de eerste plaats zullen "verplicht" worden om een private

¹⁶ Dit is meer dan het aantal zelfstandigen dat in het huidige systeem geen vrije verzekering heeft afgesloten, omdat de aangepaste toepassing van de MAF ook voor andere zelfstandigen voordeliger kan uitvallen.

¹⁷ Dit is nu reeds in grote mate het geval in de gereguleerde en gesubsidieerde markt van de vrije verzekering voor zelfstandigen.

verzekering aan te gaan, waarbij onmiddellijk ook kan verondersteld worden dat dezelfde groepen tegelijkertijd de hoogste premies zullen moeten betalen.

De afschaffing van de kleine risico's raakt bijna iedereen en binnen onze veronderstellingen zijn er uitsluitend verliezers omdat de "out-of-pocket"-payments voor niemand verminderen. Daarom had de opname in Tabel 6 van een kolom voor dit scenario weinig zin. In de plaats hiervan geven wij in Tabel 8 en Tabel 9 de decielverdeling van de eigen bijdragen na deze grote ingreep. Deze verdeling kan rechtstreeks vergeleken worden met die in Tabel 2 en Tabel 3, die de bestaande situatie weergeven. Het is duidelijk dat het niveau van de eigen bijdragen zeer gevoelig stijgt. Gemiddeld zien wij bijna een verdubbeling van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg. Het patroon van de verdeling loopt in respectievelijk Tabel 2 en Tabel 8, en Tabel 3 en Tabel 9 zeer gelijk.

Tabel 8: Decielverdeling van de eigen bijdragen indien de kleine risico's uit de verplichte ziekteverzekering worden gehaald - absolute bedragen

Label	Bedrag eigen bijdragen	Netto gezins-inkomen	Aantal gezins-leden	Leeftijd referentie persoon	% gezinnen uit VI.	% gezinnen uit W.	% gezinnen uit BR	Diploma referentie persoon
1	6.395	642.758	1,34	46,57	0,60	0,26	0,15	2,58
2	13.366	894.824	1,80	48,91	0,57	0,31	0,12	2,57
3	19.834	815.814	2,17	52,20	0,52	0,40	0,09	2,49
4	25.784	1.038.837	2,46	54,73	0,64	0,30	0,06	2,52
5	31.863	990.574	2,55	52,55	0,58	0,33	0,09	2,58
6	39.435	1.045.405	2,51	51,26	0,55	0,31	0,15	2,96
7	48.517	1.125.559	2,68	51,67	0,51	0,35	0,13	2,85
8	61.487	1.156.719	2,79	52,62	0,54	0,36	0,11	2,99
9	79.357	1.112.458	2,81	53,66	0,55	0,33	0,12	3,09
10	139.928	1.268.865	2,94	52,63	0,58	0,31	0,11	2,91
Totaal	46.639	1.009.434	2,40	51,68	0,56	0,32	0,11	2,75

Tabel 9: Decielverdeling van de eigen bijdragen indien de kleine risico's uit de verplichte ziekteverzekering worden gehaald - budgetaandelen

Label	Aandeel eigen bijdragen	Netto gezins-inkomen	Aantal gezins-leden	Leeftijd referentie persoon	% gezinnen uit VI.	% gezinnen uit W.	% gezinnen uit BR	Diploma referentie persoon
1	0,841	1.934.730	2,19	43,01	0,73	0,22	0,06	3,22
2	1,735	1.166.010	2,33	44,69	0,53	0,32	0,15	3,14
3	2,400	1.043.565	2,52	48,84	0,51	0,35	0,14	2,79
4	3,146	1.016.275	2,76	48,30	0,57	0,32	0,12	2,66
5	3,857	911.380	2,59	50,26	0,54	0,36	0,10	2,85
6	4,725	918.636	2,58	51,84	0,55	0,35	0,11	2,66
7	5,863	844.256	2,49	56,35	0,58	0,35	0,08	2,56
8	7,310	811.733	2,29	56,40	0,58	0,29	0,13	2,60
9	9,559	759.337	2,25	55,98	0,55	0,34	0,11	2,75
10	17,622	695.071	2,03	61,09	0,51	0,36	0,13	2,32
Totaal	5,714	1.009.434	2,40	51,68	0,56	0,32	0,11	2,75

Opnieuw is het meer informatief om te kijken naar de risicogroepen met "catastrofale" uitgaven voor gezondheidszorgen. Deze informatie wordt gegeven in de laatste kolom van Tabel 4 en Tabel 5. Wanneer de kleine risico's uit de verplichte ziekteverzekering worden gehaald zullen de directe betalingen voor gezondheidszorg voor niet minder dan 42% van de Belgische gezinnen meer dan 5% van hun budget vertegenwoordigen (Tabel 4). Oudere mensen met een vervangingsinkomen worden weer het sterkste getroffen. Nog frapperanter zijn de resultaten in Tabel 5. Deze tabel toont dat het schrappen van de kleine risico's uit de verplichte ziekteverzekering tot gevolg heeft dat 13,2% van de gezinnen (in absolute

aantallen meer dan 550.000 gezinnen) boven de problematische 10%-grens uitkomen. Een vergelijking met de huidige situatie reveleert dat ook thans relatief goed beschermde sociale groepen in de problemen zullen komen: naast de gepensioneerden met een vervangingsinkomen vinden wij in deze groep nu ook heel wat gezinnen met een laag arbeidsinkomen. Deze verschuiving heeft eveneens tot gevolg dat de verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië verminderen.

Zoals reeds gezegd wordt in deze simulaties absoluut geen rekening gehouden met mogelijke efficiëntiewinsten en de daaruit voortvloeiende verlaging van de te betalen premies. Ondanks deze beperking tonen onze resultaten toch ondubbelzinnig aan dat de term “kleine risico’s” voor sommige gezinnen zeer slecht gekozen is. Bij hen gaat het wel degelijk om een groot welvaartsrisico. Drastische wijzigingen in de verzekeringsdekking van de verplichte ziekteverzekering moeten dan ook met de allergrootste schroom worden onderzocht om desastreuze verdelingseffecten te vermijden.

Dit resultaat moet geïnterpreteerd worden tegen de achtergrond van de toenemende druk om de openbare uitgaven in de gezondheidszorg beter te controleren. Het gevaar bestaat dat uiteindelijk toch voor een gedeeltelijke privatisering zal geopteerd worden als maatregelen om de stijging van de gezondheidszorguitgaven in het verplichte systeem onder controle te krijgen uiteindelijk niet succesvol zouden blijken te zijn. Onze resultaten suggereren dat deze gemakkelijksoplossing moet vermeden worden wanneer men bekommerd is om de zwakste groepen in onze samenleving. Dit betekent natuurlijk dat enkel de “moeilijke” wegen van uitgavencontrole open blijven. Pijnlijke ingrepen in het huidige systeem waarbij de vrijheid van de patiënten en –meer nog- de verstrekkers enigszins wordt ingeperkt lijken onvermijdelijk en zijn vanuit sociaal oogpunt wenselijk.

6. Besluit

De Belgische bevolking en de Belgische beleidsmakers zijn zeer bekommerd om de sociale rechtvaardigheid van het systeem van gezondheidszorg. Deze bekommernis is voortdurend in allerlei beleidsnota’s herhaald. Tot nu toe was er nochtans weinig coherente informatie beschikbaar om over de resultaten van het beleid verantwoorde uitspraken te doen. Wij hebben daarom geprobeerd om vertrekkend van de huishoudbudgetenquête een samenhangend gegevensbestand te construeren. In deze tekst hebben wij ons uitsluitend gericht op de verdeling van de directe (“out-of-pocket”) betalingen voor gezondheidszorg. Wij gaven een schets van de huidige verdeling van deze eigen bijdragen en wij simuleerden verschillende beleidsscenario’s. Speciale aandacht ging daarbij uit naar de gezinnen die een “catastrofaal” groot aandeel van hun budget aan medische uitgaven moeten besteden.

Ondanks al het voorbehoud dat wij zelf bij onze gegevens hebben gemaakt, denken wij toch de volgende besluiten te kunnen trekken:

- (a) de invoering van de maximumfactuur heeft voor een niet gering aantal gezinnen tot een duidelijke verbetering van de situatie geleid. Ze is bovendien uitstekend gericht geweest op risicogroepen.
- (b) dit betekent niet automatisch dat het systeem van de MAF snel moet worden uitgebreid en in de plaats moet komen van de bestaande verhoogde tegemoetkomingen. De verdelingseffecten van deze verdere stap zijn dubbelzinnig. Ook theoretisch zijn er redenen om expliciet verschillende sociale groepen te blijven onderscheiden. Hierover is echter verder onderzoek nodig.
- (c) het onderscheid tussen de algemene regeling en de regeling voor zelfstandigen is een anachronisme en harmonisering van beide stelsels is wenselijk. Vanuit verdelingsstandpunt vormt deze harmonisering nochtans wellicht geen prioriteit.
- (d) het verminderen van de dekking in de algemene regeling van de verplichte ziekteverzekering door iedereen zelf te laten instaan voor zijn kleine risico’s dreigt dramatische verdelingseffecten te hebben. De huidige risicogroepen zouden door deze ingreep zwaar worden getroffen en thans relatief goed beschermde groepen (in de eerste plaats gezinnen met een laag arbeidsinkomen) dreigen ook een zware last

op de schouders te krijgen. Het is daarom des te belangrijker dat snel werk wordt gemaakt van maatregelen om de uitgaven in de verplichte ziekteverzekering onder controle te krijgen.

Wij zijn er ons van bewust dat resultaten die verkregen worden met een relatief grote steekproef (zoals de budgetenquête) aangevuld moeten worden met gericht onderzoek naar de situatie van risicogroepen zoals de allerarmsten en de chronisch zieken. Bovendien zijn de door ons geconstrueerde gegevens ver van perfect. Wij kunnen slechts hopen dat er in de nabije toekomst meer betrouwbare informatie ter beschikking zal komen en het is niet uitgesloten dat sommige van onze conclusies dan zullen moeten gerelativeerd worden. Wat niet zal moeten gerelativeerd worden is nochtans het belang van de techniek van microsoluties. Deze techniek is absoluut noodzakelijk om een samenhangend beeld te krijgen over de verdelingsaspecten van concrete beleidsmaatregelen.

Referenties

- [1] Adriaenssen, I. en De Graeve, D. (2001): Wie valt er door de mazen van het net? Verkennend profiel van de patiënt met betalingsproblemen in het ziekenhuis. Research Paper 2001-018, Universiteit Antwerpen.
- [2] Beck, M., Vanroelen, C., en Louckx, F. (2002): *Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg*. VUBPress, Brussel.
- [3] Cockx, B. en Brasseur, C. (2003): The demand for physician services. Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, te verschijnen.
- [4] De Graeve, D., Cantillon, B., Schokkaert, E., Kerstens, B., Van Camp, G., en Van Ourti, T. (2003): *Billijkheid in de financiering van medische zorg*. Eindrapport DWTC-project SO/01/005, Universiteit Antwerpen, KULeuven.
- [5] Diels, J. (1996): Sociale en fiscale franchise: een evaluatie. *M-informatie (Informatieblad van de Christelijke Mutualiteiten)*, 171:10-16.
- [6] Lipszyc, B. en Marchand, M. (1999): Assurance-maladie: comment adapter les taux de remboursement aux dépenses individuelles de santé? *Actualité Economique*, 75:447-473.
- [7] Manning, W., Newhouse, J., Duan, N., Keeler, E., Leibowitz, A., en Marquis, M. (1987): Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review*, 77:251-277.
- [8] Ooghe, E., Schokkaert, E., en Fléchet, J. (2003): The incidence of social security contributions: an empirical analysis. *Empirica*, 30:81-106.
- [9] Schokkaert, E. en Van de Voorde, C. (2003): *Health care reform in Belgium*. Mimeo, Centre for Economic Studies, KULeuven.
- [10] Van de Voorde, C., Van Doorslaer, E., en Schokkaert, E. (2001): Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *Health Economics*, 10:457-471.
- [11] Van Ourti, T. en Van Camp, G. (2003): *Ongelijkheid in de financiering van medische zorg: progressiviteit en herverdelend effect in België*. Eindrapport DWTC-project SO/01/005, Universiteit Antwerpen/KULeuven.
- [12] Van Ourti, T., Van Camp, G., en De Graeve, D. (2003): *Vergelijking eigen bijdragen doorheen de tijd op basis van de huishoudbudgetenquêtes van 1978-79, 1987-88 en 1997-98*. Eindrapport DWTC-project SO/01/005, Universiteit Antwerpen/KULeuven.
- [13] Wagstaff, A. en Van Doorslaer, E. (2003): Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-98. *Health Economics*, te verschijnen.

Bijlage 1: Verklaring afkortingen

Verklaring afkortingen gebruikt in Tabel 2, 3, 8 en 9

Bedrag eigen bijdragen	Absolute waarde eigen bijdragen voor gezondheidszorg van het gezin (in BEF)
Aandeel eigen bijdragen	Aandeel eigen bijdragen voor gezondheidszorg van het gezin in het netto beschikbaar gezinsinkomen
Netto gezinsinkomen	Het gemiddeld netto beschikbaar gezinsinkomen
Aantal gezinsleden	Het gemiddeld aantal gezinsleden
Leeftijd referentiepersoon	De gemiddelde leeftijd van de referentiepersoon
% gezinnen uit Vl.	Aandeel gezinnen dat in Vlaanderen woont
% gezinnen uit W.	Aandeel gezinnen dat in Wallonië woont
% gezinnen uit BR	Aandeel gezinnen dat in Brussel woont
Diploma referentiepersoon	Diploma van de referentiepersoon (0 = geen, 5 = universitair onderwijs)

Verklaring afkortingen gebruikt in Tabel 4, 5, en 6

Percentage Gezinnen	Procentueel aandeel gezinnen
% Gez. Met Arbeidsinkomen	Procentueel aandeel gezinnen waarvan minstens één van de leden een inkomen als loon- en weddetrekkende heeft
Gemidd. Arbeidsinkomen <> 0	Gemiddeld inkomen uit activiteiten als loon- en weddetrekkende voor gezinnen met minstens één gezinslid actief als loon- en weddetrekkende
% Gez met Zelfst.	Procentueel aandeel gezinnen waarvan minstens één van de leden een zelfstandigenstatuut heeft
Gemidd. inkomen uit Zelf. <> 0	Gemiddeld inkomen uit een zelfstandige activiteit voor gezinnen waarvan minstens één gezinslid een zelfstandigenstatuut heeft.
% gezinnen met Vervang.	Procentueel aandeel gezinnen waarvan minstens één van de leden een vervangingsinkomen heeft. Enkel pensioenen, werkloosheidsuitkeringen en uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid werden als vervangingsinkomen aanzien.
Gemidd. Vervang. inkomen <> 0	Gemiddeld transfertinkomen voor gezinnen waarvan minstens één gezinslid een vervangingsinkomen heeft. Voor de bepaling van het inkomen werden naast pensioenen, werkloosheidsuitkeringen en uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid ook de kinderbijslag, uitkeringen door het ziekenfonds en andere sociale uitkeringen in rekening gebracht.
% Gez. met Pens. Ink. <> 0	Procentueel aandeel gezinnen waarvan minstens één gezinslid een inkomen uit pensioenen heeft
% Gez. met Werkl. Ink. <> 0	Procentueel aandeel gezinnen waarvan minstens één gezinslid een inkomen uit werkloosheid heeft
% Gez. met ArbOng. Ink. <> 0	Procentueel aandeel gezinnen waarvan minstens één gezinslid een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid heeft
Netto gezinsinkomen	Gemiddeld netto beschikbaar gezinsinkomen
Gezinsomvang	Gemiddeld aantal gezinsleden
Equivalent gezinsinkomen	Gemiddeld equivalent inkomen. Gebruikte equivalentieschaal is de OESO-schaal (= 1 voor eerste volwassene, 0,7 voor alle volgende volwassenen en 0,5 voor kinderen. Men wordt beschouwd als kind tot en met de leeftijd van 13 jaar).
Leeftijd Referentiepersoon.	Gemiddelde leeftijd van de referentiepersoon
Gemiddelde leeftijd gezin	Gemiddelde van de gemiddelde leeftijd van alle gezinsleden
% gezinnen uit Vlaanderen	Procentueel aandeel gezinnen dat in Vlaanderen woont
% gezinnen uit Wallonië	Procentueel aandeel gezinnen dat in Wallonië woont
% gezinnen uit Brussel	Procentueel aandeel gezinnen dat in Brussel woont
Diploma Referentiepersoon	Diploma van de referentiepersoon (0 = geen, 5 = universitair onderwijs)